ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАР ВАЭНДОКРИНОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ

ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАР
ЎҚУВ-УСЛУБИЙ МАЖМУА

Билим соҳаси:	500000	– Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот
Таълим соҳаси:	510000	– Соглиқни сақлаш
Таълим йўналиши:	5510100	– Даволаш иши
	5111000	– Касбий таълим (5510100 – Даволаш иши)

БУХОРО -2019 ЙИЛ

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАР ВАЭНДОКРИНОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ

ТАСДИҚЛАЙМАН»
Ўқув ва тарбиявий ишлар
проректори
Доц._____Г.Ж.Жарилкасинова
« _____» _____ 20 19й

ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАР
ЎҚУВ-УСЛУБИЙ МАЖМУА

Билим соҳаси:	500000	– Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот
Таълим соҳаси:	510000	– Соглиқни сақлаш
Таълим йўналиши:	5510100	– Даволаш иши
	5111000	– Касбий таълим (5510100 – Даволаш иши)

БУХОРО -2019 ЙИЛ

Фаннинг ўқув дастури Олий ва ўрта махсус, касб-ҳунар таълими ўқув-услубий бирлашмалари фаолиятини Мувофиқлаштирувчи Кенгашнинг 2013_ йил «__1 март__»даги «__82___»-сон мажлис баёни билан маъқулланган.

Тузувчи:
Жўраева Х.И.- Ички касалликлар ва эндокринология кафедраси катта ўқитувчиси, т.ф.н.

Тақризчилар:
Орзиев З.М. - Ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси профессори., т.ф.д., доцент
Болтаев К.Ж. – Факультет ва госпитал терапия ва гематология кафедраси доценти., т.ф.н.,.

Мундарижа

1.Ўқув материаллар
2.Назарий машғулот материаллари
3.Амалий машғулот материаллари
4.Мустақил таълим мавзулари
5.Глоссарий
6.Иловалар
6.1.Фан дастури
6.2.Ишчи ўқув дастур
6.3.Тарқатма материаллар
6.4.Тестлар
6.5.Баҳолаш
6.6.Фойдаланган адабиётлар

АННОТАЦИЯ

Сўнгги йилларда ички касалликларнинг этиологияси, патогенезини ўрганиш, ташхишлаш ва даволаш бўйича ижобий натижаларга эришилди. Мазкур ўқув –услубий мажмуа 6 –курс талабаларига мўллжалланган бўлиб, ички касалликларнинг кардиология, пульмоногия, гстроэнтерология, ревматология ва нефрология, гериатрия бўлимларига бағишланган мавзулар бўйича қиёсий ташхислаш ўтказиш, текшириш усуллари ва УАВ тактикаси батафсил ёритиб берилган.

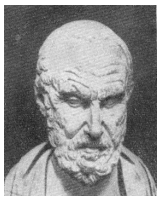
Шу билан биргаликда мавзуга оид вазиятли масалалар, график органайзерлар, тестлар ва назорат саволлари берилган. Тарқатма материаллар, якуний тест саволлари , ҳамда глоссарийлар мавжуд.

Ушбу ўқув услубий мажмуа юқори курс талабалри учун

НАЗАРИЙ МАШҒУЛОТ МАТЕРИАЛЛАРИ

№	Маърузалар мавзулари	Дарс соатлари ҳажми
1.	Оилавий тиббиёт асослари. УАШ ишлаш тамойиллари. Ўзаро мулоқот асослари	**2**
2.	Кўкрак қафасидаги оғриқлар қиёсий ташхиси. ЮИК, МИ кечиш хусусиятлари. Даволаш. Профилактика. УАШ тактикаси.	**2**
3.	Артериал гипертензия ва бош оғриғи синдроми Артериал гипертензияларда дифференциал ташхис. Профилактика. УАШ тактикаси	**2**
4.	Аритмия синдроми (Автоматизм ва қўзғалувчанлик, ўтказувчанликнинг бузилишлари). Қиёсий ташхислаш. Даволаш.	**2**
5.	Шиш синдромида қиёсий ташхислаш. Сурункали юрак етишмовчилигини замонавий даволаш усуллари. Профилактика. УАШ тактикаси.	**2**
6.	Бронхообструктив синдромда қиёсий ташхис ўтказиш. Профилактика. УАШ тактикаси.	**2**
7.	Гепатомегалия ва сариқлик синдроми. Гепатомегалия ва сариқлик синдромида дифференциал ташхис. Профилактика. УАШ тактикаси.	**2**
8.	Патологик сийдик чўкмасида қиёсий ташхис ўтказиш. Профилактика. УАШ тактикаси	**2**
9.	Бўғим синдромида қиёсий ташхислаш. Даволашга индивидуал ёндошиш. Профилактика. УАШ тактикаси.	**2**

1.Оилавий тиббиёт асослари. УАШ ишлаш тамойиллари. Ўзаро мулоқот асослари.



«Илк фаолиятимда инсонлар лаби, бурни ва юз ифодаларини бир- бирига боғлиқ бўлмаган ҳолда кўрганман ҳамда тасвирлаганман. Энди эса вақт ўтиб ўзимнинг нодонлигимни англадим, уларни яхлитликда кўриб тасвирлаш лозим экан».

Овгуст Роден.

Таълим бериш технологиясининг модели

Машғулот вақти – 80 минут	Талабалар сони : 40-60 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси Бемор оилавий поликлиника (ОП) ёки қишлоқ врачлик пунктига (ҚВП) мурожаат қилганда ҳамда аҳоли тиббий кўрикдан ўтказилаётганда, санатория-курорт карталари тўлдирилаётганда ва бошқа қатор ҳолларда УАВ томонидан биринчи марта беморнинг ҚБ ошганлиги аниқлаш. .	**Маърузанинг кисқача аннотацияси** Республикамиз мустақил деб эълон қилингандан сўнг соғлиқни сақлаш вазирлиги ташаббуси ва Вазирлар Маҳкамасининг қўллаб қувватлаши билан 1993 йилдан мамлакатимиз вилоятларида бирламчи тиббий-санитария ёрдами кўрсатувчи қишлоқ врачлик пунктлари (ҚВП) фаолият кўрсата бошлади. Республикамиз Президенти И. А. Каримовнинг 1998 йил 10 ноябрдаги «Ўзбекистон Соғлиқни Сақлаш тизимини ислоҳ қилиш Давлат дастури» тўғрисидаги фармони ушбу тизимни жорий этишни янада жадаллаштириш ва мукаммаллаштириш учун муҳим қадам бўлди. Ислоҳотлар натижасида қишлоқ жойларида малакали бепул тиббий хизматни икки поғонада кўрсатишга ўтилди. Унинг биринчиси ҚВПларда, иккинчиси эса кўп тармоқли туман шифохоналарида амалга оширилмоқда. Шаҳарларда эса оилавий поликлиникалар ташкил этилмоқда.
Ўқув машғутнинг мақсади: Талабаларга оила тиббиёти асослари тўғрисида маълумот бериш	**Мақсади ёритилади**. Сўнгги йилларда АГ эпидемиологияси, патогенезидан тортиб, янги ва кенг таъсир доирасига эга бўлган дори воситаларини ишлаб чиқишга қадар бўлган муаммолар чуқур ўрганилмоқда. ҚБ кўтарилишининг патогенези, классификацияси ва унинг турли шаклларини даволаш чоралари тўғрисидаги эски тушунчалар

	тафтиш қилиниб, бунинг натижасида у ёки бу долзарб муаммолар тўғрисида янги фикрлар пайдо бўлмоқда. Бу ҳол умумий амалиёт врачидан (УАВ) кенг тарқалган ушбу синдром тўғрисида чуқур, замонавий билимларга эга бўлишни тақозо этади. АГ синдроми деганда ҚБ нинг барқарор ошиши билан кечадиган барча патологик ҳолатлар назарда тутилади. Симптомати к артериал гипертензияда (САГ) ҚБ кўтарилиши кўпгина касалликларнинг асосий белгиларидан бири бўлса, гипертония касаллигида (ГК) эса аксарият ҳолларда касалликнинг ягона клиник белгиси сифатида намоён бўлади. Бемор оилавий поликлиника (ОП) ёки қишлоқ врачлик пунктига (ҚВП) мурожаат қилганда ҳамда аҳоли тиббий кўрикдан ўтказилаётганда, санатория-курорт карталари тўлдирилаётганда ва бошқа қатор ҳолларда УАВ томонидан биринчи марта беморнинг ҚБ ошганлиги аниқланади.
Таълим бериш усуллари	Кўргазмали, маъруза, суҳбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий, жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проек-тор, комьпютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол – жавоб.

3.2. Маъруза машғулотининг технологик картаси

Иш босқичлари ва вақти.	**Таълим берувчи**	**Таълим олувчилар**
Тайёргарлик босқичи (10 минут)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1.Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2.Асосий	1. Мавзуни тушунтириб беради, слайдлар намойиш	Тинглайдилар

босқич (45 дақиқа)	қилиш 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар
3.Якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

Максад.Талабаларга оила тиббиёти асослари тўғрисида маълумот бериш.

Вазифалар.

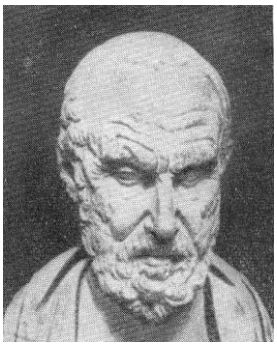
1.Талабаларга оила тиббиёти тўғрисида тушунча бериш.

2.Ўзбекистон Республикасида соғлиқни сақлаш тизимидаги ислоҳотлар

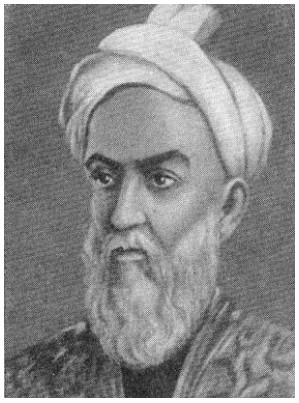
3.УАВ вазифалари

Таянч сўзлар. тиббиётдаги ислоҳотлар, оила врачи, ҚВП, ШВП

Республикамиз мустақил деб эълон қилингандан сўнг соғлиқни сақлаш вазирлиги ташаббуси ва Вазирлар Маҳкамасининг қўллаб қувватлаши билан 1993 йилдан мамлакатимиз вилоятларида бирламчи тиббий-санитария ёрдами кўрсатувчи қишлоқ врачлик пунктлари (ҚВП) фаолият кўрсата бошлади. Республикамиз Президенти И. А. Каримовнинг 1998 йил 10 ноябрдаги «Ўзбекистон Соғлиқни Сақлаш тизимини ислоҳ қилиш Давлат дастури» тўғрисидаги фармони ушбу тизимни жорий этишни янада жадаллаштириш ва мукаммаллаштириш учун муҳим қадам бўлди. Ислоҳотлар натижасида қишлоқ жойларида малакали бепул тиббий хизматни икки поғонада кўрсатишга ўтилди. Унинг биринчиси ҚВПларда, иккинчиси эса кўп тармоқли туман шифохоналарида амалга оширилмоқда. Шаҳарларда эса оилавий поликлиникалар ташкил этилмоқда. Кўзланган тиббий ва иқтисодий самарага эришишимиз учун юқоридаги бирламчи тиббий хизмат кўрсатувчи муассасаларда кўп қиррали медицина ёрдами кўрсата оладиган юқори малакали врачлар ишлаши лозим. Жаҳондаги етакчи мамлакатларнинг тажрибаси фақат умумий амалиёт врачигина (УАВ) ушбу талабларга тўлиқ жавоб беришини тасдиқламоқда. Ҳақиқатдан ҳам тиббиёт тарихига бир назар солсак, унинг илк даврларида табибларнинг деярли барчаси беморларга кўп қиррали ёрдам кўрсатганлар. Бунинг тасдиғи сифатида медицинанинг отаси ҳисобланган Гиппократ (1-расм), табобатда ўчмас из қолдирган машҳур бобокалонимиз Абу Али ибн Сино (2-расм) ёки шарқнинг таниқли табиби Абу Бакр ар Розий ҳамда рус врачи Мудров М.Я. ва бошқаларнинг фаолиятларини кўрсатиш мумкин.



1-расм. **Гиппократ**



Лекин, XIX асрдан бошлаб медицина турли тор мутахассисликларга бўлиниб кетди ва бу жараён ҳамон давом этмоқда. Тиббиётнинг турли тор мутахассисликларга бўлиниши у ёки бу йўналиш бўйича албатта беморга юқори малакали медицина ёрдами кўрсатиш учун шароит яратди. Натижада айрим ҳолларда, айниқса собиқ социалистик мамлакатларда таннархи баланд бўлган

шифохоналардаги ўринлар сонининг кўпайиб кетишига, яъни экстенсив ривожланишга олиб келди. Буларнинг барчаси эса пировард натижада халқ онгида тор мутахассислар ҳақида улар нафақат малакали шифокор, балки тиббиётда ҳал қилувчи куч деган нотўғри тушунча туғилишига олиб келди.

2-расм. **Абу Али ибн Сино**

Оқибатда XX асрнинг ўрталарига келиб, УАВ сони кескин камайиб кетди ва бу аҳволдан чиқиш учун турли йўллар излана бошланди. Айниқса, Буюк Британиялик таниқли врач Артур Томпсоннинг машҳур «Вышла ли из моды общая практика» номли маърузаси эълон қилинганидан сўнг муаммонинг ечимини топиш ҳаёт тақозоси эканлиги кун тартибига қўйилди. Тор мутахассислар, қироллик колледжи ва медицина жамияти аъзоларининг қаттиқ қаршилик кўрсатиши натижасида Англияда УАВ колледжи (жамияти) 1952 йилда яширин равишда ташкил этилди. Аммо тез орада Англия, Шотландия, Уэльс ва Шимолий Ирландиядаги УАВлари уюшмаси ўзида 18000 мутахассисни бирлаштирди. Шундан сўнг АҚШ ва Европанинг аксарият мамлакатларида УАВ уюшмалари тузилди ҳамда улар бирламчи малакали тиббий хизмат кўрсатишда ҳал қилувчи рол ўйнай бошладилар. Умумжаҳон УАВлари бирлашмасига асос солинди ҳамда у фаолият кўрсата бошлади. 1961 йилда АҚШда биринчи «Умумий амалиёт врачи» журнали чоп этилди. 1963 йил умумий амалиёт врачлари учун бурилиш йили бўлиб, шу соҳадаги мутахассис илк бор Эдинбург университетида кафедра бошлиғи лавозимига тайинланди. 1972 йилда эса умумий амалиёт врачига профессор унвони берилди. Шундан сўнг бирин-кетин Европанинг бошқа мамлакатларида ҳам УАВ кафедралари ташкил этила бошланди. Ҳозирга келиб фақат бирлашган Буюк Британия ва шимолий Ирландия қироллигида 35 нафар УАВ лари университет кафедраларини бошқармоқдалар. Мавжуд ҳолатдан келиб чиқиб, 1978 йилда Олма-Ота шаҳрида ўтказилган ва бирламчи тиббий-санитария хизматига бағишланган халқаро анжуманда махсус декларация қабул қилиниб, унда бирламчи тиббий хизмат соғлиқни сақлашнинг етакчи ва ҳал қилувчи даражасига кўтарилди. Кейинроқ 1984 йилда бу яна бир бор ЖССТ Европа ҳудудий бюроси томонидан тасдиқланди.

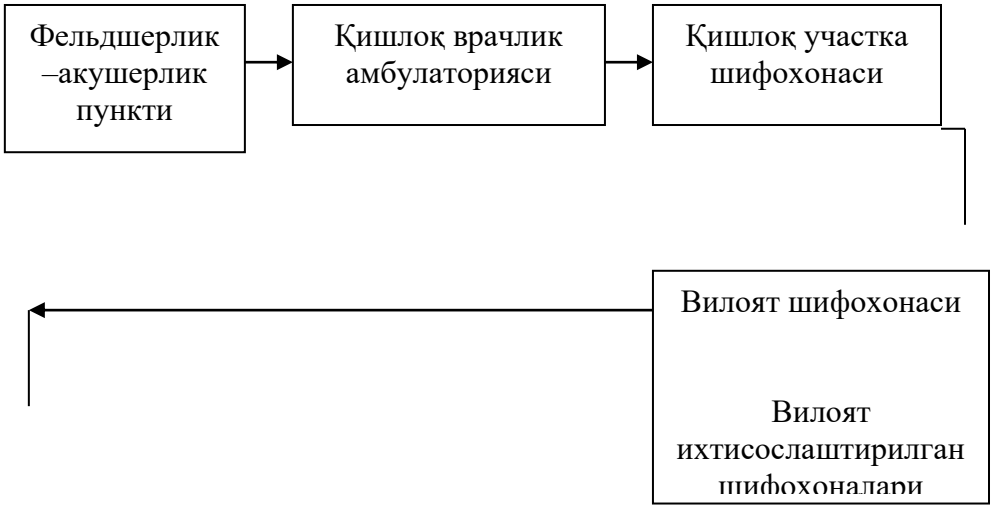
Хўш, жуда катта қаршиликка учраган УАВ фаолиятининг асримизнинг 50-60 йилларидан бошлаб қайта тиклана бошланиши ва бугунги кунга келиб ривожланган давлатлар тиббиётида асосий ўрин тутишининг сабаблари нимада? Биз қуйида уларга қисқача тўхталиб ўтамиз.

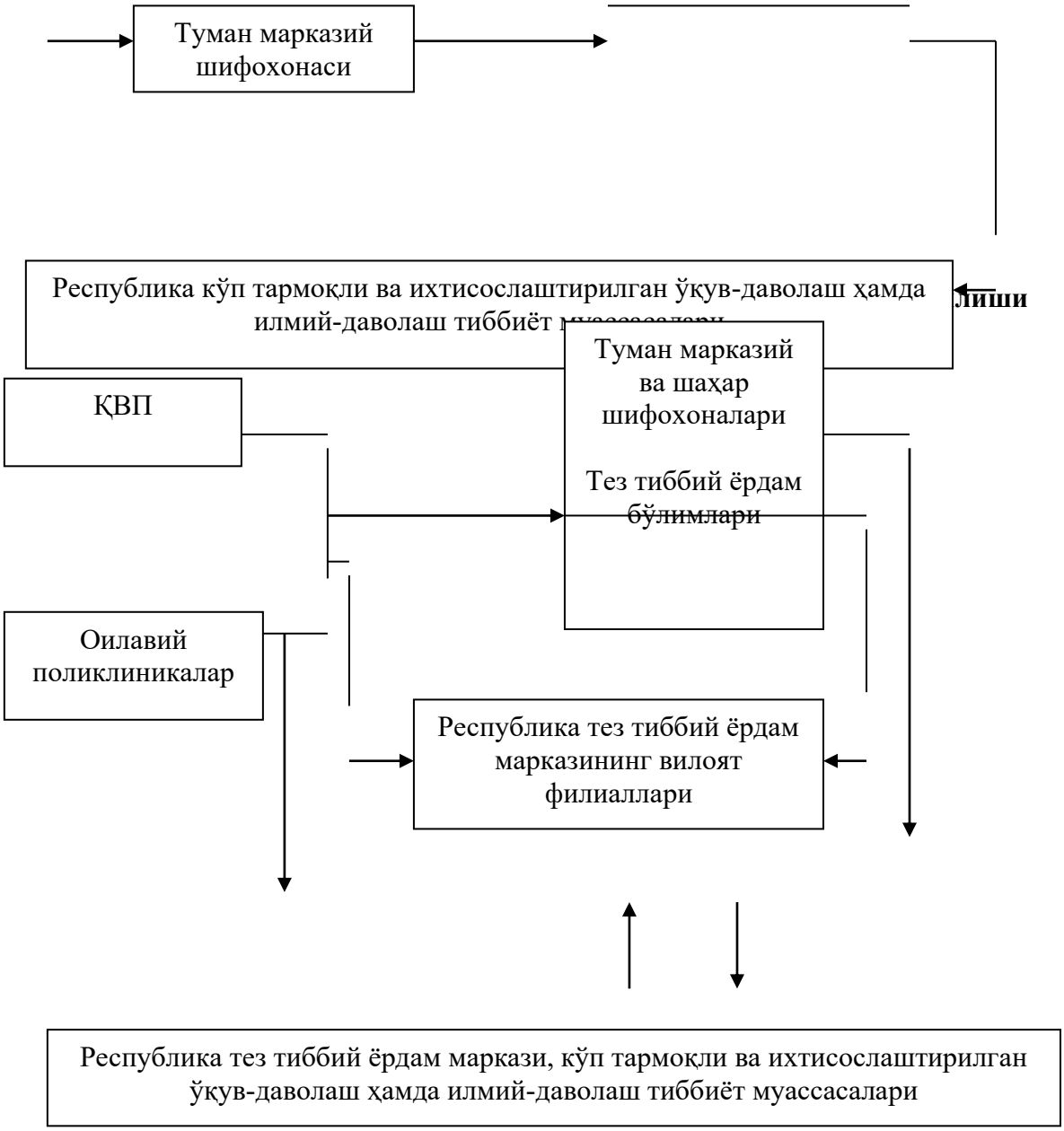
Аввалambор, беморда кўп ҳолларда бир вақтнинг ўзида бир неча инсон аъзоларининг касалликларига хос бўлган белгилар пайдо бўлади ва шифокор уларнинг ҳар бирини тиббий нуқтаи-назардан тўғри баҳолай олмоғи лозим. Бундан ташқари, биз инсон руҳий ҳолати билан танаси ҳамда ички аъзолари орасида узвий боғлиқлик борлигини бир дақиқа ҳам унутмаслигимиз керак. Бинобарин, ушбу боғлиқлик белгиларининг у ёки бу шахсда қайси кўринишда намоён бўлишини фақат уни узоқ кузатган шифокоргина тўғри баҳолай олади. Бемор билан шифокор орасидаги ўзаро муносабатларнинг узлуксиз бўлиши, айниқса даволанувчи учун катта аҳамиятга эга. Фақат УАВ юқоридаги талабларга тўлиқ жавоб беради.

XX асрнинг иккинчи ярмига келиб дунёдаги деярли барча мамлакатларда, шу жумладан, юқори даражада тараққий этганларида ҳам аҳоли саломатлиги кўрсаткичи

даражаларида салбий томонга қараб айрим силжишлар кузатила бошланди. Шунинг учун жаҳондаги етакчи мутахассислар унинг сабаблари ва инсон саломатлигини тиклаш ҳамда сақлашда ижобий натижаларга эришиш йўлларини излай бошладилар. Бунга эришиш учун аҳоли ўртасида профилактик ишларни ривожлантириш, бирламчи тиббий ёрдамнинг самарасини ошириш, яъни шу бўғинда УАВ хизматига ўтиш ёки амбулатория-поликлиника широитида кўрсатилаётган медицина ёрдамини такомиллаштириш лозим деган ягона хулосага келинди. Демак, асримизнинг иккинчи ярмидан бошлаб, дунёдаги ривожланган мамлакатларда вужудга келган тиббий ва иқтисодий сабаблар ҳамда шарт-шароитлар юқорида таъкидлаб ўтганимиздек, жуда қийинчилик билан бўлса ҳам УАВ тайёрлаш ҳамда тиббиётнинг бирламчи бўғинларида улар хизматига ўтишни тақозо қилди. Тиббий ёрдамнинг аксарияти беморларга амбулатория шароитида кўрсатила бошланди. Мисол учун УАВ хизмати кенг жорий этилган Англияда ҳозирги даврда 90% беморларга тиббий ёрдам амбулатория шароитида, 9-10% беморларга эса шифохоналарда, улардан атиги 1% гагина ихтисослаштирилган бўлим ва марказларда кўрсатилади. АҚШ ўз ялпи ички маҳсулотининг 15% ини (1.55 триллион доллар – 2002 йил маълумотлари) сарф қилиб, жаҳонда соғлиқни сақлашга энг кўп маблағ ажратишига қарамасдан, аҳоли соғлиғи кўрсаткичлари бўйича ривожланган 13 мамлакат орасида 12-ўринда туради. Бунинг асосий сабабларидан бири УАВ сонининг нисбатан камлиги ва ушбу тизимнинг бошқа етакчи мамлакатларники каби яхши ривожланмаганлигидир. Бу саломатлик кўрсаткичлари нафақат ажратилаётган молиявий маблағ, балки соғлиқни сақлаш тизимининг ташкил этилишига ҳам боғлиқ эканлигини тасдиқлайди.

Ўзбекистонда сўнги йилларгача беморларнинг аксарияти амбулатория шароитида даволаш мумкин бўлишига қарамасдан таннархи жуда баланд бўлган шифохоналарда даволанар эдилар. Республикамизнинг мустақил деб эълон қилиниши, давлатимизда бозор иқтисодиёти тамойилларининг шаклланиб бориши бошқа соҳалар билан бир қаторда, тиббиётда ҳам ривожланишнинг экстенсив йўлидан интенсив йўлига ўтишни тақозо қилди. 1993 йилдан бошлаб вилоятларда ҚВП қурила бошланди ёки қишлоқ амбулатория ва шифохоналари қайта таъмирланиб, ҚВП ларга айлантирилди. Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш тўғрисидаги Президент Фармони ва 1996 йилнинг май ойида эълон қилинган Республика Вазирлар Маҳкамасининг 182-сонли қарори асосида бу жараёнлар янада жадаллашди. Бунинг натижасида беморларга бирламчи тизимнинг ўзида врачлик ёрдами кўрсатиш билан бир қаторда, иқтисодий томондан самарадор бўлган тиббий хизматга ўтилди (1 ва 2-чизмалар).





2-чизма. **Соғлиқни сақлаш тизимининг ислоҳотлардан кейинги тузилиши**

Тиббий хизмат кўрсатиладиган аҳоли сони, улар яшаётган ҳудудларнинг жойлашиши ва орасидаги масофа, мавжуд йўллар тармоғи ҳамда бошқа қатор омиллар инобатга олиниб, республикамизда тўртта типдаги ҚВП лари фаолият кўрсатмоқда.

- Биринчи тип - 1500 тагача аҳоли
- Иккинчи тип – 1500 дан 3500 тагача
- Учинчи тип - 3500 дан 6000 тагача
- Тўртинчи тип - 6000 дан 10 000 тагача

У ерда ишлаётган врачлар, ўрта ва кичик тиббиёт ходимлари штат бирлиги ҚВП типи ва бириктирилган аҳоли сонидан келиб чиқиб ўрнатилган тартибда белгиланади.

Республикамизда юқорида қайд этилган ислоҳотларнинг амалга оширилиши ҚВП врачлар томонидан кўрсатилиши лозим бўлган тиббий хизмат кўламини ҳам қайта кўриб чиқишни, бинобарин УАВ хизматига ўтишни кун тартибига қўйди.

Дунёдаги барча ривожланган мамлакатларда аллақачон жорий этилган, тиббий ва иқтисодий томондан ўз самарадорлигини оқлаган, Республикамизда эса эндигина ўз ўрнини топа бошлаган, баъзан эса турли мунозараларга сабаб бўлаётган УАВнинг ўзи ким? Уларнинг вазифалари ҳамда иш қўламлари нималардан иборат?

Биз қуйида уларга мукаммал тўхталиб ўтамиз.

Умумий амалиёт врачи фаолияти ва умумий амалиёт врачи мутахассислиги таърифи:

«Умумий амалиёт врачи фаолияти – бу академик, клиник, илмий йўналиш бўлиб, ўзининг ўрганиш, ўқитиш, илмий изланишлар соҳасига эга бўлган ҳамда клиник фаолият кўрсатишга асосланган фандир ва аҳолига бирламчи тиббий-санитария ёрдам кўрсатишга йўналтирилган мутахассисликдир».

Умумий амалиёт врачи мутахассислиги ўзининг муҳим 11 таърифига эга:

1. УАВ фаолияти орқали беморнинг соғлиқни сақлаш тизими билан илк бор мулоқати бошланиши; ушбу мулоқотнинг очиқлиги ва чегараланмаганлиги; ёши, жинси ва бошқа хусусиятларидан қатъий назар, барча соҳадаги касалликларга тиббий ёрдамнинг кўрсатилиши;
2. Соғлиқни сақлаш тизимининг барча имкониятларидан самарали фойдаланиш; уларни мувофиқлаштириш; бирламчи тизимдаги бошқа мутахассислар билан бемор фойдаси учун ўзаро муносабат; маълум вазиятда беморнинг фойдасини ҳимоялаш мақсадида бошқа мутахассислар фаолиятини бошқариш;
3. Ўзига беркитилган беморга, оилага ва жамиятга қаратилган йўналиш;
4. Бемор билан врачнинг ўзаро самарали узоқ муносабати асосида махсус маслаҳат жараёни;
5. Ҳар бир беморнинг талаби асосида уларга узоқ ва узлуксиз тиббий ёрдам кўрсатилиши;
6. Маълум гуруҳда касаллик тарқалиш кўрсаткичларига биноан профилактика ва даволаш усулларини танлаш жараёнини қабул қилиш;
7. Беморлардаги ўткир ва сурункали касалликларни биргаликда даволаш;
8. Касалликларнинг эрта ва дифференцияланмаган даврларида давони бошлаш ҳамда маълум вазиятда тезкор ёрдам кўрсатиш;
9. Самараси исботланган усуллар асосида аҳоли соғлиғини мустаҳкамлаш учун касалликлар профилактикасини амалга ошириш;
10. Хизмат кўрсатаётган аҳолининг соғлиқ кўрсаткичлари учун жавобгарлик;
11. Аҳоли соғлиғи муаммоларини ечишда унинг жисмоний, руҳий, ижтимоий ва маданий йўналишларини эътиборга олиш.

Умумий амалиёт врачи мутахассисининг касбий маҳорати таърифи

УАВ – шу фан тамойиллари асосида таълим олган мутахассисдир. У бирламчи тиббий-санитария тизимида фаолият кўрсатиб, ёши, жинси ва касаллигидан қатъий назар, мурожаат қилган ҳар бир шахсга узлуксиз тиббий ёрдам кўрсатишга жавобгар шифокор ҳисобланади. Ўзига бириктирилган ҳудудда яшаётган беморга, индивидуал шахс сифатида ҳамда унинг оиласи, яшаётган жамияти ва маданиятига асосланган ҳолда тиббий ёрдам кўрсатади.

Умумий амалиёт врачи фаолияти ҳақида таъриф. Асосий маҳоратлари. (маҳорат – бу билим, кўникма ва уларни қўллаш усуллари ҳақида таълим дастури асослари йиғиндисидир):

- ✓ бирламчи тиббий ёрдамни бошқарув жараёни;
- ✓ иш жараёнида бемор шахсига қаратилган фаолият;
- ✓ беморнинг муайян муаммоларини еча олиш қобилияти;
- ✓ комплекс ёндошув асосида бирламчи тиббий ёрдам кўрсатиш;
- ✓ аҳолига бирламчи тиббий – санитария ёрдамини ҳудудий бўлинишлар ва маҳаллий тамойиллар асосида олиб бориш;
- ✓ бемор организмига яхлитлик билан ёндошиш, унинг биологик, руҳий, ижтимоий моделлари, маданий ва экстенциал ҳаёт томонларини инобатга олган ҳолда, умумий тасаввур.

Бирламчи тиббий ёрдам кўрсатишда бошқарув жараёни қуйидаги кўникмалардан иборат:

- ✓ беморнинг соғлиқни сақлаш тизими билан бирламчи мулоқотини бошқарув жараёни, унинг муаммоларини аниқлаш ва таснифлашни бажара олиш кўникмалари;.
- ✓ беморларнинг касаллиги оғирлиги, ёши, жинси ва бошқа ҳолатларидан қатъий назар, барча соҳадаги хасталикларга бирламчи тиббий ёрдам кўрсата олиш;
- ✓ соғлиқни сақлаш тизимидаги имкониятлардан рационал фойдаланиш асосида самарали ва монанд тиббий ёрдам кўрсатишни бошқариш;
- ✓ бирламчи тизим ҳамда шифохонада фаолият кўрсатаётган бошқа мутахассислар томонидан беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш жараёнини мувофиқлаштириш;
- ✓ бемор манфаатларини ҳимоя қилиш.

Бемор билан мулоқот давомида шахсга йўналтирилган ёндошиш ва у қуйидаги кўникмаларни ўз ичига олади:

- ✓ фаолият давомида беморнинг хоҳиш-истакларига алоҳида эътибор бериш;
- ✓ беморнинг мустақил қарор қабул қилиш ҳуқуқини инкор этмасдан, самарали муносабатлар ўрнатиб, маслаҳат (директив бўлмаган) бериш;
- ✓ бемор билан ҳамкорликда асосий мақсадларни аниқлаб олишни билиш;
- ✓ тиббий ёрдамни мувофиқлаштирилган ва узлуксиз кўрсатилиши тамойилларига асосланиб, ҳар бир беморнинг талабларига мувофиқ тўхтовсиз ва узоқ кузатувни таъминлаш.

«Директив бўлмаган маслаҳат усулида шифокор ўз фикрини беморга мажбуран қабул қилишга ундамай, унинг ўзи қарор қабул қилишига ёрдамлашади; Директив усулда эса шифокор беморга тайёр қабул қилинган қарорни таклиф этади. Сўнгги усул у ёки бу сабабга кўра, бемор ўзи қарор қабул қила олмайдиган ҳолларда қўлланилади.

Беморлар муаммосини ечиш кўникмалари қуйидагилардан иборат:

- ✓ беморларнинг муаммоларини ҳал қилиш жараёнида касаллик тарқалиш кўрсаткичлари ва унинг янги ҳоллари ёки аҳолининг маълум гуруҳидаги патологик ҳолатларни боғлай олган ҳолда мавжуд масалалар ечимини топиш;

- ✓ анамнез йиғиш, клиник ва лаборатор-асбобий текшириш усуллари ёрдамида аниқланган ахборотларни баҳолай олиш кўникмаси; беморлар иштирокида, уларнинг фикридан фойдаланган ҳолда даво режасини тузиш;
- ✓ қуйидаги тамойилларни ҳисобга олган ҳолда фаолият юритиш; текшириш усули ва даволашни босқичма–босқич белгилаш, уларни амалга оширишда вақтни унумли тақсимлаш, ташҳис ноаниқ бўлганда, сабр-тоқат билан ҳаракат қилиш;
- ✓ шошилинч ҳолатларда керакли ёрдамни зудлик билан кўрсатишда тўғри қарор қабул қила олиш;
- ✓ касалликларнинг эрта, ҳали аниқланмаган бошланғич даврида ташҳислаш кўникмаси;
- ✓ самарали ташҳислаш ва даволаш усулларини танлаш.

Комплекс қараш асосида бирламчи тиббий ёрдам қуйидаги кўникмаларни ўз ичига олади:

- ✓ турли хил шикоятлар ва бир неча касалликларга (ўткир ва сурункали) эга бўлган беморларга ёрдам кўрсата олиш кўникмаси;
- ✓ аҳолида соғлом турмуш тарзига амал қилиш ҳиссини уйғотиш ҳамда профилактика ишларини олиб бориш кўникмалари;
- ✓ аҳолини соғломлаштириш, касалликлар профилактикаси, даволаш (шу жумладан, паллиатив усуллар ҳам) ва тиббий тиклаш жараёнларини мувофиқлаштириш.

2-Мавзу Кўкрак қафасидаги оғриқлар қиёсий ташхиси. ЮИК, МИ кечиш хусусиятлари. Даволаш. Профилактика. УАШ тактикаси.

Тажрибали шифокор тажрибасизидан
факат бир нарса билан фаркланади:
биринчиси 10 касалликка карши
битта дори тайинласа, иккинчиси
битта касалликка 10 та дори буюради.
У.Ослер

Таълим бериш технологиясининг модели

Машғулот вақти – 80 минут	Талабалар сони : 40-60 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси 1.ЮИК таснифи 2.Коронар томирлар билан боғлик кўкрак қафасидаги оғриқ сабаблари 3.Стенокардия,МИ ва ўткир коронар синдром клиникаси, диагностикаси 4. Стенокардия, МИ ва ўткир коронар синдромда УАВ тактикаси .	**Маърузанинг кисқача аннотацияси** Шифокор фаолиятида кўп учрайдиган синдромлардан бири кўкрак қафасидаги оғриқлар ҳисобланади. Улар турли-туман патологик ҳолатларнинг, шу жумладан, бемор ҳаётига хавф солувчи оғир касалликларнинг белгиси бўлиши мумкин, чунки у ерда ҳаётий муҳим аъзолар жойлашган.

.	
Ўқув машғутнинг мақсади: Кўкрак қафасида коронар томирлар билан боғлик оғриқларда қиёсий ташхис ўтказиш	**Мақсади ёритилади**. Бемор кўкрак қафасидаги оғриқларга шикоят қилганда, УАВ биринчи навбатда коронар қон томирлари зарарланиши билан боғлиқ бўлган касалликлар тўғрисида ўйлаши лозим. Ушбу гуруҳга бутун дунёда, жумладан, Ўзбекистонда ҳам кенг тарқалган ЮИК (стенокардия, ўткир коронар синдром, миокард инфаркти (МИ)) ва унинг асоратлари киради. Сўнги маълумотларга кўра, ЮИК лари жахондаги ялпи ўлим сабабининг 26 %ини ташкил этса, мамлакатимизда бу кўрсаткич 50 %га яқиндир
Таълим бериш усуллари	Кўргазмали, маъруза, суҳбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий, жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проек-тор, комьпютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол – жавоб.

3.2. Маъруза машғулотининг технологик картаси

Иш босқичлари ва вақти.	**Таълим берувчи**	**Таълим олувчилар**
Тайёргарлик босқичи (10 минут)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1.Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2.Асосий босқич	1. Мавзуни тушунтириб беради, слайдлар намойиш қилиш	Тинглайдилар Тинглайдилар

(45 дақиқа)	2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади	
3.Якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

Максад. Кўкрак қафасида коронар томирлар билан боғлик оғриқларда қиёсий ташхис ўтказиш

Вазифалар:

1.ЮИК таснифи

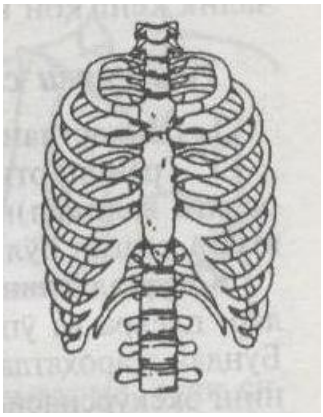
2.Коронар томирлар билан боғлик кўкрак қафасидаги оғриқ сабаблари

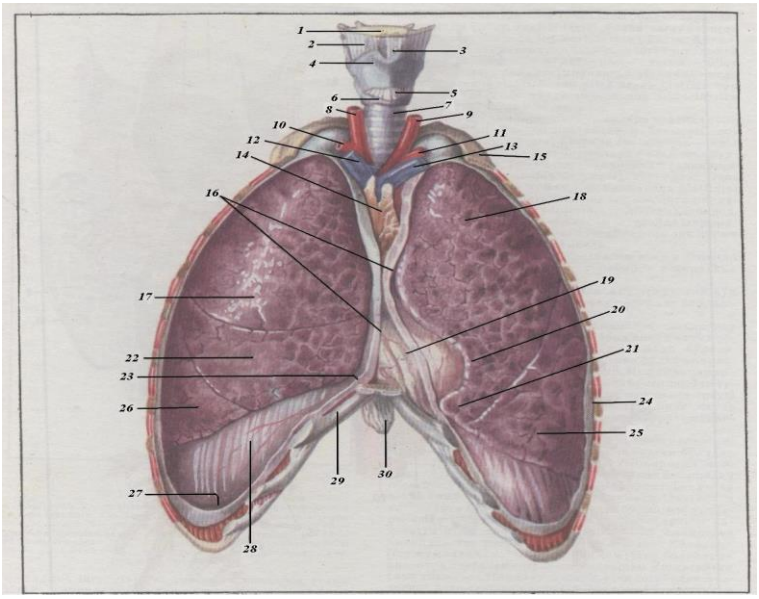
3.Стенокардия,МИ ва ўткир коронар синдром клиникаси, диагностикаси

4. Стенокардия, МИ ва ўткир коронар синдромда УАВ тактикаси

Таянч сўзлар: миокард инфаркти, стенокардия,ўткир коронар синдром

Шифокор фаолиятида кўп учрайдиган синдромлардан бири кўкрак қафасидаги оғриқлар ҳисобланади. Улар турли-туман патологик ҳолатларнинг, шу жумладан, бемор ҳаётига хавф солувчи оғир касалликларнинг белгиси бўлиши мумкин, чунки у ерда ҳаётий муҳим аъзолар жойлашган. Кўкрак қафасининг суяк асосини (1-расм) умуртқа поғонасининг кўкрак қисми ва унга тоғай орқали бириккан 12-жуфт қовурға ҳамда тўш суяги ҳосил қилади. Бу юмшоқ тўқималар билан биргаликда - кўкрак девори дейилади. Кўкрак бўшлиғи - унинг девори ва диафрагма (мушак - пайли кўкрак ва қорин оралиғидаги тўсиқ) билан чегараланган соҳадир. Ундан қон томирлар ва нервлар, қизилўнгач ва трахея ўтган. Кўкрак бўшлиғидаги кўкс оралиғида перикард билан ўралган юрак ва плевралар ичидаги ўпкалар жойлашган (2-расм).





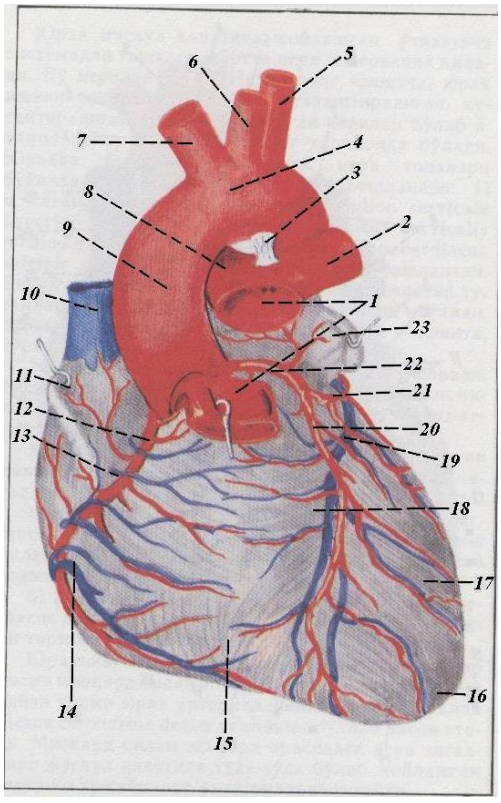
1-расм. **Кўкрак қафаси**

Кўкрак қафасидаги оғриқларнинг интенсивлиги, табиати ва жойлашиши турлича бўлганлиги сабабли уларни ягона таснифга бирлаштиришнинг имкони йўқ. Ушбу оғриғлар билан кечувчи кўпгина касалликлар бемор ҳаётига хавф солиши туфайли, бу ҳолат тезкор ташҳис қўйишни талаб этади. Солиштирма ташҳис ўтқазишдан мақсад оғриқнинг кўкрак қафасидаги қайси аьзодан келиб чиққанлигини (суяк, мушаклардан, қовурғалараро нервлардан, умуртқа поғонаси, қизилўнгач ва кўкс оралиғи) ва у ёки бу аьзонинг касалланиши натижасида ривожланганлигини аниқлашдан иборат. УАВ фаолиятида кўп учрайдиган кўкрак қафасида оғриқлар билан кечувчи касалликлар гуруҳи 1-чизмада келтирилган.

2-расм. **Кўкрак қафасидаги аъзоларнинг олд томондан кўриниши**

1-тил ости суяги, 2-парда, 3-ҳиқилдоқ тил ости суяги бойлами, 4-қалқонсимон тоғай, 5-узуксимон қалқонсимон бойлам, 6-узуксимон тоғай, 7-кекирдак, 8-ўнг ва 9-чап умумий уйқу артериялари, 10-ўнг ва 11-чап ўмров ости артериялари, 12-ўнг ва 13-чап елка бош веналари, 14-тимус, 15-қовурға, 16-плевранинг кесилган жойи, 17, 18-тепа бўлаклар, 19-юрак (перикард билан ўралган), 20-чап ўпкани юрак билан сиқилган жойи , 21-чап ўпка тилчаси, 22-ўрта бўлак, 23-қовурға – медиастенал чўнтакчаси, 24-қовурға плевраси, 25, 26-пастки бўлаклар, 27-қовурға – диафрагма чўнтакчаси, 28-диафрагма плевраси, 29-VII қовурға тоғайи, 30-ханжарсимон ўсиқ.

Бемор кўкрак қафасидаги оғриқларга шикоят қилганда, УАВ биринчи навбатда коронар қон томирлари зарарланиши билан боғлиқ бўлган касалликлар тўғрисида ўйлаши лозим. Ушбу гуруҳга бутун дунёда, жумладан, Ўзбекистонда ҳам кенг тарқалган ЮИК (стенокардия, ўткир коронар синдром, миокард инфаркти (МИ)) ва унинг асоратлари киради. Сўнги маълумотларга кўра, ЮИК лари жахондаги ялпи ўлим сабабининг 26 %ини ташкил этса, мамлакатимизда бу кўрсаткич 50 %га яқиндир. Унинг асосида коронар қон томирлари атеросклерози, баъзан эса йирик томирлар спазми ва уларда тромблар ҳосил бўлиши ётади. 3-расмда соғлом одам юраги ташқи кўриниши ва унинг қон томирлари тасвири келтирилган.



3-расм. **Юрак артериялари ва веналари**

1-ўпка артерия стволи, 2-чап ўпка артерияси, 3-4-аорта равоғи, 5-чап ўмров ости артерияси, 6-чап умумий уйқу артерияси, 7- елка -бош стволи, 8-ўнг упка артерияси, 9-юқорига кўтарилувчи аорта, 10-юқори кавак венаси, 11-ўнг қулоқча, 12-ўнг тож артерияси, 13-тож эгат, 14-юракнинг олд венаси, 15-ўнг қоринча, 16-юрак учи, 17-чап қоринча, 18, 19-юракнинг катта венаси, 20-олд қоринчалараро артерия, 21-ўраб турувчи тармоқ-чап тож артерияси тармоғи, 22-чап тож артерияси, 23-чап қулоқча.

Қуйида санаб ўтилган хавф омиллари мавжуд бўлганда, ушбу касаллик пайдо бўлиш ва асоратланиш эҳтимоли жуда юқори бўлади.

Асосий хавф омиллари:

- чекиш;
- беморда ва унинг ота-онасида липид алмашинувининг бузилиши мавжудлиги (қонда умумий холестерин миқдори ≥ 5 ммоль/л);
- АГ мавжудлиги (ҚБ≥ 140/90 мм.сим.уст.);

✓ беморда ва унинг ота-онасида ҚД касаллигининг борлиги;

✓ гиподинамия;

✓ семизлик (тана вазни индекси ≥25);

✓ юрак-қон томир касалликларига наслий мойиллик;

- ✓ бемор ёши;
- ✓ овқатланиш хусусиятлари;
- ✓ касби, ижтимоий аҳволи;
- ✓ атроф-муҳит таъсири;
- ✓ сийдик кислотаси алмашинувининг бузилиши.

Бу омилларни эрта аниқлаш ва уларни мумкин қадар бартараф этиш беморлар ҳаёт сифатини яхшилайди ва ўлим ҳолатларини камайтиради. Шунинг учун УАВ улар тўғрисида батафсил маълумотга эга бўлиши лозим.

Кўкрак қафасидаги оғриқларнинг сабаблари
Коронар томирлар зарарланиши билан боғлиқ бўлган кўкрак қафасидаги оғриқлар
Коронар томирлар зарарланиши билан боғлиқ бўлмаган юрак касалликларидаги кўкрак қафасидаги оғриқлар
Йирик томирлар зарарланиши билан боғлиқ бўлган кўкрак қафасидаги оғриқлар
Ўпка, плевра ва кўкс оралиғи аъзолари касалликлари билан боғлиқ бўлган кўкрак қафасидаги оғриқлар
Қорин бўшлиғи аъзолари касалликлари билан боғлиқ бўлган кўкрак қафасидаги оғриқлар
Умуртқа поғонаси касалликлари ва аномалиялари билан боғлиқ бўлган кўкрак қафасидаги оғриқлар
Умуртқа поғонасидан ташқари кўкрак қафаси суяклари ва мушакларига боғлиқ бўлган оғриқлар
Руҳий ҳолатлар билан боғлиқ бўлган кўкрак қафасидаги оғриқлар
Марказий ва периферик асаб тизими касалликлари билан боғлиқ бўлган кўкрак қафасидаги оғриқлар

1-чизма. **Кўкрак қафасидаги оғриқларнинг асосий сабаблари**

Коронар томирлар зарарланиши билан боғлиқ бўлган кўкрак қафасидаги оғриқлар

Ушбу гуруҳ касалликларининг асосини ЮИК ташкил этиб УАВ фаолиятида энг кўп учрайдиган патологик ҳолатлардан бири ҳисобланади. Биз унинг турли шаклларига тўхташдан олдин Ўзбекистон кардиологларининг IV съездида қабул қилинган ЮИКнинг классификациясини келтиришни мақсадга мувофиқ деб топдик.

1-жадвал

Юрак ишемик касаллигининг классификацияси

(Ўзбекистон кардиологларининг IV съездида ўзгартиришлар киритилган, 2000 йил)

1	Тўсатдан юз берган коронар ўлим (юракнинг бирламчи тўхташи)
2	Стенокардия 2.1 Стабил зўриқиш стенокардияси (функционал синфларни кўрсатиш билан) 2.2 Ностабил стенокардия - илк бор пайдо бўлган стенокардия - кучайиб борувчи зўриқиш стенокардияси - ангиоспастик стенокардия (Принцметал) - инфарктдан кейинги эрта стенокардия - операциядан кейинги эрта стенокардия
3	Миокарднинг оғриқсиз ишемияси
4.	Микроваскуляр стенокардия (“Х синдром”)
5.	Миокард инфаркти - Q тишчаси билан – QMI - Q тишчасиз – NQM
6.	Инфарктдан кейинги кардиосклероз
7.	Юрак ритмининг бузилиши (шаклини кўрсатиш билан)
8.	Юрак етишмовчилиги (шакли ва босқичини кўрсатиш билан)

Стенокардия

Европа кардиологлари жамиятининг 2002 йилда ўтқазган кузатувлари натижаси ЮИК нинг кенг тарқалган клиник кўриниши стенокардия эканлигини яна бир бор тасдиқлади.

Клиник манзараси:

- стенокардиядаги оғриқлар одатда эзувчи, сиқувчи, куйдирувчи, босувчи хусусиятларга эга бўлиб, аксарият ҳолларда тўш ортида жойлашиб, чап қўлга, пастки жағга, бўйинга, белга узатилади ва айрим ҳолларда ҳансираш, терлаш, ўлимдан қўрқиш ҳисси билан кечади;
- оғриқлар кучли, кучсиз ёки кўкрак қафасидаги ноҳуш ҳис билан кечиб, 1-2 дақиқадан 20 дақиқагача давом этиши мумкин;

- оғриқлар жисмоний ёки эмоционал зўриқиш вақтида, совуқда ёки овқатлангандан сўнг пайдо бўлади ва тинч ҳолатда ёки нитроглицеринни тил остига қабул қилгандан сўнг ўтиб кетади;
- хуруж бўлмаган вақтда асбобий текширишлар кам маълумот беради.

Жисмоний зўриқиш (тез юриш, юқорига кўтарилиш, оғир юк кўтариш), асаб бузилиши, кўп миқдорда овқат истемол қилиш, совуқ, нам ва шамолли об-ҳаво, кучли ҳаяжонланиш (жумладан, телекўрсатувлар таъсирида), жинсий алоқа, дорилар қабул қилишни (антиангинал, гипотензив, антиаритмик) тўхтатиб қўйиш стенокардия хуружлари ривожланишига олиб келади. Стенокардия хуружлари баъзан атипик шаклларда намоён бўлиб, оғриқлар жағга, бармоқларга, эпигастрал соҳага, ўнг ва чап қовурға ёйи остига узатилиши мумкин. Айрим ҳолларда оғриқ иккинчи даражали аҳамиятга эга бўлиб, беморда ҳаво етишмаслик, кўкрак кафасининг сиқилиши, кескин ҳолсизлик, ўлимдан қўрқиш ҳислари кузатилади.

Стенокардиянинг турғун ва турғун бўлмаган (ностабил) клиник турлари фарқланади.

Турғун зўриқиш стенокардияси. Хуружлар бир хил даражадаги жисмоний зўриқишда пайдо бўлиб, хуруж вақтида ЭКГда ST сегменти депрессияси кузатилади. У ўз навбатида беморни жисмоний зўриқишга чидамлилигига кўра тўртта функционал синфга бўлинади:

I синф–одатий кундалик жисмоний зўриқиш (юриш, зинапоядан кўтарилиш) стенокардия хуружларини чақирмайди. Хуружлар кучли, узоқ вақт давомида ва тез жисмоний зўриқишда пайдо бўлади;

II синф- одатий жисмоний фаоллик бир оз чегараланган. Стенокардия хуружлари тез юрганда, зинопоядан тез кўтарилганда, меъёрдан кўпроқ овқат еб қўйганда ёки совуқ ҳавога чиққанда, об-ҳаво ўзгарганда, стресс ҳолатларида, тўшакдан тургандан кейинги биринчи соатларда; яхши шароитда ва одатий тезликда текис йўлда 500 м.дан кўпроқ масофага юрганда ёки зинапоядан биринчи қаватдан юқорига кўтарилганда пайдо бўлади;

III синф-одатий жисмоний фаоллик кескин чегараланган. Стенокардия хуружлари яхши шароитда ва одатий тезликда текис йўлда 100- 500 м.гача масофага юрганда ёки зинапоядан биринчи қаватгача кўтарилганда пайдо бўлади.

IV- синф ҳар қандай жисмоний ҳаракат (текис йўлда 100 м.гача масофага юрганда) стенокардия хуружлари ривожланишига олиб келади. Айрим ҳолларда тинч ҳолатда ҳам пайдо бўлиши мумкин.

Ностабил стенокардия деганда зўриқиш стенокардияси хуружлари давомийлигининг узайиши ва оғирлашиши, оғриқлар характерининг ўзгариши, беморни жисмоний зўриқишга чидамлилигининг кескин сусайиши, хуружларнинг тинч ҳолатда ҳам пайдо бўлиши, нитратларга сезувчанликни пасайиши тушунилади. Бу ҳолатда миокард инфаркти ривожланиш хавфи юқоридир. Ностабил стенокардиянинг бир нечта турлари фарқланади:

1. *Биринчи бор пайдо бўлган стенокардия* - бемор ҳаётида илк бор жисмоний зўриқишда, кейинчалик эса одатий ҳаракатда ҳам оғриқ хуружларининг (пайдо бўлган вақтдан 1 ойгача) пайдо бўлиши. Бу гуруҳдаги беморлар шу вақтгача ўзларини соғлом деб

билганликлари, касаллик тўғрисида маълумотларга эга эмасликлари сабабли, ўз вақтида шифокорга мурожаат қилмайдилар ва шунинг учун улар орасида МИ ҳамда тўсатдан ўткир коронар ўлим ривожланиш хавфи юқори;

2. *Авж олиб борувчи стенокардияда* оғриқ давомийлигининг узайиши, характери ва иррадиациясининг ўзгариши, беморни жисмоний зўриқишга чидамлилиги кескин пасайиб, хуружларнинг тинч ҳолатда ҳам пайдо бўлиши, антиангинал дори воситаларга сезувчанликнинг сусайиши тушунилади.

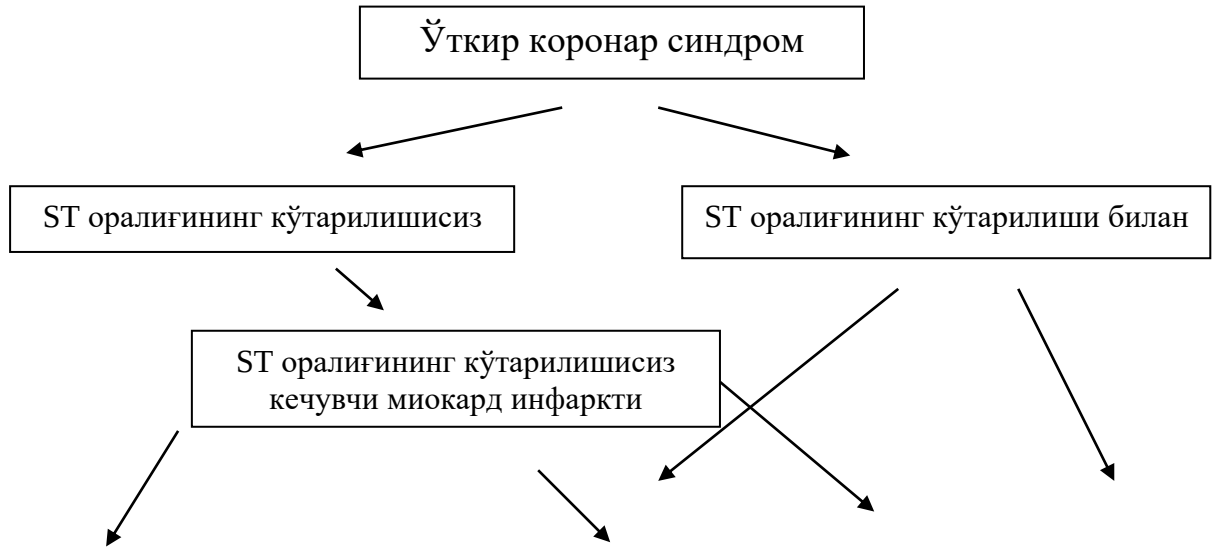
3. *Вазоспастик (Принцметал ёки вариантли) стенокардия* - йирик коронар артериялари спазми натижасида юзага келиб, оғриқлар бирон-бир сабабларсиз тинч ҳолатда, аксарият ҳолларда куннинг маълум бир вақтида (тунда ёки эрта тонгда) пайдо бўлиб, даврий равишда (хафтда 2-3 ва ундан кўпроқ) кузатилади. Бу турдаги сенокардияда хуруж вақтида ЭКГ да ST сегментини ўрта чизиқдан юқорига (МИнинг ўта ўткир даврига ўхшаш) кўтарилиши ва хуруж бартараф этилгач, уни ўз ўрнига қайд этилди.

4. *Миокард инфарктидан кейин эрта пайдо бўлган стенокардия* - оғриқ хуружлари МИ ривожлангандан кейинги 2-3 ҳафтада ёки бемор шифохонадан чиқиши билан (8 хафта оралиғида) кузатилади.

5. *Операциядан кейин пайдо бўлган стенокардия* - оғриқ хуружлари ЮИК ни фаол даволаш усулларидан (аорта-коронар шунтлаш (АКШ), стентлаш, транскоронар ангиопластика (ТКА)) сўнг 2-4 ҳафта давомида ёки ундан кейин пайдо бўлиши тушунилади.

Ўткир коронар синдром (ЎКС) - бу илк бор юзага келган стенокардиядан тортиб, узоқ муддат давом этувчи ва нитроглицирин қабул қилганда ҳам йўқолмайдиган, натижаси ноаниқ, йирик ўчоқли МИ ёки тўсатдан ўлимга олиб келиш эҳтимоли юқори бўлган, тинч ҳолатда ҳам узлуксиз зўрайиб борувчи давомли стенокардияларни ўз ичига олади. Бу ташҳис вақтинча қўйилиб, шифокор касаллик кечишига, лаборатор-асбобий текширувлар натижасига асосланиб, 24 соат ичида клиник ташҳис қўйиши ва келгуси даволаш тактикасини белгилаши лозим.

Қуйидаги 2 ва 3-чизмаларда ЎКСнинг категориялари ҳамда унга чалинган беморларни олиб бориш алгоритми келтирилган.



Ностабил стенокардия	Q тишчасиз миокард инфаркти	Q тишчали миокард инфаркти

Ўткир коронар синдромнинг категориялари

Ушбу чизмадан кўринадики, ST оралиғининг кўтарилишисиз кечувчи ЎКС Q тишчасиз МИ ёки ностабил стенокардияга, ST оралиғининг турғун кўтарилиши билан кечувчи ЎКС эса аксарият ҳолларда Q тишчали, баъзан Q тишчасиз МИга ассоцияланади

3-чизма. **Ўткир коронар синдром билан касалланган беморларни олиб бориш алгоритми**

Миокард инфаркти. МИ юрак мушакларининг чегараланган некрози бўлиб, унинг қон билан таъминланиши ва талаби ўртасидаги мувозанатнинг ўткир бузилиши натижасида юзага келади. Унинг асосида тож артерияларининг атеросклерози (аксарият ҳолларда), спазми ва атеросклеротик пилакчаларга қон қуйилиши ётади.

МИга хос бўлган умумий белгилар:

- нитроглицерин билан бартараф этилмайдиган, узоқ вақт (30 дақиқадан кўпроқ) давом этувчи ангиноз оғриқлар;
- кардиоспецифик ферментларнинг (тропанин 1 ва Т, креатинфосфокиназанинг (КФК) МВ фракцияси) ишончли даражада ошиши;
- ЭКГ даги ўзгаришлар (ST сигментининг депрессияси ва патологик Q тишчасининг пайдо бўлиши).

Классик оғриқлар билан намоён бўлган МИ да (ангиноз тури) юқоридаги белгилар билан бир қаторда, бемор совуқ, ёпишқоқ тер билан қопланади ва унда ўлимдан қўрқув ҳисси, ҚБ нинг тушиши, пульснинг тезлашиши, юрак ритмининг бузилиши, қўзғалувчанлик, айрим ҳолларда ўткир чап қоринча етишмовчилиги белгилари пайдо бўлади. Оғриқлар асосан тўш ортида жойлашган бўлиб, чап қўлга, курак остига, жағга узатилади ва баъзан соатлаб давом этади.

Бундан ташқари, касалликнинг қуйидаги атипик клиник турлари фарқланади.

- *астматик*– юрак астмаси ёки ўпка шишининг клиник белгилари билан намоён бўлади. Беморлар ҳаво етишмаслик ҳисси, йўтал аввал қуруқ, кейин пушти ранг кўпикли балғам ажралишига шикоят қиладилар.Улар ортопноэ ҳолатида бўлиб, ўпкаси устида крепитация ва майда пуфакчали нам хириллашлар эшитилади. МИ нинг ушбу тури кўпроқ қарияларда, ҚД билан оғриган беморларда ва қайта МИ да кузатилади;
- *аритмик*– юракнинг ўткир ритм ва ўтқазувчанлигининг бузилишлари билан кечади ва типик оғриқ синдроми яққол номоён бўлмайди. Беморлар аксарият ҳолларда тўсатдан юрак тез-тез, нотўғри, тўхтаб-тўхтаб уришига, ҳаво етишмаслигига, бош айланишига шикоят қиладилар. Бу турдаги МИ да хилпилловчи аритмия, қоринчалар ёки суправентрикуляр тахикардия пароксизмлари, экстрасистолиялар (кўпроқ политоп), Гисс тутами оёқчалари ва атровентрикулар блокадалар кузатилади;

- *абдоминал*–юракнинг пастки базал соҳасида ривожланган МИ да кузатилиб, эпигастрал соҳадаги оғриқлар, кўнгил айниши, енгиллик олиб келмайдиган қайд қилиш, метеоризм, ошқозон-ичак тизими парезлари билан кечади;
- *цереброваскуляр* – коронар қон томирлар билан бир қаторда, бош мия қон томирлари тромбози (спазми) натижасида беморларда обморк ёки инсультнинг клиник белгилари (бош айланиши, кўнгил айниши, қайд қилиш, синкопал ҳолатлар, гемипарезлар, параличлар, руҳий бузилишлар) билан намоён бўлади. Бу турдаги МИ аксарият ҳолларда мия қон томирларида кучли атеросклероз ривожланган кекса беморларда кузатилади;
- *симптомсиз ёки кам симптомли*–аксарият ҳолларда ҚД билан оғриган беморларда ва СҚАЕ белгилари пайдо бўлганда аниқланади. Беморлар МИни қачон ўтқазганларини аниқ айтиб беролмайдилар, тасодифан ЭКГ туширилганда аниқланади.

Атипик турларини ташҳислашда ЭКГ текшириш усули асосий аҳамият касб этади. МИ да ЭКГ да қуйидаги асосий ўзгаришлар кузатилади: ST сегментининг ёйсимон кўтарилиши, қарама-қарши тармоқларда унинг дискордант силжиши, чуқур, кенгайган Q тишчаси пайдо бўлиши, Т тишчаси амплитудасининг кўтарилиши. Кейинчалик даволаш асосида МИ даврларига кўра ST сегментини ўрта чизиқга келиши, Т тишча амплитудаси пасайиб чуқур, тенг елкали, манфий Т пайдо бўлиши кузатилади.

Некроз ўчоғининг миокард қаватларига тарқалиши ва чуқурлигига кўра қуйидаги МИ турлари тафовутланади:

- *кичик ўчоқли - Q тишчасиз* (субэндокардиал, субэпикардиал ва интрамурал). ЭКГ да асосан ST сегменти ва Т тишчасида ўзгаришлар кузатилади;
- *катта ўчоқли - Q тишчали* (трансмурал бўлмаган миокард қаватларининг 50 % шикастланган) – ЭКГда патологик Q тишчаси пайдо бўлиб, ST сегменти ва Т тишчасида ўзгаришлар кузатилади ҳамда R тишчаси сақланиб қолади;
- *трансмурал - Q тишчали* (некроз ўчоғи миокарднинг маълум бир соҳасидаги барча қаватларни шикастлаган)– ЭКГ да QRS комплекси QS кўринишида бўлади ҳамда ST сегменти ва Т тишчасида ўзгаришлар кузатилади.

Клиник кечиши бўйича касалликнинг 5 даври фарқланади:

1. *продромал* (инфарктдан олдинги давр) - бир неча соатдан бир ойгача, баъзан бўлмаслиги ҳам мумкин. Ушбу даврда ностабил стенокардиянинг клиник белгилари кузатилади. Аксарият ҳолларда ЭКГ да ST сегменти ва Т тишчаси ўзгаради;
2. *ўта ўткир даври* – 30 дақиқадан 2 соатгача давом этади. Ушбу даврга яққол намоён бўлган оғриқ синдроми (атипик турларида- уларга хос клиник белгилар) хос;
3. *ўткир даври* – 2-14 кун давом этади. Бу даврда клиник белгилар мўътадиллашади (оғриқ камаяди ёки йўқолади) ва айни вақтда резорбцион- некротик синдром пайдо бўлади. Касалликнинг ўта ўткир ва ўткир даврларида беморларда ўткир юрак етишмовчилиги белгилари ҳамда ритм бузилишлари кузатилиши мумкин;
4. *ўткир ости даври* – касаллик бошланганидан 4-8 ҳафта давом этади. Беморда оғриқ симптоми кузатилмайди, лекин СҚАЕ белгилари пайдо бўлиши мумкин;
5. *чандиқланиш (МИ дан кейинги) даври* - 3-6 ой давом этиб, касаллик асоратланмаганда, бемор ҳеч қандай шикоятлар билдирмайди.

МИ ривожланган беморларда касалликнинг турли даврларида эрта ва кечки асоратлар кузатилиши мумкин. Ушбу асоратлар ўз вақтида аниқланмаса ва монанд ёрдам кўрсатилмаса, ёмон оқибатларга олиб келади. Шунинг учун УАВ улар тўғрисида батавсил маълумотга эга бўлиши лозим.

Эрта асоратлар:

- *юрак ритми* (хилпилловчи аритмия, экстрасистолиялар, параксизмал тахикардиялар, фибрилляциялар) ва *ўтқазувчанлигининг* (АВ блокадалар) бузилиши. Ушбу асорат МИ га чалинган беморларнинг деярли барчасида ва касалликнинг ҳамма даврида кузатилади. Уни ташҳислашда клиник белгилар билан бир қаторда ЭКГ текшириш натижаларига **(«Аритмиялар» тўғрисида батафсил маълумот унга бағишланган маърузада ёритилган)** асосланилади;
- *Кардиоген шок* –систолик ҚБ 80 мм.сим.уст. дан, пульс босими 20-25 мм.сим.уст. пасайиши, ўткир юрак етишмовчилиги белгиларини (нафас сиқиши, акроцианоз, тахикардия, кичик қон айланиш доирасида димланиш белгилари, яъни нам хириллашлар, қон туфлаш) пайдо бўлиши, шокнинг периферик белгилари (тери қопламини оқариши, тананинг совуқ, ёпишқоқ тер билан қопланиши, қўл–оёқларнинг музлаши), олиго (соатига 20 мл.дан кам) ва анурия ривожланиши билан намоён бўлади.

Кардиоген шокнинг уч тури фарқланади:

- ✓ *рефлектор;*
- ✓ аритмик;
- ✓ чин кардиоген.

Рефлектор тури қон томирлари тонусининг компенсатор ўзгариш механизмининг йўқолиши сабабли юзага келади. Унинг бу тури тўғрисида фикр юритганда, фақат шок эмас, балки МИ натижасида ривожланган кучли артериал гипотензия ёки оғриқли коллапс, деб айтилса мақсадга мувофиқ бўлади. Унинг ташҳисий мезонлари:

- ✓ систолик ҚБ ни 90-100 мм сим.уст.дан паст бўлиши;
- ✓ синусли брадикардия;
- ✓ оғриқ белгисини бартараф этиш ва бир маротаба вазопрессор дори воситаларини қўллаш натижасида бемор ахволи яхшиланиб, ҚБ нинг кўтарилиши.

Аритмик кардиоген шок юрак ритмининг бузилиши натижасида чап қоринча фаолиятининг кескин пасайиб кетиши сабабли юзага келади. Беморда кардиоген шокка хос бўлган барча белгилар кузатилиб, ритм тиклангандан сўнг клиник ва гемодинамик ўзгаришлар тез қайта тикланади.

Чин кардиоген шок миокарднинг 40% дан кўп қисми некрозга учраши натижасида чап қоринчанинг насос фаолияти кескин пасайиб кетиши сабабли юзага келади. Унинг ташҳисий мезонлари:

- ✓ артериал гипотония (систолик ҚБ ни ≤ 80 мм сим.уст. пульс босимини ≤ 20 мм сим.уст.дан паст бўлиши);
- ✓ периферик вазоспазм (бемор ранги оқариб кетиши, акроцианоз, тахикардия, тери қопламларининг совуқ терга ботиши, ўпкада нам хириллашлар);
- ✓ олигоурия – сийдикни 1 дақиқада 20 мл.дан кам бўлиши;

- ✓ беморнинг эс-ҳуши бузилиши (атрофдаги воқеаларга бефарқ ёки қўзғалувчан бўлиш);
- ✓ ўткир чап қоринча етишмовчилиги (кучайиб борувчи ҳансираш, тахикардия, ўпкада нам хириллашлар ва бошқалар) ривожланиши;
- ✓ метаболик ацидоз;
- ✓ олиб борилган даво чоралари самара бермаслиги.

Кардиоген шокнинг *ареактив тури* унинг энг оғир кўриниши ҳисобланиб, чин кардиоген шокда кузатиладиган белгилар билан намоён бўлади ва олиб борилган даво тадбирларига қарамасдан аксарият ҳолларда бемор ўлими билан тугайди.

- ✓ *Ўткир юрак етишмовчилиги* ривожланганда - нафас сиқиши, акроцианоз, тахикардия, кичик қон айланиш доирасида димланиш белгилари, яъни аввал қуруқ, кейин пушти ранг кўпикли балғам ажралиши билан кечадиган йўтал, нам хириллашлар, ўпка артерияси устида II тон акценти, юрак чўққисида ва аорта устида систолик шовқин пайдо бўлиши кузатилади. Унинг оғирлик (енгил, ўрта ва оғир) даражасига кўра ушбу белгилар бир оз ёки яққол намоён бўлиши мумкин;
- ✓ *Тромбоэмболик асоратлар* – МИ га олиб келган асосий сабаб ҳамда у туфайли қон айланиши бузилиши натижасида турли соҳадаги қон томирларида (бош мия, ўпка, буйрак, мезентериал ва бошқа артерияларда) тромб ҳосил бўлиши ва шу аъзода ишемия ва инфаркт ривожланиши мумкин;
- ✓ *Тромбоэндокардит* – ҳолсизлик, кўп терлаш, турғун, узоқ давом этувчи тахикардия ва тана ҳароратининг кўтарилиши (антибиотиклар самара бермайди), юрак чўққисида систолик шовқин пайдо бўлиши ҳамда тромбоэмболик синдромлар билан намоён бўлади;
- ✓ *Юракни ўткир ва сурункали аневризмаси* учун чап томонда 3-4 қовурғалар оралиғида, юрак чўққи турткисига мос келмайдиган перикардиал пулсация, унинг чегараларини кенгайиши, юрак чўққисида I тон сустлашиб систолик шовқин пайдо бўлиши ҳамда ўпка артерияси устида II тон акценти, ўткир ёки сурункали қон айланиши етишмовчилиги белгилари пайдо бўлиши, тромбоэмболик синром, ЭКГда МИ даврларига хос динамик ўзгаришларнинг кузатилмаслиги (ST оралиғининг ўрта чизиқдан юқорида сақланиб қолиши) хос. ЭхоКГ ўтказиш ташҳисни аниқлашда мухим аҳамиятга эга;
- ✓ *Юракнинг ички ва ташқи ёрилиши,* ташқи ёрилишида беморда тўсатдан оғриқ пайдо бўлади, ҳушидан кетади, пульси ва ҚБ аниқланмайди, кўз қорачиғи кенгаяди, агонал нафас пайдо бўлади, бўйин томирлари бўртиб чиқади, тананинг бир қисмида кўкаради ва бу ҳолат қисқа вақт ичида ўлим билан тугайди. Ички ёрилиш ривожланганда беморда дори воситалар ёрдамида бартараф этиб бўлмайдиган кучли оғриқ, ҳансираш билан бир қаторда, қисқа вақт ичида ўнг қоринча етишмовчилиги белгиларининг ривожланиши кузатилади. Объектив кўрикда юрак чегарасини ўнгга силжиши аниқланади, унинг барча эшитиш нуқталарида, эпицентри тўш суягининг ўртасида ва чапда 4-5 қовурғалар оралиғида бўлган систолик шовқин эшитилади;
- ✓ МИ нинг эрта даврида юқорида келтирилган асоратлардан ташқари сийдик ажралишининг ўткир бузилиши, ошқозон-ичак тизимида ўзгаришлар (ўткир яралар, қон кетиш, парезлар) ва руҳий бузилишлар ривожланиши мумкин. Ушбу асоратлар МИ нинг кечки даврларида ҳам кузатилишини УАВ ёдда тутишлари лозим. Шу билан бир қаторда, кечки асоратларга Дресслер синдроми ва СҚАЕ ҳам киради.

- ✓ *Дресслер синдроми*- касалликнинг 2-8 ҳафталарида ривожланиб, плеврит, пневмонит, перикардит белгилари билан намоён бўлади. Шунингдек, беморларда иситмалаш, эозинофилия, полиартрит, ЭЧТ нинг ошиши кузатилади. Бу асоратнинг асосида иммун яллиғланиш жараёни ётганлиги сабабли, даволашда асосий гуруҳ дори воситалари билан бир қаторда кичик дозада преднизолон (15-20 мг.) ва НЯҚВ қўллаш яхши самара беради;
- ✓ *Сурункали қон айланиш етишмовчилиги* – беморларда кичик ва катта қон айланиш доираларида димланиш белгилари билан намоён бўлади.

3- Мавзу: Артериал гипертензия ва бош оғриғи синдроми гипертензияларда дифференциал ташхис. Профилактика. УАШ тактикаси

Таълим бериш технологиясининг модели

Машғулот вақти – 80 минут	Талабалар сони : 40-60 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси Бемор оилавий поликлиника (ОП) ёки қишлоқ врачлик пунктига (ҚВП) мурожаат қилганда ҳамда аҳоли тиббий кўрикдан ўтказилаётганда, санатория-курорт карталари тўлдирилаётганда ва бошқа қатор ҳолларда УАВ томонидан биринчи марта беморнинг ҚБ ошганлиги аниқлаш. .	**Маърузанинг кисқача аннотацияси** Артериал гипертензия (АГ) барча ихтисосликдаги врачларнинг амалий фаолиятида тез-тез учрайдиган синдром ҳисобланади. Сўнгги йиллардаги маълумотларга кўра, жаҳонда 20 ёшдан ошган аҳолининг 27% га яқинида АГ кузатилади. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти (ЖССТ) экспертлари хулосаларига кўра, 2025 йилга келиб бу кўрсатгич 29% ни ташкил этиб, беморлар сони 1млрд. 56 млн. га етади.
Ўқув машғутнинг мақсади: Артериал гипертензияларнинг қиёсий ташхиси, УАШ тактикасини олиб боришини ўргатиш.	**Мақсади ёритилади**. Сўнгги йилларда АГ эпидемиологияси, патогенезидан тортиб, янги ва кенг таъсир доирасига эга бўлган дори воситаларини ишлаб чиқишга қадар бўлган муаммолар чуқур ўрганилмоқда. ҚБ кўтарилишининг патогенези, классификацияси ва унинг турли шаклларини даволаш чоралари тўғрисидаги эски тушунчалар тафтиш қилиниб, бунинг натижасида у ёки бу долзарб муаммолар тўғрисида янги фикрлар пайдо бўлмоқда. Бу ҳол умумий амалиёт врачидан (УАВ) кенг тарқалган ушбу синдром тўғрисида чуқур, замонавий билимларга эга бўлишни тақозо этади. АГ синдроми деганда ҚБ нинг барқарор ошиши билан кечадиган барча патологик ҳолатлар назарда тутилади.

	Симптоматик артериал гипертензияда (САГ) ҚБ кўтарилиши кўпгина касалликларнинг асосий белгиларидан бири бўлса, гипертония касаллигида (ГК) эса аксарият ҳолларда касалликнинг ягона клиник белгиси сифатида намоён бўлади. Бемор оилавий поликлиника (ОП) ёки қишлоқ врачлик пунктига (ҚВП) мурожаат қилганда ҳамда аҳоли тиббий кўрикдан ўтказилаётганда, санатория-курорт карталари тўлдирилаётганда ва бошқа қатор ҳолларда УАВ томонидан биринчи марта беморнинг ҚБ ошганлиги аниқланади.
Таълим бериш усуллари	Кўргазмали, маъруза, суҳбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий, жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проек-тор, комьпютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол – жавоб.

3.2. Маъруза машғулотининг технологик картаси

Иш босқичлари ва вақти.	**Таълим берувчи**	**Таълим олувчилар**
Тайёргарлик босқичи (10 минут)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1.Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2.Асосий босқич (45 дақиқа)	1. Мавзуни тушунтириб беради, слайдлар намойиш қилиш 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар Тинглайдилар
3.Якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

1. Артериал гипертония эпидемиологияси, патогенези, УАВ учун мухим қирралари ва унинг хавфлари.

2. Катталарда бирламчи артериал гипертония касаллигининг диагностикаси
3. Таърифлаш ва таснифлаш.
4. Артериал босимни ўлчаш
5. Умумий амалиёт врачи шароитида артериал гипертониянинг ташхислаш тактикаси. Беморни текшириш.
6. Юрак–томир касаллиги асоратлари хавфини бахолаш
7. УАВ имкониятлари даражасида артериал гипертензиянинг турли шаклларини қиёслаб даволаш коидалари ва тактикаси.
8. Артериал гипертония билан боглик келиб чикадиган ургент холатлар ва уларда УАВ нинг шошилинч ёрдам курсатиш тактикаси.
9. Бирламчи ва иккиламчи профилактика.

Таянч сўзлар:артериал гипертония, симтоматик гипертония

Артериал гипертензия (АГ) барча ихтисосликдаги врачларнинг амалий фаолиятида тез-тез учрайдиган синдром ҳисобланади. Сўнгги йиллардаги маълумотларга кўра, жаҳонда 20 ёшдан ошган аҳолининг 27% га яқинида АГ кузатилади. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти (ЖССТ) экспертлари хулосаларига кўра, 2025 йилга келиб бу кўрсатгич 29% ни ташкил этиб, беморлар сони 1млрд. 56 млн. га етади.

Ўзбекистонда қон босимини (ҚБ) ошиши барча аҳолининг 13-15% да, 40-59 ёшдагиларда эса 26,6% ҳолларда қайд этилган. 20-60 ёшдаги шаҳар аҳолисининг 11,3% эркакларида ва 16,6% аёлларида ҚБ кўтарилиши аниқланган. Қишлоқ жойларида бу кўрсаткичлар тегишлича 12,6% ва 14,7% ни ташкил этади. Кафедрамиз ходимлари томонидан Тошкент шаҳрида туғиш ёшидаги аёлларда ўтказилган мақсадли текширув уларнинг 6,4% ида юмшоқ ва ўртача, 4,8% ида эса меъёр даражасида кўтарилган АГ борлигини кўрсатди. Улардан фақат 54% ўзларида ҚБ ошиб туришини билганлар. Шуниси ташвишлики, ушбу беморлардан атиги 11,6% мунтазам, 38,7% вақти-вақти билан гипотензив дори воситаларини қабул қилган, 49,8% эса умуман даволанмаган. Бошқа муаллифларнинг маълумотлари бу кўрсаткичларнинг сўнгиси янада юқори эканлигини кўрсатади.

Сўнгги йилларда АГ эпидемиологияси, патогенезидан тортиб, янги ва кенг таъсир доирасига эга бўлган дори воситаларини ишлаб чиқишга қадар бўлган муаммолар чуқур ўрганилмоқда. ҚБ кўтарилишининг патогенези, классификацияси ва унинг турли шаклларини даволаш чоралари тўғрисидаги эски тушунчалар тафтиш қилиниб, бунинг натижасида у ёки бу долзарб муаммолар тўғрисида янги фикрлар пайдо бўлмоқда. Бу ҳол умумий амалиёт врачидан (УАВ) кенг тарқалган ушбу синдром тўғрисида чуқур, замонавий билимларга эга бўлишни тақозо этади. АГ синдроми деганда ҚБ нинг барқарор ошиши билан кечадиган барча патологик ҳолатлар назарда тутилади. Симптоматик артериал гипертензияда (САГ) ҚБ кўтарилиши кўпгина касалликларнинг асосий белгиларидан бири бўлса, гипертония касаллигида (ГК) эса аксарият ҳолларда касалликнинг ягона клиник белгиси сифатида намоён бўлади. Бемор оилавий поликлиника (ОП) ёки қишлоқ врачлик пунктига (ҚВП) мурожаат қилганда ҳамда аҳоли тиббий кўрикдан ўтказилаётганда, санатория-курорт карталари тўлдирилаётганда ва

бошқа қатор ҳолларда УАВ томонидан биринчи марта беморнинг ҚБ ошганлиги аниқланади.

АГ мавжудлигини тасдиқловчи асосий мезон ҚБ ни тегишли ёшга нисбатан кўтарилиши ҳисобланиб, унинг 18 ёшдан катта бўлган беморлар учун кўрсаткичлари қуйидагича:

- систолик АД >140 мм. симоб устуни;
- диастолик > 90 мм. симоб устуни.

ҚБ тинч ҳолатда, бемор 5 дақиқа дам олгандан (агар ундан олдин жисмоний ёки руҳий зўриқиш ҳолатлари кузатилган бўлса 15-30 дақиқадан) сўнг ўлчанади. Ўлчаш вақтида бемор ўзига қулай ҳолатда, қўлларини стол устига чўзиб ўтирган ёки тўшакда ётган бўлиши лозим. Тонометр манжети елка олди соҳасига, яъни тирсак бўғимидан 2 см. юқорига ўралиб юрак сатхига тўғри келиши керак. ҚБни ўлчашдан олдин текширилаётган киши 1 соат давомида аччиқ чой, қахва ичмаслиги, 30 дақиқа давомида сигарет ва носвой чекмаслиги, шунингдек симпатомиметик воситалар ҳам (шу жумладан, бурун ичига ва кўзга томизиладиган) қабул қилмасликлари зарур. Босимни ўлчашдан олдин манометр стрелкаси 0 да туриши ва энг камида 1-2 дақиқалик танаффус билан 2 марта ўлчаниши лозим. Мабодо кўрсаткичлар бир-биридан катта фарқ қилса, ҚБ 3 ва 4 маротаба ўлчанади. АГ га чалинган бемор биринчи марта УАВ га мурожаат қилганда босимни ҳар иккала қўлда, агар бемор ёши 30 дан кичик бўлса оёқларида ҳам ўлчаш зарур. Оёқларда босимни ўлчаш учун тонометрнинг кенг манжеткаси тизза бўғимидан юқорига ўралади ва фонендоскоп тизза ости чуқурчасига қўйиб, тонлар аниқланади. ҚБ кўрсатгичларига турли омиллар (бемор ҳолати, ҚБ ўлчанган шароит, атроф-муҳит, об-ҳаво ва бошқалар) таъсир қилишини инобатга олган ҳолда, АГ аниқланган бемор босими юқори кўрсатгичларда бўлса, ҳафта давомида бир неча марта, юмшоқ ва меъёр даражасида кўтарилганда эса 3-6 ой давомида кузатиш мақсадга мувофиқдир.

Соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи бўғинида ишлаётган врачлар беморда юқори ҚБ аниқланган барча ҳолатларда САГ бўлиши эҳтимоли ҳақида ўйлашлари лозим. Чунки беморларни зарур тегишли лабораторияга ва асбобий текширувларга юбориш ҳамда муваффақиятли даволаш унинг ўз вақтида аниқланиши билан узвий боғлиқдир.

ҚБ кўрсатгичлари юракни қон отиб бериши ва умумий периферик қон томирлар қаршилиги ўртасидаги ўзаро нисбат билан белгиланади. Унда кўп сонли ўзаро узвий боғланган прессор ва депрессор ҳамда қатор бошқа омиллар (олий нерв марказлари, эндокрин аъзолар, юрак, буйраклар, артерияларнинг тузилишидаги ўзгаришлар, ҳажм кўрсаткичлари ва қоннинг реологик хоссалари ва бошқалар) қатнашади. АГ га ташҳис қўйишда ва уни даволаш мезонларини танлашда УАВ касалликнинг мавжуд турли хил классификациялари тўғрисидаги маълумотларга эга бўлиши лозим. Уларнинг турли муаллифлар томонидан таклиф этилганлиги ва ҳар хил талқин қилиниши АГ босқичлари, оғир-енгиллик даражаси ҳамда кечишини аниқлашда қатор мураккабликларни вужудга келтиради ва монанд даво чораларини танлашни ҳамда статистик ҳисоботларни қийинлаштиради. Ҳозирги вақтда учта йўналишда: ҚБ даражаси, мўлжал аъзоларнинг зарарланиши ва касаллик этиологияси бўйича тузилган классификациялардан фойдаланиш тавсия этилади. Улар 1-3 жадвалларда келтирилган.

1-жадвал

Қон босими даражасига кўра артериал гипертензиянинг классификацияси (ESH/ESC, 2007)

Қон босими кўрсаткичи	ҚБ, мм.сим.уст.	
	СҚБ	ДҚБ
Оптимал	< 120	< 80
Меъёрида	120-129	80-84
Юқори меъёрда	130-139	85-89
АГ I даража	140-159	90-99
АГ II даража	160-179	100-109
АГ III даража	≥180	≥110
Яккаланган систолик АГ	≥ 140	< 90

Изоҳ: агар систолик ва диастолик ҚБ кўрсатгичлари турли тоифаларда бўлса, уни баҳолашда юқори кўрсатгичга асосланилади. Масалан: ҚБ = 140/100 мм.сим.уст. да бўлса, АГ II даража ҳисобланади.

2-жадвал

Гипертония касаллигининг нишон аъзолар зарарланиши даражасига кўра классификацияси (ЖССТ 1996)

I босқич	Нишон аъзолар зарарланиши белгилари йўқ.
II босқич	Нишон аъзолар зарарланган аммо уларнинг функционал ҳолати бузилмаган: • *юрак* - чап қоринча гипертрофияси белгилари (рентгенография, ЭКГ–Соколов-Лайон индекси 38 мм.дан юқори, ЭхоКГ– чап қоринча миокарди оғирлик индекси эркакларда > 125 г/м^2, аёлларда > 110 г/м^2) • *кўз* - унинг туби артерияларини тарқалган ёки чегараланган торайиши • *буйрак*-микроальбуминурия (кунига 30-300 мг.гача, протеинурия ва/ёки қонда креатинин миқдорининг бир оз ошиши (эркакларда 115-133 мкмоль/л, аёлларда 107-124 мкмоль/л)) • *қон томирлар* - атеросклеротик пилакча борлиги тўғрисида ультратовуш ёки радиологик маълумотлар (аорта, уйку, ёнбош ёки сон артериялари) ҳамда бўйин томирларининг қалинлашиши

III босқич	Нишон аъзолар зарарланган ҳамда уларнинг функционал ҳолати бузилган: • *юрак* - стенокардия, миокард инфаркти, юрак етишмовчилиги • *бош мия* - қон айланишининг ўткир ва ўтиб кетувчи бузилишлари, энцефалопатия, томир деменциялари • *буйраклар* - плазмада креатетин миқдори 177 мкмоль/л. дан юқори, • буйрак етишмовчилиги (коптокчалар фильтрацияси < 60 мл бир дақиқада) • *кўз туби* - геморрагия, кўрув нерви сўрғичи шиши ёки шишсиз экссудация ҳамда атрофия • *қон томирлар* - қаватланувчи аорта аневризмаси, клиник кўринишлар билан кечувчи артерияларнинг окклюзион зарарланиши

3-жадвал

Артериал гипертониянинг этиологик сабаблари бўйича классификацияси

А. Гипертония касаллиги (90-95%) Б. Симптоматик гипертония (5-10%) Сабаблари: 1. Буйрак касалликлари: - Буйракнинг паренхиматоз касалликлари: • ўткир гломерулонефритлар • сурункали гломерулонефритлар • сурункали пиелонефрит • обструктив нефропатиялар • буйрак поликистози - Буйракнинг бириктирувчи тўқимаси касалликлари: • диабетик нефропатия • гидронефроз • буйрак туғма гипоплазияси • буйрак шикастланишлари • реноваскуляр гипертония • ренин ишлаб чиқарувчи ўсмалар - Тузнинг бирламчи тутилиши (Лиддл, Гордон синдромлари) - Турли сабаблар натижасида келиб чиққан сурункали буйрак етишмовчилиги 2. Эндокрин касалликлар:	Респиратор ацидоз Б. Буйрак мия қавати зарарланишлари: • феохромацитома • буйрак безларидан ташқарида жойлашган хромоффил хужайралар ўсмаси • хавфли ўсма 3. Аорта каорктацияси ва аортитлар 4. Хомиладорлик асоратлари 5. Неврологик касалликлар: • бош мия ичи босими ошиши • бош мия ўсмалари • энцефалитлар • уйқу вақтидаги апноэ • оёқ-қўлларнинг ялпи фалажи • ўткир порфирия • қўрғошиндан заҳарланиш • Гейен-Барре синдроми 6. Дорилар ёки экзоген моддалар таъсирида кузатиладиган артериал гипертензия: • контрацептив гормонал воситалар • кортикостероидлар

• акромегалия; гипотиреоз • гиперкальциемия, гипертиреоз Буйрак усти бези касалликлари: А. Буйрак қобиғи зарарланиши (I) Кушинг синдроми (II) Бирламчи альдостеронизм (III) Буйрак усти безларининг туғма гиперплазияси	• симпатомиметиклар • кокаин • тиамин ёки моноаминооксидаза ингибиторларини сақловчи озиқ-овқат маҳсулотлари Ностероид яллиғланишга қарши дори воситалари: • циклоспорин • эритропоэтин 7. Хирургик асоратлар -операциядан кейинги гипертония

АГ нинг оғир-енгиллиги, белгилари ва асоратларининг ривожланиш даражасига кўра юқорида қайд этилмаган яхши сифатли (секин-аста ривожланиб борувчи) ва ёмон сифатли шакллари ҳам фарқланади. Шунингдек, “склеротик гипертония” деган (1-жадвал) тушунча ҳам мавжуд бўлиб, бунда систолик ҚБ >140 ва ундан юқори, диастолик эса 90 мм.сим. устунида ва ундан паст кўрсаткичларда бўлади.

Ўтказилган тадқиқотлар АГ шаклланишида бир қатор омилларнинг аҳамиятга эга эканлигини кўрсатмоқда. Шу сабабли УАВ беморларнинг ҳаёт ва касаллик тарихини ўрганганда Европа кардиология ва Европа гипертония жамиятларининг экспертлари тавсияларига (2007) ҳамда минтақамиз хусусиятларини инобатга олган ҳолда ГК ривожланишида муҳим аҳамиятга эга бўлган қуйидаги хавф омилларига алоҳида эътибор қаратишлари лозим:

- ✓ систолик ва диастолик ҚБ кўрсаткичлари;
- ✓ пульс босими кўрсаткичлари (қарияларда);
- ✓ бемор ёши (аёллар 65 ёшдан, эркаклар 55 ёшдан катта);
- ✓ чекиш;
- ✓ дислипидемия (умумий холестерин 5 ммоль/л. дан юқори, паст зичликдаги липопротеидлар (ПЗЛП) > 3 ммоль/л, юқори зичликдаги липопротеидлар (ЮЗЛП) < 1 ммоль/л, триглицеридлар 1,7 ммоль/л. дан кўп);
- ✓ беморда ва унинг ота-онасида қандли диабет (ҚД) касаллигининг борлиги (қонда глюкоза миқдорининг 5,6–6,9 ммоль/л. дан кўп бўлиши, глюкозага толерантлик синамасининг мусбатлиги);
- ✓ АГ ва бошқа юрак қон-томир касалликларига наслий мойиллик;
- ✓ семизлик (бел айланасининг эркакларда 102 см, аёлларда 88 см. дан ортиқ бўлиши);
- ✓ атроф-муҳит таъсири;
- ✓ овқатланиш хусусиятлари;
- ✓ жисмоний фаоллик даражаси;
- ✓ шахсий хусусиятлари;
- ✓ касби;
- ✓ ижтимоий аҳволи.

Юқоридагилар орасида муҳим аҳамиятга эга бўлганларидан бири наслий мойилликдир. Чунончи, ота-оналаридан бирида АГ мавжуд бўлса, ушбу хасталикнинг келажакда болада пайдо бўлиш эҳтимоли 25%, иккаласи ҳам касал бўлган ҳолда эса бу кўрсаткич 50% гача етади. АГга чалинган беморларда Европа кардиология ва Европа гипертония жамиятларининг экспертлари томонидан тавсия этилган (2007) юрак қон-томир касалликлари ривожланишида хавф омиллари даражаси 4-жадвалда келтирилган. Ушбу жадвал ёрдамида беморда яқин 10 йил ичида кузатилиши мумкин бўлган ўлимга олиб келувчи ёки олиб келмайдиган асоратларни башорат (прогноз) қилиш мумкин. Хавф омиллари тўртта даражага бўлинган бўлиб, (паст қўшимча, ўртача қўшимча, юқори қўшимча ва ўта юқори қўшимча) улар ошган сари АГ билан касалланган беморларда ёмон оқибатларга олиб келувчи асоратлар кўпроқ учрайди. Тегишли равишда паст, ўртача, юқори ва ўта юқори қўшимча хавф омиллари мавжуд бўлган беморлар доимо УАВ назоратида бўлишлари ва эҳтиёж туғилганда шифохонада даволанишга ҳамда кардиолог маслаҳатига юборилишлари лозим. УАВ беморда АБ нинг ошганлигини ишончли далиллар билан тасдиқлагандан сўнг қандай тамойилга амал қилиши лозим деган савол туғилади. Мантиқ жиҳатдан энг маъқули САГ ни имкон борича тезроқ истисно қилишдир. Буни кўп сонли лаборатория асбобий текширишларни талаб этмайдиган, хос клиник белгиларни аниқлаш, буни иложи бўлмаган тақдирда эса (кўпинча шундай бўлиб чиқади) қиёсий ташхислаш йўли билан амалга ошириш лозим. Демак ”ГК” ташхиси симптоматик АГ ни истисно қилиш йўли билан тасдиқланади.

4-жадвал

Артериал гипертензияга чалинган беморларда касаллик кечиши прогнозини аниқлаш хавф стратификацияси

Бошқа хавф омиллари, нишон аъзоларнинг зарарланиши ва ассоцияланган клиник ҳолатлар	Меъёридаги ҚБ Систолик 120-129 Диастолик 80-84	Юқори меъёрдаги ҚБ Систолик 130-139 Диастолик 85-89	АГ (юмшоқ) *1* даража Систолик 140-159 Диастолик 90-99	АГ (ўртача) *2* даража Систолик 160-179 Диастолик 100-109	АГ (оғир) 3 даража Систолик > 180 Диастолик >110
Хавф омиллари йўқ	Одатдаги хавф	Одатдаги хавф	Паст қўшимча хавф	Ўртача қўшимча хавф	Юқори қўшимча хавф
1-2 хавф омили	Паст қўшимча хавф	Паст қўшимча хавф	Ўртача қўшимча хавф	Ўртача қўшимча хавф	Ўта юқори қўшимча хавф
3та хавф омили ва метаболик синдром ёки нишон	Ўртача қўшимча хавф	Юқори қўшимча хавф	Юқори қўшимча хавф	Юқори қўшимча хавф	Ўта юқори қўшимча хавф

аъзоларнинг зарарланиши ёхуд ҚД					
Ассоцияланган клиник ҳолатлар *	Ўта юқори қўшимча хавф	Ўта юқори қўшимча хавф	Ўта юқори қўшимча хавф	Ўта юқори қўшимча хавф	Ўта юқори қўшимча хавф

**Ассоцияланган клиник ҳолатлар деганда беморда бош мия ва қон- томир (мияга қон қуйилиши, ишемик инсульт, транзитор ишемик хуруж), юрак (МИ, стенокардия, коронар реваскуляризация, СЮЕ), буйрак (диабетик нефропатия, буйрак етишмовчилиги), периферик томир касалликлари (аортанинг қаватланувчи аневризмаси, периферик артерияларнинг шикастланиш белгилари) ва оғир ретинопатиялар (кўз тубида қон қуйилиши ёки экссудатлар, кўрув нерви сўрғичи шиши) тушунилади.*

ГК деб диагноз куйиш учун уни келтириб чикарувчи куплаб хасталиклар ёки холатлар бартараф килиниши лозим. Жадвалдан куриниб турган симптоматик АГ хам катор хасталикларда кузатилади. Аввалambор симптоматик АГ ни уйлаб унинг сабабларини излаш даркор. 40 ёшгача АГ ни келиб чикиши, гипотензив терапияни самара бермаслиги ва уни тобора хавфли тус олиб кучайиб бориши симптоматик АГ га шубха тугдириш керак. Бунинг учун анамнез, КБ даражаси ва катор текширув усуллари ташхисий ахамият касб этади (жадвалда келтирилган). Жадвалдан куриниб турибди-ки, симптоматик Аг нинг асосий сабабчилари булиб купчилик холларда-буйрак касалликлари, НПВС ва анальгетиклар ичиб туриш давомида буладиган нефропатиялар хисобланадилар. Аксарият холларда улар факат лоборатория анализларга асосланиб куйилади (сийдик анализидаги узгаришлар). кАшандалик, атеросклероз, протеинурия ва корин аортаси устида шовкинни аникланиши хам симптоматик АГ га шубха тугдириш керак.

Физик текширувлар сузсиз диагностик ахамият касб этади. Чунончи, корин аортаси худуди буйлаб шовкинни аникланиши (буйрак артериалари стенози, корин аортаси аневризмаси), корин ёнбош худудларида шишлар ёки кенгиб кутаришларини аникланиши (буйрак поликистози), сон ва билак артерияларида пульс асинхронлигини аникланиши (аорта коарктацияси), чов ва бел сохаси худудларининг махаллий самириш ва сериялари (кушимча синдроми): тахикардия, терлаш ва терининг окаринкираши (феохросоцитома).

Бундан ташкари АГ нинг табиатини муфассал урганиш учун синчковлик билан тула текширув утказиш даркор булади ва бунда ташхисий кимматга молик аломатларни ажратиб олиш мумкин. хусусан, бирламчи гиперальдостеронизмининг клинико-лаборатория аломатлари куйидагилардан иборат булади:

- ✓ Гипернатриемия, гипокалиемия, алкалоз;
- ✓ Полимурия, полидипсия;
- ✓ Дармонсизлик;
- ✓ Кон плазмасида ва сийдикда альдостерон микдорининг юкори булиши;
- ✓ Плазмада ренин микдорининг камайиши.

Феохромацитома учун хос белгиларни хам курсатиш мумкин:

- ✓ Хуружи (кризи) пайтида:

- ✓ Артериал гипертония;
- ✓ Бош огриги;
- ✓ Терлаш
- ✓ Юрак уйноги;
- ✓ Терининг окаринкираши;
- ✓ Томокда ва тушда гохида стенокардияга ухшаш огриклар;

Хуруждан кейин:

- Катехоламинлар ва уларнинг хосилаларини концентрациясини (ванилиминдал кислотаси) сийдикда ута юкори булиши (хуруждан кейинги суткада сийдик текширилади).

ГК касаллигини аниклаш учун минимал текширувлар тавсия этиладилар (жадвалда илова килинган): анализ ва клиник текширувлар, кон ва сийдик анализи, плазма креатинин, калий, кальций ва сийдик кислотасини конда аниклаш, глюкоза, холестерин ва липопротеинларни конда аниклаш, ЭКГ ва ЭхоКГ, айрим холларда кушимча тестлар буюрилади.

- Доимо КБга таъсир килувчи омилларни эътиборга олган холда АГни ташхислаш керак.

Булар қуйидагилар:

- ✓ Эмоционал тўлқинланишлар (5мин. дам бериш керак)
- ✓ Кофеин: 4-6 соат бурун (кон босимини улчашдан олдин) кофе, чой ва бошка тонусни оширувчи суюкликлар ичмаслик керак;
- ✓ Чекиш: КБ ўлчашдан икки соат олдин чекиш тақиқланади;
- ✓ Овкат истеъмол килиш: 30 дак. Бурун овкат ейиш тўхтатиш керак.
- ✓ Биринчи маротаба врачга мурожаат килинганда тулкинланишдан КБ юкори булиши мумкин (курик туфайли буладиган АГ) ва шунинг учун бошка ҳолатларда ҳам у аниқланиши керак; Бу 25% холларда кузатилади.

- Енгил АГ аникланганда 3-6 ой давомида кузатув урнатилиши керак ва ундан кейин хам меъёрлашмаган такдирда дори дармон беришга утилади: агарда унда ДКБ 115 мм.сим.уст. булса – зудлик гипотензив терапия бошланади.

Умуман, АГ патогенезида куйидагилар асосий урин тутадилар: асабий-эмоционал зурикиш, ренин-антиотензин-альдостерон системаси, простеглендинлар ва жинсий гармонлар.

ГК клиникасига тухталиб шуни алохида таъкидлаш керакки, КБ га хос пато-гномоник бирорта касаллик аломати мавжуд эмас. Шунинг учун диагноз доимо текширув давомида ва келгусида кузатув билан асосланади. Қон босими юқори бўлган шахсларда ГК узок йиллар симптомсиз коладилар ва врачларга куринмайдилар. Касалликнинг субъэктив куринишлари одатда качонки нишондаги аъзолар хасталикга жалб килинганда ёки касаллик асоратлана бошлаганда белги берабошлайдилар. Кўпинча бош айланиши, «куйилишлар» ва юз хамда буйинлар кизаришлари, чарчаб колиш, хамрох бурун конашлари кузатилади. Купинча невроз холати ва асабийлашиш кузатилади. Бош огриги мигренсимон тусланади, одатда у асабий-тулкинланишларда,чарчаганда, пайдо булиб-чакка сохасида, энса ёки пешонада жойлашади.

Эрталабки бош оғриқлари хам гоҳида кузатилади, у бўғик, босувчи ва камдан-кам ҳолларда «лўқилловчи» тусда ифодаланади. Гипертензив кризда оғриқ хуружсимон ва кучли тус олади, кўнгил айниш, қайд қилиш ва ўтувчи тусли кўришни бузилишлари билан давом этади, ёки юрак ўйноғи ва юрак фаолияти ноузлуксизлиги кузатилади (чой ичишдан ёки кофе истеъмол қилгандан кейин).

Юрак томонидан ГК аломатлари: чап қоринча гипертрофияси ва дилатацияси асосий аломати бўлиб ҳисобланади. У ЭКГ (чап кўкрак тармоқларида амллитудасининг ортиши) ҳамда УЗИ да ёки Эхокардиограрафияда аниқланади (миокард массасини ортиши).

Чап қоринча массаси (ЭхоКГ да аниқланади) эркакларда нормада 183 г, аёлларда 142 г бўлади. Ёки 94 г/кг эркаклар учун ва 89 г/кг аёллар учун (Жиллер Н., Осипов В.М.) тенг бўлади. Критик массаси 500 г тенг бўлиб, ундан ортиши юрак етишмовчилигини, ЮИК кабиларни келтириб чикаради.

ГК церебро-вескуляр кўринишлари муҳим аҳамият касб этади ва кўпинча у инсультга охир оқибатда олиб келади. ГК да бош мия томирлари атрофияси, кичик мия томирлари аневризмаси хосил булиши (аневризмалари) ва атеросклероз ривожланиши кабилар кузатилади, транзитор ишемия ва қон қуйилиши симптомлари хам кушилиши (асосий белгиларга) мумкин. хотира йўқолиши, ЭЭГ да ўткир ёки огир энцефалопатиялар аниқланади ва у бош оғриғи билан, ҳуш бузилишлари ва тиришишлар ҳамда ўзгарувчан неврологик симптоматика билан ифодаланади: кортикал генезли кўрлик, гемипарез ва гемисенсор бузилишлар кузатилади. Транзитор ишемик эпизодлар, гапиролмай колиш, вақтинча кўрмай қолиш, мушак кучлари ва оёқ ҳаракатларини қийинлашуви кузатилади, инсультда афазия, гемиплегия ва ўлим кузатилиши мумкин.

Чап қоринча гипертрофияси (ЧКГ) фонида секин-асталик билан ёки унингсиз хам чап қоринча бўшлиғи кенгаяди ва у юрак етишмовчилиги билан қўшилиб давом этади. Бундай беморлар ва фақат зўриқишдаги энтикишни, йўтал ва қон туфлашни, балки стенокардик тўш орти оғриқларни ҳам кузатадилар. Димланишни юрак етишмовчилигида юрак чап чегараларини анча кучли катталашуви ва тахикардия аниқланади ва у билан бир вактда протодиастолик ёки пресистолик галоп ритми, митрал регургитация шовқини эшитилади (папилляр мушаклар узгариши туфайли ёки кучли чап коринча дилатацияси хисобига). Табиий, турли юрак ритми бузилишлари аниқланишлилиги мумкин. умуман, ЭКГда ЧКГ ва реполяризацион ўзгаришлар пайдо бўлиши чап қоринча дифункциясини шубҳа қилиш ва жисмоний зўриқишни кўра олмаслик бошланганлигига ишора деб қабул қилиниши керак.

Гипертония касаллигида кўз шохпардаси томирларининг ўзгаришлари муҳим диагностик ва даволаш истиқболини белгиловчи аҳамият касб этади ва ГК да кўз туби ўзгаришлари таснифини ишлаб чиққанлар, улар 4 даражага ажратилади.

Биринчиси – шохпарда артериоласи сегментар ёки тарқалган ҳолда тораяди, уларнинг диаметри веналарини ¾ дан то ½ ҳажмини ташкил этади. Агарда, бу нисбат ½ дан 1/3 гача етиб аниқланса, унда бу узгаришлар иккинчи даражасига киритилади, ренал артериялар атеросклерози қўшилиши хам эътироф этилади. Агарда, шундай ўзгаришларга

кўз тубида геморрагия ва экссудатлар кузатилса – шохпарда томирлари патологиясини учинчи даражаси деб ташхисланади.

Тўртинчи боскичда, юкоридагилардан ташкари курув нерви тутамлари шиши кушилади. Шуниси характелики, ГК да геморрагия ва экссудатлар кандл диабетдаги сингари четда эмас, балки курув нерви диски якинида жойлашган булади. Артериолалар орка томонда жойлашган шохларда венуласи мисоли узилиб тургандай кузга ташланади. ва торайган артериялар билан кисиб веналарда гуёки кон окими нихоятда кийинлик билан юз беради.

Кўз туби хасталанишлари курувни ўткинчи бузилишлари билан, «кўзолди жимирлашлари» билан кўз ўткирлигини пасайиши билан намоён бўладилар. Кўрув нерви шиши, тарқоқ геморрагиялар ва экссудатлар гипертония кризлари ва ГК хавфли шакллари учун хос белги ҳисобланади.

ГК клиник аломатлари четки томир тартиботи томонидан хам кузатилади, чунки томирлар атеросклерози ва томирлар мушак каватлари гипертрофияси руй беради. Беморлар юз ва оёкларни уткинчи увишишларига, «чумоли урмалашиши» каби нохуш сезгаларга, оксокланиб колиш кабиларга шикоятлар килишлари мумкин. четки томирлар деворлари каттик ва эгри бугри булиб коладилар, пульс купинча каттиклашади. Йирик айрим артерияларда пульс кучсизланади ёки аникланмайдилар. Бўйин туруқ чуқурчаларида атеросклероз оқибатида аорта эластиклиги камайган бўлади (пальпацияда). Аускультацияда аорта устида II тон акцентидан ташкари ноинтенсив систолик шовкин эшитилади, пульсли тулкин амплитудаси ортади, рентгенологик ва УЗИ текширувда аортанинг каттиклашуви ва кенгайиши, айроим холларда кальцификатлар аникланилади.

Гипертония касаллигида буйрак хасталаниши куринишлари асосан никтурия, полиурия, буйрак концентрацион функциясини пасайиши ва узок вакт мобайнида ультрафильтрациянинг кутарилиши тарзида намоён булиб, улар буйрак артериалари хасталаниши билан бир каторда сурункали буйрак етишмовчиилиги ва нефросклероз келиб чикишида мухим роль уйнайди. Алохида эътибор сийдик солиштирма огирлигига ва чукмалар узгаришларига каратилиши керак. Оддий шароитда утказилган текширувда, агарда сийдик солиштирма оғирлиги 1020 бўлса, у ҳолда бирор бир буйрак чиқарув фаолиятини хавфли бузилишлари жуда бир камдан-кам учрайдиган ҳол хисобланади. Секин-аста протеинурия турғунлашиб боради, суткалик протуинурия 1 г/сут дан зиёд бўлади. Сийдик чўкмасида микрогематурия ва цилиндрурия топилади. Бундай ҳолларда қонда албатта креатинин аниқланиши керак. Зардоб креатининнинг 130 ммоль/л (1,5 мг/) бўлишини сурункали буйрак етишмовчилигининг субклиник шакли бор деб кабул килиниши мумкин.

Гемодинамик ўзгаришлар. Кўпинча УО нинг ноадектив нормал ОППС фонида ортиши кузатилади ва буни қон айланиши гипердинамик тури деб баҳоланади. У СНС фаоллаши билан қўшилиб кечади. Бундай вариантда гемодинамика бузилиши ГБ бошланғич босқичларида 25 фоиз беморларда учрайди, кейинги босқичларда УО нормаллашади, ОППС ортади, қон босими, айниқса ДАБ нисбатан турғунлашиб ортади. Қон айланишининг бундай динамикасини ауторегулятор физиологик реакция деб қаралиши керак. Кейинчалик ОППС янада қўпроқ ортади, УО эса камаяди ва буни қон

айланишини гиподинамик деб талқин қилинади, у ГК стабил босқичида 73 фоиз беморларда кузатилади.

Гипертонияни лаборатор ва инструментал текшириш усуллари

- ✓ Сийдик анализи
- ✓ умумий анализ (оқсил, глюкоза, цилиндр, эритроцит, лейкоцит)
- ✓ экма (умумий анализда патология топилса)
- ✓ Қоннинг биохимик анализи - + Na^+ боланси, креатинин, плазмодот K^+
- ✓ ЭЧТ
- ✓ ЭКГ
- ✓ кўкрак қафасини даврий R^0 – графия ўтказиш:
- ✓ R^0–логик юракни катталашиши аниқланиши, кўпинча юрак камераларини катталашувидан келиб чиқади, деворлари қалинлашуви кузатилмайди.
- ✓ Айрим ҳолларда буйракни УЗИ ва сцинтография, буйракда қон айланишини Доплер усули билан текшириш, буйрак артериографияси, плазмо ренин даражаси ва сийдикдаги ванимил Минзол кислотаси аникланади.

Артериал гипертонияни даволашнинг умумий принциплари

- ✓ Бемор билан ўзаро ишонч бўлиши
- ✓ Даво мақсади – умрини узайтириш ва шароитини яхшилаш
- ✓ Даво вазифаси – А/Б 140/90 мм.с.у.га ва ундан пастга тушириш
- ✓ Юрак қон-томирларини хавфли омилларини ҳисобга олиш
- ✓ Беморга дорисиз даволаш ва унинг устунлигини тушунтириш
- ✓ Енгил А/Г дан нишон органлари зарарланмаган ҳолда амбулатор мониторидан бошлаш
- ✓ Дорилар билан даволаш қуйидаги ҳолларда кўрсатма бўлади: Бирламчи турғун А/Г да диастолик босимни 85 мм.с.у нидан катталигини аниқлаш
- ✓ Гипотензив препарат танлашда ножўя таъсирини ҳам ҳисобга олиш
- ✓ Ортостатик гипотония ва А/Бнинг жуда хам тушиб кетишга йўл қўймаслик.

ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШ.

ГКда муолажалар дориларсиз ва дорилар билан даволаш тамойилларига амал килинган холда олиб борилади.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ. Агар систолик КБ 140-159, диастолик 90-99 мм сим. уст. да булиб, нишон аъзолар шикастланмаган булса ва ХО булмаса 6-12 ой, 1-2 та ХО булганда эса (КД бундан мустасно) 3-6 ой давомида дориларсиз даво олиб борилади. Унинг самарадорлиги хакида 3 ойдан кейин хулоса чикариш мумкин. Бемор КБ нинг оширадиган дори воситаларини (НЯКД, ГКС, комбинацияланган перорал контрацептивлар, эстрогештр) кабул килаётган булса, даволаш уларни бекор килишдан, агарда унинг иложи булмаса, бевосита гипотензив препаратларни тавсия этишдан бошланади.

- ➢ Дориларсиз даволашга тана вазнини камайтириш, жисмоний машқлар билан шуғулланиш, чекишдан воз кечиш, аутотренинг, ош тузи ва алкоголь истеъмол қилишни чегаралаш киради.
- ➢ Семизлик: ортиқча тана вазни ҚБ кўтарилишига олиб келувчи асосий сабаблардан бири ҳисобланади. Уни 1 кг га камайтириш систолик ҚБнинг симоб устуни хисобида ўртача 2,5 мм га, диастолик босимни эса 1,5 мм га пасайтиради.

➢ Жисмоний фаоллик: ҚБ нинг пасайтириш учун мунтазам равишда жисмоний машқларни бажариб бориш лозим. Қисқа вақтли динамик юкламалар, статик зўриқиш (оғир юк кўтариш) ёки кучли руҳий-эмоционал қўзғалиш (спорт мусобақасида қатнашиш) билан боғлиқ бўлмаган ҳаракатлар, масалан, юриш тавсия этилади. Жисмоний юклама ҳажмини секин-аста гемодинамик кўрсаткичларни (АБ, пульс ва бошқалар) назорат қилган ҳолда ошириб бориш буюрилади. Бемор кўпи билан ҳафтада 2-3 марта 30-60 дақиқадан кўп бўлмаган вақт давомида, иложи бўлса реабилитация марказларида, шифокор назорати остида шуғулланиши лозим. У тана вазнини назорат қилиш, юрак қон-томир ва нафас олиш тизимларининг мослашиш хусусиятларини ошириш имконини беради ҳамда стресс ҳолатларда САТ фаоллашишини, юракнинг қон отиб бериши ва периферик қон томирларнинг умумий қаршилиги ошишини олдини олади. Жисмоний юклама тури ва ҳажмини кўрсатма ва қарши кўрсатмаларни инобатга олган ҳолда танлаш керак. Ўта толиқиб қолишдан эҳтиёт бўлиш зарур. Агар унинг иложи бўлмаса, аутотренинг тавсия этилади.

Артериал гипертензияда қуйидаги парҳезга амал қилиш лозим:

✓ Тавсия қилинаётган таомларнинг энергетик қиймати организм сарфлаётган энергияга мос келиши зарур. Беморда семизлик мавжуд бўлган ҳолларда кундалик қабул килинаётган таомлар калорияси чегараланади;

✓ Парҳез овкатлар тромбоцитлар агрегациясини камайтирувчи, антисклеротик хусусиятларга бой маҳсулотлардан ташкил топган бўлиши керак;

✓ Рациондан марказий асаб ва юрак қон-томир тизимини қўзғатувчи (гўштли, балиқли қуюқ шўрвалар, аччиқ чой, қаҳва, шоколад, дудланган маҳсулотлар) ва ичакларда газ ҳосил бўлиш жараёнини кучайтириб, уларнинг кенгайишига олиб келувчи (нўхат, ловия, газли ичимликлар ва бошқалар) маҳсулотларни истисно қилиш лозим;

✓ Кундалик овқатга липотроп ҳамда тўқимага бой моддаларни ва денгиз маҳсулотларини қўшиш мақсадга мувофиқ; Вақти-вақти билан гипонатрийли парҳезни магний тузларига бой таомлар билан алмаштириб туриш керак;

✓ Ичкилик ичишни чеклаш - алкоголь вазопрессор таъсирга эга бўлганлиги сабабли уни кунига тоза спирт ҳисобида 20 мл миқдордан ортиқ истеъмол қилиш ҚБ нинг оширади ва беморни даволашни қийинлаштиради. Уни истеъмол қилишни тоза спирт ҳисобида кунда 10-20 мл гача чегаралаш ҚБ нинг 5-10 мм сим.уст га пасайишига олиб келади;

✓ Беморларга таркибида ош тузи кам бўлган маҳсулотларни истеъмол қилиш тавсия этилади. Кунлик рационда ош тузи миқдори 5,0 г дан ошмаслиги, лекин гипохлоремия ҳолатига тушмаслик учун 2,0 г дан кам бўлмаслиги керак. Озиқ-овқатларга туз ўрнига унинг мазасини берувчи, лекин таркибида натрий хлорид бўлмаган санасолдан кунига 1,5-3,0 г гача фойдаланиш мумкин. Магний тузлари билан туйинтирилган сут, ўсимлик маҳсулотларидан ташкил топган парҳез КБ ни пасайтиради. Беморлар учун кальций миқдори юқори, ёғ ва кофеин миқдори кам маҳсулотлар фойдали. Таркибида қизил мия (солодка) илдизи бўлган маҳсулотларни истеъмол қилиш мумкин эмас.

Дорилар билан даволаш. Хозирги замон тиббиёти таъсир механизми турли-туман булган куп сонли гипотензив дориларга эга. Улар таъсир механизмлари, дозалари, тавсия этишга

курсатмалар ва карши курсатмалар хамда кузатилиши мумкин булган ножуя таъсирлари хисобга олинган холда беморга тавсия этилади. Гипотензив дори воситалар микдорини беморнинг КБ курсатгичидан келиб чиккан холда танлаш лозим. Давони бошлашга асосий мезон булиб систолик ва диастолик босим курсаткичи хамда умумий кардиоваскуляр хавф (хавф омилларининг мавжудлиги, нишон аъзоларида узгаришлар аникланиши - чап коринча гипертрофияси, буйин артериясининг калин- лашиши, КФТ, микроальбуминурия, глюкозага чидамлиликнинг бузилиши, ассоцияланган клиник холатлар мавжудлиги) даражаси хисобланади. Беморда 2 ва ундан юкори кардиоваскуляр хавф булган холларда дори воситалари билан даволашни АГ нинг 1 ва 2 даражасидан бошлаш керак. Уртача хавф мавжуд булиб, КБ курсаткичлари 1-2-даражада булса, дорилар билан даволашни бир неча хафта, 1-даражадаги, аммо хавф омиллари булмаган АГда бир неча ой оркага суриш мумкин. Аммо уларда хам КБ нинг исталган даражагача пасайишига эришила олинмаса дорилар билан даволашни бошлаш максадга мувофик

- ✓ Юкори меъёрдаги АГ хамда уч ва ундан куп кардиоваскуляр хавф омили мавжуд булган бе- морларга хаёт тарзини узгартириш лозимлиги кагьиян таъкидланади ва дори воситалари билан даволаш бошланади хамда КБ курсаткичи мониторинги утказиб борилади.
- ✓ Дорилар билан даволашни бошлаганда унинг самарадорлигини камайтирадиган омилларни хам бартараф этиш керак. Антигипертензив даво утказишда куйидагилар максад килиб куйилади:
- ✓ Даволанаётган бемор учун максадли ёки оптимал КБ курсаткичига эришиш:
- ✓ Нишон аъзоларнинг шикастланиши ва унинг кучайиб боришини олдини олиш;
- ✓ Юрак кон-томир тизими томонидан асоратлар ривожланишини камайтириш;
- ✓ АГ ва бошка сабаблардан улимнинг олдини олиш.

Хозирги вактда КБ нинг максадли курсаткичи тугрисидаги тавсиялар бирмунча узгарди ва улар қуйидагилар:

- ✓ Аксарият популяциядаги беморларда СКБ < 140 мм.сим.уст. да саклаш;
- ✓ 80 ёшгача булган кекса беморларда дастлабки СКБ > 160 мм.сим.уст. булганда уни 150 ва 140 даражасигача, айни вактда уларнинг умумий ахволидан келиб чиккан холда бу курсаткични 140 мм.сим.уст. дан хам пасайтириш;
- ✓ Ёши 80 дан юкори ва СКБ > 160 мм.сим.уст. да булганда курсаткични 150 ва 140 даражасида саклаш; ДКБ ни максадли курсаткичи барча беморларда < 90 мм.сим.уст. да булиши керак;
- ✓ КД билан огриганларда ДКБ ни 85 мм.сим.уст. дан пастда ушлаб туриш лозим.
- ✓ Артериал гипертензияни даволашда тавсия этиладиган гипотензив дори воситалари:
- ✓ Замонавий тамойилларга кура гипертония касаллигини даволашда беш гурух, асосий гипотензив дорилардан фойдаланилади. Уларга Р-адреноблокаторлар, диуретиклар, ангиотензинни айлантирувчи фермент ингибиторлари, кальций каналлари антагонистлари ва ангиотензин II рецепторлари блокаторлари киради. Улар беморларга курсатмаларга асосланган холда тавсия этилади. Факат ангиотензинни айлантирувчи фермент ингибиторлари тугиш ёшидаги аёлларда- ги АГ ни даволашда кулланилмайди.

Шунингдек, танлов препарати ёки монотерапия сифатида исталган юкоридаги гурух дориларидан фойдаланиш мумкин.

- ✓ β-адреноблокаторлар (БАБ). Уларни юрак кискаришлар сони ва уни кон отиб бериш хажмини камайтириши, эндотелияда NO синтезини кучайтириши гипотензив гаъсирининг асосий ме- ханизми хисобланади. БАБ ни амалиётда куйидаги бошлангич дозаларда куллаш тавсия этилади:

Кардиоселектив бўлмаганлар:

- ✓ Ички симпатомиметик фаолликсиз - пропраналол (анаприлин, индерал, обзидан) 10-40 мг ампулада 5 мл, соталол 200 мг, надалол 20-40 мг ва бошкалар;
- ✓ Ички симпатомиметик фаоллик билан - алпренолол, окспренолол, пиндалол (вискен) 5 мг ва бошкалар;
- ✓ Кон томирларни кенгайтирувчи фаолликка эга булган - карвитол 50 мг, карведилол 6,25-12,5 мг ва бошкалар.

Кардиоселектив:

- ✓ Ички симпатомиметик фаолликсиз - атенолол (тенормин) 50-100 мг, бисипралол (конкор) 5-10 мг, метопролол (беталок) 50 мг ва бошкалар;
- ✓ Ички симпатомиметик фаоллик билан - ацебталол (сектрал) ва бошкалар;
- ✓ Кон томирни кенгайтирувчи фаолликка эга булган: небивалол (небилет) 5 мг ва бошкалар.
- ✓ Курсатмалар: АГ, стенокардия, ИККС, СЮЕ ёки ритм бузилишлари (энг аввало суправентрикуляр), мигрен ва хаяжонланиш билан кузатилганда.

Қарши кўрсатмалар: Бронхиал астма, упканинг сурункали обструктив касалликлари, II ва III даражали атриовентрикуляр блокада, брадикардия (ЮУС бир дакикада 50 та ва ундан кам булганда), синус тугуни холсизлиги, гипотония (систолик КБ <100 мм сим. уст.), кардиоген шок, инсулинга боглик кандли диабет.

Нисбий карши кўрсатмалар: Рейно касаллигида периферик кон айланишининг кучли бузилишлари, периферик кон томирларнинг облитерловчи касаллиги, КД декомпенсация боскичи, вазоспастик стенокардия, метаболик ацидоз.

Эхтиёткорлик: Стенокардияда тез бекор килмаслик, верапамил ва НЯКД билан биргаликда хамда кашандаликда.

Асосий ножўя таъсирлари: Юкори дозада кулланилганда брадикардия, турли даражадаги АВ бло- кадалар, ритм бузилишлари, бош айланиши, хушдан кетиш, кардиоген шок, бронхоспазм, периферик атерияларнинг атеросклерози, импотенция, липид алмашинувининг бузилиши кузатилади. Бундан ташкари, беморларни умумий ва мушакларда холсизлик, уйкусизлик, куркинчли тушлар куриш, рухий ва харакат реакциясининг хамда диккатнинг сустлашиши, депрессия, бехузурлик, огиз куриши, кунгил айниши, кайт килиш, коринда огрик, кабзият ёки диарея безовта килиши мумкин. р-адреноблокатор- ларни кабул килганда куз ёши ишлаб чикиши камайиши хисобига кузда куриш, огрик, конъюнктивит кузатилади, эшитиш кобилияти пасаяди. Ушбу гурух воситалари псориазни кузгатиши, терида гиперемия, псориазга ухшаш тошмалар, экзантема, крапивница, фотодерматоз, куп терлаш, оркага кайтувчи алопеция чакириши мумкин. Кон тахлилида тромбоцитопения, агранулоцитоз, лейкопения, жигар ферментлари фаоллигининг ошиши, гипербилирубинемия кузатилади.

II. Диуретиклар - ГК билан огриган беморларда юрак кон-томир касалликлари ривожлани- шини камайтиради. Улар монотерапия куринишида, ёки, аксарият холларда, бошка гурухдаги гипотензив воситалар билан бирга тавсия этилади..

Тиазид ва тиазидга ухшаш диуретиклар:

- ✓ Бензотиазидлар - хлортиазид, (гипотиазид), флюметиазид 25-50-100 мг;
- ✓ Гидротиазидлар - гидрохлортиазид 6,25-50 мг, политиозид (ренес) 1-2-4 мг, циклометиозид (навидракс) 0,5 мг;
- ✓ Фолимединлар - хлорталидон, оксодолин - 25-50 мг;
- ✓ Бензенсульфамндлар - мефрузид;
- ✓ Хлорбензамидлар - индапамид (индап), клопамид, ксипамид кунда 2,5-5 мг.

  Генли ковузлогига таъсир этувчи диуретиклар - фуросемид (лазикс) кунда 20-80 мг, тора-семид (диувер, тригрим) 2,5-5,0 мг, этакрин кислотаси 0,05 мг;

  Альдостерон антагонистлари (калий сакловчи воситалар) - спиронолактон (верошпирон, алдактон) 25-50 мг, амилорид, триамтерен 150-250 мг.
- ✓ Ушбу гурух воситалари ГК билан огриган беморларни даволашда диурезни ошириш максадида эмас, натрийурезни кучайтириш учун кулланилади. Генли ковузлогига таъсир этувчи диуретиклар буйрак фаолияти сустлашган беморларга тавсия этилади. Лекин 2,5-5,0 мг торасемидни касалликнинг эрта боскичларида хам куллаш мумкин. Калий сакловчи препаратлар эса бошка сийдик хайдовчи воситалар билан бирга улар таъсирини кучайтириш ва гипокалиемиянинг олдини олиш максадида буюрилади.
- ✓ Диуретиклар куйидаги гипотензив таъсир механизмларига эга:
- ✓ Диурезни кучайтиради, томирлар окимида хамда хужайралардан ташкарида натрий ва сув микдорини камайтириш оркали организмда айланиб юрувчи конни ва юрак кон отиш хажмини сезиларли пасайтиради;
- ✓ Томир деворидан натрийни йукотади, унинг эгилувчанлиги, шиши, катехоламинлар, ангиотензин II нинг томирларни кискартирувчи таъсирига сезгирлигини пасайтиради ва шундан келиб чиккан холда томирлар тонусини камайтиради;
- ✓ Аргериолалардаги силлик мушакли хужайраларда кальций микдорини камайишига олиб келади;
- ✓ Буйракларда простогландинлар синтезини оширади, депрессор гуморал ва калликреин - кинин тизимлар фаоллигини кучайтиради.
- ✓ Курсатмалар: юкори стабил АГ, уни хажмга боглик ва гипоренин турлари, кекса беморларда АГ юрак етишмовчилиги билан бирга кечганда;
- ✓ Қарши кўрсатмалар: гипергликемия ва гиперурикемия.
- ✓ Асосий ножуя таъсирлари: холсизлик, тошмалар, импотенция, мушак спазмлари, гипокали- емия (калий сакловчи воситалардан ташкари), гипомагниемия, гипокальциемия, дегидратация (айникса, кекса ёшдагиларда), гиперурикемия, гипергликемия ва липид алмашинувининг хамда кислота ишкор мувозанатининг бузилиши, гипотония (айникса кекса ёшдагиларда), тромбоэмбо- лик асоратлар, (гипохлоремик алкалоз - генли ковузлогига таъсир этувчи диуретиклар, эндокрин бузилишлар (гинекомастия, гирсутизм, либидони сустлашиши).

Эхтиёткорлик: гипокалиемия ва огир буйрак етишмовчилиги.

- ✓ Ангиотензинни айлантирувчи фермент ингибиторлари (ААФИ) - кучли органопротек-торлик хусусиятига эга булиб, юрак кон-томир касалликлари ривожланиши ва улимлар сонини камайтиради. Улар куйидаги гипотензив таъсир механизмларига эга:
- ✓ Конда айланиб юрган ангиотензин I ни ута кучли вазоконстриктор таъсирга эга ангиотензин IIга айланишини тухтатади;
- ✓ Альдостерон секрециясини камайтириши натижасида натрийурезга кумаклашади;
- ✓ Брадикинин вазодилататори инактивациясини камайтиради;
- ✓ Томирлар деворида ва тукималарда РАА фаоллигини тухтатади;
- ✓ Депрессор простагландинлар шаклланишини купайтиради.
- ✓ Булмача натрийуретик омилнинг инактивациясини бартараф этиб, ута кучли вазодилатаци- яловчи ва натрийуретик таъсирга эга булган ушбу гормонни конга ажралишини оширади;

ФИ ва уларни қўллашдаги бошлангич дозаси:

1-авлод: каптоприл (капотен, тензиомин ва бошкалар) 25-50-100 мг, алацеприл, альтиоприл ва бошкалар;

2-авлод: А. периндоприл (престариум) 2-4 мг/кунда, эналаприл (энам, ренитек, вазотек ва бошкалар) 5-10 мг, берлиприл 5-10 мг, цилазаприл, квинаприл ва бошкалар;

Б. рамиприл 2,5-5-10 мг; фозиноприл 10-20 мг, моэксиприл, квадропирил ва бошкалар;

3-авлод: лизиноприл 5-10-20 мг, либензаприл, церонаприл ва бошкалар.

Кўрсатмалар: АГ, юрак етишмовчилиги, периферик артерияларнинг атеросклерози, ЮИК (айникса нефропатия билан кечганда жумладан, миокард инфаркта ва ундан кейинги давр).

Қарши кўрсатмалар: Сезувчанлик юкори булиши, хомиладорлик, болани эмизиш даври, иккала буйрак ёки ягона буйрак артерияси стенози, СБЕнинг огир боскичи, анамнезида ангионевротик шиш булган беморлар.

Эхтиёткорлик: Буйрак касалликлари, калий сакловчи диуретиклар ва НЯКД лар билан бирга куллаганда.

Ножўя гаъсирлари (жуда кам кузатилади). Айрим холатларда КБ нинг кескин пасайиши (биринчи доза гипотонияси), йутал (брадикинин концентрацияси ошиши хисобига) кузатилиши мумкин. Уларнинг яна бир огир ножуя таъсири баъзан кузатилувчи юз, лаб, шиллик каватлар, тил, халкум, хикилдокнинг ангионевротик шиши хисобланади. Бундан ташкари, ААФИ кабул кила- ётган беморларда бош айланиши, бош огриши, холсизлик, кунгил айниши, кайт килиш, диарея, кабзият, тошмалар, таъм билишнинг бузилиши, гиперкалиемия, камдан-кам холларда панкреатит, жигар етишмовчилиги, гепатит, стоматит, диспептик бузилишлар кайд этилади. Кон тахлилида гиперкалиемия, гипонатриемия, билирубин микдори ва трансаминазалар фаоллигининг ошиши, нейтропения, гемоглобин, гематокрит ва/ёки лейкоцитлар сонини пасайиши, аутоиммун касаллиги билан огриган беморларда - агранулоцитоз аникланиши мумкин.

IV. Кальций антагонистлари (КА). Ушбу гурух воситалари кучли гипотензив таъсирга эга булиб, уларга куйидаги таъсир механизмлари хос:

Секин кальций каналлари хамда силлик мушакли хужайраларга кальций кириб боришини бер- китади, окибатда артериялар хамда артериолалар бушашади ва умумий периферик каршилик камаяди; Буйракда кон айланишини кучайтиради;

- ✓ Буйрак каналчаларида натрий реабсорбциясини камайтириши натижасида калийни сезиларли йукотмаган холда натрий экскрецияси ошишига олиб келади;
- ✓ Томирларни кенгайтирувчи простациклин ошиши ва тромбоксан микдори пасайиши хисобига тромбоцитлар агрегациясини камайтиради.

КА лари гипотензив таъсирдан ташкари куйидагилар хисобига антиангинал самара курсатади:

- ➢ Коронар кон айланишини купайтиради, вариантли стенокардияда тож томирлар спазмини бартараф этади, зурикиш стенокардияларида жисмоний юкламага сезувчанликни камайтиради, АВ тугун утказувчанлигини секинлаштириши ва миокард кузгалувчанлигини пасайтириши хисобига ЮКС ни (верапамил, дилтиазим) ва миокарднинг кислородга булган талабини камайтиради, N0 ишлаб чикаришни кучайтиради, эндотелия фаолиятини яхшилайди, тромбоцитлар агрегациясини, томирларда хужайралар пролиферациясини пасайтиради, бош мия инсультларини олдини олади.

Кальций антагонистларининг турлари ва бошлангич дозалари.

Дигидропиридин унумлари:

- ✓ Нифедипин (коринфар) 10 мг, коринфар-ретард (адалат), исрадипин (ламир) 2,5-5-10 мг, амлодипин (акридипин, амловас, амлодипин бесилат, амлодипин малеат, амлорус, амлотоп, кордикор, кардилопин) 2,5-10 мг, фелодипин (фелодип) 5-10 мг, леркамен, лацидипин ва бошкалар;
- ✓ Бензотиазипин унумлари: дилтиазем (кардил) 60-90 мг ва бошкалар;
- ✓ Фенилалкиламин унумлари: верапамил (изоптин, финоптин, верогалид) кунда 120-240 мг дан 480 мг гача, изоптин SR 240 мг ва бошкаларни кунда бир марта кабул килиш тавсия этилади.

Кўрсатмалар: Кексалардаги АГ бронхиал астма хамда бошка боронхообструктив касалликлар билан бирга келганида, подагра, КД, стенокардия, периферик артерияларнинг атеросклерози, Рейно синдроми, бош мия кон томирлари спазми, мигрен.

Қарши кўрсатмалар: Фенилалкиламин ва бензотиазипин унумларини кардиоген шок ва II хамда III даражадаги атриовентрикуляр блокадада, синус тугуни холсизлиги синдромида, СА блокадада, чап коринча етишмовчилигида куллаш мумкин эмас. I даражали атриовентрикуляр блокада, брадикардия (ЮКС бир дакикада 50 тадан кам), Вольф-Паркинсон-Уайт синдромидаги булмачалар хилпиллаши/титраши (коринчалар тахикардияси ривожланиш хавфи мавжуд) уларни куллашга нисбий карши курсатма хисобланади. Тахикардия ва тахиаритмияда, хамда СЮЕ даволашда дигидропиридин унумларини куллаш тавсия этилмайди.

Эхтиёткорлик: Аорта ва митрал тешиги торайишида, чикиш йулак обструкцияси билан кечаётган гипертрофик кардиомиопатияда нифедипин унумларини жуда эхтиёткорлик билан куллаш керак.

Асосий ножуя таъсирлари: Бош огриги, терининг кизариши, оёкларда шиш, юрак уриб кетиши, кунгил айниши, кабзият (верапамил), узок вакт кабул килганда милклар гиперплазияси (конаши, шиши, огрик), жигар фаолиятининг ёмонлашиши (жигар ичи холестази, “жигар” трансаминаза- лари фаоллигининг ошиши), неврологик узгаришлар (оёкларда парастезиялар, титраш, экстрапи- рамидал бузилишлар, атаксия, депрессия ва бошкалар).

V Ангиотензин II рецепторларининг антагонистлари (АРА). Бу гурухга мансуб воситалар ангиотензин II рецепторлари таъсирини сусайтириб, КБ ни пасайишига олиб келади. Улар ААФИ самарасиз булганда ёки уларнинг ножуя таъсирлари ривожланганда кулланилади. Шунингдек АРА инсульт, СЮЕ ривожланишининг олдини олади.

АРАнинг турлари ва бошлангич дозалари: Валсартан (диован) 80-160 мг, лазартан (козаар, лозап, лориста) 50-100 мг, теветен (эпросартан) 600-1200 мг, ирбесартан (апровель) 150-300 мг, кандесортан (атаканд) 8-16 мг, телмисортан (микордис) 20-40 мг, эпросортан 600-800 мг. Улар узок таъсирга эга булганлиги сабабли кунда бир марта танланган дозада буюрилади.

Курсатмалар:Юкори артериал гипертензия;

Карши курсатмалар: Юкори сезувчанлик, хомиладорлик, лактация даври, иккала буйрак ёки ягона буйрак артерияси стенози, гемодинамик узгаришлар билан кечаётган аорта огзи ва митрал тешиги стенози.

Эхтиёткорлик: Огир юрак етишмовчилиги.

Асосий ножуя таъсирлари: Жуда кам кузатилади ва вазодилатация хисобида баъзан беморларни бош огриши ва бош айланиши, толикиш, к)фкув хисси/кузгалувчанлик, юрак уриб кетиши безовта килади. Баъзан юкори нафас йуллари инфекцияси, синусопатия, фарингит, ринит, йутал, диарея, кунгил айниши, диспептик узгаришлар, мушакларда огрик ва ангионевротик шиш кузатилиши мумкин.

Шунингдек амалиётда ГК даволашда юкоридаги бешта гурухдан ташкари а-адреноблокаторлар ва марказий α-агонисглардан хам фойдаланилади.

VI.α-адреноблокаторлар. Периферик артериолалар даражасида α-адренорецептор-ларни блоклайди ва окибатда умумий периферик каршиликни камай-тириб кон босимини пасайтиради. Веналарни кенгайтириш хусусияти артерияларни кенгайтиришидан устунлик килади. Периферик вена томирлари тонуси 60-70% га, регионар томирлар каршилиги эса 35-45% пасаяди. Сийдик копи учбурчаги ва буйинчасини, уретранинг проксимал кисмидаги хамда простата безининг силлик мушакларидаги синапслардан кейинги α-адренорецепторларни блоклаб сийдик окишига каршиликни камайтиради. Шу сабабли, улар АГ простата безини яхши сифатли гиперплазияси билан бирга келганда танлов препарати хисобланади.

Уларнинг бошлангич дозаси:

I авлод - празозин (минипресс, пратсиол, депразолин, адверзутен) 1-2-5 мг капсулада, даволаш кунда 0,5-1,0 мг дан бошланади;

II авлод - теразозин (корнам, сетегис, хайтрин) 1-2-5-10 мг, кардура, фокусин (тонокардин, доксазозин) 1 -2-4 мг таблеткада; Лабетатол 100 мг (а ва Р-адренорецепторларга таъсир килади).

Курсатмалар: АГ бронхиал астма, периферик артерияларнинг атеросклерози, юрак етишмовчилиги, простата бези аденомаси билан бирга келганда.

Карши курсатмалар: Чап коринчани чикувчи йули обструкцияси.

Эхтиёткорлик: Кекса ёш (ортостатик холат кузатилиши мумкин), яккол намоён булган жигар ва буйрак етишмовчилиги;

Асосий ножуя таъсирлари: Холсизлик, биринчи дозани кабул килгандан сунг ортостатик гипотония, юрак уйнаши, седатив самара, бош огриги.

VII.Марказий α-агонистлар узунчок миянинг вазомотор марказидаги α_2-адрено-рецепторларни фаоллаштиради, бу бош миядан келувчи симпатик импульсларнинг сусайишига ва КБнинг пасайишига олиб келади. Хозир амалиётда ушбу гурух препаратларидан метилдофа (допегит-0,25 мг) купрок кулланилади.

Курсатмалар: АГ бронхиал астма билан кечганда, хомиладорларда кон босими кутарилганда.

Карши курсатмалар: Дори воситасига сезувчанлик юкори булганда, II ва III даражадаги СА ва АВ блокада, огир даражадаги ритм бузилиши, ностабил стенокардиялар, СЮЕни III ва IV ФСда. анамнезида ангионевротик шиш, жигар ва буйрак етишмовчилиги, периферик кон айланишининг бузилиши (оёклар кон томирининг облитерловчи атеросклерози, Рейно синдроми), Паркинсон касаллиги, эпилепсия, глоукома каби холатларда ушбу гурух дори воситалари тавсия этилмайди.

Эхтиёткорлик: Депрессия, паркинсонизм, менструал циклнинг бузилиши.

Асосий ножуя таъсирлари: Холсизлик, седатив самара, огиз куриши, бурун битиши, конъюнктивит, ошкозон-ичак тизимидаги бузилишлар, ортостатик гипотония, импотенция, гемолитик камконлик, депрессия, вахима, кул бармокларининг калтираши, психомотор бузилишлар, диспептик узгаришлар ва брадикардия.

Диуретиклар, БАБ, ААФИ. КА ва АРА ларни самараси куп марказли кузатувларда исботлан- ган булиб амалиётда кенг куллашга тавсия этилган. Кайд этилган препаратлардан ташкари ушбу гурухларга кирувчи катор бошка дорилар хдм Республикамизда руйхатдан утказилган ва уларни беморларга тавсия этишдан олдин шифокор илова когозини синчковлик билан урганиши лозим.

Беморларнинг дориларни кабул килишини кулай килиш хамда даво самарадорлигини ошириш максадида гипотензив воситалар сунгги йилларда тайёр комбинация холида чикарилмокда ва уларнинг айримлари куйида келтирилган:

- ✓ БАБ + диуретиклар - тенорик (атенолол + хлорталидон), лопрессор (метопролол + гидро- хлортиазид) - индерид (пропранолол + гидрохлортиазид);
- ✓ БАБ + КА - логимакс (метопролол + фелодипин);
- ✓ ААФИ + КА - тарка (верапамил + трандолаприл), лексел (фелодипин + эналаприл), лотрель (амлодипин + беназеприл), экватор (лизиноприл + амлодипин);
- ✓ ААФИ + диуретиклар - капозид (каптоприл + гидрохлортиазид), нолипрел (периндоприл + индапамид), эналазид (эналаприл + гидрохлортиазид);
- ✓ АРА + диуретиклар - Ко диован (валсортан 80 мг + гидрохлортиазид 12,5 мг), теветен плюс (эпросартан + гидрохлортиазид), гизаар (лозартан 50 мг + гидрохлортиазид 12,5 мг), лозап плюс (лозартан 50 мг + гидрохлортиазид 12,5 мг), лориста И (лозартан 50

мг + гидрохлортиазид 12,5 мг), коапровель (ибресортан 150 ёки 300 мг + гидрохлортиазид 12,5 ёки 25 мг);

- ✓ Диуретик + АРА + КА - коэксфорж (гидрохлортиазид + валсартан + амлодипин);
- ✓ АРА + КА - эксфорж (валсортан 80 ёки 160 мг + амлодипин 5 ёки 10 мг);
- ✓ АРА + АК + диуретик - Ко-эксфорж (валсортан 80 мг + амлодипин 5 + гидрохлортиазид 12,5 мг ёки валсортан 160 мг + амлодипин 10 + гидрохлортиазид 12,5 мг).
- ✓ АГ бошка касалликлар ёки маълум бир аъзоларни зарарланиши билан кечганда Европа кардиологлари жамияти томонидан тавсия этилган у ёки бу гурух гипотензив дори воситаларини куллаш тамойиллари ва уларга карши курсатмалар 8 ва 9-жадвалларда келтирилган.
- ✓ β - блокаторлар
- ✓ Бошка гурухдаги дорилар
- ✓ ААФ ингибиторлари қулланилиши максадга мувофик

Артериал гипертензия турли холатлар билан бирга келганда гипотензив дори воситаларини қўллашга тавсиялар

Аъзоларнинг субклиник зарарланиши		
1.	Чап коринча гипертрофияси	ААФИ, КА, АРА
2.	Кон томирларнинг клиник белгиларсиз кечувчи атеросклерози	ААФИ, КА
3.	Микроальбуминурия	ААФИ, АРА
4.	Буйрак фаолиятининг бузилиши	ААФИ, АРА
Касалликлар		
1.	Ўтказилган инсульт	Самараси исботланган гипотензив восигалар- ни барчаси
2.	Утказилган миокард инфаркти	ААФИ, БАБ, АРА
3.	Тургун стенокардия	БАБ, КА
4.	Сурункали юрак етишмовчилиги	ААФИ, БАБ, АРА, диуретиклар, альдостерон антагонистлари
5.	Аорта аневризмаси	БАБ
6.	Булмачалар фибриляциясини олдини олиш максадида	ААФИ, БАБ, альдостерон антагонистлари
7.	Булмачалар фибриляциясида ЮУС назорат килиш	БАБ, КА ни негидропиридин гурухи
8.	Терминал СБЕ/протеинурия	ААФИ, АРА
9.	Периферик кон томир касалликлари	ААФИ, КА
Алохида холатлар		
1.	Яккаланган систолик АГ (кексаларда)	КА, диуретиклар
2.	Метаболик синдром	ААФИ, АРА, КА
3.	Кандли диабет	ААФИ, АРА

4.	Хомиладорлик	Метилдофа БАБ, КА

Артериал гипертензияни даволашда кулланиладиган турли гипотензив дори воситаларидан фойдаланишга кўрсатмалар

№	Гипотензив дорилар синфи	Мутлак карши курсатмалар	Нисбий карши курсатмалар
1	Тиазидли диуретиклар	Подагра	Хомиладорлик, метаболик синдром, глюкозага чидам-лилик нинг бузилиши
2	Альдостерон антагонистлари	Буйрак етишмовчилиги, ги- перкалиемия	
3	β -блокаторлар	Бронхиал астма, 2-3-дара- жали AV блокада	Периферик томир касал-ликлари, метаболик синдром, глюкозага чидамлиликнинг бузилиши, спортчилар ва жисмоний фаол кишилар, упканинг сурункали обструк-тив касалликлари
4	Кальций антаго-нист-лари (дигидропиридин гурухи)		Тахиаритмия,сурункали юрак етишмовчилиги
5	Кальций антагонистлари (верапамил, дилтиазем)	2-3-даражадаги AV блокада, сурункали юрак етишмовчилиги	
6	Ангиотензинни айлантирувчи фермент ингибиторлари	Хомиладорлик, гиперкалиемия, иккала буйрак артериясининг стенози, ангионевротик шиш	
7	Ангиотензин рецепторлари антагонистлари	Хомиладорлик, гипер-калиемия, иккала буйрак артериясининг стенози	
8	а-адреноблокаторлар	Ортостатик гипотония	Сурункали юрак етиш-мовчилиги

Юкоридагилар билан бир каторда жуда мухим амалий ахамиятга эга булганлиги сабабли куйидаги холатларда АГ га чалинган беморларни олиб бориш буйича Европа экспертлари тавсияларини келтирамиз:

Ёши катта кишиларда барча гурухдаги гипотензив воситаларни куллаш мумкин, лекин якка- ланган систолик АГ диуретиклар ва КА тавсия этиш максадга мувофик. Улардаги СКБ курсатгичи

✓160 булса уни 150 ва 140 мм.сим. устунигача айрим холларда > 140 дан хам пасайтириш лозим.

✓ Хомиладор аёлларда огир АГ (САД > 160, ДАД >110 мм.сим.уст) кузатилса дори воситалар билан даволаш тавсия этилади. Кон босимини 150/95 дан ошиши, гестацион АГ да КБ > 140/90 мм.сим.устунида булиши ва мулжал аъзолар шикастланишининг субклиник белгилари юзага келиши гипотензив воситалар буюришга курсатма хисобланади. Ушбу холатда метилдопа, лабеталол ёки нефидипин танлов дори воситалари сифатида кулланилади.

✓ Шу билан бир каторда тугрук ёшидаги аёлларда АГ ни даволашда ААФИ тавсия этиш максадга мувофик эмаслигини таъкидлаб утиш лозим.

✓ АГ КД билан кушилиб келганда СКБ > 140 мм.сим.устунида булганда ан гигипертензив даво бошланади, СКБ > 160 мм.сим. устунида дори воситаларини мутазам кабул килиш тавсия этилади.

✓ АГ КД билан бирга келганда СКБ > 140 мм.сим.устунида булиши дори воситалари билан даволашни бошлашга курсатма хисобланиб, СКБ > 160 мм.сим. устунида булиши эса антигипер- тензив препаратларни мутазам кабул килишни тавсия этишга асос булади. Микроальбуминурия булмаган холларда барча гипотензив дори воситалар гурухи ёндош касалликларни инобатга олган холда тавсия этилади. Агар беморда микроальбуминурия ва протеинурия кузатилса ААФИ ёки АРА гурухидаги гипотензив воситаларни куллаш максадга мувофик. Ушбу гурух беморлар учун максадли курсаткич СКБ >140, ДКБ > 85 мм.сим.устунида булиши керак.

✓ Метаболик синдром (МС) мавжуд булган беморлар хаёт тарзини узгартириши, тана вазнини камайтириши ва мунтазам жисмоний машкларни бажариши нафакат КБ ни пасайиши, балки унинг бошка белгиларини камайиши хамда КД ривожланишини олдини олиш имконини яратади. Ушбу синдромда инсулинга сезувчанликни яхшиловчи, хеч булмаганда уни ёмонлаштирмайди- ган ААФИ, АРА ёки КА гурухидаги гипотензив воситалар тавсия этилади. БАБ (вазодилятация хусусиятига эга булганларидан ташкари) ва диуретикларни зарурият булганда кушимча восита сифатида куллаш мумкин. Ушбу гурухдаги беморлар учун КБ<140/90 мм.сим.устунида булиши максадга мувофик.

✓ АГ билан огриган беморда нефропатия мавжуд булганда максадли СКБ <140 мм.сим.устунида булиши керак. Беморда протеинурия аникланганда КФТ ни кузатган холда СКБ 130 мм.сим. устунидан паст курсатгичда ушлаб туриш лозим. РААТ блокаторларини (ААФИ, АРА) микроаль- буминурияни камайтириш хусусияти бошка гурухдаги гипотензив воситаларга нисбатан юкори булганлиги сабабли уларни микроальбуминурия ёки яккол намоён булган протеинурия холатларида куллаш максадга мувофикдир. Буйракни сурункали касалликларида буйрак фаолиятини пасайиши ва гиперкалиемия ривожланиш хавфи юкори булганлиги сабабли РААТ блокаторларини альдостерон антогонистлари билан бирга куллаш тавсия этилмайди.

✓ Бош мияда кон айланиши уткир бузилишида бир хафта давомида кон босимини тушрадиган дори воситалар бериш тавсия этилмайди. Антигипертензив даво анамнезида инсульт ёки транзитор ишемик атака утеазган ва дастлабки СКБ 140-159 мм.сим.устида

булган беморларга буюрилади. Улар учун максадли СКБ <140 мм.сим.устуни хисобланади.

✓ АГ ЮИК билан бирга келганда СКБ максадли курсаткичи 140 мм.сим.устунидан паст булиши керак. Ушбу беморларга барча гурухдаги гипотензив воситаларни куллаш мумкин. Якинда МИ утказган беморларга эса БАБ ларни бериш максадга мувофик.

✓ АГ СЮЕ ёки огир чап коринча дисфункцияси билан бирга кечганда улим хавфини ва шифохонага ётишни камайтириш максадида диуретиклар, БАБ, ААФИ, АРА ва альдостерон антагонистлари буюрилади. Бунда максадли СКБ 140 мм.сим.уст. атрофида булиши керак. Беморда шишлар кузатилганда диуретиклар, юрак уриши юкори булганда БАБ гурухдари кулланилади.

✓ АГ булмачалар фибрилляцияси билан кузатилганда юрак кискаришлар сонини камайтириш ва гипотензив максадда БАБ ва негидропиридои гурухидаги КА, хуружларни олдини олиш учун эса ААФИ, АРА, БАБ хамда альдостерон антагонистлар тавсия этилади.

✓ Чап коринча гипертрофияси аникланган АГ билан огриган беморларнинг барчасига асосан гипертрофияни камайтирувчи гипотензив воситалар (ААФИ, АРА, БАБ ёки КА) буюрилади.

✓ АГ атеросклероз ва периферик томир касалликлари билан бирга кечганда КА ва ААФИ буюрилади. Чунки улар диуретиклар ва БАБ дан фаркли равишда склеротик жараёнларни секинлаштиради. Бунда максадли кон босимини < 140/90 мм.сим. уст даражасида булиши керак.

✓ Беморларда хавфли ва муолажаларга чидамли АГ кузатилганда амилорид, а,-блокатори доксазозин (карши к5фсатмалар булмаса) ва верашпирон тавсия этилади. Мабодо дорилар билан утказилган муолажалар самарасиз булса, инвазив даво чораларини (буйрак денервацияси ёки унинг барорецеп- торларини стимуллаш) утказиш масаласи куриб чикилади. Сунгги муолажалар кон босими хакикий резистент булиб, унинг курсаткичлари (СКБ >160 ёки ДКБ >110 мм.сим.уст) ута юкори булганда ва у бир кеча кундуз давомида кузатиш натижасида тасдикланганда амалга оширилади.

✓ АГ турли хавф омиллари билан бирга келганда куйидаги тамойилларга амал килинади:

✓ ИЗЛИ <3 ммоль/литр, беморда ЮИК булса бу курсаткич < 1,8 ммоль/литргача пасайтирил- ганига кадар статинлар кабул килиш буюрилади;

✓ Бемор юрак кон-томир касалликларининг уткир шаклларини утказган, буйрак фаолияти пасайган ёки улар келиб чикиш хавфи юкори булса кичик дозада аспирин тавсия этилади;

✓ АГ КД билан бирга келганда НЬА< 7,0 % курсаткичига эришилганга кадар фаол антидиабетик даво олиб борилади;

Ушбу гурухдаги беморларда хавф паст ёки уртача даражада булса аспирин тавсия этилмайди.

Даволашнинг самарасизлиги сабаблари:

- ✓ Гипотензив дориларни паст дозаларда куллаш, КБ нинг оширадиган воситалар (антидепрессантлар, ГКС, НЯКД, симпатомиметиклар, тумовга карши воситалар, корамуг алкалоидлари, перорал контрацептивлар, психотроп воситалар)ни кабул килиш;
- ✓ Врач курсатмаларини нотугри бажариш;
- ✓ Буйрак артериялари стенози; Чекиш, кизилмия илдизи, кофеин истеъмол килиш;
- ✓ Семизлик; Спиртли ичимликларни суиистеъмол килиш; Ош тузини ортикча истеъмол килиш; Симптоматик артериал гипертензия; Хажм ошиб кетиши билан зурикиш (масалан, диуретикларни етарли микдорда кабул килмаслик); Амфетаминлар, кокаин ва бошка наркотиклар, шунингдек, анаболик стероидларни кабул килиш.
- ✓ Беморларни даволашда ижобий самарага эришиш учун келтирилган сабабларни бартараф этиш мухим ахамиятга эга.
- ✓ Гипертония касаллигига чалинган беморлар мунтазам давога мухтож булганликлари сабабли муолажалар амбулатория шароитида олиб борилади ва куйидаги курсатмалар булганда шифохо- нага ёткизиладилар:
- ✓ Гипертоник кризларни даволаш: АГ билан огриган беморларда гипертоник кризлар кузатилганда, асаб ва юрак тизими зарарланиши белгилари кучайишининг олдини олиш максадида КБнинг кескин пасайтириш мумкин эмас. Систолик босимни дастлабки курсаткичдан тахминан 25% га, диастолигини эса 10% гача тушириш тавсия этилади. Уни бартараф этишда КБ нинг аста-секин, камида 1 соат давомида тушириш зарур. I тип гипертоник кризни даволашни беморга 10-20 мг коринфар ёки 3-5 томчи фармодипинни беришдан бошлаш лозим.
- ✓ Яккол эмоционал кузгалиш, куркув ва хавотирлик сезгиси билан кечадиган гипертоник кризда 1,0-1,5 мл 2,5% аминазинни 20 мл ёки 2,0 мл 0,25% ли дроперидолни 100 мл изотоник эритмада томир ичига томчилаб юбориш мумкин. Агар гипертоник криз тахикардия ва экстрасистолиялар билан кечса β-адреноблокаторлар (анаприлин, конкор, небилет) кулланилади.
- ✓ Гипертоник кризни даволашда қулланиладиган гипотензив дорилардан бири, а- ва β-адреноблокаторлик хусусиятига эга булган лобеталол томир ичига 40-50 мг юборилганда систолик хамда диастолик КБ мутаносиб равишда пасаяди. Зарур булганда препаратни хар 5 дакикада (умумий дозаси 200 мг гача) куллаш мумкин.
- ✓ Асоратланмаган гипокинетик синдромли II типдаги гипертоник криз одатда огир кечади. Беморлар- га 10-20 мг коринфар ёки 3-5 томчи фармадипинни бериш ва бир вактнинг узида тез таъсир киладиган диуретиклардан 40-80 мг лазикс калий препаратлари билан бирга томир ичига юбориш керак.
- ✓ Ушбу холатда «рикошет» кризларнинг олдини олиш максадида ААФИ 1/2 таблеткадан, хар соатда 1-2 кун мобайнида, КБнинг кузатган холда бериб борилади. Энапни 1,25-2,5 мг дан физиологик эритмада томир ичига томчилаб, 25-50 мг капотенни сублингвал, 10 мг коринфар билан бирга куллаш мумкин. Секин-аста томир ичига 150-300 мг дан юборилган артериал вазодилататор диазоксид кон босимини 5 дакикадан сунг тушириб, бир неча соат мобайнида бир меъёрда саклаб туради.
- ✓ Уткир коронар етишмовчилиги билан асоратланган гипертоник кризда куйидаги дори воситалари кулланилади:

- ✓ 0,5 мг нитроглицерин аэрозоль куринишида ёки сублингвал;
- ✓ 10 мл изокет ёки перлинганит 100 мл изотоник эритмада томир ичига томчилаб;
- ✓ 0,005% - 1 мл фентанил, 0,25% - 2-4 мл дроперидол билан 20 мл изотоник эритмада аста-секин томир ичига;
- ✓ Кон босими юкорилиги сакланиб колганда, айникса, тахикардия ва экстрасистолиялар булган беморларга 0,1% 5 мл индерални (анаприлил, обзидан) 15-20 мл изотоник эритмада аста-секин томир ичига юбориш яхши натижа беради.
- ✓ Уткир чап коринча етишмовчилиги билан асоратланган гипертоник кризда:
- ✓ 0,5 мг нитроглицерин аэрозол куринишида ёки сублингвал;
- ✓ 10 мл изокет ёки перлинганит 100 мл изотоник эритмада томир ичига томчилаб;
- ✓ 5% - 0,5-1,0 мл пентамин изотоник эритмада томир ичига томчилаб;
- ✓ Лазикс - 40-80-120 мг томирга оким билан;
- ✓ Гиперкатехоламинемияни йукотиш максадида 2-4 мл диазепам мушак орасига ёки томир ичига;
- ✓ Дроперидол-0,25% ли - 1-2 мл мушак орасига ёки томир ичига;
- ✓ Упка шишида 1% - 1,0 морфинни 0,5 мл дан булиб (2-3 марта) томир ичига юбориш яхши самара беради;
- ✓ Юкорида курсатилган дорилар самара бермаганда 30 мг нитропруссид натрий 400 мл изотоник эритмада томир ичига томчилаб юборилади.
- ✓ Мия кон-томир етишмовчилиги билан асоратланган гипертоник кризда:
- ✓ 10 мг ломир ёки 10-20 мг коринфар тил остига;
- ✓ Дегидратация максадида 30-60 мг лазикс томир ичига оким билан;
- ✓ Кекса ёшдаги беморларга 2,4% - 10 мл эуфиллинни изотоник эритмада томир ичига аста-секин юбориш мумкин;
- ✓ Талваса синдромини йукотиш учун 2-4 мл диазепамни изотоник эритмада томир ичига юбориш максадга мувофик;
- ✓ Бош мия тукималари метаболизмини яхшилаш максадида криз бартараф этилгач корути-цитокалин 2 мл 5 кун давомида хар куни бир марта.

Бош мия шиши белгиларини йукотиш учун куйидагилар тавсия этилади:

- ✓ 80-120 мг лазикс томир ичига томчилаб;
- ✓ 25% -10-20 мл магний сульфат изотоник эритмада томир ичига;
- ✓ Кон босимини тез пасайтириш учун, нитропруссид натрий, арфонад, лабеталоллардан бирортасини томир ичига томчилаб юбориш.

Санатория ва курортларда даволаш. Касалликнинг секин ривожланувчи I ва II боскичларида, томир кризлари (бош мия, юрак, буйрак артериялари шикастланиши), юрак утказувчанлиги ва ритми бузилиши кузатилмаганда беморларни санатория ва курортларда даволаш тавсия этилади. Улар климатик, бальнеологик курортларда ва жойлардаги кардиология санаторияларида даволанишлари максадга мувофик.

- ✓ Касалликнинг III боскичи, утказилган миокард инфаркта, инсульт белгилари, нефроангиосклероз, ретинопатия, юрак ритми ва утказувчанлиги бузилиши, СЮЕ II, III боскичи, тинч холатда ва зурикишда тез-тез кайталанувчи стенокардия хуружлари ва чап

коринча етишмовчилиги, тром- боэмболик холат санаторияларда даволанишга карши курсатма хисобланади.

- ✓ АГни самарали даволаш курсаткичларига АБнинг пасайишидан ташкари бемор кайфиятининг яхшиланиши, шикоятлар булмаслиги, жисмоний зурикишга чидам-лиликнинг ва иш кобилиятининг ошиши, ЭКГ кунлик мониторингида экстра-систолиялар сони ва ST-сегментининг пасайиш даражасининг камайиши, узок муд-датли даволашда эса ЭхоКГ маълумотлари буйича миокард огирлигининг меъёрига якинлашиши киради.

Профилактикаси. ГКнинг бирламчи профилактикаси ахоли уртасида соглом турмуш тарзи, рационал овкатланиш тугрисида кенг камровли тушунтириш ишлари олиб бориш ва мавжуд хавф омилларини эрта аниклаш хамда бошкариб буладиганларини бартараф этишга каратилган булиши лозим.

Иккиламчи профилактика касалликни эрта боскичларида аниклаш, авжланиши ва асоратлар юзага келишининг олдини олишга каратилган чора-тадбирлардан иборат. Ушбу максадда беморлар мунтазам юкорида келтирилган дориларсиз даволаш тамойилларига амал килишлари хамда монанд танланган гипотензив дориларни узлуксиз кабул килишлари керак.

Учламчи профилактикага ГК билан огриган беморларда юзага келган асоратларни эрта аниклаш, даволаш ва зурайишининг олдини олиш йули билан бемор хаёт сифатини яхшилаш хамда умрини узайтиришга каратилган булиши лозим. Ушбу тадбирлар беморларни уз вактида кайта курикдан утказиш, индивидуал танланган самараси исботланган дори воситалари билан даволашни давом эттириш, курсатмалардан келиб чиккан холда шифохона шароитида даволашдан иборат.

4-мавзу: Аритмия синдроми (Автоматизм ва қўзғалувчанлик, ўтказувчанликнинг бузилишлари). Қиёсий ташхислаш. Даволаш.

Таълим бериш технологиясининг модели

Машғулот вақти – 80 минут	Талабалар сони : 40-60 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси талабаларни юрак кон-томир тизими фаолиятининг фундаментал асосларига укитиш, нормал гомеостазни саклаш туришда юрак кискаришлари ахамиятини тушунтириш; аритмияларнинг асосий турлари; куп учрайдиган аритмия турларининг ЭКГ картинасини тушунтириш; экстрасистолия, пароксизмал	**Маърузанинг кисқача аннотацияси** **Аритмиялар – бу юрак ритмининг** бузилиши булиб хисобланади. Буларга куйидагилар сабабчи булади. Аритмиялар юракнинг асосий функциялари, автоматизм, кузгалувчанлик, утказувчанлик ва кискарувчанликнинг бузилиши натижасида келиб чикилади. Аритмиялар келиб чикиш сабабларига кура хар хил булади. Уларнинг бир хилларини беъморлар узларида сезмасликлари мумкин, лекин иккинчи хил аритмиялар туфайли беморлар хаётдан куз юмушлари хам мумкин. Шунинг учун аритмияларни билиш биз учун катта ахамият

тахикардия, булмачалар хилпиллаши ва титрашини тушунтириш.	касб этади.
Ўқув машғутнинг мақсади: Аритмиялардаги киёсий ташхисот. Клиник ва ЭКГ ташхисотни ургатиш. Даволаш ва шошилинч ёрдам.	**Мақсади ёритилади**. Аритмиялар – нормал юрак ритмининг бузилишлари булиб, куйидагиларни уз ичига олади. Юрак кискаришлари сонининг узгаришлари – яъни бир дакикадаги юрак кискаришлар сони 60 тадан 90 тагача булиши керак. ЮКСнинг 60 тадан камайиши ёки 90 тадан ортиб кетиши аритмия хисобланади. Нормал юрак ритмининг бузилишлари – яъни нормада юрак факат синус тугунидан ишлаб чикарилган импульслар таъсирида кискаради. Нормал синусли ритмда ЭКГ тишчалари кетма-кетлиги ва полярлиги (мусбат-манфийлиги) узгармайди. Бу конуниятнинг бузилиши хам аритмия хисобланади. Нормада юрак кискаришлари регуляр булади яъни хар кандай R- R масофа бир хилда булиши ёки улар орасидаги фарк 15% дан ошмаслиги керак. R- R масофа орасидаги фарк 15% дан ошса, аритмия хисобланади. Нормал юрак ритмида импульслар утказилишида тусиклар булмаслиги керак. Агар импульслар утказилишида блоклар булса, аритмия хисобланади
Таълим бериш усуллари	Кўргазмали, маъруза, суҳбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий, жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проек-тор, комьпютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол – жавоб.

3.2. Маъруза машғулотининг технологик картаси

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёргарлик босқичи	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини	

(10 минут)	тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1.Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2.Асосий босқич (45 дақиқа)	1. Мавзуни тушунтириб беради, слайдлар намойиш қилиш 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар Тинглайдилар
3.Якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

Маъруза режаси:

- ✓ талабаларни юрак кон-томир тизими фаолиятининг фундаментал асосларига укитиш, нормал гомеостазни саклаш туришда юрак кискаришлари ахамиятини тушунтириш;
- ✓ аритмияларнинг асосий турлари;
- ✓ куп учрайдиган аритмия турларининг ЭКГ картинасини тушунтириш;
- ✓ экстрасистолия, пароксизмал тахикардия, булмачалар хилпиллаши ва титрашини тушунтириш.

Максад:

Аритмиялардаги киёсий ташхисот. Клиник ва ЭКГ ташхисотни ургатиш. Даволаш ва шошилинч ёрдам.

Вазифалар:

- ✓ аритмияларнинг асосий турлари ва классификациясини тушунтириш;
- ✓ юрак аритмияларининг этиологияси, патогенези, таснифи, клиник куринишлари ва даволаш принципларини тушунтириш.

Ритм бузилишининг солиштирма ташхиси

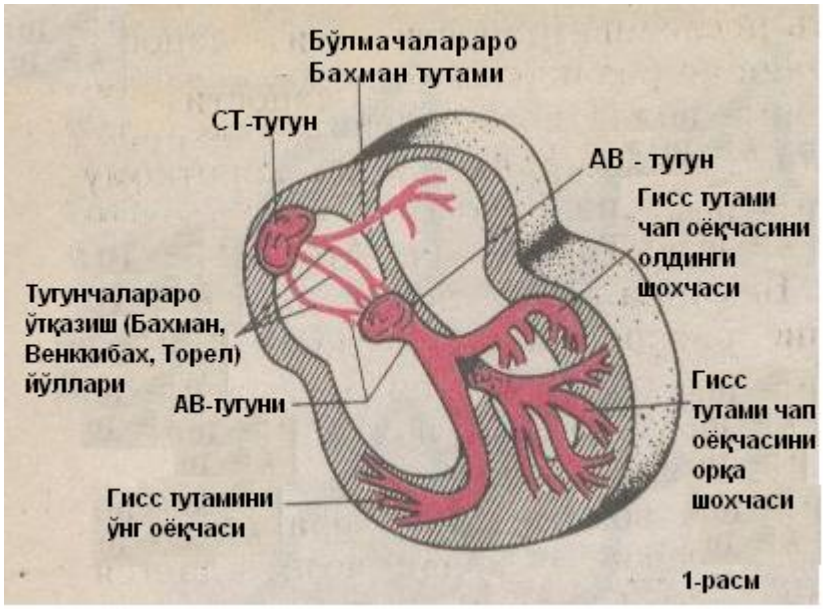
«Тиббиёт фан, врачлик фаолияти эса санъат»

Юрак ритми ва ўтқазувчанлиги бузилиши деганда унинг қисқаришлари сони ва қўзғалиш манбаи мунтазамлигининг ўзгариши ҳамда бўлмача ва қоринчалар фаолликлари ўртасидаги боғлиқлик ва кетма–кетликнинг бузилишлари тушинилади. Улар турли сабаблар туфайли юрак асосий функцияларининг (автоматизм, қўзғалувчанлик, ўтқазувчанлик, қисқарувчанлик) ўзгариши туфайли юзага келади. УАВ фаолиятида тез-тез учраб турадиган ушбу ритм бузилишлари сўнгги йилларда эришилган ижобий натижаларга қарамасдан, тиббиётнинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Уни даволаш самараси қуйидаги учта муаммо тўғри хал қилинишига боғлиқ:

1. юрак ритми бузилиши турини аниқлаш (идентификацияси);

2.ритм бузилиши сабаби, ривожланиш механизми ва турини ҳисобга олган ҳолда даволаш тактикасини танлаш;

3.юрак уриш сонини (ЮУС) меъёрида ушлаб туриш, ритм бузилиши хуружларини ҳамда у туфайли ривожланиши мумкин бўлган асоратларнинг олдини олиш учун тўғри режали, самараси исботланган дорилар билан даволашни танлаш.



Бу муаммоларни ҳал қилиш йўлларини баён қилишдан олдин юракнинг меъёридаги ритми ва ўтказувчи тизими ҳамда соғлом одам ЭКГ тўғрисида қисқача тўхталиб ўтамиз.

Соғлом одамда юрак қисқариши учун импульслар юқори ковак венани ўнг бўлмачага туташган соҳасида жойлашган синус (СТ) тугунида (I тартибдаги ритм бошқарувчиси) тинч ҳолатда 60-90 тагача ишлаб чиқарилади ҳамда бир вақтнинг ўзида чап ва ўнг бўлмачаларга асосан учта - Бахман, Венкибах, Торел йўллари орқали тарқалади ва атриовентрикулар (АВ) тугунга етиб боради. АВ (Ашоф–Товар) тугуни (II - тартибдаги ритм бошқарувчиси) бўлмачалараро тўсиқнинг пастки қисмида, ўнг томонда, уч тавақали қопқоқча бириккан соҳада жойлашган бўлиб, тинч ҳолатда бир дақиқада 40-60 та импульс ишлаб чиқаради. Гисс тутами тўғридан-тўғри АВ тугундан бошланиб, аввал иккита–ўнг ва чап оёқчаларга, кейин чап оёқчаси олдинги-юқори ва орқа-пастки шохчаларга бўлинади. Шохчалар охири (терминал қисми) ўз навбатида, майда толаларга (Пуркинье толалари) тармоқланиб, миокарднинг барча қаватларига кириб боради ва юрак мушакларини синхрон қисқаришига олиб келади. Бу соҳа (III - тартибдаги ритм бошқарувчиси) ҳам бир дақиқада 15-40 тагача импульс ишлаб чиқариш хусусиятига эга. Соғлом одамда СТ ҳар доим ритм бошқарувчиси вазифасини ўтаб, ўзидан пастда жойлашган автоматизм манбалари фаолиятини тўхтатиб туради. II ва III- тартибдаги ритм бошқарувчилари фақат патологик ҳолатларда, жумладан СТ ҳолсизлигида ёки улар фаоллиги ошганда, ритм бошқаришни ўз зиммасига олади (1-расм).

Беморда юрак ритми ва ўтқазувчанлиги бузилишининг мавжудлиги унинг шикояти, объектив кўрик ва ЭКГ текшириш ёрдамида аниқланади. Улар орасида аритмияларни ташҳислашда ЭКГ алоҳида ўрин тутади. Шунинг учун УАВ меъёридаги ЭКГни, яъни синус ритмининг қуйидаги кўрсатгичларини яхши билиши зарур (2-расм):

- ҳар бир QRS комплексидан олдин Р тишчасининг бўлиши;

- I, II тармоқларда Р тишчаси мусбатлиги, aVR тармоқда манфий ва ҳар бир тармоқда шаклининг доимийлиги билан характерланиши;
- Р тишча давомийлиги 0,1 с, амплитудаси 2,5 мм. бўлиши;
- PQ (R) интервали 0,12 – 0,20 с оралиғида бўлиши;
- юрак ритми (уриши) сони тинч ҳолатда бир дақиқада 60 – 85 тага тенглиги;
- QRS –қоринчалар комплекси кенглиги 0,06 – 1,0 с бўлиши;
- R-R (P-P) оралиғи максимал ва минимал 0,05 – 0,15 тенглиги.
- ST сегменти ўрта чизиғда бўлиши ёки ундан пастга силжиши (0,5 мм.гача) ва фақат ўнг тармоқларда юқорига кўтарилиши (1,5-2 мм.дан ошмаслиги);
- Т тишчаси I, II, aVF тармоқларда доимо мусбат, III, aVL ва V1 тармоқларда икки фазали, aVR да эса доимо манфий бўлиши.

Юрак ритми ва ўтказувчанлиги бузилишларининг асосий сабаблари

1. *Интракардиал* – юрак қон-томир тизимининг барча туғма ва орттирилган касалликлари (ЮИК, миокардитлар, шу жумладан, ревматик, миокардиопатиялар, миокардиосклерозлар юракни туғма нуқсонлари) натижасида миокарднинг таркибий ва метаболик зарарланиши;

Наслий мойиллик натижасида кузатиладиган Бругада синдроми ҳам ушбу гуруҳга киради ва Гисс тутами ўнг оёқчасининг блокадаси, ST сегментининг V_2-V_3 тармоқларда ўрта чизиқдан юқорига кўтарилиши, P-R оралиғининг узайиши, қоринчалар ритмининг тез-тез кузатиладиган бузилиши, синкопал ҳолатлар билан намоён бўлади ва айрим ҳолларда тўсатдан бемор ўлими билан тугайди;

2. *Экстракардиал* - юрак-қон томир тизими фаолияти ва миокард метаболизми бошқаришининг бузилишига олиб келувчи (нейро–гуморал, эндокрин бошқарувининг ўзгариши, электролит, кислота–ишқор алмашинувининг бузилиши) омиллар:

- ✓ *рефлектор омил* - ошқозон–ичак тизими ҳамда дисметаболик касалликларда (ўт тош касаллиги, диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраси ва бошқалар);
- ✓ *нейроген омил* - марказий ва вегетатив асаб тизими зарарланишларида;
- ✓ *психоген омиллар* - неврозлар, психопатиялар, НЦД;
- ✓ *эндокрин ва дисметоболик омиллар* (тиреотоксикоз, гипотериоз, камқонлик ва бошқа касалликлар);
- ✓ заҳарланишлар ва бошқа қатор ҳолларда;
- ✓ Юрак-қон томир фаолияти мунтазамлигини физик ва химик омиллар таъсирида бузилиши:
- ✓ кодеин, никотин, алкоголга юқори сезувчанлик;
- ✓ дориларнинг аритмоген таъсири;
- ✓ гипоксия;
- ✓ гипо ва гипертермия;
- ✓ механик таъсирлар (жароҳатлар, вибрациялар);
- ✓ ионловчи нурлар таъсири, ўта юқори тўлқинли майдон ва бошқалар.

Бу рўйҳатни яна давом эттириш мумкин, лекин УАВ айрим ритм бузилишлари, ҳатто яккаланган экстрасистолиялар мутлоқо соғлом одамда ҳам учраши мумкинлигини эсдан чиқармаслиги лозим. Уни сабаби ва механизми тўлиқ ўрганилмаган бўлиб, вегетатив асаб

тизимининг икки қисми орасидаги антогонистик таъсирлар оқибатида юзага келади деган тахминлар мавжуд. Уйқунинг турли босқичларида кузатиладиган аритмиялар айнан симпатик ва парасимпатик тизим таъсири билан боғланади. Бундан ташқари, соғлом одамларда психоэмоционал таъсирланиш вақтида қонга кўп миқдорда аритмоген хусусиятга эга бўлган катехоламинлар чиқади. Гиперадренемия ҳолати қисқа муддат ичида секин тикланадиган аритмияга сабаб бўлиши мумкин бўлган гипокалиемияга олиб келади.

Аритмияларнинг ривожланиш механизмлари мураккаб ва кўп турли бўлиб, миокард электрофизиологияси, аввалambор ўтказувчанлик тизими ўзгаришлари билан боғликдир.

Аритмияларнинг асосий патофизиологик механизмлари:

I. импульслар ҳосил бўлиш механизмларининг бузилиши – синус тугуни автоматизми ва унинг яширин (латент) марказлари ўзгаришлари; патологик автоматизмнинг шаклланиши; осциллятор (триггер) фаоллик;

II. импульслар ўтказувчанлигининг бузилиши: рефрактерликнинг узайиши ва юрак ўтказувчанлик тизимида импульс ўтишининг сусайиши; анатомик-юрак ўтказувчанлик тизимида органик шикастланиш; қўзғалишнинг қайта кириш феномени (re-entry);

III. импульслар пайдо бўлиши ва ўтказувчанлик бузилишининг бирга келувчи механизмлари - просистолик фаоллик.

Юрак ритми ва ўтказувчанлиги бузилиши классификацияси

Юрак ритми ва ўтқазувчанлиги бузилиши классификацияси ЭКГ текширувлар хулосасига асосланган бўлиб, бир нечта турлари мавжуд. Бизнинг назаримизда, М.С. Кушаковский ва Н.Б. Журавлева (1981) томонидан таклиф қилинган, В.В. Мурашко ва А.В. Струтинскийлар томонидан такомиллаштирилган классификация ҳар томонлама мукаммал бўлиб, барча ритм ва ўтқазувчанлик бузилишларини қамраб олган. Ушбу классификацияга кўра, қуйидаги ритм ва ўтқазувчанлик бузилишлари тафовут этилади:

I. Импульс ҳосил бўлишининг бузилиши;

А. СТ автоматизми бузилиши (нормотоп аритмиялар);

1. синусли тахикардия;
2. синусли брадикардия;
3. синусли аритмия;
4. СТ тўхташи;
5. бўлмача асистолияси;
6. СТ ҳолсизлиги синдроми (СТХС);

Б. Эктопик марказ автоматизми устунлиги сабабли юзага келган гетеротроп ритм;

1. секин (ўрнини босувчи) сирғаниб чиқувчи комплекслар ва ритмлар;

а) бўлмачадан;

б) АВ тугунчадан;

в) қоринчадан;

2. суправентрикуляр ритм бошқарувчиси миграцияси (кўчиб юриши);

3. тезлаштирилган эктопик ритм (пароксизмал бўлмаган тахикардиялар);

а) бўлмачадан;

б) АВ тугунчадан;

в) қоринчадан;

В. Асосан ритм автоматизмининг бузилишига боғлиқ бўлмаган (re-entry механизми қўзғатувчи тўлқинни қайта кириши) эктопик (гетеротроп) ритмлар;

1. экстрасистолиялар (ЭС): бўлмачалардан, АВ - тугундан, қоринчалардан;
2. пароксизмал тахикардия: а) бўлмачалардан; б) АВ- тугундан; в) қоринчалардан;
3. бўлмачалар титраши;
4. бўлмачалар хилпиллаши (фибрилляцияси);
5. қоринчалар титраши ва хилпиллаши (фибрилляцияси);

II. Ўтказувчанликнинг бузилиши;

1. синоатриал блокада;
2. бўлмача ичи блокадаси;
3. антриовентрикуляр блокада: а) I даража; б) II даража; в) III даража (тўлиқ).
4. қоринчалар ичи (Гисс тутами) блокадаси:

а) битта шохча (монофасцикуляр);

б) икки шохчали (бифасцикуляр);

в) учта шохчали (трифасцикуляр);

5. қоринчалар асистолияси.
6. қоринчаларнинг вақтидан олдин қўзғалиши:

а) Вольф-Паркинсон-Уайт синдроми (WPW);

б) P-Q интервалини қисқариш синдроми (CLC).

III. Комбинацияланган (қўшилган) ритм бузилишлари:

1. парасистолиялар;
2. чиқиш блокадалари билан кузатилувчи эктопик ритмлар;
3. атриовентрикулар диссоциация.

Қуйида УАВ фаолиятида кўп учрайдиган юрак ритми ва ўтқазувчанлиги бузилишларини ташҳислаш ва доволаш тамойилларига алоҳида тўхталиб ўтамиз.

А. Импульс хосил бўлишининг бузилиши

Синусли тахикардия - синусли ритм сақланган ҳолда, юракнинг қисқаришлар сонини бир дақиқада (секин-аста) 90 тадан 150-180 гача кўпайиши синусли тахикардия дейилади. У симпатик тонусни ошиши (катехоламинлар ишлаб чиқариш ва улар таъсири), адашган нерв фаолиятининг пасайиши ҳамда тўғридан-тўғри СТ хужайраларига таъсир (гипоксемия, ацидоз, интоксикация ва инфекция) натижасида биринчи тартибдаги ритм бошқарувчисининг автоматизми ошиши билан боғлиқ. Синусли тахикардия соғлом одамларда ҳам кузатилиб, жисмоний ва эмоционал зўриқишда пайдо бўлади. Бундан ташқари, у гиперкинетик синдромда, тана ҳарорати кўтарилганда, (сепсис, пневмония, сил, ангина ва бошқа ўчоқли инфекцияга боғлиқ касалликлар), нейроциркулар дистонияда, тиреотоксикозда, юрак нуқсонларида, ГК, миокардитларда, кардиомиопатияларда, камқонликда, айрим дори воситалари (атропин, адреналин, кофеин, ГКС, никотин) ва озиқ моддаларнинг (аччиқ чой, қахва, алкогол) токсик таъсири таъсирида юзага келиши мумкин. Унинг клиник белгиларини ташҳисий аҳамияти ва даволаш тамойиллари олиб келувчи сабаблари каби турличадир. Аксарият ҳолларда беморлар шикоят билдирмаслиги ёки юрак уриб кетиши ва юрак соҳасида оғирлик ҳамда

ҳаво етишмаслик ҳиссига шикоят қиладилар. Юрак аускультациясида кучайган ёки иккиланган I ва сустлашган II тон аниқланади.

ЭКГ-белгилари: ритм синусли, ЮУС бир дақиқада 90-160 (180-200) та. R-R оралиғи бир хил ва қисқарган, ST сегментининг бошланғич қисми ўрта чизиқдан пастга қийшиқ силжиган бўлиши мумкин. Барча тармоқларда Р тишча ва уни QRS комплекси билан боғлиқлиги ҳамда кетма–кетлиги сақланган. PQ интервал ва QRS комплекс давомийлиги бир оз қисқарганлиги ҳамда II, III, aVF тармоқларда Р тишча амплитудаси ошганлиги аниқланади (3- расм).

3- расм. Синусли тахикардия

Синусли брадикардия-синусли ритм сақланган ҳолда юрак қисқаришлар сонини бир дақиқада 60 тадан кам бўлишига синусли брадикардия дейилади. У СТ ритм бошқарувчиси автоматизми пасайиши билан боғлиқ. Аксарият ҳолларда синусли брадикардия адашган нерв тонуси ошиши, симпатик нерв тизими фаолиятининг пасайиши ҳамда СТ хужайраларига тўғридан-тўғри таъсир (гипоксемия, ацидоз, интоксикация ва инфекция) сабабли юзага келади. Бу турдаги ритм бузилиши мунтазам равишда спорт ва жисмоний иш билан шуғулланган соғлом одамларда, уйқу ва кучли зўриқишдан кейин дам олаётган вақтда, кўз олмасини ва каротид синусини босганда, нафас олишни тўхтатиб турганда, айрим ҳолларда ҳаяжонланганда, ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида, қайт қилганда кузатилади. Шунингдек, синусли брадикардия депрессия, меланхолия, бош мияда босим ошиши, менингит, бош мия ўсмаси, атеросклеротик кардиосклероз, МИ (орқа деворда жойлашганда ёки ишемия ҳисобида СТ ҳолсизлиги ривожланганда), кардиомиопатия, ошқозон яра касаллиги, сариқлик, қорин тифи, гипотереоз, нефрит ва бошқа айрим касалликлар билан оғриган беморларда ҳам аниқланади. Айрим дори воситалар (хинидин, лидокаин, резерпин, транквилизаторлар, морфин, волокардин, юрак гликозидлари, β-блокаторлар ва бошқалар) билан даволаш оқибатида брадикардия ривожланишини УАВ ёддан чиқармаслиги лозим. Синусли брадикардия мавжуд бўлган соғлом одамлар одатда шикоят билдирмайдилар. Лекин ЮУС кескин камайиб кетганда, прекардиал оғриқ, бош айланиши, ҳушдан кетиш, диспноэ ҳолатлари кузатилиши мумкин. Беморлар эса брадикардияга олиб келган касалликка хос шикоятлар билан шифокорга мурожаат қиладилар. Синусли брадикардияда Ашнер–Даньин (кўз соққасини), Чермак-Геринг (уйқу синуси) соҳаси босилганда, брадикардиянинг кучайиши, атропинли (мушак орасига 0,1%-0,5-1 мл. атропин юборилгандан кейин 20-30 дақиқа ўтгач, ЮУС ошади), ортостатик, эмоционал ёки жисмоний зўриқиш ёрдамида ўтказиладиган (синусли брадикардияда юрак фаолияти ортади) синамалар мусбат бўлиши, уни СТХС да кузатиладиган брадикардиядан фарқлашга ёрдам беради.

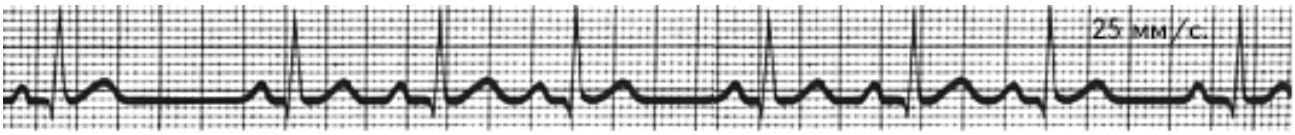
Асосий ЭКГ- белгилари: ритм синусли, ЮУС бир дақиқада 60 та ва ундан кам. R-R оралиғи бир хил ва кенгайган (синусли аритмия билан бирга келганда, R-R оралиғи ҳар хил бўлади). Барча тармоқларда амплитудаси бир оз пасайган Р тишча ва унинг QRS комплекси билан боғлиқлиги ҳамда кетма–кетлиги сақланган. PQ интервал 0,12-0,22

сек.гача узайган. ST сегменти ўрта чизиқдан бир оз юқорига силжиган, Т тишча амплитудаси эса ошган бўлиши мумкин (4- расм).

4- расм. Синусли брадикардия

Синусли аритмия - нотўғри синусли ритм бўлиб, унга ЮУС ни секин-аста тезлашиб ва секинлашиб туриши хос. Аксарият ҳолларда нафас олиш билан боғлиқ бўлган синусли аритмия кузатилади ва нафас олганда ЮУС ортиб, нафас чиқарганда камаяди. Бу турдаги аритмия кўпинча синусли брадикардия билан бирга келиб, нафасни ушлаб турганда, жисмоний зўриқишда ёки атропин юборилганда белгилари йўқолади. Нафас олиш билан боғлиқ бўлмаган синусли аритмия (нафасни ушлаб турганда, аритмия белгилари йўқолмайди) ҳам мавжуд бўлиб, унинг даврий ва даврий бўлмаган турлари фарқланади. Даврий синусли аритмияга нафас олишдан қаътий назар, аввал аста–секин тезлашиб, кейин секинлашиб бориш хос. Даврий бўлмаган аритмияда эса бу кетма-кетлик кузатилмайди. Синусли аритмияга СТ да импульсларни ҳар хил ва тартибсиз ишлаб чиқарилиши, адашган нерв тонусининг ўзгариб туриши ёки нафас олиш вақтида юракни қон билан тўлишининг бузилиши сабаб бўлиши мумкин. Бу аритмия соғлом ўсмирларда, юқумли касаллик билан оғриган беморлар соғая бошлаганда, айрим дори воситалари (морфин, наперстянка, ваготониклар) таъсирида, қарияларда ҳамда НЦД кузатилади. Клиник текширувда юрак ритмини ҳар хиллигидан бошқа ўзгаришлар аниқланмайди.

Асосий ЭКГ- белгилари: ритм синусли, барча тармоқларда мусбат Р тишчаси сақланган, фақат нафас олишга боғлиқ ҳолда R-R оралиғи (0,15 -0,44 дақиқа) камайиб ва узайиб туради; Синусли ритмнинг ЭКГ-белгилари (Р тишчаси ва QRS-Т комплекси кетма-кетлиги) сақланган (5- расм).



5- расм. Синусли аритмия

Синус тугуни ҳолсизлиги - синус тугуни автоматизмининг ҳолсизлиги ёки тўхтаб қолиши. Унинг асосий белгиси СТ нинг ритм бошқарувчиси сифатида фаолиятининг сустлашиши сабабли, турғун брадикардия ва синоартрал блокада пайдо бўлишидир. Бундан ташқари, бу синдромга ритм бошқарувчиси миграцияси, секин эктопик ритм ёки алоҳида сирғаниб чиқувчи комплекслар, экстрасистолиядан кейинги узоқ сукунатли экстрасистолиялар (экстрасистолиядан кейинги ритм депрессияси), суправентрикуляр тахикардия ва хилпилловчи аритмия пароксизмлари, ҳар хил даражадаги атриовентрикулар блокада, юрак асистолияси хуружлари (синоатриал синкопе) хос (6-расм).

6- расм. Синус тугуни ҳолсизлиги

СТХСга СТни ва у жойлашган бўлмача миокардини склеротик, ишемик ёки бошқа патологик жараёнлар таъсирида шикастланиши, парасимпатик таъсирланиш (СТнинг вегетатив дисфункцияси), эндокрин (гипотериоз) ва СТ артерияларидаги ўзгаришлар (атеросклероз), гипотермия сабаб бўлиши мумкин. УАВ катта ёшдаги беморларда СТХС га, аксарият ҳолларда ЮИК, болаларда ва ўрта ёшдагиларда эса турли этиологияли миокардитлар ва ундан кейинги кардиосклероз олиб келишини унутмаслиги лозим. Бундан ташқари, бу ритм бузилиши баъзан юрак гликозидлари билан заҳарланиш, антиаритмик (амиодарон, β-блокаторлар, верапамил ва бошқалар) воситаларни кўп миқдорда қабул қилиш оқибатида юзага келади. Юқоридаги сабаблар таъсирида СТ пейсмекер фаоллиги пасайиши натижасида ритмнинг яширин бошқарувчилари (II ва III тартибдаги ритм бошқарувчилар) автоматизми фаоллашади. Бўлмачалар электрофизиологик хусусиятлари бузилиши, пароксизмал суправентрикуляр ритм бузилишлари кўринишидаги иккиламчи аритмиялар пайдо бўлишига шароит яратади.

Клиник белгилари: юрак ритми секинлашиши натижасида биринчи клиник белгилар дисциркулатор энцефалопатия ёки мия дисфункцияларининг бошқа кўринишлари (беҳоллик, бош айланиши, уйқу бузилиши ва ҳ.к.) билан намоён бўлади. Оғир ҳолатларда церебрал гемодинамик бузилишларни келтириб чиқарувчи Морганье-Адамс-Стокс хуружлари кузатилиши мумкин. Қуйида СТХС нинг клиник кўринишига кўра классификацияси келтирилган:

- ✓ СТХС яққол намоён бўлмаган клиник белгилар билан (яширин);
- ✓ СТХС яққол намоён бўлган брадикардия билан (гиподинамик-манифест);
- ✓ тахикардия – брадикардия синдроми;
- ✓ СТХС турғун хилпилловчи аритмия билан;
- ✓ СТХС Морганье-Адамс-Стокс синдроми хуружлари билан.

Биринчи турида беморлар умуман шикоят билдирмаслиги ёки уларни вақти-вақти билан умумий ҳолсизлик, бош айланиши, юрак тўхтаб қолиши ёки нотўғри уриш ҳисси безовта қилиши мумкин. Объектив кўрикда брадикардия, вақти-вақти билан юракни алоҳида систоласи тушиб қолиши ёки навбатдан ташқари қисқариш ҳисобига нотўғри ритм кузатилиши мумкин. ЭКГ даги ўзгаришлар (синусли брадикардия, синусли аритмия, ритм

бошқарувчиси миграцияси) ҳар доим ҳам аниқланавермайди. Ташҳисни аниқлашга узоқ вақт давомида ўтқазиладиган (12-24 соат) ЭКГ мониторлаш ёрдам беради.

СТХСнинг *иккинчи турига* турғун ёки транзитор, яққол намоён бўлган брадикардия ва тўсатдан ҳушни йўқотиш, ярим ҳушсиз ҳолат, сўзларни "ямлаб" гапириш, парезлар ва бошқа белгилар билан кечувчи мияда қон айланиши бузилишлари ҳамда Морганье-Адамс-Стокс хуружлари хос. Бундан ташқари, беморларда юрак соҳасида оғриқ, ҳансираш, нафас сиқиш хуружлари, шиш кўринишидаги юрак етишмовчилиги белгилари ҳамда артериал гипотензия кузатилиши мумкин. ЭКГ да турғун синусли брадикардия (ЮУС бир дақиқада 45-50 та), ўтиб кетувчи синоаурикулар блокада, СТ тўхтаб қолиши ҳоллари ва бу вақтда юзага келадиган АВ тугундан чиқувчи ўрин босувчи ритм аниқланади.

Тахи - брадикардия - Шорт синдроми яққол намоён бўлган брадикардия асосида ритм тезлашиши (суправентрикуляр тахикардия ёки бўлмачалар хилпиллаши ва титраши пароксизмлари) хуружлари билан намоён бўлади. Пароксизмал тахикардия хуружи бартараф этилгач, яққол намоён бўлган брадикардия, айрим ҳолларда эса ёмон оқибатларга олиб келувчи узоқ вақт давом этувчи юрак тўхтаб қолиши хуружи (ҳушдан кетиш, Морганье-Адамс-Стокс синдроми) кузатилади.

СТХС *турғун хилпилловчи аритмияли* тури турғун меъёрдаги ва брадисистолик ҳилпилловчи аритмия билан кечади. Уни ташҳислаш учун шифокор бемор анамнезида тўсатдан юрак ритмининг кескин камайиб кетиш, бош айланиш, ҳушни йўқотиш ҳолатлари бўлган ёки бўлмаганлигини аниқлаши лозим. СТХС Морганье-Адамс-Стокс хуружлари билан кечганда, беморда тиришишлар ва нафас марказининг тўхтаб қолиши кузатилади. Бу ҳолат брадикардия ва тахикардия пароксизми бартараф этилгандан кейин юзага келган юрак асистолияси ҳисобига ривожланади. Агар бу хуружлар тез–тез қайталаниб турса, УАВ сунъий ритм бошқарувчиси қўйиш масаласини ҳал қилиш учун беморни мутахассис-шифокорга юбориши керак.

ҚЎЗҒАЛУВЧАНЛИК ФУНКЦИЯСИ БУЗИЛИШИ БИЛАН БОҒЛИҚ АРИТМИЯЛАР

Экстрасистолия. Юракнинг навбатдан ташкари қўзғалиши ва қисқаришига экстрасистолия дейилади.

Этиологияси. Экстрасистолияга сабабчи булиб ЮИК, миокардит, ревматизм, кардиомиопатия, дори воситалар (дигиталис, хинидин, эфедрин), асабийлик, электролитлар баланси бузилиши булиб хисобланади.

Клиникаси. Купинча беморларда экстрасистолиялар симптомсиз утиб кетиши ва тасодифан ЭКГ килинганда аникланиши мумкин. Гохида беморлар юрак сохасида кучли туртки пайдо булганлигини сезиши мумкин. Куплаб экстрасистолия пайтида беморларда бушашаиш, бош айланиши, хушидан кетиш холлари кузатилиши мумкин. Пульсни текширганда пульс тухтаб уриши кузатилади. Аускультацияда навбатдан ташкари кискариш, юрак чуккисида I тон карсилловчи, аортада ва упка артериясида II тон сусайган булади.

Экстрасистолиялар чикиш жойига караб:

А). Булмачалар экстрасистолияси

Б). АВ бирикма экстрасистолияси

В). Коринчалар экстрасистолиясига ажратилади.

Булмачалар экстрасистолиясида эктопик учок булмачалардан бирида жойлашган булиб ундан чиккан импульслар синус тугунига ва АВ тугунга карб йуналган булади. Шунинг учун эктопик учокнинг булмачаларнинг кайси кисмида жойлашишига караб Р тишчанинг ЭКГ даги шакли деформацияланган, икки уркачли булиши мумкин. QRS комплекси Р тишчадан кейин келиб шакли узгармаган булади. Булмачалар экстрасистолиясидан кейин нотулоик компенсатор пауза кузатилади. Компенсатор пауза деб экстрасистолик комплексдан кейинги P-QRST комплексигача булган масофага айтилади. Агарда экстрасистолик комплексдан олдинги ва экстрасистолик комплексдан кейинги R – R масофа меёрдаги иккита R – R масофага тенг булса бундай компенсатор пауза тулик компенсатор пауза дейилади. Агарда экстрасистолик комплексдан олдинги ва экстрасистолик комплексдан кейинги R – R масофа меёрдаги иккита R – R масофадан киска булса бундай компенсатор пауза нотулик компенсатор пауза дейилади.

Булмачалар экстрасистолиясининг 4 та ЭКГ белгиси кузатилади.

1. Навбатдан ташкари кискариш булиб Р тишчанинг ва унинг кетидан QRS комплексининг келиши.
2. Экстрасистолик Р тишчанинг полярлиги узгриши ва унинг деформацияси.
3. Экстрасистолик QRS комплексининг синус ритмидаги QRS комплекси билан ухшашлиги.
4. Булмачалар экстрасистолиясидан кейин нотулик компенсатор пауза борлиги.

Атриовентрикуляр бирикма экстрасистолияси. Атриовентрикуляр бирикма экстрасистолиясида эктопик учок атриовентрикуляр бирикмадан чикади ва импульслар бир вактнинг узида хам булмачаларга, хам коринчаларга йуналган булади.

Агарда эктопик учок АВ бирикманинг юкориги кисмларида жойлашган булса импульслар ретроград йуналиб олдин булмачаларга етиб боради, кейин эса коринчаларга етиб боради. Шунинг учун ЭКГда Р-Q интервал кискарган, QRS комплекси олдида манфий Р тишча жойлашган булади. Коринчаларга импульслар уз йуналишида борганлиги учун QRS комплексининг шакли синус ритмидагидан узгармаган булади.

Агарда эктопик учок АВ бирикманинг урта кисмларида жойлашган булса импульслар булмача ва коринчаларга бир пайтда етиб боради. ЭКГда Р тишча QRS комплекси билан кушилиб келганлиги учун Р тишча аникланмайди. Коринчаларга импульслар уз йуналишида борганлиги учун QRS комплексининг шакли синус ритмидагидан узгармаган булади.

Агарда эктопик учок АВ бирикманинг пастки кисмларида жойлашган булса импульслар олдин коринчаларга, кейин эса ретроград йуналиб булмачаларга етиб боради. Шунинг учун ЭКГда QRS комплексидан кейин манфий Р тишча жойлашган булади. Коринчаларга импульслар уз йуналишида борганлиги учун QRS комплексининг шакли синус ритмидагидан узгармаган булади.

Атриовентрикуляр бирикма экстрасистолиясидаги ЭКГ белгилар.

1. Синус ритмидагидан шакли узгармасдан ва вактидан олдин пайдо булган QRS комплексининг келиши.

2. Р тишча манфий булиб QRS комплексидан олдин ёки кейин келиши, ёки Р тишча QRS комплекси билан кушилиб келиши туфайли ЭКГда аникланмаслиги.

3. Нотулик компенсатор пауза.

Коринчалар экстрасистолияси. Коринчалар экстрасистолиясида эктопик учок коринчалардан бирининг деворларида жойлашган булади. Эктопик учок кайси коринчада жойлашган булса олдин шу коринча кузгалади, кейин бироз кечикиб иккинчи коринча кузгалади. Шунинг учун коринчалар экстрасистолиясида QRS комплекс деформацияланган ва унинг давомийлиги 0,12 секунддан куп булиши мумкин. АВ тугун узидан импульсларни юкорига, яъни булмачаларга утказмаганлиги туфайли эктопик учокдан чиккан импульслар булмачаларга етиб бормайди. Булмачалар синус тугунидан чиккан импульс хисобига кузгалади, лекин Р тишча деформацияланган коринчалар комплекси билан кушилиб келганлиги учун ЭКГда Р тишча аникланмайди. Сегмент S – T ва Т тишча экстрасистолик комплекснинг асосий тишчасига тескари (дискордант) йуналган булади. Яъни экстрасистолик комплекснинг асосий тишчаси R тишча хисобига хосил булган булса S – T сегмент изолиниядан пастда ва Т тишча манфий булади. Агарда экстрасистолик комплекснинг асосий тишчаси S тишча хисобига хосил булган булса S – T сегмент изолиниядан юкорида ва Т тишча мусбат булади. Коринчалар экстрасистолиясида компенсатор пауза тулик булади.

Коринчалар экстрасистолиясида 5 хил ЭКГ узгариш кузатилади.

1. Навбатдан ташкари шакли узгарган QRS комплексининг пайдо булиши.
2. QRS комплекснинг деформацияланганлиги ва давомийлигининг 0,12 секунддан узайганлиги.
3. Сегмент S – T ва Т тишча экстрасистолик комплекснинг асосий тишчасига тескари (дискордант) йуналган булиши.
4. Коринчалар экстрасистолияси олдида Р тишчанинг булмаслиги.
5. Коринчалар экстрасистолиясидан кейин тулик компенсатор пауза булиши.

Экстрасистолиялар ритмик кайтарилишига кура бигимения, тригимения, квадригимения шаклида булади.

Бигимения – бу синус ритм билан экстрасистолиянинг даврий алмашиб келишига айтилади.

Тригимения – бу иккита кетма-кет келувчи синус ритмига битта экстрасистолия тугри келиши ёки иккита кетма-кет келувчи экстрасистолияга битта синус ритми тугри келишига айтилади.

Квадригимения – бу битта синус ритмига учта кетма-кет келувчи экстарсистолия, ёки учта кетма-кет келувчи синус ритмига битта экстрасистолия тугри келишига айтилади.

Экстрасистолиялар чикиш жойига кура политоп ёки монотоп булиши мумкин.

Политоп экстрасистолияларда эктопик учок икки ёки ундан куп жойда жойлашган булади.

Монотоп экстрасистолияларда эктопик учок битта жойда жойлашган булади.

Пароксизмал тахикардиялар. Пароксизмал тахикардиялар деб тусатдан бир дакикада юрак кискаришларининг 140-250 маротабагача купайиб тусатдан тухташ хуружига айтилади.

Пароксизмал тахикардияларнинг асосий хоссаларидан бири бутун хуруж давомида маромийлик сакланиб туради. Хуруж тусатдан бошланиб тусатдан тугайди. Пароксизмал тахикардия шуниси билан синус тахикардиясидан фарк килиб туради.

Пароксизмал тахикардиялар хам экстрасистолиялар сингари импульсларнинг чикиш жойига кура куйидаги турларга ажратилади.

1. Булмачалар пароксизмал тахикардияси
2. АВ бирикма пароксизмал тахикардияси
3. Коринчалар пароксизмал тахикардияси

Булмачалар пароксизмал тахикардиясида импульслар манбаси булмачалардан бирида жойлашган булади. Булмачалар пароксизмал тахикардиясининг асосий электрокардиографик белгилари куйидагилар.

1. Тугри ритм сакланган холда юрак кискаришларининг тусатдан минутига 140-250 маротабагача купайиши ва хуружнинг тусатдан тухташи.
2. Коринчалар комплексидан олдин пасайган, деформацияланган, икки фазали ёки манфий Р тишчанинг борлиги.
3. QRS комплексининг шаклининг пароксизмал тахикардия хуружидан олдинги QRS комплекси шаклига ухшашлиги.
4. Пароксизмал тахикардия хуружи тухтаганда нотулик компенсатор пауза аникланади.

Атриовентрикуляр бирикма пароксизмал тахикардияси. Атриовентрикуляр бирикма пароксизмал тахикардиясида эктопик учок атриовентрикуляр бирикмадан чикади ва импульслар бир вактнинг узида хам булмачаларга, хам коринчаларга йуналган булади.

Агарда эктопик учок АВ бирикманинг юкориги кисмларида жойлашган булса импульслар ретроград йуналиб олдин булмачаларга етиб боради, кейин эса коринчаларга етиб боради. Шунинг учун ЭКГда Р-Q интервал кискарган, QRS комплекси олдида манфий Р тишча жойлашган булади. Коринчаларга импульслар уз йуналишида борганлиги учун QRS комплексининг шакли синус ритмидагидан узгармаган булади.

Агарда эктопик учок АВ бирикманинг урта кисмларида жойлашган булса импульслар булмача ва коринчаларга бир пайтда етиб боради. ЭКГда Р тишча QRS комплекси билан кушилиб келганлиги учун Р тишча аникланмайди. Коринчаларга импульслар уз йуналишида борганлиги учун QRS комплексининг шакли синус ритмидагидан узгармаган булади.

Агарда эктопик учок АВ бирикманинг пастки кисмларида жойлашган булса импульслар олдин коринчаларга, кейин эса ретроград йуналиб булмачаларга етиб боради. Шунинг учун ЭКГда QRS комплексидан кейин манфий Р тишча жойлашган булади. Коринчаларга импульслар уз йуналишида борганлиги учун QRS комплексининг шакли синус ритмидагидан узгармаган булади.

Атриовентрикуляр бирикма пароксизмал тахикардиясидаги ЭКГ белгилар.

1. Тугри ритм сакланган холда юрак кискаришларининг тусатдан минутига 140-250 маротабагача купайиши ва хуружнинг тусатдан тухташи.
2. Р тишча манфий булиб QRS комплексидан олдин ёки кейин келиши, ёки Р тишча QRS комплекси билан кушилиб келиши туфайли ЭКГда аникланмаслиги.

3. QRS комплексининг шаклининг пароксизмал тахикардия хуружидан олдинги QRS комплекси шаклига ухшашлиги.

4. Пароксизмал тахикардия хуружи тухтаганда нотулик компенсатор пауза аникланади.

Коринчалар пароксизмал тахикардияси. Коринчалар пароксизмал тахикардияисда эктопик учок коринчалардан бирининг деворларида жойлашган булади. Эктопик учок кайси коринчада жойлашган булса олдин шу коринча кузгалади, кейин бироз кечикиб иккинчи коринча кузгалади. Шунинг учун коринчалар пароксизмал тахикардиясида QRS комплекс деформацияланган ва унинг давомийлиги 0,12 секунддан куп булиши мумкин. АВ тугун узидан импульсларни юкорига, яъни булмачаларга утказмаганлиги туфайли эктопик учокдан чиккан импульслар булмачаларга етиб бормайди, яъни булмачалар синус тугунидан чиккан импульс хисобига кузгалади, лекин Р тишча деформацияланган коринчалар комплекси билан кушилиб келганлиги учун ЭКГда Р тишчани аниклаш кийин булади, коринчалар эса эктопик учокдан чикаётган импульслар хисобига кузгалади (атриовентрикуляр диссоциация). Сегмент S – T ва T тишча коринчалар комплекснинг асосий тишчасига тескари (дискордант) йуналган булади. Яъни коринчалар комплекснинг асосий тишчаси R тишча хисобига хосил булган булса S – T сегмент изолиниядан пастда ва T тишча манфий булади. Агарда коринчалар комплекснинг асосий тишчаси S тишча хисобига хосил булган булса S – T сегмент изолиниядан юкорида ва T тишча мусбат булади. Коринчалар пароксизмал тахикардияси хуружи тулик компенсатор пауза билан тугайди.

Коринчалар пароксизмал тахикардияси ЭКГ белгилари.

1. Тугри ритм сакланган холда юрак кискаришларининг тусатдан минутига 140-220 маротабагача купайиши ва хуружнинг тусатдан тухташи.

2. QRS комплекснинг деформацияланганлиги ва давомийлиги 0.12 секунддан узайганлиги.

3. Сегмент S – T ва T тишча коринчалар комплекснинг асосий тишчасига тескари (дискордант) йуналган булиши.

4. Атриовентрикуляр диссоциация, яъни коринчалар ва булмачалар кискаришларининг бир-бирига богликсизлиги.

5. Коринчалар пароксизмал тахикардияси хуружидан кейин тулик компенсатор пауза булиши.

ҚЎЗҒАЛУВЧАНЛИК ВА ЎТКАЗУВЧАНЛИК ФУНКЦИЯСИ БУЗИЛИШИ БИЛАН БОҒЛИК АРИТМИЯЛАР

Бўлмачалар титраши. Бўлмачалар титраши деб бўлмачаларнинг бир дақиқада 200-400 маротабагача кискаришига айтилади. Булмачалар пароксизмал тахикардиясидан фаркли равишда булмачаларда пайдо булган импульсларнинг маълум кисмигина коринчаларга утказилади. Шунинг учун ЭКГда коринчалар комплексининг олдида 2 ёки ундан ортик булмачалар комплекси (F тулкинлари) аникланади. QRS комплексининг шакли меёрдагидан узгармаган булади, чунки импульслар уз йуналиши буйича булмачалардан коринчаларга утказилади.

Бўлмачалар титрашининг ЭКГ белгилари.

1. ЭКГда минутига 200-400 гача аррасимон куринишга эга булган бир-бирига ухшаган F тулкинларнинг пайдо булиши.
2. Қоринчалар комплекси узгармаган, хар бир коринча комплексига F тулкинлар 2:1, 3:1, 4:1 ва хакоза нисбатларда булиши мумкин.

Булмачалар хилпиллаши. Булмачалар хилпиллаши деб булмачалардаги алохида мушак гурухларининг минутига 350-700 маротабагача кузгалиши ва кискаришига айтилади. Булмачалар хилпиллашида булмачаларнинг бир бутун кузгалиши ва кискариши урнига алохида гурух мушакларининг хаотик кузгалиши ва кискариши кузатилади. Булмачалар хилпиллашида AV тугун булмачалардан келаётган импульсларнинг барчасини утказиш кобилиятига эга эмас, чунки импульсларнинг купчилиги AV тугуннинг рефрактер холатига тугри келиб колади. Булмачалар хилпиллашида коринчалар кискаришлари сони минутига 150-200 маротабагача кузатилади ва R-R лар ораси хар хил булади. Булмачаларнинг бир бутун кискариши кузатилмаганлиги туфайли P тишчаси урнига ЭКГда куплаб аритмик f тулкинлар кузатилади. ЭКГда f тулкинлар амплитудасининг катта-кичиклигига кура йирик ва майда тулкинли булмачалар хилпиллаши кузатилади. Йирик тулкинли булмачалар хилпиллашида f тулкинларининг амплитудаси 0,5 мм дан катта, майда тулкинли булмачалар хилпиллашида f тулкинларнинг амплитудаси 0,5 мм дан кичик булади. Коринчалар кискаришлари сонига кура тахисистолик (коринчалар кискаришлари сони минутига 90 тадан куп), нормосистолик (коринчалар кискаришлари сони минутига 60-90 та), брадисистолик (коринчалар кискаришлари сони минутига 60 тадан кам).

Булмачалар хилпиллашининг ЭКГ белгилари.
1. ЭКГда P тишча булмаслиги.
2. P тишча урнига аритмик f тулкинларнинг аникланиши.
3. R-R лар орасидаги масофа хар хиллиги.
4. QRS комплекс шаклининг узгармаганлиги.

Коринчалар титраши. Коринчалар титраши деб коринчалардаги айланма импулслар (re-entry) хисобига уларнинг минутига 200-300 маротабагача ритмик кискаришига айтилади. Коринчалар титрашида кузгалишлар тулкини коринчалар мушаклари буйлаб маълум бир йулдан ритмик айланиб туради.

Кейинги йилларда юрак кон-томир тизими касалликлари ва носоглом турмуш тарзининг узаро алокадорлигига оид маълумотлар илмий адабиётларда куп чоп этилмокда. Носоглом турмуш тарзининг – юрак томир касалликларига олиб келувчи сабабларига – хавф омиллари деб ном берилган. Хавф омилларининг частотаси ортиб бориши билан юрак-кон томир касалликларининг сони хам тугри пропорционал равишда ортиб боради. Бу тенденцияни артериал гипертония, юрак ишемик касаллликлари, семизлик каби касалликларда кузатиш мумкин. Юкорида номлари санаб утилган касалликлар натижасида организмда барча турдаги моддалар алмашинуви бузилади ва хаёт учун хавф солувчи асоратлар юзага келиши мумкин.

Аритмиялар – юрак кон- томир касалликларининг асоратлари куринишида хам, бирламчи патология куринишида хам намоён булади. Шундай экан, ахоли орасида хавф

омиллари частотасининг ортиши аритмияларнинг ривожланишига хам бевосита таъсир курсатади.

СИНУС ТУГУНИ БЛОКАДАЛАРИ (СТБ)

СТБ –импульсларни булмачадан коринчага утишининг бузилишидир. Бу холл кучли ваготонияда, юракнинг органик жарохатланишида (ЮИК, миокардитларда, кардиомиопатияларда, гликозидлар, хинидин билан захарланганда, , гипокалемияда) учраши мумкин.

Бу блокаданинг 3 даражаси кузатилади. I –даражасида синус тугшунидан булмачага импулснинг утиш вакти узаяди. Электрокардиографиясиз буни куриб булмайди.

СТБ II- даражасида бирта юрак кискариши P-QRST тушиб колади.

ЭКГда R-R интервалига тенг булган паузани куриш мумкин..Агарда куп комплекслар тушиб колса, унда беморни бош айланиши, юракни нотекис уриши, хушдан кетишлар безовта килиши мумкин.

СТБ III-даражасида (тулик АВ блокада) асистолия кузатилади:синус тугунидан бирорта хам импульс булмачага утмайди ёки синус тугунида импульс умуман пайдо булмайди. Юракни холати пастдаги учоклардан чикадиган импульслар хисобида фаолият курсатади.

Давоси: Асосий касалликни даволаш керак. Кучли гемодинамик бузилишларда атропин, белладонна, эфедрин, алупентларни куллаш мумкин. Хушдан кетиш холлатларида электрокардиостимуляция курсатма булади.

АТРИОВЕНТРИКУЛЯР БЛОКАДА (АВБ) -бу импульсларни булмачадан коринчага утишини секинланиши ёки умуман утмаслигидир. Бунда утиш йулларининг шикастланилари асосан булмачада, атриовентрикуляртугунда ва хаттоки коринчада жойлашган булиши мумкин. АВБ нинг хам сабаблари худи бошка утказувчанликнинг бузилишларидек. Аммо маълумки юракнинг утказувчан системасида мустакил равишда дегенератив-склеротик бузилишлар кузатилиши мумкин, айникса бу карияларда кузатилади (Ленегр ва Лева касалликлари). АВБ коричалараро тусик нуксонида, тетрада Фаллода, юрак тусикларининг мембрана кисмини аневризмасида хамрох булиб келиши мумкин.

Бу блокадаларнинг 3 та даражаси тафовут этилади:

Биринчи даражасида булмача-коринча вакти узаяди, интервал P- Q 0,22 с.га тенг ёки узайган булади.

АВБнинг II-даражасида Мобитц буйича 2 тур тафовут этилади. Мобитц I да- P-Q интервали секин -асталик билан узайиб, бирта коринча комплекси тушиб колади, буни феномен Самойлова-Венкебах вакти дейилади. Мобитц II –да эса P- Q секинлик билан узайиб боради, бунда бирта коринча комплекси тушиб колмайди, бирнечта коринчалар комплекслари тушади ва юрак уришлар сони камайиб боради, натижада Морганьи-Адамса-Стокс хуружи кузатилади.

АВБ ларнинг I ва II даражаларида Самойлова-Венкебах даврида хеч кандай клиник узгариш кузатилмайди. Факатгина ЭКГда узгариш кузатилиши мумкин.

Давоси. АВ-блокаданинг I даражасида, интервал P-Q 400 мсдан ошмаган булса ва хеч кандай клиника кузатилмаса давога хожат йук. II даражасида хам Мобитца I тип

клиникасиз булса бунга хам даво керак эмас. **Гемодинамика** бузилганда: атропин, 0,5-2,0 мг вена ичига, кейин электрокардиостимуляция килиш мумкин. Агарда АВ-блокадага юрак ишемияси сабабчи булган булса (тукималарда аденозин куркатгичи ошади), унда аденозин антагонисти булган аминофиллинкулланилади. АВ-блокаданинг II- Мобитца II турида клиник белгиларнинг бор-йуклигига карамасдан олдин вактинчалик, кейин доимий электрокардиостимуляция кулланилади (ЭКС).

ТУЛИК КУНДАЛАНГ БЛОКАДА (АТРИОВЕНТРИКУЛЯР БЛОКАДАНИНГ III ДАРАЖАСИ)

Бунда импульслар атриовентрикуляр тугундан булмачадан коринчага утолмайди. Булмача синус тугуни хисобида кузгалади, коринча эса автоматизма III навбатидаги жой хисобига кузгалади, натижада булмача узича, коринча хам узича кузгалади. Бунда булмачалар кискаришлар сони коринчаларникига нисбаттан тугри ва куп булади.

Коринчаларнинг кискаришлар сони ритм хайдовчисининг жойлашган жойига боглик булади. Агарда 1 минутда 45 та ва ундан ошса демак ритм хайдовчиси атриовентрикулярдир.

Кундаланг тулик блокада утувчи ва доимийдир.

Бу блокаданинг тури булмачалар хилпираши ёки титраши Билан биргаликда келса буни Фредерик феномени дейилади. Агарда юрак уриш сони 1 минутда 20 ва ундан кам булса бемор хушини йукотиб, талвасалар кузатилади, бу бош миянинг ишемияси сабабли булади (Адамс-Морганьи-Стокс хуружи). Тезда биринчи ёрдам курсатилмаса бемор дунёдан куз юмиши мумкин.

Клиникаси:

1. Давомийли диастолик паузада булмача тонлари эшитилади.Уларни вакт-вакти Билан бугик товушлар сифатида эшитиш мумкин, систола эхо сифатида.

2. Юрак чуккисида баланд булган I тон, академик Н. Д. Стражесконинг таърифича думбирасимон тон. Бу тон хар 4-10 юрак уришидан кейин регуляр равишда эшитилади.

Энг асосий критериялардан бири бу систолик кон босимининг баланд булишидир. Жисмоний зурикишлар ва атропин юрак ритмини оширмайди.

ЭКГ да булмача ва коринчалар кискариши бир-бирига боглик булмаган равишда кечади. Коринчалар бир минутда 40 марта кискаради.

Тулик булган атриовентрикуляр блокада кучли булган брадикардия билан кечади, бу ортирилган ва тугма булиши мумкин. Айрим холларда беморларни хеч нарса безовта килмаслиги хам мумкин, лекин купинча уларни бош айланиши, хушдан кетиш холлари, талавсаларлар хам булади, юрак тез уриши хам мумкин. Беморларда олдин кучли брадикардия кузатилади, пушечный тон булади, ЭКГ килинганда аник ташхис куйиш мумкин.

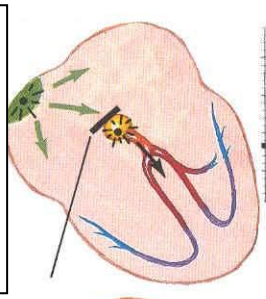
Купчилик холларда тулик булмаган АВ блокада Билан киёсий ташхислаш мумкин, буни факатгина ЭКГ оркали тахлил кила олинади.

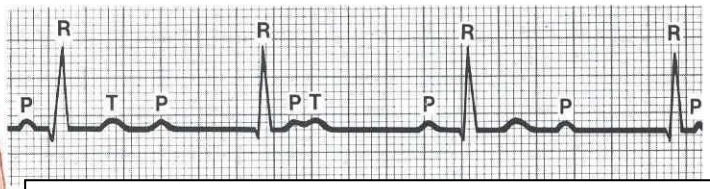
Беморларни жисмоний зурикиш бергандан сунг ёки атропин юборилгандан кейин ЭКГ килинади, бунда тулик АВ блокада булса P ва QRST комплекси булмайди, Р тишининг жойланиши QRST комплексига нисбаттан турлича холатда булади.

Тулик булмаган АВ блокадада эса бир хилда булади, хамда юрак уриши тезлашган булади.

.Р тулкинлар ва QRS комплекслари уртасида богликлик йук .
QRS частотаси Р частотасига нисбатан секин.
АВ блокаданиинг 3 даражаси. (Туликя АВ блокада)

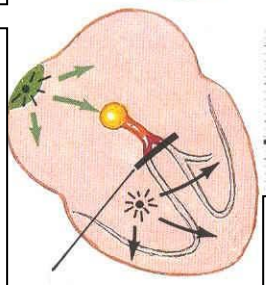
Импуллслар синус тугу-нида хам (Р тишчаси), АВ тугунда блокдан пастда хосил

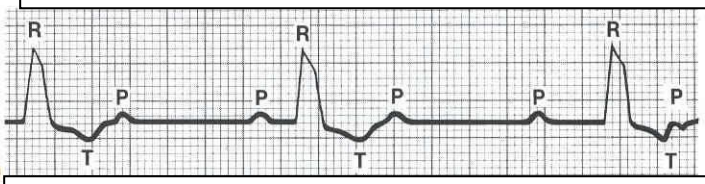




Булмачалар ва коринчалар автоном равишда деполяризацияси кузатилади.. QRS комплекслари кам , регуляр 40-55марта минутидау, нормал шаклда

Импуллслар синус тугунида хам (Р тишчаси), АВ тугунда блокдан пастда коринча-ларда - (идио-вентрикуляр ритм)





Булмачалар ва коринчалар автоном равишда деполяризацияси кузатилади.. QRS комплекслари кам ,, регуляр 20- 40 марта минутида ,кенг ва деформацияланган.

АВ блокаданинг икки типининг белгилари

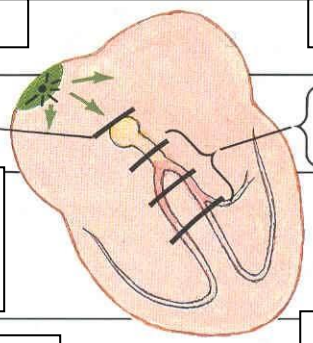
«Юкорий»

«Паст»

Блок сохаси

А Втугун чуккиси

На уровне основногопучка, двух ножек или трех ножек



Тип выскольз ающих

Узловой выскальзывающий ритм, узкие комплексы QRS

Желудочковые выскальзывающие ритмы, широкий QRS. Не адекватный

Сабаби/ касалликлар

Унг коронар артерия касалликлари, диафрагмал инфаркт,

Чап олдиниги пастга тушувчи артерия касалликлари, катта олдинги ён миокард

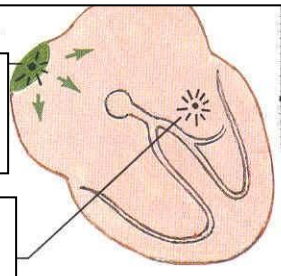
Ритм, тулик блокадагача

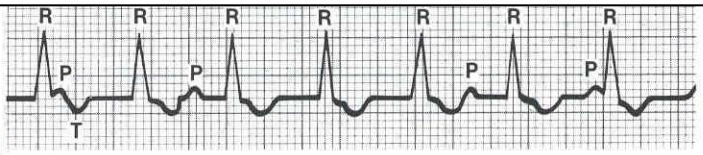
Мобитц 1. АВ

Мобитц 2 АВ блокаданинг

3. Р тулкинлар ва QRS уртасида богликлик йук. QRSнинг частотаси Рчастотасига нисбатан куп булади. АВ диссоциация.

Секин супра вентрикуляр ритм





Быстрый желудочковый ритм, но не проводящийся ретроградно к предсердиям и

Р тулкинлар QRS комплексига нисбатан кам учрайди ва улар билан тулик боглик эмас..

трокардиограф ик ст тага кайтарилса (масалан гиперкалиемия), эрта жарохлик холларидан кейин ёки пастки миокард инфарктидан сунг препаратлар буюриш мумкин, коринчалар автоматизми

кучаяди: изадрин -5 мг (тил остига) ёки инфузия алупент венв ичига - 0,5-1 мл 0,05% томчи шаклида секинлик билан томизилади.

КОРИНЧАЛАР ИЧИ БЛОКАДАСИ

Бу блокада юрак утказувчан системасининг турли жойларида учраши мумкин. (Гис тутами оёкчаларидан бошлаб то Пуркинье толаларигача). Асосий сабаблари: ЮИК, миокардитлар, юрак клапан аппаратининг бузилишларида, кардиомиопатияларда. Гисс тутамининг унг оёкчасини блокадаси упка –юракда ривожланиши мумкин.

Коринчалар ичи блокадасининг энг асосий ЭКГ белгилари-коринча комплексининг кенгайиши киради. КИБ тулик булиши мумкин, качонки QRS комплекси 0,12 с тенг ёки кенг булса, ва нотулиг блокада эса - (QRS 0,09 с,дан кенг лекин 0,12 с.дан ошмайди). Гис тутами оёкчасининг блокадасида кайси оёкча блокланган булса уша томон коринчаси кеч кузгалади, чунки кузгалган импульс шикастланган жойни айланиб утади. Чап оёкча блокадасида биринчи булиб унг коринча кузгалади, унг оёкча блокадасида эса чап коринча 1-булиб кузгалади.

Тулик чап Гис оёкчалари блокадасида ЭКГ да уламаларида QRS комплекси кенгайган, R юкориси арралншган ёки тупиксимон булади. V,да 2та коринчалар комплекси QS шаклида кенгайган S тиши билан кузатилади. Юракнинг электр уки чапга ва горизонтал силжиган булади.

Тулик унг оёк блокадасида коринча комплексидаги узгаришлар унг кукрак уламаларида кузатилади: булинган тишчали QRS комплекси zsR, zsz, zSR шаклида ва чап кукрак уламаларида кенг, чукур S тиши кузатилади. Юрак уки унгга караб силжиган булиб, айрим пайтларда левограмма куришида хам кузатилиши мумкин.

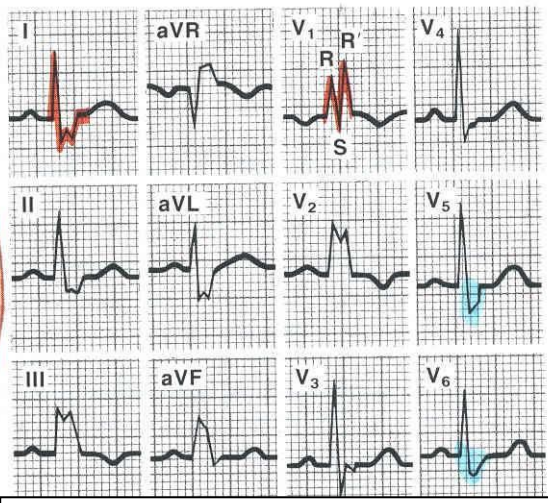
Гис тутами унг оёг блокадаси

СА

АВ

Гис тутами

Блокни айланиб ўтувчи кечки патологик электр вектор



Гис тутами унг оёги

QRS комплекс пролонгирован (>0,12 сек). I узаткичда -кенгайган S тишча.

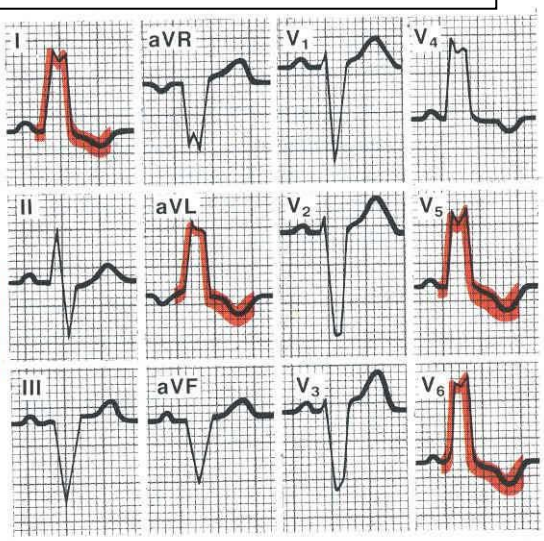
Чап олодинги

Чап орка шох

Гис тутами чап оёк блоки

Чап оёк блоки ПГ

Блок в передней или задней ветвях



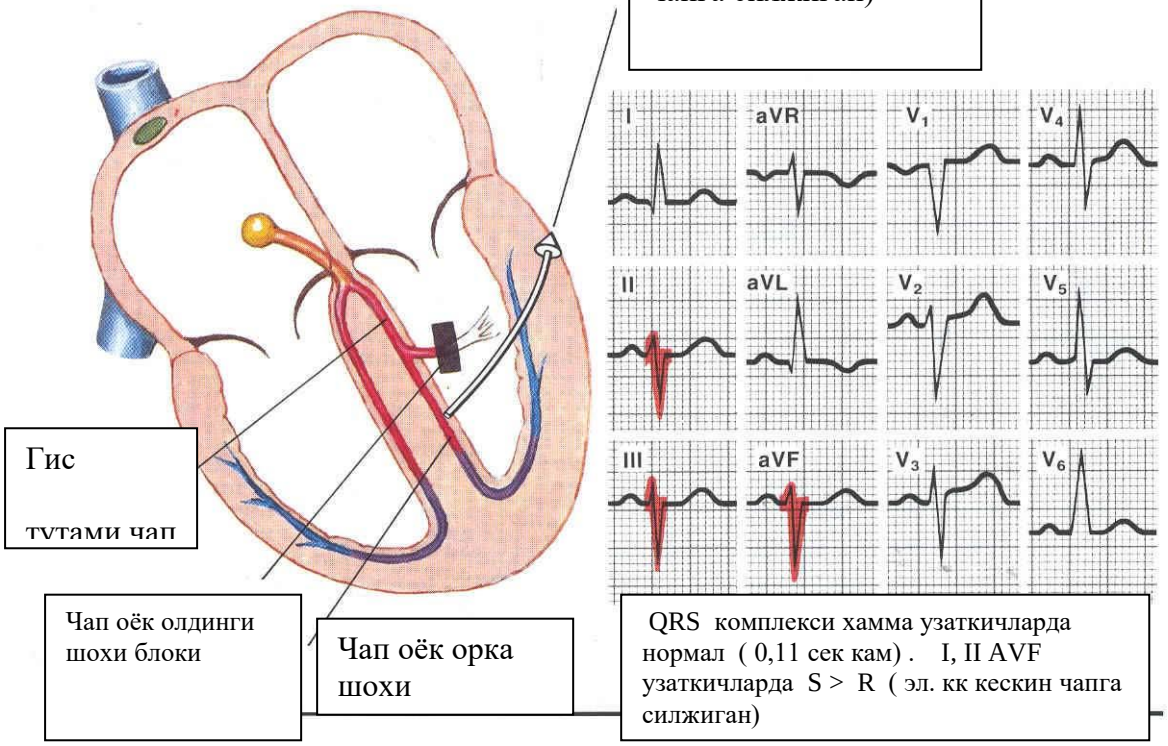
правая ножка ПГ

Электр ук чап коринчага йуналган

QRS комплеки кенгайган (>0,12 сек) S-T сегменти депрессияси ва T тишча манфий, айникса I, AVL, V_5 V_6 узаткичларда

Гис тутами чап оёги олдинги шохи блоки

Электр ук кескин чапга силжиган)

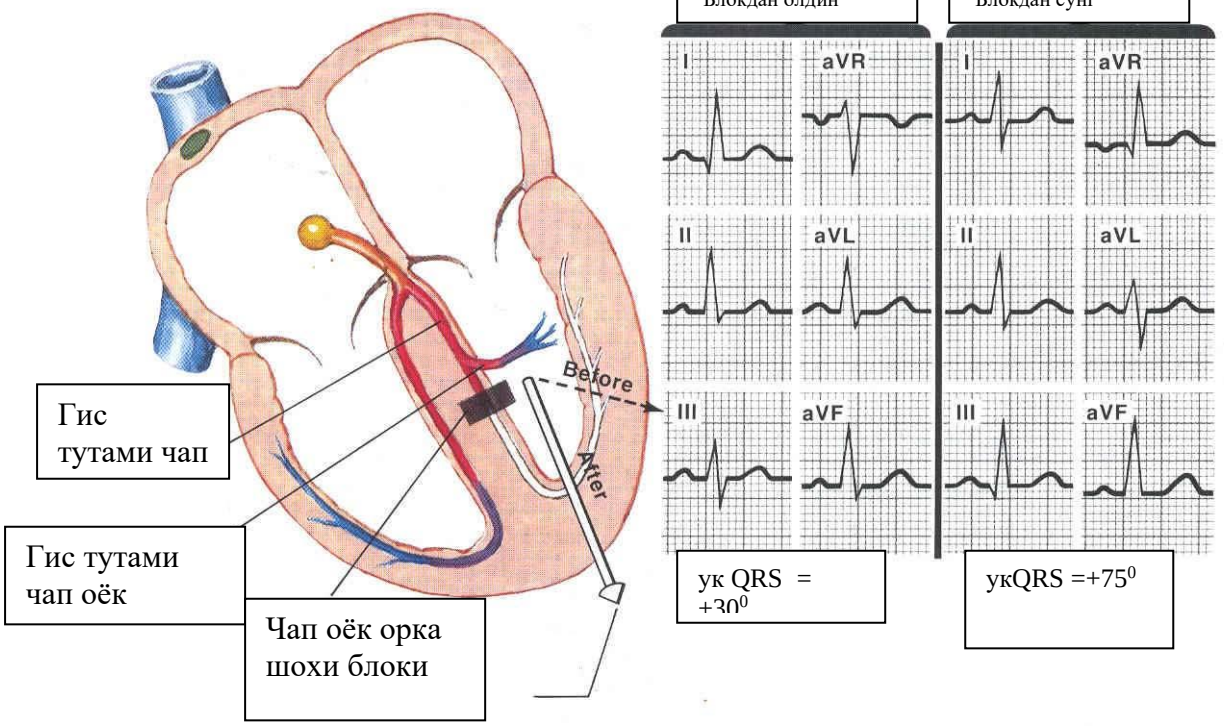


Гис тутами чап

Чап оёк олдинги шохи блоки

Чап оёк орка шохи

QRS комплекси хамма узаткичларда нормал (0,11 сек кам) . I, II AVF узаткичларда S > R (эл. кк кескин чапга силжиган)



Гис тутами чап

Гис тутами чап оёк

Чап оёк орка шохи блоки

ук QRS = $+30^0$

укQRS $=+75^0$

Электр уки унг томонга силжиган

Пуркинье толалари блокадаси коринчалар комплексининг кенгайиб кетиши оркали ташхисланилади. Коринчалар коплексининг амплитудаси диффуз равишда узгарган булади.

Гис тутами блокадасида даво талаб килинмайди, лекин дориларни танлашда утказувчанлик системасида импулсларни утишини секинлаштирадиган булишига эътиборни каратиш керак, агарда миокард инфарктида блокада булган булса, унда 48-72 ичида вактинчалик ЭКС куйилади.

КОРИНЧАЛАРНИНГ ВАКТДАН ОЛДИН КУЗГАЛИШ СИНДРОМ (ВОЛЬФФ-ПАРКИНСОН-УАЙТА, ЁКИ W-P-W)

Бу синдром кушимча утказувчи йуллари бор одамларда учрайди, бунда импульс булмачадан коринчага утишида узгаришни ЭКГда куриш мумкин, ЭКГ да P- Q интервали 0,08-0,11 сгача кискаради ва QRS комплекси нормадагига нисбаттан кенгаяди (0,12-0,15сгача). Шунинг учун бу блокада Гисс тутами оёкчасининг блокадасига ухшайди. Олдин QRSхудди «нарвон»чага ухшаб кетади, яъни кушимча тулкин пайдо булади (Δ-тулкин). Δ-тулкиннинг жойлашган жойига караб бир нечта вариантлари тафовут этилади: V, -тип А мусбат Δ- тулкин, манфий Δ-тулкин V, - тип Б.

Синдром WPW 0,15-0,20% одамларда учрайди, уларнинг 40-80% да ритмлар бузилишларининг турли куринишлар кузатилиши мумкин. Купинча суправентрикуляр тахикардиядир. Булмачалар титраши ёки хилпиллаши хам учраши мумкин.

(10%беморларда). 1/4 беморларда WPW синдромомида суправентрикуля экстрасистолия кузатилиши мумкин. Купинча бу патология эркаклар орасида турли ёшларда учрайди.

Айрим вактларда бу синдром оилавий кузатилади, яъни ирсий мойиллиги булади. WPW синдроми юркнинг тугма нуксонлари билан хам келиш эхтимолдан холи эмас..

Давоси. Агарда WPW синдромида тахикардия хуружлари кузатилмаса даво керак эмас. Юрак ритмининг бузилишлари булганда бу купинча пароксизмал суправентрикуляр тахикардияда ваготроп синамалар куйилади, вена ичига юрак гликазидлари, β-адренергик рецепторларнинг блокаторларидан, изоптин, новокаинамид кулланилади. Агарда бу дори воситаларидан Самара булмаса, унда электрик дефибрилляциядан фойдаланилади. Агарда медикаменто даво ёрдам бермаса унда хирургик даво, яъни кушимча йулларни кесиб куйиш усулидан фойдаланилади.

Бўлмача-коринча блокадасининг келиб чикиш сабаблари

Бўлмача-коринча блокадаси, юрак мускулининг яллигланиши ёки чукур ўзгариши, миокард инфаркти, кардиосклероз касалликлари туфайли вужудга келади. Блокадаларнинг келиб чикишида адашган нерв кучининг ошиши, рефлектор ва айрим дориларнинг таъсири хам маълум рол ўйнайди.

Касалликнинг ривожланиши. Бўлмача-коринча ўтказилишининг ёмонлашиши, бўлмача ва коринча оралигида бўлмача-коринча тугунида ва ундан пастрокда, Гис тутами оёкчаларида бўлади. Интронодал блокда бўлмача-коринча ўтказиши бир оз секинлашади, ЭКГ ва P—Q оралиги 0,18 сек.дан узаяди. Ўзгаришлар чукуррок бўлганда эса кўзгалишларнинг хаммаси хам коринчага ўтиб бормайди. Блокаданинг ушбу турида куйидагилар кузатилади: бўлмача-коринча тугунида парабиотик секинлашиш натижасида P—Q оралигнинг хар кайси кейинги кискаришда узайиши кўпаяди ва навбатдаги

кўхгалишнинг ўтказилмаслиги коринчаларнинг кўзгалиб кискариши бўлмаслиги, ва пауза бўлиши кузатилади. Бу пайтда бўлмача-коринча тугунида ўтказувчанлик тикланиб, яхшиланади ва P—Q оралиги нормал холатга келади, кейин эса бу хол яна такрорланади.

Бўлмача-коринча тугунидан бир кўзгалиш ўтгандан сўнг, юрак фаолияти секинлашади. Натижада навбатдаги кўзгалиш ёки 2 та кўзгалиш бўлади. Бу 3-даражали тўла бўлмаган блокада кам учрайди ва тез ўтиб кетади.

Тўла бўлмача-коринча блоки пайдо бўлганда юрак тўхтаб колиши мумкин. Бу холат ритмни бошкариш вазифасини бошка ўз-ўзини харакат киладиган марказ ўз зиммасига олмагунча, ёки блокдан пастда жойлашган гетеротроп кўзгалиш бошкарувчиси фаолият кўрсатмагунча давом этади. Агар бу преавтоматик пауза чўзилса, бемор халок бўлиши мумкин. Гетеротроп кўзгалиш бошкарувчиси канча пастда бўлса, идиовентрикуляр кўзгалиш шунча секинлашади. Сийрак ритм кон айланишининг бузилишига олиб келади ва асосий аъзоларнинг кон билан таъминланиши камайишига сабаб бўлади. Бундан ташкари тўла бўлмача-коринча блокадасида бир йўла коринчаларда ўз холича ишлайдиган кўзгалиш ўчоклари фаолияти тезлашади. Шу марказларнинг умумланиши натижасида коринча титраши вужудга келади, бу холда бемор халок бўлади. Ягона ритм бошкарувчи манба тўхташи мумкин, бу холат эса, асистолияга ва беморнинг халок бўлишига олиб келади. Юворида кўрилган иккала холатда хам Морганьи-Адамс-Стокс белгиси вужудга келади.

Клиник белгилари. Самойлов-Венкебах даврлари билан кечадиган иккинчи-учинчи боскичида блокада клиник манзараси очик намоён бўлмайди. Лекин врач бу холатда беморни кузатиб бориши ва ЭКГни текшириб туриши керак, чунки блокада чукурлашиши ва тўлик блокадага ўтиши мумкин.

Диагностик изланишнинг 1-боскичида тўлик бўлмача-коринча блокадаси бемор юрагининг сийрак уришига, бош айланиши ва огришига, холсизланишга, юракнинг сикиб огришига сабаб бўлади. Бу шикоятлар, юрак ва миянинг кон билан таъминланиши бузилишидан дарак беради. Беморларда хушдан кетиш холатлари бўлиши мумкин. Касалликнинг ривожланиш тарихи ўрганилганда,касалликнинг асосий белгиларидан блокадага хос бўлганлари, блокаданинг барча белгилари аникланади.

Изланишнинг 2-боскичида касалликнинг асосий белгиларидан ташкари, бўлмача-коринча блокадасига оид белгилар аникланади: 1)юракни эшитиб кўрганда, тўгри ва нотўгри ритмдаги юрак уришининг камайиши, жуда кучли “ўк товуши”, юрак товуши эшитилади; 2) беморларда аорта кон томирининг атеросклерози бўлиб, аорта деворининг чўилзувчанлиги мувозанатлашиб, эластик хусусияти йўколган бўлса узайган диастолик фазадан кейинги гемодинамик “уриш”да юракдан кон отилиб чикиши кўп бўлади, натижада кон босими кемкин кўтарилиб кетади. Диагностик изланишнинг 3-боскичида бўлмача-коринча блокадасига аник диагноз ЭКГ килингандан сўнг кўйилади. ЭКГдан ташкари лаборатория ва асбоблар билан текширувлар хам олиб борилади.олинган натижалар касалликнинг асосий ташхисини аниклашга ёрдам беради.

Даволаш 2 йўналишда олиб борилади: 1. дорилар билан. 2. жаррохлик йўли билан— сунъий ритм бошкарувчисини кўкрак кафасига ўтказиш. Дорилар билан даволашда холинолитиклар кўлланилади,бета-адреностимуляторлар, преднизолон, гипотиазид.

Даволашни касалликнинг келиб чикиш сабабига караб олиб борилади, чунки асосий касаллик туфайли блокада вужудга келган бўлиши мумкин. ИВР-ЮРСЕ юрак ритмининг сунъий етакловчиси ёрдамида сийрак ритмни тезлаштириш мумкин. Бунда электрод вена кон томири оркали юракка киритилади ва бу электрод оркали юракка импульс ритмик юракка 70-80 марта бериб турилади. Юрак шунча марта ритмик кискаради. Сунъий юрак бошкарувчисини юрак мускуллари орасида узок вактга колдирилади. 1-даражали бўлмача-коринча блокадаси тўсатдан вужудга келса, уни даволаш шарт эмас, чунки бу холда асосий касалликни даволаш кифоя килади. 2-даражали бўлмача-коринча блокадасининг 1-типида Самойлов-Венкебах даврлари бўлади. Бу холат тўсатдан вужудга келганда юкоридаги дорилар билан даволанади. Агар бу блокада сурункали бўлса, уни даволаш шарт эмас. 2-даражали бўлмача-коринча блокадасининг 2-типи пайдо бўлганда беморни дархол шифохонага жойлаштириш керак, чунки бу холда кон айланишида маълум бузилишлар бўлиб, касаллик тўлик блокадага ўтиши мумкин. Бунда беморларни ЮРСЕга ўтказиш зарур. Бундай турдаги блокада кўпчилик холларда сурункали кечмайди, тўлик блокада турига ўтади. 3-даражали бўлмача-коринча блокадаси биринчи марта пайдо бўлганда беморни албатта касалхонага жойлаштириш керак. Бу турдаги блокада миокард инфарктида, юрак гликозидларидан захарланганда ривожланса, асосий касаллик тузалганда ўзича ўтиб кетади. Агар бу хол сакланиб колса, беморларнинг томирига алупент, изадрин, эфедрин юборилади. Ўтказилган даво яхши натижа бермаса, преднизолон-20-30 мг ичишга тавсия килинади, ёки преднизолон 100-200-300 мг микдорида томирга юборилади. Бу холатда ЮРСЕ кўллаш керак эмас. ЮРСе куйидаги холларда кўлланилади:

1. Морганьи-Адамс-Стокс хуружида;
2. Юрак уриши сони 1 дакикада 30 дан камайганда;
3. Кон босими кескин кўтарилиб, каттик бош огриганда;
4. QRS комплекси 0,14 секунддан ошганда.

Морганьи-Адамс-Стокс хуружида даволаш. 1. юрак ташкаридан укаланади. 2. сунъий нафас олдирилади. 3. тезда дефибрилляция, реанимация килинади.

Блокадаларнинг окибати. 1) 1-даражали блокада хаёт учун хавфсиз. 2) 2-3-даражали

5- Мавзу: Шиш синдромида қиёсий ташхислаш. Сурункали юрак етишмовчилигини замонавий даволаш усуллари. Профилактика. УАШ тактикаси

Ўқитиш технологияси

Талабалар сони- 20-40	**Вакт – 80 минут**
Ўқув машғулотининг шакли	Маъруза – кўрсатиб намойиш этиш билан
Маъруза режаси	Шиш синдромга таъриф бериng Шиш синдромнинг асосий сабаблари Шиш синдром потогенези

	Шиш синдромнинг клиник белгилари Юрак қон –томир касалликларида кузатиладиган шиш синдромига хос бўлган асосий белгилар СЮЕ нинг таснифи Буйрак касалликларида кузатиладиган шиш синдромига хос бўлган асосий белгилар Жигар касалликларида кузатиладиган шиш синдромига хос бўлган асосий белгилар Ёлғон шишлар билан кечадиган касалликлар ва уларнинг клиник белгилари Махаллий шиш синдроми билан кечадиган касалликлар Шиш синдромини ташхислашда УАВ тактикаси. Шиш синдромни даволаш
Ўқув машғулоти мақсади: Талабаларга шиш синдроми тўғрисида маълумот бериш, уларни таснифи, ушбу синдром билан кечадиган касалликларнинг асосий ташхисий меъзонлари, асоратлари, ташхислаш, даволаш ва профилактика тамоиллари билан таништириш.	
Педагогик вазифалар: 1.Талабаларга шиш синдроми таснифи, турлари, клиник белгилари, олиб келувчи омиллар, асоратлари тўғрисида тўлиқ маълумот бериш ва уларнинг ташхислаш ҳамда даволаш тамоиллари тўғрисидаги билимларини чуқурлаштириш. 2. Шиш синдроми билан кечадиган касалликларни қиёсий ташхислаш тамоилларини тушунтириш 3.Талабаларни шиш синдроми ва ушбу синдром билан кечувчи касалликларни ташхислаш учун зарур бўлган амалий кўникмаларни мустақил эгаллашига эришиш 4.Талабаларни профилактикка тамоиллари билан таништириш	***Ўқув фаолияти натижалари*:** **УАШ билиши лозим**: Шиш синдромини аниқлай олиши. Шиш синдроми билан кечадиган асосий касалликларга хос клиник белгиларни билиш Шиш синдромининг асосий сабаблари тўғрисида билимга эга бўлиши Умумий шиш синдроми билан кечадиган касалликларнинг ташхисий меъзонларини аниқлай олиши Махаллий шиш синдроми билан кечадиган касалликларнинг ташхисий меъзонларини аниқлай олиши Шиш синдроми билан кечадиган касалликларни ташхислаш ва даволаш тамоилларини Шиш синдроми билан кечадиган касалликлар профилактикаси ва реабилитациясини.
Таълим усуллари	Маъруза матни, видеофильмлар, мия хужуми, вазиятли ҳолатлари ечиш, гурухлар орасида мусобақа, «ҳа-йўқ» техникаси
Таълим шакли	Лазер проектори, визуал материаллар, махсус техника воситалари билан жиҳозланган
Таълим воситалари	Коллектив

Таълим бериш шароити	Аудитория

Маъруза технологик харитаси

Босқичлари, вақти	**Фаолият**	
	Ўқитувчи	**Талабалар**
1 босқич **Кириш (5 дақиқа)**	1. Маъруза мавзуъсинини, мақсадини, кўзлаган режасини гапириб беради	1. Эшитадилар
2 босқич **Билимларни долзарблаштириш (20 дақиқа)**	2.1.Талабаларни билимларини долзарблаштириш мақсадида саволлар беради: 1. Шиш синдроми деганда нимани назарда тутилади? 2. Шиш синдроми билан кечадиган асосий касалликлар гурухини санаб беринг 3. Юрак қон –томир касалликларида кузатиладиган шиш синдромига хос бўлган асосий белгилар СЮЕ нинг таснифи 5. Буйрак касалликларида кузатиладиган шиш синдромига хос бўлган асосий белгилар Жигар касалликларида кузатиладиган шиш синдромига хос бўлган асосий белгилар. Тезкор-сўров ўтказади 2.2. Экранда кўрсатиб маъруза мақсади билан таништиришни таклиф этади Слайдда келтирилган маълумотларга изоҳ беради. Слайд №1, 2,...	2.1.Саволларга жавоб берадилар 2.2. №1 слайдни ўрганиб чиқадилар 2.3. №2 слайдни ўрганиб чиқадилар
3 босқич **Асосий босқич (информацион) (50 мин)**	3.1.Маъруза мазмуни ва шахс маънавиятини шакллантириш мезонлари билан таништиради. Талабаларнинг лойиҳа мавзуси бўйича билимларини долзарблаштиради ва “мия ҳужуми” ўтказади: Режани 1- саволи бўйича: Шиш синдромига таъриф беринг? Режани 2 саволи бўйича: юрак қон томир касалликларида кузатиладиган шиш синдромига хос белгилари санаб ўтинг Режани 3 саволи бўйича: Умумий шиш билан кечадиган асосий касалликлар гурухи?	3.1. Берилган материалларни мухокама қиладилар, саволлар берадилар

	Режани 4 саволи бўйича: СЮЕ нинг таснифлари? Режани 5 саволи бўйича: махаллий шиш синдромига хос белгилар? Режани 6 саволи бўйича: яллиғланишли шиш синдромига хос белгилар. Режани 7 саволи бўйича: Шиш синдромида даволаш тамоиллари Мавзуъни асосий жойларида тухтаб, ёзиб олишни таклиф этинг	Асосий жойларини ёзиб оладилар
4 босқич **Якуний** **(10 дақиқа)**	4.1. Савол беради: 1. Шиш синдромига таъриф беринг 2. Шиш синдромининг турлари **3.** Умумий шиш синдромининг асосий сабаблари 4. Махаллий шиш синдроми билан кечадиган касалликлар 5. Асосий касалликдан келиб чиққан холда шиш синдромини даволаш 4.2. Мустақил иш учун вазифа беради: Махаллий шиш синдроми билан кечадиган касалилкларни даволаш.	4.1. Саволга жавоб берадилар 4.2. Эшитадилар, ёзадилар

Маъруза баёни:

Шиш синдромини ташхислаш ва умумий амалиёт врачи тактикаси

Шиш - организм тўқимаси ва сероз бўшлиқларида меъёрдан ортиқ суюқлик йиғилишидир. Бу синдром тўқима ҳажми ва вазнининг ошиши, сероз бўшлиқлар сиғимининг камайиши, шишган тўқима ва аъзолар фаолиятининг бузилиши билан кечади. Организмдаги сув-туз алмашинуви бузилиши натижасида юзага келадиган умумий (тарқалган) ва тананинг маълум бир чегараланган қисмида суюқлик ушланиб қолиши оқибатида ривожланадиган маҳаллий (чегараланган) шишлар фарқланади.

Умумий шиш ривожланишида буйрак орқали кўп миқдорда натрий ва сув ушланиб қолишининг мураккаб механизмлари сабаб бўлади. Бунда туз ва сув алмашинувини гормонлар томонидан бошқарилишини бузилиши, жумладан, вазопрессин ва альдестеронни кўп миқдорда ишлаб чиқарилиши муҳим аҳамиятга эга. Маҳаллий сув алмашуви мувозанатининг бузилиши асосида капиллярларда гидростатик босим (юрак етишмовчилигида) ҳамда улар ўтказувчанлигининг ошиши (аллергияда), қон зардобида онкотик босимнинг камайиши (кахексияда ва буйракнинг айрим касалликларида) ва лимфа оқимининг бузилиши ётади. Ҳар бир касалликда шиш синдроми ўзига хос клиник кўринишда кечиб, у ташҳис қўйишда муҳим аҳамиятга эга. Умумий шишлар юракнинг сурункали етишмовчилигида, кахексияда, буйрак зарарланишларида, гипотиреозда ва айрим нейроэндокрин касалликларда кузатилади. Тўқималардаги маҳаллий шиш

веналарда тромб тиқилиб қолиши (тромбофлебит, флеботромбоз), лимфостаз, маҳаллий аллергик реакциялар (Квинк шиши), ўчоқли яллиғланишлар натижасида юзага келади. Шунингдек, маҳаллий шишларга мия ва ўпка шиши ҳам киради.

Шундай қилиб, маҳаллий сув мувозанатининг бузилишига олиб келадиган асосий омиллар қуйидагилардир:

1. Капиллярларда гидростатик босимнинг ошиши.

2. Қон зардобида онкотик босимнинг камайиши.

3. Интерстициал суюқликнинг онкотик босимининг ошиши.

4. Тўқима механик босимининг пасайиши.

5. Капиллярлар ўтказувчанлигининг ошиши.

6. Лимфа оқимининг бузилиши.

Бемор организмида 3-5 литрдан ортиқ суюқлик ушланиб қолингандагина умумий шиш белгилари кузатилади. Периферик шишлар оёқ ёки тана қисми ва тери ости тўқима ҳажмининг ошиши, улар эластиклигининг камайиши билан намоён бўлади. Терини бир оз шишиши салқиш (пастозлик) дейилади. Пайпаслаганда тери хамирсимон конститенцияга эга, босганда чуқурча қолади. Агар бармоқ билан босганда, чуқурча қолмаса шишни сохта дейиш мумкин. Бундай шишлар микседемада, склеродермияда ва семиришда кузатилади. Агар яллиғланиш асоратлари бўлмаса, шиш синдромида тери рангпар ёки кўкимтир рангда бўлади. Массив шишларда асосан оёқлар шишида тери атрофик, ялтироқ кўриниш касб этиб, баъзан сув оқаётган пуфакчалар ёки ёриқлар билан қопланади. Шиш синдромини бирор бир касаллик белгиси сифатида баҳолашдан олдин унинг бирламчи жойини (товон, болдир, битта ёки иккита оёқ, юз), пайдо бўлиш шароитини (узоқ тик туриш, аллергенлар таъсиридан кейин, дори қабул қилиш ва бошқалар), юрак, буйрак, жигар ва бошқа аъзолар касалликлари белгилари бор йўқлигини аниқлаш лозим. Келиб чиқиш сабабига кўра шиш синдроми турли хил даражада ривожланган бўлади. Айрим ҳолларда бир оз шиш юз ва оёқ устида пайдо бўлса, бошқа ҳолатда беморларни синчиклаб кўрганда аниқланади, баъзан эса кескин ривожланган, массив шишлар анасарка, асцит, гидроторакс, гидроперикард кўринишида бўлиб, бу кўпинча нефротик синдром ривожланганидан далолат беради.

Шиш синдроми ривожланишининг асосий сабаблари

I. Умумий шишлар:

1. юрак касалликлари;
2. буйрак касалликлари;
3. жигар касалликлари;
4. гипопротеинемик шишлар;
5. идиопатик шишлар.

II. Маҳаллий шишлар:

А. Веноз шишлар:

1. чуқур веналарни ўткир тромбози;
2. сурункали веноз етишмовчилиги;
3. веноз обструкция.

Б. Лимфатик шишлар:

1. идиопатик лимфатик шишлар: а) туғма идиопатик лимфатик шишлар; б) эрта пайдо бўлган лимфатик шишлар;
2. яллиғланиш сабабли пайдо бўлган лимфатик шишлар;
3. обструкцияли лимфатик шишлар.

В. Ёғли шишлар:

Г. Бошқа турли сабабларга кўра пайдо бўлган шишлар:

1. ортостатик шишлар;
2. артерио-веноз шишлар;
3. томирда ўтказилган операциялардан кейинги шишлар;
4. суяк-мушак тизими шикастланиши натижасида юзага келган шишлар: а) мушак тизими патологияси; б) пай қинининг яллиғланиши; в) суяклар синиши; г) Бейкер кафти;
5. рефлектор симпатик дистрофия;
6. асаб тизими касалликлари натижасида юзага келадиган шишлар;
7. аллергик шишлар;
8. туғма ангионевротик шишлар;
9. предменструал шишлар.

III. Дори воситаларини қабул қилиш натижасида юзага келадиган шишлар:

а) гормонлар (кортикостероидлар, аёллар жинсий гормонлари, эстерогенлар, прогестеронлар, тестостерон);

б) гипотензив воситалар (раувольфи алкалоидлари, апрессин, октадин, метилдофа, β-блокаторлар, клофеллин, миноксидил, кальций каналлари блокаторлари);

в) яллиғланишга қарши воситалар (бутадион, напроксен, ибупрофен, индометацин);

г) бошқа дори воситалар (антидепрессантлар, мидантан).

IV. Сохта шишлар:

1. микседема;
2. системали склеродермия;
3. дерматомиозит.

Қуйида биз УАВ фаолиятида кўп учрайдиган шиш синдроми билан кечувчи касалликлар тўғрисида тўхталиб ўтамиз.

Юрак касалликларидаги шишлар

Юрак касалликларидаги шишлар унинг мушаклари ҳолсизлиги (етишмовчилиги, ўз ишини бажара олмаслиги) натижасида юзага келади. Шиш синдроми юрак–қон томир касалликларининг клиник белгиларидан бири ёки уларнинг асорати кўринишида кечади. Аксарият ҳолларда шиш қон айланиш етишмовчилиги ривожланганда кузатилади. Унинг клиник белгилари узоқ вақт давом этган миокарднинг систолик (кардиомиоцитлар сонининг камайиши оқибатида унинг қисқарувчанлигининг бузилиши) ёки диастолик (унинг гипертрофияси ва бўшашиш фаолиятининг бузилиши) ва систола- диастолик дисфункциясидан кейин пайдо бўлади. Қон айланиш етишмовчилиги – патологик ҳолат бўлиб, юрак- қон томир тизими организм ва тўқималарни аввал талаби ошган вақтда (жисмоний ва эмоционал зўриқишда) кейинчалик тинч ҳолатда ҳам етарли даражада қон ҳамда кислород билан таъминлай олмаслигидир. Юрак касалликларидаги шишлар

маҳаллий (юрак астмаси (ЮА), ўпка шиши (ЎШ)) ва тарқалган (сурункали қон айланиши етишмовчилиги (СҚАЕ)) кўринишида бўлиши мумкин.

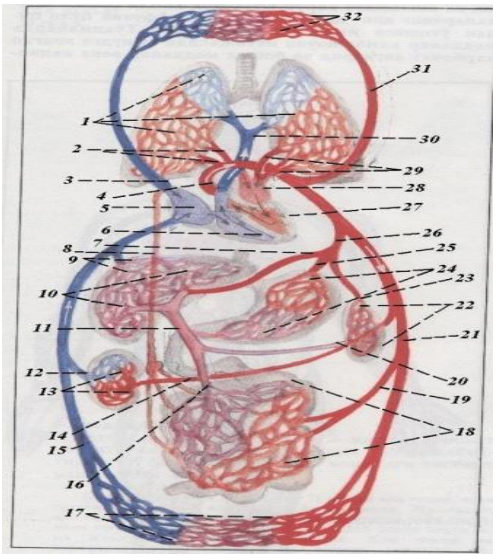
Юрак касалликлари сабабли пайдо бўлган шишларнинг ривожланиш сабаблари:

- миокард шикастланиши: миокардитлар, дилатацион кардиомиопатия, миокардиодистрофия, юрак ишемик касаллиги;
- юрак мушакларини босим таъсирида зўриқиши: артериал гипертензия (тизимли ва ўпка гипертензияси), аортал стеноз (қопқоқ ости, қопқоқли, қопқоқ усти), ўпка артерияси кириш қисмининг торайиши;
- юрак мушакларини ҳажм билан зўриқиши: аортал ва митрал регургитация; қоринчалар аро тўсиқ нуқсони; очиқ артериал йўлак;
- юрак мушакларининг комбинацияланган (аралаш) зўриқиши: юқоридаги иккинчи ва учинчи гуруҳ сабабларни биргаликда келиши, мураккаб туғма ва орттирилган юрак нуқсонлари;
- қоринчалар диастолик тўлишининг бузилиши: гипертрофик кардиомиопатия, гипертоник юрак (чап қоринча дилатацияси бўлмаганда); рестриктив кардиомиопатия, митрал стеноз, перикард бўшлиғида кўп миқдорда суюқлик мавжудлиги (экссудат ёки транссудат), констриктив перикардит;
- юракнинг қон отиш ҳажми ортиши билан кечадиган ҳолатлар: тиреотоксикоз, юқори даражадаги камқонлик, жигар циррози.

Ривожланиш тезлигига кўра ўткир (бир неча дақиқа ва соат давомида) ва сурункали (бир неча ҳафта ва ойлар давомида) қон айланиш етишмовчилиги тафовут этилади. **Ўткир қон айланиш етишмовчилиги тўғрисидаги тўлиқ маълумот «Кўкрак қафасидаги оғриқлар»га бағишланган маърузада кенг ёритилган.**

Сурункали қон айланиши етишмовчилиги

СҚАЕ бир қатор касалликлар оқибатида юзага келган чап ва ўнг томонлама ҳамда тотал юрак етишмовчилиги натижасида кузатилиб ҳансираш, тез чарчаш, периферик шишлар ҳамда юрак фаолияти (ритми ва ўтқазувчанлиги) бузилиши каби клиник белгилар билан намоён бўлади.



Чап томонлама юрак етишмовчилиги ўпкада димланиш, артериал гипотензия ва периферик тўқималарда модда алмашинуви бузилиши кўринишида кечувчи вазоконстриксия белгилари билан кечади. Периферик шишлар, асцит, марказий веноз босимнинг ошиши *ўнг томонлама юрак етишмовчилигидан* далолат беради.

СҚАЕ нинг бир қанча классификациялари мавжуд бўлиб, биз қуйида амалиётда кенг қўлланиладиганларига тўхталиб ўтишдан олдин 1-расмда кичик ва катта қон айланиш доираларини келтиришни мақсадга мувофиқ деб

топдик.

1-ўпка капиллярлари, 2-ўнг ўпка веналари, 3-юқори кавак венаси, 4-аорта, 5-ўнг бўлмача, 6-ўнг қоринча, 7-умумий жигар артерияси, 8-кўкрак лимфа йўли, 9-жигар веналари, 10-жигар капиллярлари, 11-жигар дарвозаси венаси, 12-буйрак венаси, 13-буйрак капиллярлари, 14-буйрак артерияси, 15-пастки кавак венаси, 16-ичак тутқич венаси, 17-тананинг пастки қисми ва оёқлар капилляри, 18-ичак капилляри, 19-ичак тутқич артерияси, 20-талоқ венаси, 21-аорта, 22-талоқ капилляри, 23-талоқ артерияси, 24-меъда капилляри, 25-меъда артерияси, 26-қориннинг артериал стволи, 27-чап қоринча, 28-чап бўлмача, 29-чап ўпка веналари, 30-ўпка артерия стволи, 31-ички уйқу артерияси, 32-тананинг юқори қисми,бўйин ва қўлланинг капилляри.

Н.Д.Стражеско ва В.Х.Василенко таклифларига кўра СҚАЕ учта босқичга бўлинган.

I босқич – бошланғич: СҚАЕ нинг яширин даври бўлиб, субъектив белгилари (ҳансираш, тахикардия, бир оз кўкариш, чарчаш) маълум бир жисмоний зўриқишлардан кейин пайдо бўлади. Тинч ҳолатда гемодинамик бузилишлар кузатилмайди.

II – А босқич: СҚАЕнинг клиник белгилари тинч ҳолатда бироз безовта 1-расм. **Кичик ва ката қон айланиш доираси** қилади, жисмоний зўриқишга чидамлилик камаяди, катта ёки кичик қон айланиш доираларида унча кучли бўлмаган гемодинамик бузилишлар, бўғилиш хуружлари, иккиламчи ўпка гипертезиясининг ренгенографик, айрим ҳолларда электрокардиографик белгилари, шишлар пайдо бўлиши ва жигарнинг яққол бўлмаган катталашиши кузатилади. Кародиомегалия ва хилпилловчи аритмия ушбу босқичнинг асосий белгиси бўлиши мумкин.

II – Б босқич: СҚАЕ нинг клиник белгилари тинч ҳолатда ҳам яққол намоён бўлади, катта ҳамда кичик қон айланиш доираларида кучли гемодинамик бузилишлар кузатилади. Юрак астмаси хуружлари тез–тез қайталанади. Доимий периферик ёки бўшлиқларда қайталанувчи шишлар пайдо бўлади. Жигар турғун катталашади ва даволаш натижасида бир оз кичрайса ҳам, лекин ўз ҳолига қайтмайди.

III – терминал босқич: бир оз харакат ёки тинч ҳолатда ҳам оғир гемодинамик силжишлар, аъзо ва тўқималардаги чуқур, қайтмас дистрофик ўзгаришлар ҳамда модда алмашинувининг бузилиши кузатилади.

Охирги йилларда Нью-Йорк кардиологлари уюшмаси томонидан тавсия қилинган СҚАЕ классификацияси амалиётда кенг қўлланилмоқда. Унга кўра қон айланиш етишмовчилигининг тўртта синфи тафовут этилади.

I- синф – чап қоринчанинг белгиларсиз дисфункцияси: юрак касалликлари билан оғриган беморларда жисмоний ҳаракатлар чегараланмаган;

II- синф – енгил юрак етишмовчилиги: юрак касалликлари билан оғриган беморларда жисмоний ҳаракат бир оз чегараланган;

III- синф – ўрта оғирлик даражадаги юрак етишмовчилиги: юрак касалликлари билан оғриган беморларда жисмоний харакат сезиларли чегараланган;

IV- синф – оғир даражадаги юрак етишмовчилиги: юрак касалликлари билан оғриган беморларда енгил ҳаракат ҳам нохушлик чақиради.

СҚАЕ нинг эрта белгиларидан бири аста-секин зўрайиб борувчи ҳолсизлик ҳисобланади. Унинг асосий сабабларидан бири вазоспазм оқибатида тана мушакларининг

қон билан таъминланишининг бузилишидир. СҚАЕ да шишлар одатда аста-секин ривожланиб, асосан симметрик равишда тўпиқ ва болдир атрофида, ётоқ беморларда эса елка, бел ва қуймич соҳаларида жойлашади. Ушлаб кўрганда тери совуқ, кўкарган, шишлар узоқ давом этганда эса, шу соҳа тери қопламининг эластиклиги йўқолади. Юрак шишлари одатда зич бўлиб, бармоқ билан босганда узоқ сақланиб қолувчи чуқурча қолади, тана ҳолати ўзгаргаришига мутаносиб равишда секин силжийди. Шишлар нисбатан кўп ёки оз муддат давом этган ҳансираш давридан кейин юзага келади. Кўпинча тери ва тери ости тўқимаси шиши, асцит, гидроторакс (асосан ўнг томонлама) билан бирга кечади. Бундан ташқари, юрак етишмовчилигининг бошқа белгилари – бўйин веналари бўртиши, ҳансираш, жигар катталашиши ҳам кузатилади. Объектив кўрикда юракнинг бевосита шикастланиш белгилари (чегараларини катталашиши, аритмиялар, I тонни сусайиши, патологик III, IV тонлар ва шовқинлар пайдо бўлиши) аниқланади. Ушбу гуруҳ беморларда касалликнинг эрта даврларида нисбий никтурия кузатилиб, сийдик чўкмасида ўзгаришлар аниқланмаслиги, кейинчалик эса «димланган буйрак» белгилари ривожланиши мумкин. Бу ҳолларда етарли даражада солиштирма оғирликка эга бўлган сийдик чўкмасида бир промиллидан кўп бўлмаган протеинурия ва енгил ўзгаришлар аниқланади.

Юрак касалликлари натижасида пайдо бўлган шиш мавжуд бўлган беморлар ЭКГ сида асосий касалликка хос белгилар - юракнинг турли бўлимлари гипертрофияси ва зўриқиши, ритм ҳамда қўзғалувчанлиги бузилиши, чандиқли ўзгаришлар кузатилади. Касалликнинг эрта даврларида ўтқазилган юкламали синамалар мусбат бўлиши, беморларни жисмоний юкламага чидамлилиги камайиши ва унинг таъсирида гемодинамик кўрсаткичларининг ўзгариши СҚАЕ пайдо бўлганлигидан далолат беради.

Рентгенография ёрдамида эса кардиомегалия (кардиоторакал индекснинг 50% дан юқори бўлиши. **Бу кўрсаткични аниқлаш «Кардиомегалия»га бағишланган маърузада келтирилган**), аортанинг кенгайиши ва калцинози, турли даражадаги кичик қон айланиш доирасида димланиш белгилари (ўпка артериал гипертензияси ва веноз димланиш белгилари, гидроторакс, ўпканинг иккиламчи обструктив эмфиземаси) аниқланади. Сўнги йилларда юрак фаолиятини баҳолашда кенг қўлланиладиган текшириш усулларидан бири ЭхоКГ ҳисобланади. Унинг ёрдамида СҚАЕ олиб келган юракдаги ўзгаришлар ва функционал ҳолати (туғма ёки орттирилган нуқсонлар, миокард гипертрофияси, бўшлиқларининг кенгайиши, аневризмаси, систолик ва диастолик дисфункция, чап қоринчанинг қон отиб бериш ҳажми ва бошқалар) аниқланади.

СҚАЕ кенг тарқалган асорат бўлганлиги ва унга чалинган беморларнинг доимий давога мухтожлигини инобатга олган ҳолда, УАВ учун қулайлик туғдириш мақсадида қуйида унинг асосий мезонлари алоҳида келтирилди:

- жисмоний зўриқиш вақтида (айрим холларда тинч холатда) ҳаво етишмаслик ҳисси ва қуруқ йўтал;
- тунги ҳаво етишмаслик ҳисси ёки нафас қисиш хуружлари;
- ўпканинг пастки қисмларида (ўпка шиши ривожланганда икки томонлама бутун ўпка юзаси бўйлаб) жарангсиз кичик пуфакчали нам хириллашлар;

- кардиомегалия;
- протодиастолик галоп ритми (патологик III-тон);
- бўйин веналарининг бўртиб чиқиши;
- гидроторакс (аксарият ҳолларда ўнг томонлама), баъзан гидроперекард;
- шишлар (унинг ҳусусиятлари юқорида келтирилган);
- гепатомегалия;
- юрак қисқаришлари сонини меъёридан ошиши;
- лаборатор ва асбобий текширишда асосий касалликка хос ўзгаришлар;
- даволаш натижасида бемор тана вазнининг қисқа вақт ичида 4 кг. ва ундан кўпга камайиши.

Буйрак касалликларида учрайдиган шишлар

Буйрак шишлари нефротик синдром (НФС) билан намоён бўладиган ўткир ва сурункали гломерулонефритларда, буйрак шикастланиши билан кечадиган бириктирувчи тўқиманинг тизимли касалликлари (БТТК) ҳамда амилоидозларда, диабетик гломерулосклероз, ҳомиладорлар нефропатиясида ва васкулитларда кузатилади. НФСга шишдан ташқари юқори протеинурия (кунига 3,5 г дан кўп), гипопротеинемия, диспротеинемия, гиперлипидемия каби белгилар хос. **«Нефротик синдром» тўғрисидаги батафсил маълумот унга бағишланган маърузада кенг ёритилган.**

2-

Буйрак шишлари қуйидаги клиник хусусиятларга эга:

- шишларнинг пайдо бўлиши диурезни камайиши билан бирга кечади (кундалик диурез 500 мл. ва ундан кам);
- тана вазни нисбатан қисқа вақт ичида (суюқлик ушланиб қолиниши натижасида) кескин ошади;
- тери ости тўқимаси шиши аввал чегараланган маҳаллий, кейинчалик (айрим ҳолларда жуда тез) эса тарқалиб анасарка даражасигача етади. Шиш юздан (кўз атрофида, қовоқларда, ёноқларда) бошланиб тана ва оёқларга тарқалади (2-расм);
- суюқликнинг бўшлиқларда йиғилиши (гидроторакс, гидроперикард, асцит)- кўпинча асцит, баъзан гидроторакс кузатилади;
- аксарият ҳолларда ички аъзолар шиши ривожланади (юрак, жигар, ўпка, буйрак, мия) ва натижада унинг жойлашишига кўра клиник белгилар юзага келади;
- нефритик шишлар тез пайдо бўлиш ва тез қайтиш хусусиятига эга. Шишган соҳа тери қоплами рангпарлиги, дағаллашиши ва ҳароратининг меъёридалиги кузатилади. Яққол намоён бўлган шишларда тери ва унинг ҳосилалари дистрофияси кузатилади: эпидермис қипиқлашади, тери қуруқ, юмшоқ, атрофик, айрим ҳолларда ялтироқ, тирноқ ва сочлар синувчан ва хиралашган бўлади;

- шишлар нафақат юзда, қовоқлар атрофида (юз шишиши асосан эрталаб кучли), балки оёқларда, бел соҳасида, жинсий аъзоларда, қориннинг олдинги деворида ҳам жойлашади. Улар одатда юмшоқ, хамирсимон, тана ҳолати ўзгаришига мутаносиб равишда тез силжийди ва бармоқ билан босганда қисқа вақт ичида ўз ҳолатига қайтувчи чуқурча қолдиради. Аксарият беморларда ҳансираш кузатилмайди ва жигар катталашмайди.
- анасаркада оёқларда тери ости ёғ қатлами чўзилиб пуфакчалар ҳосил бўлади, эпидермис кўчиб, тери ёрилиши ва суюқлик оқиши кузатилади. Бундай ҳолларда инфекция қўшилиши натижасида сарамас ва флегмона ривожланиши мумкин;
- сийдик текширилганда протеинурия, гематурия, цилиндрурия ва яққол намоён бўлмаган лейкоцитурия аниқланади;
- қонда камқонлик белгилари, гипопротеинемия, диспротеинемия, гиперхолестеринемия, ЭЧТ, фибриноген, IgM, антистрептолизин –О , СРО, α- ва γ - глобулинлар миқдорининг ошиши, IgG камайиши кузатилади.

Ушбу хусусиятга эга бўлган шиш синдроми билан кечувчи касалликлар тўғрисидаги батафсил маълумотлар «Сийдик чўкмасидаги ўзгаришлар»га бағишланган маърузада ёритилган.

Жигар касалликларидаги шишлар

Агар шишлар жигар зарарланиши натижасида ривожланса, бемор анамнезида ўтказилган вирусли гепатит, алкоголизм, токсик таъсирлар аниқланади ҳамда сурункали жигар етишмовчилиги белгилари: ўргимчаксимон артериол гемангиомалар, жигар кафти (эритема), гинекомастия ва қориннинг олдинги деворида вена коллатераллари аниқланади (3-расм). Асцит ва спленомегалия асосий белгилардан бири ҳисобланади. Циррозда шишлар асосан қорин бўшлиғида жойлашиб, асцит ривожланади, аммо юрак фаолиятининг бузилиши ва сийдик билан кўп миқдорда оқсил ажралиши кузатилмайди. Оёқларда шишлар нисбатан кам учрайди.

Асцит – суюқликнинг қорин бўшлиғида йиғилиши. Суюқлик кам бўлганда клиник бегиларсиз кечади, унинг миқдори ортиб бориши билан қорин бўшлиғи кенгайиши, нохуш ҳис, анорексия, кўнгил айниши, жиғилдон қайнаши, ўнг ёнбошда оғриқ, респиратор бузилишлар кузатилади.

Объектив текширишлар ёрдамида 100 мл. ва ундан кўпроқ миқдордаги суюқликни аниқлаш мумкин. Бунда қориннинг ён соҳалари шишган, ёки туртиб чиққан, аускультацияда «чайқалиш шовқини» белгиси, бемор ҳолатини ўзгартирганда қорин ён томонларида бўғиқ перкутор товуш ёки у тизза- тирсак ҳолатида бўлганда қорин марказида тўмтоқ товуш пайдо бўлиши кузатилади. Асцит ташқи жинсий аъзолар шиши, киндик ва чов чурраси, кўпинча ўнг томонлама гидроторакс билан бирга кечиши мумкин. Ташҳис жигар фаолияти кўрсаткичларини баҳолаш, УТТ, лапароскопик текшириш ва биопсия натижаларига асосланган ҳолда қўйилади. Ташҳисий парацентез (қорин бўшлиғидан 50-100 мл. ва ундан кўпроқ суюқлик олиб текшириш) аниқ маълумот беради.

Жигар касалликлари тўғрисидаги маълумотлар билан «Сариқлик»ка бағишланган маърузада танишишингиз мумкин.

Оқсил кўп йўқотилиши билан кечувчи энтеропатияларда кузатиладиган шишлар

Гипопротеинемик шишлар аксарият ҳолларда кўп миқдорда оқсил йўқотиш ва кам сурилиш синдроми билан кечувчи энтеропатияларда кузатилади. Ошқозон-ичак тизими касалликлари оқибатида шиш ривожланган беморлар анамнезида овқат ҳазм қилиш тизими фаолияти бузилишига ва гипопротеинемия ҳолатига олиб келувчи қуйидаги касалликлар мавжудлиги аниқланади:

1. Бирламчи экссудатив энтеропатия (ичак лимфангиэктазияси, Гордон касаллиги) – кўпинча ёшлар орасида учраб, унда ингичка ичак шиллиқ қаватининг эктазияланган лимфа томирлари орқали кўп миқдорда оқсил йўқотилиши кузатилади. Касалликнинг илк босқичлари яширин кечади. Унинг клиник белгилари ошқозон–ичак шикастланиши ва модда алмашинуви бузилиши симптомларидан иборат.

Касалликнинг асосий клиник белгилари: яққол намоён бўлган гипопротеинемик ассимметрик шишлар кўпинча оёқ, қўл, юз бел соҳасида жойлашади, айрим ҳолларда анасарка кўринишигача боради ва қисқа вақт ичида асцит ва гидроторакс ривожланади. Диарея шиш ривожланишидан олдин, ёки бир вақтнинг ўзида пайдо бўлади. Нажасда шиллиқ ва қон аниқланмайди. Беморни қориндаги кучли оғриқ, полифекалия, доимо қориннинг дам бўлиши, қулдираши, кўп газ пайдо бўлиши безовта қилади. Иккиламчи экссудатив энтеропатияларга зўрайиб борувчи оқсил етишмовчилиги, тана вазнининг кескин камайиши, шиш – асцитик синдром ҳамда барча аъзоларда дистрофик ўзгаришлар ривожланиши хос. Ичак лимфангиктазиясида шишлар диареяга боғлиқ бўлмаган ҳолда ривожланади. Камқонлик билан бирга гипокалиемия, гипокальциемия аниқланади. Суякларда оғриқ, мушаклар тортишиши, хейлит, тез-тез қон кетиш ҳоллари учрайди. Бемор қонида яққол намоён бўлган гипопротеинемия, лимфоцитлар, IgG, IgF, IgM лар миқдори камайиши аниқланади, гипохром камқонлик кузатилади. Ташҳис қўйишда радиоизатоп текшириш усули ва ингичка ичак шиллиқ қавати биопсияси катта аҳамиятга эга;

2. Глютеинли энтеропатия (целиакия, спру целиакияси) ҳар қандай ёшда ривожланиши мумкин, лекин илк белгилари гўдаклик даврида, таркибида глютеин мавжуд бўлган озиқ-овқат маҳсулотларини (ёрмалар, печенье, нон) истеъмол қила бошлаган вақтда ривожланади. Целиакия ёш болаларда ҳам, катта ёшларда (кўпинча 20-40) ҳам даволанишга боғлиқ ҳолда тўлқинсимон, авж олиш ва ремиссия даври алмашиниши билан кечади. Касаллик ич кетиш билан бошланиб, кейинчалик озиб кетиш, мушакларда ҳолсизлик, полифекалия, темир етишмовчилиги камқонлиги, шиш билан кечувчи гипопротеинемия қўшилади. Бемор нажаси сувли ёки кулранг тусда, ёғли, кўпикли, бадбўй аччиқ хидли бўлиб, сув юзасига қалқиб чиқади, таркибида шиллиқ ва қон аниқланмайди. Кучли метеоризм, қорин олд девори туртиб кўрилганда сув тўлқини шовқини кузатилади.

Ич кетишига камқонлик, глоссит, милкдан ва ошқозон–ичак тизимидан қон кетиши, тери гиперкератози, мушакларда ҳолсизлик қўшилиши, сўрилиш етишмовчилиги синдроми ривожланганидан далолат беради. Беморларда парастезиялар, тортишиш, остеопороз кузатилади. Шиш маълум бир вақт давом этган диареядан сўнг аввал оёқни ташқи юзасида пайдо бўлиб, кейинчалик эса анасарка ва бўшлиқларда суюқлик йиғилиши билан кечади. Тез асцит ва гидроторакс ривожланиши касалликнинг асосий клиник

белгиси ҳисобланади. Шиш пайдо бўлишидан олдин ёки аксарият ҳолларда у билан бир вақтнинг ўзида кўнгил айниш, қайд қилиш, кучли ич кетиши кузатилади. Беморларга аглютенли парҳез буюрганда яхши самара олиш ва атрофик ўзгаришларни секин аста қайтиши целиакиянинг муҳим ташҳисий мезони ҳисобланади.

3. Уипл касаллигига (интестинал липодистрофия) ингичка ичак шиллиқ қаватининг грамм мусбат бацилласимон таначалари, "кўпикли" макрофаглар билан инфильтрацияси, уларда ёғларнинг тўпланиши, лимфатик томирларнинг кенгайиши ва кам сўрилиш синдроми ривожланиши хос. Касаллик 30-50 ёшдаги эркаклар орасида кўпроқ учрайди. Унинг клиник белгилари: субфебрил иситма, кўчиб юрувчи кичик ва катта бўғимлар полиартрити, ошқозон-ичак тизими орқали кўп миқдорда оқсил йўқотиш, озиқ моддаларни етарли даражада сўрилмаслиги, камқонлик, лимфоаденопатия, бронхит, плеврит, эндокардит, хотирани ёмонлашиши, геморрагия, тугунчали эритема, тери қопламида жигарранг пигментациялар пайдо бўлиши, диарея (кунига 5-10 мартагача), полифекалия ва нормал ич келишини стеаторея ва қабзият билан алмашиб туриши киндик атрофида дефикация ва газлар чиққандан кейин камаювчи ҳар хил даражадаги оғриқлар, тез озиш, мушаклар атрофияси ва ҳолсизлиги.

Шартли равишда касалликнинг уч босқичи фарқланади. Биринчи ва иккинчи босқичларда юқорида санаб ўтилган клиник белгилар кузатилади. Касалликнинг учинчи босқичи эса кахексия ва тизимли шикастланишнинг авж олиши, панкардит, полисерозит, спленомегалия ва неврологик бузилишлар билан номоён бўлади. Қон таҳлилида гемоглобиннинг пасайиши, ЭЧТ, лейкоцит ва тромбоцитлар миқдорининг ошиши кузатилади. Қон зардобида оксил, темир, кальций, холестерин миқдори камаяди. Ингичка ичак аспирацияли биопсияси ва уни ёриқли микроскоп орқали кўриш муҳим ташҳисий маълумот беради.

Дистрофик шишлар

Дистрофик шишлар экзоген ва эндоген сабабларга кўра ривожланиши мумкин. Экзоген сабаблар, организмга ҳайвон оқсилларини озиқ-овқат маҳсулотлари билан қисман ёки тўлиқ тушмаслиги. Эндоген омилларга организмда оқсил катаболизмини ошишига боғлиқ бўлган иккиламчи дистрофияга олиб келувчи, масалан, оғир касалликлар, операциядан кейинги ҳолат, хавфли ўсмалар, узоқ вақт давом этган юқумли касалликлар, ич кетиш, алиментар дистрофия, оқсил сўрилиши бузилиши билан кечувчи ошқозон–ичак тизими касалликлари ҳамда алкоголизм ва бошқалар киради.

Кахексия ҳолатидаги беморлар ўзига хос ташқи кўринишга эга (4-расм). Тери қоплами рангпар, қуруқ, шалвираган, эластиклиги пасайган, бурмали ёки аксинча мумиёга ўхшаб тортилган, тана ҳарорати пасайган. Шу билан бирга озиқланиш етишмовчилиги белгилари, хейлоз, қизил тил, тана вазнининг камайиши, скелет мушаклари атрофияси кузатилади. Кўп ҳолларда тери ости ёғ қатлами бўлмайди (4-расм). Беморлар ташқи муҳитга бефарқ ҳолда ётадилар, қийинчилик билан ҳаракатладилар. Уларда турли хил руҳий бузилишлар ва ички аъзоларда дистрофик ўзгаришлар ривожланиши мумкин.

Кечиши бўйича алиментар дистрофиянинг учта босқичи тафовут этилади. Иккинчи босқичида шиш ва бир оз гипотермия кузатилади. Шишлар бирламчи ҳамда иккиламчи дистрофияда гипопротеинемия ҳисобига плазманинг онкотик босими пасайиши туфайли

ривожланади. Дистрофик шишлар таркиби бўйича транссудатга яқин, юмшоқ, тана ҳолатига боғлиқ, харакатчан, сийдик чўкмасидаги ўзгаришларсиз кечади. Ташқи кўринишдан нефротик синдромли беморларга ўхшайди (1-расм). Шишлар асосан болдир, товон ва юзда жойлашиб, камдан-кам ҳолларда бутун танага тарқалади.

Аллергик шишлар

Аллергик шишлар кўпинча Квинке шиши, баъзан эса эшакеми ва бошқа аллергик касалликлар (бронхиал астма, вазомотор ринит, самонли лихорадка) кўринишида намоён бўлади. Эшакеми ва ангионевротик шишлар аксарият ҳолларда қизларда учрайди. Касалликни иммун ва иммун бўлмаган турлари фарқланади.

Нафас йўллари орқали тушадиган аллергенларга (ўсимлик ва бошқа турдаги чанглар, аквариумдаги балиқчалар озиқаси, эпидермал аллергенлар: жун, уй ҳайвонларининг кепаги ва сўлаги, от кепаги) эшакеми кўринишидаги реакция ривожланади. Касаллик дори воситалари (пенициллин ва бошқа антибиотиклар, сульфаниламидлар, новокаин, ацетилсалицил кислотаси, В гуруҳидаги витаминлар, йод препаратлари, даво зардоблари) таъсирида, ҳашаротлар чақиши, глистли инвазия, лямблиялар оқибатида ривожланиши мумкин. Физик омиллар (совуқ, иссиқ, қуёшда тобланиш, чўмилиш), руҳий таъсирлар касалликнинг ривожланиши учун туртки ҳисобланади. Тезкор турдаги аллергиянинг бирламчи медиаторлари (гистамин, МРС-А, эозинофил ва нейтрофилларнинг хемотоксик ҳамда базофилли калликринли омиллари) семиз ҳужайра ва базофиллардан ажралиб, иккиламчи медиаторлар–кининлар ва комплементни авжлантириб, простогландин ва серотонин ажралиб чиқишини фаоллаштиради. Буларнинг ҳаммаси биргаликда томирлар ўтказувчанлигини ошириб, маҳаллий шиш ривожланишига олиб келади. Аллерген билан алоқада бўлгандан кейин бир неча дақиқа ўтгач, бемор терисида эритема, кучли қичувчи уртикар элементлар пайдо бўлади. Теридаги тошмалар турли туман кўринишга эга: тугунчали, турли катталикдаги ва шаклдаги пуфакчалар. Озиқ-овқат аллергенига боғлиқ реакцияда тошмалар тошишидан олдин тил, лаб, лунж соҳаларида санчилишлар, шиш, кўпинча қоринда кескин оғриқлар кузатилади, оғиз ва анал тешик атрофида дерматит пайдо бўлади. Аксарият ҳолларда конъюнктивит, баъзан эса ҳиқилдоқ шиши оқибатида нафас олишнинг қийинлашиши кузатилади. Айрим беморларда қайт килиш, коллапс, анафилактик шок ривожланади.

Ангионевротик шиш (гигант эшакеми, Квинке шиши) – тери ва тери ости тўқимасининг чуқур қаватлари шикастланиши натижасида ривожланади. Бу нафақат терида, балки ички аъзолар - нафас олиш, ошқозон-ичак тизимларидаги бириктирувчи тўқималарда ҳам ривожланиши мумкин. Касалликнинг умумий белгилари: иситма, қўзғалувчанлик, артралгия, коллапс, эозинофилия аммо сийдикда ўзгаришлар кузатилмайди. Шиш аниқ чегараланган кўп миқдорда бўлиб, тананинг ҳар кандай қисмида, кўпинча лунж, лаб, кўз атрофи, тил, қўл, оёқ, жинсий аъзолар соҳаларида жойлашади. Унга учувчанлик ва тўсатдан тананинг бирор қисмида пайдо бўлиш хос. Шишган тўқима қаттиқ эластик консистенцияга эга, тери ранги ўзгаришсиз. Ҳиқилдоқ ва мия қобиқлари шиши ўта ҳавфли ҳисобланади. Квинке шиши давомийлиги бир неча соатдан бир неча кун, хатто бир неча хафтагача бўлиши мумкин.

Трихиниллёзда кўпинча юз, айрим ҳолларда эса бўйин ва тана шиши кузатилади. Шишдан ташқари гастроэнтерит белгилари, миозит, иситмалаш, қонда эозинофилия кузатилади. Ҳашаротлар чаққанда шиш зарарланган соҳада ҳосил бўлиб, Квинке шиши кўринишида кечиши мумкин.

Наслий ангионевротик шишлар тери ва шиллиқ қаватларни қайталовчи шиши кўринишида кечиб, тананинг турли қисмида (юзда, оёқ-қўлларда, нафас йўллари, ошқозон-ичак ва урогенитал тизим шиллиқ қаватида) пайдо бўлади ва 48–72 соатдан кейин йўқолади. Шишган тўқимада оғриқ, гиперемия ва қичиш кузатилмайди. Бундай шишларни даволашда антигистамин ва кортикостероид дори воситалари самара бермайди. Жароҳатланиш, жисмоний зўриқиш, механик босим, жинсий алоқада бўлиш, туғруқ, хайз кўриш, тиш олдириш ва бошқа ҳолатлар ангионевротик шишларнинг қўзғалишига олиб келувчи омиллар ҳисобланади. Касаллик оилавий хусусиятга эга бўлиб, комплементнинг биринчи компоненти (C_1-ингибитори) ингибиторини ирсий нуқсони сабабли келиб чиқади. Шунингдек, орттирилган C_1-ингибитори нуқсони ҳам мавжуд бўлиб, бу ёлғон наслий ангионевротик шиш дейилади.

Дори воситалар таъсирида ривожланадиган шишлар

Узоқ вақт давомида аналгетик (бутадион, реопирин, напроксен, ибупрофен, индометацин, диклофенак натрий), айрим гипотензив воситалар (исмелин, изобарин, клофелин), БАБ, КА, ГКС, жинсий гормонлар (эстроген, прогестерон, тестостерон), антидепрессантлар (ниаламид, сиднофен, индолан) қабул қилганда шишлар ривожланиши мумкин. Дори воситаларига сенсибилизация натижасида юзага келадиган аллергик шишлар бу гуруҳга кирмайди. Одатда кўринарли (бармоқ билан босганда из қоладиган) шишлар кузатилмайди, лекин дориларни гормон алмашинувига таъсирида организмда суюқлик ушланиб қолиниши натижасида диурезни камайиши ва тўқималар шиши кузатилиши мумкин. Айни вақтда сийдик таркиби ўзгармайди. Шишлар эрталаблари қовоқ ва юз соҳасида пайдо бўлиб, юмшоқ консистенцияга эга бўлади. Аксарият ҳолларда шишлар болдир ва товон атрофида жойлашади. Дори бекор қилингандан кейин улар ўз-ўзидан йўқолади.

Яллиғланиш билан боғлиқ бўлган шишлар

Яллиғланиш шишлари чегараланган бўлиб, фурункул, карбункул, флегмона ва бошқа йирингли ўчоқлар атрофида жойлашади. Шиш кўп миқдорда водород ионлари тўпланган яллиғланиш ўчоғига томирлардан қоннинг суюқ қисми сизиб чиқиши натижасида пайдо бўлади. Яллиғланиш шишлари устида тери қизарган, тинч ҳолатда ёки пайпаслаганда оғриқ, симметрик соҳага нисбатан маҳаллий ҳарорати кўтарилган. Улар одатда битта қўлда ёки оёқда ривожланади. Сийдик чўкмасида деярли ўзгаришлар кузатилмайди. Айрим ҳолларда интоксикация ҳисобига ҳарорат кўтарилиши ва ўтиб кетувчи протеинурия (оқсил изи кўринишида) аниқланиши мумкин.

Микседемадаги шишлар

Микседемали шишлар яққол ифодаланган бирламчи ёки иккиламчи гипотириозда кузатилиб, организмда тиреоид гормонлар етишмовчилиги сабабли юзага келади. Бунда тўқима гипофиллиги ошади ва меъёрдан ортиқ шишади. Бирламчи гипотиреоз аёллар орасида кўпроқ учрайди. Уйқучанлик, увушиш, ҳолсизлик, кам ҳаракатчанлик, хотира

пасайиши, гапиришнинг секинлашиши, тез чарчаш, иш қобилиятининг камайиши, артралгиялар, юз ва оёқ-қўлларда ўзига хос шиш пайдо бўлиши унинг асосий клиник белгиларидир. Қўл ва оёқлардаги шишлар зич бўлиб, босганда из қолмайди. Юз ва қовоқларда ҳам бир оз шиш кузатилади. Шиш суюқлиги шиллиқни эслатгани сабабли у шиллиқли шиш-микседема деб аталган. Тери коплами қуруқ, рангпар, сарғиш тусда. Тил қалинлашган, четларида тиш излари мавжуд. Бемор товуши хириллаган, соч синувчанлиги, бош ва қошнинг латерал қисми ҳамда чов сочлари тўкилиши кузатилади. Тана ҳарорати паст. Юрак тонлари бўғиқ, брадикардия, айрим ҳолларда юрак уриш сони меъёрида ёки тахикардия аниқланади. Қон босими пасайган, 10-20% ҳолларда гипертензия кузатилиб, тиреоид дори воситалар билан даволаганда яхши самара беради. Беморларда гипохром темир етишмовчилиги камқонликси ривожланади. Баъзан бирламчи гипотиреоз билан оғриган беморларда лакторея ва аменорея ривожланиши мумкин. Иккиламчи гипотиреоз гипофиз фаолиятини қисман ёки бутунлай бузилиши билан бирга кечади (пан-гипопитуитаризм). **Микседема тўғрисидаги тўлиқ маълумот билан «Қалқонсимон без касалликлари»га бағишланган марузада танишишингиз мумкин.**

Тизимли склеродермиядаги шишлар

Терининг склеродермиядаги шикастланиши кўпинча қўл панжаларида ва юзда жойлашган зич шиш, индурация ва атрофия кўринишида бўлиб, Рейно синдроми билан бирга кечади. Жараён қўл панжаси ва юз соҳасида жойлашиб, зичлашган шиш, индурация ҳамда атрофия босқичлари тафовут этилади. Бу касалликда шиш бир неча ҳафтада теридаги индурация билан алмашади. Ушбу босқичда тери ранги ўзгаради (гиперпигментация ва депигментацияни алмашиб келиши), томир сурати яққол кўриниб қолади, асосан юзда ва кўкрак соҳасида телеангиэктазиялар пайдо бўлади (5-расм).

Атрофия босқичида эса терининг тортишиши, ялтираши, буруннинг ўткирлашиши, оғиз атрофида кисетсимон бурмалар пайдо бўлиши ва унинг очилишини қийинлашиши кузатилади. Ташҳислашни аниқлашда касалликка хос шиш белгилари билан бирга мавжуд бўлган бошқа мезонлари ҳам ҳисобга олинади. Тери, милк ёки тўғри ичакдан биоптат олиб микроскапик текшириш йўли билан ташҳис тасдиқланади.

Дерматомиозитдаги шишлар

Дерматомиозит силлиқ мушак ва терининг тизимли яллиғланиш касаллиги ҳисобланади ва кўпроқ елка ва тоз камари соҳасидаги мушакларда тинч ҳолатда, ҳаракатда ва пайпаслаганда оғриқ ҳамда кучайиб борувчи ҳолсизлик каби белгилар билан кечади. Шикастланган мушак зичлашади, ҳажми катталашиб шишади, уларда фаол ҳаракат чегараланади. Касаллик ривожланиб борган сари бемор мустақил равишда оёқларини кўтара олмайди, бошини ёстиқдан ололмайди ва уни тутиб тура олмайди. Қисқа вақт ичида улар умуман ҳаракатсизланадилар. Дисфония, дисфагия, дисартрия пайдо бўлади. Агар эрта даврларда мушаклар оғриқли ва шишган бўлса, кейинчалик дистрофия ва миолизга учраган мушак толалари ўрнини миофиброз эгаллайди ва атрофияга учрайди, контрактуралар, айрим ҳолларда кальциноз ривожланади. Параорбитал шиш, бинафша рангдаги эритема касалликнинг патогномик белгилари ҳисобланади (6-расм). Диафрагма ва қовурғалараро мушаклар шикастланиши натижасида нафас етишмовчилиги ривожланади. Қон зардобида креатинфосфокиназа,

аминотрансфераза ферментларининг ошиши кузатилади. Ташҳис касалликка хос клиник белгилар электрокимография ва биопсия натижаларига асосланган ҳолда қўйилади.

Тизимли склеродермияда ва дерматомиозит касалликлари «БТТК»га бағишланган маърузада батафсил ёритилган.

Идиопатик шишлар

Идиопатик шишлар бошқа шишларни инкор қилиш йўли билан ташҳисланади. Асосан репродуктив ёшдаги аёлларда учраб, бир кун давомида тана вазнининг 2 ва ундан кўпроқ килограммга ўзгариб туриши билан намоён бўлади. Кечга бориб болдирнинг пастки учдан бир қисмида ва тўпиқ атрофида шиш кузатилади ва иссиқ ҳавода кучаяди. Шу соҳада енгил қичиш кузатилиши мумкин. Улар ётоқ тартибига риоя қилганда ва сийдик хайдовчи воситалар қабулидан сўнг камаяди. Айрим ҳолларда эрталаблари қорин, сут безлари, қўл ва юз соҳаларида ҳаракатда камаювчи шишлар кузатилади. Бу шиш юзага келишида ортостатик механизм муҳим ахамиятга эга.

Ҳайз кўриш олди (даврий) шишлар

Ҳайз кўриш олди (даврий) шишлар асосан аёллар менструал циклининг иккинчи ярмида болдир соҳасида кузатилади. У цикл бошланиши арафасида яққол номоён бўлади. Ушбу даврда бошқа белгилар, бош оғриши, ҳолсизлик, уйқунинг бузилиши, иштаҳанинг ортиши, таъсирчанлик ҳам учрайди. Об-ҳаво иссиқ бўлганда ҳайз олди шишлари яққол кўринади.

Ҳомиладорлардаги шиш

Ҳомиладорларда шишлар юрак етишмовчилиги, сурункали гломерулонефрит ва пиелонефритнинг қўзиши ва кечки токсикозлар натижасида юзага келади. Ҳомиладорлар истисқоси (водянкаси) ҳомиланинг 30-ҳафтасида, камдан-кам ҳолларда 25-ҳафтасида ривожланади. Бу кечки токсикознинг илк белгиларидан бири бўлиб, шишлар олдин оёқларда, кейин ташқи жинсий аъзоларда, қориннинг олдинги деворида, бел ва юзда пайдо бўлади. Шишган тўқима юмшоқ ва нам. Асцит ва гидроторакс камдан-кам ҳолларда ривожланади. Агар ҳомиладор аёлда шиш артериал гипертензия ва протеинурия билан бирга кечса, преэкласия ҳақида ўйлаш лозим.

Оёқлардаги шишларни таққослама ташҳислаш

Оёқлардаги шишлар сабаби:

- чуқур веналарнинг ўткир тромбози;
- сурункали веноз етишмовчилик (СВЕ);
- лимфедема;
- сурункали артериал етишмовчилик;
- қон айланиш етишмовчилиги (ЮИК, юрак нуқсонлари, миокардитлар, кардиомиопатиялар, сурункали ўпка юраги);
- жигар касалликлари (цирроз, рак);
- остеоартикуляр касалликлар (ДОА, реактив полиартритлар);
- идиопатик ортостатик шишлар.

Оёқ шишларининг асосий ташҳисий мезонлари 1-жадвалда келтирилган.

1 –жадвал

Касаллик	Шишнинг пайдо бўлиш вақти ва хусусияти	Шиш жойлашуви	Қўшимча мезонлар
Чуқур веналарнинг ўткир тромбози	Тромбоз ривожланганда пайдо бўлади. Биринчи кунлари кўпайиб бориб, кейинчалик доимий бўлиб қолади	Болдир ёки сон-болдир (тромбозни жойлашган жойига боғлиқ) соҳасида	Шиш тўсатдан пайдо бўлади. Оғриқ билан бирга кечади Шикастланиш кўпинча бир томонлама. Веналар варикоз кенгайиши кам учрайди
СВЕ: варикоз касаллиги	Ўтиб кетувчи ва кўпроқ куннинг иккинчи ярмида пайдо бўлади	Болдирнинг пастки учдан бир қисми, тўпиқ олди соҳаси	Веналар варикоз кенгайиши хос бўлиб, кўпинча икки томонлама бўлади
СВЕ: тромбофлебитдан кейинги касаллик	Доимий	Болдир ёки сон-болдир (тромбозни жойлашган жойига боғлиқ)	Касаллик бошлангандан бир неча йил ўтгач веналар варикоз кенгайиши кузатилади. Шикасатланиш кўпинча бир томонлама бўлади
Лимфедема	Куннинг иккинчи ярмида (бошланғич босқичларида), кейинчалик доимий бўлиб қолади	Болдир ва оёқ панжаси (сондаги шишлар касалликнинг 3–4-босқичларида пайдо бўлади)	Шикастланиш кўпинча бир томонлама бўлиб, кам ҳолларда веналар варикоз кенгайиши учрайди
Флеболимфедема	Куннинг иккинчи ярмида ўтиб кетувчи	Болдирнинг пастки учдан бир қисми ва оёқ панжаси	Веналар варикоз кенгайиши учрайди. Кўпинча икки томонлама шикастланиш ва трофик ўзгаришлар кузатилади

Остеоартикуляр касалликлар	Ўткир даврида пайдо бўлиб, кейинчалик камайиб боради	Шикастланган бўғимлар атрофида кучли оғриқ ва улар ҳаракатининг чегараланиши кузатилади	Яссиоёқлик, Hallux valgus
Ички аъзолар касалликлари	Шишлар доимий бўлиб, пайдо бўлиш вақти асосий касалликнинг ривожланиш даражасига боғлиқ	Болдирнинг пастки қисми	Доимо икки томонлама; Асосий касаллик белгилари яққол намоён бўлади
Сурункали артериал етишмовчилик	Критик ишемия ҳолатида доимий субфасциал шиш кузатилади	Болдир (сон ҳеч қачон шишмайди)	Касаллик кўпинча эркаклар орасида учрайди ва доимо артериал ишемия белгилари мавжуд бўлади
Идиопатик ортостатик шишлар	Вертикал ҳолатда пайдо бўлиб, ўтиб кетувчи характерда	Болдирнинг пастки қисми	20–30 ёшдаги аёлларда учрайди
Липедема	Ўсмирлик ёки навқирон ёшда	Болдир	Аёллар орқали наслдан-наслга узатилади ва болдирни пайпаслаганда оғриқ ҳисси пайдо бўлади

Веноз шишлар

Веноз шишлар аксарият ҳолларда чуқур веналар тромбози билан боғлиқ бўлиб, ўткир ва сурункали кечиши мумкин. Ўткир тромбоз учун шиш соҳаси пайпасланганда оғриқ безовта қилиши ва из қолиши ҳамда унинг тўсатдан юзага келиши хос. Беморлар қисқа вақт ичида бир оёғи иккинчисига нисбатан бир неча баробар катталашганини таъкидлайдилар (7-расм). Касаллик бошида шиш ривожланиб борувчи бўлиб тиқилувчи оғриқ билан бирга кечади. Шикастланган оёқнинг сон ва чов соҳасида вена сурати пайдо бўлади. Бир неча хафтадан кейин тромботик ҳосилаларнинг реканализацияси ва чуқур веналар ўтказувчанлигини бир оз

7-

тикланганлиги сабабли шишлар регрессияга учрайди, лекин тўлиқ йўқолмайди. Веноз тромбозлар кўпинча битта оёқнинг болдир ва сон соҳаларини эгаллайди. Бу ҳолат илиофеморал веноз тромбози деб юритилади.

Сурункали веноз етишмовчилик

СВЕда фильтрация тезлиги деярли ўзгармайди ва шу сабабли шиш пайдо бўлишида реабсорбция ва лимфа оқими бузилиши асосий аҳамиятга эга. Веноз димланишда реабсорбция қийинлашади ва тўқималар аро суюқлик миқдори ошади. Ортиқча суюқлик маълум вақтгача лимфатик капиллярлар орқали олиб чиқилади. Вақт ўтиши билан бу нозик мувозанат бузилади, лимфа тизимининг заҳира имкониятлари етишмовчилиги юзага келади ва натижада шиш ривожланади. СВЕ мавжуд бўлган беморларда шиш пайдо бўлишига олиб келувчи омиллардан бири лимфа тизимининг туғма ёки орттирилган нуқсонлари деб ҳисоблаш мумкин.

Бу синдром оёқларнинг варикоз ёки посттромбофлебитик касалликларида кузатилади. Уларда клиник манзара ўхшаш бўлишига қарамасдан, шиш синдромининг пайдо бўлиш сабаблари турличадир. Варикоз касаллигида шишлар маълум бир сабабларга кўра бемор ўз вақтида монанд даво олмаганда ривожланади. Бунда аксарият ҳолларда жараён икки томонлама бўлиб, оёқлар юзаки веналарининг тугунли трансформацияси кузатилади. Шишлар веналарда биринчи варикоз ўзгаришлар пайдо бўлгандан кейин бир неча йил ўтгач пайдо бўлади. У куннинг иккинчи ярмида тўпиқ атрофида ва болдирнинг пастки қисмларида аниқланади. Айрим ҳолларда шишларни аниқлаш қийин бўлиб, субъектив белгиларга асосланишга тўғри келади. Беморлар кечга бориб доимий фойдаланиб юрган пойафзалларини ноқулайлик яратаётганига (ўлчамнинг «кичиклашиши»), пайпоқ изи қолишига («пайпоқ» белгиси) шикоят қиладилар. У ўтиб кетувчи хусусиятга эга бўлиб, кечқурунги ҳордиқдан кейин йўқолади. Тўғри даво олмаганда шишлар яққол намоён бўлади. Фақат даво чоралари кеч бошланган ҳолларда шиш эрталаблари ҳам сақланиб қолади ва уни бартараф этиш учун бир неча кун давомида ярим ётоқ ҳолатда бўлиш тавсия этилади. Варикоз касаллигида сон ва болдирнинг мушаклари яхши ривожланган проксимал қисми ҳеч қачон шишмайди.

Посттромбофлебитик касалликда манзара мутлақо бошқача бўлади. Шиш касалликнинг илк белгиси бўлиб, ўткир веноз тромбоз даврида пайдо бўлади ва маълум бир миқдорда доимий сақланиб қолади. Бир неча йиллардан кейин веналарни варикоз трасформацияси кузатилади ва у иккиламчи ҳисобланади. Бунда шишлар доимий бўлиб, кўпинча нафақат болдирни, балки сонни ҳам эгаллайди.

СВЕнинг қўшимча белгиларидан яна биттаси юза тўқималардаги трофик ўзгаришлар (гиперпигментация, липодерматосклероз, трофик яра) бўлиб, бу белгилар ўткир веноз тромбозда ҳеч қачон кузатилмайди (8-расм). Стеммер белгиси СВЕ ни ташҳислашда муҳим аҳамиятга эга. Ушбу беморларда иккинчи бармоқ асосидаги терини бурмага йиғиш мумкин (манфий белги). Товонда шиш ва мусбат Стеммер белгиси лимфатик тизимни туғма ёки орттирилган (сарамас, лимфангитдан сўнг) шикастланганлигидан далолат беради.

Лимфатик шишлар

Лимфа оқимининг бузилиши 80-90% ҳолларда аёлларда учрайди. Улар туғма (бирламчи лимфедема) хусусиятга эга бўлиб, болалик, ўсмирлик ёки навқирон (30 ёшгача) ёшда юзага чиқади. Бирламчи лимфатик шишлар асосан 10-40 ёш оралиғида кўп кузатилади ва бир томонлама бўлиб, лимфатик томирлар ривожланиши аномалиясида кузатилади. Бунга сурункали шиш билан намоён бўладиган наслий лимфа тугунлари нуқсони билан боғлиқ Нонпе- Мейге- Миллой касаллиги киради.

Касаллик бошланишида шишлар ўтиб кетувчи хусусиятга эга бўлиб, куннинг иккинчи ярмида товон ва болдир соҳасида пайдо бўлади (9-расм). Айрим ҳолларда касаллик белгилари бир неча хафта ёки ойга йўқолади. Кейинчалик шишлар доимий ва бутун оёқни эгаллаши ҳамда товонни ёстиқсимон шиши кузатилиши мумкин. Бирламчи лимфедемада веналарни варикоз кенгайиши кам қайд этилади. Лимфатик шишлар доимий ва оёқни кўтариб ётганда кам регрессга учрайди. Шишган соҳа териси “апелсин пўстлоғи” га ўхшаб қалинлашади ва пальпацияда оғриқли бўлади.

Иккиламчи лимфедема бир неча бор ўтказилган сарамас касаллиги оқибатида ривожланади. Бунда шишлар касаллик иккинчи ёки учинчи марта қайталагандан сўнг пайдо бўлиб, кейинчалик доимий сақланиб қолади. Сарамассимон яллиғланиш кўпинча СВЕ бор беморларда кузатилади, шунинг учун инфекциядан кейин ривожланган иккиламчи лимфедемада вена тизими касалликларига хос белгилар, веналарни варикоз кенгайиши, тери ва тери ости тўқимасидаги трофик ўзгаришлар аниқланади.

Остеоартикуляр касалликларда учрайдиган шишлар

Оёқ бўғимларидаги яллиғланишлар ёки дегенератив- дистрофик ўзгаришлар натижасида юзага келган шишларни аниқлаш унча қийин эмас. У кўпинча касалликнинг ўткир даврида, шикастланган бўғим соҳасида пайдо бўлади ва оғриқ ҳамда ҳаракатнинг чегараланиши билан бирга кечади. Даводан кейин шиш ўтиб кетади, лекин жараён узоқ давом этганда бўғим атрофидаги деформация («ёлғон шиш») сақланиб қолади (10-расм). Бўғим касаллиги мавжуд бўлган беморларда шиш билан бирга ясси оёқлик ва панжанинг вальгусли деформацияси кузатилади.

Липедема

Болдир тери ости ёғ қавати ҳажмининг симметрик катталашишига липедема дейилади (11-расм). Бунда сон ва оёқ панжаси шакли ва ҳажм ўзгармасдан ўзига хос кўринишга эга бўлади. СВЕ белгилари аниқланмайди. Уларга оёқлардаги симметрик шикастланиш, ортостатик ҳолатга боғлиқ ҳолда менструциядан олдин кўп ўтириш, иссиқ сувда чўмилиш, назоратсиз кўп миқдорда ош тузини истеъмол қилгандан кейин кучайиш хосдир. Беморлар оёқларидаги шишларга шикоят қилиб келганликларига қарамасдан, бу ҳолатни шиш деб бўлмайди, лекин болдир соҳаси пайпасланганда оғриқ кузатилади. Липедема фақат аёлларда ва уларнинг аёл қариндошларида учраши касаллик тери ости тўқимасининг наслий нуқсони билан боғлиқ деган гумонга асос бўлади.

Жароҳатдан кейинги шишлар

Жароҳатдан кейинги маҳаллий шишлар пай ёки мушаклар йиртилиши, қон қуйилишлар (гематома), “ўтиш йўли” синдромлари натижасида юзага келади ва улар қўққисдан оғриқ синдроми билан бирга пайдо бўлади. Масалан, болдир мушаги йиртилишида қон қуйилиш, тизза ости кистасида веналарни босилиб қолиши сабабли,

болдирнинг қуйи қисмида тўсатдан шиш пайдо бўлиб, тизза ости соҳасини босганда оғриқ кузатилиши хос. Бундай ҳолларда жараён бир томонлама бўлади.

Умумий амалиёт врачи тактикаси

УАВ шиш синдроми аниқланган бемор билан тўғри ва ўзаро ишончли алоқа ўрнатиши, унинг шикоятларини, анамнезини ва объектив кўрик натижаларини чуқур таҳлил қилиши ҳамда уларга асосланган ҳолда ташҳис қўйиши, текшириш ва керакли даволаш режасини тавсия қилиши, зарур бўлса ихтисослаштирилган шифохоналарга юбориши лозим. Ташҳисий изланишнинг биринчи босқичи беморда ҳақиқатдан ҳам шиш синдроми борлигини аниқлашдан иборатдир.

Ёши катта одам организмида 2-3, ҳатто 6-7 литргача суюқлик йиғилганда ҳам кўзга кўринадиган ва пайпаслаганда аниқланадиган ҳеч қандай белгилар бўлмаслиги мумкин. Улар яширин шишлар деб аталади ва аниқлаш учун ҳар куни бемор вазни ўлчаниши, кунлик сув мувозанати (яъни кун давомида қабул қилинган, шу жумладан, суюқ таомлар ва шарбатлар) ҳамда кунлик диурез миқдори аниқланиши керак. Танада суюқлик ушланиб қолганида кўзга кўринадиган шишлар пайдо бўлишидан олдин, нафақат тана вазни (кунига 0,5-1 кг. га) ортиши, балки қабул қилинган суюқликка нисбатан сийдик миқдорининг камайиши қайд этилади. Яширин шишлар ўз–ўзидан ёки сийдик ҳайдовчи дори воситалари таъсирида қайтганда тана вазни тез камаяди ва диурез миқдори кун давомида қабул қилинган суюқликка нисбатан кўп бўлади.

Тўқималарни шишга мойиллигини Мак-Клюр-Олдрич синамаси ёрдамида аниқлаш мумкин. Кичкина игнали шприц билан билак олд сатҳи соҳа териси остига 0,2 мл изотоник эритма юборилади. Гидрофиллиги меъёрида бўлган тўқимада пуфакча 60 дақиқада секин сўрилади. Тўқима гидрофиллиги ошган, яширин шишларга мойил бўлган беморларда пуфакчанинг сўрилиш даври қисқаради ва 40-30-20 дақиқани ташкил этади (тўқима гидрофиллик даражасига боғлиқ). Тўқималарда шиш ривожланишига мойиллик юқори бўлганда пуфакча умуман ҳосил бўлмайди ва изотоник эритма ўша заҳоти сўрилиб кетади.

Шиш илк бор аниқланганда, унинг бирламчи жойлашган ўрни, қандай шароитда пайдо бўлганлиги ва унинг хусусиятлари аниқланади. Шу билан бир қаторда ўтказилган ёки мавжуд бўлган ички аъзолар касалликлари тўғрисидаги маълумотлар ҳамда шиш ҳансираш билан бирга кечиши суриштирилади. Бемор тўлиқ физикал текширувдан ўтказилиб, юрак, жигар, буйрак ва ошқозон-ичак тизими ҳолати баҳоланилади.

Шиш мавжуд бўлган беморларни қўшимча текшириш усуллари

Ўтказилиши лозим бўлган минимал лаборатор ва асбобий текширишлар:

Қон ва сийдикнинг умумий таҳлили, қон таркибидаги умумий оқсил ва унинг фракциялари, электролитлар миқдори, ЭКГ, кўкрак қафаси аъзолари рентгеноскопияси.

Кўрсатмалар бўлганда ўтказиладиган қўшимча лаборатор-асбобий текширишлар:

- қон зардоби оқсиллари электрофорези;
- жигар фаолиятини акс эттирувчи синамалар;
- қонда T_3, T_4 ва ТТГ миқдорини аниқлаш;
- УТТ, ЭхоКГ;

- кўкрак қафаси КТ;
- радиоизотоп ангиография;
- веналарни доплерли ультратовуш текшириш (қон оқимини рангли кодлаш билан доплерография ва ангиосканирлаш);
- флебография;
- буйракларни КТ;
- қорин бўшлиғи аъзолари КТ;
- лимфангиография (дуплексли ангиосканирлаш, радионуклидли лимфография);
- биопсия.

Шишлар мавжудлиги аниқланган беморларни даволаш тамойиллари

Суюқлик тўпланишига олиб келган касалликни даволаш парҳезга риоя қилинган ҳолда этиологик (асосий касалликни даъволаш), патогенетик ва симптоматик тамойилларга амал қилиниб, тўлақонли олиб борилиши лозим.

Сурункали қон айланиши етишмовчилиги оқибатида ривожланган шишларни даволаш

Қуйидаги даволаш тартибига риоя қилиш керак:

- СҚАЕ га олиб келган касалликларни даволаш;
- беморларга уйда ва ишхонада оптимал жисмоний ва руҳий шароит яратиш. Қон айланиши етишмовчилигининг I-босқичида иш ва дам олиш тартибига амал қилиш, енгил жисмоний харакат билан шуғулланиш. Оғир босқичларида эса жисмоний ҳаракатни чегаралаш, доимий ёки даврий равишда ётоқ ёҳуд ярим ётоқ тартибини буюриш;
- тўла қувватли, тез ҳазм бўладиган, оқсил, витаминлар ва калийга бой 10 ва 10а парҳез дастурхони (шунингдек, етарли миқдорда ҳўл мевалар ва сабзавотлар) тавсия этилади. Организмда суюқлик ушланиб қолиши юқори бўлган ҳолларда ва АГ кузатилганда ош тузи чекланади. Беморда массив шишлар мавжуд бўлганда эса қисқа муддатли тузсиз ва кун давомида бир хил таркибда натрий хлориди жуда кам бўлган енгил ҳазм бўладиган (гуручли, творогли, олма-гуручли ва бошқалар) таомлар буюрилади;
- дорилар билан даволаш СҚАЕ сабаблари, белгилари ва босқичлари инобатга олинган ҳолда самараси исботланган ААФИ, АРА, БАБ, СҲД, ЮГ, АК ва кўрсатмалар бўлганда нитратлар каби воситалар билан олиб борилади. Уларни асоссиз равишда бекор қилиш кўпинча касалликнинг зўрайишига олиб келади.

Қуйидаги 1-а, б ва 2-а, б чизмаларда СҚАЕ нинг турли босқичлари (NYHA бўйича) ҳамда клиник намоён бўлиш хусусиятларидан келиб чиқиб, оптимал даволаш усуллари келтирилган. Мабодо беморларда ААФИ қабул қилганда асоратлар кузатилса, унинг ўрнига АРА гуруҳидаги дорилар буюрилади.

ААФ ингибиторлари. Уларни қўллаш беморлар умрини узайтириши ва ҳаёт сифатини яхшилаши кўп марказли кузатувлар натижасида исботланган.

ААФИ, ангиотензин II ҳосил бўлишини камайтиради, артерия ва веналарни кенгайишига (дилатация) сабаб бўлади. Олдинги ва кейинги юкламаларни камайтириб, юракнинг систолик ва диастолик фаолиятини яхшиланишига олиб келади. Бунда тизимли вазоделатацияга жавобан тахикардия кузатилмайди. Деярли барча ААФИ (фозиноприлдан

ташқари) танадан буйрак орқали чиқарилади, шу сабабли СБЕ мавжуд бўлган ҳолларда тавсия этилаётган дори дозаси 2-3 мартага камайтирилиб, қондаги креатинин миқдори ва протеинурия синчковлик билан кузатиб борилади. Буюриладиган дорининг оптимал миқдори: *капотен (каптоприл)* кунига 25 мг.дан 3 марта, *эналаприл* 10-20 мг.дан 2 марта, *лизиноприл* 10-20 мг. - 1 марта, *рамиприл* 5 мг. -1 марта, *беназеприл* 10-20 мг.дан 1-2 марта буюрилади. Лекин ҳар бир ҳолатда бемор аҳволи, ҚБ кўрсаткичи ва мавжуд ёндош касалликлардан келиб чиқиб дори дозаси индивидуал танланади. ААФИ яхши самара бермаганда ёки уларни қўллашга қарши кўрсатма бўлганда, **ангиотензин II рецепторлари антагонистлари** (АРА): *лазартан* 25-100 мг. кунига 1-2 марта, *валсартан* 80-320 мг. кунига 1 марта, *тевитен* 600 мг. кунига 1 марта, *кандесартан* 4-32 мг. кунига 1-2 марта қўлланилади.

β-адреноблокаторлар. СҚАЕ ни даволашда ўтган асрнинг 90-йилларидан бошлаб кенг қўлланилади ҳамда самараси исботланган дорилар гуруҳига киради. Улар симпатоадреналин тизим фаоллигини камайтиради. БАБ СҚАЕ, зўриқиш стенокардияси, АГ, хилпилловчи аритмиянинг тахисистолик тури ва синусли тахикардия билан бирга келганда АПФИ, диуретиклар, кўрсатмага кўра ЮГ билан биргаликда қўллаш мумкин. БАБ минимал дозадан бошлаб ҳар 2-4 ҳафтада миқдори кўтариб борилади. *Метопролол* (кунига 12,5-25 мг, 200 мг.гача ошириб борилади), *бисопролол* (кунига 1,25 мг-10 мг/кунига), *карведилол* (кунига 25 мг. 2 марта). Агар СҚАЕ белгилари кескин кучайиб борса, бу гурухдаги дори воситаларини қабул қилиш тўхтатилади.

Сийдик ҳайдовчи воситалар. Улар нафақат шишларда, жигар катталашганда, ўпкада яққол димланиш белгилари, балки яширин шишлар мавжуд бўлган ҳолларда ҳам қўлланилади. Одатда кўрсатма бўлганда кам миқдордаги сийдик ҳайдовчи воситалар юрак гликозидлари билан бирга буюрилади. Уларни кўп миқдорда бериш ётоқ тартиби шароитида ўтказилади.

Даволаш тартиби ҳар бир бемор учун алоҳида танланади ва вақти-вақти билан ўзгартиришлар киритилиб борилади. Одатда танаффусли даво—препаратни ҳафтада 2-3 марта ёки қисқа (2-4 кун) муддатга буюриш яхши самара беради. Қўлланилаётган у ёки бу препаратларнинг миқдори ва қабул қилиш сонини кўпайтиргандан кўра таъсир механизми турлича бўлган диуретикларни навбатма–навбат ёки биргаликда қўллаш лозим. Уларга турғунлик вужудга келса, қабул қилишни вақтинча (5-7 кунга) тўхтатиб туриш ёки таъсирни спироналактон (верошпирон) билан кучайтириш керак. Аксарият ҳолларда диуретикларни эрталаб оч қоринга қабул қилиш яхши самара беради. Агар беморга шу куни енгиллаштирувчи парҳез тавсия этилган бўлса, у 4-6 соат давомида ётоқ тартибида қолиши мақсадга мувофиқ. Кунлик диурезни ортиши, шиш ва тана вазнининг камайишидан ташқари, жигар кичрайиши ҳамда ҳансирашнинг йўқолиши даво самарадорлигидан далолат беради. Яққол намоён бўлган бўшлиқлардаги шишлар, яъни гидроторакс, гидроперикард, асцитда суюқликни механик усул билан (пункция) чиқариб ташлаш мумкин. Сийдик ҳайдовчи дори воситаларининг асосий асоратлари гипокалиемия, гипонатриемия, гипокальцимия, гипохлоремик алкалоз, дегидратация ва гиповолемия, айрим ҳолларда эса флеботромбоз ҳисобланади.

Таъсир қилиш жойига кўра қуйидаги диуретик дори воситалари қўлланилади:

Коптокчаларга таъсир этувчи диуретиклар гуруҳига *теофиллин* ва *эуфиллин* киради. Улар буйракда қон томирларни кенгайтириб коптокчалар фильтрациясини оширади ва натижада диурез кўпаяди. Жумладан, юрак гликозидлари ҳам коптокчалар фильтрациясини оширади, проксимал каналчаларда натрийни қайта сўрилишини камайтиради ва натижада сийдик кўпроқ ажралишига олиб келади.

Проксимал каналчаларга таъсир этувчи диуретиклар: карбонгидраза ингибиторлари – *диакарб* (ацетозаламид, фонурит, диамокс) 0,15 ва 0,25 г. таблеткада, 0,5 капсулада кунига 1-1,5 таблеткадан 5 кун давомида ичилади ва кейин 2-3 кун дам олинади. У ўпка юрак етишмовчилигида, глаукома, эпилепсия, салицилатлар ва барбитуратлар билан заҳарланганда қўлланилади.

Осмотик диуретиклар – маннит (маннитол) 10-20% ли эритма кўринишида 0,5 г/кг. миқдорда буюрилади. *Мочевина (карбамид)* 30% эритма 10%ли глюкозада 1 г/кг миқдорда дақиқада 60-80 томчидан в/и га томчилаб юборилади. У камдан-кам ҳолларда СЮЕ да бошқа диуретиклар таъсирини ошириш мақсадида қўлланилади, кўпинча мия шишини олдини олиш, бошдаги босимни пасайтиришда фойдаланилади.

Генли қовузлоғига таъсир этувчи диуретиклар коптокчалар фильтрацияси ва буйракда қон айланишини оширади, антидиуретик гормонлар таъсирини камайтиради. Улар СЮЕ, жигар, буйрак эндокрин касалликларидаги шишларни даволашда, гипертоник кризлар, ўпка ва мия шишини бартараф этишда қўлланилади. *Фуросемид (лазикс)* 0,04 г. таблетка ҳолида ёки парентерал (2мл. 1% лазикс эритмаси) қабул қилинганда, 4-6 соат давомида кўп миқдорда сийдик ажралишига олиб келади. Унинг кунлик максимал миқдори шиш синдромининг ривожланиш даражасига кўра 20-240 мг.дан 600 мг.гача. *Этакрин кислота (урегит)* таблетка 0,05 г. якка ҳолда ёки калий сақловчи диуретиклар билан бирга 1-3 таблеткадан ҳафтасига 1-2 марта эрталаб овқатдан кейин, қисқа курслар (2-4 кун ичилиб 2-3 кун танаффус қилинади) билан қабул қилиш тавсия этилади. *Буметанид (буринекс)* – 0,0015 ва 0,005 г, кунига 1 та таблетка ёки ампулада 10 мл 0,05%ли эритма кунига 2-5 мг хисобида в/и га 500 мл. изотоник эритмада 0,5-1 соат давомида томчилаб юборилади.

Тиазидли ва тиазидга ўхшаш диуретиклар ҳар қандай шиш синдромида, жумладан, СЮЕ да, қандсиз диабетда қўлланилади.

Дихлортиазид (гипотиазид, гидрохлортиазид) 25 ва 100 мг таблеткада чиқарилади. Уни 1 таблеткадан эрталаб нонуштадан кейин бир марта 3 кун давомида кейин ҳафтада 2-3 марта қабул қилиш тавсия этилади. *Циклометиазид (навидрекс)* 0,5 мг, кунига 1-4 таблеткадан хафтада 2-3 марта; Индапамид (арифон) - 2,5 мг, кунига 1-3 таблеткадан ичиш тавсия этилади.

Калий сақловчи диуретиклар СҚАЕ, бирламчи гиперальдостеронизм ва паст ренинли ва оғир АГ ларни ҳамда турли сабабли юзага келган гипокалиемия ҳолатларини даволаш комплексига киради. Шуни таъкидлаш лозимки, калий сақловчи диуретиклар СҚАЕ ни даволашда қўлланиладиган самараси исботланган дори воситалари мажмуасига кириб, уни алоҳида кўринишда ёки бошқа диуретиклар самарасини ошириш мақсадида қўллаш мумкин. *Спиронолактон- верошпирон* (25, 50, 100 мг.) бемор аҳволидан келиб чиққан ҳолда кунига 75-100 мг.дан (СҚАЕ нинг сўнги босқичлари ва жигар циррозининг

декомпенсация даврида 300-500 мг.гача) ичиш тавсия этилади. Қабул қилингандан 48-72 соат ўтгач таъсир қила бошлайди. *Триамтерен* капсулада 0,05 ва 0,1 г дан чиқарилади, кунлик дозаси 100-300 мг. Бу гуруҳдаги дори воситалар тиазидлар ва Генли қовузлоғига таъсир этувчи диуретиклар билан бирга қўлланилганда яхши самара беради. Амалиётда комбинацияланган диуретиклар кўп қўлланилади. Улардан *альдактазид* – 25-50 мг таблеткада, таркиби альдактон ва дихлотиазиддан иборат. *Триампур композитум* – 25 мг триамтерен ва 12,5 мг дихлотиазид. *Диазид* – 50 мг триамтерен ва 25 мг дихлотиазид.

СҚАЕ нинг IIА босқичидан бошлаб сийдик ҳайдовчи дори воситалари кичик дозаларда берила бошланади. Бунда тиазидлар, улар яхши самара бермаганда қовузлоқга таъсир қилувчи диуретиклар 1-2 таблеткадан ҳафтада 2-3 марта қабул қилиш тавсия этилади. Унинг II Б босқичида қовузлоқга таъсир этувчи воситалар бир ўзи ёки калий сақловчи диуретиклар билан бирга қўлланилади. Қон айланиши етишмовчилигининг III босқичида беморнинг аҳволидан келиб чиққан ҳолда бир неча гуруҳдаги сийдик хайдовчи дори воситалар биргаликда тавсия этилади. Масалан: фуросемид 80 мг+гипотиазид 100 мг+верошпирон 100 мг; фуросемид 80 мг+триампур композитум 2-4 таб+оксодолин 50 мг+урегит 100 мг+ верошпирон 100 мг.

Чап қоринча мушакларининг пасайган қисқарувчанлик хусусиятини кучайтириш мақсадида **юрак гликозидлари** (ЮГ) дан кўрсатмаларга асосланган ҳолда фойдаланилади (1-2 расм). Уларни обструктив гипертрофик кардиомиопатия, оғир гипо ва гиперкалиемия, гиперкальциемия, АВ блокада, WPW-синдроми, синус тугуни сустлиги, тез-тез, жуфтлашган, политоп қоринчалар экстрасистолиялари ва аллоритмиялар ҳамда қоринчалар пароксизмал тахикардиясида қўллаш мумкин эмас. ЮГ элиминацияси камайганда (СБЕ, қарияларда) бемор аҳволини мўътадил ушлаб турувчи миқдори 2-3 мартага камайтирилади ва имкон қадар қон зардобидаги гликозид ва креатинин кўрсаткичи назорат қилинади.

Турғун СЮЕда ЮГлари бемор кўтара олиши мумкин бўлган миқдорда, заруратдан келиб чиқиб доимий равишда берилади. Биринчи 2-3 кун давомида туйинтирувчи миқдорда, кейинчалик кунлик дозаси 1,5-2 мартага камайтирилади. Мўътадил ушлаб турувчи дори миқдори беморнинг аҳволидан келиб чиққан ҳолда тавсия этилади. Бунда томир уриш тезлиги тинч ҳолатда 1 дақиқада 60-68 та, оддий жисмоний ҳаракатда эса 90-100 мартадан ошмаслиги керак. Гликозидлардан заҳарланиш белгилари (брадикардия-юрак уриш сони 60 ва ундан камайиши, кўнгил айниш, қайд қилиш, бир дақиқада 5-6 тадан кўп политоп, жуфтлашган қоринчалар экстрасистолияси, АВ-блокада) пайдо бўлганда дори миқдорини камайтириш билан чекланиб қолмай, уни қабул қилиш тезда тўхтатилади. Заҳарланиш белгилари йўқолгандан 2-3 кун ўтгач, (дигоксинда 2-4 ҳафтадан кейин) даволашнинг кунлик миқдори 25-75%га камайтирилган ҳолда давом эттирилади. Гликозидлардан оғир заҳарланишда аввал 5-20 мл 5% унитиол эритмаси в/и га, кейин 5 мл 3-4 марта м/о га юборилади. Кўрсатмага кўра антиаритмик даво олиб борилади.

Қуйидаги ЮГ лари амалиётда кенг қўлланилади: *строфантин* 0,05% - 1 мл, *корглюкон* 0,06% - 1 мл, *дигоксин* 0,25 мг. таблетка, 0,025% - 1-2 мл, *ацедоксин* (ацетилдоксин) 0,2 мг. таблетка, 0,01% - 2 мл, *ланитоп* (β-метилдигоксин) 0,1 мг. таблетка, 0,01% - 2 мл, *целанид* (изоланид) 0,25 мг. таблетка, 0,05% - 10 мл. ва 0,02% - 2

мл, *дигитоксин* (кардиотоксин) 0,1 мг. таблеткада ва 0,15 мг. шамча кўринишида. Барча эритмалар оқим билан ёки томчилаб в/и га юборилади.

СҚАЕ мавжуд бўлган беморларни даволашда юракка тушадиган олдинги ва кейинги юкламани камайтириш учун **периферик вазодилататорлар** тавсия этилади. *Веноз вазодилататорлар – нитратлар* (нитросорбит 0,01 г. 3-4 марта, молсидамин 0,002 г, 1-2 таблеткадан 2-3 марта ва изокет -10 мл. изотоник эритмада в/и га томчилаб, нитронг–форте 6,5 мг. 3 марта, оликард 20-60 мг. 1-2 марта ва бошқалар) юқори миқдорда қоринчалар тўлиш босимини пасайтиради ва димланишли юрак етишмовчилигида яхши самара беради. СЮЕ юқори қон босим билан бирга кечганда кейинги зўриқишни камайтириш мақсадида *артериал вазодилататор - апрессин* (гидралазин) 0,025 г. 1-таблеткадан кунига 3-4 марта (миноксидил 0,005 г, тропафен 2%ли 1 мл. изотоник эритмада в/и томчилаб) буюрилади; *Аралаш таъсирга эга бўлган вазодилататор-нитропруссид натрий* (0,25 ва 0,05 г. изотоник эритмада в/и га томчилаб) *празозин* (кунига 2-10 мг, илк миқдори 0,5-1 мг, қисқа муддатли даво учун) буюрилади. Бу гуруҳдаги дори воситалар ЮГ ва диуретиклар яхши самара бермаган оғир ҳолларда, СҚАЕ кескин чап қоринча гипертрофияси ва гипертензион синдром билан кечганда қўлланилади.

СҚАЕ мавжуд бўлган беморларни даволаш комплексига тромбоэмболик асоратларни олдини олиш мақсадида **антикоагулянтлар ва антиагрегантлар** қўллаш тавсия этилади. Гепаринни кунига 5000 ТБ дан 4 марта т/о юбориш, *ацетилсалицил кислота* 50-320 мг ёки стазекс 75 мг (клопидогрел) кунига бир марта овқатдан сўнг ичиш буюрилади. *Варфарин* (витамин К антагонисти, кунлик ушлаб турувчи миқдор 2-10 мг.) таъсири 2-3 кундан кейин намоён бўлишини ҳисобга олиб даволаш аввал гепарин кунига 5000 ТБ дан 4 марта тери остига юборишдан бошланади. Бу гуруҳ дори воситалири қўлланилганда қоннинг ивиш вақти ва коагулограммани назорат қилиш лозим. Шу ўринда сўнгги йилларда антиагрегантлар ва ААФИ бирга қўлланилганда сўнгги гуруҳ дориларини самарадорлиги камаяди деган маълумотлар борлигини эслатиб ўтмоқчимиз.

Гликозид бўлмаган инотроп воситалар юрак гликозидларига нисбатан кучлироқ мусбат инотроп таъсирга эга ва СҚАЕ нинг оғир босқичларида тавсия этилади. Уларнинг икки гуруҳи амалиётда кенг қўлланилади:

1. бетта-адренергик рецепторларни қўзғатувчилар (допамин, добутамин, ибопамин, преналтерол, ксамотерол);
2. фосфодиэстераз ингибиторлари (амринон, милринон, эноксимон, пироксимон, феноксимон, питобензан, адибензан).

Бетта-адренорецепторларни қўзғатувчи воситаларнинг қуйидагиларидан кенг фойдаланилади:

Допамин 40 мг, 200 мл. 5% глюкоза ёки натрий хлорнинг изотоник эритмасида в/и томчилаб 2-4 мкг/кг/мин тезликда.

Добутамин β_1-адренорецепторларни танлаб қўзғатиши ҳисобига миокарднинг қисқарувчанлигини оширади. Артериал гипертензиясиз кечаётган оғир юрак етишмовчилигини даволашда юракнинг зарб ҳажмини ошириш мақсадида қисқа муддатли добутамин билан даволаш курслари тавсия этилади.

Фосфодиэстераз ингибиторлари қон томирларни кенгайтириш хусусиятига эга бўлиб, олдинги ва кейинги зўриқишларни камайтиради, миокарднинг қисқарувчанлигини кучайтиради ва СЮЕ да зарб ҳажмини оширади.

Амринон лактат–(*инокор*) - оғир кечаётган СЮЕ бўлган беморларда ЮГ, диуретиклар ва вазодилататорларга сезувчанлик бўлмаганда кўлланилади. Бунда 100 мг. препарат изотоник эритмада в/и томчилаб юборилади.

Гликозид бўлмаган инотроп воситалар асосан ўткир ЮЕ ни, жумладан, миокард инфаркти бўлган беморларда кардиоген шокни даволашда, енгил ёки оғир СЮЕ нинг тўсатдан оғирлашганда, диуретиклар, ААФИ, дигоксин, периферик вазодилататорларни биргаликда бериш яхши самара бермаган ҳолларда қўлланилади.

СҚАЕ мавжуд бўлган беморда юрак ритми бузилишлари кузатилганда кўрсатмаларга асосланган ҳолда антиаритмик воситалар **(«Аритмиялар»га бағишланган маърузага қаранг)** тавсия этилади. Амалиётда калий препаратлари, метаболик воситалар (витаминлар, антиоксидантлар, рибоксин, мелдранат, карвитин ва бошқалар) кенг қўлланилса ҳам, уларни бемор ҳаёт сифатини яхшилаши ҳамда умрини узайтириши исботланмаган. Аммо улардан предуктал ва тримекор МР (триметазидин) миокардга ижобий таъсир кўрсатади.

СҚАЕ ***профилактикасига*** асосий касалликни эрта даврларда аниқлаш, ўз вақтида даволаш ва унинг асоратларини олдини олиш каби тадбирлар киради. Бу гуруҳдаги беморларни доимий равишда назорат қилиш, ёндош ва асосий касалликларни монанд даволаш СҚАЕ авжланишини секинлаштиради. СҚАЕ нинг I босқичида беморларнинг иш қобилияти сақланган, лекин оғир жисмоний зўриқиш ман этилади. II А босқичида бемор иш қобилияти чекланади ёки умуман йўқолади; II Б босқичда эса беморлар доимий ёрдамга ва парваришга муҳтож.

Буйрак касалликлари оқибатида юзага келган шишларни даволаш

НФС аниқланган беморлар шифохонанинг ихтисослаштирилган бўлимига ётқизиб даволанади. Уларга ётоқ тартиби, ош тузи ва сув чекланган пархез буюрилади ҳамда патогенетик ва симптоматик даво тавсия этилади. НФСни даволашда уни аутоиммун генезга эга эканлигини ҳисобга олган ҳолда, иммунодепрессив даво чоралари кенг қўлланилади. ГКС билан даволаш буйракнинг дорилар таъсирида, СҚВ да ва диффуз гломерулонефритлар натижасида ривожланган НФСда қўлланилади; диабетли гломерулосклероз, буйрак ўсмаси, сил, захм, буйрак амилоидозида учрайдиган НФСни даволашда юқоридаги дори воситаларни қўллаш мумкин эмас. Геморрагик васкулит ва тугунчали периартериитдаги НФСда эса самарасиз. ГКС қўллашга қарши кўрсатма ёки улар самарасиз бўлганда цитостатиклар билан даволаш тавсия этилади. Оғир кечган НФСда, биргаликда қўлланилган патогенетик даводан самара бўлмаганда, айниқса нефретик кризлар ривожланганда плазмоферез, гемосорбция, ГКС ва цитостатиклар, ёки уларни биргаликда қўллаган ҳолда пульс-терапия ўтказилади. Бундан ташқари нефретик кризда гиповолемияни олдини олиш, айланиб юрган қон ҳажмини тиклаш мақсадида вена ичига реополиглюкин, декстранлар, оқсил эритмалари (кунига 600-800 мл. гача) юборилади, антикинин (пармидин кунига 0,5 г. дан 4 марта), антигистамин препаратлари

қўлланилади. Асосий касалликни даволаш билан бирга симптоматик муолажалар олиб борилади.

Симптоматик даво нефритнинг буйракдан ташқари белгиларини (шиш, гипертензия, СҚАЕ) бартараф этишга қаратилган. Гипотензив восита сифатида ААФИ, (қарши кўрсатмалар бўлмаса), салуретиклар (гипотиазид, фуросемид, урегит) билан биргаликда буюрилади. Шунингдек, КА (нифедипин, коринфар, кордафен ва уларнинг узоқ таъсир этувчи вакиллари) қўллаш мумкин. Улар гипотензив таъсирдан ташқари коптокчалар фильтрациясини ҳамда диурезни оширади.

Шиш синдромини бартараф этиш мақсадида диуретиклар: фуросемид 40-80 мг, лазикс 40-80-120 мг, урегит 50-100 мг, альдактон (СБЕ бўлмаганда) кунда 200-300 мг. ва бошқа дори воситалар ичилади ёки парентерал юборилади. Даво самарасини ошириш учун бир неча гуруҳдаги диуретиклар, масалан гипотиазид, фуросемид, верошпирон биргаликда буюрилади. НФС юқори қон босим билан бирга кечганда натрий ва суюқликни хайдовчи восита - и*ндакринон* (урикозурик диуретик, таркиби бўйича урегитга яқин) кунига 10-40 мг.дан тавсия этилади. Жуда катта нефротик шишларда в/и га қон зардоби, альбумин, маннитол (20%ли 200-300 мл. эритма томчилаб, ҳар куни, 3-5 кун давомида), полиглюкин (300-500 мл.), катта миқдорда лазикс (300-500 мг/кунига) қўлланилади. Бундай ҳолларда, айниқса НФС ўткир гломерулонефритнинг клиник кўриниши сифатида намоён бўлса, патогенетик даво воситаларидан бири гепаринни қўллаш яхши диуретик самара беради. Диуретик воситалар узоқ вақт қўлланганда калий препаратлари (калий оротат, панангин, аспаркам, калий хлорид) ёки калийга бой маҳсулотларни (қуритилган мевалар, майиз, ўрик, карам, қовоқ, ва бошқалар) қабул қилиш (қонда калий миқдорини назорат қилган ҳолда) тавсия этилади.

Эклампсия ривожланган ҳолларда гипотензив ва седатив таъсирга эга бўлган дорилар ҳамда мия шишига таъсир қилувчи воситалар (эуфиллин, дибазол, лазикс, маннитол, магний сульфат, гексоний ёки пентамин, глюкозанинг концентрланган эритмаси) в/и га юборилади ёки хлоралгидрат билан (0,5-1 г. 100 мл. сувга) хуқна (клизма) қилинади. Олигурияни даволашда аввал юқори дозада лазикс (в/и 300-1000 мг), гепарин (кунига 20-30 минг ТБ), антиагрегантлар қўлланилади. Самара бўлмаганда бемор гемодиализга ўтказиш учун ихтисослаштирилган бўлимга юборилади.

Жигар касалликларида учрайдиган шишларни даволаш

Асцитли беморларга иккиламчи гиперальдостеронизм белгиларини камайтириш мақсадида ётоқ тартиби тавсия этилади. Даволаш режасига (алкогол ва гепатотоксик дори воситалардан воз кечиш, физик ва психоэмоционал тинчлик, парҳез) амал қилиш жигар фаолиятини компенсация ҳолатида сақлашга ёрдам беради. Асосий касалликни даволашга қаратилган чора-тадбирлар негизида қуйидагилар амалга оширилади.

- парҳез, ош тузини кунига 400 мг.гача чегаралаш;
- гипонатремияда – кун давомида қабул қилинадиган барча суюқликларни 1-1,5 л.гача чеклаш;
- организмдан ажралиб чиқарилиши мумкин бўлган суюқликнинг миқдори кунига 0,5-1 л. (периферик шишлар мавжуд бўлганда–кўпроқ) дан кам бўлмаслигига эришиш;

- тана вазни, сийдикдаги натрий ва калий, қон таркибидаги электролитлар, креатинин, мочевина ва альбумин миқдорини назорат қилиб бориш;
- этиологик даво;
- агар ўтказилаётган чора-тадбирлардан бир ҳафта мобайнида самара бўлмаса ёки сийдикда натрий миқдори <25 ммоль/л бўлса диуретиклар буюриш; спиронолактон (верошпирон) кунига 100-150 мг. 4-5 маҳал (максимал кунлик дозаси 600 мг.гача); фуросемид кунига 40-80 мг. ичишга ёки в/и га, фуросемид миқдорини зарурат бўлганда кунига 240 мг.гача ошириш.

Шиш-асцитик синдромда верошпирон (кунига 150-200 мг.)+урегит (кунига 25-100 мг.) ёки верошпирон (кунига 100-150 мг.) +триампур (кунига 2-4 таб) қўшиб бериш яхши самара беради. Олиб борилган даво чоралари самара бермаган шиш-асцитик синдромида қуйидаги диуретиклар аралашмаси тавсия этилади:

- фуросемид 80 мг+ гипотиазид 100 мг+ верошпирон 200 мг;
- фуросемид 80 мг+ бринальдикс 40 мг+ верошпирон 200 мг;
- фуросемид 80 мг+ оксодолин 100 мг+ верошпирон 200 мг.

Яққол намоён бўлган асцитда диуретикларни ошқозон–ичак тизими орқали сўрилиши қийинлашиши сабабли фуросемид ва этакрин кислотасини в/и га юбориш мақсадга мувофиқ. Диуретикларнинг ножўя таъсири, гипокалиемияни олдини олиш мақсадида калийга бой маҳсулотлар (қовоқ, туршак ва бошқалар) истемол қилиш тавсия этилади ва вена ичига 40-50 мл. 4% ли калий эритмаси томчилаб юборилади.

- гепатоцитларда модда алмашинувини яхшиловчи воситалар билан бирга вена ичига оқсил препаратларини юбориш. Бунда янги музлатилган плазма (кунига 125-150 мл дан, даволаш курси 4-5 та) ва 20% альбумин (кунига 100 мл дан, даволаш курси 5-6 та) эритмаси қўлланилади;
- абдоминал парацентез юқорида санаб ўтилган муолажаларга рефрактер бўлган асцитда ўтказилади. Олинаётган суюқлик миқдори 3 л.дан ошмаслиги керак. Чунки олинган суюқлик билан кўп миқдорда оқсил ва калий йўқотилиши туфайли қоннинг онкотик босими, кўп суюқлик олиниши натижасида эса қорин бўшлиғи босими ва периферик қон босим кескин тушиб кетиши мумкин. Бундай асоратларни олдини олиш мақсадида суюқлик олингандан кейин вена ичига альбумин юборилади (олинган суюқликнинг 1 л.га 10 г. нисбатда);
- асцитосорбция 2-3 л асцитик суюқлик махсус сорбентловчи ускунадан ўтказилиб, токсик метаболитлардан тозаланади ва вена ичига юборилади;
- қонни ультрафильтрация қилиш йўли билан организмдаги ортиқча суюқлик олиб ташланади.

Экссудатли гипопротеинемик энтеропатиялардаги шишларни даволаш

Оқсил йўқотишни камайтириш, ич кетишни бартараф этиш, метаболик бузилишларни мўтадиллаштириш энтеропатиялардаги шиш синдромини даволашда катта аҳамиятга эга. Бунинг учун беморларга ёғсиз парҳез буюриб, кундалик қабул қилинадиган оқсил миқдорини 140-150 г гача ошириш лозим. Йўқотилган оқсил ўрнини тўлдириш мақсадида парентерал йўл билан оқсил гидролизатлари, анаболик гормонлар, кальций, темир препаратлари, витаминлар буюрилади. Диареяга қарши восита сифатида фермент

препаратлари ва ичак моторикасини меъёрига келтирувчи воситалар берилади. Дисбактериоз профилактикаси ва даволаш чоралари ўтказилади. Шиш синдромини бартараф этиш мақсадида диуретиклар қўлланилади. Айрим ҳолларда ингичка ичак лимфа томирларини чегараланган шикастланишида ичак резекцияси амалга оширилади.

Глютеинли энтеропатиядаги шишларни даволаш

Аглютеинли парҳез. Бунда рационга қуйидаги маҳсулотлар қўшилмайди: буғдой, ячмен, сўли ва улардан тайёрланган маҳсулотлар, колбаса, гўштли шўрвалар, консервалар, нон, булочкалар, макарон, пиво, шоколад, майонез, музқаймоқ ва бошқалар. Овқат кам-камдан 4-5 мартага бўлиб истемол қилинади. Ушбу парҳез асосида 80% беморларда бир неча ҳафтадан кейин клиник, 3-6 ойдан кейин эса ичакдаги морфологик ўзгаришлар яхшиланиши кузатилади.

Парҳездан самара бўлмаган ҳолларда мутахассислар билан ҳамкорликда касалликнинг фаоллик даражаси ва бемор аҳволидан келиб чиққан ҳолда, ГКС схема бўйича буюрилади. Кальций алмашинувини яхшилаш мақсадида кўп миқдорда глюконат кальций (кунига 12 г.) витамин Д (кунига 10000 ТБ) ва аноболик стероидлар (ретаболил 100 мг. ҳафтада 1 марта м/о) тавсия этилади. Шу билан бир қаторда, симптоматик даво олиб борилади. Сув-электролит бузилишини мувозанатлаш учун парентерал тузли эритмалар, оқсил алмашинувини яхшилаш мақсадида эса аминокислоталар ва бошқа оқсил препаратлари буюрилади. Дисбактериоз ва кам сўрилиш синдромига қарши чоралар кўрилади. Юқоридаги чора-тадбирлар билан биргаликда шиш синдромида тиазидли ва калий сақловчи диуретиклар қўлланилади.

Уипл касаллигидаги шишларни даволаш

Парҳез. Одатий ёғларни ўрта ва қисқа занжирли ёғларга алмаштириш стеатореяни камайтиради ва бошқа маҳсулотларни сўрилишини яхшилайди, натижада бемор вазни ошади.

Антибиотиклар (тетрациклин, доксициклин, клиндомицин, ва бошқалар) ўртача терапевтик дозаларда 6 ойдан бир йилгача тавсия этилади. Тетрациклин гуруҳидаги дори воситаларга қарши кўрсатма бўлганда, пенициллин (кунига 1200000 ТБ) стрептомицин (кунда 1 г.) билан бирга 10-14 кун давомида мушак орасига юборилади. Қон зардоби таркибида оқсил миқдори камайганда ва шиш синдроми ривожланганда, аминокислотали аралашма кунига 250 мл.дан 2-4 ҳафта давомида томир ичига томчилаб ва заруратдан келиб чиқиб сийдик ҳайдовчи дорилар буюрилади.

Дистрофик шишларни даволаш

Биринчи кунларда тўлиқ жисмоний ва руҳий тинчлик, тўлақонли витамин ва оқсилга бой парҳез. Бир вақтнинг ўзида вена ичига қон зардоби, оқсил гидролизатлари, витаминлар юборилади.

Аллергик шишларни даволаш

Аллергик анамнез, объектив кўрик ҳамда бошқа ташҳисий текширувлар ёрдамида аллерген аниқланади ва иложи борича унинг таъсири бартараф этилади. Озиқ–овқат маҳсулотларига аллергия бўлганда тузли ич сурувчи воситаларни қўллаш мақсадга мувофиқ. Антигистамин препаратлар: фенкарол (2-3 мг/кг/кунига), кларитин ёки бошқа II авлодга мансуб антигистамин дорилари псевдоэфедрин билан бирга буюрилади. Эшакеми

совуқ таъсирида келиб чиққанда ципрогептадин (2-4 мг хар 8-12 соатда), холинергик эшакемида гидроксазин (бир кг. тана вазнига 0,5 мг кунда 4 марта ичишга) тавсия этилади.

Наслий ангионевротик шишни даволаш тадбирлари

Ҳаёт тарзини ўзгартириш бўйича тавсиялар: жароҳатланиш хавфи, жисмоний зўриқиш, механик босим билан боғлиқ меҳнат фаолияти ҳамда машғулотлар истисно қилинади.

▪ зўриқиш тўлиқ бартараф бўлгунга қадар янги ёки янги музлатилган 250-300 мл натив қон зардоби бир маротаба ёки 5% аминокапрон кислота 100-200 мл в/и юборилади, кейин ҳар 4 соатда 100 мл дан томчилаб ёки хуруж бартараф бўлгунча 4 г дан ичишга буюрилади. Транексам кислотасини 1-1,5 г.дан кунига 2-3 марта аминокапрон кислота ўрнига қўллаш мумкин;

▪ юз ва бўйин соҳасида шиш бўлса, 250-300 мл натив қон зардоби, 200-300 мл 5% аминокапрон кислотаси, 40-80 мг лазикс, 8-12 мг дексазон вена ичига юборилади. Хиқилдоқ шиши ривожланганда: 0,1% адреналин, 5% эфедрин эритмаси, β-адреностимуляторлар ингаляция йўли билан берилади. Ҳиқилдоқ шиши пайдо бўлиши беморни зудлик билан ЛОР бўлимига ётказишга кўрсатма ҳисобланади;

▪ абдоминал синдром ривожланганда бемор хирург маслаҳатига муҳтож бўлади.

*Профилактика мақсадида б*еморларга даназол (данол) - бошланғич кунлик дозаси 600 мг, касаллик тинч даврга ўтганда эса кунига 200 мг.дан ичиш тавсия этилади. Даназол ўрнига метилтестостерон аввал 0,01 г дан, кейин кунига 0,005-0,0075 г гача камайтириб борилади. Агар ушбу дориларга қарши кўрсатма бўлса, аминокапрон кислота кунида 4-12 г ичишга ёки транексам кислота 1-1,5 г дан қонни ивиш вақтини назорат қилган ҳолда буюрилади.

Гипотиреоздаги шишларни даволаш

Қалқонсимон без препаратлари ёки сунъий тиреоид гормонлар (тиреоидин, трийодтиронин, тироксин, тиреотом, тиреотом-форте, тиреокомб) билан ўрин босувчи даво олиб борилади. Тахикардия ёки артериал гипертензия кузатилса, БАБ (анаприлин, эгилок, небилет) буюрилади. Гипотиреоз ва гиперкортицизм бирга келганда – ГКС, тиреоид воситалар билан бирга ёки бирин кетин ўрин босувчи даво сифатида берилади. Витаминлар А, С, В, кўрсатма бўлса, диуретиклар (триампур, верошпирон) ва юрак тож томирларини кенгайтирувчи воситалар қўлланилади.

Системали склеродермиядаги шишларни даволаш

Бунда 3 та гуруҳдаги дорилар қўлланилади:

D-пеницилламин (купренил) (бианодин ва артамин 300-1200 мг) аввал 150-300 мг дан 2 ҳафта, кейин хар 2 ҳафтада 300 мг га кўпайтирилиб 1800 мг га етказилади ва шу миқдорда 2 ой берилади, сўнг секин аста камайтириб борилади. Ушлаб турувчи миқдорда (300-600 мг) узоқ вақт ичиш тавсия этилади. Фаоллик даражаси юқори бўлганда, нефротик ёки Гудпасчер синдромлари ривожланганда, D-пеницилламин тўхтатилиб, ўрнига ГКС берилади.

Колхицин кичик миқдорда - кунига 0,5 мг дан бошлаб, ошқозон-ичак фаолиятини бузмайдиган миқдоргача кўтариб борилади. Монанд танланган даво склеродермиядаги шишларнинг йўқолишига олиб келади.

Дерматомиозитдаги шишларни даволаш

Асосан ГКС катта дозаларда ишлатилади. Дерматомиозит ўткир кечишида кунда 80-120 мг, ўткир остида - 60 мг, сурункали дерматомиозитни қўзғалган даврида 30-40 мг. Жараённинг мезонлари турғунлашгач ҳар 7-10 кунда ¼ - ½ таблеткага камайтириб борилади. Преднизолон миқдори пасайтириб борилаётган вақтда касаллик қайта авжланишини олдини олиш мақсадида аминохинолин бирикмалари қўлланилади. Аксарият ҳолларда делагил (хингамин) кунига 0,25 г дан 2 йил давомида берилади. Касаллик ўткир даврида преднизалонга қарши кўрсатма бўлганда иммунодепрессантлар (азотиоприн кунига 2,5 мг/кг, метотрексат - 0,75 мг/кг вена ичига ҳафтада 1 марта, 2-6 ой давомида) тавсия этилади. Олиб борилган даво чоралари шиш синдромини бартараф этишга ёрдам беради.

Шу ўринда охирги икки касалликни фаол даволаш фақат ихтисослаштирилган бўлимларда ўтказилишини эслатиб ўтмоқчимиз.

Сурункали веноз етишмовчилигидаги шишларни даволаш

Шиш синдроми бор беморларни даволаш тўлақонли ва бир неча босқичларда олиб борилади. Биринчи босқичда олиб бориладиган консерватив давонинг асосий мақсади шишни қисман ёки тўлиқ бартараф этишдан иборатдир. Тўқималар аро ортиқча суюқликни механик йўл билан ажралиб чиқишини таъминловчи усуллар катта аҳамиятга эга. Уларга пневматик интермиттирловчи компрессия, мануал вена ва лимфадренаж киради. Зарурий асбоб ускуналар мавжудлиги ва бажаришни оддийлиги сабабли биринчи усул амалиётда кенг қўлланилади. Пневмокомпрессия усули ёрдамида тез ва сезиларли даражада самарага эришиш мумкин. Бир неча кун ичида шиш камаяди. Шунга қарамасдан, ушбу усулнинг камчилиги ҳам унинг тез самарадорлигига боғлиқ. Сурункали веноз етишмовчилигидаги шишлар юқори оқсилли шишлар қаторига киради ва юқори қават тўқима таркибидаги зардоб оқсили 10 г/л ни ташакил этади. Пневмокомпрессия усули тўқималардан фақат суюқликнинг ажралиб чиқишини таъминлайди. Сўрилмай қолган протеинлар тўқима йўллари ва лимфа капиллярлари бўшлиғини бекилишига, фибриногенни фибринга айланиши тўқимада фиброз-склеротик ўзгаришлар ривожланишига олиб келади. Шу сабабли мануал вена-лимфадренаж шишни бартараф этишнинг табиий усули ҳисобланади. Махсус массаж усуллари таклиф этилган бўлиб, лимфа оқими йўналишига мутаносиб равишда, маълум кетма-кетликда қўлланиладиган уқалаш ҳаракатлари унинг оқимини кучайтиради. Бу усул тўқималардаги шиш ва протеинларни бир вақтнинг ўзида қайта сўрилишини таминлаб, фиброз шакилланишини олдини олади. Ҳар гал лимфадренаж муолажаси ўтказилгандан кейин босувчи бандаж қўйилади. Бунинг учун кам чўзилувчан, юқори босим ҳосил қила оладиган бинтлар қўлланилади. Даволаш жараёнида оёқ ҳажми ва шакли ўзгариб туришини инобатга олиб, трикотаж матодан эмас балки эластик бинтдан фойдаланиш керак. Фармакотерапевтик воситалардан флеболимфотониклар (детралекс, гинкор-форт, эндотелон ва бошқалар) муҳим аҳамиятга эга. Флеболимфадема билан касалланган беморларга диуретиклар

беришда жуда эҳтиёт бўлиш лозим. Шубҳасиз, улар қўлланила бошланган кундан бошлаб самара бера бошлайди, аммо пневмокомпрессия натижасида суюқлик ажралиб чиқиши хисобига шиш камайиб, протеинлар сақланиб қолади. Бу эса касаллик кечишини ва оқибатини ёмонлаштиради. Шунингдек, шишли беморларда кўрсатмага кўра, антиагрегантлар, НЯҚВ, антиоксидантлар қўлланилади. Даволаш 1,5-2 ой давом этиб, шу вақт ичида кўпгина беморларда шиш белгиси йўқолади.

Иккинчи босқич жарроҳлик йўл билан даволаш ҳисобланади ва мутахассис шифокор (қон-томир жарроҳи) томонидан аниқ кўрсатмалар бўлганда амалга оширилади.

Юқоридагилардан ташқари, беморларга мунтазам равишда даволаш бадан тарбияси билан шуғулланиш тавсия этилади. Улардан энг қулайи сузиш ҳисобланади. Пиёда юриш, чанғида учиш ва велосипед ҳайдаш веноз ва лимфа оқимига ижобий таъсир этади. Спортнинг жароҳатланиш хавфи юқори бўлган турлари билан шуғулланиш тавсия этилмайди. Меҳнат қилиш ва дам олиш тартибини мавжуд вена ва лимфа оқими бузилишларига мос ҳолда ташкил этиш зарур. Иссиқ цехларда ва совуқ ҳавода ишлаш ман этилади. Иш куни давомида 4-5 марта 5-10 дақиқа горизонтал ҳолатда дам олиш мақсадга мувофиқдир. Оқсил, сув, ёғ ва тузни чеклаш тўқималараро суюқлик ҳосил бўлишини камайтиради ва шиш кўпайишини олдини олади.

Юқорида келтирилган айрим касалликларда қўлланиладиган монанд даво чоралари ихтисослаштирилган бўлимларда мутахасис врач томонидан олиб борилади, лекин беморлар шифохонадан чиққанларидан кейин ОП ва ҚВП шароитида доимо УАВ назоратида бўлишлари ва ушлаб турувчи давони давом эттиришлари лозимлиги сабабли, уни батафсилроқ ёритишни мақсадга мувофиқ деб хисобладик. Чунки Буюк Британиялик таниқли шифокор Й.Хис айтганидек, **«Шифохоналарга беморлар келадилар ва кетадилар касалликлар қоладилар, умумий амалиёт врачи фаолиятида беморлар қоладилар, касалликлар эса келадилар ва кетадилар»**.

Баён этилган маълумотлар амалиётда кўп учрайдиган шиш синдроми билан кечадиган кўпгина касалликларда унинг ривожланиш механизми турличалиги ва ҳар бир ҳолат учун ўзига хос даволаш чораларини қўллаш лозимлигини кўрсатади. Унинг сабабини ўз вақтида аниқлаш, тўғри ташҳис қўйиш, мақсадга йўналтирилган текшириш усулларини қўллаш ва улар асосида олиб борилган даво касаллик оқибати, бемор ҳаёт сифати ҳамда асосий касаллик тинч даври давомийлигини белгилайди. Буларнинг барчаси УАВ дан касалликнинг келиб чиқиши, патогенези, клиник белгилари, текшириш режаси ва даволаш усуллари тўғрисида мукаммал билимга эга бўлишни тақозо этади. Бир маъруза доирасида шиш синдромининг барча қирраларини чуқур ёритишни имкони чегараланган. Аммо у юқорида санаб ўтилган муаммоларни ечиш учун йўналиш яратиб беради, деган умиддамиз. Шифокор эса ундан фойдаланган ҳолда ўз билимини мунтазам равишда мукаммаллаштириб бориши керак

Маъруза №6 Бронхообструктив синдромда қиёсий ташхис ўтказиш. Профилактика. УАШ тактикаси.

Ўқитиш технологияси

Талабалар сони- 20-40 та	Вакт – 80 минут
Ўқув машғулотининг шакли	Лекция – визуализация
Маъруза режаси	БОС (бронхообструктив синдром) изоҳ беринг БОС олиб келувчи ҳавф омилларни санаб утинг БОС механизми Хар хил касалликларда БОСни муҳокама қилинг БОС синдроми билан кечувчи касалликларни диагностика ва дифференциал диагностикасини санаб беринг. БОС синдроми билан кечувчи касалликларни даволашини реабилитациясини, диспансеризацияси ва профилактикасини мухокама килиб беринг.
Ўқув машғулоти мақсади: Талабаларни БОС синдроми билан кечувчи касалликларни этиологияси, патогенези, диагностика ва дифференциал диагностика критериялар, замонавий даволаш принциплари ва профилактика билан таништириш.	
Педагогик вазифалар: 1.Талабаларни БОС синдроми билан кечувчи касалликларни клиникаси ва кечиши хакидаги билимларини ўзлаштириш ва чуқурлаштириш. 2.Дифференциал диагностика утказиш принципларини тушунтириш 3.Талабаларда БОС синдроми билан кечувчи касалликларда амалий кўникмаларни мустақил эгаллаш 4.Талабаларни профилактик жараён билан таништириб утиш	***Ўқув фаолияти натижалари*:** **УАШ билиши лозим**: БОС ва уни келтириб чикарадиган хавф омилларни билиш БОС синдроми билан кечувчи касалликларни диагностикаси . Дифференциал диагностикани утказишни узига хослиги Даволаш принциплари. Реабилитация ва профилактика утказиш.
Таълим усуллари	Маъруза матни, видеофильмлар, тезкор-сўров, саволлар, «ҳа-йўқ» техникаси
Таълим шакли	Лазер проектори, визуал материаллар, махсус техника воситалари билан жиҳозланган
Таълим воситалари	Коллектив
Таълим бериш шароити	Аудитория

Маъруза технологик харитаси

Этаплари, вақти	Деятельность	
	Ўқитувчи	Талабалар
1 этап Кириш (5 мин)	1. Маъруза мавзуъсинини, мақсадини, кўзлаган режасини гапириб беради	1. Эшитадилар
2 этап Билимларни долзарблаштириш (20 мин)	2.1.Талабаларни билимларини долзарблаштириш мақсадида саволлар беради: 1. БОС синдроми билан кечувчи қайси касалликларни биласиз? 2. БОС – бу нима? 3. Бронхларни гиперреактивлиги нима? 4.БОС характери ва давомийлигига қараб изоҳ беринг? Тезкор-сўров ўтказади 2.2. Экранда кўрсатиб маъруза мақсади билан таништиришни таклиф этади Слайд изоҳ беради. Слайд №1	2.1.Саволларга жавоб берадилар 2.2. №1 слайдни ўрганиб чиқадилар 2.3. №2 слайдни ўрганиб чиқадилар
3 этап Асосий босқич (информацион) (45 мин)	3.1.Маъруза мазмуни ва шахс маънавиятини шакллантириш мезонлари билан таништиради. Талабаларнинг лойиҳа мавзуси бўйича билимларини долзарблаштиради ва тезкор-сўров ўтказади: Режани 1 саволи бўйича: БОС синдромига тасниф беринг Режани 2 саволи бўйича: БОС олиб келувчи ҳавф омилларни санаб утинг Режани 3 саволи бўйича: Қайси ўпка ва ўпкадан ташқари касалликлар БОС синдроми билан кечади? Режани 4 саволи бўйича: Балғам тавсифи бўйича қанақа булиши керак? Режани 5 саволи бўйича: хансираш ва бугилиш қандай фарқланади? Мавзуъни асосий жойларида тухтаб, ёзиб олишни таклиф этинг	3.1. Берилган материалларни мухокама қиладилар, саволлар берадилар Асосий жойларини ёзиб оладилар
4 этап Якуний (10 мин)	4.1. Савол беради: 1. БОССиндроми билан кечувчи касалликларни санаб беринг.	4.1. саволга жавоб берадилар

	2. БОС классификацичсини айтиб беринг 4.2. Мустақил иш учун вазифа беради: БА, ХОБЛ	4.2. эшитадилар, ёзадилар

Маъруза баёни:

Турли этиологик омиллар ва патогенитик механмизмлар билан кечувчи бир нечта гуруҳ касалликлар бронхообструктив синдром билан кечиши кузатилади. Ана шундай касалликлар жумласига СОЎК ва Бронхиал астма касаллигини мисол қилиш мумкин. Ўпканинг носпецифик касалликларининг кенг тарқалганлиги, уларнинг асоратлари ва айниқса обструктив ҳолат билан кечиши меҳнат кунларининг беҳад йўқотилишига, ушбу касалликда даволаш – профилактика ишлари учун катта молиявий харажатлар сарфланинишига сабаб бўлмоқда. Бронхообструкцион синдромни аниқлашда, уни тўғри баҳолашда этиологиясини аниқлаш, қиёсий ташҳис ўтказиш, кечиш хусусиятларини баҳолаш, диифференциал даволаш ёки мутахассисга йўналтиришда умумий амалиёт шифокорининг квалификацияси, клиник кўникмалари катта аҳамиятга эга.

БРОНХИАЛ АСТМА (БА)

Бронхиал астма (БА) хасталиги сўнгги йиллар мобайнида дунёда энг кенг тарқалган хасталиклардан бири бўлиб, у жиддий ижтимоий, иқтисодий ва тиббий муаммога айланиб бормоқда. Умумжаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ВО3) маълумотларига асосан, қисқа давр ичида БАнинг катта ёшдаги кишилар ўртасида 5% гача бориб етиши, келгусида бу касалликнинг янада кўпайишидан далолат бермоқда. Бунинг устига атроф муҳитнинг ифлосланиб бориши, унда айниқса учиб юрувчи саноат чиқиндилари — поллютантларнинг кўпайиши, аллергенларнинг ортиши, атмосфера қобиғида азон кемтигининг ҳосил бўлиши ва инсоният генофонининг ёмонлашуви БАнинг янада кенгроқ тарқалишига ўз таъсирини ўтказмай қўймайди.

Бизнинг регионимизда ҳам аллергик хасталикларнинг, жумладан БАнинг сўнгги 5 йил мобайнида 0,7% дан 17,5% гача (Убайдуллаев А.М) кўпайиши кузатилди, бу эса БАнинг деярли 20 маротаба ошганлигидан далолат беради. Ўзбекистон бўйича тарқалиши 4,6% га тўғри келиб, ер шарида тарқалиши бўйича 19-ўринни эгаллайди. Убайдуллаев А.М. маълумотига қараганда 1984 йил Тошкент шаҳар аҳолисининг ҳар 1000 кишисига 3,6 та БА билан касалланган беморлар тўғри келган бўлса, бу кўрсаткич 1998 йилга келиб 12,4 тани ташкил. Шунингдек БА қатор мамлакатлар, жумладан АКШ, Буюк Британия, Янги Зенландия, Австралияда ҳам кўпайганлиги қайд этилган. Россия давлати йирик саноат шаҳарлари – Москва ва Санк-Петербургда БА билан касалланганлар сони ўртача 6,2% ни ташкил қилади. Ушбу давлатда касаллик билан оғриган беморларнинг умумий сони 7 миллионга, ногиронлар сони эса ўртача 1 миллионга тўғри келади.

Аслини олганда, БА билан хасталаниш ва ўлим кўрсаткичлари турли мамлакатларда турлича бўлиб, улар тўғрисида эса аниқ маълумотлар кам бўлса ҳамки, касаллик ва ўлим кўрсаткичлари бу жойларда ҳам юқори эканлиги шубҳа туғдирмайди. Шуниси ажабланарли, ҳам ачинарлики, тиббиёт соҳасидаги ютуқлар самарасига қарамай БАнинг ортиб бориши дунё мутахассислари учун глобал-улкан муаммолигича қолмоқда.

Қайд этилган муаммолар ва рақамлар тагида инсон ҳаёти сифатининг касалланиш туфайли кескин ёмонлашуви ва шу боис жамият ҳаётида тўлақонли иштирокининг бузилиши, ва ниҳоят, энг даҳшатлиси, бевақт ўлим ётади. Шунингдек БА туфайли гўдак ва ёш болаларнинг ҳаётдан кўз юмиши ҳолларининг ҳам кўпайиб бориши дунё олимларини баҳамжиҳат курашиши, янги стратегия йўлларини ишлаб чиқиши, янги дори-дармонларни кашф этиши ва қўллаши лозимлигини кўрсатаяпти. Шу асосда БА бўйича ҳалқаро лойиҳа гуруҳи ташкил этилиб (1998 й. АҚШда), унда турли мамлакат олимлари фаолият кўрсатиб келмоқдалар. Шуларнинг самараси ўлароқ, БА хасталиги тўғрисида билимларимиз доираси ва имкониятларимиз кенгайиб бормоқда.

Бугунги кунда БА хасталиги нозология сифатида қуйидагича ТАЪРИФЛАНАДИ: яъни БА - бу бронхларнинг аллергик персистенлановчи яллиғланиши ва гиперреактивлиги асосида юзага келувчи касаллик бўлиб, у бронхлар обструкцияланувига олиб келувчи бронхоконструкция, шиллиқнинг гиперсекрецияси, бронхлар девори шишиши натижасида юзага келади ва хуруж шаклида кузатиладиган нафас фаолиятининг оғирлашуви ёки нафас қисиши билан характерланади. Ушбу таърифнинг эътиборга молик тарафи илгариги таърифлардан фарқли ўлароқ, БАни «сурункали персистирланувчи аллергик яллиғланиш ва гиперреактивлик ҳолати» деб қаралиши бўлиб, бу эса патогенетик терапиянинг йўналишини аниқлаб беради.

Аввалги адабиётлар бўйича одатий бўлиб қолган БА таърифи қуйидагича эди: БА — мустақил нозологик касаллик бўлиб, у сурункали рецидивланувчи кечиши ва асосий ва доимий патогенетик механизмида бронхларнинг специфик иммунологик ва носпецифик (иммунологик бўлмаган) механизмлар таъсирида ўзгарган реактивлиги бўлиб, унинг асосий (доимий) клиник белгиси бўлиб бронхлар спазми, шиллиқ гиперсекрецияси, дискриния ва бронхлар шиллиқ қавати шишиши натижасида нафас қисилиши ёки астматик статус кузатилишидир. Кўриниб турганидек, сўнгги таърифда БАга персистирланувчи аллергик яллиғланиш ва гиперреактивлик ҳолати деб, яллиғланиш механизмини конкретлаштириб берилиши, ўзгарган реактивлик деган ибора ўрнига конкрет — гиперреактивлик, ва айниқса, буни персистирланувчи яллиғланиш эканлигини қайд этилиши прогрессив йўналишдир.

БА - нафас йўлларининг сурункали яллиғланишидир. Мойиллик бўлганда бу яллиғланиш натижасида хуружли йўталиш такрорланиб туради, хириллашлар пайдо бўлади, кўкракда сиқилиш ва нафаснинг қийинлашиши тарзида бўлади. Яллиғланиш натижасида респиратор трактнинг аллергенлар, кимёвий таъсиротлар, тамаки тутуни, совуқ ҳавога ёки жисмоний зўриқишларга таъсирчанлиги кескин ошади. Улар таъсир қилганда нафас йўллари шишиб, спазм юзага келади, кўп миқдорда шиллиқ ишлаб чиқилиб, нафас йўлларининг ташқи таъсирларга гиперреактивлиги ортади. Натижада юзага келадиган бронхиал обструкция спонтан ҳолда ёки дорилар ёрдамида ўтиши мумкин. Афсуски баъзи ҳолларда тўлиқ кетмаслиги ҳам мумкин.

БАга асосан нафас йўлларидаги яллиғланиш деб янгича ёндошиш атопик БАнинг моҳиятини очиб бера олмайди. Туғма вета-рецепторларининг функционал етишмаслиги амалда вета-стимуляторларининг ҳар доим ҳам ижобий самара бермаслиги билан, ҳамда

ветарецепторларининг туғма нуқсонлилигини исботлай олинмагани сабабли ҳам атопик БАнинг устивор сабаби деб тан олинишига тўсқинлик қилади.
Муаммонинг иккинчи тарафи эса, БА касаллиги билан сурункали бронхитнинг бир хасталикнинг 2 турдаги клиник кўринишидек манзарани ёки тасаввурни юзага келтиради.
Шундай килиб, БАнинг янгича ифодаланиши прогрессив бўлибгина қолмай, мунозарали ҳамдир.

ТАРҚАЛИШИ дунё аҳолисининг 100 миллиондан зиёдроғи БА хасталигига мубтало бўлган ва бунинг натижасида даволашга сарфланадиган маблағлар, шунингдек меҳнатга лаёқатлигини йўқотиш ва оилавий муаммолар кескин ортиб бормоқда. БА болалар орасида кўпайиб кетмоқда, айниқса урбанизация юқори бўлган худудларда. Бу эса яшаш жойининг яхши вентиляция қилинмаслиги, турар жойдаги аллергенлар (юмшоқ жиҳозлар — гилам, мебель, ўрин-кўрпада бўладиган уй канаси, уй ҳайвонлари, айниқса мушук жуни), тамаки тутуни, вируслар, аэрополлютантлар ва кимёвий таъсиротлар, дорилар ва озиқ-овқатларнинг аллергенлик хусусиятига боғлиқдир. Ирсий факторнинг роли тўғрисидаги муаммо эса ҳанузгача аниқ ўз ечимига эга бўлмай қолмоқда.
БА аксарият ҳолда оилавий характерга эга. У ҳар қандай ёшда кузатилиши мумкин. У юқмайди. БА — тиббиёт муаммоси, бемор ўз касаллигидан уялмаслиги лозим. Кўп олимпиада чемпионлари, давлат арбоблари ва машҳур сиймоларда БА хасталиги борлиги сир эмас. БА билан хасталанган бемор тўлақонли, маҳсулдор ҳаёт кечириши мумкин.

ЭТИОЛОГИЯ ҳозирги кунда касалликнинг келиб чиқиши сабаблари тўғрисидаги тушунчалар, шунингдек нафас қисиши хуружуни олдини олиш борасида ишлаб чиқилган услублар ва узоқ муддатга мўлжалланган даволаш дастурининг тузилиши касалликка қарши курашишга янгича ёндошишини шакллантиради.

Маълумки, кишилар, ва айниқса болалар аллергик анамнезида мойиллик бўлса ва улар тамаки тутуни ва турмушдаги аллергенлар (уй канаси, мушук жуни ва х.к.) таъсирига юқори берилувчан бўлади ва уларда БА юзага келиши хавфи бўлади. Баъзиларда иш жойларидаги кимёвий таъсирлар БАга сабаб бўлади. Шунингдек, экологик муҳит салбий таъсирини БАни келтириб чиқарувчи омиллардан бири эканлиги назарда тутилади.
БАни ривожланишига оли6 келувчи сабабларга тез-тез УРВИ, бронхит, кўк йўтал натижасида бронхлар шиллиқ қавати киприкли эпителийсининг жароҳатланиши натижасида шиллиқ қаватининг аллерген ва токсик моддаларга нисбатан ўтказувчанлиги ортиши олиб келиши мумкин.

ПАТОГЕНЕЗ. Нафас йўлларидаги яллиғланиш бронхиал обструкцияни 4 хил йўл билан келтириб чиқаради: 1)Ўткир бронхоконструкция-силлиқ мушак спазми натижасида; 2)ўткир ости бронхоконструкция — ҳаво йўллари шиллиқ қаватининг шишиши туфайли; 3)сурункали - ёпишқоқ қуюқ бронхиал шиллиқнинг бронхлар ва айниқса терминал бронхлар обструкцияси туфайли ва ниҳоят, 4)склеротик бронхоконструкция – бронх деворларининг склеротик деформацияси туфайлидир.

Астматик статусда нобуд бўлган пациентларнинг патологоанатомик текшириш натижалари нафас йўлларида кучли ривожланган яллиғланиш бўлишидан далолат беради. Бунда устки эпителиал қопламининг йўқолиши, базал мембранада коллаген толаларининг ҳаддан зиёд тўпланиши, бронхлар қон томирларининг кенгайиши ва шиллиқ қаватининг

шишиши кузатилади. Бронхлар шиллиқ қаватида ва уларнинг торайтирувчи шилимшиқ тиқинларда кўп миқдорда яллиғланиш хўжайра элементлари топилади.

Бронхоальвеоляр лаваж усули, биопсия усулини қўллаш натижасида, БАнинг нафас йулларининг сурункали персистирланувчи яллиғланиш касаллиги эканлиги ва ҳатто унинг симптомсиз даврида ҳам яллиғланиш белгилари сақланиши аниқланган.

БА патофизиологияси қатор хужайравий механизмлардан иборат бўлиб, яллиғланиш хужайравий элементлари макрофаглар, юмолоқ-семиз хужайралар стимуляциясини ўз ичига олади.

Бу реакциялар эрта ва кечки турларга бўлинади. Эрта ёки дарҳол юзага келадиган реакцияга бронхоспазм ва қатор яллиғланиш медиаторлари — гистамин, триптаза, простогландин D2 ва лейкотринларнинг ажралиши юмолоқ-семиз хужайралар таъсирланишидан далолат беради. Брондилятаторлар ва неодокромил натрий шу босқичда бронхоспазмга таъсир қила олади, глюкостероидлар (ГКС) эса йўқ.

Кечки реакциялар бронхлар ўтказувчанлигини камайиши, улар реактивлигининг ортиши билан характерланади. Бу реакциялар недокромил натрий ва кортикостероидларга бўйсинади, В-2 — адренергик бронходилятаторлар эса коррекция қила олмайди. Бу босқичда нафас йўлларига эозинофиллар чиқиши, цитокинларнинг ажралиши, эндотелиал хужайралар юзасига адгезияланувчи молекулаларининг экспрессияси кузатилади. Буларга қайд этилган дориларнинг таъсири ҳали ўрганилмаган.

Яллиғланиш юзага келишида ўпка структура элементларидан фибробластлар, эпителиал ва эндотелиал хужайралари иштирок этади. Улар макрофаг ва семиз хужайралар ва Т-лимфоцитлар билан қатор цитокинларнинг ишлаб чиқилишига олиб келади ва бронхларда сурункали яллиғланиш юзага келиши ва ривожланишида роль ўйнайди.

Бу жараёнлар недокромил натрий (интал), кортикостероидлар таъсирида ижобий томонга силжиши мумкин. Уларни барвақт қўлланмаслиги эса яллиғланишнинг кучайиши натижасида бронхлар девори шиллиқ қаватининг сезувчанлиги ўзгариши натижасида гиперреактивлик ҳолати ва бронхлар обструкциясини прогрессивланишига олиб келади.

КЛИНИК КЎРИНИШ. Бундай беморларда нафас йўлларида сурункали яллиғланиш йўталиш, хириллаш хуружларига сабаб бўлиб, кўкракда қисилиш ҳисси пайдо бўлади ва нафас олиш, ва айниқса, нафас чиқариш қийинлашади. Касаллик симптомлари бир неча дақиқадан бир неча кунгача давом этиши мумкин. Нафас сиқилиши хуружлари енгил, оғир, баъзида эса фатал бўлиши мумкин. Оғир хуружларда тиббий ёрдамнинг тўғри ва барвақт кўрсатилиши муҳимдир.

Астма олди ҳолат. Астма олди ҳолати қуйидаги белгиларни ўз ичига олади:

1) Ўпка ва бронхларнинг ўткир рецидивланувчи ёки сурункали обстуктив синдроми билан кечувчи касалликлари;

2) Ўпкадан ташқари аллергик ҳолатлар — аллергик ринит, эшакеми, квинке шиши, мигрень, дорилар аллергияси;

3) қон ва балғамда эозинофилия; 4) наслий аллергик касалликларга мойиллик.

Астма олди ҳолатини аниқлашда 1-гуруҳ белгиларининг бошқа гуруҳлардан бир ёки бир нечтаси бирга келиши муҳим. Бронхлар обструкцияси синдроми клиникада

триггер омиллар таъсирида хуружсимон йўтал ва хансираш билан кечади. Триггер (қўзғатувчи) омилларга турли ҳидлар, совуқ ҳаводан нафас олиш, жисмоний зўриқиш ва бошқалар кириши мумкин. Бу иккала симптом кўпинча ўзича ўтиб кетади.

Обструктив синдром патогенезида бронхоспастик компонентнинг устунлиги ётишини бронхолитиклар (сальбутамол, беротек, астмопент) билан ингаляцияли синамаларнинг ижобий натижалари кўрсатади. Бунда бронхлар ўтказувчанлиги дастлабки кўрсаткичлари 20% га ортиши мумкин.

Объектив текширув натижасида астма олди ҳолатида касалликнинг асосий белгилари кўзга ташланади: ўпканинг пастки қисмларида қутисимон товуш, везикуляр нафаснинг сусайганлиги, қуруқ ғижилловчи ва ҳуштаксимон хириллашлар. Шунинг билан бирга қонда ва балғамда эозинофиллар миқдори ортади.

Сўнгги йилларда дунё олимлари астма олди ҳолатини ажратмай, балки ўнга БА деб ёндаша бошладилар. Чунки БАни ёшларда тикланувчи обструкция ёки БАнинг «йўталли» варианти сифатида кечиши мумкинлиги қайд этилмоқда.

Бундай ёндошиш мунозаравий бўлсада, барвақт даволашни ташкил қилишда ва бронхларнинг тикланмас (қайтмас) обструкциясини олдини олишга ёрдам беради.

БАнинг ўзига хос клиник симптомлари. БАнинг асосий клиник белгиси: нафас қисиши хуружи ва унинг эквивалент белгилари (хуружсимон тунги йўтал, тўш ортида қисилиш ҳисси).

Нафас қисиши хуружининг ривожланиш 3 даврдан иборат:

1-давр — хуруж даракчилари даври: бу турли беморларда турлича бўлиши мумкин: томоғда қичишиш ва йўтал, тери, кўз, қулоқнинг қичиши, кўп сийиш ва бошқалар. Шу даврда хуружни қайтариш осонроқ бўлади.

2-давр — экспиратор нафас қисилиш хуружининг авж олиши. Бемор бунда кўкракда қисилиш ҳис этади, нафасни тўлиқ чиқара олмайди. Нафас чиқарилиши масофада эшитиладиган — дистанцияли ҳуштаксимон хириллашлар билан кечади. Бемор ўтирган ҳолда қўлларига тиралиб, мажбурий ҳолатда бўлади. Юзлари керикиб, диффўз кўкариш-цианоз кузатилади. Нафас олганда бурун катаклари пуфланади. Нафасда ҳамма ёрдамчи мушаклар иштирок этади, ўмров усти чуқурчаси, қовурғалар оралиғи нафас олинганда ичга тортилади. Бўйин веналари бўртади. Вакти-вақти билан кам балғамли қуруқ, йўтал кузатилади. Балғам ёпишқоқ, қуюқ, баъзида эса кўпикли бўлади.

Перкуссияда ўпка устида тимпаниқ товуш эшитилиб, ўпканинг қуйи чегаралари пастга силжийди;

Аускультацияда — кўп миқдорда қуруқ ҳуштаксимон, ғижилловчи хириллашлар нафас чиқариш фазасида нисбатан анча кучлироқ эшитилади, нафас чиқарилиши олишга нисбатан анча чўзилган бўлади. Юрак чегараларини ўпканинг жуда кенгайганлиги туфайли аниқлаб бўлмайди. Юрак тонлари бўғиқ бўлиб, ўпка артериясида II тон акцентли бўлади. Пульс тезлашади, таранглиги сусайган бўлади. Хуруж узоқ давом этганда юракнинг ўнг қоринчаси етишмаслиги аломатлари: жигарнинг катталашуви, оёқларда шиш кузатилади.

Балғамда типик ўзгаришлар — эозинофиллар, кам ҳолларда Шарко-Лейден кристаллари ва Куршман спираллари топилиши мумкин.

Хуружлар оғир бўлиб, узоққа чўзилса, ЭКГда ўзгаришлар бўлиши мумкин (юрак электр ўқининг ўнгга силжиши, S тишининг I да чуқур, R тишининг III, avF да баланд бўлиши мумкин. Шунингдек S-T сегментининг III, avF да инверсияси кузатилади; P тиши II, Ш стандарт ўзатмаларда баланд, ўткир учли Vl да манфий бўлиши, ҳамда баъзида 2 фазали P тиши Vl, V2 да, S-T сегментининг инверсияси ўнг кўкрак узатмаларида бўлади; Гис тутами ўнг оёқчаси блокадаси учраши мумкин. Рентгенологик текширув ўпка тўқимаси ёруғланишини орттанлигини, диафрагманинг суст ҳаракатини қайд этади.

3-давр — хуружнинг пасайиши. Беморда балғамли йўтал бўлиб, кўп миқдорда балғам чиққанидан сўнг, беморнинг аҳволи енгиллашади. Хуруж регрессияси турли беморларда турлича бўлиши мумкин — баъзиларда тез ўтса, бошқаларда хуружнинг ўтиши қийин бўлиб, беморни ҳолдан тойдиради.

Кейинги вақтларда БАнинг классик кўринишидаги хуружлари камайиб бормоқда. Баъзи ҳолларда БА бронхлардаги яллиғланиш билан кечадиган сурункали бронхит фонида шаклланади. Бундан ташқари сўнгги йиллар мобайнида БАнинг кам симптомли клиник кечиши ва унинг қайтмас обструкцияларга сабаб бўлиш ҳоллари кўпайгани қайд этилмоқда.

БРОНХИАЛ АСТМА КАСАЛЛИГИНИНГ ТАСНИФИ

Европа респиратор жамияти БАни ўпканинг сурункали обструктив касаллигига киритади, бунда сурункали обструктив бронхит, ўпка эмфиземаси ҳам шу гуруҳга киритилади, яъни БАнинг асосий клиник симптомлари бронхлар обструкцияси — торайиши туфайли эканлигига урғу берилади.

Бизда узоқ давр А.Д. Адо ва П.К. Бўлатов (1969) таснифи қўлланилиб келди; бу таснифга асосан БАнинг инфекцион-аллергик, атопик ва аралаш клиник турлари фарқланади. Кейинги даврда Г.Б. Федосеев (1982) тўлдирган БА таснифи қўлланилди, бунда БАнинг клиник ва патогенетик турлари фарқланади.

Эндиликда БАнинг таснифи мустақил нозология сифатида — яъни сурункали аллергик касаллик деб, уни оғирлик даражаларига қараб, тасниф қилиш амалий ва стратегик жиҳатдан муҳим деб қаралаяпти.

БА бўйича глобал инициатив гуруҳи БА оғирлик даражаларини қуйидаги кўрсаткичларга асосан аниқлашни тавсия этади:

1. Ҳафтада тунги симптомлар миқдори.
2. Ҳафтада кундузги симптомлар миқдори.
3. Қисқа таъсирли β -2 агонистлар қўллашга эҳтиёж.
4. Жисмоний фаоллик ва уйқунинг бузилиш даражаси.
5. Нафас чиқаришнинг максимал кўрсаткичлари, унинг лозим бўлган ва оптимал кўрсаткичларга нисбатан фоизли нисбати.
6. Нафас чиқаришнинг максимал кўрсаткичларининг ўзгаришлари.

Бу тасниф қуйидагича таҳлил этилади:

Енгил персистирланувчи астма. Бу форма беморда касаллик хуружлари симптомининг ҳафтада 1 марта ёки ундан кўпроқ, аммо кунига 1 мартадан ошмаслиги билан характерланади, бу эса бемор уйқуси ва жисмоний фаоллигига таъсир этади. Тунги астма симптомлари ойига 2 мартадан кўп бўлади. Беморларда максимал нафас

чиқарилиши ҳажми (МНЧХ) ёки 1 секундли кучли нафас чиқариш ҳажми (КНЧХ) лозим бўлган катталикларнинг 80% га тенг, сутка давомида унинг ўзгариши 20-30% атрофида бўлади.

Ўрта оғирликдаги персистирланувчи астма узоқ вақт мобайнида кунда касаллик симптомларининг кузатилиши билан кечади; тунги астма симптомлари ҳафтада 1 мартадан зиёдроқ бўлади, бемор ҳар куни β -2 агонистларини ишлатишга эҳтиёж сезади. Уларда МНЧХ ва КНЧХ кўрсаткичлари лозим кўрсаткичларининг 60-80% ни ташкил этади. Уларнинг суткалик ўзгариши 30% дан ортик бўлади.

Оғир персистирланувчи астма — беморда касаллик симптомлари узлуксиз узоқ вақт мобайнида кузатилади, тез-тез тунги хуружлар бўлади, жисмоний фаоллик чегараланади, дорилар қабул қилинишига қарамасдан, оғир бўғилиш – астматик хуружлар давом этади. МНЧХ ва КНЧХ даволашга қадар норматив кўрсаткичларнинг 60% ни ташкил этади, унинг ўзгариши сутка давомида 30% дан юқори бўлади.

КЛИНИКАСИ. БАнинг ўта оғир вариантини ажратиш мақсадга мувофиқдир. Бунда барча касаллик мезонлари кескин ифодаланган бўлиб, уларнинг стероид терапияга сезувчанлиги пасаяди. Қайта-қайта астматик статуслар кузатилади, улар интенсив ёки реанимация ёрдамига муҳтож бўладилар.

БА АСОРАТЛАРИ: ўпка юраги (ўткир, ўткир ости, сурункали), ўпка эмфиземаси, пневмосклероз, ўпка ателектази, интерстициал, медиастенал эмфизема, спонтан пневмоторакс, неврологик ва эндокрин асоратлар.

Касаллик кечишида қўзиш ва ремиссия даврлари тафовут этилади.

Ушбу таснифнинг муаммоли томони шундан иборатки, БАнинг оғирлик даражаларининг муҳимлиги доимий бўлмай, баъзан прогнозлаш ҳолатлар юзага келиши, салбий оқибатларни юзага келиши мумкинлигидир. Шунинг учун БАни таснифлашда кенгроқ ёндошиш мақсадга ҳар тарафдан мувофиқдир деб ўйлаймиз.

ДИАГНОСТИКАСИ. БА диагностикаси касаллик симптомлари таҳлили ва яхшилаб йиғилган анамнез асосида қўйилади. БАга қуйидаги симптомлар хос: эпизодик хансираш, ҳуштаксимон хириллашлар, тунда ва эрта тонгда кучайувчи кўкрак қафасида қисилиш ва йўтал. Бемор симптомларнинг такрорланиб туришини ва уларнинг аллергенлар, жисмоний зўрикиш, ўчоқли инфекциянинг қўзиши, вирус инфекцияси, ирритантлар қўзгашини қайд этади. Анамнезида мавсумий хуружлар, аллергик реакцияларга мойиллик, ирсий мойиллик қайд этилади.

БА диагностикасида ташқи нафас фаолиятини (ТНФ) текшириш обструктив синдром диагностикаси учун муҳимдир. ТНФ текшириш бронхлар ўтказувчанлигини аниқласа, бу кўрсаткичларнинг ўзгариши бронхларнинг гиперреактивлиги ҳақида маълумот беради. Бу мақсадда 2 усул эътиборга моликдир: 1 секунддаги куч билан нафас чиқариш ҳажми (КНЧХ1), максимал нафас чиқаришнинг ҳажми (МНЧХ) ни аниқлаш. КНЧХ — спирометрда, МНЧХни пиклфлуметрда ўлчанади. Бронходилятацион тест бронхиал гиперреактивликни аниқлашда ёрдам беради.

Респиратор трактдаги яллиғанишни балғамда эозинофиллар ва метахроматик хужайраларни ва қондаги ўзгаришлар орқали аниқланади.

ҚИЁСИЙ ТАШҲИС. БА қуйидаги касалликлар билан қиёсий ташҳис қилинади: Сурункали обструктив бронхит билан — бунда хансираш ва нафаснинг қийинлашуви хуружсимон эмас, балки доимо бўлади, ва у йўтал ва жисмоний ҳаракатдан кейин зўраяди. Балғамнинг кўчиши беморга енгиллик туғдирмайди; бронхлар обструкцияси ремиссия даврида ҳам қайтмас бўлади; эозинфилия ҳолати бўлмайди; аллергенлар билан тери синамалари манфий бўлади.

Юрак астмасидан дифференциация қилиш мушкул вазифа, чунки БАли кекса касалларда кўп ҳолларда юрак хасталиги бўлади. Юрак астмасида хансираш аралаш типда-экспиратор ва инспиратор турда бўлади, бунда нафас қайнаётган сув товушини эслатувчи хириллаш билан ва кўпикли пушти ранг балғамли бўлади. Ўпка усти сатҳида ҳар икки тарафдан жарангсиз нам хириллашлар эшитилади. Юрак чап қоринчаси етишмаслиги шу ҳолатга сабаб бўлган юрак хасталигининг қатор бошқа симптомлари билан кечади.

Истерик астма – кўпинча ёш аёлларда учрайди ва стрессли ҳолатлардан сўнг хансираш хуружи бўлиши мумкин. Лекин бунда нафас частотаси 40-50 мартагача бўлиб, юзаки бўлади — у "кучук хансираш" ни эслатади. Аускультацияда ўпкада ўзгариш бўлмайди.

БА даволашни умумий дастурига киради:

1) ўқитиш дастури;
2) оғирлик даражасини баҳолаш ва мониторинг;
3) касалликни провакация қилувчи факторларни йўқотиш ва уларни назорат қилиш;
4) медикаментоз давони индивидуал схемасини ишлаб чиқиш;
5) бўғилиш хуружи ва астматик статусда тез ёрдам;
6) диспансер кузатув.

БРОНХИАЛ АСТМА КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШ ПРИНЦИПЛАРИ.

Ҳозирги даврда БАни даволашдаги янги ёндошишлардан бири — бу унинг негизли ёки базис терапиясининг ишлаб чиқилишидир. Негизли давонинг БАда асосан яллиғланишга таъсир этиши асос қилиниб олинган.

Шундай қилиб, БАнинг негизли давоси асосини яллиғланишга қарши терапия ташкил этиб, ўнга қуйидагилар киради:

- хромгликат натрий (интал, натрий-кромолин);
- недокромил натрий (тайлед);
- ингаляцион ва системали кортикостероидлар;
- специфик (махсус) иммунотерапия.

БАнинг енгил ва ўртача оғир босқичларида даволаш яллиғланишга қарши ностероид препаратлар — интал (хромгликат натрий) ёки тайлед (недокромил натрий) билан оғир кечишда эса ингаляцион кортикостероидлар билан олиб борилади.

Интал ва тайлед препаратлари аллергик реакцияларининг дастлабки босқичларидаёқ ингибиция қилиши ва сурункали яллиғланишнинг кейинги босқичларига ҳам, демакки, бронхиал гиперреактивлигини камайтира олиш хусусиятига эга.

Интал плюс (хромгликат натрий+сальбутамол) – комбинирланган доривор препарат бўлиб, сальбутамол - селектив β-2 симпатолитик — бронхларни кенгайтирувчи таъсирга, интал эса бронхоспазмни олдини олади, семиз хужайралардан гистамин ажралишини тўхтатади. Интал-плюс БА хуружларини тўхтатиш учун ёрдам бермасада, систематик даво учун қўлланилиши мақсадга мувофиқдир.

Тайлед — аллергия медиаторлари ажралишини тормозлайди, у кўпроқ астмани даволашда специфик хусусиятга эга. 2 ой мобайнида кунига 2 ингаляциядан 2 маҳал олиниши ремиссияга олиб келади.

Кортикостероидлар БАни даволашдаги энг эффектив дорилардир. Улар парентерал, перорал ёки аэрозол шаклида қўлланилади.

Ингаляцион кортикостероидлар эффектив ва хавфсиз ҳисобланади. Кортикостероидларни системали қўллаш асосан бошқа усуллар, жумладан ингаляцион кортикостероидлар, самарасиз бўлганда қўлланилади.

Ингаляцион кортикостероидларга Беклатиазон дипропионат (бекламед, бронхокорт, бекотид), Беклокорт, Ингокорт (флунизолид) — пролангирланган таъсирга эга, Азмакорт (триамцинолон ацетонид) лар киради. Айтиш лозимки, Азмакорт салбий таъсирга эга бўлмаганлиги билан ажралиб туради.

Махсус гипосенсибилизация — иммунотерапия аллергик махсус шифохоналарда олиб борилади. Уни фақат БА ва инфекция ўчоқлари симптомлари ремиссияси даврида олиб борилади.

Бронходилататорлар — бу гуруҳ препаратлари бевосита БА хуружини енгиш учун қўлланилади, аммо улар кўпроқ симптоматик моҳиятга эга бўлганлиги учун монотерапия шаклида ишлатилиши мақсадга мувофиқ эмас. Бронх кенгайтирувчи дорилар хуруж даврида дарҳол енгиллик туғдиради, аксарият ҳолда вақтинча самарага эга. Шунинг учун уларни фақат лозим бўлгандагина ишлатиш керак. Бу препаратлар 3 гуруҳга бўлинади: 1) адренергик рецепторлар стимуляторлари - симпатомиметиклар; 2) антиҳолинергик моддалар — холинолитиклар; 3) метилксантинлар — миолитиклар.

1. Симпатомиметиклар — адренергик рецепторларга монанд бўлиши туфайли ўз навбатида 3 гуруҳга бўлинади: а) □- ва □-адренорецепторларни қўзгатувчилар; б) □-1 ва □-2 рецепторларни қўзгатувчилар; в) селектив □-2 адреностимуляторлар. □-2 адреностимуляторларнинг салбий таъсири кам бўлгани туфайли, БАда кўпроқ ишлатилади.

Ингаляцион симпатомиметиклар — хуруж олдидан ишлатилса, уни олдини олади, лекин касалликнинг умумий кечишга таъсир эта олмайди. Улар □-2 рецепторларни стимуллаб, бронхларни кучли кенгайишига олиб келади.

Препаратлар: қисқа таъсирли □-2 агонистлар - сальбутамол
(вентолин); фенатерол (беротек); тербуталин (бриканил);

чўзиқ таъсирли (пролонгирланган), □-2 агонистлар - сальметерол (серевент, салметер); фермотерол (фародил).

2. **Антихолинэргик дорилар** - парасимпатолитик ёки холинолитиклар - мускарин рецепторларни қамал қилади ва адашган нерв n.vagus ни таъсирланишини камайтириш

ҳисобига бронхларни кенгайишига олиб келади. Ингаляцияли тури симпотомиметикларни беморларга қўллаш қийин бўлганда ишлайтилади.

Препаратлар: атровент - дозаторли аэрозоль, беродуал, тровентол.

3. **Метилксантинлар** — миолитиклар (теофиллин препаратари) — бронхлар деворига спазмолитик таъсир кўрсатувчи, инотроп таъсирли, нафас мушакларини толиқишини камайтиради. Кўпинча чўзиқ таъсирли препаратлар қўлланилади.

Препаратлар: теофиллин, эуфиллин, аминофиллин ретард, теоспирекс, теодур, теопек, эуфиллин ретард.

Бошқа доривор моддалар:

Задитин (кетотифен) — аллергия медиаторларининг синтези ва экскрециясини тормозлайди, нафас йўлларида аллергик яллиғланиш ва гиперреактивликни ривожланишига тўсқинлик қилади.

Аллергияга қарши иммуноглобулин, гистоглобулин. БАни қўзишини камайтиради, касалликнинг кечишини енгиллаштиради, клиник ремиссияга олиб келиши ҳам кузатилади.

Иммуностимуляторлар — интеркуррент ўткир респиратор касалликларни олдини олади, ўчоқли инфекциянинг қўзишини камайтиради.

Антибиотиклар — йирингли балғам ва лейкоцитларнинг сони балғам ва қонда кўпайганда ва яъни бактериал инфекция бўлганда ҳарорат кўтарилганда қўлланилади.

Касалликнинг ремиссия даврида натуротерапия (дориларсиз даволаш) қўлланилиши мақсадга мувофиқ. Натуротерапияга элиминацияловчи даво; машқлар билан даволаш; фитотерапия ва комбинацияли даволар киради.

Элиминацияловчи давога: енгиллаштирилган парҳезли даво (очлик билан даволаш), гемосорбция, плазмаферез, цитаферез, постурал дренаж киради.

Машқлар билан даволашга - нафас гимнастикаларининг барча турлари, гипо- ва гипербаротерапия, акупунтура, Су-жок терапия, специфик гипосенсибилизация, психотерапия киради.

ФИТОТЕРАПИЯни ўсимлик чангларига аллергияси бор беморларга айниқса сабабчи аллергенни аниқлаш қийин бўлган ҳолларда ўтказиш мумкин эмас.

БАни оғир хуружида тез ёрдам кўрсатишда қисқа ва тез таъсир этувчи бронхолитиклар қўлланилади. Буларга қисқа таъсирли □-2 агонистлар - адренергик препаратлар, □-2 стимуляторлар, симпатомиметиклар киради ва улар бронхларнинг силлиқ мушакларини бўшаштиради, мукоцилиар клиренсни кучайтириб, томирлар ўтказувчанлигини тезликда камайтиради (альбутерол, фенотерол, сальбутамол, тербуталин). Бошқа шошилинч ёрдам усулларига ингаляцион антихолинэргик дорилар (ипротропиум бромид, окситропиум бромид) киради. Улар вагус таъсирини камайтиради; уларнинг таъсири □-2 агонистларига нисбатан бироз кечроқ бошланади. Шунингдек қисқа таъсирли теофиллин (эуфиллин, теофиллин, аминофиллин), астматик статус, асфиксия синдромида ишлатилади. Астма хуружларини даволашда адреналинни назорат остида ишлатилиши муҳимдир. Кортикостероидларни астматик статуснинг дастлабки босқичида қўлланилади, ва бунда даставвал томир ичига шприцда 1/4-1/5 дозасини, кейин қолганини томчилаб юборилади.

Бронхиал астма касаллигини босқичма-босқич ёки «зинапоясимон» даволаш касалликнинг оғирлик даражаси ортиб боришига қараб дориларнинг миқдорини ва қабул қилиш сонини орттириб боришни назарда тутади. Бу усулнинг асосий мақсади - кам миқдорда дориларни қўллаб яхши натижага эришишдир. Бунда врач даволаш усулини танлай била олиши, яъни касалликнинг бошидаёқ максимал дозада дорилар, жумладан, кортикостероидли дориларни қисқа курс сифатида қўллаб, кейин стабилизация ҳолатидан кейин пасайтириши, ёки касалликнинг бошланғич давридан оғирлик даражига қараб, дориларнинг минимал миқдоридан бошлаб қўллашини ҳал қилиши зарур. Ҳар икки ҳолда ҳам мақсад астмани назоратлай, яъни бошқара олишдир, ва бу мақсадга 3 ой давомида эришишга муваффақ бўлинганда терапияни камайтиришни яхшилаб таҳлил қилиш ва «зинопоядан» бир поғона — бир қадам пастга тушиш мумкин; бордию акси бўлса, унда бир поғона юқори кўтарилади; энг муҳими ҳар бир конкрет бемор ва конкрет ҳолат учун даволаш усули танланади.

БАни бутунлай тузатиш ҳозирча мумкин эмас. Аммо тўғри даволаш натижасида касалликнинг симптомлари ва хуружининг олдини олса бўлади. БАни профилактикасида шунингдек атроф муҳитдаги аллергенлар ва бошқа триггер - эса 11 миллион беморни ташкил қилишини башорат қилмоқда.

БА дунёда энг кўп тарқалган касалликлардан биридир. УЖССТ маълумотларига кўра БА катта ёшдагилар ичида 5%, болаларда — 10% гача қайд этилмоқда, ва келгусида бу касалликнинг янада кўпайиши кутилмоқда. БАнинг оғир турларининг сони тобора ортиб бормоқда. Бу эса организмга поллютантлар, аэроаллергенларнинг салбий таъсири сақланиб қолаётганлиги билан узвий боғлиқдир. Шу сабаб бу муаммо дунё олимларини диққат марказида қолмоқда.

БА этиологиясида бирор бир аниқликлар бўлмасада, кейинги даврда унинг моҳиятига ёндошишда ўзгаришлар бўлиб, унинг асосида яллиғланиш механизми устун туриши ва шунинг натижасида гиперревктивлик ва обструкцияланиш юзага келиши ҳолати аниқланади. Шунингдек астма олди ҳолатига БА деб қараш лозимлиги тавсия этилган.

Касалликни даволашда бирлик босқичларига қараб «қадамлаб» даволаш жорий этилди ва унинг асосий яллиғланишига қарши дорилар бериш усули билан «негизли» даволаш татбиқ қилинди.

Шундай қилиб, БА юзага келтуривчи мураккаб жараёнларни англаш, ҳар бир алоҳида ҳолда касалликнинг клиник симптоматикасини ўрганиш, ўз вақтида керакли давони қўллаш БА оғир ва асоратланган кечишини, бевақт ўлимнинг олдини олишга имкон беради. Энг муҳими, беморларнинг ҳаёт сифати ва мазмунига, унинг тўлақонли бўлишига ёрдам беради.

Ҳозирги вақтда БАни даволаш учун фармокологик препаратлар ёрдамида рационал даволаш тизими ишлаб чиқилган, беморни ўз-ўзига ёрдам бера олишига ўргатиш (астма мактабларида), триггерларни элиминация қилиш, натуротерапия усулларидан фойдаланиш масалаларига жиддий ёндошилмоқда; ва шу асосда БАни даволашда интеграл терапияга асос солинди ва булар яқин келажакда яхши натижаларга олиб келиши шубҳасиздир.

Сурункали обструктив ўпка касалликлари (СОЎК) – умумлаштирилган тушунча бўлиб, ўз ичига қуйидаги нафас йулларининг касалликларини олади: буларга сурункали обструктив бронхит (СОБ), ўпка эмфиземаси (УЭ), оғир кечувчи бронхиал астма (БА) хасталиги киради. СОЎК бу терминал нафас етишмовчилиги белгилари билан кечувчи симптомокомплекс бўлиб, ОФВ1 <1,5 л ёки 30% , яъни бу касалликни прогрессирланишига олиб келиб, қайтмас бронхообструкция, ўпка юракка олиб келади. СОЎК 90% ҳолларда СОБ, 1% гача ўпка эмфиземаси, 10% ҳолларда БА касаллигини оғир даражаси ҳисобига содир бўлади.

Европа респиратор жамиятининг маьлумотига кўра СОЎК билан оғриган беморларда касаллик 25% ҳолларда эрта босқичида аниқланиб ташҳис қўйилади.

Статистик маьлумотга кўра Россия Федерациясида 1 миллионга яқин киши СОЎК билан оғриши қайд этилган бўлиб, норасмий эпидемиологик тахминлар натижаси ахборотларга қараганда 2002 йил Жаҳонда СОЎК натижасида 2740000 беморни ўлими кузатилган.

СОЎК хавф омиллари. Ташқи омиллар: чекиш, профессионал зараралар, ташқи муҳит ифлосланиши, паст социал-эқономик ҳолат, аденовирус инфекцияси, витамин С дефицити. Ички омилларга эса: а1-антитрипсина дефицити, бронхларни гиперреактивлиги, касалликнинг оилавий характери, генитик мойиллик ҳисобига келиб чиқиши аниқланган.

СОЎК шаклланиши сабаблари: 90% ҳолларда СОБ, 1% ўпка эмфиземаси, 10% ҳолларда эса БА оғир даражаси ҳисобига содир бўлиши мумкин.

СОЎК таснифи (оғирлик даражасига кўра).

Енгил даража: асосий клиник белгилари: доимий бўлмаган йўтал, интенсив жисмоний юкламада хансираш. Функционал кўрсаткичлар: ОФВ1> 70%. Ҳажм кўрсаткичлари нормада.

Ўрта оғир даража: Асосий клиник белгилари: домий йўтал, кўпроқ эрталаблари, қийин кўчувчи балғам, бироз жисмоний юкламада хансираш. Тарқоқ қуруқ хириллашлар. Функционал кўрсаткичлар: ОФВ1 – 50-69% , ўпка қолдиқ ҳажмини ошиши, транзитор гипоксия эпизодлари, юрак ўнг бўлимлари зўриқиш белгилари билан ифодаланади.

Оғир даража: асосий клиник белгилари: доимий йўтал, тинчликда хансираш, цианоз, ёрдамчи мушакларни нафас актида қатнашиши, дистанцион хириллашлар, ўнг коринча етишмовчилиги белгилари. Функционал кўрсаткичлар: ОФВ1 50% дан кам, гипоксия, гиперкапния, ўпка юрак белгилари, нафас мушаклари толиқиши ва умумий қон таҳлилида эритроцитоз белгилари.

СОЎК авж олиш асосий сабаблари:

БИРЛАМЧИ:- Трахеобронхиал дарахт инфекцияси (асосан вируслар),-Атмосфера поллютантлари

ИККИЛАМЧИ:- Пневмония, юрак етишмовчилиги, ўпка эмболияси спонтан пневмоторакс, дори воситалари:(ухлатувчи дори воситалари, транквлизаторлар, диуретиклар). Метаболик бузилишлар: қандли диабет, электролит дисбаланси, орттирилган иммун танқислиги касалликлари, қон кетишлар.

СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ ЎПКА КАСАЛЛИГИНИ

ДАВОЛАШ ДАСТУРИ.

- Беморларга тушунтириш ишларини олиб бориш, уларни ўқитиш
- Чекишни тўхтатиш
- Бронходилататорларни буюриш
-Мукорегулятор препаратларни буюриш
-Глюкокортикостероидли терапия
-Нафас етишмовчилигини коррекцияси
-Инфекцияга қарши даволаш
-Реабилитацион терапия

СОЎКда бронхларни кенгайтирувчи дори воситаларини ҳажми ва кетма-кетлиги

Енгил босқичи: Касалликнинг авж олган даврида М-холинолитиклар,

Заруратга қараб В-агонистлар ҳам комбинацияққилинади.

Ўртача оғирлик босқичида: М - холинолитиклар доимий, В-2 агонисталар эҳтиёжга қараб, сўнгра доимий фойдалниш учун буюрилади. Кўрсатма бўлганида метилксантин унумлари тавсия этилиши мумкин.

Оғир босқичи: М-холинолитиклар+ В2-агонистлар доимий, метилксан-тинлар билан биргаликда қўлланилади.

Ингаляцион препаратларни спейсерлар ва небўлайзерлар ёрдамида фойдаланиш.

МЕТИЛКСАНТИНЛАР, таьсир механизмлари: бронхлар гиперсекр-рициясинда IV ва V тип фосфдистераза ферментини ингибиция қилиб, бу ўз навбатида Ц-АМФ концентрациясини ошишига олиб келади. Натижада тўқима ичидаги Са 2 камаяди ва оқибатда бронхларни дилатацияси кузатилади. Семиз хужайралар, моноцитлар, эозинофиллар ва нейтрофилларда яллигланиш медиаторлари ажралишини камайтириш ва тромбоцитларда ц-АМФ миқдорини оширади.

-Теофиллин аденозин рецепторини қамаллаб (блоклаб), нафас йўлларида силлиқ мушакларни қисқаришини камайтиради.

М- холинолитиклар- СОЎКдаги бронхообструкцияда холинэргик бронхо-обструкция бўлиб, антихолинэргик препаратлар ёрдамида бартараф этилади.

ХОЛИНОЛИТИК дори воситаларига атровент препарати мисол бўлиб, бронхиал астма касаллигининг енгил ва ўрта оғир даражасида, СОЎК касалликларида, юрак қон-томир касалликлари билан бирга кечганда бета-2 агонистларга альтернатив сифатида тавсия этилади, ҳамда ишлатилиш дозаси қуйидагича: 2 марта (36 мкг) 4 маҳал кунига. Баьзан жисмоний зўриқишдан олдин ҳам қўлланилиши мумкин.

Глюкокортикостероид препаратлар - базис терапиядаги бронхларни дилятациялвчи терапиянинг максимал дозалари самарасиз бўлганда БАни ва СОЎКни даволашда тавсия этилади.

В-2 агонистлар__- бронхоспазмни бартараф қилиш, мукоцилиар клиренсни камайтириш, семиз ва базафил хужайралар дегрануляциясини камайтириш-нейтрофиллардан лизосомал хужайралар ажралишини олдини олади. Ушбу препаратга Сальбутамол мисол бўлиб, бронхиал астма ва ўпка эмфиземасида бронхоспазмни симптоматик терапияси сифатида зарур бўлганда ишлатилади. Узоқ таьсир этувчи препарат Сальметерол эса бронхиал астма ва СОЎК режали терапиясида, ҳамда тунги

астма профилактикасида фойдаланилади. Ишлатилиш дозаси: 25-50 мкг (аэрозол) 2 маҳал кунига, зарур бўлганда 200 мкг гача беморлар қабул қилишлари ҳам мумкин бўлади.

Шундай килиб, Умумий амалиёт шифокори фаолиятида бронхообструктив синдром энг кўп учрайдиган белгилардан биридир. Бу симптом бемор ҳаётига хавф солувчи ва тезкор чора- тадбирлар ўз вақтида қўлланилмаган тақдирда ўлимга олиб келувчи касалликларнинг асосий белгиларидан бири бўлиши мумкин. Демак, Умумий амалиёт шифокори ушбу синдром билан намоён бўладиган барча касалликларнинг солиштирма ташҳислашни яхши билишлари лозим. Бронхообструктив синдромни таҳлил қилишда талабаларнинг қуйи курсларда ҳар бир касаллик тўғрисида етарли даражада олган билимлари муҳим аҳамиятга эга.

Умид қиламизки, ушбу маърузадан тиббиёт институтлари юқори курс талабалари ва амалиётда ишлаётган шифокорлар ўз фаолиятларида асосий қўлланмалардан бири сифатида кенг фойдаланадилар.

Маъруза №7 Гепатомегалия ва сариқлик синдроми. Гепатомегалия ва сариқлик синдромида дифференциал ташхис. Профилактика. УАШ тактикаси.

ЎҚИТИШ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Талабалар сони- 20-40 та	Вакт –80 минут
Ўқув машғулотининг шакли	Маъруза – кўрсатиб намойиш этиш билан
Маъруза режаси	1.Гепатомегалиянинг асосий сабаблари 2. Гепатомегалия кечадиган касалликлар 3. Гепатомегалиянинг асосий клиник белгилари 4. Гепатомегалия қиёсий ташхиси 5. Гепатомегалия диагностикаси 6. Гепатомегалия асосий даво принциплари 7. Гепатомегалияда УАВ тактикаси
Ўқув машғулоти мақсади: Талабаларга Гепатомегалия тўғрисида маълумот бериш, уни таснифи ва асосий клиник белгилари, ушбу холатга олиб келувчи касалликларнинг асосий ташхисий меъзонлари, асоратлари, ташхислаш, тез ёрдам ва профилактика тамоиллари билан таништириш.	
Педагогик вазифалар: ✓ Гепатомегалия билан кечувчи энг кўп учрайдиган касалликлар рўйхатини аниқлаш ✓ Гепатомегалия билан кечувчи энг кўп учрайдиган касалликларни эрта аниқлашдаги етакчи ва кузатиладиган аломатларни аниқлаш	***Ўқув фаолияти натижалари*:** **УАШ билиши лозим**: 1. Гепатомегалиянинг диагностикаси ва диф.диагностикаси. 2. Гепатомегалия бор беморларнинг касалхонага ётқизишга кўрсатмадларни 3. Гепатомегалияда УАШ тактикаси

✓ УАВ хизмат кўрсатиш категориясини ССВнинг 2009 йилдаги № 80 сонли буйруғига кўра аниқлаш ✓ УАВнинг ҚВП ёки ОП шароитида Гепатомегалия билан кечувчи энг кўп учрайдиган касалликларга чалинган беморлар олиб бориш тамойиллари ҳамда диспансер кузатув стратегияси аниқлаш ✓ УАШни Гепатомегалия дифференсиал диагностикаси хамда унинг келиб чиқиш сабаблари ва этиологияси бўйича кечиш турини ўргатиш ✓ УАШ харакатларини квалификацион характеристика бўйича тахлил қилиш. ✓ Даволаш принципларини тахлил қилиш (номеди-каментоз медикаментоз) ✓ Шу касалликда бирламчи иккиламчи ва учламчи профилактик чора тадбирларни тахлил қилиш.	4. Даволаш принциплари (медикаментоз ва немедикаментоз) 5. ҚВП ва СВП шароитларида беморларни диспансер кузатувини хамда уларни мониторинг олиб бориш 6. Бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика принципларини
Таълим усуллари	Маъруза матни, видеофильмлар, мия хужуми, вазиятли ҳолатлари ечиш, гурухлар орасида мусобақа, «ҳа-йўқ» техникаси
Таълим шакли	Лазер проектори, визуал материаллар, махсус техника воситалари билан жиҳозланган
Таълим воситалари	Коллектив
Таълим бериш шароити	Аудитория

МАЪРУЗА ТЕХНОЛОГИК ХАРИТАСИ

Босқичлари, вақти	Фаолият	
	Ўқитувчи	Талабалар
1 босқич Кириш (5 мин)	1. Маъруза мавзусинини, мақсадини, кўзлаган режасини гапириб беради	1. Эшитадилар
2 босқич Билимларни долзарблаштириш (20 дақиқа)	2.1.Талабаларни билимларини долзарблаш-тириш мақсадида саволлар беради: 1 Бўғим синдроми деганда нимани тушунасиз? 2 Бўғим синдроми билан кечадиган касалликлар 3. Бўғим синдроми диагностик мезонлари? 4. Бўғим синдромининг даво принциплари? 2.2. Экранда кўрсатиб маъруза мақсади билан	2.1.Саволларга жавоб берадилар

	таништиришни таклиф этади Слайдда келтирилган маълумотларга изоҳ беради. Слайд №1, 2,...	
3 босқич Асосий босқич (информацион) (45 дақиқа)	3.1.Маъруза мазмуни ва шахс маънавиятини шакллантириш мезонлари билан таништиради. Талабаларнинг лойиҳа мавзуси бўйича билимларини долзарблаштиради ва “мия ҳужуми” ўтказади.	3.1. Берилган материалларни мухокама қиладилар, саволлар берадилар Асосий жойларини ёзиб оладилар
4 босқич Якуний (10 дақиқа)	4.1. Савол -жавоб: Бўғим синдромида қиёсий ташхислаш. Даволашга индивидуал ёндошиш.Профилактика. УАШ тактикаси	4.2. эшитадилар, ёзадилар

Маъруза баёни.

Вирусли гепатит А (ВГА) – ўткир юқумли касаллик бўлиб, антропонозлар гуруҳига мансуб ва кўпроқ болаларда учрайди ҳамда кечишида даврийлик хос. Касалликнинг субклиник ёки сариқликсиз – кам белгилар билан кечадиган шакллари мавжуд. Яширин даврнинг сўнгги кунлари ва хасталик бошланғич даврининг илк ҳафтасини бошидан кечираётган беморлар инфекция манбаи бўлиб хизмат қилади. Унинг фекал-орал тарқалиши - маиший алоқа, озиқ-овқат маҳсулотлари ва сув орқали амалга ошади. Касалликнинг йирик ўчоқлари аҳолини сув билан таъминловчи ҳавзаларнинг нажас билан ифлосланиши оқибатида юзага келади ва кўпинча куз-қиш фаслларида кузатилади. Гепатит А нинг ўзига хослиги, клиник жиҳатдан енгил кечиши ва жараённинг сурункали босқичга ўтиш хавфи умуман йўқлигидадир. ВГА, бошқа гепатитлар каби сариқлик ёки усиз кечиши мумкин. Сариқлик олди даври одатда 4–5 кун давом этади. Кўп ҳолларда гриппга ўхшаш ва аралаш кечиши, баъзан – диспептик ва астеновегетатив шаклда кузатилади ҳамда ушбу давр тана ҳарорати кўтарилиши, беҳоллик, бош оғриши, иштаҳа сусайиши билан давом этади. Сариқлик олди даври сўнггида пешоб тўйинган, нажас эса аксинча оқиш рангга эга бўлади. ВГА нинг сариқлик даври пешоб рангининг тўйиниши, склералар, оғиз-ҳалқум шиллиқ қавати ва тери сарғайиши билан бошланади. Беҳоллик, уйқучанлик, иштаҳа сусайиши, ўнг қовурға ости соҳасида симилловчи оғриқлар кузатилади. Сариқлик даври давомийлиги 7–15 кун. ВГА нинг асосий хос маркерлари - эрта анти-HAV IgM антитаначалардир. Улар қон зардобида яширин даврнинг 5–10-кунидан бошлаб пайдо бўлади ва касалликнинг кечиши давомида аниқланади. Кечки анти-HAV IgG аниқланиши илгари ВГА бошдан кечирганлигидан далолат беради. Касалликка қарши эмлаш деярли доимо бутун ҳаёт мобайнида иммунитет шаклланишига шароит яратади.

Таянч ташҳисий белгилар:

- касалликни асосан алоқа йўл билан тарқалиши;
- эпидемик ўчоқлар шаклланиши ва касалликни гуруҳли кечиши;

- касалликни сентябр–январ ойларида кўп учраши;
- асосан болалар ёки навқирон ёшлиларда ривожланиши;
- одатда тана ҳароратининг юқори даражагача кўтарилиши билан бошланиши;
- сариқлик олди даври қисқа муддат, 4–5 кун давом этиб, кўп ҳолларда диспептик белгилар билан кечиши;
- сариқлик пайдо бўлгач, бемор умумий аҳволининг оғирлашмаслиги, унинг енгил намоён бўлиши ва қисқа муддат давом этиши;
- умумий заҳарланиш белгиларининг енгил бўлиши ва касалликнинг оғир шакллари камдан-кам ҳолларда ривожланиши;
- жараённинг сурункали тус олмаслиги;
- қон зардобида анти-HAV-IgM аниқланиши.

Вирусли гепатит В (ВГВ) – ЖССТ маълумотларига кўра, ВГВ маркерлари дунё аҳолисининг 1/3 қисмида аниқланади. Ҳар йили ундан 2 млн. киши, улардан 100 минги ўта ўткир кечувчи туридан ҳалок бўлади. ВГВ катта ёшлиларда, айниқса 40 ёшдан сўнг кўп учрайди. Касалликнинг ўткир ва сурункали шакли соғлом кишига бемор қони ва унинг маҳсулотлари – шаҳват, сўлак, қин ажралмаси, тер ва кўз ёшлари орқали юқади. Унга турли вена ичига ва мушак орасига қилинган инъекциялар, жарроҳлик амалиёти, стоматологда даволаниш сабаб бўлиши мумкин. Жарроҳлар, стоматологлар, акушер-гинекологлар, қон билан ишловчи лаборатория ходимлари, гиёҳвандлар хавфли гуруҳга кирадилар. Гепатит В нинг ўзига хос хусусияти, сариқлик даври бошланиши билан касаллик кечиши яққол намоён бўлиб, оқибати доимо ижобий якун топмайди. Сариқлик олди даври 2 ҳафта давом этиб, кўп ҳолларда артралгик синдром, астения ва умумий заҳарланиш белгилари яққол ифодаланган бўлади. Гепатит В нинг продромал даври зардоб касаллиги каби кечиб, эшакем ёки доғли-тугмасимон тошмалар, майда бўғимлар полиартрити (25% ҳолларда) каби белгилар хос. Баъзи ҳолларда гепатит В нинг ўта ўткир кечиши кузатилиб, аксарият вазиятларда ўлим билан тугайди. Касаллик оқибатида бемор соғайиши, шунингдек, сурункали гепатит В (6–10% ҳолларда) ривожланиши мумкин. Бу ҳолда беморда жигар циррози ва унинг хужайрали карциномаси вужудга келиш эҳтимоли бор.

Серологик текширувларда қонда вирус В маркерлари (HBsAg ва анти-HBs, анти HBcIgM, HBeAg ва анти-HBe, ДНК-ВГВ), уларнинг миқдори, элиминацияси ва сероконверсия муддатлари маълумотлари ВГВ ташҳисини тасдиқлайди.

Таянч ташҳисий белгилар:

- 3–6 ой мобайнида парентерал муолажалар ўтказилганлиги;
- мавсумийлик йўқлиги;
- сариқлик олди даврини артралгик синдром билан кечувчи ВГА га нисбатан суст, лекин узоқ муддат давом этиши;
- сариқлик пайдо бўлганда, бемор аҳволининг оғирлашиши;
- қонда HBsAg ва ўткир гепатит В нинг бошқа маркерлари (HBeAg, анти-HBc IgM, ДНК-ВГВ) аниқланиши.

Вирусли гепатит С (ВГС) ҳам парентерал вирусли гепатитлар гуруҳига мансуб бўлса ҳам, қатор ўзига хос хусусиятларга эга. Унинг яширин даври 2 ҳафтадан 3 ойгача,

баъзан бир неча кундан 52 ҳафтагача давом этади ва барча ёшдаги кишилар касалланади. Белгиларсиз ёки яққол клиник симптомлар билан кузатилган ҳолларда ҳам, ВГВ га нисбатан енгил кечади. ВГС учун касалликни сариқликсиз кечиши хос; сариқлик синдроми 14 – 37 % ҳолларда қайд этилади. ВГС нинг клиник яққол ифодаланган шакллари ривожланган ҳолларда бошқа вирусли гепатитларга хос бўлган даврийлик кузатилади. Касаллик одатда аста-секин ривожланади. Сариқлик олди даврида умумий заҳарланиш белгилари умуман кузатилмайди ёки яққол ифодаланмаган бўлади, беморни беҳоллик, кўнгил айниши, иштаҳа сусайиши каби белгилар безовта қилади. Сариқлик даврида умумий заҳарланиш белгилари суст ифодаланади. Унинг давомийлик муддати 10–20 кундан (кўп ҳолларда 14 кундан ортиқ) иборат бўлиб, трансаминазалар миқдори ортиши кузатилади. ВГС асосан енгил кечишига қарамай, касалликнинг фульминант (ёмон сифатли, оғир кечадиган) шакллари ривожланиши мумкин. Унинг сўнгги шакли асоратланмаган анамнезга эга, аммо иммун танқислиги мавжуд шахсларда, жигарнинг сурункали касаллиги билан хаста беморларда, ВГС ривожланган ҳолларда, болаларда перинатал инфекцияланишда кузатилади. Ўткир инфекциядан сўнг сурункали шакли ривожланиши (50–70% ҳолларда) ВГС нинг ўзига хос хусусияти ҳисобланади. HCV-инфекция бирламчи гепатоцеллюляр карцинома ривожланиши омилларидан бири бўлиб хизмат қилади. Жигар сурункали касалликлари ривожланиши хавфи HCV-инфекция ўта юқори бўлганлиги сабабли, анти-HCV мавжуд шахсларда доимий кузатув олиб борилиши шарт. Кўп ҳолларда гепатит С нинг ўткир босқичи кузатилмайдиган бирламчи-сурункали шакллари аниқланади.

ВГСнинг лаборатор ташҳиси РНК-вирус ва унга антитаначаларни аниқлашга асосланган. Ўткир гепатит С билан хаста беморнинг қон зардобида гепатит С вируси РНК си ПЗР (РНК – HCV) усули билан касаллик юққанидан 1–2 ҳафта ўтгач аниқланади. РНК-HCV аниқланиши организмда гепатит С вируси мавжудлигидан далолат беради. Инфекция жараёнида вирусемиянинг уч тури фарқланади:

- транзитор (ўткир ВГС да, бемор соғайиши билан кечганда) – қисқа муддат мобайнида қайд этилиб, вирус элиминацияси билан кечади;
- персистирловчи (сурункали ВГС асосида) – бир неча йиллар давомида мунтазам равишда РНК-HCV аниқланиши билан кечади;
- қайталанувчи касаллик бошланишида вирус аниқланганлиги ва маълум вақт ўтгач РНК-HCV йўқолиши кузатилади, бир неча ойдан сўнг эса қайта аниқланади (кўп ҳолларда антивирус терапия ўтказилганда кузатилади).

Вирусли гепатит Д – дельта гепатит вируси, унинг ташқи қавати гепатит В вирусининг (HBsAg) юзаки антигени билан ифодаланган. Зарра марказида таркибида майда РНК (геном) тутувчи махсус антиген (HDAg) жойлашган. Гепатит Д вируси ўз репликацияси учун гепатит В вирусининг облигат хелпер фаолиятига муҳтож. У асосан сурункали гепатит В билан хаста беморларда учрайди. Дельта-инфекция фақат парентерал йўл билан тарқалади.

Ривожланиш механизмига кўра касалликнинг 3 тури фарқланади:

1. аралаш – ўткир гепатит В ва дельта-инфекция (коинфекция);
2. сурункали гепатит В ва ўткир ВГД (суперинфекция);

3. сурункали гепатит дельта.

HBsAg ташувчилик асосида дельта-инфекциянинг ўткир, узоқ муддатли ва сурункали кечиши фарқланади. Гепатит В ва Д вируслари коинфекциясида касаллик хавфли фульминант шакллари каби оғир кечади. Ўткир бошланиб, тана ҳарорати 38–39° С кўтарилади, умумий заҳарланиш белгилари яққол ифодаланган бўлади. Сариқлик олди даври 2–3 кун давом этади. Сариқлик пайдо бўлиши билан бемор аҳволи янада оғирлашади, геморрагик синдром кузатилади, жигар ва талоқ ўлчамлари катталашади. Клиник белгилари тез авж олади, жигар комаси ривожланади, касалликнинг 2–3- кунига бориб, бемор вафот этади.

Дельта-инфекция ташҳиси гепатоцитлар ва қон зардобида дельта вируси маркерлари ва унинг антитаначаларини аниқлаш асосида қўйилади. Вирусли гепатитга шубҳа туғилган ҳолларда, УАВ беморга ётоқ тартиби, 5-парҳез дастурхони, кўп миқдорда суюқлик қабул қилишни тавсия қилмоғи лозим. Қонда билирубин ва жигар хужайра ферментлари – АЛТ, АСТ миқдорини аниқлашни буюриши керак. Кўрсаткичлар юқори бўлган ҳолларда беморни инфекционист маслаҳатига юбориш зарур.

Вирусли гепатит Е – фекал-орал йўл билан тарқалувчи, клиник белгилари бўйича вирусли гепатит А каби кечувчи инфекция. Яширин даври 10–60 кун, кўп ҳолларда 30–40 кунни ташкил этади. Касаллик одатда аста-секин бошланади. Сариқлик олди даври 1–9 кун, кўп ҳолларда 3–4 кун давом этади. Бу даврда беҳоллик, умумий нохушлик, иштаҳанинг пасайиши, беморларнинг учдан бир қисмида - кўнгил айниши, қайт қилиш кузатилади. Беморларнинг кўп қисмида эпигастрал ва ўнг қовурға ости соҳасида оғриқлар қайд этилиб, баъзан ўта кучли бўлади, қатор ҳолларда эса у касалликнинг илк белгиларидан бири ҳисобланади. Тана ҳарорати баъзан 38° С гача кўтарилиши мумкин. Бўғимда оғриқлар ва уртикар тошмалар хос эмас. Асоратланмаган ҳолларда сариқлик даври 1-3 ҳафта давом этиб, пешобнинг тўқ рангга кириши, нажас оқариши, тери ва склералар сарғайиши (баъзан яққол), жигар катталашуви (беморларнинг кўп қисмида қовурға равоғидан 3–6 см. пастда бўлади), гипербилирубинемия, трансаминазалар фаоллиги ортиши билан биргаликда кечади. ВГА дан фарқли ўлароқ, сариқлик пайдо бўлгач, умумий заҳарланиш белгилари йўқолмайди. Беморларни шу вақтга қадар мавжуд бўлган шикоятлари – беҳоллик, иштаҳанинг ёмонлашуви, эпигастрал ва ўнг қовурға ости соҳасидаги оғриқлар безовта қилиши давом этади, субфебрил тана ҳарорати, тери қичиши кузатилиши мумкин. Соғайиш даври 1–2 ой давом этиб, клиник-биокимёвий кўрсаткичлар аста-секин меъёрига қайтади. Қатор ҳолларда касаллик узоқ чўзилиб, ҳомиладор аёлларда оғир кечиши кузатилади. ВГЕ оғир шакли учун эритроцитлар гемолизи оқибатида гемоглобинурия, ўткир буйрак етишмовчилиги ва геморрагик синдром хос. Гемоглобинурия ВГЕ оғир шакли билан хаста беморларнинг 80% да ва жигар энцефалопатияси кузатилаётган беморларнинг деярли барчасида аниқланади ва бошқа аъзолардан қон кетиши билан (баъзан кўп миқдорда) намоён бўлади. Касалликнинг оғирлик даражаси ва гемостазнинг зардобга боғлиқ омиллари ҳолати ўртасида ўзаро узвий мувозанат мавжуд. Қон ивиши зардоб омиллари, шунингдек, протеаза ингибиторлари миқдорининг кескин камайиб кетиши бемор аҳволининг янада оғирлашуви ва ўткир

жигар энцефалопатиясининг клиник белгилари юзага чиқишидан 1-2 кун аввал ривожланиши касалликнинг оқибатини аниқлашда муҳим аҳамият касб этади.

Кўп ҳолларда ВГЕ енгил ва ўрта оғир шаклларда кечади ва бемор соғайиб кетади. Шу билан бир қаторда, уларнинг бир қисмида асосан юқорида таъкидлаганимиздек, ҳомиладорларда ВГЕ оғир ва фульминант шаклларда кечиб, ўткир жигар энцефалопатияси ривожланиши ва ўлим билан тугаши мумкин. Касаллик тарқалган вақтда ўлим холати 1–5%, ҳомиладорларда, айниқса унинг II ярмида кўпроқ кузатилади. Ҳомиладорлар ўртасида юқори ўлим ҳолати ВГЕ тарқалишининг ўзига хос ташҳисий ўлчами ҳисобланади. Ҳомиладорликнинг кечки муддатларида (24 ҳафтадан юқори) бемор умумий аҳволи туғруқ (ҳомила тушиши мумкин) олдидан ёки ундан сўнг кескин оғирлашади, касалликнинг илк 2 ҳафтаси мобайнида кома олди ҳолати белгилари ва ўткир жигар энцефалопатияси жуда тез ривожланади ҳамда яқин 1–2 кун давомида чуқур жигар комасига ўтиш ҳолатлари кузатилади; туғруқда кўп қон кетиши билан ифодаланган яққол геморрагик синдром, кўп ҳолларда ҳомиланинг антенатал ўлими ва жигар-буйрак етишмовчилиги ривожланишига сабаб бўлади.

Сурункали гепатит В билан хаста бемор Е вирусли инфекцияга учраганда, касалликнинг ўта нохуш кечиши кузатилади. Бундай ҳолларда ўлим кўрсаткичи баъзан 75 – 80% га етади. Ҳозирги вақтда иммун фермент таҳлил усули билан гепатит Е вирусига антитаначаларни аниқлаш учун ташҳисий синов тизимлари ишлаб чиқилган. Анти- HEV-IgG мавжудлиги гепатит Е вируси билан бундан илгари бўлиб ўтган алоқадан далолат беради.

Жигар циррози. Жигар циррози – жигарнинг сурункали диффуз, полиэтиологик усиб борувчи касаллиги булиб, гепатоцитлар сонининг камайиши, усиб борувчи фиброз, жигар цитоархитектоникаси ва ангиоархитектони-касининг бузилиши ва окибатда жигар етишмовчилиги ва портал гипертензия келиб чикиши билан характерланадиган патологик холат.

Этиологияси

- ✓ Вирусли гепатитлар
- ✓ Сурункали алкогол интоксикацияси
- ✓ Моддалар алмашинувининг генетик бузилиши (α_1-антитрипсин, галактозо-1-фосфат-уридилтрансфераза, амило-1,6-гликозидаза еишмовчилиги)
- ✓ Гемохроматоз ва гепатоцеребрал дистрофия
- ✓ Химиявий токсик моддалар ва дори воситалари
- ✓ Жигардан ташкари ва жигар ут йулларининг обструкцияси
- ✓ Жигарда узок веноз димланиш

Жигар циррози классификацияси
(А. С. Логинов, Ю. Е. Блок, 1987)

Этиологик вариантлари

Морфологик вариантлари (макро ва микронодуляр)

Портал гипертензия стадиялари

Жигар хужайра етишмовчилиги боскичлари

Активлик фазалари

Кечиши

Асоратлари курсатилиши керак

Жигар циррози асоратлари

- Жигар комаси ва энцефалопатия
- Кизилунгач ва ошкозон веналаридан профуз кон кетиш
- Гемороидал веналардан кон кетиш
- Дарвоза венаси тромбози
- Иккиламчи инфекция кушилиши (пневмония, сепсис, перитонит).
- Усиб борувчи ЖХЕ.
- Жигар ракига трансформацияси

Даволаш уз ичига олади:

Этиологик даво (вирусга карши воситалар)

Даво режими

Диетатерапия.

Гепатоцитлар метаболизмини ошириш.

Аутоиммун жараёнларни секинлаштириш (патогенетик даво).

Преднизолон бошлангич дозаси 15-20 мг, юкори активликда – 20-25 мг. Максимал доза 3-4 хафтада бошланади. Преднизолон дозаси аста-секин камайтирилади, хар 14 кунда 2,5 мг дан 1,5-2,5ойдан кейин саклаб турувчи дозага (7,5-10 мг) утилади. Даво давомийлиги 3 ойдан бир неча йилгача. Аутоиммун циррозда преднизолон 30-40 мг дан бошланади, фуросемид (лазикс), 40 мгдан бир марта хафтада 2-3 марта , хар куни 100-1 мг альдактон билан бирга берилади. Дезинтоксикацион терапия АКБ ва пульс назорати остида берилади (1-1,5л суткасига) 5%ли глюкоза ва 0,9% натрий хлорид. Дарвоза венасига босимни камайтириш учун нитропрусид натрий (нанипрус) берилади.

Госпитализацияга курсатма:

1.Кизилунгач ва гемороидал веналардан кон кетганда

2.Жигар комаси ва энцефалопатияси

3.Биринчи марта пайдо булган асцит

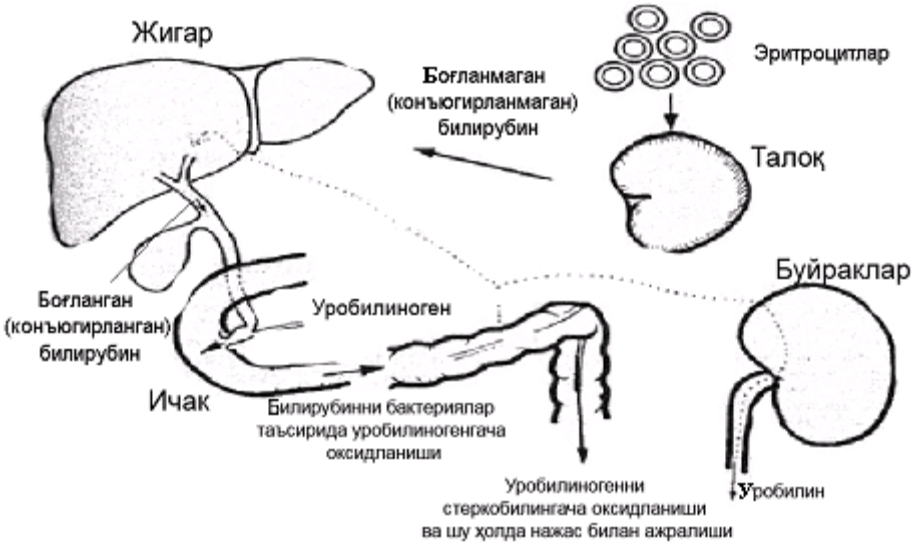
4.Амбулатор даво фойда бермаса

Диспансеризация

УАВ врачи томонидан 1 йилда 4 марта курилиши керак. Курсатма билан гастроэнтеролог, нарколог, невропатолог, инфекционист куриги. Умумий кон анализи, биохимиявий анализлар 1 йилда 2 марта, курсатма булганда купрок. Жигар УЗИ текшируви 1 йилда 1 марта.

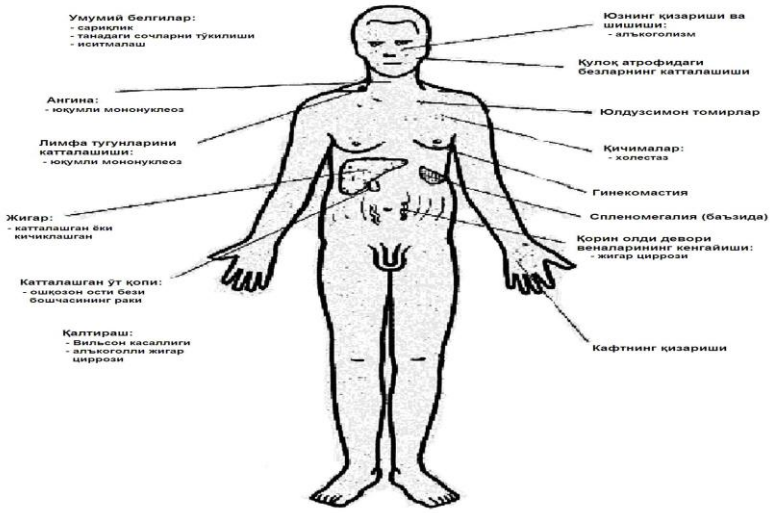
Сариқлик – мустақил касаллик бўлмай, ўзига эътиборни қаратадиган мураккаб патогенезли қатор патологик жараёнларни белгисидир. У шиллиқ қаватлар, тери ва плазманинг сарғайиши билан намоён бўлиб, қонда кўп миқдорда билирубин ва унинг алмашинуви натижасида пайдо бўлган маҳсулотлар йиғилиши натижасида юзага келади. Сариқлик дастлаб кўз склерасида, тилнинг пастки юзасида, танглайда пайдо бўлади. Кейинчалик юздаги бурмалар, оғиз ва бурун атрофидаги тери, кафт, товонлар ва ниҳоят бутун тана сариқ рангга киради. Бу кетма-кетлик билан бўялиш чин сариқлик билан

псевдосариқлик (ёлғон), яъни каротинемияни (сариқ, зарғалдоқ қизил рангларда бўлган ўсимлик пигментлари «каротиноидлар» деб аталади) фарқлашда муҳим аҳамиятга эга. Псевдосариқликда дастлаб кафт, товон, тери қопламлари сарғаяди ва каротинга бой маҳсулотларни кўп истеъмол қилганда кузатилади. Лавлаги, бодринг пўсти, қизил сабзи, помидор, қовоқ, салат, нўхат, сули, кепак, малина, олча, қорағат (смородина), шафтоли, мандарин, апельсин, жигар, тухум сариғи, сариқ ёғ ва сут каби маҳсулотларда каротин кўп миқдорда мавжуд. Унга кунлик талаб 2-5 мг.га тенг. Ҳақиқий сариқликда кузатиладиган тери ва склеранинг сариқ рангга бўялиши қон зардобида билирубиннинг меъёридан ошиб кетиши ва кейинчалик унинг тери ости тўқималарида йиғилишидан келиб чиқади. Билирубин таъсирида эмизувчи аёл сути, организм бўшлиқларидаги суюқликлар сариқ рангга бўялиши мумкин. Кўз ёши, сўлак, ошқозон шираси, орқа ва бош мия суюқликлари ранги ўзгармайди. Соғлом одам организмида кунда тахминан 1% қариган эритроцитлар ретикуло-эндотелиал тизим ҳужайраларида парчаланиб, сувда эримайдиган ва буйрак фильтри орқали сийдикка ўтмайдиган боғланмаган билирубин ҳосил бўлади. У гепатоцитлар томонидан тутилиб, глюкорон кислотаси билан боғланади ва билирубин-глюкоронид (боғланган билирубин) ҳосил бўлади. Боғланган билирубин ўт капиллярларига чиқади ва ўт суюқлигига (сапрога) қўшилади. Ингичка ичакда боғланган билирубин уробилиноген ва стеркобилиногенга айланади, ундан нажасни сариқ ранга бўёвчи стеркобилин ҳосил бўлади. Уробилиноген ичакларда сўрилиб, яна жигарга қайтади ва гепатоцитлар томонидан тутилиб, ўт капиллярларига ўтади. Жигар етишмовчилигида уробилиноген гепатоцитлар томонидан тутилмайди, балки сийдик билан ажралиб, ҳаво таъсирида уробилингача оксидланади (1-расм).



1-расм. **Организмда билурибин алмашинуви**

Сариқликка чалинган беморларни синчковлик билан кўздан кечириш ва объектив кўрикдан ўтказиш унинг сабабини аниқлашда муҳим аҳамиятга эга эканлигини УАВ унутмаслиги (2-расм) лозим.



2-расм. **Сариқликка чалинган беморларларда кузатиладиган ўзгаришлар.**

Гемолитик сариқликлар

Гемолитик сариқлик – эритроцитларнинг осмотик резистентлиги ва механик чидамлилигининг камайиши ҳамда уларнинг парчаланиши билан боғлиқ. Унда кўп миқдорда гемоглобин озод бўлиб, бир кунлик миқдори 45 г гача (меъёрида 6,25) етади ва мос равишда билирубин миқдори ортиб, унинг 35 % ни боғланмаган (коньюгирланмаган) фракция ташкил этади. Эримайдиган ва сийдик билан ажралмайдиган билирубиннинг ушбу фракцияси организм тўқималари учун заҳар ҳисобланади. Сариқликнинг ушбу кўриниши аксарият ҳолларда ёшларда учраб, морфологик томондан гепатоцитларда ўзгаришлар кузатилмаганлиги сабабли жигар кам зарарланади. Айрим ҳолларда тўсатдан гемолитик криз кузатилиб, тана ҳароратининг кўтарилиши, қайд қилиш, тери ва кўз шиллиқ пардаларининг сарғайиши, талоқнинг катталашиши билан кечиб, нажаз ва сийдик ранги ўзгармайди. Клиник томондан яққол намоён бўлмаган сариқлик, терининг сариқ лимон тусда бўлиши, рангпарлик белгилари хосдир. Камқонликнинг намоён бўлиши эритроцитларнинг парчаланиш тезлиги ва ҳосил бўлиши билан узвий боғлиқ. Одатда гемолитик криз вақтида камқонлик кучайиб боради ва беморларда қоринда ва қўл-оёқларда оғриқ, иситмалаш, бош оғриғи, қон босимининг пасайиб кетиши, коллапс кузатилиши мумкин. Қонда лейкоцитоз, ретикулоцитлар сонининг 20% гача ошиши, коньюгирланмаган билирубиннинг меъёридан кўтарилиши қайд этилади. Гемолитик сариқликка ирсий микросфероцитоз, ирсий стомацитоз, глюкоза-6-фосфатдегидрогеназа тансиқлигидан келиб чиқувчи ирсий гемолитик ва аутоиммун гемолитик анемия, талассемия, пароксизмал тунги гемоглобинуриялар киради.

Наслий микросфероцитоз (Минковский-Шоффар касаллиги) доминант ёки рецессив йўл билан наслдан-наслга ўтадиган касалликдир. Ўз қобиғидаги етишмовчилик сабабли эритроцитларнинг хужайра ичида парчаланиши оқибатида юзага келади. Асосий белгилари: сариқлик, камқонлик, спленомегалия, сийдикда ўт пигментларининг

аниқланиши. Беморларда сариқлик белгилари тезда пайдо бўлмай, юқумли касалликлар қўшилганда ёки бемор у билан асоратланганда юзага келиши мумкин. Криз вақтида қондаги гемоглобин кўрсаткичлари кескин камайиб, баъзан 40-50 г/л гача тушиб кетади.

Ўроқсимон хужайрали камқонликда - гимолитик криз ҳамда яққол оғриқ синдроми, жигарнинг ўткир зарарланиши, ўнг қобирға ёйи остида оғриқ, иситмалаш, яққол намоён бўлган сариқлик белгилари кузатилади. Қонда трансаминазалар, ишқорли фосфатазалар ва билирубиннинг сурункали юқори даражада бўлиши қайд этилади.

Талассемия – гемоглабин синтезининг наслий бузилиши ҳисобланиб, сариқлик пайдо бўлиши, жигар ва талоқ катталашиши, боғланмаган билирубин, ретикулоцитларнинг ошиши, морфологик ўзгарган эритроцитларнинг (анизо-пойкилоцитоз) пайдо бўлиши билан кечади. Беморларда гемолитик кризлар, иситмалаш, суяк илигида ўзгаришлар, жигарда сидероз, баъзан эса фиброз кузатилади.

Ирсий стомацитоз - эритроцитлар мембранаси етишмовчилиги билан характерланади ва шакли ўзига хос бўлиб, оғизга ўхшаб қолади. Анемия (гемоглобин 70-90 г/л, кризлан ташқари вақтда, 30-50 г/л-криз пайтида), конюгирланмаган билирубин ҳисобида сариқлик билан намоён бўлади ва одатда талоқ катталашмайди.

Ирсий глюкозо – 6 - фосфатдегидрогеназа дефицитидан келиб чиқувчи гемолитик анемия. Кўпроқ эркакларда учраб, рецессив типда наслдан-наслга ўтади. Сариқлик, иситма кўтарилиши, қоринда оғриқ ва дуккакли ўсимликлар, баъзи дори воситалари (сульфаниламидлар, хлорамфеникол, фуразолидон, фенацетин, аспирин, хинин, пентанин ва ҳ.к.) қабул қилинганида, сийдикнинг тўқ рангга бўялиш белгилари билан намоён бўлади.

Юқорида кўрсатилган дори воситалари қабул қилингандан сўнг 3-5 кун ўтгач, одатда криз юзага келади. Кризлан ташқари ҳолларда қондаги 6–фосфатдегидрогеназа фаоллиги аниқланганда, унинг камайганлиги ёки бутунлай йўқлиги кузатилади. Ушбу касалликда кузатиладиган етук эритроцитларнинг массив гемолизи асосида глютатионнинг тикланиш жараёнининг бузилиши ётади.

Пароксизмал тунги гемоглобинурия (Маркиафави-Микели касаллиги)- орттирилган гемолитик анемия, эритроцитлар тизимининг ўзгариши ва томирлар ичи гемолизи билан боғлиқ. Кризлар тунда ривожланиб, қоринда оғриқ ва майда веналар тромбози кузатилади. Қориндаги оғриқ баъзан шунчалик кучли бўладики, беморлар аппендицит ёки бошқа жарроҳлик касалликларига шубҳа билан операция қилинади. Шунингдек, жигар, талоқ ўртача катталашган, титроқ, ҳарорат 40° гача кўтарилиши, тери ва склера сарғайиши кузатилади. Тўқ рангли сийдик гемоглобинурия – эритроцитлар бўлмаслиги билан характерланади. Билирубин даражаси конъюгирланмаган фракция ҳисобига ортади.

Аутоиммун гемолитик анемия – томирлар ичи гемолизи билан намоён бўлувчи ва сариқлик билан кечувчи орттирилган гемолитик камқонлик. Ўткир ва сурункали бўлиши мумкин. Ушбу анемия билан оғриган беморларнинг 40% да унинг юзага келиш сабаблари ноаниқлигича қолса (идиопатик), 60% да унга олиб келган асосий касалликни аниқлаш мумкин. Кўпинча бу лимфагранулематоз, лимфолейкоз, иммунокомплексли касалликлар,

ярали колит, безгак, сепсис ёки токсоплазмоз бўлади. Қонда эритроцитларни эритиш қобилиятига эга бўлган антителалар аниқланади.

Клиникаси: артралгия, қорин оғриғи, ҳолсизлик, сариқлик, жигар ва талоқ катталашган. Билирубин конъюгирланмаган фракция ҳисобига 40-60 мк/моль.гача ошади. Шунингдек, ретикулоцитоз, макроцитоз, микроцитоз, эритроцитларни осмотик резистентлиги пасайиши кузатилади.

Юқумли касалликлар орасида гемолитик сариқлик **безгакда** кузатилади. Бу ўткир, трансмиссив касаллик бўлиб, плазмодиялар чақиради. Унга тана ҳароратининг бетартиб равишда ортиши ва пасайиши, сариқлик, гепатоспленомегалия, камқонлик хос. Касаллик патогенезида безгак паразити таъсири остида эритроцитларнинг емирилиши оқибатида уларнинг гемолизга учраши ётади. Ташҳис қўйишда касаллик тарихига оид маълумотлар (беморни эндемик ўчоқлар – Африка, Осиё, Марказий Америкада бўлганлиги), тана ҳароратининг титраш, қизиб кетиш, тер ажралиши ҳолатлари билан кетма-кетликда кўтарилиши хослиги катта ахамиятга эга. Безгакни чақирган паразит туридан келиб чиққан ҳолда 3 кунлик, 4 кунлик ва тропик безгак фарқланади.

Периферик қон суртмасида плазмодийлар аниқланган (“семиз томчи” усули) ҳолда ташҳис тасдиқланади. Қонда эркин билирубин миқдори ортгани ҳолда, АЛТ, АСТ кўрсаткичлари меъёрида бўлади.

УАВ гемолитик анемияга шубҳа бўлган барча ҳолларда беморни ихтисослаштирилган шифохонага юбориши лозим.

Жигар сариқликлари

Жигар сариқлиги гепатоцитларнинг (ва холангиолалар) зарарланиши натижасида унинг билирубин ажратиш, тутиб қолиш ва регургитация қобилияти бузилиши оқибатида кузатилади. Келиб чиқишига вирусли гепатитлар (А,В,С,Д,Е), шу жумладан, сурункалилари, юқумли мононуклеоз, цитомегаловирус инфекцияси, лептоспироз, ичак иерсиниози, наслий пигментли гепатозлар, токсик гепатитлар, алкоголли гепатит ва жигар циррозлари сабаб бўлади. Жигар тўқимаси шикастланиши натижасида юзага келадиган сариқликлар орасида кенг тарқалгани вирусли гепатитлар ҳисобланади. Уларни ўз вақтида ташҳислаш ва тегишли тиббий чора-тадбирлар кўриш муҳим амалий аҳамиятга эга. Шунинг учун УАВ жигар сариқлигига олиб келувчи касалликлар тўғрисида батафсил маълумотга эга бўлмоғи лозим.

Маъруза № 8. Патологик сийдик чўкмасида қиёсий ташхис ўтказиш. Профилактика. УАШ тактикаси

Ўқитиш технологияси

Талабалар сони- 20-40 та	Вакт – 80 минут
Ўқув машғулотининг шакли	Маъруза – кўрсатиб намойиш этиш билан
	Патологик сийдик чўкмаси таъриф беринг

Маъруза режаси	. Патологик сийдик чўкмаси асосий сабаблари . Патологик сийдик чўкмаси потогенези 0. Патологик сийдик чўкмаси клиник белгилари 1. Нефрологик касалликларда кузатиладиган патологик сийдик чўкмаси узига хос бўлган асосий белгилар 2. Патологик сийдик чўкмасининг таснифи 3. Патологик сийдик чўкмасида кузатиладиган асосий белгилар 4. Патологик сийдик чўкмасида кузатиладиган асосий белгилар 5. Патологик сийдик чўкмаси билан кечадиган касалликлар ва уларнинг клиник белгилари 6. Патологик сийдик чўкмасининг ташхислашда УАВ тактикаси. 7. Патологик сийдик чўкмасини даволаш
Ўқув машғулоти мақсади: Талабаларга Патологик сийдик чўкмаси синдроми тўғрисида маълумот бериш, уларни таснифи, ушбу синдром билан кечадиган касалликларнинг асосий ташхисий меъзонлари, асоратлари, ташхислаш, даволаш ва профилактика тамоиллари билан таништириш.	
Педагогик вазифалар: 1.Талабаларга Патологик сийдик чўкмасини таснифи, турлари, клиник белгилари, олиб келувчи омиллар, асоратлари тўғрисида тўлиқ маълумот бериш ва уларнинг ташхислаш ҳамда даволаш тамоиллари тўғрисидаги билимларини чуқурлаштириш. 2. Патологик сийдик чўкмасини билан кечадиган касалликларни қиёсий ташхислаш тамоилларини тушунтириш 3.Талабаларни Патологик сийдик чўкмасини ва ушбу синдром билан кечувчи касалликларни ташхислаш учун зарур бўлган амалий кўникмаларни мустақил эгаллашига эришиш 4.Талабаларни профилактикка тамоиллари билан таништириш	Ўқув фаолияти натижалари: УАШ билиши лозим: Патологик сийдик чўкмасини аниқлай олиши. Патологик сийдик чўкмаси билан кечадиган асосий касалликларга хос клиник белгиларни билиш 0. Патологик сийдик чўкмасини асосий сабаблари тўғрисида билимга эга бўлиши 1. Патологик сийдик чўкмаси билан кечадиган касалликларнинг ташхисий мезонларини аниқлай олиши 2. Патологик сийдик чўкмаси билан кечадиган касалликларнинг ташхисий меъзонларини аниқлай олиши 3. Патологик сийдик чўкмаси билан кечадиган касалликларни ташхислаш ва даволаш тамоилларини 4. Патологик сийдик чўкмаси билан кечадиган касалликлар профилактикаси ва реабилитациясини.
Таълим усуллари	Маъруза матни, видеофильмлар, мия хужуми, вазиятли

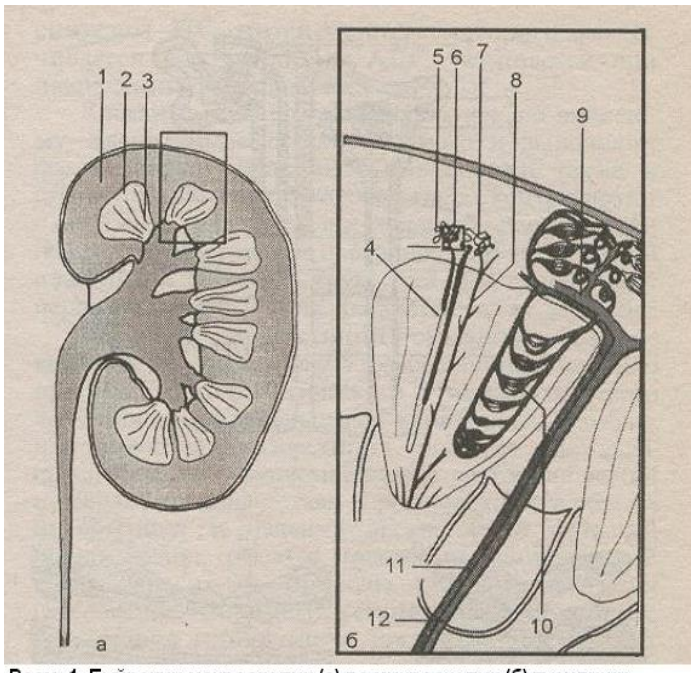
	ҳолатлари ечиш, гурухлар орасида мусобақа, «ҳа-йўқ» техникаси
Таълим шакли	Лазер проектори, визуал материаллар, махсус техника воситалари билан жиҳозланган
Таълим воситалари	Коллектив
Таълим бериш шароити	Аудитория

Маъруза технологик харитаси

Босқичлари, вақти	**Фаолият**	
	Ўқитувчи	**Талабалар**
1 босқич Кириш (10 дақиқа)	1. Маъруза мавзуъсинини, мақсадини, кўзлаган режасини гапириб беради	1. Эшитадилар
2 босқич Билимларни долзарблаштириш (20 дақиқа)	2.1.Талабаларни билимларини долзарблаштириш мақсадида саволлар беради: 1. Патологик сийдик чўкмаси деганда нимани назарда тутилади? 2. Патологик сийдик чўкмаси билан кечадиган асосий касалликлар гурухини санаб беринг 3. Нефрологик касалликларида кузатиладиган Патологик сийдик чўкмасига хос бўлган асосий белгилар Тезкор-сўров ўтказади 2.2. Экранда кўрсатиб маъруза мақсади билан таништиришни таклиф этади Слайдда келтирилган маълумотларга изоҳ беради. Слайд №1, 2,...	2.1.Саволларга жавоб берадилар 2.2. №1 слайдни ўрганиб чиқадилар 2.3. №2 слайдни ўрганиб чиқадилар
3 босқич Асосий босқич (информацион) (40 мин)	3.1.Маъруза мазмуни ва шахс маънавиятини шакллантириш мезонлари билан таништиради. Талабаларнинг лойиҳа мавзуси бўйича билимларини долзарблаштиради ва “мия ҳужуми” ўтказади: Режани 1- саволи бўйича: Патологик сийдик чўкмасига таъриф беринг? Режани 2 саволи бўйича Нефрологик касалликларида кузатиладиган Патологик сийдик чўкмасига хос белгилари санаб ўтинг Режани 3 саволи бўйича: Патологик сийдик	3.1. Берилган материалларни мухокама қиладилар, саволлар берадилар

	чўкмаси билан кечадиган асосий касалликлар гурухи? Режани 4 саволи бўйича: Патологик сийдик чўкмасининг таснифлари? Режани 5 саволи бўйича: Патологик сийдик чўкмасига хос белгилар? Режани 6 саволи бўйича: Патологик сийдик чўкмасининг даволаш тамоиллари Мавзуни асосий жойларида тухтаб, ёзиб олишни таклиф этинг	Асосий жойларини ёзиб оладилар
4 босқич Якуний (10 дақиқа)	4.1. Савол беради: 1. Патологик сийдик чўкмасига таъриф беринг. 2. Патологик сийдик чўкмаси турлари 3. Патологик сийдик чўкмаси асосий сабаблари 4. Патологик сийдик чўкмаси билан кечадиган касалликлар 5. Асосий касалликдан келиб чиққан холда Патологик сийдик чўкмаси даволаш 4.2. Мустақил иш учун вазифа беради:	4.1. Саволга жавоб берадилар 4.2. Эшитадилар, ёзадилар

“Сийдик синдроми” биокимёвий ва микроскопик текширишлар ёрдамида аниқланадиган ундаги бир қатор ўзгаришларни ўз ичига олади. Бу синдром нафақат буйрак ва сийдик йўллари, балки бошқа аъзоларнинг касалликларида ҳам кўп кузатиладиган белгилардан бири бўлиб, барча соҳадаги врачлар, жумладан УАВ фаолиятида ҳам мунтазам равишда учрайди. Синдромни турли туманлиги ва спецефик хусусиятга эга эмаслиги унга олиб келувчи сабабларни аниқлашда қўшимча қийинчиликлар туғдиради. Буйрак ва сийдик йўллари касалликлари экстраренал белгиларсиз (шиш, гипертензия) фақат сийдик чўкмасидаги ўзгаришлар билан кечганда сийдик синдромининг ташхисий аҳамияти янада ошади. Патологик сийдик синдромининг асосий кўринишлари протеинурия, гематурия, лейкоцитурия, цилиндрурия, бактериурия, баъзан гемоглобинурия ва миоглобинуриядан иборат бўлиб ҳар бири якка ҳолатда



Расм -1. Буйракни макроскопик (а) ва микроскопик (б) тузилиши.
1-пўстлоқ қисми; 2- мағиз қисми;3- сўрғичлари; 4- нефрон халқаси; 5-проксимал канал; 6- коптокча; 7- дистал канал; 8- йиғувчи най; 9- arteria arcuata; 10-vasa recta; 11- бўлакларараро вена; 12- бўлакларараро артерия

ёки турли кўринишда биргаликда учраши мумкин. Уларни ўз вақтида аниқлаш учун УАВдан асосий касаллик тўғрисида чуқур билим, ҳамда махсус лаборатор ва асбобий текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилиш талаб қилинади. Таҳлил талаб даражасида ўтказилиши аввало сийдик тўғри йиғилиши ва лабораторияга олиб бориш қоидаларига амал қилинишига боғлиқ. Соғлом кишида сийдик қопчасида у стерил бўлиб, уретра ва уретра олди соха микрофлораси билан ифлосланади. Шу сабабли эрталаб ташқи жинсий аъзолар илиқ сув билан ювиб тозалангандан сўнг ўрта порциядаги сийдик махсус стерил идишда йиғилиши керак. Мабодо сийдикни зудлик билан (ярим соат ичида) текшириш ёки экиш имкони бўлмаса 24 соат давомида музлатгичда (харорат 4°С бўлиши керак) сақлаш мумкин.

Маърузани ёритишдан олдин буйрак тузилиши ва сийдик ҳосил бўлиш жараёни тўғрисида қисқача тўхталиб ўтамиз.

Буйрак ловия шаклидаги жуфт аъзо бўлиб, тахминан 120 г оғирликка эга. У функционал бирлик – нефронлардан ташкил топган. Соғлом одамнинг хар бир буйрагида тахминан 1,3 млн нефрон мавжуд. Ҳар бир нефрон (узунлиги 50-55 мм) коптокча ва найчалардан иборат. Нефронларнинг асосий (80-85%) қисми (барча элементлари-коптокча, проксимал ва дистал каналчалар ҳамда Генли халқаси) буйракни пўстлоқ бўлагида жойлашган. Бундан ташқари унинг пўстлоқ ва мағиз қисми чегарасида жойлашган иккинчи тартибдаги юкстамедуляр нефронлар (15-20%) фарқланади. Уларни коптокча, проксимал ва дистал каналчалари пўстлоқ қисмида, олдингисидан анча узун бўлган Генле халқаси эса буйракни мағиз қисмига кириб кетади ва натрийни самарали қайта сўрилишини таъминлайди.

Коптокчалар капиллярлар мажмуасидан иборат бўлиб, олиб келадиган артериолалардан (vas afferens) ташкил топган. Коптокча капиллярлари халқаси диаметри олиб келувчи артериолалардан кичкина бўлган олиб кетувчи (vas efferens) артериолаларга туташади (1-расм). Артериолалар орасида эса юкстагломеруляр аппарат (ЮГА) жойлашган. Олиб кетувчи артериолалар бўлиниб каналчалар бўйлаб капиляр тўр ҳосил қилади. Улардан қон венулаларга тушади. Юкстамедуляр коптокчаларда олиб келувчи ва олиб кетувчи артериолалар диаметри бир хил. Олиб кетувчи артериола нефрон халқаси ва йиғувчи канал (arteriola recta) бўйлаб жойлашган тешиги кенг бўлган капиллярларга қўшилади.

Коптокча иккита – юкстамезангиал ва периферик сохаларга бўлинади. Коптокчанинг периферик қисми уч қаватдан иборат базал мембрана (БМ) ҳамда подоцитлар қавати билан қопланган ва у ичкарига бўртиб чиққан. Иккинчи – юкстамезангиал соха капиллярлар эндотелийси билан қўшилиб кетган ўз мезангиясига эга бўлиб улар бирлашган соҳада БМ аниқланмайди. Подоцитлар БМнинг барча сохасини ўраб олган. Эндотелийнинг 30% юзаси махсус диафрагма билан ёпилган 40 нм катталикдаги тешикчаларга эга. Капиллярлар эндотелийси ва БМ нисбатан катта молекуляр оғирликка эга бўлган оқсиллар учун тўсиқ ҳисобланади.

Буйрак капилярларини яна бир ўзига хос томони шундаки у учта – эндотелий, БМ ва эпителиал қаватларга эга. Оддий капиллярлар артериолалар оралиғида жойлашиб кейин венулаларга қўшилса, коптокчалардаги капиллярлар олиб келувчи артериоладан бошланиб олиб кетувчи артериолага қўшилади ва улар билан тугайди. Тўқималардаги

капиллярларда икки томонлама ҳаракат кузатилса, буйрак капиллярлари факат бир томонлама, яъни сийдик бўшлиги томонга ҳаракатланади.

Буйрак паренхимасини 95% каналчалар ташкил этади. У проксимал сегмент, нефрон халқаси, дистал сегмент ва йиғувчи трубкадан иборат. Охирги қисми буйрак сўрғичларига очилади ва кейин унинг жомчаларига қуйилади.

Буйрак фаолияти барча нефронлар ишининг натижасини ўзида жамлайди. Коптокчалар капиллярларида қон зардоби ультрафильтрацияланади. Каналчаларда ҳосил бўлган ультрафильтратдан бир қисм сув, электролитлар, глюкоза, аминокислоталар ва бошқа қатор моддалар қайта сўрилади. Ҳар дақиқада буйрак орқали бир литр қон (600-800 мл плазма), яъни айланиб юрган қон ҳажмини 1/5-1/4 қисми ўтади. Ҳар куни буйракларда 170-180 л гломеруляр суюқлик ҳосил бўлади ва ундан тахминан нисбий зичлиги 1.002-1.028 га тенг бўлган 1,5 л иккиламчи сийдик юзага келиб организмдан чиқазиб юборилади.

Қуйида биз сийдик чўкмасида кузатиладиган асосий ўзгаришларнинг ҳар бирига алоҳида тўхталиб ўтамиз.

Протеинурия

“Протеинурия” деганда сийдик билан меъёрдан (бир кунда 30-50 мг ва ундан кўп) ортиқ миқдорда оқсил чиқиши тушунилади.

Врач назарида хавфли бўлган протеинурия симптомини ташхисий аҳамияти турлича бўлиб сийдикда оқсилни аниқлаш ташхисий изланишнинг бошланиши ҳисобланади. Чунки протеинурия сабаблари ва сийдик орқали чиқиб кетаётган оқсил таркиби турли-тумандир. Сийдикдаги оқсил миқдори ва таркибини ўрганиш асосий касалликни аниқлашда катта аҳамиятга эга. Қон таркибидаги оқсилларни сийдикка ўтиш жараёни жуда мураккаб бўлиб, буйрак коптокчалари, каналчалари фаолиятига ва улардаги қон айланишига боғлиқдир.

70 кг вазнга эга бўлган одамда буйракдаги қон айланиш тезлиги меъёрида бир дақиқада 1,1 л га тенг. Бир кун давомида соғлом буйрак бир литрида 60-80 г оқсил бўлган 180 л қон плазмасини фильтрлайди. Шикастланмаган коптокча деворидан кун давомида 30-50 мг оқсил ўтиши мумкин. Бу эса буйракни фильтирлаш тўсиғини юқори самарада ишлаётганидан далолат беради. Фильтрат онкотик босимга қарши таъсир қилувчи гидростатик босим ёрдамида ҳосил бўлади. Бундан ташқари оқсилни фильтрдан ўтиши нисбий механик тизим электр зарядига ҳам боғлиқ. Лекин айрим муаллифларнинг фикрига кўра сийдик билан бир кунда 50-80 мг оқсил ажралиб чиқиши буйракда патологик жараён борлигидан далолат беради. Сийдик орқали ажралиб чиққан оқсил буйрак коптокчалари деворидан фильтрланиб, унинг каналларини проксимал қисмидаги ясси эпителийлар орқали реабсорбция (қайта сўрилмайдиган) бўлмайдиган маълум бир фракцияларидан иборат. Замонавий текшириш усуллари (крахмал ва полиакриламидли гелда электрофарез, иммунофермент) ёрдамида соғлом одам сийдигида 20 дан ортиқ оқсил фракцияларини аниқлаш мумкин бўлиб, улар преальбуминлар, альбуминлар, постальбуминлар, сидерофилин, церулоплазмин, гаптоглобулин, иммуноглобулин А, G ва бошқалардан ташкил топган. Бундан ташқари бир кун давомида сийдик билан оқсил

нотекис ажралиши исботланган: унинг максимал экскрецияси кундузги вақтга, минимали эса тунги соатларга тўғри келади.

Протеинурия синдромини таҳлил қилганда УАВ олдида қуйидаги муаммоларни хал қилиш туради: нормал ва патологик протеинурия чегарасини аниқлаш; ҳар қандай протеинурия буйрак шикастланишидан далолат берадими деган саволга жавоб бериш. Лекин мазкур саволларга жавоб беришда айрим ҳолларда малакали мутахассислар ҳам қийналадилар. Чунки протеинурия миқдори баъзан буйрак зарарланмаганда, чунончи инсон жисмоний зўриққанда, СЮЕ, умуртқа поғонаси лордозида, таркибида оқсили кўп маҳсулотларни ортиқча истеъмол қилганда ҳам ошиб боради. Сўнгги йилларда махсус тез таҳлил қилиш усуллари ёрдамида сийдик таркибида бўлган жуда кам миқдордаги оқсиллар – микроальбуминларни аниқлаш имконияти туғилди.

Қуйида протеинуриянинг амалиётда кенг қўлланиладиган классификацияси келтирилган.

1. Касалликларга боғлиқлигига кўра:
- функционал;
- патологик.
2. Манбаи бўйича:
- преренал (тўйинган);
- ренал (коптокчали, каналчали ва коптокча - каналчали);
- постренал (буйракдан ташқари, ёлғон кўриниши).
3. Таркиби бўйича:
- селектив;
- селектив бўлмаган.
4. Миқдори бўйича:
- микроальбуминурия (бир кунда 300 мкг гача);
- енгил (оқсил изи - бир кунда 1 г гача);
- ўртача (бир кунда 1-3 г гача);
- юқори нефротик (бир кунда 3 г дан ортиқ).

Функционал (физиологик, зарарсиз) протеинурия буйраги соғлом одамларда учрайди ва унинг патогенези ҳозиргача тўлиқ ўрганилмаган. Нефронлардаги органик ўзгаришлар билан боғлиқ бўлган патологик протеинуриядан фарқли ўлароқ унинг физиологик турида сийдик билан ажраладиган оқсил миқдори бир кунда 2 г дан ошмай кўпинча таъсир қилувчи омил бартараф этилгач, изсиз ўтиб кетади ва камдан-кам ҳолларда эритроцитурия, лейкоцитурия, цилиндрурия билан бирга кечади. Функционал протеинуриянинг бир неча турлари фарқланади.

Айрим соғлом одамларда совуқ ванна қабул қилганда, қўл панжаси ва билаклар 2-3 дақиқа совуқ сувга ботириб турилганда тез ўтиб кетувчи протеинурия кузатилади. Бу ҳол уларнинг буйракларида рефлектор қон айланиши бузилиши натижасида юзага келади деб тушунтирилади. Терига кучли инсоляция таъсирида юзага келадиган albuminuria solaris ҳам юқоридаги механизм натижасида ривожланади деб тахмин қилинади.

Қуйида ўтиб кетадиган протеинурия кузатилиши мумкин бўлган ҳоллар келтирилган:

- *алиментар протеинурия*-оқсилга бой озиқ овқатларни кўп миқдорда истеъмол қилганда;

- *марказий (центроген)* протеинурия эпилепсия хуружидан кейин ва бош мия чайқалганда, *эмоционал* эса кучли ҳаяжонланишдан сўнг;
- *пальпатор протеинурия* узоқ вақт қорин ва буйрак соҳасини чуқур пальпация қилиш натижасида;
- *зўриқиш (маршли)- ишчи* каналчалар протеинурияси бир кунда 1-2 г дан ошмайди ва оғир жисмоний зўриқиш натижасида юзага келиб, сийдикнинг биринчи чиқишида аниқланади ва одатдаги кундалик жисмоний юкламаларда йўқолади. Бундай протеинурия аксарият ҳолларда 2 та омилга боғлиқ: буйракда қон айланишини сустлашишига ва коптокчалар базал мембранаси гипоксиясига. Шу билан бир қаторда базал мембрананинг асосий моддаси таркибига кирувчи гиалурон кислотасини деполяризациясига олиб келувчи гиалуронидаза секрециясининг ошиши ҳам, базал мембрананинг ўтказувчанлигини жадаллашишига олиб келиши тасдиқланган.
- *иситмалаш протеинурияси* - коптокчали механизм билан боғлиқ бўлиб (бир кунда 1-2 г гача) кўпроқ ёш болаларда ва қарияларда тана харорати кўтарилган ҳолларда кузатилади ва меъёрига тушгандан сўнг йўқолади. У коптокча капиллярлари деворини иккиламчи токсик-инфекцион шикастланиши натижасида юзага келиб, нефронларнинг бошқа қисмларида ўзгариш кузатилмайди. Агар тана ҳарорати тушгандан кейин протеинурия сақланиб қолса, ўткир жараённи ёки сурункали яллиғланишни авж олганлигини аниқлаш учун қўшимча текширишлар ўтказилиши керак.
- баъзан 13-20 ёшдаги, астеник тана тузилишига эга бўлган ёшларда учраб, горизонтал ҳолда йўқоладиган *ортостатик (лордотик, постдурал)* коптокчали (бир кунда 1 г дан юқори бўлмаган) протеинурия алоҳида аҳамиятга эга. Одатда уларда эрталабки олинган сийдик таҳлилида протеинурия кузатилмайди. У ортостатик синама ўтқазилганда ёки 1-2 соат юргандан кейин пайдо бўлади. Вертикал ҳолатда бел соҳасидаги лардоз буйрак веналарида (кўпинча чап томондаги) қон ўтишини қийинлаштириши ушбу турдаги функционал протеинурия сабаби бўлиши мумкин.

Юрак касалликларида учраб турадиган *димланиш протеинуриясини* ҳар доим ҳам функционал характерли деб бўлмайди. Чунки узоқ вақт буйракда қон айланиши секинлашиши натижасида юзага келган гипоксия ҳолати коптокчалар базал мембранаси ва каналчалар эпителийсини шикастлайди. Бу ўз навбатида коптокчаларда оқсил фильтрациясини ошириб, каналчаларда эса реабсорбцияни камайишига олиб келади. Оқсил миқдори кўпинча бир литр сийдикда 1-3 г дан ошмайди. Транзитор протеинурияни аниқлашда синчковлик билан ёндошиш лозим, чунки айрим ҳолларда мукаммалроқ текширишлар (жумладан морфологик) ёрдамида буйрак паренхимасида яширин кечаётган яллиғланиш жараён мавжудлигини аниқлаш мумкин. Шунинг учун хам шу ўринда таниқли рус терапевти М.С.Вовсининг ўтган асрнинг 60 йилларида: **«ҳар қандай зарарсиз протеинурияни патологик белги сифатида қараб, барча ҳолларда беморни синчковлик билан текшириш ва унинг асосий сабабларини аниқлашга харакат килиш»**, лозим деган фикрини эслатиб ўтишни мақсадга мувофиқ деб топдик.

Патологик протеинурия буйрак (айрим буйракдан ташқари) зарарланиши билан кечадиган касалликларда учрайди ва юқорида таъкидланганидек унинг преренал –

тўйинган, ренал (коптокчали, каналчали, аралаш) ва постренал (буйракдан ташқари, сохта) турлари фарқланади.

Преренал протеинурия амалиётда кам учраса ҳам алоҳида бир гуруҳга ажратилган. У “ортиқча” ёки тўйиниш протеинурияси деб ҳам аталиб лимфоплазмоцитар тизимнинг турли касалликларида бемор плазмасида кўп миқдорда тўпланиб, қонда айланиб юрган кичик молекуляр оғирликка (200.000-400.000А) эга бўлган оқсилларни буйрак коптокчаларининг шикастланмаган деворидан фильтрланиш миқдорининг ортиқчалиги сабабли каналчаларда тўлиқ сўрилмаслиги ёки реабсорбция учун зарур бўлган ферментни йўқлиги туфайли умуман сўрилмаслиги натижасида юзага келади. Ушбу протеинурия таркиби асосан иммуноглобулинларнинг енгил занжирлари (Бенс-Жонс оқсили) миоглобин, гемоглобин, мезоцимлардан ташкил топган. Одатда сийдик орқали йўқотиладиган оқсил миқдори бир кунда 0,1- 20 г ва ундан кўп бўлиши мумкин. Лекин у нефротик синдромни асосий белгиси ҳисобланмайди, чунки гипоальбуминемия ва унга хос бўлган бошқа белгилар билан кечмайди.

Тўйинган протеинурия миелом касаллиги, Вальдерстрем макроглобулинемияси, томир ичи гемолизи, рабдомиолиз, моноцитар лейкоз ва айрим бошқа касалликларнинг асосий белгиларидан биридир.

Миелом касаллиги (плазмацитома) каналчалар обструкциясини юзага келтирувчи бир хил туркумдаги патологик иммуноглобулинлар ишлаб чиқарилиши билан кечади. Ушбу касалликда протеинурия турғун белги бўлиб, миқдори бир кунда 20 г га (унинг аксарият қисми Бенс-Джонс оқсилидан иборат) етади, ҳамда бошқа клиник белгилар (суяклардаги оғриқ, деструктив ўзгаришлар натижасида уларни тўсатдан синиши, гепато ва спленомегалия, парастезия) билан биргаликда кузатилади. Юқоридагилардан ташқари қонда кучли М-градиентли диспротеинемия, юқори даражада патологик иммуноглобулинлар ва стернал пунктатда плазматик ҳужайралар аниқланади. Ушбу касалликда буйрак каналчаларини иммуноглобулинларни k- ва λ - занжирлари ва уларга қарши антителалар, Тамма-Хорсфалл оқсили, қисман альбумин ва фибриногендан ташкил топган цилиндрлар билан тўлиб қолиши кузатилади. Бу белгилар нафақат миелом касаллигида кузатиладиган буйрак зарарланиши балки айрим ҳолларда ўткир буйрак етишмовчилиги келиб чиқишига ҳам сабаб бўлади. Одатда сийдик таркибида оқсил миқдори ортиши билан ўткир буйрак етишмовчилиги ривожланиш хавфи ҳам ошиб боради. Ушбу касалликда буйрак етишмовчилиги ривожланиши аксарият ҳолларда миелом тубуляр обструкция ривожланганлигидан ёки амилоидоз қўшилганидан далолат беради. Буйракдаги функционал ўзгаришлар асосида сийдик орқали ажралиб кетаётган Бенс-Джонс оқсили ёки протеинларни енгил занжирларини найчалар эпителийсига токсик таъсири ётади. Бундан ташқари ушбу жараёнда бошқа омиллар-гиперкальциемия, гиперурикемия, қон зардобини ёпишқоқлигини ошиши ҳам муҳим аҳамият касб этади. Шу ўринда кўп ҳолларда миелом касаллигининг бошланиш даврида беморларда юқори протеинурия ва сабабсиз ЭЧТ ошиши, кейинроқ суяклардаги ўзгаришлар қўшилишини УАВ ёдда тутиши лозим.

Вальденстрем макроглобулинемиясида эса, патологик LgM оқсили кўп миқдорда ишлаб чиқарилиб бемор қонида тўпланади. Бу касалликда буйрак зарарланиши камроқ учраб (15-

20% ҳолларда унча юқори бўлмаган носелектив протеинурия кузатилади), кўпинча спленомегалия, геморрагик синдром, ЭЧТ кескин ошиб кетиши, айрим ҳолларда эса остеопароз, суякларда миелом касаллигига ўхшаш кўплаб остеолитик ўзгаришлар билан кечади.

Томир ичи гемолизи эритроцитларни турли омиллар (мос келмайдиган гуруҳдаги қон қуйиш, гемолитик хусусиятга эга бўлган заҳарли моддалар, токсинлар, дорилар ва бевосита иммун таъсирлар, ҳамда эритроцитларни травматик шикастланиши) таъсири натижасида шикастланиши туфайли юзага келади. Гемолиз туфайли ҳосил бўлган эркин гемоглобин плазмадаги гаптаглобин билан бирикади. Гаптоглобин тўйингандан сўнг гемоглобин коптокчалар орқали фильтрлана бошлайди. Улардан ҳосил бўлган донадор цилиндрлар каналчалар тирқишини бекитиб қуйиши натижасида ўткир буйрак етишмовчилиги ривожланиши мумкин. Бундай беморларнинг сийдик таҳлилида оқсилдан ташқари эритроцитлар, лейкоцитлар, айрим ҳолларда эса эркин гемоглобин аниқланади. Шу билан бир қаторда ўткир буйрак етишмовчилигига хос клиник белгилар (олигоанурия, АГ, шиш, анемия, билирубинемия) кузатилади.

Рабдомиолиз (травматик краш синдроми, ишемик, токсик, генетик) протеинурия ва миоглобулинурия билан кечади. Қонда аминотрансфераза, креатинфосфокиназалар миқдори ошади ва гиперкалиемия, гиперурикемия аниқланади. Клиникасида ўткир буйрак етишмовчилиги белгилари билан бирга шиш, шикастланган мушакларда оғриқ, олигурия кузатилади.

Сурункали моноцитар лейкоз лизоцимни кўплаб ишлаб чиқарилиши натижасида унинг қон ва сийдикдаги миқдорининг (меъёрда 4-7 мкг/мл) ўнлаб марта ошиб кетиши, ҳамда қон ва суяк илигида моноцитоз юзага келиши билан намоён бўлади. Айрим ҳолларда лизоцим кўплаб ишлаб чиқарилиши оқибатида сурункали моноцитар лейкозда ҳам протеинурия кузатилиши мумкин.

УАВ фаолиятида ренал протеинурия билан кечувчи касалликлар куп учрайди. Юқорида қайд қилганимиздек унинг коптокчали, каналчали ва аралаш турлари фарқланади.

Коптокча протеинурияси қон плазмаси оқсиллари фильтрланадиган базал мембранани зарарланиши туфайли юзага келади. Бунда кунлик протеинурия миқдори 0,1 г дан 20 г гача бўлиб, альбумин, трансферрин, α_2 -микроглобулин ва γ-глобулинлардан ташкил топади. Бу турдаги протеинурия турли касалликларда, кўпинча ўткир ва сурункали гломерулонефритларда, амилоидозда, диабетик гломерулосклерозда ва буйрак веналари тромбозида кузатилади.

Гломерулонефритлар улар орасида алоҳида ўрин эгаллаб буйрак коптокчаларининг бирламчи шикастланиши, кейин жараённи каналчалар ҳамда оралиқ тўқималарга тарқалиши ва пировард натижада СБЕ ривожланиши билан характерланади.

Ўткир гломерулонефрит **(ЎГН)** - буйрак коптокчаларини ўткир иммун яллиғланиш касаллиги бўлиб, кейинчалик бу жараён буйракнинг барча тўқималарига тарқалади ва буйрак ҳамда (ёки) буйракдан ташқари симптомлар билан бирга кечади. Кўпинча болалар ва ёшлар орасида учрайди. У стрептококкли (ангина, фарингит, сурункали тонзиллитни қўзғалиши, скарлатина, сарамас ва бошқалар), айрим ҳолларда стафилококкли, пневмококкли ёки вирусли инфекциялар ўтказган беморларда 10-12 кундан кейин

ривожланади. Ушбу касалликнинг ривожланишига вакцина, зардоб, айрим дори ва кимёвий воситалар ҳам сабабчи бўлишини УАВ эсда тутиши лозим. Касаллик кўпроқ ёшларда учраб иммун тизимдаги ўзгаришлар унинг ривожланиш асосини ташкил қилади. ЎГН сийдик синдроми билан кечганда турли даражадаги протеинурия, микро ва макрогематурия (сийдик рангини қизариши ёки "гўшт сели" га ўхшаш тусда бўлиши), баъзан кам миқдорда лейкоцитурия, цилиндрлар (гиалинли, донадор, эритроцитар) ва эпителиал ҳужайраларни ажралиши кузатилади. Бундан ташқари ЎГН шиш (**шиш синдромига бағишланган маърузада**), АГ ва нефротик синдром (НФС) (**унга бағишланган маърузада**) айрим ҳолларда эса ўткир буйрак етишмовчилиги (олигоурия ёки анурия, коптокчалар фильтрацияси тезлиги пасайиши, азотемия) белгилари билан кечиши мумкин. Юқорида санаб ўтилган ўзгаришлар билан бир қаторда беморда бел соҳасида икки томонлама оғриқ, тана ҳароратини кўтарилиши, сийдик ҳажмини камайиши (олигоурия), АГ билан кечганда бош оғриши, ўткир чап қоринча етишмовчилиги белгилари (юрак астмаси, ўпка шиши), бош мияда (энцефалопатия, эклампсия) ва кўз тубида (артериолаларни торайиши, кесишган феномен, кўрув нерви сўрғичини шиши, майда қон қуйилишлар) ўзгаришлар кузатилиши мумкин. Ташхисни тасдиқлашда сийдик билан бир қаторда УҚТ (анемия, ЭЧТ ошиши), биокимёвий (креатинин ва мочевина ҳамда сийдик кислотасини ошиши, гипопротеинемия, гипоальбумения, гиперхолестеринемия ва бошқалар), иммунологик (стрептококка қарши АТ, АСЛ-О, антистрептокиназа титрини ошиши), УТТ (нефротик синдромда пирамидалар шиши), рентген (урологик касалликларни инкор қилиш учун), ва морфологик (буйрак биопсияси) текширишлар аҳамиятга эга.

УАВ ЎГНга шубҳа бўлган барча беморларни зудлик билан ихтисослашган шифохонага (бўлим) ётқизиш лозимлигини доимо ёдда тутиши керак. Шифохона шароитида уларга ётоқ тартиби, ош тузи (кунига 1-2 г), сув (кун давомида ажратган сийдик миқдори +200-400 мл) ва оқсил (кунига 1 кг тана вазнига 0,5 г гача) миқдори чегараланган парҳез (шиш ва АГ билан кечганда), стрептококк инфекциясига шубҳа бўлган ҳолларда пенициллин (ампициллин, феноксиметилпенициллин ва бошқалар) буюрилади.

Асосий патогенетик даво сифатида ГКС (преднизолон кунига 1 мг/кг 1,5-2 ой давомида), цитостатиклар (қаътий кўрсатмалар бўлганда азатиоприн ва меркаптопурин кунига 2-3 мг/кг, ўртача 150-200 мг 1-3 ой давомида), антикоагулянтлар (гепарин 5.000-10.000 бирлик т/о ҳар 4-6 соатда, 6-8 хафта давомида, антиагрегантлар (курантил кунда 225-400 мг 6-8 хафта давомида), аминохинолин бирикмалари (делагил кунда 0,5-0,75 г 3-6 хафта давомида, кейин 0,25 г кунда бир неча ой давомида) бериш тавсия этилади.

Шишларни бартараф этиш учун сийдик ҳайдовчи дори воситаларидан (фурацемид, урегит ва бошқалар), АГда эса КА (нифедипин, амлодипин ва бошқалар) фойдаланилади.

Касаллик белгилари ўтиб кетгандан кейин 6 ой ўтгач тонзилоэктомия тавсия этилади. Шу ўринда ўз вақтида кўрилган чора-тадбирлар 90 ва баъзан 100 % ҳолларда беморни 1,5-2 ой ичида соғайиши билан якунланишини эслатиб ўтмоқчимиз. Агар айрим белгилари 6 ойдан узоқроқ вақт давомида сақланиб қолса касалликни чўзилган тури ҳисобланади. Улар соғайганларидан сўнг камида 2 йил давомида мунтазам УАВ назоратида бўлишлари ва

ҳар икки-уч ойда умумий сийдик таҳлили ўтказиб турилиши керак. Мабодо беморда шамоллаш ҳолатлари кузатилса таҳлилларни ҳар 2 ҳафтада ўтказиш мақсадга мувофиқ.
Айни вақтда ЎГНни сурункалисини қўзғалган давридан фарқлаш лозим. ЎГНнинг белгилари ҳеч қачон инфекцияга боғлиқ касалликнинг биринчи кунларида намоён бўлмайди, ундан фарқли ўлароқ сурункали гломерулонефритда (СГН) қайталаниш ҳоллари кузатилиши мумкин. ЎГНга циклик кечиш хос бўлиб, сурункалисида эса аксарият ҳолларда уни фарқлашни имкони йўқ. Барча ЎГН билан оғриган беморларда касалликнинг биринчи хафтасидаёқ комплемент ва АСЛ-О миқдори ошади. Буйракни концентрациялаш хусусиятини бузилиши СГНни кечки босқичларида, ЎГНда шиш қайта бошлаганда кузатилади. Аксарият ҳолларда яширин кечаётган СГНни ўткиридан фарқлаш мураккаб бўлиб унинг учун буйрак биопсиясини ўтказиш лозим.
Агар инфекцияга боғлиқ касаллик билан оғриган беморлар сийдигида экстраренал белгиларсиз (шиш, АГ) сийдик чўкмасида ўзгариш аниқланса инфекцион токсик буйрак тўғрисида ўйлаш керак. Чунки бу ўзгаришлар касалликнинг яққол намоён бўлган даврида кузатилиб 1-2 хафта ичида изсиз йўқолади.
Тез авж олиб борувчи (ўткир ости ёки ёмон сифатли) гломерулонефрит –ЎГН каби бошланиб қисқа вақт (касаллик бошлангандан 2 йил) ичида нефросклероз ва СБЕ ривожланиб ўлимга олиб келади. У бирламчи (идиопатик) ва иккиламчи (ТҚВ, Гудпасчер синдроми, аралаш криоглобулинемия, инфекцион эндокардит, геморрагик васкулит, тугунчали периартериит, Вегенер гранулематози) бўлиши мумкин. Тез авж олиб борувчи гломерулонефрит ЎГН каби аксарият ҳолларда стрептококкли инфекциядан кейин белдаги оғриқ ва макрогематурия билан ўткир бошланади. Қисқа вақт ичида яққол намоён бўлган НФС, ёмон сифатли АГ, ретинопатия (кўз пардасини кўчиши, кўр бўлиб қолиш), авж олиб борувчи буйрак етишмовчилиги ривожланади. БТТКда тез авж олиб борувчи ГН касалликни илк белгиси бўлиши ёки мавжуд бўлган бошқа белгиларга қўшилиши мумкин. Агар зудлик билан даволаш чоралари олиб борилмаса 6-18 ой ичида беморлар буйрак етишмовчилигидан оламдан ўтадилар. Касалликнинг идиопатик турида тана ҳароратини кўтарилиши, миалгия, озиб кетиш, тромбоцитопения, микроангиопатик гемолитик анемия кузатилади. Ташхис қўйишда клиник белгилар ва асосан буйрак биопсиясида аниқланадиган морфологик ўзгаришлар (ярим ой шаклидаги, ўчоқли ва сегментар некроз ривожланиши билан кечувчи эпителиал ҳужайраларни пролиферацияси), муҳим аҳамиятга эга.
Даволаш ихтисослаштирилган шифохоналарда мутахассислар томонидан олиб борилади. Ўз вақтида бошланган “пульс-терапия”, тўрт – компонентли даво (ГКС+ цитостатиклар+ гепарин+ дипиридамол), ўтқазилган плазмаферез (иммунодепрессантлар ва ГКС билан) ва гемодиализ касаллик авжланишини бир мунча секинлаштириб эрта буйрак етишмовчилиги ривожланишини олдини олади.

Маъруза 9. Бўғим синдромида қиёсий ташхислаш. Даволашга индивидуал ёндошиш. Профилактика. УАШ тактикаси

ЎҚИТИШ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Талабалар сони- 20-40 та	Вакт –80 минут
Ўқув машғулотининг шакли	Маъруза – кўрсатиб намойиш этиш билан
Маъруза режаси	1.Бириктирувчи тўқима диффуз касалликларига тушунча беринг 2.Бўғим синдромининг асосий сабаблари 3. Бўғим синдроми билан кечадиган касалликлар 4. Бўғим синдроми асосий клиник белгилари 5. Бўғим синдроми қиёсий ташхиси 6. Бўғим синдроми диагностикаси 7. Бўғим синдроми асосий даво принциплари 8. Бўғим синдромида УАВ тактикаси 9.Бўғим синдромининг бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикаси.

Ўқув машғулоти мақсади: Талабаларга бўғим касалликлари тўғрисида маълумот бериш, уни таснифи ва асосий клиник белгилари, ушбу холатга олиб келувчи касалликларнинг асосий ташхисий меъзонлари, асоратлари, ташхислаш, тез ёрдам ва профилактика тамоиллари билан таништириш.

Педагогик вазифалар: ✓ Бўғим синдроми билан кечувчи энг кўп учрайдиган касалликлар рўйхатини аниқлаш ✓ Бўғим синдроми билан кечувчи энг кўп учрайдиган касалликларни эрта аниқлашдаги етакчи ва кузатиладиган аломатларни аниқлаш ✓ УАВ хизмат кўрсатиш категориясини ССВнинг 2009 йилдаги № 80 сонли буйруғига кўра аниқлаш ✓ УАВнинг ҚВП ёки ОП шароитида бўғим синдроми билан кечувчи энг кўп учрайдиган касалликларга чалинган беморлар олиб бориш тамойиллари ҳамда диспансер кузатув стратегияси аниқлаш ✓ УАШни бириктирувчи тўқима диффуз касаллик-ларини дифференсиал диагностикаси хамда унинг келиб чиқиш сабаблари ва этиологияси бўйича кечиш турини ўргатиш ✓ УАШ харакатларини квали-фикацион характеристика бўйича тахлил қилиш. ✓ Даволаш принципларини тахлил қилиш	***Ўқув фаолияти натижалари*:** **УАШ билиши лозим**: 7. Бўғим синдромининг диагностикаси ва диф.диагностикаси. 8. Бўғим синдромининг бор беморларнинг касалхонага ётқизишга кўрсатмадларни 9. Бўғим синдромида УАШ тактикаси 10. Даволаш принциплари (медикаментоз ва немедикаментоз) 11. ҚВП ва СВП шароитларида беморларни диспансер кузатувини хамда уларни мониторинг олиб бориш 12. Бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика принципларини

(номеди-каментоз медикаментоз) ✓ Шу касалликда бирламчи иккиламчи ва учламчи профилактик чора тадбирларни тахлил қилиш.	
Таълим усуллари	Маъруза матни, видеофильмлар, мия хужуми, вазиятли ҳолатлари ечиш, гурухлар орасида мусобақа, «ҳа-йўқ» техникаси
Таълим шакли	Лазер проектори, визуал материаллар, махсус техника воситалари билан жиҳозланган
Таълим воситалари	Коллектив
Таълим бериш шароити	Аудитория

МАЪРУЗА ТЕХНОЛОГИК ХАРИТАСИ

Босқичлари, вақти	Фаолият	
	Ўқитувчи	Талабалар
1 босқич Кириш (5 мин)	1. Маъруза мавзусинини, мақсадини, кўзлаган режасини гапириб беради	1. Эшитадилар
2 босқич Билимларни долзарблаштириш (20 дақиқа)	2.1.Талабаларни билимларини долзарблаш-тириш мақсадида саволлар беради: 1 Бўғим синдроми деганда нимани тушунасиз? 2 Бўғим синдроми билан кечадиган касалликлар 3. Бўғим синдроми диагностик мезонлари? 4. Бўғим синдромининг даво принциплари? 2.2. Экранда кўрсатиб маъруза мақсади билан таништиришни таклиф этади Слайдда келтирилган маълумотларга изоҳ беради. Слайд №1, 2,...	2.1.Саволларга жавоб берадилар
3 босқич Асосий босқич (информацион) (45 дақиқа)	3.1.Маъруза мазмуни ва шахс маънавиятини шакллантириш мезонлари билан таништиради. Талабаларнинг лойиҳа мавзуси бўйича билимларини долзарблаштиради ва “мия ҳужуми” ўтказади.	3.1. Берилган материалларни мухокама қиладилар, саволлар берадилар Асосий жойларини ёзиб оладилар
4 босқич Якуний (10 дақиқа)	4.1. Савол -жавоб: Бўғим синдромида қиёсий ташхислаш. Даволашга индивидуал ёндошиш.Профилактика. УАШ тактикаси	4.2. эшитадилар, ёзадилар

Маъруза баёни: Бўғим синдромида қиёсий ташхислаш. Даволашга индивидуал ёндошиш. Профилактика. УАШ тактикаси

Турли этиологияли шунингдек, тизимли ёки маҳаллий хусусиятга эга бўлган ҳаракат - таянч аппарати касалликлари аксарият ҳолларда турғун ёки ўтиб кетувчи бўғим синдроми билан кечади. Бўғим синдромига сабаб бўлувчи ревматик касалликлар жуда кам ҳолатларда ўлимнинг асосий сабаби бўлади. Лекин уларнинг аксарияти ички аъзоларни зарарланиши билан кечиб, беморнинг иш қобилиятини йўқолишига, ногирон бўлиб қолишига ва умрини қисқаришига олиб келади. Ушбу гуруҳ касалликлар турли ёш, жинс ва иркдаги аҳоли орасида 20-45% ҳолларда учрайди (1-жадвал) ва беморларнинг 6-10 % ногирон бўлиб қолади. Аксарият беморлар биринчи бор, бўғимларда маҳаллий ёки тарқалган оғриқлар билан УАВ га мурожаат қиладилар. Бўғим синдроми тўғридан-тўғри бўғим ва (ёки) бўғим олди тўқимаси касалликлари билан боғлиқ бўлиши, айрим ҳолларда эса руҳий хусусиятга эга бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда тўғри ташҳис қўйиш учун УАВ оғриқ характери, пайдо бўлиш вақти, сабаби, давомийлигини аниқлаши ҳамда ушбу ўзгаришлар билан кечиши мумкин бўлган касалликлар ва уларнинг асосий белгиларини билиши лозим.

1-жадвал

Бўғим синдромини турли ёш ва жинсларда учраши

Ёши, йил	**Касалликлар**			
	Эркакларда		**Аёлларда**	
	Яллиғланишсиз	**Яллиғланишли**	**Яллиғланишсиз**	**Яллиғланишли**
18-34	Жароҳат/зўриқиш Белда оғриқлар	Спондилоартро-патиялар Гонококкли артрит Подагра	Жароҳат/зўриқиш Белда оғриқлар	Гонококкли артрит Тизимли қизил волчанка
35-65	Жароҳат/зўриқиш Белда оғриқлар Остеоартроз Туннел синдроми	Бурсит Подагра Спондилоартро-патиялар Дифференция-ланмаган серонегатив полиартрит	Остеопороз (менопаузадан кейин) Белдаги оғриқлар Жароҳат/зўриқиш Фибромиалгия Туннел синдроми Остеоартроз Рейно феномени	Бурсит Ревматоидли артрит Дифференция ланмаган серонеготив полиартрит

Ёшларда бўғим синдроми кўп ҳолларда ёмон оқибатларга олиб келувчи оғир патологик жараёнларнинг, яъни иммун ўзгаришлар ва тизимли касалликларнинг бир кўриниши сифатида намоён бўлса, катта ёшдаги беморларда бўғим ва тоғай тўқималаридаги

дистрофик ўзгаришлардан далолат беради. Шунинг учун шифокор эътиборини фақат зарарланган бўғимни даволашга қаратмасдан, чуқур таққослама ташҳис ўтказиши ва бемордаги оғриқ синдромини баҳолашда масъулият билан ёндошиши керак. Бўғим синдроми билан кечувчи кенг тарқалган касалликлар ва уларни ташҳислаш учун лозим бўлган лаборатор–асбобий текширишларни билиш, ўз вақтида ташҳис қўйиш ва патогенетик даво олиб боришга, эҳтиёж бўлганда, беморларни ихтисослаштирилган даволаш муассасаларига (ревматология, онкология, урология, ортопедия ва бошқалар) юборишга ёрдам беради.

Бўғимдаги оғриқлар – таянч-ҳаракат тизимининг бирламчи ва иккиламчи зарарланишида кузатиладиган патологик симптомлардан бири бўлиб, 100 дан ортиқ турли касалликларда учрайди. Уларни пайдо бўлиши бевосита бўғим ҳосил қилувчи тузилмалар (синовиал қобиқ, бўғим суяклари, бойламлар) ва преартикуляр тўқимада жойлашган нерв охирларини таъсирланиши билан боғлиқ. Фақат бўғим тоғайида нерв толалари ва томирлар йўқ ва уни чегараланган зарарланиши оғриқ билан кечмайди. Бўғимдаги оғриқларни юзага келтирувчи сабабларидан бири **артрозлардир**. У барча бўғим касалликларининг 80 % ни ташкил этади. Улар тоғайдаги дегенератив ўзгаришлар билан бошланиб, қисқа вақт ичида унинг остида ётувчи суякларни, бўғим қобиғини, ҳатто синовиал ўрам ва мушакларни қамраб олади.

Бўғимларни яллиғланиши - **артритлар** тарқалиши бўйича иккинчи ўринда турувчи оғриқ синдроми билан кечадиган касалликлар гуруҳи хисобланади. Одатда улар асосида бўғим бўшлиғи ва синовиал қобиғда (синовит) жойлашган патологик жараён ётади. Бўғимда аниқланадиган шишлар нафақат синовит туфайли, балки синовиал қобиқни ва бўғим атрофидаги юмшоқ тўқималарни яллиғланиши сабабли хам юзага келади. Артритлар инфекцион, аутоиммун яллиғланишлар, модда алмашинувининг бузилиши, жароҳат туфайли пайдо бўлса, айрим ҳолларда унинг сабабини аниқлаш имкони бўлмайди.

Бўғимдаги патологик жараён бошқа аъзо ва тизимларнинг ревматик бўлмаган касалликлари натижасида ҳам юзага келиши мумкин. Бунда бўғим синдроми артралгия ва артритлар кўринишида кечади. У бириктирувчи тўқимани тизимли зарарланиши, модда алмашинуви ва вегетатив нерв тизимининг гормонал ҳолатини бузилиши, токсик, аллергик, токсико - аллергик механизмлар таъсирида бўғим тўқимаси сезувчанлигини жиддий ўзгариши оқибатида ривожланади. Уларнинг жойлашиши турлича бўлиб, асосий касалликка боғлиқ ҳолда ўзига хос белгиларга эга (1 ва 2-расмлар) бўлади. Улар тўғрисида кейинроқ алоҳида тўхталиб ўтамиз.

Қуйида бўғим синдроми билан кечувчи амалиётда тез-тез учраб турадиган касалликлар классификацияси келтирилган.

I. Ревматизм (ревматик лихорадка).

II. Бириктирувчи тўқиманинг тизимли касалликлари (тизимли қизил волчанка (ТҚВ), тизимли склеродермия (ССД), Шегрен касаллиги, дарматомиозит (ДМ), диффуз фациит, бириктирувчи тўқимани аралаш касалликлари, ревматик полимиалгия ва бошқалар).

III. Тизимли васкулитлар (тугунчали переартериит, геморрагик васкулит, Вегенер грануломатози ва бошқалар).

IV. Ревматоид артрит (РА) (полиартрит, РА тизимли шикастланиш билан, Фелти синдроми).

V. Ювинил артрит (ювенил РА, Стилл синдроми, сурункали ювенил артрит).

VI. Бехтерев касаллиги.

VII.Спондилоартрит билан бирга кечувчи артритлар (псориатик артрит, Рейтер касаллиги, ичакни носпецифик касаллигида (НЯК, Крон касаллиги) кузатиладиган артритлар).

VIII. Инфекцияга боғлиқ артритлар

А. Инфекцияли артритлар:

1. бактериали (стафилококк, стрептококк, гонококк, бруцеллёз, захм, микобактерия: туберкулез ва бошқалар), Лайм ва Уиппл касалликлари;
2. вирусли (қизилча, эпидпаротит, сувчечак ва бошқалар);
3. замбуруғли;
4. паразитар;

Б. Реактив артритлар:

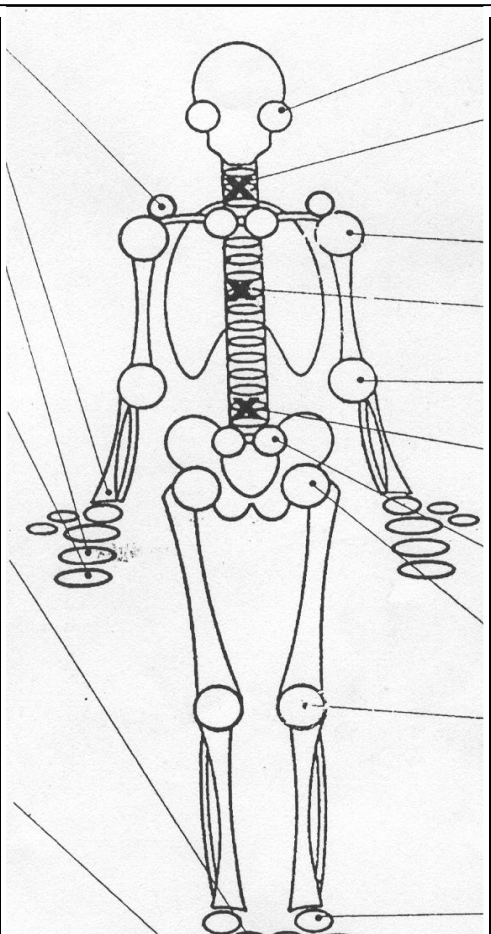
1. энтероколитдан кейинги- иерсиниоз, салманеллёз, шегеллёз ва бошқалар;
2. урогенитал (Рейтер касаллиги ва сўзак (гонорея));
3. бурун ҳалқум инфекциясидан кейин;
4. эмлашдан (вакцинация) кейинги.

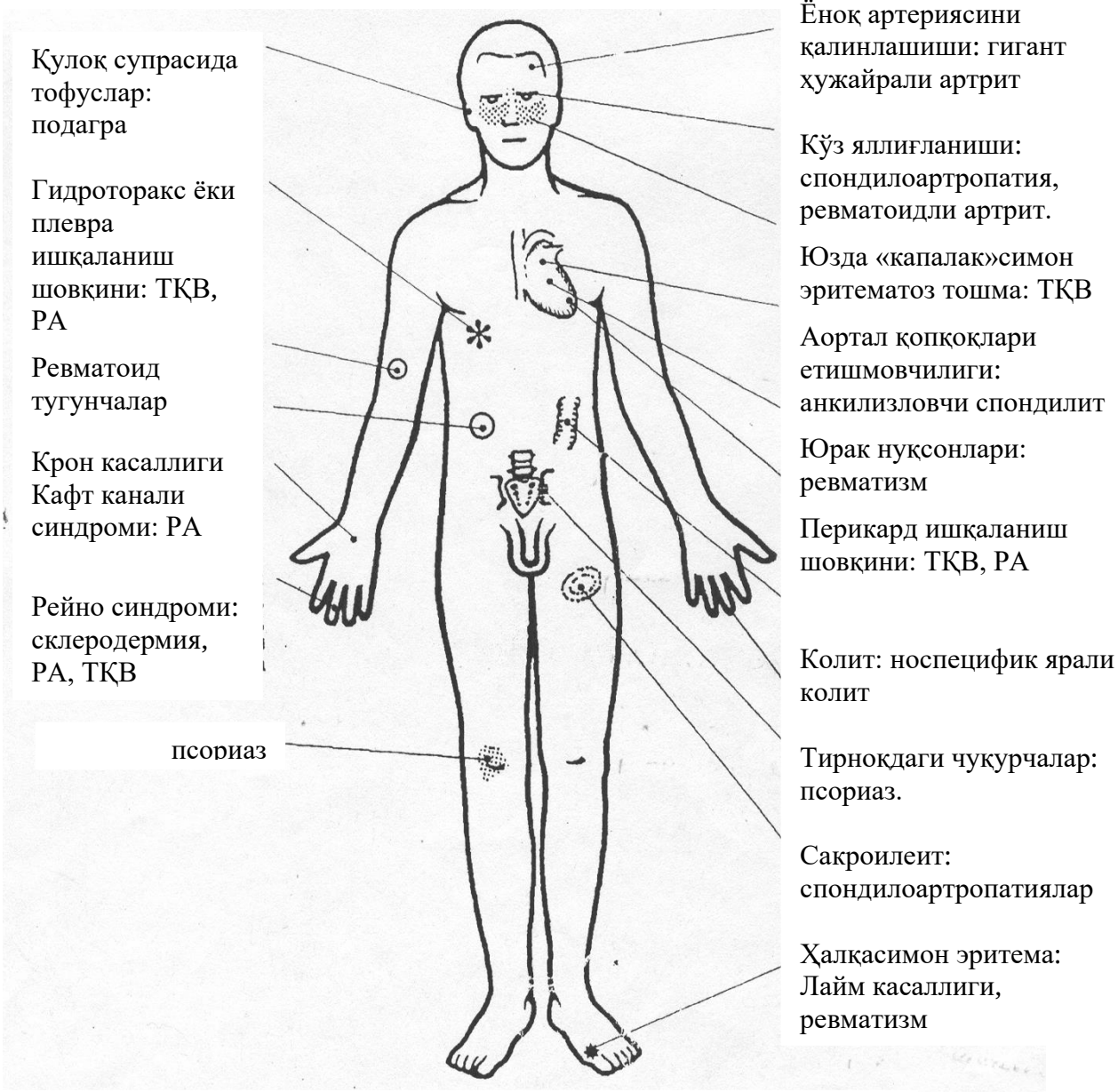
IX. Микрокристалли артрит:

- подагра;
- хондрокальциноз.

X . Остеоартрозлар:

1. деформацияловчи остеоартроз (бирламчи ва иккиламчи);
2. спондилёз, остеохондроз, спондилоартроз.

Акромиал-ўмров бўғими: остеоартроз		Пастки жағ бўғими: РА
Кафт билак бўғими: РА, остеоартроз		Умуртқанинг бўйин қисми: РА, остеоартроз, спондилоартропатия
Проксимал панжалараро бўғим: РА, вирусли полиартрит, ТҚВ		Елка бўғими: РА Умуртқанинг кўкрак қисми: спондилоартропатия
Дистал панжалараро бўғим: остеоартроз, псориаз,		Тирсак бўғими: остеоартроз, спондилоартропатия Бел-думғаза бўғими: остеоартроз,



2-расм. **Артритларда кузатиладиган асосий симптомлар**

XI. Бўғимларнинг кам учрайдиган касалликлари:

1. полисиндром ревматизм;
2. интермиттерланувчи гидроартроз;
3. бўғим хондроматози;
4. рецидивланувчи полихондрит;
5. ўсма ва ўсмага ўхшаш касалликлар (синовиал қобиқ гемангиомаси, синовиома, саркома, пигментли ворсинка тугунли синовит ва бошқалар).

XII. Ревматик бўлмаган касалликлардаги артропатиялар:

1. аллергик касалликлар (дори ва зардоб касалликлари);
2. метаболик бузилишлар (гемохроматоз, амилоидоз, охроноз, ксантоматоз, гиперлипидемия);
3. бириктирувчи тўқима метаболизмини туғма нуқсони (Марфан синдроми, мукополисахаридоз, гипермобиллик синдроми);

4. эндокрин касалликлар (қандли диабет, акромегалия, гиперпаратиреоз, гипертиреоз, гипотиреоз);
5. асаб тизими касалликлари (Шарко артропатияси, альгонейродистрофия, компрессия синдроми, сирингомиелия, елка- панжа синдроми);
6. қон тизими касалликлари (гемофилия, лейкозлар, миелом касаллиги, ёмон сифатли лимфомалар);
7. паранеопластик артропатиялар (турли жойлашувдаги ёмон сифатли ўсмалар);
8. касб касалликлари (вибрация касаллиги, силикоз – силикоартрит - Каплас синдроми, Кессон касаллиги);
9. бошқа касалликлар (сурункали фаол гепатит, саркоидоз, даврий касаллик, гиповитаминоз).

XIII. Бўғимдан ташқаридаги юмшоқ тўқима касалликлари:

1. мушак касаллиги (миозитлар);
2. бўғим олди тўқимаси касаллиги (энтезопатиялар, тендинитлар, тендовагинит, теносиновит, бурсит, периартрит);
3. фация ва апоневроз касаллиги (фасцитлар, апоневрозитлар);
4. тери ости ёғ қатлами касаллиги (тугунчали эритема, оғриқли липоматоз, паникулитлар);
5. полиостеоартромиалгия (психоген ревматизм).

XIV. Суяк касалликлари ва остеохондропатиялар:

1. суяк касалликлари (остеопароз, остеомаляция, гипертрофик ўпкали остеопатия, деформацияловчи остеит, остеолиз);
2. остеохондропатиялар (сон суяги бошчасини асептик некрози, умуртқа поғонаси танасини ва болдир суяги ўсиқлари остеохондропатияси).

Юқоридаги классификациядан кўринадики, бўғим синдроми билан кечувчи касалликлар жуда кўп ва уни яна кенгайтириш мумкин. Амалиётда кенг тарқалган ушбу синдром билан мурожаат қилган беморга тўғри ташҳис қўйиш, даволаш ва зарурият бўлганда, тегишли мутахассисларга йўлланма бериш учун бирламчи тизимда ишлаётган УАВдан чуқур билим ва тажриба талаб этилади.

Бўғим синдроми билан кечувчи касалликлар тўғрисида маълумот беришдан олдин бўғим тузилиши ва фаолияти тўғрисида қисқача тўхталиб ўтамиз.

Анатомик тузилишига кўра уч турдаги бўғимлар тафовит этилади: синартрозлар (ҳаракатсиз), симфизлар (ярим ҳаракатли) ва диартрозлар (ҳаракатчан).

Шифокорлар учун диартрозлар, яъни бир-биридан тўлиқ гиалинли тоғай билан ажратилган, юзаси фиброз капсула билан ўралган бўғимлар аҳамиятли ҳисобланади. Бўғим капсуласи ташқи (фиброзли) ва ички (синовиал) қаватлардан иборат. Фиброз қават коллаген бойламларидан ташкил топган бўлиб, синовиал қобиқ билан узвий боғланган. У бўғимни ташқи муҳит таъсиридан химоя қилади. Синовиал қобиқ тўғридан-тўғри бўғим бўшлиғи билан боғлиқ бўлиб, қон томирлари, лимфа капиллярлари ва нерв толаларига бой. У таркибида қон плазмасидаги барча элементлари мавжуд бўлган суюқлик ишлаб чиқаради. Бу суюқлик диффузия йўли билан бўғимнинг тоғай қисмини озиқлантиради ва унинг юзаси ишқаланишини камайтиради ҳамда кераксиз моддаларни олиб чиқади.

Бўғим синдроми бир нечта симптом ва синдромларни бирга келиши билан намоён бўлади. *Бўғимдаги оғриқ* ушбу гуруҳ касалликларида биринчи ва кўп учрайдиган симптомдир. У тўғридан-тўғри бўғим ва унинг атрофидаги тўқималарда кечаётган жараёнлар билан боғлиқ ёки психоген бўлиши мумкин. Ташҳис қўйишда оғриқни давомийлиги, пайдо бўлиш вақти, характери, нима билан боғлиқлиги ва қайси симптомлар билан бирга келиши аҳамиятлидир. *Бўғимдаги шиш* унинг касалликларида кузатиладиган иккинчи асосий симптом бўлиб, у синовиал қобиқ ва бўғим атрофидаги юмшоқ тўқиманинг яллиғланиши ёки бўғим бўшлиғида суюқлик йиғилиши туфайли юзага келади. Шиш, сурункали артритларда синовиал қобиқ ва бўғим атрофидаги юмшоқ тўқима гипертрофияси, периартикуляр тўқимадаги фиброз-склеротик жараён бўлиб, бўғим шакли ўзгаришига, яъни *дефигурациясига* олиб келади. Суяк охирларини деструкцияси, уларни бир-бири билан ўсиб кетиши, анкилозлар, ярим чиқишлар ривожланиши ҳамда бўғим олди мушак ва бириктирувчи тўқималар шикастланиши ҳисобига бўғим шаклини турғун ўзгариши, яъни *бўғимлар деформацияси* ривожланади. Бўғим ва унинг атрофидаги тўқима яллиғланиши шу сохадаги тери қоплами *гиперемияси* ва маҳаллий *гипертермия* (ҳароратни кўтарилиши) билан бирга кечади. Патологик жараён кечаётган *бўғимда ҳаракатни чегараланиши* бўғим синдромининг асосий таркибий қисмларидан бири ҳисобланади. Бўғим синдроми ревматик касалликларда битта (моноартрит), иккита (олигоартрит) ва кўплаб (полиартрит) кўринишида, ўткир (3 ойгача), ўткир ости (3-6 ойгача), чўзилган (9 ойгача) ва сурункали (9 ойдан кўп) кечиши мумкин.

Ревматик касалликларни ташҳислашда юқорида санаб ўтилган бўғим синдромига хос белгилар билан бир қаторда, тери – мушак тизими ва ички аъзоларни шикастланиш даражасини аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Қуйида биз УАВ фаолиятида кўп учрайдиган ва бўғим синдроми билан кечадиган касалликларга тўхталиб ўтамиз.

Ревматизм (ўткир ревматик иситма)

Ўткир ревматик лихорадка (ЎРЛ) - А гуруҳидаги β-гемолитик стрептококкли ўткир инфекциядан (ангина, фарингит) кейин ривожланган асорат, асосан юрак қон-томир тизими (кардит), бўғим (кўчиб юрувчи полиартрит), бош мия (хорея) ва тери (ҳалқасимон эритема, ревматик тугунчалар) шикастланиши билан кечувчи бириктирувчи тўқиманинг токсик – иммунли тизимли яллиғланиш касаллиги бўлиб, кўпроқ мойиллиги мавжуд бўлган 7-14 ёшдаги ўсмирлар орасида кенг тарқалган. Ташҳислашда Кисел-Джонс томонидан таклиф қилинган 1992 йилда Америка кардиологлари уюшмаси томонидан қайта кўрилган ва ўзгартиришлар киритилган, Россия ревматологлари уюшмаси томонидан 2003 йилда таклиф этилган ташҳисий мезонлар мажмуасига асосланилади (2-жадвал).

2- жадвал

Ўткир ревматик лихорадканинг ташҳисий мезонлари

Катта мезонлар	**Кичик мезонлар**		А гуруҳидаги β-гемолитик стрептококкли инфекция
Кардит Полиартрит	Клиник	Артралгия Лихорадка	
	Лаборатор	Ўткир фазали	

Хорея Ҳалқасимон эритема Тери ости ревматик тугунчалари		синамалар кўрсаткичини ошиши: ЭЧТ, СРО, АСЛО	мавжудлигидан далолат берувчи маълумотлар А стрептококкли экма мусбатлиги ёки мусбат тез аниқловчи А стрептакоккли синама Антистрептококкли АСЛ-О, анти- ДНК антителалар титрини юқори бўлиши ва ошиб бориши
	Асбобий	ЭКГ да P-Q оралиғини узайиши, доплер-ЭхоКГ да митрал ва (ёки) аортал регургитация	

Агар иккита катта мезон ёки битта катта ва иккита кичик мезон ҳамда А гуруҳидаги β-гемолитик стрептококкли инфекция ўтқазганлигини тасдиқловчи ҳужжат мавжуд бўлса, ЎРЛ ривожланиши эҳтимоли юқорилигидан далолат беради.

Кардит ЎРЛнинг асосий синдроми (90-95%) бўлиб, касалликни оғирлик даражаси ва оқибатини белгилайди. Уни негизини кўпинча митрал, кам ҳолларда аортал қопқоқлари вальвулити ташкил этиб, юрак соҳасида органик шовқинлар пайдо бўлиши ва уни миоперикардит билан бирга кечиши хосдир.

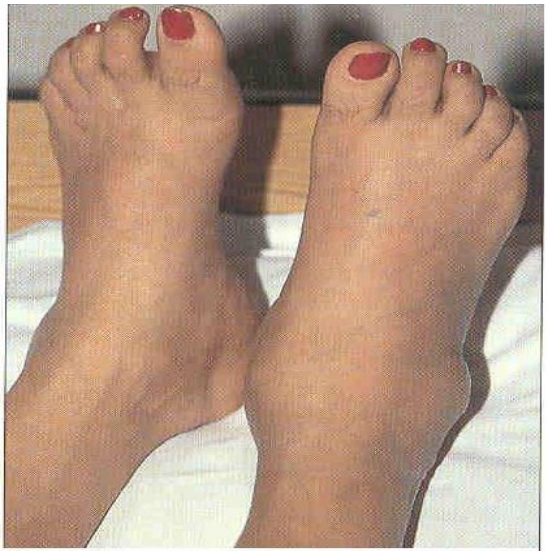
Ревматик полиартритни (60-100% ҳолларда кузатилади) ташҳислашда қуйидагилар муҳимдир:

- стрептакокк инфекцияси ўтказганлиги билан боғлиқлик (1-2 хафтадан кейин);
- йирик ва ўрта бўғимларни (тизза, болдир-товон, кам ҳолларда елка ва тирсак) олигоартрит ёки моноартрит кўринишида зарарланиши, уларни кўчувчан характерда бўлиши ва бир неча соатдан бир неча кунгача давом этиши;
- НЯҚВ яхши самара бериши ва бўғимлардаги ўзгаришларни изсиз йўқолиши (3-расм);

Ревматик хорея (кичик хорея, Сиденгам хореяси) 6-30% ҳолларда кўпинча ёш қизларда кузатилади. Унинг клиник кўриниши қуйидаги бешта синдромлар мажмуасидан иборат: хореяли гиперкинезлар, мушак гипотонияси (параличга ўхшаш мушаклар бўшашиши), координацияни бузилиши ва томир дистонияси.

Ҳалқасимон (аннуляр) эритема 4-17% ҳолларда кузатилади. Оч пушти рангдаги диаметри бир неча миллиметрдан 5-6 см гача бўлган ҳалқасимон тошмалар танада, оёқ ва қўлларни проксимал қисмида жойлашади. У кўчиб юриш хусусиятига эга бўлиб, тери сатҳидан кўтарилмайди, индурация ёки қичиш билан бирга кечмайди, қолдиқ элиментларсиз (пигментация, қипиқланиш, атрофик ўзгаришлар) тез ўтиб кетади.

Тери ости тугунчалари охирги йилларда жуда кам - 1-3% ҳолларда кузатилсада, ўзини ташҳисий аҳамиятини йўқотгани йўқ. У думалоқ, кам ҳаракатчан, оғриқсиз, турли ҳажмдаги ҳосила бўлиб, бўғимларни ташқи соҳасида, тўпиқ, пай, умуртқа поғонаси ўсиқлари устида жойлашади ва 2 -4 ҳафта ичида изсиз йўқолади.



3-расм. Ревматизмда бўғимдаги ўзгариш

Ревматик анамнезга эга бўлган (ревматик юрак нуқсони мавжуд) беморларда касаллик белгилари қайта пайдо бўлиши ЎРИ янги қўзғалиш даври деб қаралади ва бундай ҳолларда ташҳис битта катта ва 3-4 та кичик мезонларга асосланиб қўйилади.

ЎРИ ташҳисини қўйишда 2003 йилда Россия ревматологлари уюшмаси томонидан таклиф этилган классификация қўлланилади (3- жадвал).

Ўткир ревматик иситма классификацияси

Клиник шакллари	**Клиник белгилари**		**Натижа**	**ҚАЕ босқичлари**	
	Асосий	**Қўшимча**		**СВК***	**NYHA**
Ўткир ревматик иситма Қайта ревматик иситма	Кардит Полиартрит Хорея Ҳалқасимон эритема Тери ости ревматик тугунчалари	Иситмалаш Артралгия Абдоминал синдром Серозитлар	Тузалиш Юракни сурункали ревматик касаллиги - юрак нуқсонисиз** - юрак нуқсони билан***	0 I II II III	0 I II III IV
Изоҳ: СВТ*- ҚАЕ ни Н.Д. Стражеско ва В.Х. Василенко бўйича классификацияси ** ЭхоКГ ёрдамида яллиғланишдан кейинги юрак қопқоқчалари четидаги фиброз ўзгаришлар (регургитациясиз) аниқланиши мумкин; *** биринчи бор юрак нуқсони аниқланганда, бу ҳолатга олиб келиши мумкин бўлган барча касалликлар (инфекцион эндокардит, бирламчи фосфолипид синдроми, дегенирация негизидаги қопқоқчалар кальцинози) инкор этилиши лозим.					

Ушбу классификацияда касалликнинг иккита натижаси келтирилган. *Тузалиш* - ЎРЛ ни барча клиник белгиларни йўқолиши ва лаборатор кўрсаткичларни меъёрига қайтиши ҳамда хеч қандай асоратлар ривожланмаслиги назарда тутилган. ЎРЛ ўтқазилгандан кейин юрак қопқоқчалари четида фиброз ўзгаришлар ёки нуқсон (етишмовчилик ва/ёки стеноз) ривожланган ҳолларда *сурункали ревматизм касаллиги* ташҳиси қўйилади.

УАВ сўнги йилларда ревматизм турғун сурункали, 2-3 та, ҳатто бир бўғим зарарланиши ёки РАни эслатувчи майда бўғимлардаги пролифератив ўзгаришлар ҳамда белгисиз сакроилеит билан кечаётганлигини унутмаслиги керак. РАдан фарқли ўлароқ, ревматизмда эрталабки қотиб қолиш, жараённи симметриклиги кузатилмайди ва қонда ревматик омил аниқланмайди. Бундан ташқари, ревматизмни ўрта ва кекса ёшдаги эркакларда тез-тез, ҳар хил вақт оралиғида қайталаниб турувчи, бўғимлардаги ўткир яллиғланиш *ноаниқ этиологияли полисиндром ревматизмда* фарқлаш лозим. Бунда бир ёки бир нечта бўғим (кўпроқ тизза, кейин билак - кафт ёки панжа майда бўғимлари) зарарланади. Хуруж бир неча соатдан бир неча кунгача давом этиб, кескин оғриқлар ва периартикулар тўқималар шиши билан кечади, шунингдек бўғимлардаги жараён тўлиқ яхши бўлиши билан характерланади. Қонда эозинофилия, лимфоцитоз кузатилади.

Даволаш. Ревматизни даволаш учта босқичда олиб борилади**,** яъни шифохона – ОП (ҚВП) – санатор-курорт. Шифохонада даволашда фаол яллиғланишга қарши муолажалар, бициллин профилактикани бошлаш, бемор реабилитацияси ва уни жисмоний ҳолатини назорат қилишдан иборат. Кейинги босқичда касаллик фаоллиги пасайгач бемор махсус ревматологик санаторияга ёки ОП (ҚВП)да УАВ назорати остида даволаш давом эттирилади. Зарурат бўлганда ревматолог маслаҳати ўтқазилади. Учинчи босқич беморни мунтазам диспансер назоратида кузатиш, бициллин профилактикасини ўтқазиш ва касалликни қайталанишини олдини олишдан иборат.

Дори воситалари билан даволаш

1. Этиотроп (стрептококка қарши) даво:

- катталар ва ўсмирларга бензилпенициллин 1.000.000 бир., ёш болаларга эса 100.000-150.000 бир. кунига 4 марта м/о 10 кун давомида. Кейин иккиламчи профилактика чора-тадбирлари олиб борилади;
- пенициллин гуруҳидаги воситаларни бемор қабул қила олмаса, макролидлар қўлланилади: рокситромицин болаларга кунига 5-8 мг/кг, катта ёшдагиларга 150 мг кунига 2 марта ёки кларитромицин болаларга кунига 7,5 мг/кг, катта ёшдагиларга эса 250 мг кунига 2 марта ичишга тавсия этилади.

2. Патогенетик даво:

- ГКС касаллик оғир кардит белгилари билан ўткир кечганда, фаоллик даражасидан келиб чиқиб тавсия этилади. Преднизолон кунига 1,0 мг/кг миқдорда куннинг биринчи ярмида ва ЭЧТ меъёрий кўрсаткичгача пасайгандан кейин ҳар 6-10 кунда уни миқдори ¼ таблеткага камайтириб борилади. Даволаш ўртача ҳисобда 2-2,5 ой давом этади;
- ЯҚНВ унча юқори бўлмаган фаоллик даражасида, ГКС лар миқдори камайтирилганда ёки бериш тўхтатилганда, қайталанган ревматик лихорадкада қўлланилади. Индометацин 25-150 мг. кунига 1-2 марта ёки вольтарен 25 мг. кунига 1-2 марта овқатдан кейин.

Касаллик узоқ вақт ёки тўхтовсиз қайталанувчи кечганда, ЯҚНВ билан бир қаторда, аминохинолин унумлари тавсия этилади. Делагил 0,25 г. ёки плаквенил 0,2 г.дан кунига 1-2 марта овқатдан кейин ичиш буюрилади. Даволаш курси бир неча ойдан кўрсатмалар бўлганда йилларгача давом этади.

Беморда юрак нуқсони ривожланганда, кардиохирург маслаҳати тавсия этилади. Агар гемодинамик ўзгаришлар натижасида ҚАЕ ривожланса симптоматик даво олиб борилади. **Бу тўғрисида батафсил маълумот шиш синдромини қиёсий ташҳислашга бағишланган маърузада ёритилган.**

Профилактика

Бирламчи профилактика ЎРЛ ривожланмаслиги учун стрептококка қарши фаол даво олиб бориш:

- болаларни соғломлаштириш ва чиниқтириш;
- бирламчи инфекция ўчоқларини (юқори нафас йўлларини ўткир ва сурункали инфекцияси (ренит, тонзиллит, фарингит) санация қилиш, йирингли жараёнларни (тиш кариеси, фурункул, карбункул)) бартараф этиш;

- ревматизмга наслий мойиллиги бор болаларда 5 кунлик бензилпенициллин билан профиллактик даво олиб бориш.

Иккиламчи профилактика ЎРИ ўтқазган беморларда қайта хуружлар ривожланишини ҳамда ревматик юрак нуқсонини авжланишини олдини олишга йўналтирилган. Иккиламчи профиллактика давомийлиги:

- ЎРЛ ни кардит белгиларисиз (полиартрит, хорея) ўтқазган беморларга 5 йил давомида бициллин -5 ҳар тўрт ҳафтада 1,5 млн. бирликдан м/о га юборилади;
- ЎРЛ ва қайта ревматик лихорадка оқибатида юрак шикастланишлари мавжуд бўлган беморларда бициллин профилактика бутун ҳаёти давомида олиб борилади;
- иккиламчи эндокардит ривожланишини олдини олиш.

Учламчи профилактика чора-тадбирлари юқоридаги санаб ўтилган муолажалар билан бирга янги юрак нуқсонлари пайдо бўлишини, ҚАЕ белгиларини бартараф этиш ва ривожланишини олдини олиш ҳамда беморнинг ҳаёт сифатини яхшилашга қаратилган.

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ МАТЕРИАЛЛАРИ

т/р	Мавзулар мазмуни	Амалий машғулот	Клиник машғулот	Ҳаммаси
	Оилавий тиббиёт асослари			
1.	**Оилавий тиббиёт асослари**. УАШ вазифалари. Ишлаш хусусиятлари. Тиббий ҳужжатлар. Жамиятнинг жалб этилиши. Бемор ва шифокор ҳуқуқлари. УАШ фаолиятида этика ва деонтология. Мулоқотга таъсир қилувчи омиллар. Мулоқотдаги қийинчиликлар. Шахслараро мулоқот. Амалий маслаҳатлар. Консультация. Консультация турлари. Консультация принциплари. Беморнинг ўз саломатлигига жавобгарлиги.	2	2	4
2.	Мулокотга алоқадор факторлар. Мулоқотдаги кийинчиликлар. Шахслараро мулоқот. Амалий маслаҳатлар.	2	3	5
3.	Маслахат бериш турлари. Маслахат бериш принциплари. Беморни ўз соғлигига жавобгарлиги.	2	3	5
4.	Профилактика турлари. Соғлом турмуш тарзини тадбиқ этиш. Озиқланиш ва рўзғор гигиенаси. Профилактик кўрик, скрининг.	2	4	6

	Инфекцион ва ноинфекцион касалликлар профилактикаси. Иммунизация. Дастурлар ва тадбирлар.			
5.	Болалар, ўсмирлар, аёллар (фертил ёшдаги аёллар, хомиладорлар), эркаклар, кексалар. Ишлаб чиқариш ва қишлоқ хўжалигидаги ишчилар. Ижтимоий ҳимояланган инсонлар. Беморлар, оғир беморлар, ўлаётган беморлар. Реабилитация ва диспансеризация муаммолари. Ишга лаёқатликни экспертизаси.	2	4	6
6.	Санитар оқартув. Касалланиш ва ўлимнинг асосий сабабларига таъсир этиш. Руҳий ҳолатни мустаҳкамлаш. Экология ва касб омиллари. Беморларни ўқитиш, “мактаблар”.	2	4	6
7.	Саёҳатчига маслахат бериш. Саёхатдан кейин маслахат бериш. Иммунизация. Иқлим ва соат ўзгаришларини алмашиниши. Чайқалиш ва тоғ касаллиги. Йўл тиббиёт анжомларни йиғиндиси. Тахминий ташхис. Хавфли касалликлар. Ташхисий хатоликлар. Имитатор касалликлар. Руҳий бузилиш ва симуляция.	2	4	6
	Кардиология			
8.	Аритмиялар. Ритм бошқарувчиси миграцияси, синус тугуни холсизлиги синдроми, экстрасистолиялар, ҳамда синус тахикардияси, брадикардияси, синус аритмияларни қиёсий ташхислаш. Экстрасистолаларнинг турлари. УАШ тактикаси.	2	2	4
9.	Аритмиялар. Бўлмачалар ва қоринчалар титраши, хилпираши (доимий ва пароксизмал), пароксизмал тахикардия, қоринчаларнинг вақтдан олдин қўзғалиши синдромини қиёсий ташхислаш. УАШ тактикаси.	3	3	6
10.	Аритмиялар. Синоатриал, бўлмача ичи, атриовентрикуляр ва қоринча ичи блокадаларида қиёсий ташҳислаш. УАШ тактикаси.	2	2	4
11.	Юрак уриб кетиши. Қон айланиши етишмовчилиги, камқонлик ва тиреотоксикозда юрак уриб кетишини қиёсий ташхислаш. УАШ тактикаси.	3	3	6
12.	Бош оғриғи. Бош оғриғи билан кечувчи хавфли касалликларни таққослама ташҳислаш. Гиперто-ния касаллиги ва гемадинамик, церебрал артериал гипертензияларни (бош мия травмалари, вертебробазиляр синдром, арахноидит, энцефалит, мия ўсмаси) ва склеротик артериал гипертензияни таққослама ташҳислаш.УАШ тактикаси.	3	3	6
13.	Артериал гипертензия. Гипертония касаллиги ва буйрак билан боғлиқ артериал гипертензияларнинг қиёсий ташхиси. Хавф омиллари, гипертония касаллиги босқичлари, буйрак билан боғлиқ артериал гипертензияларнинг шакллари (паренхиматоз, реноваскуляр). УАШ тактикаси.	2	2	4
14.	Артериал гипертензия. Гипертония касаллиги ва эндокрин тизимига	3	3	6

	боғлиқ артериал гипертензияларни қиёсий ташхислаш. Эндокрин артериал гипертензия турлари (феохромацитома, Конн синдроми, Ишенко-Кушинг синдроми, тиреотоксикоз. УАШ тактикаси.			
15.	Юрак соҳасида оғриқ. НЦД, умуртқа поғонаси кўкрак қисми остеохондрози, қовурғалар аро невралгияси, кўкрак қафаси жароҳатлари, ўраб олувчи темираткиларни қиёсий ташхислаш. УАШ тактикаси.	2	2	4
16.	Юрак соҳасида оғриқ. ЮИК. Турғун зўриқиш стенокардияси (функционал синфлари), ностабил стенокардиялар ва ўткир коронар синдромни таққослама ташхислаш. ЮИК касаллигида парҳез қоидалари, кўрсатмалар. Жарроҳлик амалиётига кўрсатма ва қарши кўрсатмалар. УАШ тактикаси.	2	4	6
17.	Юрак сохасида оғриқ. Стенокардиялар ва миокард инфарктида оғриқ синдромини таққослама ташхислаш (клиник, лаборатор белгилар). Миокард инфарктининг турли клиник шакллари ва босқичларини таққослама ташхислаш.ЭКГ диагностикаси. УАШ тактикаси.	2	4	6
18.	Юрак соҳасида оғриқ. ЎАТЭ, аорта аневризмаси, кардиоген шок, ўпка шиши, Дресслер синдромини қиёсий ташхислаш. УАШ тактикаси. Юрак сохасида оғриқ. Турли этиологияли миокардит ва миокардиодистрофия, перикардитни таққослама ташхислаш. УАШ тактикаси.	2	4	6
19.	Юрак шовқинлари ва кардиомегалия. Функционал (миокардиал, анемик, қон ўзгаришларида, иситмада) ва органик (юрак нуқсонларида) шовқинларни бахолаш ва қиёсий ташҳислаш. УАШ тактикаси.	2	4	6
20.	Юрак шовқинлари ва кардиомегалия. Кардиомиопатиянинг турли хил клиник формалари (дилятацион, рестриктив, гипертрофик, ўнг қоринчанинг аритмоген дисплазияси)нинг Ўткир ва сурункали юрак етишмовчилиги.таққослама ташхислаш. УАШ тактикаси.	3	3	6
	Пульмонология			
21	Йўтал ва балғам ажралиши. ЎРК, ЎРВИ, ўткир бронхит ва зотилжамни таққослама ташҳислаш. Ўпкани касалхонадан ташқари ва касалхона ичи пневмониясининг таққослама ташхиси. Зотилжамни келиб чиқишига кўра турлари (бактериал, вирусли, микаплазмозли). УАШ тактикаси. ҚВП шароитида респиратор касалликларни даволаш ва профилактикаси.	2	2	4
22.	Йўтал ва балғам ажралиши. Ўпкани сояли ўзгаришлардаги таққослама ташхис. Ўчоқли зотилжам, туберкулома, ўпка абцеси, ўпка ўсмаси, ўпка эхинакокки, УАШ тактикаси.	3	3	6
23.	Йўтал ва балғам ажралиши. Сурункали бронхит ва бронхоэктатик касалликни таққослама ташҳислаш. Ўпкани диффуз касалликларини	3	3	6

	таққослама ташхиси. Ўпка сили ва унинг турли шакллари, пневмокониоз, ўпка метастазида қиёсий ташхислаш. УАШ тактикаси.			
24.	Ҳансираш, нафас сиқиши. Бронхообструкция билан кечувчи касалликлар. Бронхиал астма, ЎСОК, эмфизема, пневмосклерозни Юрак ва ўпка патологиясида хансирашни қиёсий ташхислаш. таққослама ташҳислаш. Сурункали нафас етишмовчилиги. УАШ тактикаси.	3	3	6
25.	Кўкрак қафасидаги оғриқ. Қуруқ ва экссудатив плевритларни ташхислаш тамойиллари. УАШ тактикаси. “Йўтал” синдроми бўйича муаммоли-йўналтирилган ўқитиш. Тор мутахасисга ёки шифохонага йўлланма. ҚВП ёки ҚОП шароитида даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш. Профилактика тамойиллари. Мавзуни ўқитиш тамойиллари.	3	3	6
	Гастроэнтерология			
26.	Дисфагия. Эзофагит, рефлюкс-эозофагит, склеродермиядаги дисфагия ва қизилўнгач ўсмаларини, диспепсия. Ўт йўллари дискинезияси, холецистит, постхолецистектомик синдром ва жарроҳликдан кейинги меъда касаллигини таққослама ташхислаш. УАШ тактикаси.	3	3	6
27.	Қориндаги оғриқ. Гастрит, дуоденит ва яра касаллиги (ўн икки бармоқли ичак ва ошқозон) таққослама ташхиси Сурункали холецистит ва сурункали панкреатитни. УАШ тактикаси. “Қориндаги оғриқ” синдроми бўйича муаммоли-йўналтирилган ўқитиш. Тор мутахасисга ёки шифохонага йўлланма. ҚВП ёки ҚОП шароитида даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш. Профилактика тамойиллари. Мавзуни ўқитиш тамойиллари.	3	3	6
28.	Гепатомегалия. Сурункали гепатит ва жигар циррози, Сариқлик. Ўт-тош касаллигини билиар-панкреатик соҳа ўсмалари (жигар, ўт қопи, ошқозоности бези ўсмалари) солиштирма ташхислаш. УАШ тактикаси.	2	2	4
29.	Диареялар. Инфекцион ва ноинфекцион этиологияли диареяларни, носпецифик ярали колит ва Крон касаллигининг таққослама ташҳислаш. УАШ тактикаси.	3	3	6
30.	Қабзиятлар. Таъсирланган ичак синдроми, қариялар қабзияти ва йўғон ичак ўсмаларини таққослама ташҳислаш. УАШ тактикаси.	3	3	6
	Нефрология			
31.	Дизурия. Сийдик кислотали диатез, цистит, ўткир ва сурункали пиелонефритларни таққослама ташҳислаш. УАШ тактикаси. Тор мутахасисга ёки шифохонага йўлланма бериш. ҚВП ёки ҚОП шароитида даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш. Профилактика тамойиллари.	3	3	6

32.	Сийдик чўкмасининг ўзгариши. Патологик сийдик чўкмасидаги ўзгаришларни қиёсий ташхислаш. Пиелонефрит, гломерулонефрит, интерстициал нефритларни, сийдик чўкмасининг ўзгариши. Нефропатияларнинг ва амилоидознинг солиштирма ташҳиси (ҳомиладорликдаги, диабетик, дори дармонли).қиёсий ташхислаш. УАШ тактикаси.	2	2	4
33.	Нефротик синдромни таққослама ташҳислаш. УАШ тактикаси. Тор мутахасисга ёки шифохонага йўлланма. ҚВП ёки ОП шароитида даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш. Профилактика тамойиллари. Протеинурия ва сийдик чўкмасида ўзгариш бўлган ҳолатларда УАШ тактикаси. Сурункали буйрак этишмовчилигининг турли босқичларининг ўзаро қиёсий ташҳислаш. УАШ тактикаси.	3	3	6
34.	Шиш синдроми. Турли этиологияли шишларни таққослама ташҳиси (қон айланиш этишмовчилигида, буйракка алоқадор, эндокрин ва б.). УАШ тактикаси.	3	3	6
	Ревматология			
35.	Бўғим синдроми билан кечувчи касалликлар. Бўғим синдроми билан кечувчи хавфли касалликлар. Ревматик иситма ва инфекцион артритларни таққослама ташҳислаш. УАШ тактикаси. Тор мутахасисга ёки шифохонага йўлланма бенриш. ҚВП ёки ҚОП шароитида даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш.	3	3	6
36.	Бўғим синдроми. Ревматоид, идиопатик, анклилозловчи спондилоартрит, псориатик, реактив артритларни таққослама ташҳислаш. УАШ тактикаси. Тор мутахасисга ёки махсус шифохонага йўлланма. ҚВП ёки ОП шароитида даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш.	2	2	4
37.	Бўғим синдроми. Остеоартроз, подаграни таққослама ташҳислаш. УАШ тактикаси. Тор мутахасисга ёки махсус шифохонага йўлланма. ҚВП ёки ОП шароитида даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш.	3	3	6
38.	Бўғим синдроми. Бириктирувчи тўқима диффуз касалликларини (тизимли қизил югурдак, тизимли склеродермия, дерматомиозит ва ревматик полимиалгия) Бўғим синдроми. Тизимли васкулитлар. Геморрагик васкулит, носпецифик аортоартерит ва тугунчали периартеритниқиёсий ташхислаш. УАШ тактикаси.	3	3	6
39.	Иситма. Иситманинг характери, турлари, иситмада текшириш режаси. Ревматик касалликлар ва ҳавфли ўсма касалликлардаги иситмани таққослама ташҳислаш. Ноаниқ этиологияли иситма. ҚВП ёки ҚОП	3	3	6

	шароитида даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш. Профилактика тамойиллари.			
	Гериатрия.			
40.	Гериатрия. Қариликда функционал ва органик ўзгариш лар. Ёшдаги ўзгаришларни механизми.. Қарияларда ҳаракат тартиби. Остеопороз ва синишлар профилактикаси.	3	3	6
41	Қарияларда рационал фармакотерапия ва овқатланиш хусусиятлари. Кекса ёшли инсонларда атеросклерознинг клиник намоён бўлиши ва уларнинг назорати.	3	3	6
		104	122	226

Амалий машғулот №1

Мавзу: Оилавий тиббиёт асослари. УАШ вазифалари. Ишлаш хусусиятлари. Тиббий ҳужжатлар. Жамиятнинг жалб этилиши. Бемор ва шифокор ҳуқуқлари. УАШ фаолиятида этика ва деонтология. Мулоқотга таъсир қилувчи омиллар. Мулоқотдаги қийинчиликлар. Шахслараро мулоқот. Амалий маслаҳатлар. Консультация. Консультация турлари. Консультация принциплари. Беморнинг ўз саломатлигига жавобгарлиги.

Таълим технологияси

Ўқув вакти: 4 соат	**Талабалар сони: 10-12 тагача**
Машғулот шакли	**Амалий машғулот**
Ўқув машғулотининг структураси	Кафедранинг ўқув тематик хонаси. Ўқув қўлланмалар,тарқатма мате-риал, вазиятли масалалар ва тестлар тўплами Бемор палатаси. Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа
Педагог вазифалари **1УАШни профилактика ишлари билан таништириш** 2 УАШни аҳоли ўртасида ССТни тарғиботини ўргатиш 3 УАШга профилактик кўрув ва скрининг усулларини ўргатиш . 4 Аҳоли орасида иммунизация ўтказишни	**Ўқув фаолияти натижалари:** **Талаба бажариши керак:** **1.УАШ амалиётида профилактика турлари.** 1. СТТ принциплари ва уларни аҳолига қўллаш усулларини. 2. Маҳаллаларда қандай қилиб суҳбатлар ўтказишни.

ўргатиш .	3. СМИларда қандай қилиб маъруза ўқишни. 4. Иммунизация, скрининг принциплари ва уни ўтказиш усуллари. **Билиши керак:** 1.СМИларда қуйидаги мавзуларда маърузалар тузилишини: алкоголизм, наркомания, чекиш, сил, ВГА, ОИТС, контрацепция. 2.Соғлом овқатланиш пирамидасини тузиш. 3.Харита тузиш ва скрининг натижаларини баҳолаш. 4.Ахолини иммунизациясини режалаш-тириш
Ўқитиш усуллари	*«Стол устидаги ручка»;* балиқ скелети усуллари.
Ўқув фаолиятини ташкил қилувчи шакл	Якка тартибда ишлаш, группа, жамоа бўлиб ишлаш.
Таълим воситаси	Ўқув қўлланма, ўқув материаллар, бемор ЭКГси слаидлар, видео ва аудиоёзувлар, касаллик тарихи.
Қайта богланиш усуллари ва воситалари.	Блиц-савол, тестлар, бажарилгани ўқув ишларнинг натижасини презентацияси, касаллик тарихини тўлдириш.

Машғулотнинг технологик харитаси

№	**Амалий машғулот босқичлари**	**Машғулот шакли** ***Ўтказиш жойи***	**Давомий-лиги** **225**
1	Кириш қисми (мавзуни асослаб бериш)		10
2	Янги педагогик технологияларни («уч поғонали интервю»), ҳамда намойиш қилувчи материаллар (тиббий карталар тўплами, жадваллар, плакатлар, рент-генограммлар)ни қўллаб амалий дарсни мухокама қилиш.	Сўров, мухокама *ўқитиш хонаси*	40
3	Мухокама хулосаси		10
4	Машғулотнинг амалий кисмини бажариш учун профессионал сўраб	Мухокама	20

	чиқиш. Касаллик тарихини тўлдириш бўйича тушунтириш ва тавсиялар бериш.	*Палаталар кўриги*	
5	Машғулотнинг асосий қисми ўқитувчи раҳбарлигида ўтиши.	Профессионал сўраш. Беморлар билан суҳбат ва касаллик тарихини тўлдириш, вазиятли масалалар. *Палаталар кўриги*	20
6	Беморни шикоятларини, кўрик маълумотларини, пальпация, перкуссия, аускультациясини, УҚТ, УСТ, биохимик текширувларини ва қўйилган диагнозни изохлаш.	Касаллик тарихи, лаборатор маълумотлар, вазиятли масалалар.	25
7	Талабаларнинг назарий ва амалий билимларини, мустаҳкамловчи материаллар мухокама килиш, хамда талабаларнинг ўзлаштиришини бахолаш.	Оғзаки саволлар, тестлар, амалий кўникмаларини аниқлаш *Ўқув хона*	75
8	Амалий дарс мавзуси буйича хулоса 100 балли тизим буйича бахолаш ва бахоларни эълон килиш. Кейинги дарс бўйича уйга вазифа бериш.	Маълумотлар, мустакил иш учун саволлар. *Ўқув хона*	25

ОИЛАВИЙ ТИББИЕТ ТАРИХИ

Амалий машғулотларда теоретик қисмларда қуйидаги саволларни кўриб чиқиш лозим.

Худди бошқа мутахассисликлар сингари оилавий тиббиёт илми хам ўзига тегишли фалсафаларга эга.Нега биз оилавийтиббиётни танладик ва нима учун бундай қайта шакллантириш киритдик? Оила тиббиёт фалсафаси қандай бўлиши керак?

Биламизки 1991 йилда Узбекистан мустақилликка эришди, ва бу сиёсий ривожланишга олиб келди ва бунда бизнинг давлвтимиз миллий моделни ривожлантиришни танлаш керарк эди хамда тиббиёт сохасида хам. Беш босқичли ёрдамдан иборат тиббиёт (1-тиббий ёрдам, шифокоргача бўлган ёрдам, шифокор ёрдами ва квалификациялашган ёрдам ва тор бўғимдаги ёрдам) олдинги пайтларда режали экономика асосида ташкил қилинга ва бозор эканомикасида бу механизмнинг самарасиз бўлиб қолган . **Биринчи босқичдаги** тиббий ёрдам – соғлиқни сақлашдаги биринчи бўғин, бу ерда оилавий шифокор томонидан ёрдам кўрсатилади (умумий амалиёт шифокори) ОП ва ҚВП, ШВП шароитида. **Иккинчи босқич**- тор мутахассислар томонидан ахолига ёрдам кўрсатилади. Нега биз айнан шундай йўлни танладик? Нима сабабдан биз оилавий тиббиётни самарали хисоблаймиз? Бунинг учун биз оилавий тиббиёт фалсафасини хақида билишимиз керак.

Оилавий тиббиёт – бу шундай тиббий ёрдамкиахолигабирламчи тиббий- санитар, хартомонлама, тўлиқ, сифатли, узоқ муддатли, қулай, характери бўйича экономик ёрдам кўрсатиштушунилади. Ушбу мутахассислик педиатрияга, гинекология ва терапияга

қараганда кенг кўламли хисобланади. Бу алохида ўзиниг мутахассислигида ягона бўлиб, махсус, бошқа тиббиёт мутахассисликлардан фарқли асосли принципларга асосланган. Бошқа мутахассилар сингари бундай академик тартиб ОЎЮ ва тиббий билим сифатида ўрганилади, ўзининг илмий тадқиқот изланишларида доимо ривожланиб боради.

Юқорида қайд этилганидек, оилавий тиббиёт соғлиқни сақлашда биринчи бўғин хисобланади. Соғлиқни сақлашда бирламчи бўғин бўлиб айрим инсонлар билан бирламчи муносабат майдони, оила ва ахолининг соғлиғини химоя қилиш тизими, махаллий яшаш жойидаги тиббий санитар ёрдамни максимал яқинлаштириш, инсонлар иши ва ахоли ўртасидаги соғлиқни химоя қилишда дастлабки босқични ўз ичига олади.

Оилавий тиббиёт инсонни аъзо ва аъзолар тизимига ажратмаган холда бир бутунлик билан қабул қилади, нафақат клиник муаммолар балки биологик, социал муаммоларни инобатга олган холда нафақат ягона индивидга балки барча оила аъзоларга, ахолининг ёши ва жинсидан қатъий назар барча гурухларини ўз ичига олади.

ОИЛАВИЙ ТИББИЁТхозирги кунда жамиятнинг соғлиқни сақлашда керакли ва нисбатан янги босқич хисобланади. Бирламчи тиббий- санитар ёрдам системаси, оилавий тиббиёт тамойили асосида қурилган бўлиб, рационал маблағларни ишлатиш, материал ва и кадрли ресурслар, тиббий ёрдамни амбулатор шароитда қулай ва сифатли бўлишини таъминлайди. Соғлиқни сақлашнинг бирламчи звеносида асосий рол бўлиб янги йўналиш – ***оилавий шифокор/умумий амалиёт шифокори*** хисобланади**.** Оилавий шифокор нафақат кенг йўналишдаги специалист , балки турли хил касалликларни эрта даврларда текшириш, аниқлаш хамда уларни даволай оладию. Ахоли ўртасида профилактик тадбирларни ўтказади. Ахоли орасида касалликларни эрта аниқлаш ва уларни даволаш ва ахолининг соғлиғини сақлаш каби вазифаларни бажаради.

ОИЛАВИЙ ШИФОКОР/ УМУМИЙ АМАЛИЁТ ШИФОКОРИ– бу олий ўқув юртини тамомлаган мутахассис бўлиб, дипломдан сўнг малака ошириб ахоли ўртасида бирламчи тиббий санитар ёрдамни сифатли кўрсатиш, ***ёши, жинси, ирқи, миллати, дини, социал келиб чиқиши ва касаллик туридан қатий назар.***

У юқори малакага эга бўлган шифокор бўлиб, чуқур билим ва кўникмаларга эга бўлиб ахоли орасида ***кўп учрайдиган касалликлар ва патологик холатларни*** олдини олиш ва даволаш ишларини олиб боради**.**

Оилавий шифокор амбулатор шароитда сифатли ва мақсадга йўналтирилган холда амалий билим/ кўникмаларни амалга оширади, керак бўлса беморларни тор мутахассисга юборади ёки сиационар даво олиш учун йўлланма беради.

Оилавий шифокор ишининг асосида клиник тиббиётнинг асосий вазифаси бўлмиш беморнинг муаммоси ётади: ***беморга нима бўлган?*** Оилавий шифокор ва «тор мутахассис» орасидаги фикрларнинг фарқлари бунда яққол фарқланади. Бунда мутахассис : ***менинг беморимми ёки меники эмасми?***деган савол ётади.Агар бемор***« меники эмас» бўлса,***унда беморга қизиқиш йўқолади ва уни ***«бошқа мутахассисга»*** юборидади. Агар тўғри йўналтирилсаку майли. Агар ундай бўлмаса бемор турли

мутахассислар орасида адашиб юради. Оилавий шифокорнинг вазифаси бемор муаммосини хал қилиш, унинг ёши, жинси ва касаллигининг туридан қатъий назар. Доимий равишда ахоли ўртасида татвиқот ишларини оли боради.

Албатта оилавий шифокор кенг кўламли мутахассис бўлади. У хам бошқа клиницист шифокорлар каби юқори малакага эга бўлиши керак. Алохида оилалар ва шахсларга тиббий ёрдам кўрсатиш, ўзиниг беморларини уйда кўриш, амбулатор шароитда қабул қилиш ва баъзи холларда стационар шароитда кўриш хуқуқига эгадирлар. Беморнинг муаммосини хал қилишда бирламчи қарорлар қабул қилиш керак бўлса тор мутахассислар билан маслахатлашган холда муаммони хал қилишда жавобгарликни олади. Хамда оилавий шифокор турли ёшдаги ахоли билан ишлаш кўникмаларига эгадирлар.

Оилавий шифокорга нисбатан (WONCA) 1991 йил бутун дунё организацияси томонидан миллий колледжлар, академиялар ва академик ассоциациялар умумий амалиёт/ оилавий шифокорларга нисбатан талаблар ва қонунлар қабул қилинди. Бу хужжатда оилавий шифокор томонидан тиббий ёрдам кўрсатиш, нафақат даволаш балки реабилитация ва профилактика ва соғлиқни мустахкамлаш каби вазифалар берилган. Бундай ёрдам осон ва тез кўрсатилиши керак.

Соғлиққа доир кўп масалалар оилавий шифокор томонидан хал қилиниши керак лекин у керак бўлса ўз вақтида тор мутахассисларга юбориши керак.

Охирги йилларда кўплаб Европа давлатларида соғлиқни сақлашни реформ тизимига ўтишган. Бу реформлар соғлиқни сақлаш хизматларининг такомиллашишига олиб келади, бунда умумий амалиётда мавжуд бўлган тизимлар реорганизацияси қўлланилади. Умумий амалиётдаги муаммоларга бағишланган ВОЗ томонидан бир қанча хужжатлар ишлаб чиқилди. Унда оилавий тиббиётнинг ноинфекцион касалликлар профилактикасида асосий роли ёритилган, марказий ва шарқий Европада умумий амалиёт шифокорларининг хиссаси ва оилавий тажрибани ривожлантириш ёритилган.

1995 йил « Европа давлатларида умумий амалиёт/оилавий тиббиётга Хартия яратилди».

1998 йил ВОЗ томонидан « Европа давлатларида умумий амалиёт/оилавий шифокор профессионал ваадминистратив аспектларни ривожлантириш қўлланмаси ишлаб чиқилди.

2001 йили умумий амалиёт шифокорининг иш фаолияти ва вазифалари куриб чиқилди, Европа давлатларида қандай ташкил қилинганлиги ва умумпрактик шифокорнинг нима иш қилиши маълумотлари йеғилди.

Оилавий тиббиётда бирламчи тиббий санитар ёрдам кўрсатишда специалистлар тайёрлаш ахамиятли хисобланади. Хозирги кунгача илмий билим беморлар билан ишлашдаги амалиётдан устун турарди.

Умумий амалиётнинг Эдинбургдаги тиббий мактабдаги 200-йиллик тарихи, Лейден университетидан олинган тажрибалар, тиббий тайёргарликка эга бўлган пионер , беморларни намойиш қилишга асосланган. Здесь следует упомянуть, что первая академическая кафедра по общей практике была создана лишь в 1963 йил умумий амалиётдаги биринчи кафедра очилган.

Халқаро оилавий шифокорлар гурухи 1974 йилда Европада умумий амалиётни тарғибот этди. УАШ тайёрлашда ўқитиш мақсади уч кичик гурухларга бўлинди.

Гурухчалар	Ахамияти
1-билим	• Касалликнинг кечишини билиш ва тушуниш: умумий ва сурункали; • Профилактика услубларни билган холда умумий амалиётда эрта диагностика қилиш; • Беморнинг социал хаёт тарзи ва атроф мухитни таъсирини инобатга олган холда касалликка ва соғлиқга таъсири; • Билим ва аралашувлврни кераклигини бажариш; • Текширув режаларини билиш ва умумий амалиётда қўллай олиш.
2- - билим ва кўникмалар	• Ташхис қўйишни билиш; • Беморларнинг муаммоларини хал қилиб бирламчи қарор қабул қилиш; • Эпидемиология ва статистика принципларини қўллай олиш.
3-–муносабат	• Шифокор томонидан беморни муаммосини хал қилиш ва даволаш унинг вазифаси эканини англаш; • Ўзининг ишини критик бахолаш ва ёндошиш; • УАШ тайёрлаш мақсади умумий тиббий еғини ўқитиш комитети томонидан (Великобритания) 1983 йил ташкил қилинган ва 1993 йил кўриб чиқилган.

Буюк Британияда ўртача статистика бўйичаУАШ тахминан 2 минг ахоли билан иш тутади. (бу бошқа европа давлатларидан кўпроқ). Англия ва Уэльс даги касалликлар маълумотларга кўра бир йил ичида УАШ 78% қайд қилинган беморларни кўрган. Улардан 24% ОРИ сабабли мурожаат қилган, 15% – тери ва тери ости касалликлари, 11% – енгил жарохатлар, 10,1% – қулоқ касалликлари, 6,5% –невротик синдромлар, 5,4% – ўпканинг сурункали касалликлари, 4,2% – артериалм гипертония, 4,0% – ичак инфекциялари, 1,7% – ЮИК, 1,2% – қандли диабет.

Оилавий тиббиётнинг асосий тартиби хамкасблар томонидан тан олиниши мухим ахамиятга эга. Оилавий тиббиётнинг тартибида эволюциянинг учта тартиби фарқланади:

1. **Оилавий шифокорлар махсус тегишли билимларга эгадир ва шу билимларни академик структурага солиш ва уларни мукаммаллаштириш лозим.**
2. **Шундай академик структурани шакллантириш.**
3. **Амалиётда қўлланиладиган интизомлар натижалари баён қилинадиган махсус адабиётларни ташкил**

Ушбу уч босқичлар (фазалар) Буюк Британия ва Нидерландияда ушбу амалиётларни ривожлантирилганлиги ва амалиётда қўлланилганлигини кузатиш мумкин. 1952 йилда Қироллик УАШ колледжига асос солинган, лекин унинг фаолиятига профессионал мутахассислар ташкилоти тўсқинлик қилган. Хал қилувчи нуқта бўлиб Голландия колледжининг Ваудсотенс конференцияси бўлган, у ерда голландия УАШ ишининг асосли изохи ишлаб чиқилган,бунинг натижасида Левенхорст гурухига асос солинди. Иккала колледжлар хам ўзлигининг илмий журналларини ташкил қилишди.

Юқорида таъкидланганидек илк кафедра 1963 йили Эдинбургда ташкил қилинган, иккинчи –Утрехтда 1965йили. Бу УАШ ни академик тан олиниши бўлди. Илмий мақолалар ва китобларни нашр эттирилиши, юқори академик фаолият , шунингдек янада

юқори даражага эришган шифокорларнинг сонининг кўплиги, УАШ даражасини ана шу икки давлатда яна хам мустахкамлади. Буюк Британия ва Нидерландияда умумий амалиёт тайёёрлашда дипломдан кейинги ва тўхтовсиз тайёрлов программалари мавжуд. УАШ манфаатларини химояловчи ташкилотлар.

Хулоса қилиб айтганда хамма давлатларда хам УАШ тушунчаси бир хил қабул қилинмайди. Қатор мамлакатларда биринчи тиббий- санитар ёрдам сифатида поликлиника моделини самарали қўлланилмоқда,бирламчи бўғимда рационал тиббий ёрдам кўрсатиш асоссиз хиобланмайди. Участка шифокорининг вазифаси беморларга бирламчи бўғимда ёрдам кўрсатишга қаратилган. Поликлиникада участка шифокори тор мутахассис шифокори билан хамкорликда фаолият кўрсатади ва ахолига мукаммал ёрдам кўрсатишни таъминлайди.

Лекин оилавий шифокорнинг иш фаолиятида мухим ўринни касалликларнинг эрта даврларда аниқлаш ва даволаш. У беморларга ва кенг кўламли ахолига уларни соғлиғини ва умрини узайтиришга қаратилган самарали тавсиялар беришга хуқуқли.

Оилавий тиббиёт қуйидаги фалсафий аспектларни ўз ичига олади:

- **Марказда – алохида касалликлар эмас балки бутун бир инсон.** Инсоннинг яхшиланишида биологик, психологик ва социал аспектлар кўриб чиқилади. Оилавий тиббиёт инсонга қаратилган касалликка эмас. Оилавиё тиббиёт хақиқатдан хам касалликни эмас инсонни даволвйди. Оилавий шифокор – бу кўп учрайдиган патологик холатлар ва касалликлар мутахассисидир. У бундай холатларда диагностика ва даволашнинг эксперти хисобланади, хамда оғир ва кам учрайдиган касалликларни хам диагностика қилишни билиши керак, даволашда кам натижага эга касалликлар махсус тор мутахассисларга косултация ва даво учун йўналтирилади.
- **Кенг тарқалган муаммоларни хал қилиш**, соғлиққа осон ва қийин таъсир қилувчи муаммолар. Тажриба орттиришда ва ўқув жараёнининг ривожлантиришда оддий муаммолардан мураккабига ўтиш керакНеобходима последовательность.
- **Барча ёшдаги ахоли ва жинсидан қатъий назар ёрдам бериш.**
- **Инсонни оила ва жамоатдан алохида муаммоларини кўриб чиқиш .**
- **Оилавий шифокор ўзининг хамкасбларига тор мутахасссиларга ёрдам беради**, яъни уларга айнан уларнинг махсус мутахассислигидаги тиббий ёрдамга мухтож бўлган шахсларни йўналтиради: кимда оғир касаллик аниқланган бўлса, асоратлар келиб чиққан холатларда ёки холатни диагностика қилиш имкони бўлмаган холатлар. Бундай беморларга оилавий шифокор беморга керакли бўлган лаборатор текширувлар буюриб унинг натижаларини тор мутахассисга ўзининг текширув натижалари ва консултацияга йўлланма билан.

Шундай қилиб УАШ (оилавий шифокор ва УАШ Узбекистанда идентичны) - булар давлат хуқуқлари томонидан дипломга ва даволаш хуқуқига эга олий ўқув юртининг битирувчиларидир.Шундай қилиб уларга бириктирилган ахолининг ёши, жинси, ирқи, ижтимоий шароити ва касаллигининг туридан қатъий назар хизмат қилишга қаратилган иш фаолиятидир.

УАШ иш фаолиятининг вазфаси ва хусусиятлари (оилавий шифокор) оилавий тиббиётнингқуйидаги тамойилларидан ташкил топган бўлиб оилавий тиббиёт тамойиллари фалсафа асосидан келиб чиққан холда ушбу касбнинг имкониятлари ва характерини яратади:

1. Хартомонлилик (кенгқамровли).инсоннинг барча шикоятлари унинг муаммоси билан узвий боғлиқдир, уларни алохида қабул қилиб бўлмайди. ОТ тиббий муаммоларни алохидалаштирмайди аксинча уларни бир бирига боғлиқ холатда кўради. Оилавий шифокорга ишончнинг ошишини таъминлайди.

2.Бемор кузатувининг давомийлиги бунда инсон туғилганидан бошлаб то ўлимига қадар давом этади. Даво фақатгина бир маротаба даволаш билан чекланиб қолмайди. Беморни ва унинг оила аъзоларини узоқ вақт кузатув хавф омилларини аниқлаш, профилактика ва даволаш ишларини олиб боришда қатор имкониятлар яратади. Шифокор ишининг самараси ошади, беморнинг тиббий ёрдам олишдан қониқиш хисси ўсиб боради

3. Интеграция – тиббиётнинг барча аспектларини ўз ичига олади - даволаш, реабилитация, профилактик ва инсон соғлиғини химоя қилиш

4.Санитар оқартув ва профилактика иши. Профилактика иши – оилавий шифокорнинг ва унинг хамкасбларининг йўналтирилган иш фаолиятидир. Оилавий тиббиёт соғлом турмуш тарзини шакллантириш ва тарғибот қилишга, хамда касалликларни эрта диагностика қилишда уларни соғлиғини режали доимо ушлаб туриш ва оқартув ишларини олиб боришга қаратилган. Инсоннинг соғлиғи нафақат тиббий балки ижтимоий тушунчадир, оилавий тиббиёт ахолининг ижтимоий мухитига хам таъсир кўрсатади ва экологик хамда бошқа муаммоларни хал қилишга қаратилган. Оилавий шифокор секин асталик билан инсон хаётидаги ана шундай муаммоларга хам таъсир кўрсатишни бошлайди

5. Координация – даволашни назорат қилиш. Оилавий тиббиёт кўп саволларни хал қилади лекин у барча тиббий ёрдамни кўрсата олмайди. Керак бўлса оилавий шифокор тор мутахассислар билан маслахатлашади ёки беморни стационар даво олиш учун юборади, лекин шунда хам беморни кузатишда ва унинг даволанишини назоратда ушлаб туради.

Бу тизим бирламчи тиббий -санитар ёрдам ва стационар ёрдам орасидаги бўлинишни йўқотади, беморни соғлиғини сақлашдаги турли даволаниш этапларида назоратини ушлаб туради.

6.Ишончли ўзаромуносабат. Кузатувнинг давомийлиги бемор ва шифокор орасидаги ўзаро муносабатга боғлиқдир. Оилавий шифокор бемор хуқуқлари ва нафсониятнинг химоячиси бўлиб ўзиниг хамдардлиги билан бирга сир сақлайди. Бемор уни хурмат қилмоқдалигини, эшитмоқдалигини ва тушунишмоқдалигини хис қилиши керак. Хамшира ушбу вазифада шифокорга ёрдам беради. Кўп холларда хамшира бемор билан тез ўзаро муносабат ўрнатади. Бемордан ўзиниг соғлиғи учун қайғуриши ва шифокорлар бтлан хамкорлик талаб қилинади.

7.Тиббиёт ходимлари орасидаги хамжихатлилик (хамжихатли иш).Оилавий шифокор, хамшира, барча тиббий штат бир бутун кўптармоқли гурух бўлиб ишлаши. Оилавий

шифокорнинг вазифаси – гурухдаги хар бир ишчининг билими, кўникмаси ва беморнинг талабига кўра ишини ташкиллаштириши керак.

8. Бирламчи тиббий ёрдамни олишга имконият.

Хар бир оилада ўзиниг оилавий шифокори бўлиши керак, унинг иши шундай ташкиллаштирилган бўлиши керакки у тезда кам вақт ичида самарали ёрдам кўрсата олиши . иш шундай ташкил қилинган бўлиши керакки шифокор куннинг хохлаган соатида ва хафтанинг исталган кунида тез тиббий ёрдамни кўрсата олиши керак.

9. Беморнинг ўз соғлиғига, оила аъзоларининг соғлиғига эътиборли бўлиб шифокорлар билан хамкорлик қилиши . Беморни ўз соғлиғини сақлаш ва тиклашда фаол иштирокчига айлантириш лозим. Уни ушбу жараёнда иштирок этишига имкон яратиб жалб этиш осондир. Бу билан боғлиқ холда беморларга қисқа тавсиялар бериш ва уларни билимини ошириш беморларда касалликнинг негизи, хавф омиллари, ўзини назорат қилиш, профилактика ва даволанишга қизиқиш ортади. Оилавий шифокор ва бемор хамкорликда иш олиб боришлари керак бу келгусида янада юқори самарага эришишга имконият яратади.

10. Тиббий ёрдамнинг арзон бўлиши унинг сифати ошиши билан. Оилавий тиббиёт нафақат даволашнинг сифатини яхшилаш балки унинг чиқимини камайтиради. Тиббий ёрдамнинг сифатини ошиши унинг ёқимлилигига олиб келади. Агар беморни шифокор регуляр ва сифатли кузатса, касалликларни олдини олиши ёки эрта даврларда аниқлаши ва даволаш имкониятига эга бўлиб чиқимнинг кам сарфланишига сабаб бўлади . Соғлиқни сақлашда иқтисодий манбалар чекланган бўлса, диагностиканинг сифати ва нархи, профилактика ва даволашни инобатга олиш керак. Идеал холатда – соғлиқни сақлаш тизимида ва беморнинг индивидуал имкониятларининг мос келиши билан боғлиқ. Оилавий тиббиёт нафақат манбаларни тежайди балки беморлар турли хил тор мутахассислар кўригига юбориш, лаборатор текширувлар ва госпитализация қилишни камайтириш хисобига беморлар вақтини тежайди. Шуни хам ёддан чиқармаслик керакки давлвт учун тор мутахассислар тайёрлашдан кўра оилавий шифокорларни тайёрлаш арзон тушади .

УАШ хуқуқлари ва вазифалари хамда тиббий хужжатлар хақида маълумот МЗ РУз томонидан 2013йилги №100 буйруқда кўрсатилган.

Шундай қилиб, УАШ ва оилавий – тасодиф эмас, у ўзида уникал тиббий мутахассисликни ўзининг хусусий фалсафаси ва тамойиллари билан изохлайди.

УАШ/ОШ нинг биргаликда бўлиши инсон хаёт сифатини яхшилашга қаратилган бўлиб соғлиқни сақлашнинг самаралиги ва унинг кам чиқимлилиги ахамиятлидир.

Оилавий тиббиёт хақидаги фалсафа ва тамойилларни тушунган холда биз соғлиқни сақлашнинг эски моделидаги камчиликларни кўрсата оламиз:

- ✓ Тор мутахассилар тизимининг устунлиги, инсонга эмас касалликка йўналтирилганликни исботлайди.
- ✓ Қишлоқ ва водийларда тиббий ёрдамни амалга оширилишнинг қийин лиги
- ✓ Қиммат ва кўпчиқимли тизим
- ✓ Беморлар мутахассис кўригига навбатда кўп вақт сарф этадилар
- ✓ Марказлашган тизим хамда иқтисодиётнинг тақсимланишида хам

- ✓ Иккилачи госпитал звено устунлик қилади Большой штат поликлиник
- ✓ Катта бинолар
- ✓ Штатларда УАШ нинг, хамширалар,менеджерларнингйўқлиги.
- ✓ УАШ нингобрўсининг пастлиги ва унга бўлган эхтиёжнинг камлиги
- ✓ Рационал даво буюришнинг кўпинча бўлмаслиги
- ✓ Даволашнинг турли хил даражалари
- ✓ Қиммат диагностик тестларни кўп буюриш (рентген, эндоскопия, эхокардиография, ЭКГ, биохимик анализлар ваб.).
- ✓ Кўп госпитализация учун йўлланма
- ✓ Поликлиникалар суткада 24 ичида тез тиббий ёрдам кўрсата олмаслиги
- ✓ Ишни бахолаш ноадекват олиб борилади
- ✓ Кўп миқдордаги хисоботлар ва хужжатлар.

Оилавий тиббиётни қайта шакллантиришни киритиш билан бирга биз нималарни кутишимиз:

- ✓ УАШ, хамшира, менеджерларни ва бошқа мутахассисларни тайёрлаш
- ✓ Маблағларни тақсимлашни қайта марказлаштириш
- ✓ УАШ га бўлган талабнинг ва обрўсининг ошиши
- ✓ Бирламчи тиббий санитар хизматнинг структурасини аниқлаш (ҚВП, ШВП, оилавий поликлиника)
- ✓ ПМСПгаориентацияиндивидумларга ва жамиятга мухтожлик
- ✓ ПМСП Экономикэффектив система
- ✓ Бирламчи бўғинда рационал тиббий ёрдам ва ресурсларни қуллаш
- ✓ Госпитализация сонини камайтириш
- ✓ Соғлом турмуш тарзини кенг тарғибот этиш ва асосан профилактикага урғу бериш

Клиник холат мисолида оилавий тиббиётнинг аспектларини кўриб чиқамиз:

Бемор– 36-ёшли аёл М., охирги 3 йил ичида бронхиал астма қўзиши сабабли 6 марта госпитализация қилинган. Охирги 3 госпитализацияда интенсивная терапия керак бўлди, ва бир марта беморда ўлим хавфи кузатилди. Бу касалхона шифокорларини ва даволовчи шифокорни хайратлантирди– бу даво режасининг тартибини бажармасликдандир. Беморга тушунтириш ишлари олиб борилди, теофиллин ва оралстероидлиингалятордан қандай фойдаланиш кераклиги тушунтирилди, лекин бемор касалхонага оғир ахволда қайта тушганида бемор буюрилган дориларни кўпини мунтазам қабул қилмаганлиги маълум бўлди.

Бемо М. касалхонадан 48 километр узоқда яшайди, унинг давоси бир неча бор узилган. Беморда уни доимо назорат қилиб даволаб турадиган доимий шифокор бўлмаган. Доимо уни интенсивтерапия бўлимидан оддий палатага олинганда шифокорлар алмашган. Унинг даволаниш мобайнида бир неча мутахассислар алмашган. Бундан ташқари бемор билан унинг соғлига доир бўлган профилактика ишлари ва касаллик авж олиши ва узоқ муддатга соғлиқни ушлаб туриш саволлари мухокама қилинмаган ва бундай хужжатлар юргизилмаган . Бундай холатда даволашнинг **давомийлиги принципига** амал қилинмаган**.**

Бемор унинг касаллигида самарали даво. Текширувлар ўтказилган: умумий қон тахлили, биохимик кўрсаткичлар, ўпкафункцияси, ва б. Лекин касаллик тарихида беморда хавотирланиш ва депрессия симптомлари мавжудлиги кўрсатилмаган. Бир шифокор сўзига кўра: « дастлаб биз органик ўзгаришларни инкор қилишимиз керак. Сўнгра эса психосоциал аспектлар хақида ўйлаймиз».

Иккита ташхис қўйишдан чўчимаслик керак. Беморда депрессия ва асосий касаллик бўлиши мумкун. Ана шу икки муаммони хал қилиш зарурдир. Яни **хартомонлама даво** олиб бориш керак.

Стациоанр ва амбулатор касаллик тарихини текшириш мобайнида даволовчи шифокорлар орасида ўзаромуносабат йўқлиги аниқланди. Амбулатор даво олиб борган шифокор беморнинг госпитализация сонини ва сабабини билмаган. Хамда стационардаги шифокор бемор М нинг қандай амбулатор даво олганлигини аниқламаган. Шуни таъкидлаб ўтиш керакки кўп текширувлар бир муассада топширилиб бошқа муассада қайтарилган ва бу тўловни ошишига олиб келган. Бу коммуникация ва **координациянинг йўқлиги** бу соғлиқни сақлаш тизимида беморнинг ва унинг оиласига нисбатан совуққонлик.

Беморнинг В амбулатор картасида, касби ва унинг уй шароити кўрсатилмаган, биз биламизки баъзи инсонларда нафас олиш функциясига уй ва иш шароити касалланишга таъсир қилади.

Бемор М. мисолида беморни умумий эмас айнан касалликни даволаш олиб борилган. Касаллик **профилактика принципи** амалга оширилмаган. Бундан ташқари астма касаллигининг профилактикасидан ташқари бошқа профилактик чоралар хужжатларга қайд этилмаган. Бажарилмаган ишлар: кўкрак безларини ўзини ўзи текшириш ўргатилмаган; остеопороз хақида сухбат, юрак қон томир тизими касалликлари ва ўсма профилактикасида жисмоний машқлар ва диета.

Бемор М. нинг оилавий анамнези тўлиқ йеғилмаган. Генограммакўрсатдики,бемор М. ва унинг хўжайнида уч нафар фарзанд бор (икки қиз ва ўғил). Қизлар соғлом, ўғил эса, бронхиал астма билан касалланган. Бемор М.нинг ота онаси ўтиб кетишган. Отаси алкоголик бўлган. Хўжайнининг ота онаси хаёт. Унинг онаси қарилик ақлизаифлик билан касалланган, отаси– алкоголик. Эриниг ота онаси бемор яшаётган икки хонали домга кўчишган.

Бемор М. оиласиниг схемаси кўрсатилган унда эри ўзи ва учта фарзандлари ташкил этган. Битта фарзанди эмоционал қийинчиликлар туфайли оиладан анча узоқлаш-тирилган эди. Мария ўзининг оилавий халқасини чизди. Халқанинг бир томонида Мариянинг ўзи жойлашган унинг ортида уч фарзанди, халқанинг бошқа тарафида эри ва унинг ортида ота. Сўнгра Мария ўзининг тарихини баён қилди. Эри кўп ичган пайтида у дори ичишни тўхтатиб қўяркан. Эр ва қайнота ичиб олиб астма билан касалланган ўғлини кўп уриб тураркан. Бу холатни бартараф этиш учун, Мария қийин нафас олишни бошлар ва унда хуруж бошланаркан. Хар бир хуруж оиладаги нотинчлик сабабли келиб чиқиши маълум бўлди. Бўғилиш хуружи фарзандини бемор уйда бўлган пайтда қутқариб қолар экан, шунинг учун у хозирги пайтда касалхонада болалари эса уйда отаси билан эканлигидан хавотирда.

Келтирилган мисолдан кўриниб турибдики касалликнинг асосий негизи турли хил факторлар асосида келиб чиқиши мумкин. Шу маънода оилавий шифокор ютуқли холатда туради: беморни оилавий шароитини билган холатда, муаммоларини билган холатда касалликнинг асосий сабабини тушуниб, оила аъзоларини даволаб ва уларни кузатувга олади.

Хамда оилавий тиббиёт шароитида **тиббий хужжатга** урғу бериш керакдир. УАШ хар бир инсон ва беморга амбулатор карта тўлдиради, у ерда бемор соғлиғига доир ўзгаришлар, қўшимча текширув усуллари, даволаш, қайсидур касаллик хавф гурухига кириши тўлиқ ёзилади. Хозирги кунда тиббий хужжатлар МЗ 535 6.12.2004 йилги буйруқ асосида анча камайган .

Оилавий шифокор– **беморларни уйда кўриш бўйича** ягона шифокордир. Беморларни уйда кўриш умумий амалиёт шифокори томонидан мухим касб этиб, улар нафақат тиббий муаммоларни хал қилишар балки бошқа муаммоларни хам хал қилишади. Шифокор беморнинг қандай шароитда яшаётганлигини билиш, оила аъзолари билан ўзаро муносабати қандайлигини тушуниши мумкин. Улар оила билан шифокор ўртасидаги муносабатни мустахкамлайди.

Жамиятни муаммони хал қилишда жалб этиш жуда мухим ахамиятга эгадир.

Хулоса :

Оилавий тиббиёт соғлиқни сақлашда жуда мухим рол ўйнайди, чунки у биламчи тиббий ёрдам кўрсатишда сифатнинг ошиши нархларнинг паслиги билан қўшилиб келади.

Бундай натижаларга оилавий тиббиёт тамойилларининг базалари олиб келади:

1. **Хартомонлилик**
2. **Бемор кузатувининг давомийлиги**
3. Интеграция
4. Координация
5. Ишончлилик
6. Хамжихатлик
7. Қулайлик
8. Профилактика
9. Беморнинг масъулиятлиги
10. Экономик эффективлик

Оилавий тиббиётнинг устунликларини татбиқ этиш учун оилавий шифокорлар хаётда барча ана шу принципларни қўллаши керак. Агар соғлиқни сақлашнинг барча тизимлари мана шу принцип асосида иш кўрса ва ушлаб турса бу тезроқ содир бўлади. Узбекистанда соғлиқни сақлашни **қайта шакллантиришда қандай қадамлар амалга оширилмоқда**. Бу биринчи навбатдақонуний актлар:

- ✓ Президент И. А. Каримов буйруғи:соғлиқни сақлашда давлат тизимининг реформи (10.11.1998).
- ✓ Қишлоқ хўжаликдаги соғлиқни сақлаш тизими реформи (қишлоқ шифокорлари умумий амалиёт ёки оилавий шифокорлар).
- ✓ Шахарсоғлиқни сақлаш тизими реформи программаси (оилавий шифокорлар)

Оилавий тиббиёт интитуализация процесси ўзининг ичига соғликни сақлаш тизимининг юридик ва молиявий ўзгаришлариниўз ичига олиши керак, янги оилавий шифокорлар учун янги интенсив ўқув программаларни ташкиллаштириш ва ахолини қайта переориентациясини ташкиллаштириш оилавий шифокорлар билан мулоқотни яхшилаш мақсадида.

Оилавий шифокорлар беморларни даволаш йўлида тўғри давони ташкиллаштиришни ўз бўйинларига олишлари, ўз вақтида лабаратор текширишлар, консультация ва госпитализацияга йўлланмаларни ўз вақтида берилишини ташкиллаштириши лозим.

Оилавий тиббиёт соғлиқни сақлашнинг биринчи бўғин шифокорларни тиббиёт жамияти ва умуман жамиятнинг олдида обрўйини кўтарилишига сабаб бўлади.

Ва нихоят ўқитилиш программалари оилавий шифокорларни оилавий тиббиётни ўзларининг амалиётларида қўллашга йўналтиришлари лозим.

ОИЛА БИЛАН ИШЛАШ

УАШ нинг асосий иш фаолияти –оила биландир. Шифокор нафақат беморни танасини ,балки рухини хам даволай олиши керак.

Оилавий муаммолар жамоат учун мухим хисобланади.Жамоатда соғлом турмуш тарзини яратиш аввалом бор оилада соғлом мухит яратишдан бошланади.Бунинг учун оилавий мехнат тақсимоти,дам олиш ва кун тартиби тўғри йўлга қуйилган бўзлиши керак. Шунингдек оиладаги эр-хотин муносабати,жинсий хаёти,болаларнинг тарбияси, уларни усиб –улғайиши учун шарт –шароитларни етарли булиши жуда мухим саналиб,оилада жисмоний ва рухий соғлом мухит яратишда етакчи ўринни эгаллайди.Бу ишларни амалга оширишда албатта Оилавий шифокорни хизмати ва маслахати жуда мухим хисоблаанди. Шунинг учун оила шифокори оиланинг барча аьзоларини ўз назоратига олиши, уларни хаёт сифатини яхшиланишига кўмаклашиши,ўз маслахатларини аямаслиги керак.

Бунинг учун УАШ етарли билим ва амалий куникмаларга эга бўлиши,дунё қараши кенг,хушмуомила,очиқ фель-атворга эга бўлиши лозим.Оилавий муаммоларни ўз вақтида аниқлаши, уни самарали ва тўғри хал қилиши керак.

УАШнинг асосий харакати –оила билан ишлаш хисобланади.Шифокор факатгина танани даволаб колмасдан унинг рухиятини кўтариши керак ва албатта бунда оилани қўллаб қувватлаши зарур бўлади.

Оилани муамолари билиш мулоқот учун зарур хисобланади. Агарда оиладаги соглом мухит шакланган булса,ишлаш ва дам олиш тугри йулга куйилган бўлади ва хаёт сифати ошади.Агар оиладаги мухит ёмон бўладиган бўлса беморга психологик ва жисмоний соғлигига зарар етади. Бундай холатда ката ролни оиланинг тарбияси,рухий холати,яшаш шароити, маиший таминланганлиги катта ўрин эгаллайди.

Мусулмонлик қонун қоидаларини билиш оилавий шифокор учун зарур хисобланади. Қоидалар ўзига яраша тўғридан –тўғри соғлиққа тасир қиладиган жойлари бор. Масалан ,тахорат вактида ташки жинсий азоларни ювиш, анусни атрофини ювиш, товон болдирни ювиш, юзни, бўйини, бурун ва оғизни ювиш,тирсакларни бармоқлар орасини ювищ, хар бир номоз олдидан бажариладиган амалар ва кунига беш махал килинади,бусиз ибодатни амалга ошириш мумкин эмас хисобланади.

Оилавий шифокор тахоратга этибор бериши ва гигенага риоя қилишини назарда тутиши керак.

Таҳоратдан ташқари ибодат вақтида ибодат қилувчи қуйидаги харакатларн бажаради:бошини ўнга ва чапга буради, қўларинни кўтаради, тиззалаб ўтиради,ерга эгилиб бошини саждага кўяди, бу харкатлар бир неча маротаба ибодат вақтида такрорланади. Бундан келиб чиқадики ибодат қиладиганларда ибодат қилмайдиганларга нисбатан таянч харакат тизими, юрак-қон томир тизими, касалликлари учрайди,бундан ташқари гиподинамия.

Вазиятли масала

№ 1:

УАШ қабулига 72 ёшли эркак бемор мурожаат қилди.

Саволлар:

1. Қарияларда қайси муғомбир касалликлар кузатилади (клиник манзараси хар хил ва патогнамик белгилари йўқ)**?**

2. Ушбу беморда консултация ўтказишни ўзига хослиги?

Деменцияга шубха уйғонганда қандай лабаратор инструментал текширувлар утказасиз?

3. Агарда беморда кузатилса, уни олиб бориш тактикаси қандай?

№ 2:

УАШга 48 ёшли эркак ЮИК, зўриқиш стенокардияси ФК II ташхиси билан бемор мурожаат қилди. У ўз холатидан хавотирланиб ва маслахат сўраб келди.

Саволлар:

1. Ушбу беморга соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш учун қандай маслахатлар бериш керак?

2. Овқатланиш бўйича сизнинг кўрсатмаларингиз қандай?

3. Стенокардия хуружини нисбатан камайтириш учун қандай калит маслахатлар берасиз?

4. Стенокардия профилактикасида тавсия қилинадиган дори воситалар гурухини санаб ўтинг?

5. Беморни қайси кўрсаткичларинибиринчи навбвтда доимо кузатувда текшириб туриш керак?

№ 3:

Сизнинг қабулингизга психик бузулиши (ДЦП) мавжуд 14 ёшли бола мурожаат қилди. У сизнинг саволларингизга яхши жавоб бермаяпти, сиз билан яхши муносабатда бўлмаяпти. Лекин унга махсус мактабга справка керак .

Сизнинг тактикангиз?

№ 4:

27 ёшли аёл текстил заводида ишлайди. Унда қаттиқ йўтал ва юзида тошмалар пайдо бўлган, симптомларини бўёқ цехида ишлаши билан боғлайди.

Сизнинг тактикангиз?

№ 5:

68 ёшли пенсиядаги эркак. Қандли диабетни 2 типи билан оғрийди. Охирги пайтларда уни оғиз қуруши, қичишиш безовта қилади. Юқоридаги шикоятларни катта ўғли билан уришган стресс билан боғлайди.

Сизнинг тактикангиз ва маслахатларингиз?

ҚВП га 67 ёшдаги эркак мурожаат қилиб келди. Бел сохасидаги ва ўнг оёғининг бош бармоғи асосида оғриқларга, пешоб ажралишини камайишига ва тана хароратини 38*С гача кўтарилишига УАШ га шикоят қилди. **Анамнезидан:** буғимдаги оғриқлар 10 йилдан бери безовта қилади. Ортофен қабул қилганда оғриқлар камайиб бориб ўтиб кетар эди. Пархезга риоя қилмайди. Чекади ва ортиқча тана вазнига эга. **Объектив кўрганда:** умумий ахволи урта оғирликда, унг қўл тирсак, оёғининг болдир товон бўғими, қўл панжасини майда бўғимлари сохасида шиш, қизариш, харакатда оғриқ аниқланди. Қўл панжаларида, тирсагида каттиқ оғриқсиз тугунчалар кўринмокда. Юрак тонлари бўғиқлашган, ритмик, пульс 1 дақиқада 78 та, АҚБ 170/100 мм сим.уст.

Талаба учун топшириқ

1. Кандай кушимча саволлар сизга ташхисни тасдиқлашга ёрдам беради.
2. Ушбу беморни объектив кўрикдан ўтказишнинг мухим босқичларини санаб беринг.
3. Олинган маълумотлар асосида дастлаб кандай ҳолатлар ва касалликларни инкор килиш зарур.
4. Учинчи саволдан келиб чикиб юкорида инкор килиниши лозим булган камида учта касалликларнинг объектив кўригида кузатиладиган ўзгаришларни санаб беринг.
5. .КВП ва ОП шароитида кандай лабаратор-асбобий текширувларни тайинлащ лозим , шунингдек яна кандай кушимча текширувлар утказиш учун йўлланма берасиз ва уларда кузатиладиган ўзгаришлар санаб беринг.
6. Сизнинг ташхисингиз.
7. УАШ тактикасини аникланг.
8. КВП ваОП шароитида беморни олиб бориш тамойиллари.
9. Ушбу беморни дорилар ва дориларсиз даволаш тамойиллари буйича тавсиялар хамда танлов дори гурухларини санаб бнринг.
10. Согликни саклаш бирламчи тизимида ушбу касалликнинг профилактикаси (бирламчи, иккиламчи, учламчи).

ГРАФИК ОРГАНАЙЗЕР-КЛАСТЕР

Кластер (кластер – тутам, боғлам) – маълумотлар харитасини тузиш усули – бутун конструкция маъносини аниқлаш ва йиғиш учун қандайдир асосий омил атрофида фикрларни йиғиш ҳисобланади.

Билимлар фаоллашишини стимуллаш, мавзу бўйича янги ассоциатив тасаввурларни фикрлаш жараёнига эркин ва очиқ тарзда жалб қилишга ёрдам беради.

Кластер тузиш қоидалари билан таништириш. Синф доскаси ёки катта вароқ марказига калит сўз ёки 1-2 сўздан мавзу номи ёзилади.

Калит сўзга боғлаган ҳолатда ёнига кичик доираларга «йўлдошларга» - ушбу мавзу билан боғлиқ бўлган сўз ёки сўз ибораси ёзилади. Уларни чизиқлар билан «бош» сўзга

бирлаштирилади. Бу «йўлдошлар» да «кичик йўлдошлар» ҳам бўлиши мумкин ва ҳ.к. ёзув берилган вақт ёки фикрлар тугагинча давом эттирилади.
Кластерлар муҳокама учун алмаштирилади.

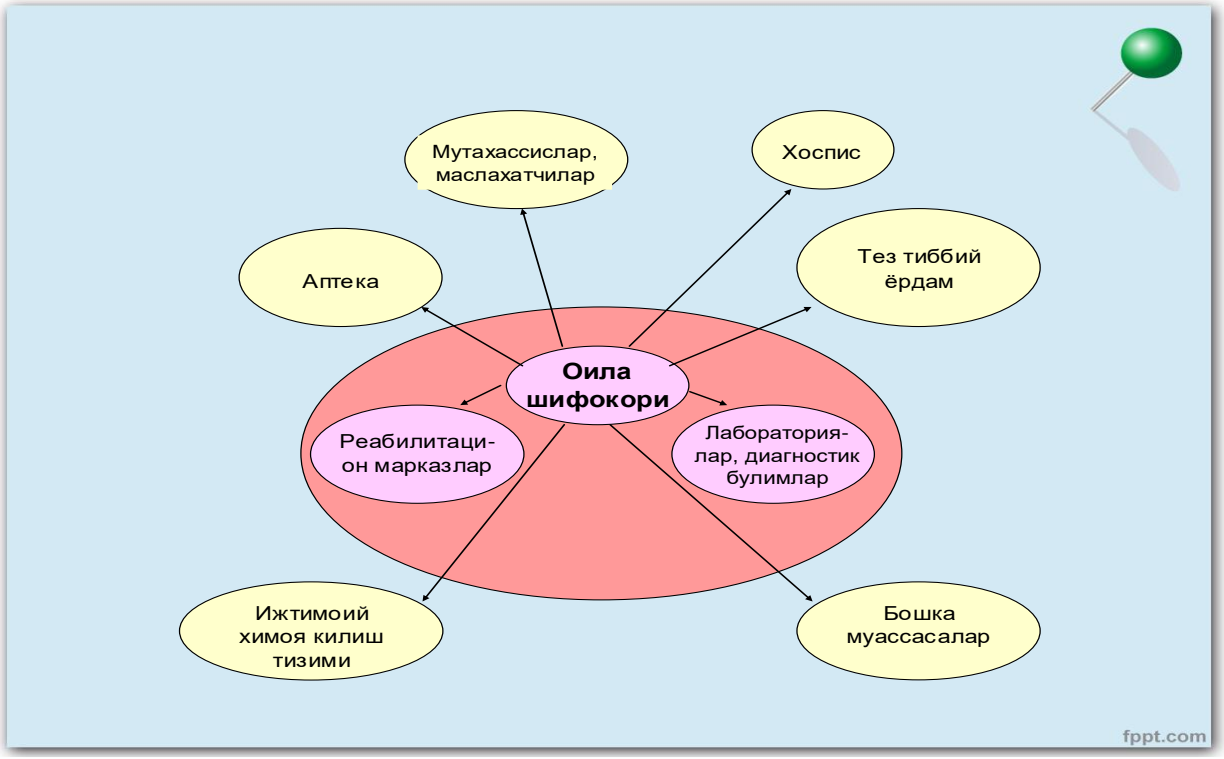


График органайзер. «Диаграмма» Оила.

Текширувчи саволлар

1. Умумий амалиёт шифокорининг ўзига хос хусусиятлари
2. Тиббий хужжатларни тўлдириш қоидалари
3. Беморларни уйда кўриш холатлари
4. Соғлом турмуш тарзини тарғибот қилишни ўрганиш
5. Шифокор ва бемор хуқуқлари
6. Этика ва деонтология оилавий амалиётда
7. Оила сиз учун нимани англатади?
8. Оилавий шифокорни бемор хаёти ва унинг оиласидаги роли.
9. Соғлом оила учун характерли белгилар.
10. Оила билан ишлашда шифокор учун асосий қийинчиликлар?
11. Носоғлом оила учун характерли белгилар
12. Сиз қандай диний маросимларни биласиз?
13. Мусулмонлар орасида «тахорат» қандай диний маьнони англатади?
14. Хатна қилиш маросимини биласизми?
15. Болалар консультация асосларини биласизми?.
16. Ўсмирлар консультация асосларини биласизми?

Амалий машғулот№2

Мавзу: « Мулокотга алоқадор факторлар. Мулоқотдаги кийинчиликлар. Шахслараро мулоқот. Амалий маслаҳатлар».

Ўқитиш технологияси

Ўқув вакти: 5 соат	Талабалар сони : 10-12 тагача
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Машғулот тузилиши	Ўқув тематик кабинет. УАШ хонаси.

	Ўқув қўлланма, фантомлар, муляжлар, тарқатма материал, вазиятли масалалар ва тестлар тўплами Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа
Машғулот максади*:* мулоқот жараёнини ўрганиш. Бемор билан мулоқот санъатини ўргатиш., маслаҳат бериш кўникмалари, алоқа қилиш, ўқитиш, маслаҳатлашиш. Шахслараро мулоқот кўникмаларини қайтариш	
Педагогик вазифалари 1. 1. Талабаларни ШАМ кўникмалари билан таништириш. ✓ Талабаларни хар битта касални шахсияти, тажрибаси, шахсий холатидан эътиборга олган холатда қабул қилиш ва алқа ўрнатишни ўргатиш. ✓ Алоҳида эътиборга муҳтож касаллар хақида ахборот йиғиш ва уларни таниб олишни талабарга тушунтириш. ✓ Турли оғирлик даражадаги, турли холатдаги беморлардан хабардор бўлишни талабаларга билдириш. ✓ Маслаҳат бериш асоси ва кўринишлари ✓ “Шифокор-бемор” муносабатлари принцип ва услублари ✓ Маслаҳат бериш турлари ва кўринишлари	**Ўқув фаолият натижалари:** ***Талаба бажариши керак:*** 1.Самарали мулоқот характеристикаси. 2. Мулоқот жараёни босқичлари. 3. ШАМ кўникмалари. 4. Мулоқотдаги қийинчиликлари. 5.Маслаҳат беришнинг асосий принсиплари, қоидалари ва этаплари. 6.Шифокор иш сифатига салбий таъсир қилувчи асосий омиллар 7.Маслахат бериш самарадорлиги ва беморга салбий таъсир қилувчи омиллар. 8.Маслаҳат беришнинг директив ва нодиректив кўринишлари **Билиши керак:** 1. Иккала мулоқотни қўллаш самараси (вербал ва но вербал) беморга этибор беришни кўрсатиш. 2. Беморни тинглаш ва беморга ўзи тушунадиган тилда ва ибораларда мулоқот қилиш. 3. Беморлар жавоб бера оладиган яхши ва ўринли саволларни бериш (ошкора, ёпиқ ва текширилган) 4. Беморлар ўз муомолар йечимида уларни рағбатлантириш ва қўллаб қуватлаш керак. 5. Маслаҳатларни ўтказиш 6. Маслаҳат вақтида мулоқот малакасини қўллай билиш 7. Маслаҳат беришда унинг принциплари, қонун қоидалари ва турларига аҳамият бериш.
Ўқитиш усуллари	«қор уюми» усули, демонстрация, видеокўрув , дискуссия , сухбат , тест ечиш
Ўқув фаолиятининг ташкиллаштириш шакллари	Якка тартибда ишлаш, гурухларда ишлаш, коллектив, аудитория ва аудиториядан ташкарида.
Ўқитиш воситалари	Тақатма ўқув материал, визиуаль материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар,

	таблицалар, стендлар.
Қайта боғланиш усул ва воситалари	Блиц-суров, тестлаш, тиббий хариталарни тўлдириш Амалий кўникмаларни бажариш

Машғулотнинг технологик харитаси №2

№	Амалий машғулот босқичлари	Машғулот шакли *Ўтказиш жойи*	Машғулот давомийлиги **120**
1	Кириш қисми		5
2	Янги педагогик технологиялар билан мавзуни тушинтириш таблицалар плакатлар рентгено-граммалар.	Сўров, мухокама *Дарс хонаси УАШ хонаси*	20
3	Хулоса мухокама		10
4	Амалий кисмини бажариш учун вазифаларни белгилаш Тиббий карталарни тўлдириш бўйича кўрсатмаларни тушинтириш.	Мухокама УАШ хонаси	20
5	Ўқитувчи назорати остида машғулотларни амалий қисмини тушинтириш.	Профисионал сўров беморлар билан сухбат. беморларни *поликлиникада ва уйда кўриш*	10
6	Текширув натижалари интерпритацияси кўрув палпация, перкуссия аускултация УҚТ, УСТ, биохимик анализлар интерпритацияси	Касаллик тарихи Лаборатор маълумотлар	15
7	Талабаларни назарий ва амалий билимларини текшириш.	Оғзаки сўров тестлар мухокама *Поликлиникадаги ўқув хона*	15
8	Амалий дарс бўйича хулосани белгилаш 100 балли система бўйича бахолаш ва балларни эълон қилиш уйга вазифа бериш.	Ахборот мустакил иш бўйича саволлар	25

Мулоқот санъати. Шахслар аро мулоқот

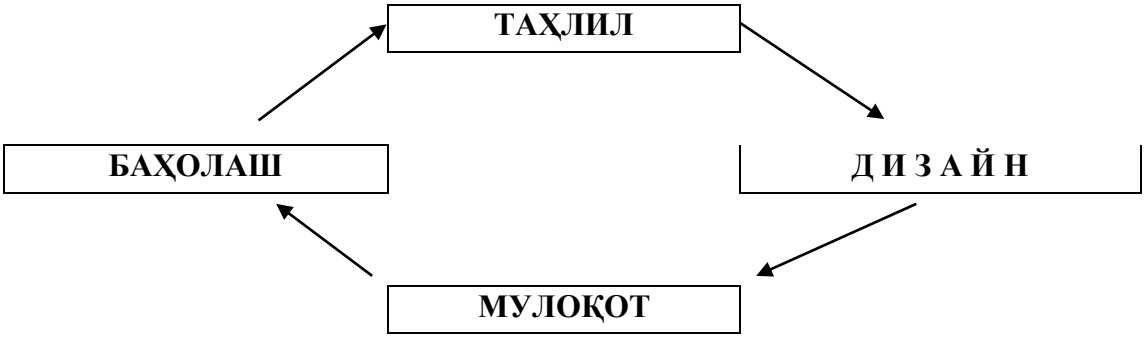
Шифокорнинг малакаси ва ўз ишининг усталиги унинг беморни даволаш унга ташхис қўйишигагина эмас балки унинг маслаҳат бериши, мулоқотига ҳам боғлиқ. Шифокорнинг мулоқот қилишни билиши беморлар билан ўзаро мунособатини белгилайди, беморнинг ишончига киришгина, ундан тўлиқ касалик тарихини билиб олиш мумкин.

Мулоқот – бу инсонлар билан малумот алмашиш.

Шахслар аро мулоқот ёки юзма-юз мулоқотенг мухим ва енг самарали инсон ва инсонлар билан маьлумот алмашиш демакдир. Шахслар аро, тўғридан тўғри мулоқот

маьлумот йиғишни имконини беради. Шахслар аро мулоқот инсонлар билан тиббиётнинг барча тармокларида қўланилади. Шунинг учун шахслар аро мулоқот бирламчи тиббий-санитар ёрдамда самаралироқ бўлади.

Мулоқот босқичлари



ПОҒОНАЛАР:

БАХОЛАШ- тиббиёт ишчиси бемор ва беморларнинг маданияти, тажрибаси ва касаллик тарихи хақида маьлумот йиғади.

Тахлил – тиббиёт ишчиси бемор ва беморлардан йиғган маьлумотларни таҳлил қилади ва еҳтиёжларини қондиради.

Дизайн –(планлаштириш)- тиббиёт ишчиси беморларнинг еҳтиёжи ва ҳабардор бўлишини инобатга олган холда, лойиҳалар ишлаб чиқади.

Мулоқот – лойиҳалар ишга туширилади

Бахолаш – тиббиёт ишчиси бемордан мулоқот вақтида йиғган маьлумотларини бошқа беморларга қўллаши. Бемор қизиқадими? Берилган маьлумот тушунарлими?Берилган маьлумотларга амал қиладими?

Бу процесс циклик ва узлуксиз. Баҳолаш ва таҳлил қилиш енг мухим жараёнлардан бири лекин кўпинча бу ҳақида унитилади.

Мулоқот самарадорлиги

Мулоқот – бу маьлумотларни ўй, хаёлларини ёки ҳисларини сўз билан ифодалаш.

Мулоқот – бу икки томонлама жараён. Ҳабарларни қабул қилиш қабул қилувчи ёки аудиторияга маьруза қилган шахсга боғлиқ.

Яҳши мулоқот ҳусусияти

Хабар бўлиши керак:	Хабар жўнатувчи билиши шарт
Ойдин ва қисқа	Мавзуни яҳши билиши
Тўғри	Мавзуга қизиққан бўлиши
Аудитория талабига тўлиқ жавоб бериши (аҳамиятли)	Вазифани аниқламоқ
Ўз вақтида	Аудиторияни билмоғи ва у билан алоқани йўлга қўймоғи лозим

Вазиятга қўллаш	Аудитория даражасида гапириш
Аудиторияни рухлантириш	Тўғри канал танлаш
Канал бўлмоғи керак	Аудитория шарт
Муносиб бўлмоғи	Қизиқтирмоқ ва ўзлаштиришга тайёрлиги
Тушунарли	Тинглаш мақсади бўлиши шарт
Мақбул	Диққат билан тингламоқ
Жалб қилувчи	Бажаришни ҳохламоқ
	Қайта алоқани тасдиқлаш

Ўзига хос шахслар аро мулоқот

Вербал ва новербал мулоқот шаклини яҳшилаш

1. Тил танаси
2. тинглаш
3. кенгайтиринг
4. тўғри тушунтириш
5. Билганини тасдиқлаш

Шахслар аро мулоқотни тез тез ва самарали қўлланг

1. Акси
2. Актив тингламоқ
3. Ўзгартириб ифодаламоқ
4. Сухбатлашишни киритмоқ
5. Текшириш учун савол
6. Ижобий қайта алоқа

Вербал ва но вербал мулоқот турлари

Новербал	**Вербал**
Беморнинг муомоларини танқитсиз мулоҳоза қилиш	**Самарали мулоқотни таминланг**
Ҳиссиётсиз муомила қилишни ўрганиш	Аниқланг
Беморлар билан шундай мулоқат қилиш лозимки	Тингланг
Улар сиз билан ўзларининг муомоларини	Рағбартлантириш
қўрқмасдан бўлишишсин.	Тасдиқланг
Очиқ ойдин	Ўзгача ифодаланг
Бемор томонга эгилинг	
Кўзларни бемордан узмасдан	
Тўғри ўтиринг ва жилмайинг	

Тил ва тана ёрдамида ўзингизни кўрсатинг	**Оддий ва беморга тушунарли тилда мулоқот қилиш**
Хар-ҳил шароитда бемор билан кўзма кўз алоқани таминлаш Қулай холатда Тўғри келадиган имо ишоралар қўллаш Туриб ёки ўтириб беморга юзма-юз ҳолатда туриш Синчиклаб тинглаётган ҳолатда Беморга озроқ эгилган ҳолатда (агар бемордан баланд бўлмасангиз)	Гапиринг Оддий ва тушунарли

Қайта алока – жараёни орқали беморларнинг сизни тушундими ёқми? Ўзларини қандай ҳис этаётганини билиш учун ҳамда нималарни ўзгартира олишини билиш шарт.

Қайта алоқани тарифи

Муҳокома қилмасдан тасвирлаш

Аниқ бўлиш

Якка тартибда бўлиш

Сўрамоқ, боғлаб қўймаслик

Ҳолатни яҳшилаш мақсадида фикр билдириш

Холатга реал қарамоқ

Ўз олдимизга мақсад ёки ечимларни қўймоқ

Аввал қайта алоқа билан бошлаб, сўнг яхши томонга ўзгариш ва яна бирламчи мавзуга қайтмоқ

Яхши мулоҳоза билан бошлаб ва шу мулоҳоза билан тугатиш

Тайёр рецептларни берманг

Қийинчиликларини тез ҳал этишга вада берманг

Беморда кечаётган ва хис қилаётган жараёнларга кўмаклашиш

Танқид қилишга йўл кўйманг

Иккиланиш сабабини аниқланг

Беморни қарашларини хурмат қилинг

Қуйидаги саволлар сизга ёрдам беради

Агар сиз соғлом бўлганизда ҳаётингизда нима ўзгаради

Ким ва нима сизни кўпроқ безовта қилади

Сизнинг қийинчилигингиз сабаби нима

Касаллик сизга қандай таьсир кўрсатди

Ҳаётингизда нима ўзгаришини ҳохлардиз

Сизнингча: ҳаммасини ўзгартирса бўладими

Саволлар тури

Ёпиқ	**Очиқ**	**Текширувчи**

Қачон қўлламоқ керак**:** мулоқотни ёпиқ саволлардан бошламоқ (мисол тиббий картадан олган холда)	Мулоқотни очиқ саволар билан давом эттириш	Сўнг текширувчи савол беринг
Талаб қилади Қисқа ва тўғри кўпинча ха ёки йўқ	Ўйлантириб қўядиган саволлар хис туйғуси ёкибезовта еканини кўрсатади	Аввалги ҳолатини тушунтириш
Мисоллар Нечта фарзандингиз бор? Фарзандингиз неча ёшда	Кўкрак билан емизиш ҳақида нима деп ўйлайсиз? Фарзандингизни нима билан боқасиз?	Нима сабабдан овқатланмаяпди

Мулоқот қийинчиликлари. Кўпчилик ҳолатларда беморларнинг ва уларнинг яқинларининг тиббиёт ходимлардан норозилиги уларнинг ташҳис ва давонинг нотўғрилигига емас балки қўпол мулоқотда бўлишига боғлиқ.

Мулоқотга халақит беради:

Шифокорларнинг беморлар билан салбий ҳаётий тажрибага ега еканлиги

Беморларнинг жинси,ёши,қайси миллатга оидлиги ва маданий совотхонлигиниг тўғри келмаслиги

Виждонсиз ва аҳлоқсизлиги

Рухий касаликлар

Талаффузнинг бузилиши

Беморнинг шифокор билан яқинлиги

Сиртқи мулокот омиллари

Вақтнинг етишмаслиги

Хонанинг планировкаси

Қабул қилиш тадбирлари

Мулоқотга нима халақит беради

Тил тўсқинлиги

Қийин тиббий саволлар

Қийин мавзу: жинсий алоқа, ёмон ташқиз, рухий хасталик

Хар –бир УАШ билиши шарт

Аудитория билан мулоқотнинг каналининг бўлиши

Нима гапиришни эмас балки қандай гапириш кераклигини

Икки томонлама суҳбатни таминлаш

Мулоқотни ечимини кўрсатиш мақсадида ва яна қайта алоқа билан боғлаш

Бемор қадриятларини тушуниш

Ишлаётган беморларни хурмат қилмоқ ва қадрламоқ

Мавзуни очиб берадиган ҳолатлар

Ўзимизга қарашли барча қадриятларимиз, сўзларимиз, ҳаракатларимиз ва тажрибамиз бемор билан мулоқотда уларга таьсир кўрсатиши мумкин.

Юзма-юз суҳбат хар-хил шаклларда бўлиши мумкин. Тиббиёт ходими вербал новербал шароитга мослашган бўлмоғи лозим.

Самарали ишлаётган тиббиёт ходимлари иккала мулоқот турларидан фойдаланишади

Беморларнинг касаллик тариҳини, бошқа биров билан бўлиша олмайдиган сирларини шифокорга очишдан олдин шифокорга бўлган ишончи бўлмоғи ва ёрдамига умид борлигини билмоғи лозим.

Эшита билиш – бу малака, доимий ҳаётий тажрибадир.

Тиббий маслаҳат- даволашдаги мухим жараёндир, асосан руҳий, реабилитик ва узоқ кузатишларга

Маслахат кўникмалари

Талабаларни ўргатишда қуйидаги маслахатларга эьтибор бермоқ керак.

-Маслахатнинг мухимлиги

-Талим жараёни талабаларнинг иш жараёнига таьсир кўрсатиши мумкин.

Энг мухими шифокор ва бемор ўртасидаги вазиятга маслаҳатнинг тасири. Демак энг долзарб ва энг мухим маслахатларни билиши керак шахслар аро мунособатда.

Энг муҳими шифокор ва бемор ўртасидаги маслахатларни шаклланиши

1. Беморга яхши муносабатда бўлиш

Вазиятсиз холатни яратиш

Шошилмаслик

Диққатни жамлаш

Кўп сўрамаслик

Мулоқот беморга енгиллик яратсин

2. Эшита билиш

Малумотни ўзлаштириш

Сезиш

Суҳбатдошга ҳамдард бўлиш

Таҳлил

3. Мулоқот принциплари

Тушунарли тилда сўзлашиш

Ибораларни кўп ишлатмаслик

Имконсиз вадалар бермаслик

Беморни тўғри тушунганига ишонч хосил қилинг

Беморда бошқа савол қолмаганлигига ишонч хосил қилинг

Керак бўлганда тор доирадаги мутахасисга жўнатинг

4. Кузатинг

Доимий равишда лаборатор ва бошқа текширувларни айтиш

Тайинланган дори дармонларни назоратга олинг

Текширувга кечикаётган бўлсангиз беморга ҳабар беринг

Даволаш самарасиз бўлса мутахассисга жўнатинг

Жоиз бўлганда госпитилга жойлаштиринг

Шундай жараёнлар бўладики шифокор ва бемор ўртасига тўсиқ қўяди.
Вақтлар оралиғининг камлиги
Етарли клиник билимларнинг етишмаслиги
Хаддан ташқари кўп но ўрин саволлар бериш
Асабийлашиш, зерикиш, чарчаш ҳолатлари бемор билан мулоқотнинг сусайишига олиб келади.
Беморларга бир қанча салбий тасир этадиган мисоллар ва омиллар
Вақтнинг қисқалиги
Қўрқув
Шифокор тилига тушунмаслик
Касаллиги ҳақида маьлумотга эга эмаслиги
Шифокордан имкони йўқ нарсани кутиш
Тажовускор мулоқот
Рухий касаликлар
Маслаҳатнинг самарадорлиги шифокорнинг санатидан далолат.
Бемор муоммосининг ечими борлигига ишониши ва муоммодан кутиладиган натижа
Беморнинг муоммасига ўзингизни фикрингизни билдиринг ва бемор тушунганига ишонч хосил қилинг.
Бемор билан бирга ечимга келиш
Бемор ўз муоммосини бўйнига олганда уни рағбартлантириш.
Энг мухими беморларнинг ўз сирларини сизга ишонганлиги, сир сақлашингиз беморларнинг сизга бўлган ишончидур.
Маслахатнинг ўз вазифалари мавжуд, бу вазифалар самарадорлиги маслахатнинг вазият ва мохиятини белгилаб беради
1-вазият. Қайси принсипларга кўра бемор мурожаат қилди
Маскур холатнинг тарихи ва мохияти
Этиологияси
Фикр, мулохозалар ва беморнинг тахмини
Муоммосининг самараси
2-вазият. Бошқа муоммоларини кўриш.
Узоқ вақт давомида кузатилаётган муоммолар
Омиллар
3-вазият. Бемор билан биргаликда ечимга келиш
Беморларнинг даволашда актив харакати
4-вазият. Бемор билан бўладиган муоммода бир ечимга келиш
Беморга маслахат бериш уни хабардор қилиш демакдир
Муоммони бошқара билиш беморни кўпроқ хабардор етади
5-вазият. Беморни менеджментдан хабардор қилиш ва беморни рағбартлантириш ўзини соғлиғи ҳақида ўйлагани учун
6-вазиат. Вақт ва ресурсларни оқилона ишлатиш.
7-вазият. Бемор билан ўртоқлашиш мақсадга эришишда яна бир қадам.
Антропологик ёндошув

Трансекцион ёндашув
Тиббий биологок ёндашув
Рухий ёндашув

Ижтимоий базага асосланган маслахатлар

УАШ маслахат,диагностикада ўтказаётганда беморнинг хатти харакатларини ва қизиқишларини яхшироқ билиши лозим
Беморларнинг ижтимоий омиллар билан мурожаати катта ва шифокор хар бир беморда буни кўра билиши лозим
Ижтимоий омиллар маслахатга келишга ундайди

Маслахатга антропологик ёндашув

Трансекционал таҳлил учала ёшда хам аниқ характерга эга.
Ёши ва ўзини тутишидан келиб чиқиб маслахатга индивидуал ёндашиш.

Рухий ижтимоий маслахат

Рухий масалалар физикал, симптом ёки кассалик ўзига диққатни жалб қилади. Шифокор клиник хис қилиш беморни фойдасига қараб маслахат уюштириш. УАШ нафақат ташхисни тўғри танлаш, рухшунос хам бўлиши беморга қийин муомоларни хам осон йўл билан ҳал этиш. Рухий ижтимоий ёндашув бемор соғайишига аҳамиятли.
Бунинг учун
Беморда кутилаёдган муомоларини аниқ тушунтира билиш.
Беморга тушунадиган тилда мулоқот қилиш
Хулосани бемор билан хал этиш

Маслахатни асосий тамоиллари

Маслахат негизи ишонч ва бир бирини тушуниш
Албатта шифокор сирини сақлаш
Беморни диққат билан тинглаш мулокот пайтида бемор кўзига қараш
Беморга қалбаки ёндашманг
Оилавий тўғрисида хабардор бўлиш
Эмоциянгизга этибор беринг
Ўзингизни жиддий тутинг
Буйруқ берманг маслахат

Маслахат бериш қоидалари

Беморни фаол харакатланишига имкон беринг
Мавжуд бўлган савол бериш
Ўзингизни чекланг:
Таёр хулосани адабиётлардан қидирманг
Маслаҳат беришда тажрибангизга таянинг
Узоқ ва самарасиз сухбатдан қочинг
Муҳокама
Ортиқча мунозорасиз

Маслаҳат босқичлари

Беморни диққат билан тингланг, кайфиятини бахоланг. Бу босқичда асосан мулоқот малакаси, ақл билан гапириш, жим тинглаш, таҳлил ва бир тўхтамга келиш. Бу босқичда

беморга фавқулотдаги ҳолатларни оддий тушунтириш. Масалаларни моҳиятли тушунтириш, унинг ҳулосасига биринчи қадамни қўйиш, тингловчини ҳиссиётини тасвирланг. Ҳиссиёт ҳафагарчиликга сабаб бўлмаслик керак
Учрашувлар вақтини белгиланг
Даволаш тактика ва стратегиясини аниқланг
Олинган режага риоя қилинг
Беморга топшириқ беринг
Ҳулосаларини доимий баҳоланг агар режангиз ўзгарган бўлса
Халқилувчи хулосани баҳоланг
Маслаҳатни тўҳтатинг ва беморни мутаҳассисга жўнатинг

1**Вазиятли масалалар**

№ 1:

Сизга 45 ёшли эркак мурожаат қилди. Бемор ортиқча тана вазнига эга ва отаси миокард инфарктидан вафот этган ва ўзида хам шу хавф борлигидан хавотирда.

Саволлар:

1. Сизнинг илк қадамингиз?
2. Бемор касаллик бўйича қайси категорияга киради?
3.Сиз беморга қандай йўналтирувчи саволлар берасиз?
4. Сўроқ вақтида беморда ҳеч қандай шикоят йўқлигини аниқладингиз. сизнинг маслаҳатингиз?
5. Агар бемор ўзида қандайдир лабаратор инструментал текширувлар ўтказилишини хохласа сиз қандай текширувлар ўтказишни мақсадга мувофиқ деб хисоблайсиз? Асосланг.

№ 2:

УАШ қабулига 48 ёшли эркак ЮИК, зўриқиш стенокардияси,. ФКII ташхиси билан мурожаат қилиб келди. .

Саволлар:

1. Беморга соғлом турмуш тарзига амал қилиш бўйича қандай маслахатлар бериш лозим?
2. Овқатланиш бўйича сизнинг маслахатларингиз?
3.Сиз беморга стенокардия хуружлари тўғрисида қандай асосий маслахатлар берасиз?
4. Стенокардия профилактикаси учун қўлланадиган дори воситалари гурухларини сананг.
5. Беморда биринчи ўринда қандай кўрсаткичларни назорат қилиш лозим?

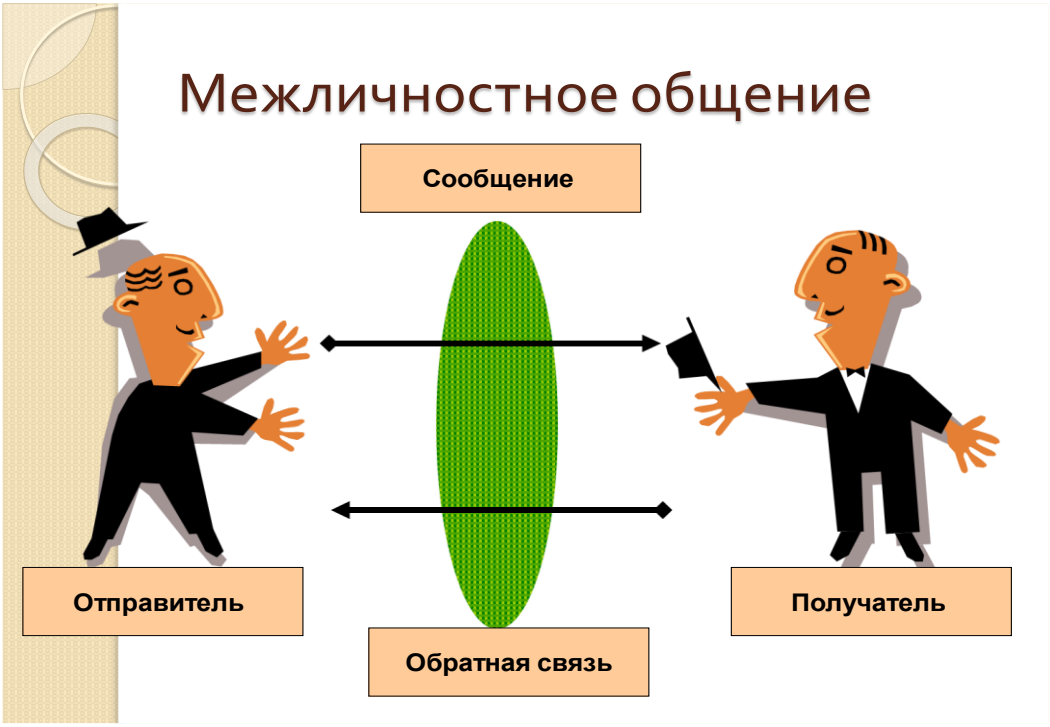
Концептуал жадвал

Концептуал жадвал 2 ва ундан ортиқ аспестлар орқали тушунчалар, кўринишлар, мавзуларни тенгликда аниқ ўрганишни та]минлайди.

Системали фикрлар яратади. Ахборотни системалаштиради

Индивидуал ёки кичик гуруҳлар тузади концептуал жадвал

- Вертикал бўйича
- Горизонтал бўйича



Назорат саволлари

1. Сизга оила нимани англатади
2. Оила билан мулоқотда шифокорнинг роли ва билими
3. Шаҳслар аро мулоқот нима
4. Шифокорни бемор билан мулоқотда нима қийинчилик туғдиради
5. Мулоқотда лаёқатли омиллар
6. Амалий маслахатлар
7. Маслаҳатлар кўриниши
8. Маслаҳат принциплари
9. Беморни ўз соғлиғига масъулияти

Амалий машғулот №3

Мавзу: Маслахат бериш турлари. Маслахат бериш принциплари. Беморни ўз соғлигига жавобгарлиги.

Ўқув вакти: 5 соат	Талабалар сони : 10-12 тагача
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Машғулот тузилиши	Ўқув тематик кабинет. УАШ хонаси. Ўқув қўлланма, фантомлар, муляжлар, тарқатма материал, вазиятли масалалар ва тестлар тўплами Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа

Машғулот максади*:* мулоқот жараёнини ўрганиш. Бемор билан мулоқот санъатини ўргатиш., маслаҳат бериш кўникмалари, алоқа қилиш, ўқитиш, маслаҳатлашиш. Шахслараро мулоқот кўникмаларини қайтариш	
Педагогик вазифалари 2. 1. Талабаларни ШАМ кўникмалари билан таништириш. ✓ Талабаларни хар битта касални шахсияти, тажрибаси, шахсий холатидан эътиборга олган холатда қабул қилиш ва алқа ўрнатишни ўргатиш. ✓ Алоҳида эътиборга муҳтож касаллар хақида ахборот йиғиш ва уларни таниб олишни талабарга тушунтириш. ✓ Турли оғирлик даражадаги, турли холатдаги беморлардан хабардор бўлишни талабаларга билдириш. ✓ Маслаҳат бериш асоси ва кўринишлари ✓ "Шифокор-бемор" муносабатлари принцип ва услублари ✓ Маслаҳат бериш турлари ва кўринишлари	**Ўқув фаолият натижалари:** ***Талаба бажариши керак:*** 1.Самарали мулоқот характеристикаси. 2. Мулоқот жараёни босқичлари. 3. ШАМ кўникмалари. 4. Мулоқотдаги қийинчиликлари. 5.Маслаҳат беришнинг асосий принсиплари, қоидалари ва этаплари. 6.Шифокор иш сифатига салбий таъсир қилувчи асосий омиллар 7.Маслахат бериш самарадорлиги ва беморга салбий таъсир қилувчи омиллар. 8.Маслаҳат беришнинг директив ва нодирективкўринишлари **<u>Билиши керак:</u>** 8. Иккала мулоқотни қўллаш самараси (вербал ва но вербал) беморга этибор беришни кўрсатиш. 9. Беморни тинглаш ва беморга ўзи тушунадиган тилда ва ибораларда мулоқот қилиш. 10. Беморлар жавоб бера оладиган яхши ва ўринли саволларни бериш (ошкора, ёпиқ ва текширилган) 11. Беморлар ўз муомолар йечимида уларни рағбатлантириш ва қўллаб қуватлаш керак. 12. Маслаҳатларни ўтказиш 13. Маслаҳат вақтида мулоқот малакасини қўллай билиш 14. Маслаҳат беришда унинг принциплари, қонун қоидалари ва турларига аҳамият бериш.
Ўқитиш усуллари	«қор уюми» усули, демонстрация, видеокўрув , дискуссия , сухбат , тест ечиш
Ўқув фаолиятининг ташкиллаштириш шакллари	Якка тартибда ишлаш, гурухларда ишлаш, коллектив, аудитория ва аудиториядан ташкарида.
Ўқитиш воситалари	Тақатма ўқув материал, визиуаль материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, таблицалар, стендлар.
Қайта боғланиш усул ва воситалари	Блиц-суров, тестлаш, тиббий хариталарни тўлдириш Амалий кўникмаларни бажариш

Машғулотнинг технологик харитаси №2

№	Амалий машғулот босқичлари	Машғулот шакли *Ўтказиш жойи*	Машғулот давомийлиги **120**
1	Кириш қисми		5
2	Янги педагогик технологиялар билан мавзуни тушинтириш таблицалар плакатлар рентгено-граммалар.	Сўров, мухокама *Дарс хонаси УАШ хонаси*	20
3	Хулоса мухокама		10
4	Амалий кисмини бажариш учун вазифаларни белгилаш Тиббий карталарни тўлдириш бўйича кўрсатмаларни тушинтириш.	Мухокама УАШ хонаси	20
5	Ўқитувчи назорати остида машғулотларни амалий қисмини тушинтириш.	Профисионал сўров беморлар билан сухбат. беморларни *поликлиникада ва уйда кўриш*	10
6	Текширув натижалари интерпритацияси кўрув палпация, перкуссия аускултация УҚТ, УСТ, биохимик анализлар интерпритацияси	Касаллик тарихи Лаборатор маълумотлар	15
7	Талабаларни назарий ва амалий билимларини текшириш.	Оғзаки сўров тестлар мухокама *Поликлиникадаги ўқув хона*	15
8	Амалий дарс бўйича хулосани белгилаш 100 балли система бўйича бахолаш ва балларни эълон қилиш уйга вазифа бериш.	Ахборот мустакил иш бўйича саволлар	25

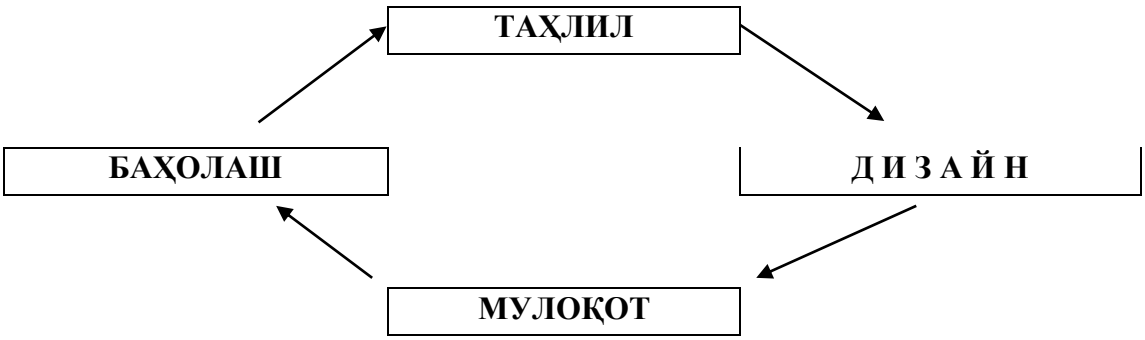
Мулоқот санъати. Шахслар аро мулоқот

Шифокорнинг малакаси ва ўз ишининг усталиги унинг беморни даволаш унга ташхис қўйишигагина эмас балки унинг маслаҳат бериши, мулоқотига ҳам боғлиқ. Шифокорнинг мулоқот қилишни билиши беморлар билан ўзаро мунособатини белгилайди, беморнинг ишончига киришгина, ундан тўлиқ касалик тарихини билиб олиш мумкин.

Мулоқот – бу инсонлар билан малумот алмашиш.

Шахслар аро мулоқот ёки юзма-юз мулоқотенг мухим ва енг самарали инсон ва инсонлар билан маьлумот алмашиш демакдир. Шахслар аро, тўғридан тўғри мулоқот маьлумот йиғишни имконини беради. Шахслар аро мулоқот инсонлар билан тиббиётнинг барча тармокларида қўланилади. Шунинг учун шахслар аро мулоқот бирламчи тиббий-санитар ёрдамда самаралироқ бўлади.

Мулоқот босқичлари



ПОҒОНАЛАР:

БАХОЛАШ- тиббиёт ишчиси бемор ва беморларнинг маданияти, тажрибаси ва касаллик тарихи хақида маьлумот йиғади.

Тахлил – тиббиёт ишчиси бемор ва беморлардан йиғган маьлумотларни таҳлил қилади ва еҳтиёжларини қондиради.

Дизайн –(планлаштириш)- тиббиёт ишчиси беморларнинг еҳтиёжи ва ҳабардор бўлишини инобатга олган холда, лойиҳалар ишлаб чиқади.

Мулоқот – лойиҳалар ишга туширилади

Бахолаш – тиббиёт ишчиси бемордан мулоқот вақтида йиғган маьлумотларини бошқа беморларга қўллаши. Бемор қизиқадими? Берилган маьлумот тушунарлими?Берилган маьлумотларга амал қиладими?

Бу процесс циклик ва узлуксиз. Баҳолаш ва таҳлил қилиш енг мухим жараёнлардан бири лекин кўпинча бу ҳақида унитилади.

Мулоқот самарадорлиги

Мулоқот – бу маьлумотларни ўй, хаёлларини ёки ҳисларини сўз билан ифодалаш.

Мулоқот – бу икки томонлама жараён. Ҳабарларни қабул қилиш қабул қилувчи ёки аудиторияга маьруза қилган шахсга боғлиқ.

Яҳши мулоқот ҳусусияти

Хабар бўлиши керак:	Хабар жўнатувчи билиши шарт
Ойдин ва қисқа	Мавзуни яҳши билиши
Тўғри	Мавзуга қизиққан бўлиши
Аудитория талабига тўлиқ жавоб бериши (аҳамиятли)	Вазифани аниқламоқ
Ўз вақтида	Аудиторияни билмоғи ва у билан алоқани йўлга қўймоғи лозим

Вазиятга қўллаш	Аудитория даражасида гапириш
Аудиторияни рухлантириш	Тўғри канал танлаш

Канал бўлмоғи керак	Аудитория шарт
Муносиб бўлмоғи	Қизиқтирмоқ ва ўзлаштиришга тайёрлиги
Тушунарли	Тинглаш мақсади бўлиши шарт
Мақбул	Диққат билан тингламоқ
Жалб қилувчи	Бажаришни ҳохламоқ
	Қайта алоқани тасдиқлаш

Ўзига хос шахслар аро мулоқот

Вербал ва новербал мулоқот шаклини яҳшилаш

6. Тил танаси
7. тинглаш
8. кенгайтиринг
9. тўғри тушунтириш
10. Билганини тасдиқлаш

Шахслар аро мулоқотни тез тез ва самарали қўлланг

7. Акси
8. Актив тингламоқ
9. Ўзгартириб ифодаламоқ
10. Сухбатлашишни киритмоқ
11. Текшириш учун савол
12. Ижобий қайта алоқа

Вербал ва но вербал мулоқот турлари

Новербал	**Вербал**
Беморнинг муомоларини танқитсиз мулоҳоза қилиш	**Самарали мулоқотни таминланг**
Ҳиссиётсиз муомила қилишни ўрганиш	Аниқланг
Беморлар билан шундай мулоқат қилиш лозимки	Тингланг
Улар сиз билан ўзларининг муомоларини	Рағбартлантириш
қўрқмасдан бўлишишсин.	Тасдиқланг
Очиқ ойдин	Ўзгача ифодаланг
Бемор томонга эгилинг	
Кўзларни бемордан узмасдан	
Тўғри ўтиринг ва жилмайинг	
Тил ва тана ёрдамида ўзингизни кўрсатинг	**Оддий ва беморга тушунарли тилда мулоқот қилиш**
Хар-ҳил шароитда бемор билан кўзма кўз алоқани таминлаш	
Қулай холатда	Гапиринг
Тўғри келадиган имо ишоралар қўллаш	Оддий ва тушунарли
Туриб ёки ўтириб беморга юзма-юз ҳолатда туриш	
Синчиклаб тинглаётган ҳолатда	

Беморга озроқ эгилган ҳолатда (агар бемордан баланд бўлмасангиз)	

Қайта алока – жараёни орқали беморларнинг сизни тушундими ёқми? Ўзларини қандай ҳис этаётганини билиш учун ҳамда нималарни ўзгартира олишини билиш шарт.

Қайта алоқани тарифи

Муҳокома қилмасдан тасвирлаш

Аниқ бўлиш

Якка тартибда бўлиш

Сўрамоқ, боғлаб қўймаслик

Ҳолатни яҳшилаш мақсадида фикр билдириш

Холатга реал қарамоқ

Ўз олдимизга мақсад ёки ечимларни қўймоқ

Аввал қайта алоқа билан бошлаб, сўнг яхши томонга ўзгариш ва яна бирламчи мавзуга қайтмоқ

Яхши мулоҳоза билан бошлаб ва шу мулоҳоза билан тугатиш

Тайёр рецептларни берманг

Қийинчиликларини тез ҳал этишга вада берманг

Беморда кечаётган ва хис қилаётган жараёнларга кўмаклашиш

Танқид қилишга йўл кўйманг

Иккиланиш сабабини аниқланг

Беморни қарашларини хурмат қилинг

Қуйидаги саволлар сизга ёрдам беради

Агар сиз соғлом бўлганизда ҳаётингизда нима ўзгаради

Ким ва нима сизни кўпроқ безовта қилади

Сизнинг қийинчилигингиз сабаби нима

Касаллик сизга қандай таьсир кўрсатди

Ҳаётингизда нима ўзгаришини ҳохлардиз

Сизнингча: ҳаммасини ўзгартирса бўладими

Саволлар тури

Ёпиқ	**Очиқ**	**Текширувчи**
Қачон қўлламоқ керак**:** мулоқотни ёпиқ саволлардан бошламоқ (мисол тиббий картадан олган холда)	Мулоқотни очиқ саволар билан давом эттириш	Сўнг текширувчи савол беринг

Талаб қилади Қисқа ва тўғри кўпинча ха ёки йўқ	Ўйлантириб қўядиган саволлар хис туйғуси ёкибезовта еканини кўрсатади	Аввалги ҳолатини тушунтириш
Мисоллар Нечта фарзандингиз бор? Фарзандингиз неча ёшда	Кўкрак билан емизиш ҳақида нима деп ўйлайсиз? Фарзандингизни нима билан боқасиз?	Нима сабабдан овқатланмаяпди

Мулоқот қийинчиликлари. Кўпчилик ҳолатларда беморларнинг ва уларнинг яқинларининг тиббиёт ходимлардан норозилиги уларнинг ташҳис ва давонинг нотўғрилигига емас балки қўпол мулоқотда бўлишига боғлиқ.

Мулоқотга халақит беради:

Шифокорларнинг беморлар билан салбий ҳаётий тажрибага ега еканлиги

Беморларнинг жинси,ёши,қайси миллатга оидлиги ва маданий совотхонлигиниг тўғри келмаслиги

Виждонсиз ва аҳлоқсизлиги

Рухий касаликлар

Талаффузнинг бузилиши

Беморнинг шифокор билан яқинлиги

Сиртқи мулокот омиллари

Вақтнинг етишмаслиги

Хонанинг планировкаси

Қабул қилиш тадбирлари

Мулоқотга нима халақит беради

Тил тўсқинлиги

Қийин тиббий саволлар

Қийин мавзу: жинсий алоқа, ёмон ташқиз, рухий хасталик

Хар –бир УАШ билиши шарт

Аудитория билан мулоқотнинг каналининг бўлиши

Нима гапиришни эмас балки қандай гапириш кераклигини

Икки томонлама суҳбатни таминлаш

Мулоқотни ечимини кўрсатиш мақсадида ва яна қайта алоқа билан боғлаш

Бемор қадриятларини тушуниш

Ишлаётган беморларни хурмат қилмоқ ва қадрламоқ

Мавзуни очиб берадиган ҳолатлар

Ўзимизга қарашли барча қадриятларимиз, сўзларимиз, ҳаракатларимиз ва тажрибамиз бемор билан мулоқотда уларга таьсир кўрсатиши мумкин.

Юзма-юз суҳбат хар-хил шаклларда бўлиши мумкин. Тиббиёт ходими вербал новербал шароитга мослашган бўлмоғи лозим.

Самарали ишлаётган тиббиёт ходимлари иккала мулоқот турларидан фойдаланишади

Беморларнинг касаллик тариҳини, бошқа биров билан бўлиша олмайдиган сирларини шифокорга очишдан олдин шифокорга бўлган ишончи бўлмоғи ва ёрдамига умид борлигини билмоғи лозим.

Эшита билиш – бу малака, доимий ҳаётий тажрибадир.

Тиббий маслаҳат- даволашдаги мухим жараёндир, асосан руҳий, реабилитик ва узоқ кузатишларга

Маслахат кўникмалари

Талабаларни ўргатишда қуйидаги маслахатларга эътибор бермоқ керак.

-Маслахатнинг мухимлиги

-Талим жараёни талабаларнинг иш жараёнига таьсир кўрсатиши мумкин.

Энг мухими шифокор ва бемор ўртасидаги вазиятга маслаҳатнинг тасири. Демак энг долзарб ва энг мухим маслахатларни билиши керак шахслар аро мунособатда.

Энг муҳими шифокор ва бемор ўртасидаги маслахатларни шаклланиши

5. Беморга яхши муносабатда бўлиш

Вазиятсиз холатни яратиш

Шошилмаслик

Диққатни жамлаш

Кўп сўрамаслик

Мулоқот беморга енгиллик яратсин

6. Эшита билиш

Малумотни ўзлаштириш

Сезиш

Суҳбатдошга ҳамдард бўлиш

Таҳлил

7. Мулоқот принциплари

Тушунарли тилда сўзлашиш

Ибораларни кўп ишлатмаслик

Имконсиз вадалар бермаслик

Беморни тўғри тушунганига ишонч хосил қилинг

Беморда бошқа савол қолмаганлигига ишонч хосил қилинг

Керак бўлганда тор доирадаги мутахасисга жўнатинг

8. Кузатинг

Доимий равишда лаборатор ва бошқа текширувларни айтиш

Тайинланган дори дармонларни назоратга олинг

Текширувга кечикаётган бўлсангиз беморга ҳабар беринг

Даволаш самарасиз бўлса мутахассисга жўнатинг

Жоиз бўлганда госпитилга жойлаштиринг

Шундай жараёнлар бўладики шифокор ва бемор ўртасига тўсиқ қўяди.

Вақтлар оралиғининг камлиги

Етарли клиник билимларнинг етишмаслиги

Хаддан ташқари кўп но ўрин саволлар бериш

Асабийлашиш, зерикиш, чарчаш ҳолатлари бемор билан мулоқотнинг сусайишига олиб келади.
Беморларга бир қанча салбий тасир этадиган мисоллар ва омиллар
Вақтнинг қисқалиги
Қўрқув
Шифокор тилига тушунмаслик
Касаллиги ҳақида маьлумотга эга эмаслиги
Шифокордан имкони йўқ нарсани кутиш
Тажовускор мулоқот
Рухий касаликлар
Маслаҳатнинг самарадорлиги шифокорнинг санатидан далолат.
Бемор муоммосининг ечими борлигига ишониши ва муоммодан кутиладиган натижа
Беморнинг муоммасига ўзингизни фикрингизни билдиринг ва бемор тушунганига ишонч хосил қилинг.
Бемор билан бирга ечимга келиш
Бемор ўз муоммосини бўйнига олганда уни рағбартлантириш.
Энг мухими беморларнинг ўз сирларини сизга ишонганлиги, сир сақлашингиз беморларнинг сизга бўлган ишончидур.
Маслахатнинг ўз вазифалари мавжуд, бу вазифалар самарадорлиги маслахатнинг вазият ва мохиятини белгилаб беради
1-вазият. Қайси принсипларга кўра бемор мурожаат қилди
Маскур холатнинг тарихи ва мохияти
Этиологияси
Фикр, мулохозалар ва беморнинг тахмини
Муоммосининг самараси
2-вазият. Бошқа муоммоларини кўриш.
Узоқ вақт давомида кузатилаётган муоммолар
Омиллар
3-вазият. Бемор билан биргаликда ечимга келиш
Беморларнинг даволашда актив харакати
4-вазият. Бемор билан бўладиган муоммода бир ечимга келиш
Беморга маслахат бериш уни хабардор қилиш демакдир
Муоммони бошқара билиш беморни кўпроқ хабардор етади
5-вазият. Беморни менеджментдан хабардор қилиш ва беморни рағбартлантириш ўзини соғлиғи ҳақида ўйлагани учун
6-вазиат. Вақт ва ресурсларни оқилона ишлатиш.
7-вазият. Бемор билан ўртоқлашиш мақсадга эришишда яна бир қадам.
Антропологик ёндошув
Трансекцион ёндашув
Тиббий биологок ёндашув
Рухий ёндашув
Ижтимоий базага асосланган маслахатлар

УАШ маслахат,диагностикада ўтказаётганда беморнинг хатти харакатларини ва қизиқишларини яхшироқ билиши лозим
Беморларнинг ижтимоий омиллар билан мурожаати катта ва шифокор хар бир беморда буни кўра билиши лозим
Ижтимоий омиллар маслахатга келишга ундайди

Маслахатга антропологик ёндашув

Трансекционал таҳлил учала ёшда хам аниқ характерга эга.
Ёши ва ўзини тутишидан келиб чиқиб маслахатга индивидуал ёндашиш.

Рухий ижтимоий маслахат

Рухий масалалар физикал, симптом ёки кассалик ўзига диққатни жалб қилади. Шифокор клиник хис қилиш беморни фойдасига қараб маслахат уюштириш. УАШ нафақат ташхисни тўғри танлаш, рухшунос хам бўлиши беморга қийин муомоларни хам осон йўл билан ҳал этиш. Рухий ижтимоий ёндашув бемор соғайишига аҳамиятли.
Бунинг учун
Беморда кутилаёдган муомоларини аниқ тушунтира билиш.
Беморга тушунадиган тилда мулоқот қилиш
Хулосани бемор билан хал этиш

Маслахатни асосий тамоиллари

Маслахат негизи ишонч ва бир бирини тушуниш
Албатта шифокор сирини сақлаш
Беморни диққат билан тинглаш мулокот пайтида бемор кўзига қараш
Беморга қалбаки ёндашманг
Оилавий тўғрисида хабардор бўлиш
Эмоциянгизга этибор беринг
Ўзингизни жиддий тутинг
Буйруқ берманг маслахат

Маслахат бериш қоидалари

Беморни фаол харакатланишига имкон беринг
Мавжуд бўлган савол бериш
Ўзингизни чекланг:
Таёр хулосани адабиётлардан қидирманг
Маслаҳат беришда тажрибангизга таянинг
Узоқ ва самарасиз сухбатдан қочинг
Муҳокама
Ортиқча мунозорасиз

Маслаҳат босқичлари

Беморни диққат билан тингланг, кайфиятини бахоланг. Бу босқичда асосан мулоқот малакаси, ақл билан гапириш, жим тинглаш, таҳлил ва бир тўхтамга келиш. Бу босқичда беморга фавқулотдаги ҳолатларни оддий тушунтириш. Масалаларни моҳиятли тушунтириш, унинг ҳулосасига биринчи қадамни қўйиш, тингловчини ҳиссиётини тасвирланг. Ҳиссиёт ҳафагарчиликга сабаб бўлмаслик керак
Учрашувлар вақтини белгиланг

Даволаш тактика ва стратегиясини аниқланг
Олинган режага риоя қилинг
Беморга топшириқ беринг
Ҳулосаларини доимий баҳоланг агар режангиз ўзгарган бўлса
Халқилувчи хулосани баҳоланг
Маслаҳатни тўҳтатинг ва беморни мутаҳассисга жўнатинг

1**Вазиятли масала**

№ 1:

Сизга 45 ёшли эркак мурожаат қилди. Бемор ортиқча тана вазнига эга ва отаси миокард инфарктидан вафот этган ва ўзида хам шу хавф борлигидан хавотирда.

Саволлар:

1. Сизнинг илк қадамингиз?
2. Бемор касаллик бўйича қайси категорияга киради?
3.Сиз беморга қандай йўналтирувчи саволлар берасиз?
4. Сўроқ вақтида беморда ҳеч қандай шикоят йўқлигини аниқладингиз. сизнинг маслаҳатингиз?
5. Агар бемор ўзида қандайдир лабаратор инструментал текширувлар ўтказилишини хохласа сиз қандай текширувлар ўтказишни мақсадга мувофиқ деб хисоблайсиз? Асосланг.

Амалий машғулот №4

Мавзу: «Профилактика турлари. Соғлом турмуш тарзини тадбиқ этиш. Озиқланиш ва рўзғор гигиенаси. Профилактик кўрик, скрининг. Инфекцион ва ноинфекцион касалликлар профилактикаси. Иммунизация. Дастурлар ва тадбирлар».

Ўқитиш технологияси

Ўқув вақти: 6 соат	Талабалар сони : 10-12 тагача
Машғулот шакли	Амалий машғулот

Машғулот тузилиши	Ўқув тематик кабинет. УАШ хонаси. Ўқув қўлланма, фантомлар, муляжлар, тарқатма материал, вазиятли масалалар ва тестлар тўплами Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа
Машғулот мақсади: УАШ ахоли орасида СТТ ни тарғибот килиш, соғлом овқатланиш ва диетология бўйича, профилактик тадбирларни, иммунизацияни амалга оширишни ўргатиш.	
Педагогик вазифалари **1**УАШни профилактика ишлари билан таништириш 2 УАШ ахоли орасида СТТ ни, соғлом овқатланиш ва диетология асосларини тарғибот қилишни ўргатиш 3 УАШ га профилактик кўрув ва скрининг усулларини ўргатиш. 4 Ахоли орасида иммунизацияни ўтказишни ўргатиш.	**Ўқув фаолият натижалари:** ***Талаба бажариши керак:*** 5. УАШ амалиетида профилактика турлари. 6. СТТ принциплари ва уларни ахолига қўллаш усулларини. 7. Махаллаларда қандай қилиб сухбатлар ўтказишни. 8. СМИларда қандай қилиб маъруза ўқишни. 9. Иммунизация,скрининг прирсплари ва уни ўтказиш усуллари. 10. Соғлом овқатланиш ва диетология асосларини тарғибот қилишни. *Билиши керак:* 1. СМИларда куйидаги мавзуларда маърузалар тузилишини:алкоголизм,наркомания,чекиш,сил, ВГА, ОИЦ, контрацепция. 2. Соғлом овкатланиш пирамидасини тузиш. 3. Харита тузиш ва скрининг натижаларини баҳолаш. 4. Ахолини иммунизациясини режалаштириш 5. Соғлом овқатланиш ва диетология асосларини тарғибот қилиш.
Ўқитиш усуллари	«қор уюми» усули, демонстрация, видеокурув, дис-куссия, сухбат , тест ечиш
Ўқув фаолиятининг ташкиллашти-риш шакллари	Индивидуал ишлаш, гурухларда ишлаш, коллектив, аудитория ва аудиториядан ташқарида.
Ўқитиш воситалари	Тарқатма ўқув материал, визиуаль материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, , таблицалар, стендлар.
Қайта боғланиш усул ва воситалари	Блиц-сўров, тестлаш, тиббий хариталарни тўлдириш Амалий кўникмаларни бажариш

Машгулотнинг технологик харитаси №3

№	Амалий машгулот босқичлари	Машғулот шакли	Машғулот

		Ўтказиш жойи	**давомийлиги 120**
1	Кириш қисми		5
2	Янги педагогик технологиялар билан мавзуни тушинтириш таблицалар плакатлар рентгено-граммалар.	Сўров, мухокама *Дарс хонаси УАШ хонаси*	20
3	Хулоса мухокама		10
4	Амалий қисмни бажариш учун вазифаларни белгилаш Тиббий карталарни тўлдириш бўйича кўрсатмаларни тушинтириш.	Мухокама УАШ хонаси	20
5	Ўқитувчи назорати остида машғулотларни амалий қисмини тушинтириш.	Профисионал сўров беморлар билан сухбат. беморларни поликлиникада ва уйда кўриш	10
6	Текширув натижалари интерпритацияси кўрув палпация, перкуссия аускултация УКТ, УСТ, биохимик анализлар интерпритацияси	Касаллик тарихи Лаборатор маълумотлар	15
7	Талабаларни назарий ва амалий билимларини текшириш.	Оғзаки сўров тестлар мухокама *Поликлиникадаги ўқув хона*	15
8	Амалий дарс бўйича хулосани белгилаш 100 балли система бўйича бахолаш ва балларни эълон қилиш уйга вазифа бериш.	Ахборот мустақил иш бўйича саволлар	25

УАШ ФАОЛИЯТИДА ПРОФИЛАКТИКА

Умумий амалиёт врачининг иши нафақат даволаш балки профилактика ишларига йўналтирилган. Бу шуни англатадики, врач хар бир ташрифда ахолини ўз соғлигига муносабатини ўзгартиришга харакат қилиш керак. Профилактик ишлар уаш нинг асосий ишини ташкил этади. Текширишлар шуни кўрсатадики ривожланган мамлакатларда 85% ахолии уаш хонасига камида йилига 1марта боради. Беморлар врач хузурига хавотир ва касаллик симптомлар билан келганда улар кўпрок соғликни қандай сақлаш кераклигини билишга келадилар. Оилавий шифокор соғликни қандай яхшилашни калитий шахс ва жамият ва индувидуал даражада касалликни огохлантиришни ўргатадиган шахс хисобланади.

Профилактика – соғликни мустахкамлаш касалликларни олдини олиш стт тарғиб этишга қаратилган комплекс тадбирлар йиғиндисидир

Бирламчи профилактика - соғликни максимал сақлашга қаратилган хавф омил-ларни эрта аниқлаш вабартараф этишга қаратилган тадбирлар йиғиндисидир булардан

бошқариб бўлмайдиган ёши жинси ирсий мойиллик, бошқариб бўладиган чекиш,алкогол, кам харакатлик хаёт тарзи нотўғри овқатланиш киради.Бу ерга СТТ,тўғри овқатланиш бўйича тавсиялар зарарли одатлар билан курашиш, жисмоний машқлар билан мунтазам шуғулланиш киради.

Иккиламчи профилактика - бу касалликларни эрта аниқлаш ва уз вақтида даволаш. Бу ерга скрининг профилактик кўрувлар саволномалар ўтказиш киради. Биз биламизки ўсма касалликлари асосан катта ёшли ахолии орасида кўп учрайди,масалан сут бези ўсмасидаги эрта ўзгаришларни аниқлаш учун оилавий шифокор барча 25 ёшдан катта аёлларни сут безини текшириб маммография ўтказиш,40 ёшдан катта аёлларни йилига 2 марта текшириш керак. .

Учламчи профилактика-бу асоратлардан огохлантириш учун касалликларни даволаш ,масалан барча АД ва СД билан касалланган беморларга биз инсултва МИларни олдини олиш учун аспиринни профилактик дозада берамиз.Беморларни хаёт тарзини ўзгартириш бўйича маслахат бериш умумий амалиёт врачининг иш фаолиятига киради.

СТТ биологик манода оптимал шароитларда тўғри озиқлантириш ,овқатланиш ривожланиш қоидаларни англатади. Масалан кардиоваскуляр касалликларни эрта аниқлаш учун уаш сттни тўғри тарғиб қилиши керак. Чекиш ,гиподинамия ёғларни кўп истемол қилиш кардиоваскуляр касалликлар хавфини оширади. Ахолини хаёт сифатини яхшилаш шулардан чекишни чегаралаш юрак касалликларни камайтиришни эффектив воситалардан бири хисобланади.

Катта ёшли ахоли орасида чекишва алкогол истемол қилиш вақтидан олдинги ўлимни асосий сабаблардан биридир. Чекишни ташлаш осон иш емас лекин уаш масла-хатлари ёрдамида яхши натижаларга эришиш мумкин. Пассив чекиш кўпгина касалликлар билан боғлик. Масалан болалар орасида тўсаттан ўлим, нафас йўллари инфекцияси, астма, ўпка раклари катталарда ўпка юрак касалликлари. Шундай қилиб оилавий шифокор хаёт сифатини яхшилаш борасидаги кўникмаларга эга яъни чекишни ташлаш, спиртли ичимликларичиш, харакатларни активлаштириш тор мутахасисдан фарқли равишда оилавий шифокорда беморларни хаёт сифатини яхшилашга уларни хаёт тарзини ўзгартиришга куп имконияти бор.

СТТни тарғибот қилиш. УАШ стт ни тарғибот этишни ўтказади. УАШ махаллаларда,чойхона, мактаб,спорт залларда ахолии билан сухбат ўтказади тарқатма буклетлар кўргазмали материаллар,лекциялар ёрдамида (алкогализм, чекиш, наркомания, вирусли гепатит, контрацепция, грипп).

СОҒЛОМ ОВҚАТЛАНИШ ГИГИЕНАСИ

Жисмонан ва руҳан бақувват ҳамда фаол яшаш учун ҳар бир киши соғлом турмуш тар-зига амал қилиши мухим ахамиятга эга. Соғлом турмуш тарзи тушунчаси кенг маънога эга бўлиб, у жисмоний фаоллик, зарарли одатлар, яъни гиёхвандлик, тамаки (носвой) чекиш, спиртли ичимликларни истеъмолига қарши кураш ва рационал овқатланиш каби тадбирларни ўз ичига олади. Ҳозирги вақтда рационал овқатланиш назарияси негизида таом истеъмол қилишни мутаносиб овқатланиш *концепцияси* ишлаб чиқилган. Унга асосан истеъмол қилинаётган озиқ –овқатлар таркибида инсон учун зарур бўлган

оқсиллар, ёғлар, углеводлар в, витаминлар, минерал моддалар ва сув бўлиши керак. Ушбу концепциянинг қуйидаги учта қоидаси тафоут этилади:

- ✓ Организм томонидан қабул қилинаётган ва сарфланаётган энергияни ҳисоблаш ва у ёки бу таомнинг таркибий қисми қанча қувватга эга эканлигини билиш.
- ✓ Мувозанатлаштирилган овқатланиш. Истеъмол қилинадиган озиқ-овқатлар таркибидаги оқсиллар, ёғлар, углеводлар, витаминлар, минерал моддалар ва сувнинг бир-бирига мутаносиб равишда бўлиши.
- ✓ Овқатланиш таркибини мувофиқлаштириш қуйидагиларни ўз ичига олади:
  - Мунтазам овқатланиш;
  - Овқатланишни кун давомида тақсимлаш;
  - Овқатланишлар сони ва улар орасидаги вақтларни мувофиқлаштириш.

Бунинг учун қуйидагиларга амал қилиш тавсия этилади:

-овқатни куннинг маълум вақтида истеъмол қилиш-бу шартли рефлекслар ҳосил бўлишига имкон яратади, ҳамда организмни овқат қабул қилишга тайёрлайди. Нонушта ва тушлик, тушлик ва кечки овқатлар оралиғидаги вақт 5-6 соатни ташкил этиши, мабодо уйқудан олдин овқатланиш иштиёқи пайдо бўлса камида 1,5-2 соат олдин таом қабул қилиш керак.

- Кунда 4 маротаба овқатланиш-унинг тахминан 25% биринчи нонуштага, 15% иккинчи нонуштага, 35% тушликка, 25% кечки овқатга тўғри келиши лозим.

- Кунда 5-6 маротаба овқатланишда мос равишда кўпроқ таом эрталаблари ва тушда камроқ қисми кечки овқатга тўғри келиши лозим.

- Овқатланганда унинг таркибий қисмига эътибор бериш жуда мухим. Оқсилга бой озиқ-овқатлар асаб тизими қўзғалувчанлигини оширганлиги сабабли уларни куннинг биринчи ярмида истеъмол қилган маъқул.

Соғлом овқатланишга риоя этмаган ҳолда содир бўлувчи касалликлар.

Жахон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, дунё бўйича касалланиш ва ўлимга олиб келувчи 10 та асосий касалликлардан 6 тасини (семизлик, камқонлик, қандли диабет, юрак-қон томир, жигар, буйрак) юзага келиши ва ривожланиши бевосита таом таркиби ва овқатланиш хусусиятларига боғлиқ.

Овқатланиш пирамидаси.

Пирамиданинг асосини жисмоний ҳаракатлар даражаси ва вазн назорати ташкил эца, кейинги босқичида ҳўл мева ва сабзавотлар, бошоқлилар, дуккаклилар, картошка, ёрма, гуруч ҳамда нон махсулотлари, сариёғ, тухум кабилар, сўнгги босқичда қандолат маҳсулотлари, шакар, туз ва ёғлар билан якунланади.

Гарвард соғлом овқатланиш пирамидаси такомиллаштирилиб, 2007 йилда АҚШнинг қишлоқ хўжалиги вазирлиги томонидан Америка пирамидаси тузилган ва у диетологиянинг янги тадқиқотлари асосида яратилган. Улар сегментларга бўлинган ва унинг кенглигида маълум озиқ –овқатларни қайси миқдорда истеъмол қилиш лозимлиги кўрсатилган бўлса, зинапоясида эса жисмоний ҳаракат ифода этилган. Мазкур пирамиданинг 5 олтин қоидаси мавжуд:

1. Кундалик истеъмолда турли хил озиқ-овқатлардан фойдаланиш;

2. Мутаносиблик – пирамида сегментларининг кенглиги озиқа махсулотларини истеъмол миқдорини кўрсатади;
3. Хусусийлик (индивидуаллик) – ҳар бир киши ёши, жинси, агар бетоб бўлса касаллигидан келиб чиқиб, врач тавсиясига кўра ўзига хос овқат рационини тузиш;
4. Пирамидадан фойдаланган ҳолда, қуввати кам бўлган озиқ-овқатларни ҳам оз миқдорда истемол қилиш тавсия этилади;
5. Жисмоний ҳаракат – кундалик жисмоний юклама ёрдамида тана вазни назорат қилинади.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2005 йилдаги таклифи асосида Жахон соғлиқни сақлаш ташкилоти Ўзбекистон ахолиси учун соғлом овқатланиш пирамидасини тавсия этди. Ушбу пирамидада махаллий озиқ-овқат махсулотларини кўпроқ истеъмол қилиш, иқлим хусусиятини ҳисобга олган ҳолда суюқликни 2 литрга яқин миқдорда ичиш, шунингдек фаол жисмоний ҳаракат ва спорт билан шуғулланиш тавсия этилган.

Соғлом овқатланиш касалликлар профилактикасида.

Ҳар бир инсон соғлом турмуш тарзи ва рационал овқатланиш тамойилларига амал қилган ҳолда қатор оғир касалликларнинг олдини олиши мумкин. Жахон соғлиқни сақлаш ташкилотининг сўнгги маълумотига кўра, инсон саломатлиги ва узоқ умр кўриши 10 фоиз ҳолларда тиббиётга, 20 фоиз унинг наслига, 20 фоиз ташқи таъсирларга (экология, иқтисодий ва бошқалар), 50 фоиз ҳолларда эса, унинг ҳаёт тарзи ва одатларига (жисмоний фаоллик, чекиш, спиртли ичимликлар ичиш, ортиқча тана вазни ва бошқалар), шу жумладан овқатланиш тартибига боғлиқ.

Тиббий нуқтаи назардан кунига 4 маротаба ва ҳар куни бир вақтда овқатланиш мақсадга мувофиқ. Таом қабул миқдори ва сонининг кўпайиши овқат ҳазм қилиш маркази қўзғалувчанлигини камайтиради ва иштахани сусайтиради. Кунда 4 маротаба овқатланганда тахминан 600-700 ккал биринчи нонуштага,300-400 ккал иккинчи нонуштага, 900-1000 ккал тушликка, 600-700 ккал кечки овқатга тўғри келиши лозим. Кечки овқат уйқудан камида 2-3 соат олдин истеъмол қилиниши керак. Гўшт ва балиқдан тайёрланган таомлар асосан эрталаб ва кундузи истеъмол қилиниши лозим. Акс ҳолда юрак-қон томир ва нафас тизимига салбий таъсир кўрсатиб, қон босимини, юрак уришини ва нафас сонини кўпайишига олиб келади. Озиқ-овқатлар витаминларга, калий ва магний тузларига бой бўлиши ҳамда таомларни ўсимлик ёғида тайёрланиши қон томирларда склероз ривожланишига тўсқинлик қилади. Кечки овқат таркибида ош тузи кескин чегараланиши, кўпроқ сутли таомлар бўлиши мақсадга мувофиқ. Кунлик таомномада сабзавот ва мевалардан тайёрланган салатлар, винегретлар, карам, помидор, бодринг, қовоқ, қовоқча, кашнич етарли даражада бўлиши; дуккаклилар, яъни нўхат, ловия, мош, шунингдек турли қўзиқоринлар чегараланган миқдорда ишлатилиши лозим; пишлоқ ва творогнинг ҳам ёғсизлантирилган сутдан тайёрланганлари мақсадга мувофиқ. Ичиш учун аччиқ бўлмаган чой, мева шарбатлари, ўтли дамламалар тавсия этилади.

ДАВОЛАШ-ПРОФИЛАКТИКА МУАССАСАЛАРИДА ПАРҲЕЗ ДАВОНИ ТАШКИЛ ЭТИШ

Жуда кўп шира чиқарадиган маҳсулотлар жумласига тузланганмасаллиқлар, ош тузи, қиймаланган селёдка, икра, аччиқ ва нордоновқатлар, гўшт, балиқ, суяк, сабзавот,

қўзиқорин, карам, тоғолчасолиб қайнатилган шўрвалар, қовурма гўшт, картошка, қора нон, квас,тузланган карам, мусаллас, қаймоғи олинган сут, “Ессентуки” типидагиминерал сувлар, газли ичимликлар (пиво, ситро), дориворлар, дудлангановқатлар киради.
Қайнатма гўшт ва балиқ шўрва, кўпчилик мевалар, олма, узум,тарвуз, апелсин, шафтоли, нок, қора олхўри, қулупнай ўртача миқдордашира ажратадиган масаллиқлар ҳисобланади.
Сут, ширгуруч ва турли ёрмалардан тайёрланган бўтқалар, тухум,қуритилган оқ нон, ширин мевалар ва сабзавот сувлари, ичимлик сув,чой, ёғли сут, қаймоқ, ош тузининг кучсиз эритмалари кам шираажратадиган маҳсулотлар жумласига киради.
Сариёғ, ҳайвон ёғлари, гилос, крижовник, малина, ўрик меъдашираси ажралишини сусайтириб маҳсулотлар қаторига киради.

Меъда ширасини нейтралловчи маҳсулотлар ҳам анча кўп. Тухумоқи, сариёғ, қанднинг кучли эритмалари ва алкогол шулар жумласидандир.

Қанднинг кучли эритмалари ва алкогол меъда деворига кучли таъсиркўрсатади ва ишқорий реакцияда бўладиган шилимшиқ ажралиб чиқишигаолиб келади. Меъда безлари жуда кўп секрет ишлаб чиқариб турадиган вақтларда (гиперсекрециясида) қанднинг оғриқ қолдира олиш ва нейтралловчи таъсири асосан шунга боғлиқ. Қанднинг кучсиз ва изотоник эритмалари меъда ширасиажралишига айтарли таъсир кўрсатмайди.Меъда ширасини нейтралловчи маҳсулотлар жумласига ишқорий реакцияда бўладиган минерал сувлар группасини киритиш мумкин. Парҳез таомлар тайёрлаш ва айниқса меъда ҳам дардга чалиниб қоладиган айрим касалликларда парҳез таомлами тузиш ва беморга режим белгилаш учун озиқ-овқат маҳсулотларининг меъда безлари ишига таъсир қилиши тўғрисидаги мана шу маълумотларни билиш керак (1-жадвал).

Айрим озиқ-овқат маҳсулотларининг меъдада туриш ёки ҳазм бўлиш муддати

Озиқ-овқат маҳсулотлари, таом	**Маҳсулотнинг ҳажми ёки оғирлиги**
1 2	
1-2 соат турадиганлари	
Суяк қайнатмаси (шўрва суви) 200	
Сув 200	
Суциз какао 200	
Суциз кофе 200	
Ёғи олинмаган сут 200	
Чой	200
Илитилган тухум	100
Ҳорн тухум	100
2-3 соат турадиганлари	
Сут қўшилган какао 200	
Қаймоқ қўшилган какао200	
Киселлар 200	
Мева қайнатмалари 200	
Сут қўшилган кофе 200	

Қаймоқ кўшилган кофе 200
Ёғи олинмаган сут 300-500
Қайнатма сабзавот 150
Қирилган сабзавот150
Димлаб пиширилган сабзавот150
Қуруқ печене 50
Қатиқ 100
Димлаб пиширилган балиқ150
Шўрвалар200
Творог100
Мевалар 200
Нон200
Оқ нон + чой 70+250
Қаттиқ қилиб пиширилган тухум 100
Ёғга солиб пиширилган тухум 100
Рез.вор мевалар 150

3-4 соат турадиганлари
Қайнатиб пиширилган мол гўшти 200
Икра (балиқники) 100
Қовурма картошка 200
Қайнатиб пиширилган товуқ 200
Қовурма гўшт200
Бузоқ гўштидан пиширилган бифштекс 200
Қовурма бузоқ гўшти 200
Оқ нон 150
Қора нон 150
Қовурма жўжа 250
Олма 150

4-5 соат турадиганлари
Димлаб пиширилган дуккаклилар 150
Нўхат пюреси 250
ллвасин гўшти 200
Картошка + гўшт200 + 50
Ёғли сут 200
Қайнатиб пиширилган гўшт 200
Шўр селёдка 100
Ясмиқ пюреси 150

5-6 соат турадиганлари
Пирожний

6-7 соат турадиганлари
Гўшт консервалари
Балиқ консервалари
Ёғли гўшт
Ловия
Нўхат

Жадвалда келтирилган маълумотлар билан танишиш, озиқ-овқат маҳсулотлари ва овқатнинг меъдада қанча туриши ёки қанча вақтдан кейин ҳазм бўлиши озиқ-овқатнинг табиатигагина боғлиқ бўлиб қолмасдан,балки ейилган овқат ҳажмига ҳам боғлиқ, деган хулосага келишга имкон беради. Озиқ-овқат маҳсулотлари ва таомнинг меъдада қанча туриши уларнинг

нечоғли “оғирлигини”, яъни меъданинг барча функцияларига қанчалик зўр келишини таърифлаб беради. Секретор процессга нечоғли кўп зўр келадиган ва меъда овқатдан нечоғли тез бўшаладиган бўлса, ажралиб чиқадиган ширада кислоталар шунчалик кўпроқ бўлади.

Меъдадан шира ажралиб туриши меъда ишининг бир томони бўлиб, унинг яна бир муҳим томони - ҳаракат қилиб туришидир. Меъда деворларида мускул қатлами борлиги туфайли у ҳаракат қилиб туради.

Меъданинг шира чиқариш ва ҳаракатланишга тааллуқли ишларини нерв системаси идора этиб боради ва меъданинг бу функциялари ташқи сабаблар муносабати билан ҳам ўзгариб туриши мумкин.

Меъдада овқатнинг таркибий қисмлари, гарчанд жуда арзимас миқдорда бўлса ҳам, сўрилиб қонга ўтади. Лекин меъда шиллиқ пардаси орқали асосан сув ва спиртли ичимликлар кўп сўрилади. Шу муносабат билан одам ичкилик ичганидан кейин кўп ўтмай, айниқса оч қоринга ичган бўлса, тез орада маст бўлиб қолади.

Йўғон ичакнинг ишига қандай таъсир қилишига қараб озиқ-овқат маҳсулотлари икки группага ажратилади: л)ичакнинг бўшалишини осонлаштирадиган маҳсулотлар; 2) ичакнинг бўшалишини тормозлайдиган маҳсулотлар.

Ўсимлик клечаткасига бой маҳсулотлар (сабзавотлар, мевалар, жавдар унидан ёпилган нон билан кепакли нон ва бошқалар), қанд моддалари(асал, мураббо, ширин таомлар), ёғга бой маҳсулотлар (қаймоқ,сметана, мол ёғи, маёнез), ош тузи, шўр маҳсулотлар, таркибида органик кислоталар ёки карбонат ангидрид гази бўладиган ичимликлар(янги кефир, қимиз, квас, газли минерал сувлар ва бошқалар), совуқ ҳолича истеъмол қилинадиган таомлар ва ичимликлар (морожний, айрон, қоқурум, чалоп ва бошқалар) ичакнинг бўшалишини осонлаштирадиган маҳсулотлар группасига киради.

Ичакнинг бўшалишини тормозлайдиган маҳсулотлар группасига танинмоддасига бой маҳсулотлар (чой, анор пўсти қайнатмаси, наъматак қайнатмаси, чемика ва бошқалар), таркибида ўраб олувчи модда —крахмал кўп бўладиган маҳсулот таомлар (киселлар, желе, эзиб пиширилган бўтқалар, шилимшиқ хўрдалар), оқсилларга бой бўлиб, кам чиқинди берадиган маҳсулотлар (туҳум, гўшт, балиқ ва улардан тайёрланадиган таомлар), иссиқ ҳолида истеъмол қилинадиган таом ва ичимликлар киради.

Овқат тури ичакдаги микрофлорага ҳам катта таъсир кўрсатади. Ичакдаги бижғиш процессларини камайтириш учун углеводларга, яъни қандли моддаларга айниқса бой маҳсулотлами (тарвуз, мураббо, узум, асал ва бошқалар), шунингдек, қаймоғи олинмаган сутни кам истеъмол қилган маъқул.

Чириш процесслари кучлироқ бўлса, қийин ҳазм бўладиган оқсиллар (масалан, қовурилган гўшт), шунингдек, дағал ўсимлик клетчаткасини камроқ истеъмол қилиш йли билан ичак шираси таркибида ажралиб чиқадиган оқсилли моддалами камайтириш тавсия этилади. Қатиқ, ацидофил пастаси ва бошқалами истеъмол қилиб туриш йли билан ҳам ичакдаги чериш процессларини сусайтириш мумкин.

ПАРҲЕЗ ОВҚАТЛАНИШНИНГ АСОСИЙ ТАМОЙИЛЛАРИ

Турли аъзолар ва тизимлар касалликларида парҳез овқатланиш одатда Маълум тамойилларга таянган ҳолда амалга оширилади. Ушбу тамойиллар овқатланиш физиологияси, ҳазм жараёнлари, овқатланиш биокимёси ва тиббиётнинг бошқа соҳаларидаги илмий изланишлар натижасига кўра ишлаб чиқилади. Парҳез овқатланиш тамойиллари ратсионал овқатланиш тамойилларига суянган ҳолда ва патологик жараённинг аниқ касаллик шакли, дарднинг кечиши, ёндош касалликламинг жиҳатлари ҳамда асоратлари, беморнинг умумий аҳволи, клиник-таҳлил ва физикавий ускуналар орқали олинган натижалами инобатга олган ҳолда вужудга келади. Ҳозирги пайтда парҳез овқатланишнинг асосий тамойилларини 7 гуруҳга ажратиш мумкин.

Уларга қуйидагилар киради:

1) физиологик;
2) гигиеник-токсикологик;
3) биокимёвий адаптатсия;
4) физикавий;
5) кимёвий;
6) механик;
7) экологик.

Физиологик тамойил деганда, парҳез овқатланишда қоиланиладиган кундалик таомноманинг сифат ва миқдор жиҳатидан тоиақонли боиишн тушунилади. Таомноманинг сифат қиймати, унинг таркибига кирувчи озуқавий моддаламинг бир-бирига монандлиги, ифодаси ва маҳсулотларнинг турличалиги билан аниқланади.

Кундалик таомнома таркибидаги озуқавий моддаламинг бир-бирига монандлиги уларнинг ўзаро нисбати билан белгиланади. Вояга етган кишилар учун ўртача шароитли меҳнат фаолияти амалга ошган тақдирда, макромоддалар: оқликлар, ёгиар, карбонсувлар нисбатлари оқсиллар миқдорига нисбатан 1:1:4 нисбатда боиишн тан олинган. Ушбу нисбатлар бемор кимсалар учун маиум даражада ўзгарган боиади. Проф. М.И.Певзнер ишлаб чиқарган 1, 4, 5, 14, 15 парҳез таомномалар моҳияти жиҳатидан асосий озуқавий моддаламинг ўзаро нисбатлари бўйича вояга етган одамнинг ратсионал кундалик таомно масига яқин туради. Қолган парҳез таомномалар, айниқса 0 ,4а, 7а ва бошқалар мазмунан монандлашмаган кундалик таомномалардан иборат. Овқатланислининг сифат жиҳатларини таъминлашда озуқавий моддаламинг хусусиятлари ва табиати, айниқса ҳайвонот оламидан олинганлари муҳим аҳамиятга эга. Мисол тариқасида аминокислотали

таркиби бир-бирига монандлиги билан ажралиб турадиган муҳим оқликлами кўрсатиш мумкин. Бундай ҳолат, ўсимлик маҳсулотларининг согиом ва бемор кимсалар учун боиган аҳамиятини ёъққа чиқара олмайди. Ўсимлик маҳсулотлари, ўз навбатида, ҳайвонот оламидан олинадиган овқатли маҳсулотлами баланд қийматли озуқавий моддалар билан кундалик таомномани тўлдириб туради. Юқорида айтилганларга кўра, парҳез овқатланиш пайтида, худди ратсионал овқатланишдаги каби, таомномани тузишда унинг таркибига кирувчи моддаламинг ўта маъқул нисбатларда боиишн тақозо қилинади. Бундан шундай хулосага келиш мумкин: кундалик таомнома сифати ижобий боиишн учун ўзаро нисбатий монандлик нафақат асосий озуқавий моддалар орасида, балки қўшимча озуқавий моддалар ҳамда юклама (балласт) моддалар ўртасида ҳам боиишн керак. Кундалик таомноманинг миқдорий қиймати унинг бера оладиган иссиқлик қuwати билан ифодаланади. Кундалик таомноманинг миқдорий қиймати шартли равишда бемор одамнинг бир неча-кундузи сарф қиладиган қувватига монанд боиишн билан кўзга ташланиши зарур. Ушбу кўрсаткичлар физиологик меъёрларда нисбатан паст боиишн мумкин. Бундай ҳолат айниқса бемор аҳволи оғир боиганлиги сабабли унга фақат ётиш кун тартиби белгиланган вақтларда учрайди. Ушбу беморламинг қундалик таомномаси таркибига кирувчи сув ва ош тузи миқдорлари чекланади. Бемор танасининг талабларига ва унинг аҳволига биноан тўғри тузилган сифат ва миқдор жиҳатдан кундалик таомнома турли касалликларда, айниқса меъда-ичак дардларида, кўпинча ўзининг самараси жиҳатидан бошқа даволаш усулларидан устуворлиги билан ажралиб туради. Парҳез овқатланишнинг физиологик принтси плари қаторига овқатланишнинг тўғри тартиби ва мунтазамлиги киради. Ушбу тамойиллар бемор танасига озуқавий маҳсулотлар ва таомнинг маиум вақтларда тушиши, уларнинг ҳазм бўлиш жараёнини енгиллаштиради. Мазкур тамойилларга риоя қилинган тақдирда, бемор танасида овқатни тановул қилиш пайтига нисбатан шартли рефлекс-ўрганиш пайдо боииб, унинг танаси бутун вужуди билан овқатланиш жараёнига тайёргарлик кўради. Маиум бир вақтда овқатланишга ўрганиш, оқибатда овқатланиш марказининг фаолиятини кучайтиради. Натижада иштаҳа очилиб, меъда ширасн юқори даражадаги нордонликка эга боиади ва унинг таомни ҳазм қилиш қuwати ошади. Охир оқибат, тановул қилинган таомнинг яхши ҳазм бўлиб, юқори даражада сингишига олиб келади. Бемор кимса учун овқатланиш тартиби кундалик таомни 4-6 ва ҳатто ундан ҳам кўп марта қисмларга бўлиб, тановул қилишини тавсия қилинади Бундай ҳолларда кундалик таом бемор танасига оз-оздан тушиб, меъда-ичак тизими аъзолари ишини энгиллаштиради ва ёндош аъзолар фаолияти зўрайиб кетишининг олдини олиб, овқатланиш марказини маълум меъёр даражасида ушлаб туради, силтовли кучланишлар олди олинади. Проф. М.И.Певзнеминг ишлаб чиққан парҳезномаламинг овқатланиш сони назардан ўтказилганда маиум бўлдики, фақат 1,7 фоиз ҳолларда таомларни кунига 3 марта, 10,5 фоиз ҳолларда — 4 марта, 47 фоиз ҳолларда—5 марта, 29,9 фоиз ҳолларда эса 6 мартага боииб тановул қилиш белгиланган. Келтирилган рақамлардан кўриниб турибдики, беморлар учун кундалик таомномани энг кўп қисмларга бўлиб тановул қилиш 5 ва 6 мартага бўлиб ейилганда амалга ошар экан. Шундай қилиб, беморларнинг парҳезномаси соғлом кишиларнинг рационал таомномасига нисбатан кўпроқ даражада қисмларга бўлиб, тановул қилинади. Мазкур тавсия негизида беморлар

танасига озуқавий моддаларни катта танаффуслар орқали тушиш оқибатида вужудга келиб чиқиши мумкин бўлган нохуш ҳолатнинг олдини олиш ётади. Акс ҳолларда қоннинг кимёвий таркиби ўзгариб кетиб, танадаги ички муҳит кўрсаткичлари меъёр даражасидан чиқиб кетиши кузатилади. Масалан, бундай пайтларда қондаги қанд миқдори кескин равишда камайиб кетиб, гипогликемия ҳолати юзага келиб чиқади. Унинг белгилари қуйидагича намоён бўлади:

1) бемор умумий ҳолсизликни сезади;
2) айрим ҳолларда ҳушидан кетади;
3) тери ва шиллиқ қаватлар ранги оқариб кетади;
4) бемор танаси муздек ёпишқоқ тер билан қопланади;
5) беморни очиқиш ҳиссиёти қийнайди;
6) кўпинча бош қаттиқ оғрий бошлайди;
7) беморнинг боши айланади.

Мазкур ҳолатга барҳам бериш ниятида беморга зудлик билан ширин чой (асалли, nawотли, шакарли) ва таом берилади. Кундалик ейиладиган таомнинг яхши ҳазм бўлиши негизида эрталаб уйқудан уйғонгандан сўнг қанча вақт ўтгач, таомни қабул қилиш ётади. Тиббий тавсияларга кўра, киши эрталаб уйқудан уйғонгач, 45 дақиқа орасида овқатланиши керак. Акс ҳолда кондаги қизил қон таначалари — эритротситламинг парчаланиши — гемолизи кучайиб кетади. Бемор одам кечаси яхши тиниқиб ухлаши учун овқатланишни уйқудан 2 соат awal қабул қилиши лозим. Акс ҳолда тушида босинқираб, ёмон тушлар кўриши ёки ҳатто “қора” босиши мумкин. Физиологик тамойиллардан яна бири, шахснинг жиҳатларини инобатга олган ҳолда бемор таомномасини тузиш. Бундай пайтда таомнома айнан шу кимса учун тузилиб, унда беморнинг вазни, танасидаги ўзгаришлар инобатга олинади.

Озиқ-овқат маҳсулотлари ва таомларнинг организмда ўзлаштирилиши

Ҳазм системасига тушган озиқ-овқат маҳсулотлари ёки таом одамда батамом ўзлаштирилмайди, унинг бир қисми сингмай қолади. Қоладиган қолдиқ миқдори ҳар хил сабабларга кўра турлича бўлади. Озиқ-овқат маҳсулотларининг ҳазм бўлиб, ичак шиллиқ пардаси орқали қонга сўрилиб ўтадиган ва организмнинг эҳтиёжлари учун сарфланадиган қисми овқатнинг ўзлаштирилган, яъни сингган қисмини ташкил этади. Овқатнинг нечоғли ўзлаштирилиши унинг сингувчанлиги деб аталади. Овқатнинг сингувчанлиги, одатда, истеъмол қилинган овқат миқдорига нисбатан фоизлар ҳисобида ифодаланади. Овқатнинг сингувчанлиги деганда биринчи галда унинг таркибидаги асосий озиқ моддалари — оқсиллар, ёғлар ва углеводларнинг нечоғли сингишини тушунмоқ керак бўлади. Бу - минерал тузлар, витаминлар ва сувнинг сингишига аҳамият бермаслик керак, деган гап эмас, албатта. Бу моддаламинг нечоғлик сингиши ҳам организмнинг умумий аҳволига таъсир кўрсатади. Лекин бу ўринда биз асосан оқсиллар, ёғлар ва углеводларнинг сингувчанлиги тўғрисида гапириб ўтмоқчимиз. Оқсиллар, ёғлар ва углеводларнинг ҳар хил даражада сингадиган бўлишини, уламинг сингиши биринчи галда ҳазм органларининг аҳволига, ҳазм ферментларининг активлигига боғлиқ эканлигини айтиб ўтиш керак. Ҳазм органлари соғлом ва бекаму кўст бўлса, ҳазм ферментларининг активлиги ҳам юқори даражада бўлади. Шундагина одамнинг эган овқати жуда яхши сингиб, ҳазм бўлади.

Бироқ одамнинг меъдаси, ичаги, жигари, меъда ости бези қандай бўлмасин, бирор хилдаги касалликдан азият чеккан ҳоллар ҳам кўп учраб туради. Мана шундай ҳолларда, одатда, ҳазм қилиш ва сингдириш протсесслари ҳамиша бузилган бўлади. Бундан ташқари, овқатнинг хили, яъни унинг қандай масаллиқлардан тайёрланганлиги ҳам овқатнинг қанчалик сингишига таъсир кўрсатади. Ҳайвон маҳсулотларидан тайёрланган овқатнинг 96-98 протсенти сингийдиган бўлса, ўсимлик маҳсулотларидан тайёрланган овқат атиги 65-85 протсент атрофида сингийди. Ўсимлик маҳсулотларидан тайёрланадиган овқатга ҳайвон маҳсулотлари қўшиб бериладиган бўлса, бунда ўсимлик маҳсулотларининг сингувчанлиги ортиб, 80-92 протсентга бориб қолади. Масалан, бирор турдаги ғалладан озроқ қўшиб тайёрланган таомдаги оқсилларнинг сингувчанлиги 75% ни ташкил этадиган бўлса, шу аралаш овқатга творог кўринишида яна сут оқсили ҳам қўшиладиган бўлса, таомдаги оқсилларнинг сингувчанлиги 80-85% гача ортади. Овқатнинг сингувчанлигига унинг таркибидаги оқсиллар, ёғлар ва углеводларнинг бир-бирига қандай нисбатда бўлиши ҳам маълум даражада таъсир кўрсатади. Оқсиллар, ёғлар ва углеводларнинг бир-бирига нисбати 1:0, 8:4 атрофида бўлса, овқат кўпроқ сингийдиган бўлади. Бунинг маъноси шуки, одам бир кеча-кундуз мобайнида 100 г оқсил истеъмол қиладиган бўлса, шу оқсилнинг яхшироқ сингиши учун у 80 г ёғ ва 400 г углеводлар ҳам истеъмол қилишига тўғри келади. Овқат асосан оқсилга бой маҳсулотлардан тайёрланганда оқсиллар, ёғлар ва углеводлар кўпроқ сингийдиган бўлса, нуқул углеводлар билан овқатланганда, оқсилларнинг сингувчанлиги анча пасайиб кетади. Овқатга калтсий хлорид қўшиладиган бўлса, оқсиллар билан углеводлар кўпроқ сингийдиган бўлади. Бир хил овқатни тез-тез эб туриш биринчи галда худди шу овқатдаги моддаламинг кўп сингийдиган бўлишига ёрдам беради. Бу нарса одамлар ҳамда ҳайвонлар устидаги текширишларда исбот этилган. Айни вақтда ҳазм ферментларида биохимиявий адаптатсия, яъни мосланиш ҳодисаси рўй беради. Бошқача қилиб айтганда, ҳазм ферментлари истеъмол қилинадиган овқат хилига ўрганиб қолади. Одам бир хилдаги овқатни узоқ вақт истеъмол қилиб юрганида ҳазм ферментлари ўша овқат моддаларига тезроқ таъсир ўтказади ва уларни яхшироқ ҳазм қилади. Буни турли халқламинг овқатланиш усулида кўриш мумкин. Масалан, баъзи халқлар (жумладан, ўзбеклар)нинг суткалик овқат ратсионида жуда қадим замонлардан бери қийин ҳазм бўладиган кўй ва мол ёғи ишлатилиб келадиган бўлса, шимолда яшайдиган баъзи халқламинг овқатида кўпроқ чўчқа ёғи ишлатилади. Шундай бўлсада, бу нарса одамнинг умумий аҳволига унча ёмон таъсир кўрсатмайди. Яна бир мисол тариқасида Ўзбекистон аҳолиси орасида расм бўлган пахта мойини доғ қилиш усулини келтириб ўтиш мумкин, бунинг натижасида бир томондан, мой таркибида учрайдиган заҳарли модда— госсипол парчаланиб кетадиган бўлса, иккинчи томонидан, овқатнинг ҳазм бўлиш ва сингиш протсесслари яхшиланади. Одамларнинг организми, ҳазм ферментлари ҳам шунга ўрганиб қолган. Таомнинг сингувчанлиги овқатнинг химиявий таркибига ҳам боғлиқ бўлади, чунки баъзи масаллиқлар айрим озиқ моддаларига бой бўлса, бошқа масаллиқлар бошқа хилдаги озиқ моддаларга бой бўлади, буларнинг айримлари моддаларнинг сингишини сусайтирадиган бўлса, бошқалари уни кучайтириши мумкин. Шу сабабдан ҳар хил масаллиқлар бир хилда сингавермайди. Сут оқсиллари жуда яхши сингийдиган бўлади (96%). Бироқ, сут оқсили -

казеин одам меъдасида ивиб, йирик-йирик зарраларга айланади ва бошқа оқсилларга қараганда секинроқ сингиб боради. Гўштнинг ҳазм бўлиши ва сингувчанлиги унинг орик-семизлиги ҳамда қай тариқа пиширилишига боғлиқ. Гўшт оқсиллари балиқ оқсилларига қараганда секинроқ ҳазм бўлиб боради, айниқса, чўчқа гўштидаги оқсиллар секинлик билан парчаланади. Жўжа ва ёш қўй гўшти ҳаммадан кўра яхшироқ ҳазм бўлиб сингади. Қийма гўшт бўлак-бўлак бўлиб, тўғралган гўштга қараганда яхшироқ ҳазм бўлади ва кўпроқ сингийди. Гўшт ёғи (мол гўштининг ёғи) нинг сингувчанлиги 80-90% ни ташкил этади, қўй ёғи ҳам шунча миқдорда сингийдиган бўлади. Балиқ, юқорида айтиб ўтилганидек, иссиқ қонли ҳайвонлар гўштига қараганда осонроқ ҳазм бўлади, чунки балиқ гўшти таркибида эримайдиган эластин деган модда камроқ бўлади. Балиқда бўладиган бошқа оқсил — коллаген эса тез бўкиб чиқиш ва эриш хусусиятига эга. Қоқ балиқ янги балиққа қараганда камроқ ҳазм бўлади ва камроқ сингийди.

Озиқ-овқат маҳсулотларининг энергетик қиймати ёки иссиқлик берувчанлиги

Ҳаммага маълумки, суткалик ратсион таркибида одам организмига кириб турадиган озиқ-овқат маҳсулотлари қурилиш материали сифатидагина сарфланмасдан, балки энергия манбаи сифатида ҳам сарф бўлиб туради. Озиқ-овқат маҳсулотларининг одам организмидаги моддалар алмашинуви процессларида иссиқлик ажратиб чиқара олиши уларнинг иссиқлик ёки калория берувчанлиги, бошқача айтганда, энергетик қиймати деб аталади. Табиатдаги барча ҳодисалар каби озиқ-овқат маҳсулотларидан ажралиб чиқадиган иссиқликни ҳам ўлчаб, маълум бирликлар билан ифодалаш мумкин. Озиқ-овқат маҳсулотларидан ажралиб чиқадиган иссиқлик миқдорини ўлчаш жуда кўп замонлардан бери килокалориялар деб аталадиган ўлчов бирлигидан фойдаланилади. 1 килокалория дейилганда 1 литр сув температурасини + 19,5°С дан +20,5°С гача кўтариш учун сариланадиган иссиқлик миқдори тушунилади. Озиқ-овқат маҳсулотларидан ажралиб чиқадиган иссиқлик миқдорини ўлчашнинг бу системасидан собиқ Совет Иттифоқида кенг фойдаланилган. Сўнгги йилларда иссиқликни килокалорияларда ўлчаш ўмига киложоуллар билан ўлчаш расм бўлиб қолди, чунки Халқаро бирликлар системасида иссиқликни киложоуллар билан ўлчаш қабул қилинган. Килокалория билан киложоул ўртасидаги фарқ шундан иборатки, 1 килокалория 4,184 киложоулга тенг бўлади. Килокалориялар ҳисобидаги иссиқлик миқдорини киложоулга айлантириш учун қуйидаги формуладан фойдаланиш мумкин:

X = A x 4,184

Бу ерда X — киложоуллар ҳисобидаги иссиқлик миқдори;

А — одам организмидаги моддалар алмашинуви протсесслари давомида озиқ-овқат маҳсулотларидан ажралиб чиқадиган иссиқлик миқдори, килокалориялар ҳисобида;

4,184 — килокалориялами киложоулга айлантириб ҳисоблаш коеффитсиенти.

Ҳар бир озиқ-овқат маҳсулотининг таркибига 100 дан ортиқ турлитуман моддалар кириши фанда аниқланган. Бироқ, шу моддаламинг ҳаммаси ҳам алмашинув протсессларида иштирок этиб, иссиқлик ҳосил қилавермайди. Иссиқлик ҳосил қилиш хусусиятига фақат учтагина модда эга. Оқсиллар, ёғлар, ва углеводлар ана шундай моддалардир. Витаминлар, ферментлар, минерал тузлар, сув каби бошқа моддалар эса, гарчи одам ОТганизмида алмашинув протсессларида жуда фаол иштирок қилиб турса ҳам, иссиқлик

манбалари бўлиб ҳисобланмайди. Оқсиллар, ёғлар ва углеводларнинг иссиқлик берувчанлиги бир хил эмас, чунончи, ёғлар ҳаммадан кўра кўпроқ иссиқлик бериш хусусиятига эга. Кейинги ўн йилликда олиб борилган изланишлар шуни кўрсатдики, 1 грамм ёғ моддаси ёнганида одам организмида 9 килокалория энергия ҳосил бўлади. Оқсиллар билан углеводлар ёнганида ажралиб чиқадиган иссиқлик миқдори бир-бирига яқин (деярли 1:1 нисбатда бўлади). 1 грамм оқсиллар 4 килокалория энергия берса, 1 грамм углеводлар 3,75 килокалория энергия беради. Килокалориялами киложоулга айлантириб ҳисоблаб чиқиладиган бўлса, у вақтда 1 грамм оқсиллар 17,736 киложжоул, 1 грамм ёғлар эса 37,656 киложоул энергия берадиган бўлиб чиқади. 1 грамм углеводларнинг калория қиймати 15,69 киложоул миқдоридаги энергияни ташкил этади. Килокалориялар билан киложоуллар амалда қисқартириб ккал ва кж деб белгиланади. Озиқ-овқат маҳсулотининг калория қиймати, граммлар ҳисобидаги маҳсулотга нисбатан белгиланади. Масалан, таркибида 20% ёғи бўладиган 10 грамм миқдоридаги сметана 20,6 ккал иссиқлик беради. Маҳсулотмиқдори 100 грамм бўлса, у вақтда ажралиб чиқадиган энергия миқдорини ккал % ҳисобида ифодалаш мумкин. Масалан, 100 грамм кишмиш 279 ккал беради, бу миқдор энергияни 279 ккал % кўринишида ифодалаш мумкин. Озиқ-овқат маҳсулотларининг иссиқлик берувчанлиги ёки калория қиймати тўғрисида ҳозир бир талай материаллар тўпланган. Шу муносабат билан озиқ-овқат маҳсулотларини уларнинг қандай манбалардан олиниши, пластик жиҳатдан қандай қийматга эгалигидан ташқари, калория қийматига қараб ҳам маълум группаларга бўлиб чиқиш ўринли бўлур эди. Академик А А Покровский таҳрири остида босиб чиқадиган (Химический состав пишчевих продуктов Москва, 1977) китобда келтирилган 1446 маҳсулотни иссиқлик берувчанлигига қараб 6 группага ажратди.

ПАРҲЕЗДА ДАВО ТУРЛАРИ

Овқат ҳазм қилиш системаси аъзолари касалликларида парҳез

Сурункали гастритларда (шира ишлаб чиқарилиши сақланган ёки юқори) яллиғланишни йўқотиш, шиллиқ қаватларда тикланиш жараёнини кечиши ва ярани битишини тезлатувчи шифобахш овқатланишнинг термик, кимёвий ва механик таъсирлари чекланган ҳолда кун давомида 5 маротаба илиқ ҳолда истеъмол қилинади. Асосан қайнатиб ёки буғда пиширилган таомлар тавсия этилади. Тавсия этиладиган озиқ-овқат маҳсулотлари ва таомлар: бир кун олдинги ёки қуритилган нон, қуруқ печене, қайнатилган мол гўшти, эзилиб яхши пишган макка бўтқаси), ёвғон хўрда, ширали шўрвалар, буғда пишган гўштли таомлар, қайнатилган тил, жигар, кефир, ёғсиз қатиқ, қаймоқ, чучук пишлоқ, чала пишган тухум, картошка пюреси, пиширилган қовоқ,сабзи, лавлаги ва чучук помидор. Ўсимлик ёғида димланган таомлар, пишган сабзавотлардан турли салатлар, ширин меваларни пишириб ёки димлаб тайёрланган десертлар, асал, мурабболар, шакар, шунингдек, суюқ чой, кисел, ширин шарбатлар, наъматак суви ва маъданли сувлар тавсия этилади.

Ошқозон шираси ишлаб чиқарилиши пасайган сурункали гастрит. Парҳез ошқозон фаолиятини меъёрга келтириш, бошқа хазм қилиш аъзоларининг компенсатор механизмини яхшилаш, меъда шиллиқ пардасини эҳтиётлаш, яллиғланишни камайтириш, унинг безларини фаоллаштириш ва ичакдаги бижғиш жараёнларини камайтиришга

қаратилиши керак. Баъзан ошқозон шираси ишлаб чиқарилиши пасайган гастрит билан оғриган беморлар сут истеъмол қила олмайдилар (сутдан қорин шишади, ич кетади, кекириш пайдо бўлади). Бу беморларнинг айримларига сутни оз-оздан бериб, секин кўпайтириб борилса, организм унга ўрганиб, сут истеъмол қиладиган бўлиб қолади. Профессор А.А.Асқаров раҳбарлигида яратилган ўзбек парҳез дастурхони ўзининг юқори калориялилиги (3500-4000), оқсиллар (150 г гача) кўплиги, кўкатлар (райҳон, кашнич, укроп, ялпиз, петрушка ва бошқалар) нинг мўллиги билан ажралиб туради.

Меъёрида ёки кўп ошқозон шираси ажралиб чиқарилиши билан кечувчи сурункали гастрит. Уларнинг шифохонада даволаниш шароитида парҳез таомлар қувватга бўлган эҳтиёжларини қондириши лозим. Бу парҳез давода оқсил ҳамда ёғлар, шунингдек, ҳайвон оқсили ва ёғи, организм учун улар меъдадаги яллиғланишни камайтириб, шиллиқ қаватдаги тикланиш жараёнини кучайтиради, асаб тизимини тинчлантиради , беморнинг умумий аҳволини ва кайфиятини яхшилайди. Меъда ширасида яллиғланиш элементлари камаяди. Даволашдан кейин бемор аҳволи яхшиланиб, касаллик белгилари камайиб ёки йқолиб кеца ҳам меъда ширасы ажралиши ва кислоталикнинг меъёрига қайтиши камдан-кам кузатилади. Шунинг учун улар доим овқатланиш тартибига ва маълум даражада парҳезга риоя қилиши лозим. Кунига 4-5 марта овқатланиш, ўткир, дағал, тузланган, дудланган, спиртли ва газли ичимликлар ҳамда бошқа меъда фаолиятини кучайтирадиган ва озиқ-овқат маҳсулотларини истеъмол қилмасликлари керак.

Яра касаллиги. Касаллик ривожланишида озиқ- овқат маҳсулотлари(алиментар) омиллар муҳим ўрин тутади. Овқатланиш тартибининг бузилиши, ўткир, дағал, жуда иссиқ ёки жуда совуқ таомлар истеъмол қилиш, кўп овқат ейиш, шошиб овқатланиш, яхши чайнамаслик, спиртли ичимликлар, чекиш, тана иммун ҳолатининг пасайиши, асабнинг зўриқиши ва бошқа қатор омиллар касалликни келтириб чиқаради. Шифобахш овқатнинг ҳар хил таркибий қисмлари меъда фаолиятига турлича таъсир қилади. Углеводлар кўп бўлган рационга нисбатан гўшт ва ёғлар қўшилган рационда меъда ширасы кўпроқ ажралади. Сут ичилганда ҳам меъда ширасы кам ажралади. Шунинг учун парҳезда сут ва сут маҳсулотлари етарли бўлиши керак. Ўсимлик ёғлари қўшилган парҳез таомлар ичаклар ҳаракатини кучайтиради. Шифобахш дастурхоннинг озиқ-овқат маҳсулотлари қирилмаган шаклида оқсиллар 100г, ёғлар 100 г, углеводлар 350-400 г, ош тузи 10 г бўлади. Қуввати 2700-3000 ккал. Витаминлар: А-2 мг, Б1- 4 мг, ПП-30 мг, С-100 мг. Минераллар: калсий- 0,8 г, фосфор-1,6 г,магний-0,5 г ва темир-15 мг дан кам бўлмайди.

Сурункали энтероколит. Бу парҳез ҳам физиологик тўла қимматли, унда оқсиллар, ёғлар ва углеводлар меъёрида бўлади, туз чекланади. Ичак шиллиқ пардасига таъсир этувчи моддалар қўшилмайди. Бижғиш ва чириш жараёнларини кучайтирувчи, меъда-ичак ширасы ва ўт чиқишини кучайтирувчи таомлар берилмайди. Овқат қайнатиб ёки буғда пиширилади ва маҳсулотлар майдаланмайди.

Бу дастурхонда оқсиллар 100-120г, ёғлар 100 г, углеводлар 350-400 г, қуввати эса 2900-3000 ккал бўлиши керак. Туз 8-10 г. Овқатланиш тартиби кунда 5-6 марта.

Сурункали панкреатит. Касаллик оғирлик даражасига қараб таомлар қирилган ёки қирилмаган маҳсулотлардан тайёрланади. Бу парҳездаги ҳайвон оқсиллари меъда ости безининг фаолиятини меъёрга келтиришда ёрдам беради, ичакда бижғиш жараёнини

камайтиради. Бунда ёғлар чекланади. Азотли, холестеринли маҳсулотлар, қовурганда ёғ парчаланишидан ҳосил бўлган моддалар ва қийин эрийдиган ёғлар мумкин қадар чекланади, витаминлар миқдори эса кўпайтирилади.

Сурункали гепатит. Фаол гепатитнинг кучайган даврида, ўт чиқариш йллари ва ичаклар фаолияти бузилганда овқат рациони тўла қийматли бўлиб, оқсиллар 100 г, углеводлар 400-450 г ни ташкил қилади. Фаол гепатитда ўт чиқишини кўпайтирадиган (ўсимлик ёғи, сабзавотлар, мевалар) озуқа моддалар рационида бўлиши керак.

Юрак- қон томир касалликларида парҳез овқатланиш.

Парҳез асосини истеъмолда ҳайвон ёғларини камайтириш, ош тузини кескин чегаралаш, тўйинмаган ёғ миқдорини ошириш, овқат калориясини камайтириш, кам-кам ва кунда 5-6 марта овқатланиш ўз таркибида толалар сақловчи мевалар ва сабзавотларни етарли даражада истеъмол қилиш каби тадбирлар ташкил этади.

Мабодо, қонда ёғлар миқдори меъёридан юқори бўлса, қуйидагиларганамал қилиш зарур:

1. Ҳафтада иккитадан ортиқ тухум сариғини истеъмол қилмаслик.
2. Калла-поча, ичак-чавоқлардан тайёрланган таомлар, балиқ икраси тановул қилмаслик.
3. Барча турдаги ёғли гўштлар, колбасалар, сон гўшти, сариёғ ва эритилган ёғ истеъмол қилмаслик
4. Таом тайёрлашда масаллиқни ҳайвон ёғларида қовуриш ўрнига димлаш, қайнатиш ва духовкада тайёрлаш.
5. Балиқдан тайёрланган таомларни (қовурилган ва дудлангани бундан мустасно) кўпроқ истеъмол қилиш.
6. Ёғсизлантирилган сут маҳсулотларидан фойдаланиш.
7. Сабзавот ва меваларни кўпроқ истеъмол қилиш.

Бошқача айтганда, таркибида холестерин кам бўлган маҳсулотлардан тайёрланган таомларни истеъмол қилиш тавсия этилади.

Қандли диабет ва модда алмашинуви бузилиши билан кечувчи касалликларда парҳез овқатланиш

Қандли диабетга чалинган беморларга қуйидаги озиқ-овқатлар тавсия этилади:

-қора ёки диабетлар истеъмол қиладиган махсус нон -200 г;

- ёғсиз мол гўшти, балиқли ёки сабзавотли шўрвалар -ҳафтасига 2 марта;
- ёғсиз мол ёки терисидан ажратилган товуқ гўшти (кунда 100г) ёки балиқ маҳсулотлари (кунда 150 г) қайнатилган ёки димланган ҳолда;
- бошоқли, дуккакли ва макарондан тайёрланган таомлар истеъмолини чегаралаш(уларни истеъмол қилган кунларда нон миқдорини кескин камайтириш). Бошоқли маҳсулотлардан жавдар, гречка, баъзан буғдой, перловка ёкигуручли таомлар;
- сабзавот ва кўкатлар;
- тухум- ҳафтада 2 донагача;
- нордон, ширин-нордон мевалар (олма, апелсин, лимон, олхўри,маймунжон,наъматак) кунда 200-300г гача;
- сут ва сут маҳсулотларини (ширин бўлмаган) шифокор рухсати билан кунда 2 пиёладан.
- баъзи кунлар чегараланган миқдорда пишлоқ,қаймоқ, сметана.
- ичимликлар- қора, кўк ва сутли чой, томат ёки бошқа мева ва сабзавот шарбатлари.

Қандли диабетга чалинган беморларда қуйидагиларни истеъмолқилиш ман этилади:
1. Оширма ва қаватли хамирли маҳсулотлар;
2. Тортлар;
3. Ёғли шўрвалар;
4. Манна ёрмали сутли бўтқалар;
5. Угра оши, ёғли гўшт, ўрдак, ғоз гўшти, қази-қарта;
6. Дудланган маҳсулотлар;
7. Колбасалар, ёғли ва тузланган балиқ;
8. Ёғли балиқ консервалари;
9. Икра, шўр пишлоқ, қаймоқ, тузламалар;
10. Узум, банан, анжир мураббо, конфетлар, туршак, ананас, майиз, хурмо, ўрик, қовун;
11. Музқаймоқ, ширин шарбатлар, газланган ичимликлар, лимонадлар;
12. Спиртли ичимликлар.

Буйрак ва сийдик йллари касалликларида парҳез овқатланиш

Беморлар кунлик рационида 70-80 г оқсил, 70-80 г ёғ, 400-500 г углевод ва улар 2800-3000 ккалдан иборат бўлиши керак.

Қуйидагиларни истеъмол қилиш тақиқланади:
- газланган салқин ичимликлар;
- барча тузланган озиқ- овқатлар;
- гўштдан, балиқдан ва қўзиқориндан тайёрланган шўрвалар;
- турли хил консервалар ва консерваланган гўшт ва балиқлар, тузланган балиқ ва пишлоқлар;
- пиёз, саримсоқпиёз, шовул, қўзиқоринлар, тузланган ва мариновка қилинган сабзавотлар;
- шоколадлар, аччиқ димланган қаҳва ва какао;
- барча турдаги спиртли ичимликлар;
- натрийга бой бўлган маъданли сувлар.

ОЗИҚ-ОВҚАТЛАР СИФАТИ, ҲАВФСИЗЛИГИ ҲАМДА УЛАРНИ ТАЪМИНЛАШ

Инсон ози яшаб турган муҳитга бир кунда 05-3 кг гача саноат ва турмуш чиқиндиларини чиқаради.Жаҳонда ҳар йили 20млрд. Тоннадан ортиқ нефт маҳсулотлари ва газ,2млрд тоннадан ортиқ комир қазиб олинади. Ер юзида нинглаб кимё заводлари фаолият корсатади. Табийки ушбу жареаёнда ҳосил болган турли ҳил зарарли моддаларе атроф-муҳит билан бир қаторда заминда етиштирилаётган ундан озиқланаётган ва келажакда инсон учун озуқа ҳисобланадиган озиқ –овқат маҳсулотларига салбий тасир корсатади.ушбу озиқ-овқат маҳсулотлари сиофатини бузилиши ва ҳавфсизлигига тасир этувчи сабабларни микробиологик,кимёвий,физик ва янги тewҳнологиялар билан боглиқ.

МИКРОБИОЛОГИК ОМИЛЛАР. Улар жаҳон миқиёсида шу жумладан ,ривожланган ва ривожланаётган мамлакатлар учун ҳам бирдек долзарб муаммо болиб қолмоқда. Шунинг учун ҳар бир инсон ўзи истемол қиладиган озиқ-овқатлар билан боглиқ болганзарарли омиллар чақирадиган токсикоинфексия ,салмонелла,капилобактерия ва ичак таёқчасининг касаллик чақирувчи шакллари ҳамда қорамолда учровчи энсефалопатия ва бошқа қатор касалликларв,аксарият ҳолатларда озиқ-овқат маҳсулотлари орқали одамга юқади.

Физик омиллар .

Бундай омилларга озиқ-овқат маҳсулотларига тушган ёт жисмлар тушунилади. Бу ҳолат технология гигена қоидалари жавобҳ бермаган ҳамда тозаллика риоя қилинмаган озиқ-овқат маҳсулотлари таёрловчи корҳоналарда содир болади. Улар орасида метал парчалари ва радиактив моддалар ҳавфли ҳисобланади.

Кимёвий омиллар.

Бутун дунёда қишлоқ ҳожалигида кимёвий модалларни кенг қолланилиши ва оқибатда ,озиқ-овқат сифати ва ҳавфсизлигига улар тасирини йилдан-йилга ошиб бораётганлиги сабаб болади. Чунки кимёвий модаллар тупроқ,сув,ҳаво орқали истемол қилинадиган озиқ-овқат маҳсулотлари таркибига отади ва организмга тушади. Табиийки ,уларни инсон танасига миёридан ортиқ тушиши қатор ноҳуш ҳолатларга олиб келади.

Янги технологиялар. Трансген ёки модификатсияси озгартирилган маҳсулотлар пайдо болиши генлар инженерясида <<балистика>> усули пайдо болиши билан боглиқ . Масалан картошка генига , чаён гени киритилганда зараркунандалар картошкага қарамай қояди,помидор ва қулупнай генига совуққа чидамли камбала балигини гени киритилганда ,уллар совуққа чидамли болиб қолади.

Аҳоли ортасида кенг истемол гуруч генига она сутига масул ген киритлиганда унинг озуқавий қиймати ошоши кузатилади.АҚШ трансген маҳсулотларни 23% ҳолатларда тоза маҳсулотларга қошиб дунё бойича сотмоқда. Аммо генетис модификатсяланган маҳсулотлар одам наслига тасир қилмайдими ва улар экологик ҳолатни озгаришларга олиб келмайдими деган саволлар олимлар ортасида қизгин баҳсларга сабаб болмоқда.

Юқорида баён этилганларнинг барчаси озиқ-овқат маҳсулотларининг сифати ва ҳавфсизлиги муҳим аҳамятга эга эканлигини тасдиқлайди.Кундалик ҳаётда биз бозордан ёки доконлардан ҳарид қилган озиқ овқат маҳсулотларини ташқи кориниши шакли ва бази айрим ҳусусятларига қараб сифатли ёки сифатсиз маҳсулот деб баҳолаймиз.

<<Озиқ-овқат ҳавфсизлиги>>тушунчаси бирмунча мураккаб болиб ,шартли равишда қуйидагиларга болинади:

-озиқ-овқатда саломатликка салбий тасир корсатувчи моддаларни кам ёки ортиқча истемол қилиш оқибатида пайдо болган ҳавфсизлик.

-озиқ-овқатда саломатликка салбий тасир корсатучи токсик хавфли модалар билан боглиқ хавфсизлик;

-ассимилиятсия (моддаларни организмда парчаланиши)ва модда алмашинуви билан боглиқ хавфсизлиги.

Шу уринда озиқ-овқатларнингф сифати ва хавсизлиги муамолари инсониятни азалдан қизиқтириб келганлиги ва узоқ тарихга эга эканлигини такидлаб отмоқчимиз.

Эрамиздан олдинги асрларда қадимий Вавилонда озиқ-овқат маҳсулотларига талабалар ва унга жавобгарлик акс этирилган ҳужжатлар мавжудлиги бизгача етиб келган .Бундай хужжатлар қадимги Хитойда ҳам юритилган болиб эр. 500йил аввал ҳитой императори Танг оз декретида сотувчилар сифати хузилган гоштни сотса ҳивич билан калтакланиш жазоси берилиши тогрисида фармон қабул қилинган.Амир Темур давлатида ҳам озиқ-овқатлар хусусан гошт маҳсулотлари сифати подшоҳлик вакиллари томонидан қаттиқ назоратга олинган.

Европа урта асрларда бошлаб тухум гўшт, пишлоқ, вино, нон, сифати ва ҳавфсизлиги тўғрисида қонунлар қабул қилинган бўлиб,улардан айримлари ҳозирга қадар амалиётда қўлланилиб келинмоқда.

Одам касалликларини даволаш жараёнида диетология (турли парҳез озиқовқат маҳсулотлар ва тайёр таомлар) усулидан фойдаланиш қадим замонлардан бери қўлланилиб келинади. Ушбу йўналиш парҳез овқатланиш тарзи деб аталади. Замонавий диетология айрим олинган аъзо ёки тизим фаолиятларинигина эмас, балки беморнинг бир-бутун танасининг.биокимёвий мослашуви, яъни ҳазм қилиш аъзолари ферментатив тизимларининг истеъмол қилинаётган таомга монандлигини, тананинг турли таъсирлаига жавоб бериш қобилиятини,овқатланиш жараёни, озуқавий моддаларнинг ҳазм бўлиши ва ўзлаштирилиши ҳақидаги маълумотларни, шунингдек оқсиллар, ёғлар,карбонсувлар, витаминлар, маъдан моддалари алмашинуви тўғрисидаги янги устувор йўналишлари, беморнинг урф-одати ва ўзига хос овқатланиш тарзини, айрим овқатли маҳсулотлар ҳамда тайёр таомларнинг хусусиятларини назарда тутиб фаолият юргизади.

Озиқ-овқат маҳсулотлари ҳайвон маҳсулотлари ва ўсимликлардан олинадиган маҳсулотлар ҳамда минерал моддалардан иборат бўлади. Ҳайвонлардан олинадиган маҳсулотларга гўшт, сут, тухум, балиқ ва уларнинг маҳсулотлари; ўсимликлардан олинадиган маҳсулотларга дон маҳсулотлари, шунингдек сабзавотлар, мевалар, қўзиқоринлар; минераллардан олинадиганига эса ош тузи киради. Озиқ-овқат маҳсулотлари, ўз навбатида, озиқ моддалардан: оқсиллар, ёғлар, углеводлар, витаминлар, минерал тузлар ва сувдан иборат бўлади. Бу моддалар организмнинг нормал ҳаёт қобилиятини сақлаб туриш,сарфланадиган энеигиянинг ўрнини тўлдириш ва ҳаёт фаолияти жараёнида парчаланадиган ҳужайралар ва тўқималарнинг ўмини қоплаш учун зарур.

Оқсиллар.

Ҳар қандай тўқима ва орган таркибида асосий озиқ моддаларга кирадиган оқсиллар кўп бўлади. Оқсиллар организмда асосан пластик ёки қурилиш вазифасини бажаради. Аммо улар хусусан кўп сарф қилиш керак бўлганда ёки овқатда углеводлар ва ёғлар етарли миқдорда бўлмаганда,энергетик протсессларда ҳам қатнашади. 1 грамм оқсил киши танасида ёнганда 4 ккал иссиқлик ажратади. Организм оқсили фақат овқат билан тушган оқсиллардан пайдо бўлади. Оқсиллар овқат билан етарли миқдорда тушмаганда, организмдаги кўпчилик органларда ва системаларда жиддий ўзгаришлар рўй беради. Овқатда оқсил етарли бўлмаслиги натижасида болаларнинг ўсиши ва ривожланиши секинлашади, катта кишиларда жигар касаллигини пайдо қилади, қалқонсимон ва жинсий безларнинг иши бузилади, организмнинг қаршилик кўрсатиш кучи сусайиб кетади.Кўпгина аминокислоталар организмда ҳосил бўлади. Катта одамнинг оқсилга бўлган суткалик эҳтиёжи 80-100 граммни ташкил қилади, шунда ҳам уларнинг камида 50-60 протсентини ҳайвон маҳсулотлари оқсили ташкил қилиши керак. 0 ъз навбатида, оқсилнинг 50 протсенти сут оқсилини, қолганини эса гўшт, тухум, балиқ ва ҳоказо ташкил қилиши лозим.6 ойдан 14 ёшгача бўлган болалар учун кундалик оқсиллар миқдори 25 граммдан 102 граммгача тавсия этилади. Болаларда, айниқса, эрта ёшда оқликлар (аминокислоталар) етишмаса, квашиоркор касаллиги пайдо бўлади

Ёғлар.

Булар мураккаб органик бирикмалар бўлиб, глитсерин билан ёғ кислоталарнинг аралашмасидан иборат. Ёғ кислоталари тўйинган, тўйинмаган, шунингдек ўта тўйинмаган бўлади. Энг кўп ёғ кислота асосан ҳайвон ёғларида, тўйинмаган ва ўта тўйинмаганлари эса ўсимлик мойларида бўлади. Ёғлар оиганизмнинг ҳужайра ва тўқималари таркибига киради ва қuwатли энергия манбаи ролини бажаради. Масалан, организмда 1 грамм ёғ ёнганда, 9 ккал ажаралади. Бундан ташқари, ёғда организм учун ҳаётий зарур витаминлар, жумладан шифобахш хусусиятга эга бўлган Ф витамини бор. Бу витамин балиқ мойи, жўхори, кунгабоқар ва бошқа ўсимлик мойларида бўлади. Овқатда фақат қанд моддаси бўлмасдан, балки крахмал, клетчатка ва пектин моддалар ҳам бўлгани яхши. Клетчатка организмда деярли сингмайди, лекин у ичакламинг нормал фаолияти учун зарур. Бундан ташқари, сабзавот ва мевалар клетчаткаси организмдан холестеринни чиқариб юборишга ёрдам беради, бу эса атеросклерознинг олдини олиш учун муҳим. Организм учун пектин моддасининг аҳамияти жуда катта, улар мевалар ва сабзавотларда кўп бўлади. Ҳозирги вақтда пектин моддаси таъсирида одам ичагида учрайдиган чиритувчи микрофлоранинг ёъқолиши аниқланган. Катта одам бир суткада 400-450 грамм углевод олиши керак, булардан 20-25% ини қанд ташкил этиши лозим деб ҳисоблашади.

Озиқ-овқат маҳсулотлари. Ҳаммадан кўп тарқалган озиқ-овқат маҳсулотларига нон, гўшт, сут, балиқ, тухум, ёғлар, сабзавотлар ва мевалар киради. Нон доимо ейиладиган озиқ-овқат ҳисобланади. Нон ҳеч қачон кўнгилга тегмайди. Унда крахмал кўп, оқсил кам, ёғлар эса бундан ҳам кам бўлади. Нон маълум миқдорда овқатнинг суткалик калориясини қоплайди. Буғдой унидан (юқори навли) ёпилган ноннинг калорияси жавдар ва жайдари нондагидан кўпроқ бўлади. Аммо жайдари, айниқса жавдар нонда Б ва Э группасидаги витаминлар, минерал тузлар ва ўсимлик клетчаткалари бор. Нонга бўлган суткалик эҳтиёж 400-500 грамм, шундан 50 протсенти қора нон бўлиши керак. Гўшт ва балиқ инсоннинг овқатланишида оқсилнинг энг яхши манбалари ҳисобланади. Балиқ организмда гўштга қараганда тез ҳазм бўлиши ва тез сингиши туфайли республикамизда кейинги йилларда балиқ таомлари кенг қўлланилмоқда. Масалан, пайшанба кунлари умумий овқатланиш тармоқларида асосан балиқ таомлари тайёрланмоқда.

Тухум. Оқсил, ёғ, витаминлар ва минерал тузларга бой бўлиб, ҳамма ёшдаги кишилар учун энг яхши овқат ҳисобланади.

Сут. Барча ёшдаги кишилар учун энг фойдали ва энг қадимий овқат ҳисобланади. Сутда одам организми учун зарур бўлган ҳамма озиқ моддалар бор. Ҳар кунги овқат ратсионида сут маҳсулотларидан пишлоқ, сариёғ, бринза, қатиқ, кефир, атсидофилин бўлиши керак. Сабзавот ва меваламинг одам организми учун аҳамияти бениҳоя катта. Маълумки, сабзавот ва мевалар фақат тўйимли овқат бўлибгина қолмай, балки шифобахш хусусиятларга ҳам эга. Айниқса мева ва сабзавотлар болалар, кексалар ҳамда беморламинг овқатланишида катта аҳамиятга эга. Организмга сабзавот ва мевалар билан бирга энг керакли витаминлар тушади. Бундан ташқари, уларда организмда моддалар алмашинуви учун зарур бўлган минерал элементлар бор. Меваларда фруктоза, пектин ва ошловчи моддалар ҳамда клетчатка кўпдир. Мева ва сабзавотлами кам ейдиган кишилар

касалликка тез чалинадилар, дарров толиқиб қоладилар, совуққа чидамайдилар, кўзлари унча ўткир бўлмайди.

Овқатнинг калориялилиги ва овқатланишнинг физиологик нормалари

Одамнинг овқатга бўлган эҳтиёжи иссиқлик бирликлари (калориялар) билан ўлчанади. Катта калория — бу 1 литр сувни 1°С га иситиш учун керак бўлган иссиқлик миқдоридир. 1 грамм оқсил ва углевод ёнганда 4 ва 3,75 ккал, 1 грамм ёғ ёнганда эса 9,0 ккал ҳосил бўлади. Одам организмига бирорта овқат маҳсулоти билан тушадиган калория миқдори калориялилик деб аталади.

Масалан, 100 г жайдари нонда 6,5 грамм оқсил, 1,0 грамм ёғ, 40,1 грамм углеводлар — 185 калория бўлади. Агар одам 400 грамм нон эса, у 260 грамм оқсил, 4,0 грамм ёғ, 160,4 грамм углевод —740 калория олган бўлади. 100 грамм гўштда (1 навли мол гўшти) 18,9 грамм оқсил, 12,4 грамм ёғ — 187 калория бўлади. Ҳар бир киши ўзининг овқатланиш ратсионини қандай тузиши зарур, бир сутка давомида қандай маҳсулотлари қанча миқдорда истеъмол қилиши керак?

Мамлакатимизнинг ҳар бир иқлим зонаси учун озиқ-овқат маҳсулотларининг ўз физиологик нормалари тасдиқланган. Марказий Осиё иқлим хусусиятларини ва аҳолининг овқатланиш хусусиятларини ҳисобга олинган ҳолда озиқ-овқат маҳсулотларининг қуйидаги физиологик нормалари тасдиқланган (граммларда).

Турли ёрмалар, жумладан гуруч — 48

Картошка — 310

Полиз маҳсулотлари — 270

Мевалар - 340

Қанд ва бошқа ширинликлар - 70

Ўсимлик мойи — 24

Гўшт ва гўшт маҳсулотлари — 230

Балиқ ва балиқ маҳсулотлари - 40

Сут ва сут маҳсулотлари — 1000

Жумладан сут — 500

Мол ёғи - 1

Сметана - 5

Творог — 20

Қуюлтирилган сут — 5

Тухум - 48

Ҳар бир киши ўзининг овқатланиш рационини тузаётганда суткалик рационнинг умумий калориясини овқатнинг бўлиб-бўлиб истеъмол қилинишига қараб тақсимлаши керак. Таомларнинг яхши ҳазм бўлиши учун овқатланиш режимига амал қилиш лозим. Кунига 3 ёки 4 маҳал овқатланган маъқул. Неча маҳал овқатланиш бажариладиган ишнинг оғир енгиллигига боғлиқ бўлади. Уч маҳал овқатланганда: суткалик калориянинг 30% нонуштага, тушликка 45-50% , кечки овқатга - 20-25% тўғри келиши зарур. Шундан сўнг ҳар сафар қандай овқат ейишни мўлжаллаш керак. Нонуштага, масалан, гўштли иссиқ таом, бутерброд ёки тухум, бир стакан сут ёки кофе (какао). Тушликка: закуска

(сабзавотли, балиқли ва ҳоказо), компот, кисел мева шарбати. Тушликда қуюқ овқат билан албатта иччиқ-чучук ва сабзавот ейиш керак, бундан ташқари, суюқ овқатга сабзавотлар, ёрмалар, макарон солиш ёки у ҳамирли бўлиши керак. Кечки овқат оқсили кам, энгил ҳазм бўладиган овқат: бўтқа, ёрма, творог, запеканка, қайнатилган ёки қовурилган баликдан иборат бўлиши, кейин кефир, қатиқ ичиш керак.

Сумалак

Сумалак - Марказий Осиё, жумладан ўзбек халқининг Наврўз -баҳор байрами муносабати билан кўпчилик иштирокида, яъни ҳашар усули қўлланилиб, пишириладиган таомлардан бири. Бу масалада адабий манбалардан маълумки, сумалак тарихи узоқ ўтмишимизга бориб тақалади. Унинг ўлкамизга қайта ташриф буюриб,дастурхонимизда алоҳида ўрин олишида Карим ака Маҳмудовнинг хизматлари алоҳида тасаннога лойиқ. Сумалакни кўпчилик, нафақат ўзбек халқи, балки Ўзбекистонда туғилиб ўсган ва ҳатто янги қўчиб келган рус забонли кишилар ҳам жон-дили билан тановул қилишади. Энг қизиғи шундаки, бу таом йилига бир карра тайёрланади. Уни пиширишда қатнашиш ҳар бир ўзбек учун нафақат олий бурч, балки шарафли вазифани адо этиш билан баробардир. Сумалак таркибига кирувчи масаллиқлар қатнашувига кўра бир неча босқич ўтгач, тановул қилишга тайёр бўлади. Юқорида санаб ўтилган босқичлар сумалак тайёрлаш жараёнининг асосий ва умумий қисмлари хақида озми-кўпми тушунча беради. Лекин мазкур жараён мазмунини чуқурроқ англаш мақсадида сумалакни тайёрлаш жараёни чизмаси билан танишиб чиқиш фойдадан холи эмас.

Ҳалим

Ҳалим буғдой дони таомларидан бўлиб, наврўз ва бошқа баҳор байрамларида пиширилади. Дон ва донли маҳсулотлар бутун дунё мамлакатлари халқларининг кундалик овқатланиш жараёнида асосий пойдевор вазифасини ўтайди. Дон ўсимликламинг ухлаб ётган шакли бўлиб, арчилганда осонгина устки пўст қисмидан ажралади. Буғдой дони бошқа “нонли” ўсимликлар дони каби 3 қаватли қисмдан иборат:

- эндосперм — унли ядро қисми крахмал доначалари билан тўлган юпқа деворли ҳужайралар мажмуасидан ташкил топиб, доннинг 84-85фоизини ташкил этади;
- куртак “илдизи” (зародиш) — 1,5 фоизни эгаллайди;
- устки пардаси — ўртача 8,9 фоиздан иборат.

Унли ядро қисмидаги крахмалга тўлган ҳужайраларнинг зичлиги ва азотли моддалар билан бисёрлигига қўра:

- шишасимон (азотли моддаларга энг бойи); яримшишасимон ва
- ун сифатли донлар ажратилади.

Наъматак қайнатмаси

Наъматак Давоий ал-Гилоний маиумотларига кўра, фасодли хилтни қувади, қуртни (гижжалами бизнинг курсив) ҳайдовчи, томоқ оғриғига даво, қулоқ шанғиллаши, тиш оғриғига нафи бор, кучсиз юракка қуwат беради. Наъматак қайнатмасини қуйидагича тайёрлаш мумкин:

- сирланган идишга дастawал совуқ сувда, кейин эса қайноқ сувда чайилган наъматак меваси (яхшиси пўчоғи олинган) солинади;

- идиш қопқоғи ёпилиб, оловга қўйилади;
- бир карра қайнаб чиққач, олов пасайтирилиб қўйилади;
- 10 дақиқа мобайнида милтиллатиб қайнатилади;
- идиш (ичидаги қайнатма билан) 2-3 соатга иссиқ қилиб ўралади;
- қайнатма 2-3 қаватли докадан ёки сут элагидан ўтказилади -
сузилади;
- қолган пишган меваси сиқилиб, суви олинади ва у ҳам докадан сузилади;
- тайёр боиган наъматак қайнатмасига шакар, қанд ёки асал солинади.
Сумалак ёки ҳалим билан бирга 1-2 пиёла наъматак қайнатмаси
ичилса, мақсадга мувофиқ боиади.
Наъматак қайнатмасини тайёрлаш учун — 100 грамм наъматак,
100 грамм шакар ёки қанд ёки асал ва 1 литр сув олинади.
Наъматак тулпини 2-3 қайта ишлатиш мумкин.

Зирк-амбарбарис қайнатмаси

ИбнСино ёзишича (Тибқонунлари, 1 қисм, 180 бет), зирк сафрони ҳайдайди, меъда ва жигарни кучли қилади, чанқов босди мақсадида асқотади, ични боғлаш хислатига эга.Давоийал-Гилоний фикрича, ич кетишни тўхтатади, дил ғашлигини тарқатади, жигар, юрак ва меъдага қувват беради, сафрони қувади. Бу фикри билан муаллиф Ибн Сино айтганларига қўшилади. Саййид Муҳаммад Хосрат Ибн Сино ва Давоий маълумотларини тасдиқлаш билан бирга уни тоидиради: иситмада, ичак яраси ва қон ўтиш ҳолатларида фойдали эканлигини кўрсатиб ўтади. Юсуф Ибн Муҳаммад ибн Юсуф ахборотига кўра, зирк чайнаб юборилса, оғиз ярасини йўқтади (тиббий тилда буни оғизни санация қилади), жигарга куч ва совуқликка барҳам беради.

Қароғат-смородинақайнатмаси

Смородинани кўпчилик бозорларда учрайди. Унинг кўчатларию, меваси ардоқланади. Бунга сабаб шуки, айни ўсимлик шифобахш мевалари билан кишини хушнуд этади. Табиатда 3 хилдаги смородина бўлиб, уларнинг ранги-рўйига кўра кимёвий таркиби ҳам турлича.Уларок, қизил ва қора хилларга ажратилади. Энг эзозланадигани қора хили қора хили таркибида оқ ва қизил турларига нисбатан оқликлар миқдори 2 ва 3,3 маротаба бисёр; пўстлоқ-клетчатка миқдори 1,2 карра, органик кислоталари 1,25 ва 1,15 марта, кули — 1,2 ва 1,8 карра ортиқдир; витаминларидан бета-каротин — 2,5 марта, тиамин — 2 карра, ниатсин ~ 1 ,5 марта ва, айниқса С витамини 5 ва 8 карра; зиёд маъдан моддаларидан калий, магний ва, айниқса темирга бой (7,8 ва 5,38 мартаба). Айтилганлардан кўриниб турибдики, имконият борича қора смородинании шлатиш нафақат согилом кишилар, балки беморларга, айниқса камқонликка дучор булганлар учун алоҳида аҳамият касб этади.

Смородинани тайёрлашда олинадиган маҳсулотлар нисбатларини келтирамиз:
қуритилган ёки янги узилган смородина — 1 қисм;
шакар, қанд ёки асал — 1 қисм;
қайнатма учун сув — 10 қисм.

Смородина қайнатмасини сумалак ёки ҳалим тановул қилингандан кейин шошмай ҳузур билан ичиш танага бисёр куч-қувват бағишлайди.

Профилактик кўрувлар

УАШ хузурига 86% ахолии мурожаат қилади ўртача бу йилига 5 маротабани ташкил этади. Бу эса профилактик кўрувлар ўтказиш учун фаол босқич хисобланади. Профилактик кўрувлар ўз ичига анамнез йиғиш физикал ва лабаратор инструментал текширувлар ўтказишдан иборат.

Профилактик кўрув максадлари:

Кенг таркалган касалликлар хавф омилларни аниқлаш масалан, атеросклероз хавф гурухлари семизлик, артериал гипертония,гиперлипопротеидемия. Касалликларни бошланғич боскичларда аниқлаш хомиладорлик, бактерурия, бачадон бўйни раки глаукомани эрта ташхислаш сон-чанок бўғими дисплазияси, криптархизм. Скрининг – бу ахолини кенг ва чуқур текширишдир. Эрта дигностика қилишда қўлланилади ва иккиламчи прафилактикага киради. Белгиланган касалликни скрининг қилишдан олдин бериладиган 10та савол.

- Бу касаллик соғликни мухим масаласи хисобланадими?
- Бу касалликни даволашни яхши усули борми?
- Касалликни даволаш ва диагноз қўйиш етарли маблаг ва имконият борми?
- Бу касалликни яширин ёки эрта кечиш даврлари борми?
- Мос келувчи анализ текширув борми?
- Бу усул ахолии учун қулайми?
- Касаллик тарихи тўғрисида тўғри билиш керак.

Профилактика инфекцион ва ноинфекцион касалликлар.

Профилктик чора тадбирлар асосида касалланиш ва ўлим структураси анализи ётади катталардаги касалликларни профилактикаси.

- Катталарда иммунизация календарини тузиш
- Глюкометр ёрдамида қондаги қанд миқдорини аниқлаш
- Пикфлоуметрдан фойдаланиш
- СТТ бўйича касаллар билан маслахат ўтказиш
- Клиник биохимик анализлар нормативлари
- Чекадиган беморларга маслахат беришни билиш
- Спиртли ичимликлар истеъмол қиладиган беморларга маслахат беришни билиш
- Жисмоний зўриқишдан сақланишни маслахат беришни билиш.
- Рационал овкатланишдан маслахат беришни билиш

Иммунизация

Соғлиқни сақлаш бўйича тиббий текширувларга кўра барча болаларни бўғма, қоқшол, полиомиелит, қизамик, қизилча, эпидпаротид, кўкйўталга карши эмлашлар ўтказилади. Катталарни хар 10йилда бўғма ва қоқшолга қарши ревакцинация ўтказилади. АДС катталар учун (16, 26, 46 ёшлар) таркибида қоқшол анотоксини юқори дозаси ва бўғма анотоксини кичик дозаси бўлади. Ножўя таъсирини олдини олиш учун дарров ва вакцинациядан 4 соатдан сўнг парацитамол берилади. Гриппга қарши иммунизация

сурункали касалликлари бор беморларга, асосан юрак ўпка, буйрак модда алмашинуви бузилиши иммунодепрессантлар қабул қилувчиларга тавсия этилади. Тиббиёт ходимлар иммунизацияси хохишга қараб ўтказилади. Гепатит Б га қарши иммунизация хавф гурухига кирувчи ахолига тиббиёт ходимларига ва талаба медикларга қамалганларга ўтказилади. Қизамиққизилча эпидпаротидга қарши иммунизация бир ёшгача бўлган болаларга, ревакцинация 10 ва 16 ойликда ўтказилади. Қизамиқ эпидемияси пайтида беш ойгача бўлган барча болаларга вакцинация қилинади .

Вазиятли масалалар:

1. Сизга 14 ешли қиз йўтал шикояти билан келди.

1Савол. Шу қиздаги йўталнинг уч сабабини айтинг

Жавоб: ОРВИ, БА, НЙ инфекциялари (ларингит, трахеит ва б.қ.)

2.Савол :Йўтални аниқлаш учун бу қизга қандай саволлар бериш керак?

Жавоб: Қуйидаги саволларни бериш мумкин:

1. Йўтал қанчадан бери давом этяпти?
2. Иситма борми? (ОРВИ)
3. Хансираш борми? Асосан кечаси(БА)
4. Овоз хириллаши борми? (ларингит)
5. У чекадими?
6. Бошқа симптомлар борми

Сухбатда сиз билдингизки йўтал 2-3 ойдан бери давом этмокда, овоз хириллаши кузатилди, лекин томокда оғриқ йўк. Йўтал асосан эрталаблари шиллик балғам ажралиши билан безовта қилади. 5 ой олдин у чекишни бошлаган. Шундан бошлаб у тез-тез шамоллайдиган ва юқоридаги шикоятлари пайдо бўла бошлаган. Хозир у кунига 10 та сигарет чекади. Унинг ота онаси бу хақда билмайди.

3.Савол. Энди сиз нима деб ўйлайсиз? Унинг йўталини сабаби нимада? Чекиш соғлиқни ёмонлашувига олиб келиши мумкинми?

4.Сизни қизга маслахатиз? Сизни харакатларингиз?

Ўқитувчига: УАШ иши нафақат индивидуал муаммони ечиш балки шу муаммони сабабини топишдан иборатдир. Бу қизда у билан бирга чекадиган дугоналари бўлиши мумкин Бу қизга чекишни муаммосини айтгандан кўра мактабда шу мавзу бўйича сухбат ўтказса яхши эмасми? Сиз бу хакида нима деб ўйлайсиз?

2.Сизга 32 ёшли эркак ўз соғлигини текширтиришга келди.У хеч касал бўлмаган. Сизга одатий кўриниш учун келди.

Савол1. Қуйидагилардан қайсинисини бажариш энг мухим? (чекиши спирли ичимликлар ичиши физик иш билан шуғулланиши?)

2. Сиз аниқладингиз уни ТВИ= 27. Қандай3маслахат берган бўлардингиз

3. Сиз аниқладиз у чекади. Кандай 3 сабабни чеишга келтирса булади? (Чекиш ўпка ракига ХОБЛ га олиб келади)).

4.У сўради: «Соғликка салбий таьсир этмаслиги учун канча алкогол ичиш мумкин?». (Хафтасига 21 ЕД дан ошмасдан).

3. 51 ёшли эркак сизга тўлиқ физик текширувдан ўтиш учун келди У хар йили кўрикдан ўтиш учун келади ва айтади бу соғлом хаёт кечириш учун асосий фактор дейди.

савол 1. Давомли скрининг ўтказишни эффэктив мезонлари кандай?

Жавоб А)текширилаётган холат хаёт сифатига сезиларли тасир кўрсатадими?

Б) касаллик латент ёки асимптом фазада бўлиши керак

В)давони кулай усули бўлиши керак.

Савол2 соғлом кечишларни физикал кўруви қандай бўлади?

жавоб

1. Кўрув терапефтик характерда бўлиши керак
2. Кўрувда хаммаси яхшилиги тасдиқланиши керак
3. Кўрув врачни бемор билан гаплашиш имконини беради.

4. ҚВПга 40 ёшли бемор бел сохасидаги оғриқлар, қалтираш билан кечувчи тана хароратининг даврий равишда кўтарилиши, тез-тез пешоб ажралишига, иш қобилиятининг пасайиши, холсизлик каби шикоятлар билан УАВга илк бора мурожаат қилди. Беморнинг айтишига қараганда юқоридаги шикоятлари 5 кундан бери безовта қилади, совуққотиш билан боғлайди.Объектив кўрганда: аёлнинг умумий ахволи нисбатан қониқарли, АҚБ 110/70 мм сим.уст., кўзларининг атрофида шиш бор, тери қопламлари рангпар, бел сохасини тукиллатиб кўриш симптоми ўнг томонлама мусбат.

Беморга қандай озиқ овқатларни истеъмол қилиш тақиқланади?

5.УАШ қабулига 32 ёшли бемор овқат истеъмол қилгандан сўнг 2-3 соат ўтгач бўладиган, “очликдаги” ва тунги эпигастрал сохасида интенсив оғриқлар, жиғилдон қайнаши, кекириш, ич қотиши ва уйкусизликдан шикоят қилиб келди. Баъзан енгиллик келтирувчи нордон мазали қусиш хам кузатилишини хам айтди.

Анамнезидан: ўзини харбий хизмат вақтида биринчи маротаба эпигастрал сохада оғриқлар ва жиғилдон қайнаши пайдо бўлгандан бери касал деб хисоблайди. Юқоридаги шикоятлар хар йили куз фаслида безовта қилиб 1 ой давом этади. Мунтазам даволанмаган, фестал, но-шпа, ранитидин қабул қилиб турган, пархезга риоя қилмаган. Отаси ЮИК га чалинган. Қурилишда ишлайди. Кунига ярим қути сигарет чекади, баъзан спиртли ичимликлар истеъмол қилади.

Объектив кўрганда: умумий ахволи қоникарли, тили нам, оқ караш билан қалин қопланган. Қорнини пайпаслаганда эпигастрал сохада оғриқ кузатилди. Бошқа тизимлар томонидан ўзгаришлар аниқланмади.

Беморга қандай маҳсулотларни истеъмол қилиш таъқиқланади?

6. ҚВПга 35 ёшли Б. исмли бемор аёл бел сохасидаги оғриқлар, қалтираш билан кечувчи тана хароратининг даврий равишда кўтарилиши, тез-тез пешоб ажралишига, иш қобилиятининг пасайиши, холсизлик каби шикоятлар билан УАВга илк бора мурожаат қилди. Беморнинг айтишига қараганда юқоридаги шикоятлари 10 йилдан бери безовта қилади. Бу симтомларни даврий равишда кузатиб, совуққотиш билан боғлайди. Бешта фарзанди бор, далада меҳнат қилиб шоли етиштиради.

Объектив кўрганда: аёлнинг умумий ахволи нисбатан қониқарли, АҚБ 110/70 мм сим.уст., кўзларининг атрофида бироз шиш бор, тери қопламлари рангпар, бел сохасини тукиллатиб кўриш симптоми ўнг томонлама мусбат.

Беморга нечанчи парҳез столи буюрилади?

7.ҚВП га биринчи марта 39 ёшдаги бемор хуружсимон йўтал, хансираш ва қувватсизлик шикоятлари билан мурожаат қилди. Юқоридаги шикоятлар бахордан буён 6-7 ой давомида безовта қилади. Беморнинг онаси бронхиал астма билан оғриган. Бу белгиларни бемор даврий равишда кундузлари хафтада 1 марта, тунлари камроқ (ойига 2 мартадан кўп бўлмаган) кузатилади. Хуружлар орасидаги даврда бемор ўзини яхши сезади. Ёшлигида тез-тез шамоллаб турган. Оилали, такси хайдовчиси бўлиб ишлайди, кунига 14-15 та сигарет чекади.

Объектив кўрганда: беморнинг умумий ахволи қониқарли, ўпкасида сусайган везикуляр нафас фонида қуруқ тарқоқ хуштаксимон хириллашлар. Нафас олиш сони тинч холатда 18 та.

Беморга қандай маҳсулотларни истеъмол қилиш таъқиқланади?

8.УАШ қабулига 40 ёшдаги аёл қорнидаги кўпроқ ёнбош қисмда кузатилувчи тўлғоқсимон оғриқлар, тез-тез, кунига 5-6 мартагача қон ва йиринг аралаш ич келиши, тенеземлар, умумий холсизлик, озиб кетиш ва тана хароратининг ошишига шикоят қилиб келди. Юқоридаги белгилар даврий равишда бир неча йил давомида кузатилган. Ёшлигида тез-тез шамоллаб турган, бошланғич синфлар ўқитувчиси бўлиб ишлайди. Онаси ичак дисфункцияси билан оғриган.

Объектив кўрганда: умумий ахволи ўрта оғирликда, тери қопламлари рангпар. Қорни дам, йўғон ичак бўлаб оғриқли, жигар +2 см

Беморга нечанчи парҳез столи буюрилади?

9. ҚВП га 29 ёшдаги М. исмли аёл УАВ га биринчи марта умумий холсизлик, иштаханинг пасайиши, бош оғриғи, бел сохасида доимий симмиловчи оғриқ, пешоб ажралишининг тезлашиши, тана хароратининг кўтарилиши каби шикоятлар билан мурожаат қилди. Беморнинг сўзига қараганда юқоридаги шикоятлар сўнги 2 хафта давомида безовта қила бошлади, илгари хам шу белгилар кузатилган. Ёшлигида тез-тез шамоллаб турган. 1 фарзанди бор, хомиладорлик қон босимининг кўтарилиши ва пешобда оқсил пайдо бўлиши билан кечган. Тикувчи бўлиб ишлайди, ота-онаси соғлом.

Объектив кўрганда: умумий ахволи нисбатан қониқарли, тери қопламлари ва шиллиқ қаватлари рангпар, АҚБ 140/100 мм сим.уст. Юрак чегаралари чапга силжиган. Туртки симптоми икки томонлама мусбат.

Беморга қандай маҳсулотларни истеъмол қилиш таъқиқланади?

10.ҚВП га 49 ёшли бемор юрак сохасида оғриқ, бош оғриғи, бош айланиши, кўришнинг бирмунча пасайиши, кўз олдида халқалар учиши, уйқусизлик каби шикоятлар билан УАВ га мурожаат қилди. Юқоридаги шикоятлар 45 ёшидан бери безовта қилади. Иш жойида профилактик тиббий кўрикдан ўтганида илк бор АҚБ 150/90 мм сим.уст. далиги аниқланган. Баъзан гипотензив дорилар қабул қилган. Зарарли одатлари: узоқ

йиллар давомида кунига 15-20 дона сигарет чекади, спиртли ичимликлар ичади, юқори калорияли таомларни яхши кўради.

Объектив кўрганда:умумий ахволи нисбатан қониқарли, юзи қизарган. Юрак чегаралари чапга силжиган. АҚБ 160/95 мм сим.уст., юрак уриш сони ва пульс 1 дақиқада 86 та. Юрак чўққисида 1 тон сусайган, аорта устида ИИ тон акценти.

Беморга нечанчи парҳез столи буюрилади?

Текширув саволлари

1.УАШ ишида профилактика ахамияти
2.Профилактика турлари
3. Соғлом турмуш тарзи пропагандаси
4. Овқатланиш гигиенаси
5. Овқатланиш пирамидаси
6. Скрининг ва профилактик кўриклар
7. Юқумли ва юқумли бўлмаган касалликларни профилактикаси
8. Иммунизацияпринциплари
9. Профилактика бўйича дастур ва йиғилишлар

Амалий машғулот №5.

Мавзу: Болалар, ўсмирлар, аёллар (фертил ёшдаги аёллар, хомиладорлар), эркаклар, кексалар. Ишлаб чиқариш ва қишлоқ хўжалигидаги ишчилар. Ижтимоий ҳимояланган инсонлар. Беморлар, оғир беморлар, ўлаётган беморлар. Реабилитация ва диспансеризация муаммолари. Ишга лаёқатликни экспертизаси.

Ўқитиш технологияси

Ўқитиш вақти: 6 соат	Талабалар сони : 10-12 тагача
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Машғулот структураси	1 Ўқиш тематик хонаси 2 ВОП хонаси 3 ўқув қўлланма фантомлар, муляжлар, тарқатма материаллар, тест вавазиятлимасалалартўплами 4 Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа
Машғулотнинг мақсади: -Турли гурухдаги ахоли билан ишлаш. Болалар, ўсмирлар, аёллар(фертил ёшидаги, хомиладор), эркаклар, қариялар. Қишлоқ хўжалик ва ишлаб чиқариш ишчилари. Ижтимоий химояланмаган одамлар. Касаллар, оғир кечувчи касаллар, вафот этаётган касаллар - Реабилитация ва диспансеризация саволларини ечиш - Мехнатга лаёқатлилик экспертизасига хужжатларни тайёрлаш. -касалланиш ва ўлим кўрсаткичини камайтириш, аёллар саломатлигини яхшилаш, қарияларни саломатлигини мустақил харакат қилгунга қадар яхшилаш -ўсмирлар орасида травмвтизм, касалланиш ва ўлим кўрсаткичини камайтириш	

Педагог вазифалари: 1. Турли гурухдаги ахоли билан ишлашни ўргатиш. Болалар, ўсмирлар, аёллар(фертил ёшидаги, хомиладор), эркаклар, қариялар. 2. Қишлоқ хўжалик ва ишлаб чиқариш ишчилари билан ишлашни ўргатиш 3. Ижтимоий химояланмаган одамлар билан ишлашни ўргатиш 4. оғир кечувчи касаллар, вафот этаётган касаллар билан ишлашни ўргатиш 5. Реабилитация ва диспансеризация саволларини ечиш 6.Мехнатга лаёқатлилик экспертизасига хужжатларни тайёрлашни билиш	**Ўқиш фаолиятининг натижаси:** **Талаба билиши шарт*:*** 1. Турли гурухдаги ахоли билан ишлашни. Болалар, ўсмирлар, аёллар(фертил ёшидаги, хомиладор), эркаклар, қариялар. 2. Қишлоқ хўжалик ва ишлаб чиқариш ишчилари билан ишлашни. 3.Ижтимоий химояланмаган одамлар билан ишлашни. 4. оғир кечувчи касаллар, вафот этаётган касаллар билан ишлашни ***<u>Қила олиши керак:</u>*** 1.Реабилитация ва диспансеризация саволларини ўтказишни 2. Мехнатга лаёқатлилик экспертизасига хужжатларни тайёрлаш
Ўқитиш методи	«инциндента», методи, “ромашка” график органайзер, демонстрация, видеокўрик, дискуссия, сухбатвазиятли масала ва тестларни ечиш
Ўқув фаолиятининг ташкилий тузулиши:	Якка тартибда ишлаш, гуруҳли, коллектив аудитория билан ва аудиториядан ташқари ишлаш.
Ўқитиш манбаи::	Ўқув тарқатма материаллари, визуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар,график органайзерлар, тиббиёт харита тўплами, таблица, стендлар.
Қайта боғланишнинг тур ва манбаълари:	Блиц-сўроқ, тест ечиш, ўқув машғулоти натижасини презинтация қилиш, тиббий харитани тўлдириш, «профессиональ сўроқ» амалий кўникмасини бажариш

Машғулотнинг технологик харитаси

№	**Амалий машғулот босқичлари**	**Машғулот шакли** **Ўтказиш жойи**	**Машғулотнтнтг давомий лиги 225**
1	Кириш қисми (мавзуни тушунтириш)		10
2	янги педогогик технологиялар ёрдамида амалий	Сўров мухокама	40

	машғулотниниг мухокама қилиш (“ақлий хужум” усули) хамда кўргазмали усуллар билан (тиббий харита комплекти, таблицалар, плакатлар, рентгенограммлар)	Ўқув хонаси УАШ кабинети	
3	Хулоса мухокама		10
4	Амалий машғулотни бажаришда вазифа белгилашғ профессионал сўров. Тиббий карталарни тўлдиришда тавсияларни тушунтириш.	Мухокама қилиш УАШ хонаси	20
5	Ўқитувчи ёрдамида машғулотни амалий қисмини ўзлаштириш	Проф.сўров. беморлар билан сухбат, тиббий карталарни тўлдириш Поликлиникада беморларни кўриш уйда кўриш	20
6	Беморларни текширув натижалари интерпритацияси- шикоятлари, кўрув пальпация, перкуссия, аускултация, хамда УҚТ, УСТ ва биохимик текширувлар натижаси интерпритацияси	Касаллик тарихлари, вазиятли масалалар, лабаратор маълумотлар	25
7	Талабалар билимларини назарий ва амалий жихатдан мустахкамлаш	Оғзаки сўров, тестлар, мухокама, амалий кўникмалар Поликлиникадаги ўқув хона	75
8	Амалий машғулотлар мавзуси бўйича хулосани аниқлаш 100 баллик система билан бахолаш. Кейинги амалий дарсни уй вазифасига бериш (саволлар тўплами)	Мустақил иш учун саволлар Поликлиникадаги ўқув хона	25

4. Машғулот таркиби

Беморларни ўқитиш темасини мухокамасида шу нарсани талабалар ўрганиши лозимки, беморлар ўз касалликларига нисбатан ўзлари маъсулиятни хи қилишлари лозим, ва беморларни соғлом турмуш тарзига йўналтириш лозим, чекишни ташлашга ёрдам бериш, спорт билан шуғулланишга бошлашга рағбатлантириш ва рационал овқатланиш.

Жахонда аҳоли саломатлиги кўрсаткичларида юзага келган салбий холатларни хисобга олган ҳолда, 1978 йилда Олма-ота декларацияси қабул қилинди. Унга кўра, БИРЛАМЧИ ТИББИЙ-САНИТАРИЯЁРДАМИ соғлиқни сақлашни бош йўналиши эканлиги қайд этилиб, умумий амалиёт врачи фаолиятига етакчи ўрин ажратилди.

Бирламчи тиббий санитария ёрдами миллий соғлиқни сақлаш тизимининг ажралмас ва бир вақтнинг ўзида, жамиятнинг ИЖТИМОИЙ хамда ИҚТИСОДИЙ ривожланишининг таркибий қисми хисобланади.

УАШ санитар оқартув ишларини хар бир беморни кўрганда олиб бориши мумкин. ўз ўзидан маълумки консултация бу бемор истагига кўра, санитар оқартув ишлари эса врач истагига кўра амалга оширилади.

Консултация вақтида врач тактикаси актив ёки пассив бўлиши мумкин буни вазиятга қараб врач у ёки бу тактикани қўллаши мумкин. пассив тактика беморда касалликка оид шикоятлар бўлганда амалга оширилади. фақатгина пассив тактикада қолиш врач учун беморни ўқитиш имкониятидан махрум қилади.

Актив тактика беморни олиб бориш жараёнида врач интилишига мувофиқ амалга ошади, бунда врач хар бир кўрикка келган беморни хавф омилларини аниқлаши, ушбу касаллик хақида беморга тўлиқ маълумот бериши, соғлом турмуш тарзи хақида санитар оқартув ишларини олиб бориши лозим.

1. Беморларни қандай бўлса шундай қабул қилиш керак. уни тўғрилашдан тийилинг. беморни кўп шикояти уни сиз билан мулоқотини ушлаб туриши мумкин. бу шикоятларни ташхисни бошланиш даври. диагнозни тасдиқлаш керак бўлса текширувлар белгиланг.
2. агар бемор сизга кўп мурожаат қилса унга учрашувлар графигини таклиф қилинг.
3. консултация давомида бемордан оиласи ва иши хақида сўранг.
4. беморга етарли вақт ажратинг у вақт чегаралганлигин тушунсин
5. таскин берадиган хар бир сўзингиз асосланган бўлсин.
6. ростгўй бўлинг. бемор муаммоси сизнинг назарингизда қандайлигини айтинг.
7. лекин қатъиятли бўлинг
8. плацебо ўтказманг врач билан сухбат даво хисобланмайди
9. беморлар билан бошқа шифокорларни мухокама қилманг уларни камчилигини кўрсатманг
10. олдингизга аниқ мақсад қўйинг
11. беморлар билан алоқани ўзи хохламагунча тўхтатманг.
12. бемор сизга мурожаат қилмоқчи бўлса тўсқинлик қилманг.
13. танишларни даволаётганда ва улар совўа бераётганда эхтиёт бўлинг. шифокор этикасини сақланг.
14. сизга бемор билан мулоқот қийинчилик туғдирса уни бошқа шифокор маслахатига юборинг.
15. айрим беморларга ёрдам беришнинг иложи йўқлигига кўникинг.

Вазиятли масала 1.Сизга 45 ёшли эркак мурожаат қилди. бемор ортиқча тана вазнига эга ва отаси миокард инфарктидан вафот этган ва ўзида хам шу хавф борлигидан хавотирда.
Саволлар:
1. Сизнинг илк қадамингиз?
2. Бемор касаллик бўйича қайси категорияга киради?
3.Сиз беморга қандай йўналтирувчи саволлар берасиз?

4. Сўроқ вақтида беморда хеч қандай шикоят йўқлигини аниқладингиз. сизнинг маслахатингиз?
5. Агар бемор ўзида қандайдир лабаратор инструментал текширувлар ўтказилишини хохласа сиз қандай текширувлар ўтказишни мақсадга мувофиқ деб хисоблайсиз? Асосланг.

2.УАШ қабулига 48 ёшли эркак ЮИК, зўриқиш стенокардияси,. ФК ИИ ташхиси билан мурожаат қилиб келди. .
Саволлар:
1. Беморга соғлом турмуш тарзига амал қилиш бўйича қандай маслахатлар бериш лозим?
2. Овқатланиш бўйича сизнинг маслахатларингиз?
3.Сиз беморга стенокардия хуружлари тўғрисида қандай асосий маслахатлар берасиз?
4. Стенокардия профилактикаси учун қўлланадиган дори воситалари гурухларини сананг.
5. Беморда биринчи ўринда қандай кўрсаткичларни назорат қилиш лозим?

3.Сизнинг олдингизга 14 ёшли, психикаси бузилган (ДЦП) бола келди. У сиз билан қийин суҳбатга киришади ва саволларга жавоб бермайди. Унга махсус мактаб учун ҳужжат зарур.
Сизнингтактикангиз?

4.27 ёшли текстил завода ишловчи ёш аёл мурожат қилди. Уни кучли йўтал безовта қилади ва юзида охирги пайтларда доғ пайдо бўлган.У ўзидаги белгиларни ишидаги ноқулай шароит билан боғлайди.У бўёқ заводида ишлайди.
Сизнинг тактикангиз?

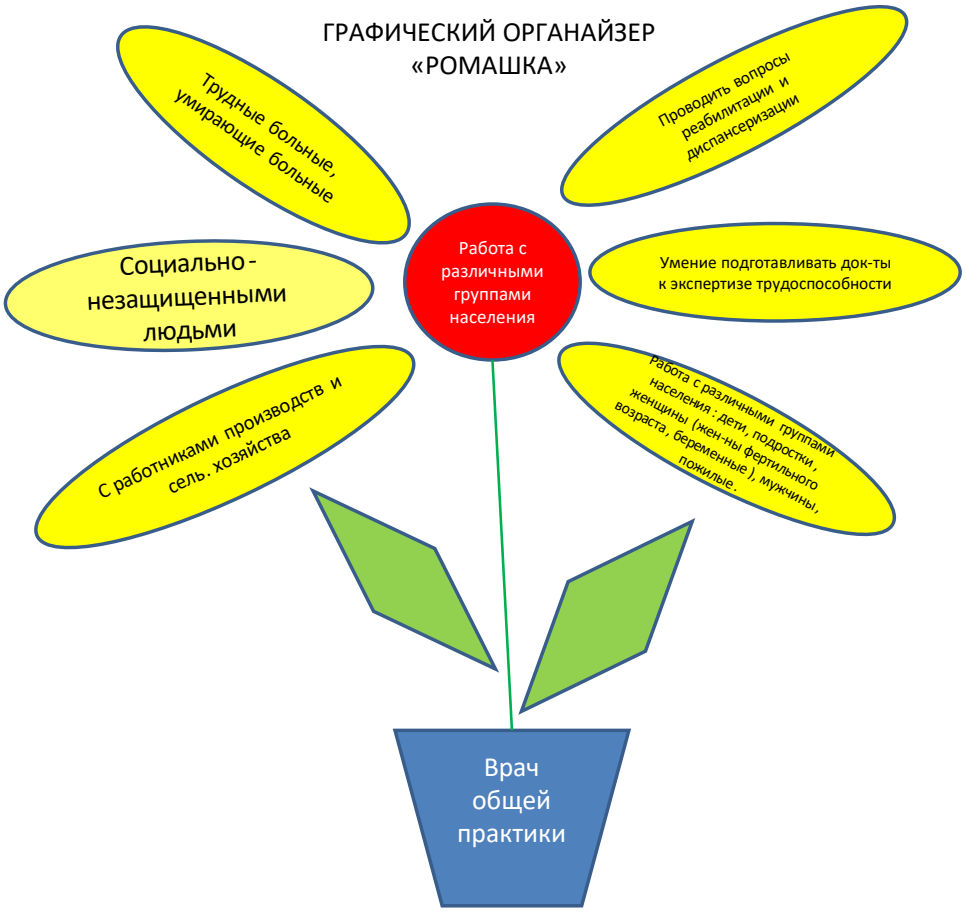
5.68 ёшли эркакпенсияда. Қандли диабет II тип билан оғрийди. Охирги пайтларда чанқаш, оғиз қуриши, қичишиш шикоятлари пайдо бўлган. Ўзининг касаллигини стресс билан боғлайди, уйда катта ўғли билан урушиб қолган.
Сизнинг тактикангиз ва сизнинг кейинги маслаҳатингиз?

6.Бемор 60ёш, уни қийин ажралувчи балғам билан йўтал қийнайди. Кунига 1 қути сигарет чекади. Беморнинг ҳозирги пайтдаги муаммоси: кучли оғриқ. Маслаҳат пайтдаги беморнинг ҳолати: тинч, тезроқ суҳбатни тугатишни хохлайди, тезроқ чекишни хохлайди.
Шифокорни консультация вақтида ўзини қандай тутиши лозим?

7.Сизга 45 ёшли эркак жинсли бемор мурожаат қилди. Беморда ортиқча тана вазнига эга ва отаси ннфаркт миокарддан вафот этгани ва қўшнисини инфаркт миокард ривожланиши мумкин деган гапидан хавотирланиб мурожаат қилибди.
Саволлар:
1. Сизнинг биринчи қадамиз қандай?
2. Касалланиш бўйича ушбу беморни қайси категорияга қўясиз?
3. Беморга қандай калит саволлвр берасиз?

4. Суров жараёнидасиз беморингиздан соғлиғи бўйича шикоятлари йўқ эканлигини билдингиз. Сизнинг тавсиянгиз?

5.Агар бемор лаборатор-инструментал текширувдан ўтишни талаб қилса, қайси энг қулай текширишни танлаган бўлар эдингиз? Асосланг .



Назорат саволлари

1. УАШни турли гурухдаги ахоли билан ишлашни мақсади
2. Турли гурухдаги ахолини профилактика турлари
3. Аёллар(фертил ёшидаги, хомиладор), эркаклар, қариялар, қишлоқ хўжалик ва ишлаб чиқариш ишчилари, ижтимоий химояланмаган одамлар орасида соғлом турмуш тарзи пропаганси
4. Болалар ва ўсмирлар орасида соғлом турмуш тарзи пропаганси
5. Реабилитация ва диспансеризация саволлари**.**
6. Мехнатга лаёқатлилик экспертизаси

Машғулотнинг технологик харитаси №6

Мавзу: Санитар оқартув. Касалланиш ва ўлимнинг асосий сабабларига таъсир этиш. Руҳий ҳолатни мустаҳкамлаш. Экология ва касб омиллари. Беморларни ўқитиш, “мактаблар”.

Машғулот вақти 6 соат		Талабалар сони : 10-12 тагача	
Машғулот шакли		Амалий машғулот	
№	**Амалий машғулот босқичлари**	**Машғулот шакли** **Ўтказиш жойи**	**Машғулотнинг давомийлиги 120**
1	Кириш қисми (мавзуни тушунтириш)		5
2	янги педогогик технологиялар ёрдамида амалий машғулотниниг мухокама қилиш (“ақлий хужум” усули) хамда кўргазмали усуллар билан (тиббий харита комплекти, таблицалар, плакатлар, рентгенограммлар)	Сўров мухокама Ўқув хонаси УАШ кабинети	20
3	Хулоса мухокама		10
4	Амалий машғулотни бажаришда вазифа белгилашғ профессионал сўров. Тиббий карталарни тўлдиришда тавсияларни тушунтириш.	Мухокама қилиш УАШ хонаси	20
5	Ўқитувчи ёрдамида машғулотни амалий қисмини ўзлаштириш	Проф.сўров. беморлар билан сухбат, тиббий карталарни тўлдириш Поликлиникада беморларни кўриш уйда кўриш	10
6	Беморларни текширув натижалари интерпритацияси- шикоятлари, кўрув пальпация, перкуссия, аускултация, хамда УҚТ, УСТ ва биохимик текширувлар натижаси интерпритацияси	Касаллик тарихлари, вазиятли масалалар, лабаратор маълумотлар	15
7	Талабалар билимларини назарий ва амалий жихатдан мустахкамлаш	Оғзаки сўров, тестлар, мухокама, амалий кўникмалар Поликлиникадаги ўқув хона	15
8	Амалий машғулотлар мавзуси бўйича хулосани аниқлаш 100 баллик система билан бахолаш. Кейинги амалий дарсни уй вазифасига бериш (саволлар тўплами)	Мустақил иш учун саволлар Поликлиникадаги ўқув хона	25

Назарий қисм

Беморларни ўқитиш темасини мухокамасида шу нарсани талабалар ўрганиши лозимки, беморлар ўз касалликларига нисбатан ўзлари маъсулиятни хи қилишлари лозим, ва беморларни соғлом турмуш тарзига йўналтириш лозим, чекишни ташлашга ёрдам бериш, спорт билан шуғулланишга бошлашга рағбатлантириш ва рационал овқатланиш.

Жахонда аҳоли саломатлиги кўрсаткичларида юзага келган салбий холатларни хисобга олган ҳолда, 1978 йилда Олма-ота декларацияси қабул қилинди. Унга кўра, БИРЛАМЧИ ТИББИЙ-САНИТАРИЯЁРДАМИ соғлиқни сақлашни бош йўналиши эканлиги қайд этилиб, умумий амалиёт врачи фаолиятига етакчи ўрин ажратилди.

Бирламчи тиббий санитария ёрдами миллий соғлиқни сақлаш тизимининг ажралмас ва бир вақтнинг ўзида, жамиятнинг ИЖТИМОИЙ хамда ИҚТИСОДИЙ ривожланишининг таркибий қисми хисобланади.

УАШ санитар оқартув ишларини хар бир беморни кўрганда олиб бориши мумкин. ўз ўзидан маълумки консултация бу бемор истагига кўра, санитар оқартув ишлари эса врач истагига кўра амалга оширилади.

Консултация вақтида врач тактикаси актив ёки пассив бўлиши мумкин буни вазиятга қараб врач у ёки бу тактикани қўллаши мумкин. пассив тактика беморда касалликка оид шикоятлар бўлганда амалга оширилади. фақатгина пассив тактикада қолиш врач учун беморни ўқитиш имкониятидан махрум қилади.

Актив тактика беморни олиб бориш жараёнида врач интилишига мувофиқ амалга ошади, бунда врач хар бир кўрикка келган беморни хавф омилларини аниқлаши, ушбу касаллик хақида беморга тўлиқ маълумот бериши, соғлом турмуш тарзи хақида санитар оқартув ишларини олиб бориши лозим.

Актив тактикага киради:

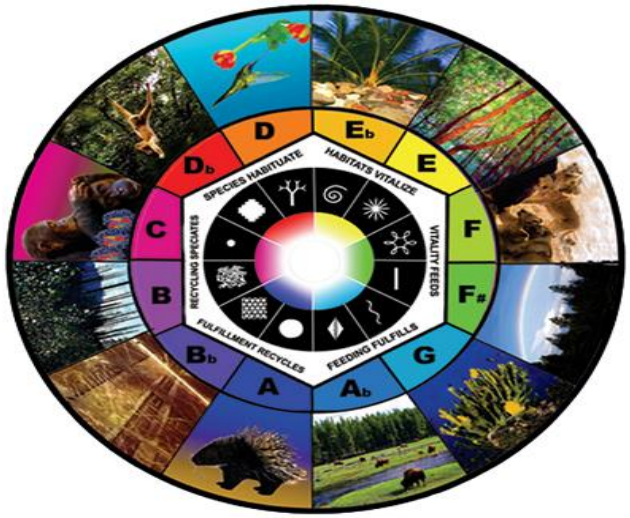
беморни бевосита кузатуви, масалан ГКда АҚБни тез тез ўлчаб туриш, қонда қанд миқдорини ўлчаш, пихотерапия ўтказиш

Бемор ихтисослаштирилган ёрдамга мухтож бўлганда тўғри йўналтира олиш.

беморни ўз саломатлигига нисбатан муносабатини ўзгартириш, масалан врачга мурожаат қилмаслик ёки жуда кўп мурожаат қилиш.

санитар оқартув ишларини олиб бориш учун зарур:

- врачни замонавий билимларга эга бўлиши,
- адабиётлар ва кўрсатма материаллари ,
- хавф гурухига мансуб беморларни консултацияга актив таклиф қилиш,
- овқатланиш, тана массасини камайтириш, спорт билан шуғулланишга оид маслахатлар бериш,
- эмоционал зўриқиш билан курашиш.



1.УАШ ишида хавф омилларининг ахамияти
2.Санитар оқартув ишлари хақида тушунча
3.Касалланиш ва ўлимнинг асосий сабаблари
4. Ахоли рухий саломатлигини мустахкамлаш
5. Экология ва касбий омиллар
6. Беморларни ўқитиш

Амалий машғулот №7

Тема: «Саёҳатчига маслахат бериш. Саёхатдан кейин маслахат бериш. Иммунизация. Иқлим ва соат ўзгаришларини алмашиниши. Чайқалиш ва тоғ касаллиги. Йўл тиббиёт анжомларни йиғиндиси. Тахминий ташхис. Хавфли касалликлар. Ташхисий хатоликлар. Имитатор касалликлар. Руҳий бузилиш ва симуляция».

Ўқитиш технологияси.

Ўқув соати : 6 соат	Талабалар сони : 10-12 тагача
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Ўқув машғулотининг тузилиши	1. Ўқув тематик кабинети . 2. УАШ хонаси. 3. Дарс қўлланмалар: фантомлар, муляжлар, тарқатма материаллар, қўлланма ва текстлар 4. Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа
Ўқув машғулоти мақсади:талабаларга **УАШ**га ўргатиш саёхатдан олдин консултация ўтказиш, саёхатдан кейинги маслахатлар, иммунизация ўтказиш, об хаво ва вақт ўзгариши тебранишлар ва тоғ касаллиги йўл тиббиёт анжомларини йиға олиш.	
Педагогические вазифалар: 1. саёхатгача консултация ўтказиш, 2. саёхатдан кейин консултация	**Ўқув фаолиятининг натижаси:** ***Талаба билиш керак:*** 1. сурункали диарея ва малярия

ўтказиш, 3. иммунизация ўтказиш, 4. иқлим ва вақт ўзгаришида консултация ўтказиш 5. тебраниш ва тоғ касаллиги консултация ўтказиш 6. йўл тиббиёт анжомларини йиға олиш	профилактикаси 2. ЖЙБЮК ва наркомания профилактикаси. 3. саёхатдан кейинги маслахатда қуйидаги касалликлар профилактикасини билиши шарт , ЖЙБЮК, ошқозон ичак касалликлари дисфункция лихорадка, безгак касалликлари япон энцефалити, менингококкли инфекция ларни. 4. кам учрайдиган инфекциялар, уйқу касаллиги тери лейшманиози, шистозамоз, анкилостомоз, лайм касаллиги, стронгилоидоз, мелиоидоз, сигватер. 5. вақт алмашинуви синдроми. 6. тебраниш ва тоғ касаллиги симптомлари. **Талаба бажара олиши керак:** Иммунизация ўтказа оили керак: холера, олтой лихорадка, гепатит А,В ва терламага қарши, япон энцефалопатияси, менингококк, тошлами тифларга
Ўқитиш методикаси	Мия хужуми усули, ролли ўйини,график органайзер, пирамида, намойиш қилиш, мунозара, ситуацион масалалар, ва текстлар ечими, органайзер пирамида
Ўқув фаолияти бошқарув шакли	Алохида иш, жамоада ишлаш, коллективда аудиторияда ташқарида ҚВП, шифокор хонасида.
Ўқитиш услуби	Ўқув тарқатма материаллари, ЭКГ, касаллик тарихи, слайдлар, муляжлар, график органайзерлар, комплектлар
Қайта боғланиш учун ашёлар	Блиц-савол, тест, тиббиёт картасини тўлдириш, “профессионал сўров” амлий кўникмасини бажариш

Ўқув машғулоти технологик картаси

№	Амалий кўникма босқичлари	Машғулот шакли *Ўтказилиш жойи*	Дарс давомий лиги 120
1	Кириш қисми (мавзу асоси)		5

2	Янги педагогик технологияларга асосланган амалий машғулотлар мухокамаси. (мия хужуми усули) жадваллар, беморлар рентгенограммаси, бошланғич даражасини аниқлаш.	Сўров, мухокама *Ўқув хонаси, УАШ хонаси,*	20
3	Мухокама хулосаси		10
4	Профессионал сўроқни ўтказиш учун тайёргарлик даражасини аниқлаш вазиятни тушунтириш тиббиёт картасини тўлдириш бўйича тавсиялар.	Мухокама *УАШ хонаси*	20
5	Ўқитувчи назорати остида дарснинг амалий қисмиин ўзлаштириш	Проф. сўров бемор билан мулоқот, вазиятли масалалар *Поликлиникада беморлар қабули, уйда қабули*	10
6	Бемор текширув натижаларини интерпретация қилишғ шикоятлар, палпация, перкуссия, аускултация хамда, УҚТ, УСТ хамда биохимик ва бошқа текширувлар ўтказиш ва ташхис қўйиш	Касаллик тарихи, вазиятли масалалар, лабаратор маълумотлар	15
7	Талабаларнинг назарий ва амалий билимлари мухокамаси, маълумотларни мустахкамлаш, ўзлаштириш даражасини аниқлаб бахолаш	Оғзаки сўров, тестлар, мухокама, амалий кўникмалар *поликлиникадаги ўқув хонаси*	15
8	Ўтилган амалий дарс мавзуси бўйича хулоса чиқариш ва 100 баллик шкал бўйича билимлрни бахолаш. кейинги дарс учун уй вазифаси.	Мустақил ишлаш учун Маълумотлар, саволлар *поликлиникадаги ўқув хонаси*	25

4.1. Назарий қисм

Мавзуни ўзлаштиришда шифокор келгусида бемор билан саёхатга чиқишидан олдин сухбатлашиши керак. хеч бўлмаганда саёхатга 2 ой қолганда. консултация 30ғ45 минут давом этиши керак саёхатчига соғлиги учун ўзи жавобгар эканлигини тушунтириш керак. кўрсатмалар оғзаки ва ёзма тарзда берилади. саёхатчига тиббий картаси берилади. картада тўлиқ унинг касалликлари хақида маълумотлар ёзилган бўлади. саёхатдан олдин унга стоматологга учрашига маслахат берилади. саёхатчиларда энг кўп учрайдиган касаллик бу ичак инфекциясидир. бу касаллик фекал ва орал йўллар билан юқади. санитария холати ёмон бўлган туманларда кўпроқ учрайди. энг кўп учрайдиган касалликлар: диарея, гелминтоз, гепатит А. Саёхатчилар диареясини жуда кўп қўзғатувчилар чақиради. яширин

даври 6ғ12 соат. Касаллик енгил ўтади баъзан қорин бўшлиғида қаттиқ оғриқлар билан сув аралаш ахлат, баъзан қусиш билан кечади. саёхатчиларда диарея касаллиги кечиши 2ғ3 кун баъзан 5 кун давом этади. тез тез қон аралаш ич кетиши, ва бошқа ичак касалликларида хам масалан ичак амябиазида хам диарея синдроми билан кечиши мумкин. кўпроқ яхна ичимликлар ичиш керак. диареяга қарши воситалар (агар ахлатда қон бўлмаса) қатор холатларда диареяга глюкоза эритмаси ва электролитлар ичишга. норфлоксацин 400мг 1 кунда 2мартадан 3 кун давомида ципрофлоксацин буюурилади.
умумий интоксикация симптомлари бўлган оғир диареяда бемор касалхонага ётқизилади. болаларга триметоприм ва сулфометоксозол буюрилади. агар диарея синдроми 3 хафтадан ошиқ давом этса сурункали хисобланади. Сурункали диарея билан Хитой ва Хиндистондан қайтганларда кузатилса протозой инфекциясидан гумон қилиш керак. ва яна амябиаз ёки лямблиёзга хам. ичак инфекцияси профилактикаси қуйидагиларга асосланган. қайнаган сув ёки тоза қайта ишланган сув ичиш керак. сувни 10 минут давомида қайнатиш керак. мева ва сабзавотларни истеъмол қилмаслик керак. Дудланган гўшт махсулотларини, сут ва сут махсулотлари қатиқ, қаймоқ, музқаймоқ сип истеъмол қилмаслик. нам салфеткалар ва бир марталик сочиқлардан фойдаланиш Малярия профилактика ва давоси ЖССТ тавсияси бўйича олиб борилади.

Хлорохин нисбатан кенг тарқалган уч кунлик малярияда эффектив препарат. Малярия хомиладорлик пайтида, 5 ёшгача болаларда иммунодефицитларда хавли кечади. малярияга қарши вакцина хали яратилмаган, шунинг учун профилактиканинг асосий йўналиши бу безгак чивини чақишидан сақланиш ва малярияга қарши препаратлар хисобланади.

Мажбурий иммунизация ЖССТ тавсиясига мувофиқ эндемик раёнларга боришдан олдин сариқ иситмага қарши мажбурий иммунизациядан ўтказилади, иммунизация-ланганаларга сертификат берилади. Сариқ иситма бу трансмиссив вирусли инфекция. Малярия сингари бу касаллик хам тропик мамлакатларда кенг тарқалган. қўзғатувчи ташувчилари чивинлар. Сариқ иситмага қарши эмлаш МарказийАфрика ва Жанубий Американинг шимолий районларига кетишдан олдин албатта ўтказилади. вакцина бир марта юборилади. иммунитет 10 йилга сақланади..

Холерага қарши иммунизация эффективлиги юқори эмас, шунинг учун ЖССТ унга алохида эътибор бермайди. Покистон ва Питкэрн учун мажбурий хисобланади Вакцина 2 марта юборилади, 7-28 сутка интервал билан. 5 ёшгача бўлган болаларга ва хомиладорларга вакцина қилинмайди. Хохишга кўра иммунизация саёхатчи истагига кўра ўтказилади, йўлга чиқишдан олдин борадиган жойда қандайдир инфекцион касаллик юқтириш эхтимоли бўлгана масалан гепатит А,В, тиф паратиф, япон энцефалити, менингококк инфекцияси ёки қутуриш.

Гепатит А га қарши вакцинация 3 этапда ўтказилади. олдиндан НА Agга антитела даражаси аниқланади. Агар саёхатчи кетишдан олдин вакцинацияга тўлиқ улгурмаса унда иммуноглобулн юборилади бу 3ғбой давомида пассив иммунитетни таъминлайди. иммунизация 8 ёшгача бўлган болаларга ўтказилмайди. Гепетит В асосан жанубий шаркий Осиё ва Жанубий Америкада кенг тарқалган шу давлатга узоқ муддатга борувчиларга асосан тиббиёт ходимларига ўтказилади. вакцина қон зардобида анти- НВС

Ag антитела класса G йўқ бўлса қилинади. вакцинация 3 этапда ўтказилади: 2 доза бир ойдан кейин юборилади 3 доза эса биринчи дозадан ярим йилдан кейин .

Қорин тифига қарши иммунизация Осия, Африка, Марказий ва ЖанубийАмерикага боришдан олдин ўтказилади. икки турдаги вакцина мавжуд
биринчиси тери остига иккинчиси янги яратилган ичга қабул қилишга. 4 капсула ичгандан кейин иммунизация давомийлиги 5 йил.

Японский энцефалит бу трансмиссив инфекция унинг ташувчилари бўлиб чивинлар хисобланади. касалликка мойиллик жуда юқори. Эндемик зоналарда жуда кўп учрайди асосан ёз мавсумида. кўпинча шолипоялар ва чўчқа фермаларига яқин жойларда кўп учрайди. Леталлик – 20-40%. япон энцефалитига қарши вакцина кўпинча анафилаксия чақиради, шунинг учун профилактиканинг асоси чивинлардан химоя.

Менингококкли инфекция бир нечта клиник формаларига эга, энг хавфлиларидан бири менингококкли менингит ва менингококцемия хисобланади, кўпинча ўлимга олиб келади. менингококкли инфекция Осиё ва Африка мамлакатларида кенг тарқалган. иммунизация Катман ва Непалга борувчиларга хамда Маккага хаж зиёратига борувчиларда ўтказилади.

Қутуришга қарши иммунизация эндемик районларда хайвонлар билан учровчи одамларда ўтказилади. шу районда бўлган вақтда хар қандай шилиниш ёки озгина жарохатга хам иммунизация ўтказилиши шарт.

самолётда учиш вақтида саёхатчиларда тебраниш ва вақт ўзгариши синдроми кузатилиши мумкин. соат белбоғи ўзгариши синдроми да чарчаш, диққат бузилиши, уйқусизлик, қўзғалувчанлик, иштаха йўқолиши, бош оғриғи, бош айланиши, кўрув бузилиши кузатилиши мумкин.

соат белбоғи ўзгариши синдромига қуйидаги факторлар таъсир қилади.

Эндоген: ёш, соғлик холати, рухий холати Экзоген: шовқин ва вибрация даражаси, хаво намлиги, салондаги қулайликлар, алкогол ва сигарет истеъмол қилиш .

масалахатлар : учишдан олдин тўйиб ухлаш, аэропортга вақтида келиш. учиш вақтида тавсия этилади: апелсин ва минерал сувлари ичиш, кофе ва алкогол ичмаслик, ўртача ейиш, тунда училса ухлашга харакат қилиш.

Учиш вақтида оёқни кўтарган холатда бўлган маъқул, салон бўйича юриб туриш, самолётда қуйидаги холатларда учиш мақсадга мувофиқ эмас: ОРВИ, нафас органи касалликлари, оғир юрак етишмовчилигида, яққол анемия, хомиладорлик 28 хафталик, инсултдан кейинги биринчи 2 хафта, инфарктдан кейинги холатларда, хирургик операциялардан кейин, мия ўсмаларида, эпилепсия, юқори АҚБ кўз босимиинг юқорилиги

Тоғ касаллиги юқорига кўтарилганда нафас ва юракда бўладиган ўзгаришлар симптомокомплекси
тоғ каасаллигининг қуйидаги шакллари фарқланади6

1. ўткир тоғ касаллиги
2. мия шиши
3. ўпка шиши

клиник белгилар биринчи 8 24 соатда ривожланади. бош оғриғи энса сохасида оғриқ, холсизлик, иштаха йўқолиши, кўнгил айниш, уйқусизлик .
даволаш тезлик билан пастга тушиш. кислород билан ингаляция, дексаметазон 4 мг
профилактика секинлик билан юқоригачиқиш. ацетолозамид 250 мг ичишга.

Йўл тиббиёт йиғмаси

узоқ йўлга чиққанда ўзи билан тиббий йиғмани олиб олиш лозим. унга қуйидаги предметлар киради.
Инструмент ва материаллар: пластир, сстерил ва ностерил бинтлар, пахта, термометр, пинцет, скалпел, чўнтак фонари,
махаллий қўллаш учун ситалар: замбуруғларга қарши гель, антисептик крем, бурун битишига қарши аэрозол ёки томчи антисептик таблеткалар, қуёшга қарши крем
дори воситалар:
- антибактериал воситалар-норфлоксацин в таблетках по 400мг, триметроприм /сульфаметоксазол
-антацид воситалар,
- малярияга қарши воситалар эндемик райога борувчилар учун, тинидазол, 2г или метронидазол, 2,4г при амёбиазе и лямблиозе,
- ич сурувчилар лоперамид при поносе,
-тебранишдаии (прометазин), иситма ва оғриқда (парацетамол),
- уйқу бузилишларида (темазепам),
-регидратация учун моддалар

Ролли ўйин усулидан фойдаланиш

Қабулингизга 28 ёшли аёл келди 1 хомиладорлик, 28 хафталик. у яқинда Мисрга кетмоқчи саёхат мақсадида. у самолётда учишдан хавотирда. хомиладорликкача бўлган вақтда хам у самолётда ўзини ёмон хис қилган.
бемор муаммоси: самолётда учишдан қўрқиш.
консултация вақтида ўзини тутиши: хавотирли
кўрик: тери одатдаги рангда шиллиқ қаватлар пушти. нафас олиш ва юрак мқон томир тизимлари нормада. қорин хомила хисобига катталашган. бачадон туби холати хомила муддатига мос келади. хомила юрак уриши нормада АД -110/70 мм. рт. ст. Пульс – 100 марта минутига. жигар ва талоқ катталашмаган. ич келиши ва диурез нормада.
ўқитувчи нуқтаи назар:
психологик алоқа ўрнатиш
консултация бериш
беморни тинчлантириш. Миср эндемик зона хисобланади.
Шистомоз – аёлга канал ва сувларда чўмилиш керак эмас ва у жойлардан сув ичишни таъқиқлаш. қўзғатувчи гелминт юқтириш сувда чўмилганда ёки кир ювганда.

Назорат саволлари:

1 .УАШ ишида хавфли факторларнинг ахамияти
2. Санитар ишлари хакида оммага тушунтира олиш
3. Касалланиш ва улимнинг асосий сабаблари

4.Ахолини психологик равишда соглигини ошириш
5. Экологик ва профессионал факторлар
6. Ахолини укитиш

АРИТМИЯЛИ БЕМОРЛАР МУАММОСИ АСОСИДА ТАЛАБАЛАРНИ ЎҚИТИШДА БИЛИМ, КЎНИКМА ВА МАЛАКАЛАРГА БЎЛГАН ТАЛАБЛАР

Мақсад:Талабаларга аритмияси мавжуд беморларда муаммоларни синдромал хал этишга, шунингдек УАШ малакавий характеристикаси асосида соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғинида уларни олиб боришга ўргатиш.
Ўқитишнинг асосий мақсадлари:

- Талабаларга аритмиялар билан боғлиқ муммоларни хал этишга ўргатиш;
- Талабаларга аритмиялар билан боғлиқ муммолар бўлганда тезкор ташхислашга ўргатиш.
- Талабаларга аритмиялар билан кечувчи касалликларни қиёсий ташхислашга ўргатиш.
- Аритмияси мавжуд беморлар муаммоларини хал этишда керакли билим, амалий кўникма ва малакаларни такомиллаштириш(маълумот еғиш, муаммоларни аниқлаш ва физикал кўрик, шунингдек асосланган холда лабаратор-асбобий текшириш усулларини тайинлаш);
- Талабаларга асосланган беморни олиб бориш тактикасига ўргатиш;
- ҚВП ва ОП шароитларида талабаларга асосланган равишда даволаш профилатик чора тадбирлари ва кузатишишларига ўргатиш .

1.2.Ушбу муммони хал этишда талабалар билимини бахолашда мухим жихатлар:

- Беморлар хаёт сифатига таъсир кўрсатган асосий муаммони аниқлай олиш.
- Рационал анамнезни қўшмча саволларини бера олиш.
- Хавф омиилларини мавжудлигини аниқлай олиш.
- Ушбу муммони сабабчиси бўлиб хизмат қилувчи касаллик ёки холатларни айтиб бера олиш.
- Асосланган физикал физикал кўрикни олиб боришни билиш.
- ҚВП ва ОП шароитларида асосланган равишда лабаратор ва асбобий текширувларни тавсия этишни .
- ҚВП ва ОПдан ташқарида қўшимча лабаратор ва асбобий текширувларни заруриятини аниқлай олиш.
- Олинган маълумотлар асосида ушбу муаммони келтириб чиқарган сабаб (ташхис)ни аниқлай олиш .
- УАШ малакавий характеристикаси асосида беморни олиб бориш тактикасини билиш.
- Номедикаментоз давони тавсия этишни билиш.
- Исботли тиббиёт маълумотлари асосида давони тайинлашни билиш

- Соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғини даражасида профилактик чора тадбирларни аниқлай билиш.
- ҚВП ва ОП шароитларида беморларни диспансерлаш ва реабилитация асосларини аниқлай олиш.

1.3. Талаба аритмияси мавжуд беморларни муммосини хал этишда нималарн билиши лозим:

№	Билимлар рўйхати	Асосий босқич
1	Аритмиялар билан кечувчи касалликлар рўйхатини билиш	Талаба камида 10 та тез-тез учрайдиган касалликларни билиши керак.
2	Аритмиялар билан кечувчи энг хавфли касалликларни билиш	Талаба камида 5 та касалликни билиши керак
3	ҚВП ёки ОП шароитларида олиб бориш мумкин бўлган холатларни билиш (1-тоифа)	УАШ малакавий характеристикаси асосида
4	Тор мутахасис маслахати ёки шифохонага ётқазишни талаб этувчи холатларни билиш (2- тоифа)	УАШ малакавий характеристикаси асосида
5	ҚВП ёки ОП шароитларида олиб орилиши мумкин бўлган текширувлар рўйхатини билиш (3.1- тоифа)	УАШ малакавий характеристикаси асосида
6	ҚВП ёки ОП шароитларидан ташқарида бажарилишини талаб этувчи текширувлар рўйхатини билиш (3.2- тоифа)	УАШ малакавий характеристикаси асосида
7	Аритмиялар билан кечувчи касалликларни ташхисий мезонларини билиш.	Талаба хар бир касалликни алоҳида белгиларини, шунингдек уларни ташхислаш мезонларини билишлари лозим.
8	ЮИК таснифини билиш	Талаба айтиб бериши лозим.
9	Қон айланиши етишмовчилиги таснифини билиш	Талаба айтиб бериши лозим.
10	Ритм ва ўтказвчанлик бузулишини таснифини билиш	Талаба айтиб бериши лозим.
11	Ички аъзолар зарарланиши симптомарини билиш	Талаба зарарланиш белгиларини билиши лозим.
12	Лабаратор кўрсаткичлар (шу жумладан, ЭКГ)	Талаба билиши керак: - нормадаги кўрсаткичларни ва уларни паталогияда ўзгаришларини.
13	Даволаш тактикаси	Талаба касалликларни номедикаментоз ва медикамен-тоз даво усулларини билиши керак
14	Антиаритмик воситалар	Талаба антиаритмик воситалар таснифини билиши лозим.
15	Бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика	Талаба бирламчи, иккиламчи ва

	асосларини билиши	учламчи профилактика учун керакли бўлган чора тадбирларни билиши лозим
	ҚВП ёки ОП шароитларида беморларни диспансеризация ва асосларини билиш (4- тоифа)	Талаба диспансеризация ва реабилитация бўйича бажариладиган чора тадбирларни билиши керак.

1.4. Талаба аритмияси мавжуд беморларни муаммосини ҳал этишда нималарни қила олиши лозим:

№	Кўникмалар рўйхати	Асосий босқич
1	Бемор ва унинг қариндошларини сўраб суриштириш	• Талаба аниқ ташхисни қўйиш учун мавжуд жавобларга керакли саволлар бера олиши керак. • Талаба йўналтирилган равишда беморни шикоятларини аниқлаши ва бахолаши лозим. • Талаба касаллик анамнезини таҳлил қилишни билиши керак: касалликни бошланиши, биринчи симптомлари, уларнинг сабабий боғлиқликлари ва ривожланиш сабабларини. • Талаба хаёт анамнезини тахлил қилишни билиши керак: хавф омилларини аниқлаш, ота-она ва яқин қариндошлар соғлиғи хақида маълумот йиғиш.
2	Хавф омилларини аниқлаш	Талаба беморни ҳам сўраб суриштиришда, хам объктив кўрикда бошқариладиган ва бошқарилмайдиган хавф омилларини аниқлашни билиши лозим.
3	Тана вазни индексини хисоблаш	Талаба қуйидаги булгиларни билиши лозим: - вазн етишмовчилигини - вазн ортиқчалигини.
4	АҚБни ўлчашни.	Талаба қадамба қадам равишда тонометрияни ўтказишни билиши лозим.
5	Тери кўригини ўтказишни.	Талаба совуқ, нам ва рангпар терини мавжудлигини аниқлай олиши керак.
6	Оғиз бўшлиғи ва фарингоскопия кўригини ўтказишни.	Талаба қуйидаги симптом ва белгиларни аниқлашни билиши керак:

		- тонзиллитнинг - фарингитнинг
7	Қалқонсимон безни кўрикдан ўтказишни.	Талаба қалқонсмон безни кўрикдан ўтказишни ва пальпация қилишни шунингдек катталашиш белгиларини аниқлашни, без ўлчамларига боғлиқ холда нинг катталашиш даражасини анилашни билиши керак.
8	Уйқу, билак ва сон артерияларида пульсни аниқлашни.	Талаба аниқлай олиши керак: - пульсни мавжуд ёки йўқлигини Талаба билак артериясини хусусият-ларига баҳо беришни билиши керак.
9	Нафас аъзоларини пальпация, перкуссия ва аускультациясини.	Талаба қуйидагиларга бахо бера олиши керак: - кўкрак қафаси экскурсиясига - овоз дириллашига - ўпка овозини ўзгаришларнини ва уларни интерпретациясини - нафас типини - нафас шовқинлари ва хириллашларни.
10	Юрак соҳаси пальпациясини ўтказишни	Талаба аниқлай олиши керак: - юрак турткисини - систолик ва диастолик дириллашни Талаба чўққи туртркисига бахо бера олиши керак.
11	Юракни перкуссиясини ўтказишни	Талаба аниқлай олиши керак: - юракнинг нисбий ва аболют чегара-ларини - томир тутамини аниқлай олиши - юрак кундаланг чегарасини -юрак конфигурациясини ва белини. Талаба аниқлай олиши керак: - юрак бўлимлари чегарасини ўзгариш-ларини - митрал конфигурацияни -аортальную конфигурацияни
12	Юрак аускультациясини бажаришни	Талаба аниқлай олиши керак: - I и II тонларни сусайишини - чўққида I тоннинг кучайганлигини - II тонни аорта ёки ўпка артериясида ак-центини

		- систолик ва диастолик шовқин, шунингдек уларни жойини аниқлашни Органик юрак швқинларини функционал шовқинлардан ажрата билишни. - перикард ишқланиш шовқинини
13	Қорин бўшлиғи аъзоларини пальпация ва перкуссиясини бажаришни	Талаба аниқлай олиши керак: - гепатомегалияни Талаба бахолай олиши керак: - Қорин бўшлиғидаги хосилаларни аниқлашни
14	Оёқ-қўллар кўриги	Талаба тана ва тана қисмларини шунингдек қуйидагиларни аниқлашлари лозим: - маҳаллий ёки умумий шишни. Бармоқ билан болдирнинг олдинги қисмини босиши ва аниқлаши лозим. -чуқурча қолаяптими ёки йўқ. Оёқларининг чуқур веналарини ахволини бахолай олиши.
15	Бўғинлар кўрикларни ўтказишни билиши	Бўғин синдромини белгиларини аниқлашни билиши керак.
16	Клиник, асбобий ва биохимик анализларни интерпретациясини.	Талаба нормадан ўзгаришларини билиши лозим
17	ЭКГ туширишни ва ўқишни билиши	Талаба ЭКГни туширишни қадамба қадам принципда бажаришни билиши лозим. Талаба ЭКГ малумотлари ва белиларини аниқламоғи лозим: - ритм бузулишларини - юрак бўлмаларини гипертрофия белгиларини.
18	Аритмиялар билан кечувчи касалликларни қиёсий ташхисини.	Талаба касалликнинг алохида белгиларига кўра қиёсий ташхисини билиши лозим (анамнез, объктив кўрик ва лаборатор асбобий текширувлвр)
19	Номедикаментоз тавсиялар беришни.	Талаба бажара олиши лозим: - Беморларни ўз ўзини бошқаришга ўргатиш - пархез бўйича тавсияларни - соғлом турмуш тарзи тарғиботини.
20	Шифохонагача бўлган ёрдам кўрсатишни	Талаба ритм бузулишлари билан кечувчи

		касалликларда тезкор холатларда шифо-хо-нагача бўлган ёрдамни кўрсатишни.
21	Аритмиялар билан кечувчи касалликларни даволашда дори воситаларини рационал ишлатишни.	1. Талаба самараси исботланган дори воситаларини танлай билишни. 2. Дори воситасини танлашда талаба бахолай олиши керак: - самарадорлигини - хавфсизлигини - қулайлигини - арзонлигини.
22	Беморларни монитринги ва кузатувини	Талаба ҚВП ёки ОП шаротларида мониторинг ва бошқарувни олиб боришни билиши лозим.

8-Мавзу. Аритмиялар. Ритм бошқарувчиси миграцияси, синус тугуни холсизлиги синдроми, экстрасистолиялар, ҳамда синус тахикардияси, брадикардияси, синус аритмияларни қиёсий ташхислаш. Экстрасистолаларнинг турлари. УАШ тактикаси.

Машғулот вақти 4 соат	Талабалар сони : 10-12 тагача
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Ўқув машғулоти структураси	1. Ўқув тематик хона. 2. Ўқув материаллари, муляжлар, фантомлар. 3. Шифохона палаталари. 4. Телевизор, видео аппаратура 5. Ўқув материаллари, муляжлар, фантомлар, тарқатма материаллар, вазиятли масала ва тестлар тўплами.
Ўқув машғулотининг мақсади: УАШга турли касалликлар билан асосланган суправентрикуляр ритм бузулишларида ўз вақтида ташхислашга ва қиёсий ташхислашга, оптимал даво тактикасини, шунингдек “умумий амалиёт шифокори квалификацион тавсифи” асосида соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғинида олиб боришга ўргатиш.	
Педагогик мақсадлар: 1. Суправентрикуляр ритм бузулишларида ташхис ва қиёсий ташхис саволларини кўриб чиқиш. 2.Суправентрикуляр аритмияли беморларни намойиш этиш. 3. Суправентрикуляр ритм бузулишларида	Ўқув фаолияти натижалари: <u>УАШ билиши лозим:</u> 1. Синусли тахикардия, брадикардия, синусли аритмияларни, синус тугуни сустлиги синдромини, ритм бошқарув-чисиниг миграциясини хосил бўлиш механизмини.

клинико- лаборатор- асбобий текширувлар маълумотларни мухокама қилиш. 4. Суправентрикуляр аритмияларни қиёсий ташхисини ўтказишни. 5. УАШга суправентрикуляр ритм бузулишларини қиёсий даволашга ўргатиш. 6. Умумий амалиёт шифокори квалификацион тавсифи асосида беморларни олиб бориш саволларини мухокама қилиш. 7. Даволаш асосларини мухокама қилиш (номедикаментоз и медикаментоз). 8. Беморларни ҚВП ёки ОП шароитларида олиб бориш, монитоинги ва кузатуви асосларини мухокама қилиш. 9. Ушбу холатларда бирламчи, иккиламчи ва учламчи прфилактика асосларини мухокама қилиш.	2. Синусли тахикардия, брадикардия, синусли аритмияларни, синус тугуни сустлиги синдромини, ритм бошқарувчисиниг миграциясини клиник намоён бўлишини. 3. Суправентрикуляр ритм бузулишларини қиёсий ташхисини. 4. Суправентрикуляр ритм бузулишларида ишлатилувчи медикаментоз воситаларн, уларни фармакодинамикасинива дозировкасини. 5. ҚВП ва ОП шароитларида беморларни диспансер кўриги ва мониторинги асосларини. 6. Ушбу касалликларни бирламчи, икиламчи ва учламчи профилактика асосларини. <u>УАШ бажара олиши лозим:</u> 1. Суправентрикуляр аритмияларни ЭКГ ва клиник белгиларига қараб ташхислаш ва қиёсий ташхислашни; 2. Синусли тахикардия, брадикардия, синусли аритмияларда, синус тугуни сустлиги синдромида ритм бошқарувчиси миграциясида медикаментоз давони тўғри танлашни. 3. Даволашнинг номедикаментоз усуллари бўйича тавсиялар беришни. 4. ҚВП ёки ОП шароитларида мониторинг олиб боришни. 5. ЭКГ тушириш техникасини.
Ўқитиш усуллари	Усул“мияга хужум ”, график органайзер – концептуал таблица, демонстрация, видео кўриги, дискуссия, сухбат, вазиятли масала ва тестларни ечиш.
Ўқув фаолиятини жамоатлари шакллари	Индивидуал иш, гурухларда ишлаш, коллектив, аудитор,аудиториядан ташқарида.
Ўқитиш воситалари	Тарқатма ўқув материаллари, визиуальные материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, касаллик трихлари,

	таблицалар, стендлар.
Қайтар боғланув услуб ва воситалари.	Блиц-сўров, тестлаш, ўқув машқларини бажариш натижаларини намойиши, касааллик тарихларини тўлдириш,амалий кўникмаларни бажариш «профессионал сўров»

1.2. Амалий машғулотнинг технологик картаси.

Амалий машғулотни босқичлари	Машғулот шакли Ўтказилиш жойи
Кириш қисми (мавзуни асослаш)	
Амалий машғулот мавзусини янги педагогик техналогияларни (“заиф халка”усули) қўллаган холда, шунингдек намойиш маълумотларини (касаллик тарихлари, плакатлар, рентгенограммалар) охирги даража-сини мухокама қилиш	Сўров, мухокама ўқув хоналари.
Мухокама, хулоса	
Амалий қсмни бажариш учун масалаларни аниқлаш – профессионал сўров. Касаллик тарихини тўлдириш бўйича ҳолат ва маслаҳатларни тушунтириш.	Мухокама
Ўқитувчи раҳбарлиги остида амалий кўникмаларни ўзлаштириш.	Беморларни сўров қилиш ва касаллик тарихини тўлдириш, вазиятли масала-ларни ҳал этиш.
Беморлар текшируви натижаларини тахлили – бемор шикоятлари, кўрик, пальпация, перкуссия, аускультацияси, шунингдек УҚТ, УПТ ва биохимик тахлиллар ва ташхисни қўйиш.	Касаллик тарихи, Лаборатор маълумотлар,вазиятли масалалар
Талабаларни назарий, амалий билимларини мухокама қилиш, малумотларни мустаҳкамлаш, билимлар ўзлаштириш даражасини аниқлаш.	Оғзаки сўров, тест-лар, мухока-малар, амалий кўникма-ларни аниқлаш. Ўқув хонаси
Амалий машғулот мавзуси бўйича хулосани аниқлаш, 100 балли тизим бўйича бахолаш ва баҳоларни эълон қилиш. Кейинги амалий машғулотга уйга вазифа бериш (саволлар тўплами)	маълумот, муста-қил иш учун мавзу. Ўқув хонаси

Юрак ритми ва ўтқазувчанлиги бузилиши деганда юрак қисқаришлари сони ва қўзғалиш манбаи мунтазамлигининг ўзгариши, ҳамда бўлмача ва қоринчалар фаолликлари ўртасидаги боғлиқлик ва кетма – кетликнинг бузилишлари тушинилади.

Юрак ритми ва ўтқазувчанлигини бузилиши турли сабаблар туфайли юрак асосий функцияларини (автоматизм, қўзғалувчанлик, ўтқазувчанлиги, қисқарувчанлик) ўзгариши туфайли юзага келади. УАВ амалиётида тез- тез учраб турадиган ушбу ритм бузулишлари сўнги йилларда эришилган ижобий натижаларга қарамасдан тиббиётнинг долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Унинг даволаш самараси қуйидаги учта муаммо тўғри хал қилинишига боғлиқ.

1.Юрак ритми бузилиши турини аниқлаш (идентификацияси);

2.Ритм бузилиши сабаби, ривожланиш механизми ва турини хисобга олган холда даволаш тактикасини танлаш;

3. Юрак уриш сонини (ЮУС) миёрида ушлаб туриш, ритм бузилиши хуружларини хамда у туфайли ривожланиши мумкин бўлган асоратларни олдини олиш учун тўғри режали самараси исботланган дорилар билан даволашни танлаш. Бу муаммоларни хал қилиш йўлларини баён қилишдан олдин юракнинг миёридаги ритми ва ўтқазувчи тизими тўғрисида хамда соғлом одамда кузатиладиган ЭКГ ўгаришларга қисқача тўхталиб ўтамиз.

Соғлом одамда юрак қисқариши учун импульслар юқори ковак венани ўнг бўлмачага туташган сохасида жойлашган синус тугунида (СТ- I тартибдаги ритм бошқарувчиси) тинч холатда 60- 90 тагача ишлаб чиқарилиб, бир вақтни ўзида чап ва ўнг бўлмачаларга асосан учта- Бахман, Венкибах ва Торел йўллари орқали тарқалади ва атриовентрикуляр (АВ) тугунга етиб боради. АВ (Ашоф –Тавар) тугуни (II - тартибдаги ритм бошқарувчиси) бўлмачалараро тўсиқнинг пастки қисмида, ўнг томонда, уч тавақли қопқоқча бириккан сохада жойлашган бўлиб, тинч холатда бир дақиқада 40- 60 та импульс ишлаб чиқаради. Гисс тутами тўғридан тўғри АВ тугиндан бошланиб, аввал иккита – ўнг ва чап оёқчаларга, кейин чап оёқчаси олдинги- юқори ва орқа -пастки шохчаларга бўлинади. Шохчалар охири (терминал қисми) ўз навбатида майда толаларга (Пуркинье толалари) тармоқланиб миокарднинг барча қаватларига кириб боради ва юрак мушакларини синхрон қисқаришига олиб келади. Бу соха (III- тартибдаги ритм бошқарувчиси) ҳам бир дақиқада 15-40 тагача импульс ишлаб чиқариш хусусиятига эга.

Соғлом одамда СТ ни хар доим ритм бошқарувчиси вазифасини ўтаб, ўзидан пастда жойдашган автоматизм маънбалари фаолиятини тўхтатиб туради. II ва III-тартибдаги ритм бошқарувчилари фақат патологик холатларда жумладан СТ холсизлигида ёки улар фаоллиги ошганда ритм бошқаришни ўз зиммасига олади.

Беморда юрак ритми ва ўтқазувчанлиги бузилиши мавжудлиги унинг шикояти, объектив кўрик ва ЭКГ текшириш ёрдамида аниқланади. Улар орасида аритмияларни ташхислашда

ЭКГ алохида ўрин тутади. Шунинг учун УАВ нормал ЭКГ ни яъни синус ритмининг қуйидаги мезонларини яхши билиши зарур (2- расм)

- хар бир QRS комплексидан олдин Р тишчасини бўлиши;
- I, II тармоқларда Р тишчаси мусбатлиги, aVR тармоқда манфий ва ҳар бир тармоқда шаклининг доимийлиги билан характерланиши;
- Р тишча давомийлиги 0,1 с, амплитудаси 2,5 мм бўлиши;
- PQ (R) интервали 0,12 – 0,20 с оралиғида бўлиши;
- Юрак ритми (уриши) сони тинч ҳолатда минутига 60 – 85 тага тенглиги;

- QRS –қоринчалар комплекси кенглиги 0,06-1,0 с бўлиши;
- R-R (P-P) оралиғи максимал ва минимал 0,05 –0,15 оралиғига тенглиги.
- ST сегменти ўрта чизиғида бўлиши ёки ундан пастга силжиши (0,5 мм гача), ва фақат ўнг тармоқларда юқорига кўтарилиши (1,5-2 мм дан ошмаслиги);
- Т тишчаси I, II, aVF, тармоқларда доимо мусбат, III, aVL ва V1 тармоқларда икки фазали, aVR да эса доимо манфий бўлиши.

Юрак ритми ва ўтқазувчанлиги бузилишининг асосий сабаблари

3. Интракардиал –юрак –қон томир тизимининг барча туғма ва орттирилган касалликлар (ЮИК, миокардитлар шу жумладан ревматик, миокардиопатиялар, миокардиосклерозлар) натижасида миокардни таркибий ва метаболик шикастланиши;
4. Экстракардиал- юрак- қон томир тизими фаолияти ва миокард метаболизми бошқаришини бузилишига олиб келувчи омиллар (нейро– гуморал, эндокрин бошқарувининг ўзгариши, электролит, кислота–ишқор алмашинувининг бузилиши): рефлектор омил- ошқозон–ичак тизими хамда дисметаболик касалликларда (ўт тош касаллиги, диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраси ва бошқалар); нейроген омил- марказий ва вегитатив асаб тизими шикастланишларида;психоген омиллар- неврозлар, психопатиялар, НЦД; эндокрин ва дисметоболик омиллар (тиреотоксикоз, гипотерез, камқонлик ва бошқа касалликлар);заҳарланишлар ва бошқа қатор холларда;
5. Юрак- қон томир фаолияти мунтазамлигини физик ва химик омиллар таъсирида бузилиши:

- ✓ кодеин, никотин, алкоголга юқори сезувчанлик;
- ✓ дориларнинг аритмоген таъсири;
- ✓ гипоксия;
- ✓ гипо ва гипертермия;
- ✓ механик таъсирлар (жарохатлар, вибрациялар);
- ✓ ионловчи нурлар таъсири, ўта юқори тўлқинли майдон ва бошқалар.

Бу рўйхатни яна давом эттириш мумкин, лекин УАВ айрим ритм бузилишлари хатто яккаланган экстрасистолиялар мутлоқо соғлом одамда ҳам учраши мумкинлигини эсдан чиқармаслиги лозим. Буни сабаби ва механизми тўлиқ ўрганилмаган бўлиб, вегетатив асаб тизимиг икки қисми орасидаги антогонистик таъсирлар оқибатида юзага келади деган тахминлар мавжуд. Уйқунинг турли босқичларида кузатиладиган аритмиялар айнан симпатик ва парасимпатик тизим таъсири билан боғланади. Бундан ташқари соғлом одамларда психоэмоционал таъсирланиш вақтида қонга кўп миқдорда аритмоген хусусиятга эга бўлган катехоламинлар чиқади. Гиперадренемия холати қисқа муддат ичида секин тикланадиган аритмияга сабаб бўлиши мумкин бўлган гипокалиемияга олиб келади.

Патогенези.

Аритмияларнинг патогенетик механизмлари мураккаб ва кўп турли бўлиб, миокард электрофизиологияси, аввалам бор ўтказувчанлик тизими ўзгаришлари билан боғликдир.
Аритмияларнинг асосий патофизиологик механизмлари:

IV. Импульслар ҳосил бўлиш механизмларининг бузилиши – синус тугуни автоматизми ва автоматизмнинг яширин (латент) марказлари бузилишлари; патологик автоматизмнинг шаклланиши; осциллятор (триггер) фаоллик.

V. Импульслар ўтказувчанлигининг бузилиши: рефрактерликнинг узайиши ва юрак ўтказувчанлик тизимида импульс ўтишининг сусайиши; анатомик -юрак ўтказувчанлик тизимида органик шикастланиш; қўзғалишнинг қайта кириш феномени (re-entry).

VI. Импульслар пайдо бўлиши ва ўтказувчанлик бузилишининг бирга келувчи механизмлар. Прасистолик фаоллик.

Юрак ритми ва ўтқазувчанлиги бузилиши классификацияси (таснифи)

Юрак ритми ва ўтқазувчанлиги бузилиши классификацияси ЭКГ текширувлар хулосасига асосланган бўлиб, бир нечта турлари мавжуд. Бизнинг назаримизда М.С. Кушаковский ва Н.Б. Журавлева (1981) томонидан таклиф қилинган, В.В. Мурашко ва А.В. Струтинскийлар (1987) тамонидан такомиллаштирилган классификация хар томонлама мукаммал бўлиб, барча ритм ва ўтқазувчанлик бузилишларини қамраб олган. Ушбу классификацияга кўра қуйидаги ритм ва ўтқазувчанлик бузилишлари тафовут этилади:

I. Импульс хосил бўлишини бузилиши.

А. СТ автоматизми бузилиши (нормотоп аритмиялар)

1. Синусли тахикардия
2. Синусли брадикардия.
3. Синусли аритмия.
4. СТ тўхташи.
5. Бўлмача асистолияси.
6. СТ холсизлиги синдроми (СТХС).

Б. Эктопик марказ автоматизми устунлиги сабабли юзага келган эктопик (гетеротоп) ритм.

1. Секин (ўрнини босувчи) сирғаниб чиқувчи комплекслар ва ритмлар;

а) бўлмачадан.

б) АВ тугунчадан.

в) қоринчадан.

2. Суправентрикулар ритм бошқарувчиси миграцияси (кўчиб юриши).
3. Тезлаштирилган эктопик ритм (нопароксизмал тахикардиялар):

а) бўлмачадан.

б) АВ тугунчадан

в) қоринчадан

В. Асосан ритм автоматизмини бузилишига боғлиқ бўлмаган (re- entry механизми қўзғатувчи тўлқинни қайта кириши) эктопик (гетеротроп) ритмлар.

1. Экстрасистолиялар (ЭС): бўлмачалардан, АВ - тугундан, қоринчалардан.
2. Пароксизмал тахикардия: а) бўлмачалардан; б) АВ- тугундан; в) қоринчалардан.
3. Бўлмачалар титраши.
4. Бўлмачалар хилпиллаши (фибрилляцияси).
5. Қоринчалар титраши ва хилпиллаши (фибрилляцияси).

II. Ўтқазувчанликни бузилиши

1. Синоатриал блокада.

2. Бўлмача ичи блокадаси.

3. Антриовентрикуляр блокада: а) I даража; б) II даража; в) III даража (тўлиқ).

4. Қоринчалар ичи блокадаси (Гисс тутами блокадаси):

а) битта шохча (монофасцикуляр),

б) икки шохчали (бифасцикуляр),

в) учта шохчали (трифасцикуляр)

5. Қоринчалар асистолияси.

6. Қоринчаларни вақтидан олдин қўзғалиши:

а) Вольф-Паркинсон-Уайт синдроми (WPW)

б) P-Q интервалини қисқариш синдроми (CLC).

III. Комбинацияланган (қўшилган) ритм бузилишлари

1. Парасистолиялар.

2. Чиқиш блокадалари билан кузатилувчи эктопик ритмлар.

3. Атриовентрикулар диссоциация.

Қуйида УАВ фаолиятида кўп учрайдиган юрак ритми ва ўтқазувчанлиги бузилишларини ташхислаш ва доволаш тамоилларига алохида тўхталиб ўтамиз.

А. Импульс хосил бўлишини бузилиши.

Синус тугуни ҳолсизлиги

Синус тугуни ҳолсизлиги - синус тугуни автоматизмини ҳолсизлиги ёқи тўхтаб қолиши. Унинг асосий белгиси СТ нинг ритм бошқарувчиси сифатида фаолиятини сустлашиши сабабли турғун брадикардия ва синоартрал блокада пайдо бўлишидир. Бундан ташқари бу синдромга ритм бошқарувчиси миграцияси, секин эктопик ритм ёки алохида сирғаниб чиқувчи комплкслар, экстрасистоладан кейинги узоқ сукунатли экстрасистолалар (экстрасистоладан кейинги ритм депрессияси), суправентрикулар тахикардия ва хилпилловчи аритмия пароксизмлари, хар хил даражадаги атриовентрикулар блокада, юрак асистолияси хуружлари (синоатриал синкопе) хос.

СТХС га СТ ни ва у жойдашган бўлмача миокардини склеротик, ишемик ёки бошқа патологик жараёнлар таъсирида шикастланиши, парасимпатик таъсирланиш (СТ ни вегетатив дисфункцияси), эндокрин (гипотериоз) ва СТ артерияларидаги ўзгаришлар (атеросклероз), гипотермия сабаб бўлиши мумкин. УАВ катта ёшдаги беморларда СТХС га аксарият холларда ЮИК, болаларда ва ўрта ёшдагиларда эса турли этиологияли миокардитлар ва ундан кейинги кардиосклероз олиб келишини унутмаслиги лозим. Бундан ташқари бу ритм бузилиши баъзан юрак гликозидлари билан захарланиш, антиаритмик (амиодарон, β-блокаторлар, верапамил ва бошқалар) воситаларни кўп миқдорда қабул қилиш оқибатида юзага келади. Юқоридаги сабаблар таъсирида СТ пейсмекер фаоллиги пасайиши натижасида ритмнинг яширин бошқарувчилари (II ва III тартибдаги ритм бошқарувчилар) автоматизми фаоллашади. Бўлмачалар электрофизиологик хусусиятлари бузилиши пароксизмал суправентрикулар ритм бузилишлари кўринишидаги иккиламчи аритмиялар пайдо бўлишига имкон яратади.

Клиник белгилари: Юрак ритми секинлашиши натижасида биринчи клиник белгилар дисциркулатор энцефалопатия ёки мия дисфункцияларининг бошқа кўринишлари (бехоллик, бош айланиш, уйқу бузилиши ва х.к.) билан номоён бўлади. Оғир холатларда церебрал гемодинамик бузилишларни келтириб чиқарувчи Морганье-Адамс-Стокс хуружлари кузатилиши мумкин. Қуйида СТХС нинг клиник кўринишига кўра классификацияси келтирилган:

- СТХС бир оз клиник белгилар билан (яширин кечиши);
- СТХС яққол намоён бўлган брадикардия билан (гиподинамик -манифест);
- тахикардия – брадикардия синдроми;
- СТХС турғун хилпилловчи аритмия билан;
- СТХС Адамс-Стокс-Морган синдроми хуружлари билан.

Биринчи турида беморлар умуман шикоят билдирмаслиги ёки уларни вақти –вақти билан умумий холсизлик, бош айланиши, юрак тўхтаб қолиш ёки нотўғри уриш хисси безовта қилиши мумкин. Объектив кўрикда брадикардия, вақти -вақти билан юракни алохида систоласи тушиб қолиши ёки навбатдан ташқари қисқариш хисобига нотўғри ритм кузатилиши мумкин. ЭКГ даги ўзгаришлар (бир оз синусли брадикардия, синусли аритмия, ритм бошқарувчиси миграцияси) хар доим хам аниқланавермайди. Ташхисни аниқлашга узоқ вақт давомида ўтқазиладиган (12-24 соат) ЭКГ мониторлаш ёрдам беради.

СТХС нинг иккинчи турига турғун ёки транзитор, яққол намоён бўлган брадикардия ва тўсатдан хушни йўқотиш, ярим хушсиз холат, сўзларни “ямлаб” гапириш, парезлар ва бошқа белгилар билан кечувчи мияда қон айланиши бузилишлари хамда Морган-Адамс-Стокс хуружлари хос. Бундан ташқари беморларда юрак сохасида оғриқ, хансираш, нафас сиқиш хуружлари, шиш кўринишидаги юрак етишмовчилиги белгилари, хамда артериал гипотензия кузатилиши мумкин.

ЭКГ да турғун синусли брадикардия (ЮУС бир дақиқада 45-50 та), ўтиб кетувчи синоаурикулар блокада, СТ тўхтаб қолиши холлари ва бу вақтда юзага келадиган АВ тугундан чиқувчи ўрин босувчи ритм аниқланади.

Тахи- брадикардия - Шорт синдроми яққол намоён бўлган брадикардия асосида ритм тезлашиши (суправентрикулар тахикардия ёки бўлмачалар хилпиллаши ва титраши пароксизмлари) хуружлари билан намоён бўлади. Параксизмал тахикардия хуружи бартараф этилгач яққол намоён бўлган брадикардия, айрим холларда эса ёмон оқибатларга олиб келувчи узоқ вақт давом этувчи юрак тўхтаб қолиши хуружи (хушдан кетиш, Морган-Адамс-Стокс синдроми) кузатилади.

СТХС турғун хилпилловчи аритмияли тури турғун норма ва брадисистолик хилпилловчи аритмия билан кечади. Уни ташхислаш учун шифокор бемор анамнезида тўсатдан юрак ритмини кескин камайиб кетиш, бош айланиш, хушни йўқотиш холатлари бўлган ёки бўлмаганлигини аниқлаши лозим.

СТХС Морган-Адамс-Стокс хуружлари билан кечганда беморда тиришишлар ва нафас марказини тўхтаб қолиши кузатилади. Бу холат брадикардия ва тахикардия пароксизми бартараф этилгандан кейин юзага келган юрак асистолияси хисобига ривожланади. Агар бу хуружлар тез –тез қайталаниб турса УАВ сунъий ритм бошқарувчиси қўйиш масаласини хал қилиш учун беморни мутахасис- шифокорга юбориши керак.

Бўлмача асистолияси

Бўлмача асистолияси деганда битта ёки бир нечта юрак цикли давомида бўлмачаларни қўзғалмаслиги тушунилади. У аксарият холларда СТ тўхташида ёки синоаурикулар блокададан кузатилади. ЭКГ да Р тишчаси ўрнига узоқ давом этган тўғри чизиқ аниқланади. Аксарият холларда у қоринчалар асистолияси билан бирга келиб, унда юракни тўлиқ асистолияси кузатилади. Лекин бўлмача асистолияси вақтида фаоллашган II ва III тартибдаги ритм бошқарувчилари томонидан ишлаб чиқарилган импульслар қоринчаларни қисқаришига олиб келади. Бўлмачалар асистолиясини қоринчалардан чиққан ритм билан бирга келиши беморни агонал холатига тўғри келади. Бу ритм бузилиши асосан ЮИК, МИ, СҚАЕ билан асоратланган юрак нуқсонлари хамда гиперкалиемия, ЮГ лари билан захарланиш холатларида кузатилади ва одатда ёмон оқибатга олиб келади.

Б. Пассив эктопик (гетеротоп) комплекс ёки ритм.

СТ ни функционал ёки органик шикастланиши натижасида юзага келган СТХС да (ёки блокадаси) фаолликни II (бўлмача, АВ тугун, Гисс тутами) ва III (Гисс тутами оёқчалари, Пуркинье толалари ва қоринчалар мушаги) тартибдаги ритм бошқарувчилари ўз зиммасига олишига сабаб бўлади. Бунда эктопик ўчоқ автоматизми СТ автоматизмидан устунлик қилади ва юрак унда ишлаб чиқарилаётган инпульслар таъсирида қисқаради. Қуйида жойлашган ритм бошқарувчилари юрак мушакларини қисқа ёки узоқ вақт давомида қўзғатиши мумкин. Бунда эктопик ўчоқдан яккаланган юрак қисқаришлари юзага келади. Агар II ва III тартибдаги ритм бошқарувчилари таъсирида учтадан кўп юрак қисқаришлари кузатилса, бу эктопик ритм дейилади. Автоматик марказ II тартибдаги ритм бошқарувчилари бўлганда (қоринча усти) қоринчалар комплекси ўзгармайди, III тартибдаги ритм бошқарувчиси бўлганда (қоринча ёки идиовентрикулар ритм) эса комплекс кенгайиб деформацияланади. Бу ритм ўзгаришлари ревматизм, миокардитлар, кардиомиопатия, ортирилган ва туғма юрак нуқсонлари, ГК, ЮИК, МИ ҳамда юракнинг бошқа органик зарарланишлпри, шунингдек қандли диабет каби касалликлар билан оғриган беморларда кузатилади.

Бўлмача эктопик ритми.

Бўлмача ритмида юракни қисқаришига олиб келувчи импульс ўнг ёки чап бўлмачанинг маълум бир сохасидан чиқади. Бунда импульс бўлмача орқали доимий бўлмаган йўналиш орқали ўтмаганлиги сабабли ЭКГ да асосан Р тишча ўзгаради. PQ оралиқ ва QRS комплекс эса ўзгармайди, чунки қўзғалиш АВ тугун ва қоринчалар орқали одатий йўналиш орқали ўтади. ЮУС аксарият холларда бир дақиқада 60- 100 тагача, R-R оралиғи бир хил бўлади. Агар эктопик ўчоқ ўнг бўлмачада жойлашган бўлса манфий Р тишчаси II, III, aVF, V_1-V_6 тармоқларда аниқланади, чап бўлмачада бўлганда эса, aVR тармоқда Р тишчаси мусбатлашиб қолган барча тармоқларда манфий, фақат V_1 тармоқда “қалқон ва қилич” (Р тишчанинг мусбат қисми ўткир қиррали тўлқин хосил қилади) кўринишда бўлади. Бу ритм бузилиши ўтиб кетувчи характерга эга.

Атриовентрикулар тугунчада хосил бўлган ритм

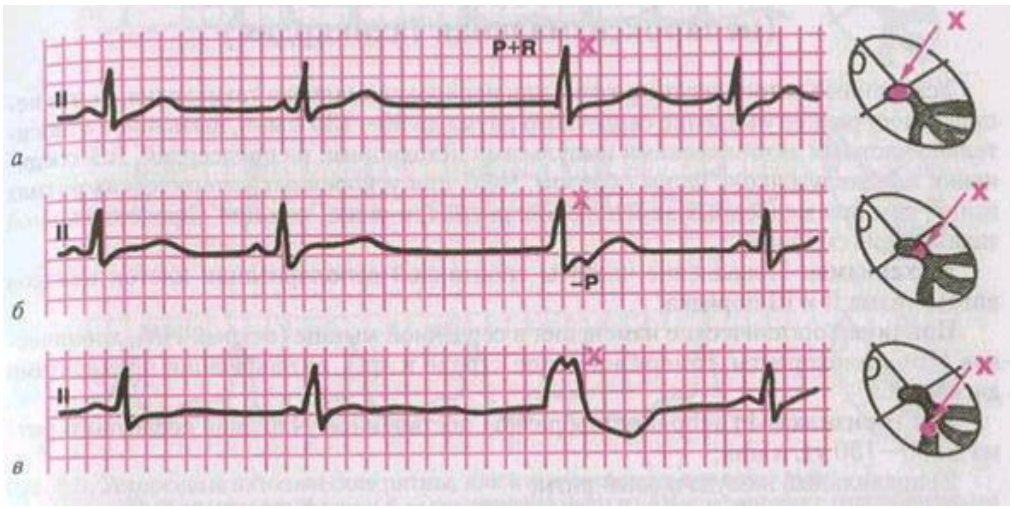
Бу ритм бузилишида юрак ритми бошқарувчиси бўлган АВ тугунда бир дақиқада 30-60 тагача ишлаб чиқарилган импульс бўлмачаларга ретроград (пастдан юқорига),

қоринчаларга эса антеганд (юқоридан пастга) йўналишда тарқалади. Импульсни хосил бўлиш жойи, тарқалиш тезлиги ва йўналишига кўра АВ ритмнинг икки тури фарқланади: АВ тугунда хосил бўлган импульс бир вақтни ўзида бўлмачаларга ва қоринчаларга тарқалади. ЭКГ да Р тишча QRS комплексига қўшилиб кетади ва у аниқланмайди.
Қоринчалар импульс тўғри йўналиш бўйича тарқалганлиги сабабли QRS комплекси ўзгармайди. Иккинчи турида АВ тугунда хосил бўлган импульс аввал қоринчаларни кейин бўлмачаларни қисқаришга олиб келади. ЭКГ да манфий Р тишчаси ўзгармаган QRS комплексидан кейин ST оралиғида (камдан кам холларда Т тишчасининг устида) жойлашади.

Айрим адабиётларда эктопик ўчоқни АВ тугуннинг қайси қисмидан чиққани ЭКГ даги Р тишчанинг QRS комплексга нисбатан жойлашишидан келиб чиқиб “юқори” (манфий Р тишча QRS комплексдан олдинда), “ўрта” (Р тишча QRS комплексга қўшилиб кетган), “пастки” (манфий Р тишча QRS комплексдан кейин жойлашган) АВ ритми фарқланади.

АВ ритмнинг клиник намоён бўлишига асосий касалликнинг оғирлик даражаси ва ритм холатига боғлиқ. Касаллик оғир кечганда ва яққол намоён бўлган брадикардияда беморда юрак сохасида оғриқ, бош айланиш, хушдан кетиш, айрим холларда Морган-Адамс-Стокс синдроми кузатилиши мумкин.

АВ ритмни синусли брадикардия ва АВ блокадалардан фарқлашда ЭКГ текшируви мухим ахамиятга эга. Бундан ташқари жисмоний ва эмоционал зўриқишда ёки атропинли синамада АВ ритм бир оз тезлашади, бу холат АВ блокада кузатилмайди. АВ тугундан чиққан ритм ва ундан юзага келган пароксизмал ва пароксизмал бўлмаган тахикардияда ЭКГ белгилари бир хил бўлиб, ташхисни аниқлашда ЮУС асосланилади. ЮУС бир дақиқада АВ ритмда -30-60 та, пароксизмал бўлмаган тахикардияда -60-140 та, параксизмал тахикардияда эса 140 та ва ундан кўп бўлади (расм 1).



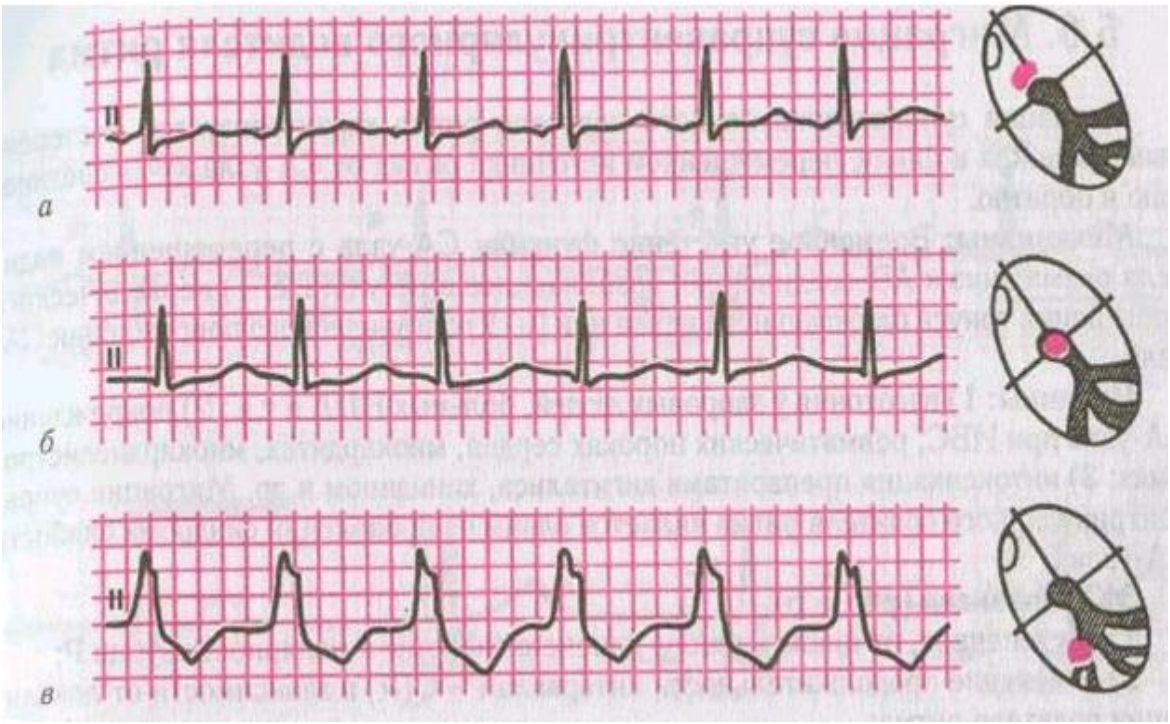
1-Расм. Эктопик ритмлар ЭКГ куриниши.

Қоринчалар ёки идиовентрикулар ритм.

Юракнинг оғир органик касалликлари ва уларнинг оғир асоратлари натижасида синус ва АВ тугунлар фаолияти сустлашганда ёки тўхтаганда (СТХС, юқори даражадаги нотўлиқ ва тўлиқ синоаутрикулар ва АВ блокадалар) қоринчаларда жойлашган III тартибдаги ритм бошқарувчиси автоматизм марказига айланади. Эктопик ўчоқ Гисс тутами оёқчаларида (чап ёки ўнг қоринчада) жойлашган бўлиши мумкин. Шунинг учун ЭКГ даги белгилар Гисс тутами оёқчалари блокадасига хос ўзгаришларга ўхшайди. Клиник жихатдан бу ритм харакатда ва атропин таъсирида тезлашишга мойил бўлган брадикардия асосида тез- тез хушдан кетиш ва тиришишлар билан кечувчи Морган-Адамс-Стокс хуружлари билан номоён бўлади. Идовентрикулар ритм аксарият холларда қоринчалар тахикардиясига, титрашига ва хилпиллашига, юрак тўхтаб қолиши ва тўсатдан ўлимга олиб келиши мумкин. Бу халок бўлаётган юракнинг терминал ритми хисобланади.

Идовентрикулар ритм учун хос бўлган ЭКГ ўзгаришлар:

QRS комплекс 0,12 с дан кенгайган, деформацияланган, ЮУС бир дақиқада 30-40 (айрим холларда 15-40 та). Баъзи холларда юракни турли жойлардан (ўнг ва чап қоринчадан) чиққан импульсларга жавобан қискрганлиги сабабли 2-3 хилдаги QRS комплекс аниқланиши мумкин. Аксарият холларда ритм тўғри, R-R оралиғи бир хил бщлиб, Р тишчаси хеч қайси тармоқда аниқланмайди (расм 2).



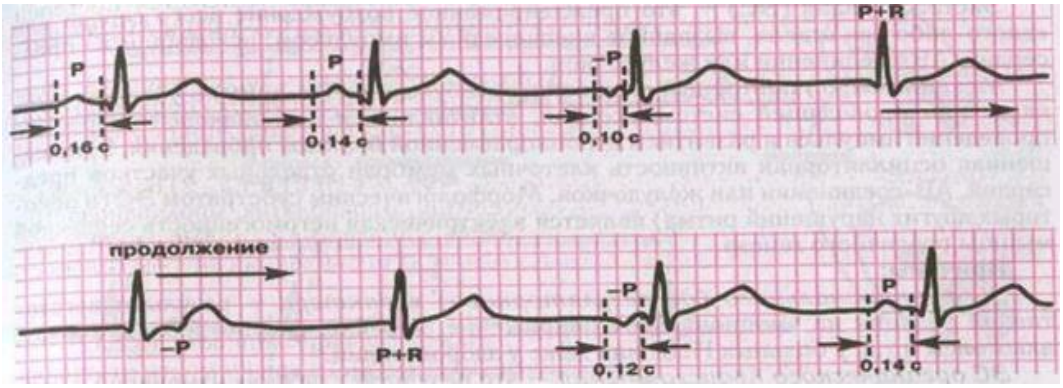
2-расм- Тезлашган эктопик ритмлар ЭКГ куриниши..

Ритм бошқарувчиси миграцияси

Ритм бошқарувчиси миграцияси – бу турдаги аритмия учун юрак циклидан циклига ўтган сари ритм ишлаб чиқариш манбайи СТ дан АВ тугунига кўчиб туриши хос. Хар гал юрак ўтқазиш тизимининг турли сохаларида (СТ, бўлмачанинг юқори, ўрта ва пастки қисми, АВ тугун) ишлаб чиқилган импульслар хисобига қисқаради. Ритм бошқарувчиси миграцияси соғлом одамларда адашган нерв тонуси ошганда, ЮИК ва юқумли

касалликлар билан оғриган беморларда кузатилиши мумкин. Кўпинча у СТХС да кузатилади.

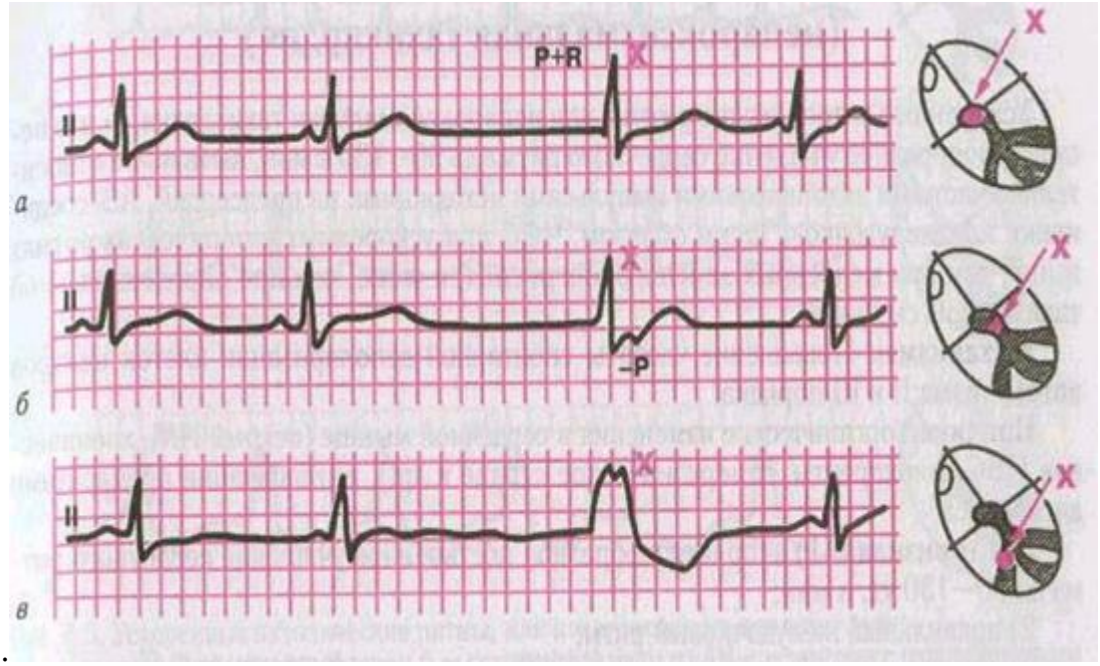
Асосий ЭКГ- белгилари: юрак циклидан циклига ўтган сари секин аста ритм бошқарувчиси қаерда жойлашишига кўра Р тишчасининг шакли ва қутбланиши, P-Q(R) давомийлиги ўзгариб туради, хамда унча яққол намоён бўлмаган R-R (P-P) оралиғи фарқини аниқлаш мумкин (расм 3).



3-расм. Ритм бошқарувчиси миграцияси ЭКГ куриниши.

Сакраб чиқувчи ритм –қисқариш

Асосий ритм бошқарувчиси фаолияти сустлашганда қуйида жойлашган (бўлмача, АВ тугун, қоринча) ритм бошқарувчиларидан чиққан импульс қоринчаларни қисқартиради ва сакраб чиқувчи ритм пайдо бўлади. У аксарият холларда синусли брадикардияда, синусли аритмияда, синоаурикулар ва қисман АВ блокадаларда, синус тугуни тўхтаб қолганда, экстрасистолаларда (ЭС) узоқ давом этган компенсатор танаффус ва бошқа шунга ўхшаш холатларда кузатилади. Юқорида санаб ўтилган эктопик ритмдан фарқли ўлароқ бу холатда II ва III тартибдаги ритм бошқарувчилари яккаланган қоринчалар қисқаришини чақиради. ЭКГ да сакраб чиқувчи қисқаришдан олдинги R –R оралиқ нормал қисқаришга нисбатан узунроқ, ундан кейинги масофа эса калта, яъни ундан кейин компенсатор танаффус кузатилмайди. Эктопик ритмдан кейинги QRS комплекс одатий вақтда ва синус ритмига хос ораликда қайд этилади. Бу ўзгаришлар сакраб чиқувчи қисқаришни ЭС лардан фарқлашга ёрдам беради. Эктопик қисқариш АВ тугунда хосил бўлган бўлса QRS комплекс ўзгармайди, қоринчадан бўлса у деформацияланган ва 0,12 с. дан кенгайган бўлади (4-расм)



4-расм. Сакраб чиқувчи ритм –қисқариш ЭКГ кўриниши. а,б) а/в тугундан, в) қоринчадан

Тезлаштирилган (фаол) эктопик ритм ёки нопароксизмал тахикардиялар

Тезлаштирилган эктопик ритм ёки нопароксизмал тахикардия юрак ритмини секин -аста бир дақиқада 90-130 тагача (хуружсимон бўлмаган холда) тезлашиши ва секинлашиши билан кечади. У юзага келишига СТ ни шикастланиши ёки фаолиятини сустлашиши асосида юқори қўзғалувчанликка эга бўлган эктопик ўчоқларни фаоллашиши сабаб бўлади. Бу ритм бузилиши юрак мушакларида органик ўзгаришлар (ЮИК, МИ, ГК ва бошқалар) мавжуд бўлганда ва ЮГ лари билан захарланганда кузатилади. ЭКГ да тўғри қоринчалар ритми қайд этилади. Эктопик ўчоқ (бўлмача, АВ тугун, қоринча) жойлашишига кўра QRS комплексини ўзгариши худди пассив эктопик ритмдаги каби бўлиб, ЮУС кўплиги билан фарқланади.

В. Фаол эктопик комплекс ёки ритм.

Пассив эктопик ритм СТ ни бирламчи шикастланиши асосида ўрин босувчи ритм сифатида юзага келса, фаол эктопик комплекс ёки ритм фаоллиги юқори бўлган эктопик ўчоқ СТ фаолиятини босиб қўйиб вақтинча ёки доимо асосий ритм бошқарувчисига айланади. Бу ритм бузилишига экстрасистолалар, пароксизмал ва пароксизмал бўлмаган тахикардиялар, бўлмача ва қоринчаларни хилпиллаши ва титраши, парасистолалар киради. Қуйида уларга қисқача тўхталиб ўтамиз.

Экстрасистолиялар

Экстрасистолиялар (ЭС)- юракни барча ёки айрим қисмлари ўтқазувчи тизимининг турли сохаларида (бўлмача, АВ – тугун, қоринча) хосил бўлган эктопик импульсларга жавобан навбатдан ташқари қисқариши. ЭС ларни хосил бўлиш электропатофизиологик механизмлари - re-entry (қўзғатувчи тўлқинни қайта кириши) ва триггер (постдеполяризация) фаолликдир. Улар қуйидаги сабабларга кўра юзага келиши мумкин:

1. Функционал, неврогеи, экстракардиал- соғлом одамларда неврозларда вегетатив дистония ва неврорефлектор таъсирлар оқибатида, аччиқ чой, кофе, алкогол ичимликларни суистемол қилиш натижасида юзага келиб, улар бартараф этилгач ўз-ўзидан ўтиб кетади.
2. Органик – барча юрак –қон томир касалликлари (миокардитлар, кардиомиопатиялар, ЮИК, юракнинг туғма ва орттирилган нуқсонлари) ва уларнинг асоратлари (МИ, СҚАЕ) натижасида кардиомиоцитларни шикастланиши;
3. Токсик- ЮГ лари, адреналин ва унинг бирикмалари, кофеин, никотин, эфир, бензол, угар газлари ва бошқа воситалар билан захарланиш;
4. Механик – ангиография, юракда ўтқазиладиган муолижалар (катетеризация, операция) ва уни травмалари.

Аксарият соғлом (юрак қон- томир касаллиги билан оғримаган) одамларда хаётининг айрим даврларида маълум ва номаълум сабабларга кўра ЭС учраб туради. Бундай ЭС лар узоқ вақт мавжуд бўлиб, хеч қандай гемодинамик ўзгаришларга олиб келмайди ва одамлар ўз иш фаолиятини сақлаб қолади. Эмоционал ЭС лар фақат хаяжонланиш, асабийлашиш, қўрқув ва хурсанд бўлиш даврида пайдо бўлиб, аксарият холларда яққол намоён бўлган ваготония (брадикардия, гипотония, нафас аритмияси, кислоталикни ошиши, нам кафтлар, сўлак оқиши) белгилари билан кечади. Айрим соғлом аёлларда ички секретор безлар фаолияти ўзгариши (климакс, хомиладорлик, хайз кўриш циклини бузилиши) натижасида ҳам ЭС пайдо бўлиши мумкин.

Ўпка, кўкс оралиғи аъзоларидаги жараёнлар, плевра ва плевро- перикардиал битиб кетишлар, пневмосклероз, умуртқа поғонасининг бўйин қисми спондиолартрози, ошқозон – ичак тизимининг турли хил шикастланишлари (диафрагма чурраси, ўт чиқариш йўллари ва ичак, буйрак касалликлари) ҳам айрим холларда рефлектор ЭС олиб келади.

Клиник белгилари:

ЭС мавжуд бўлган беморлар юрак тўхтаб- тўхтаб уришига, қисқа муддатга юрак тўхтаб қолиши, юрак сохасида туртки, томоғига бир нарса келиш хисларига шикоят қиладилар. Айрим холларда, асосан компенсатор давр узоқ вақт давом этганда юрак сохасида сиқувчи оғриқлар, кўнгил бехузир бўлиши, бош айланиши, афазия, хушдан кетиш, ўтиб кетувчи гемипарезлар билан бир қаторда қўрқув ва хаво етишмаслик хисси безовта қилади. Текшириб кўрилганда навбатдан ташқари унча кучли бўлмаган кам тўлиқликка эга пульс тўлқини, ундан кейин келадиган танаффус ёки томир уриши тушиб қолиш белгиси аниқланади. ЭС дан кейинги пульс катта ва яхши тўлиқликка эга бўлади. Айрим холларда ЭС қисқаришига мос келадиган бўйин веналари пульсацияси кузатилиши мумкин. Юрак аускультациясида чўққида бир вақтнинг ўзида навбатдан ташқари иккита тон эшитилади, яъни қоринчаларни қон билан кам тўлганлиги хисобига кучайган I тон (қоринчалар ЭС да қоринчаларни бир вақтда қисқармаслиги, уч ва икки тавақали қопқоқчаларни бир вақтда ёпилмаслиги сабабли I тон иккиланиши) ва аортага хамда ўпка артериясига кам қон отиб берилганлиги хисобига сустлашган II тон. ЭС дан кейинги диастолик танафус ташхислашда мухим диагностик ахамиятга эга бўлган аускультатив белги бўлсада хар дойм ҳам ишонарли эмас. Қоринчалар ЭС да узоқ давом этган бу

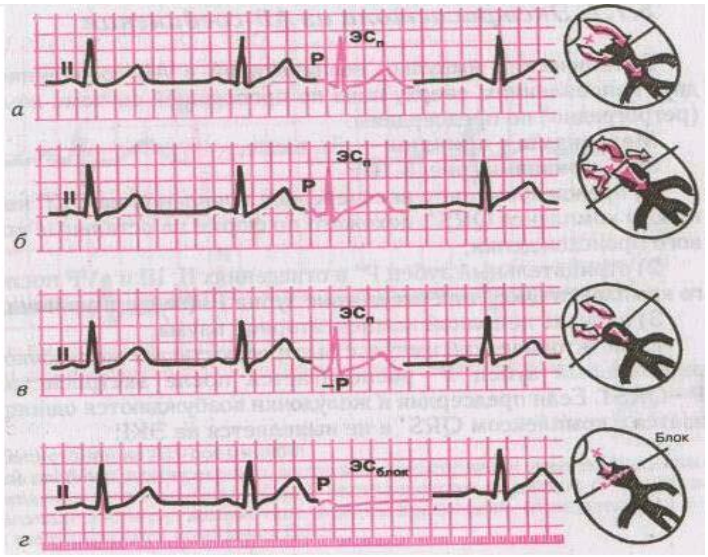
танаффус суправентрикулар (бўлмача ва АВ тугунчали) ЭС ларда бир мунча қисқароқ (нормал диастоладан узунроқ), интерполирланган ЭС ларда эса у кузатилмайди.

Экстрасистолиялар классификацияси:

1. Жойлашишига кўра: қоринчалар усти- суправентрикуляр ва қоринчалар.
2. Диастолада пайдо бўлиш вақтига қараб эрта, ўрта, кечки.
3. Сонига қараб – кам учрайдиган (1 минутда 5 тадан кам), ўрта (1 минутда 6 тадан 15 тагача) ва тез-тез учрайдиган (минутига 15 тадан куп).
4. Зичлигига қараб ягона (якка) ва жуфтлашган.
5. Даврийлигига қараб – баъзан ва аллоритмик (бигемения, тригеминия ва х.к.)
6. Экстрасистолиянинг яширин характерига қараб – яширин экстрасистолиялар.

Суправентрикулар экстрасистолиялар

Кам учрайдиган суправентрикулар ЭС да, уларнинг келиб чиқиши функционал сабаблар оқибатида эканлиги тасдиқланса, клиник аҳамиятга эга бўлмайди. Турли сабаблар натижасида юзага келган кўп (бир дақиқада 5 – 6 тадан кўп) учрайдиган ЭС лар қоринчаларни қон билан тўлишини ёмонлаштириб, кучайиб борувчи юрак етишмовчилиги ривожланишига олиб келувчи гемодинамик бузилишларни келтириб чиқариши, суправентрикулар тахикардиялар ва бўлмачалар фибрилляциясига олиб келиши ва юрак ритмининг бошқа оғир бузилишларига сабаб бўлиши мумкин. Улар асосан Гисс тутамидан юқорида жойлашган эктопик ўчоқларда хосил бўлади. Бу ўчоқлар бўлмача ва АВ тугуннинг юқори, ўрта ва пастки қисмларида жойлашган бўлиб, улардан юзага келган ЭС лар бир –биридан фақат ЭКГ белгилари орқали фарқланади (5-расм).



5-расм. Бўлмачалар экстрасистолияси ЭКГ кўриниши. Бўлмачалар экстрасистолиясидаги ЭКГ. а). бўлмачалар юқори қисмидан (Р тиши мусбат); б).бўлмачалар ўрта қисмидан (P_{II} тиши деформа-цияланган, икки фазали ёки пасайган); в).бўлмачалар пастки қисмидан (P_{II} тиши манфий); в). Қамалган бўлмача экстросистолияси.

Бўлмачалар экстрасистолияларининг асосий ЭКГ белгилари :

- Навбатдан ташқари бўлмача – қоринчалар комплексининг (Р- QRST) пайдо бўлиши;

- ЭС дан олдинда ўзгарган ёки кенгайган ва деформацияланган Р тишча мавжудлиги;
- Эктопик ўчоқ бўлмачанинг юқори қисмида- СТ яқин жойда бўлса ЭС дан олдинги Р тишча мусбат ва унча ўзгармаган, ўртасида бўлса – волтажи пасайган ёки икки фазали, пастки қисмида бўлганда эса манфий бўлади;
- ЭС даги Р- Q оралиқ миёрда, қисқарган ёки узайган (АВ тугундан қанча узоқ бўлса шунча узунроқ бўлади);
- ЭС даги QRS-T комплекси ўзгармаган;
- тўлиқ бўлмаган компенсатор танаффус.

Атриовентрикулар экстрасистолияларнинг асосий ЭКГ белгилари (15-расм)

- Навбатдан ташқари ўзгармаган қоринчалар комплексининг (QRST) пайдо бўлиши;
- ЭС дан олдин Р тишчанинг бўлмаслиги ёки навбатдан ташқари комплексдан кейин манфий Р тишча мавжудлиги;
- Р тишча II, III, aVF тармоқларда манфий, aVR да мусбат;
- Тўлиқ бўлмаган компенсатор танаффус (баъзан тўлиқ бўлиши ҳам мумкин) (6-расм)

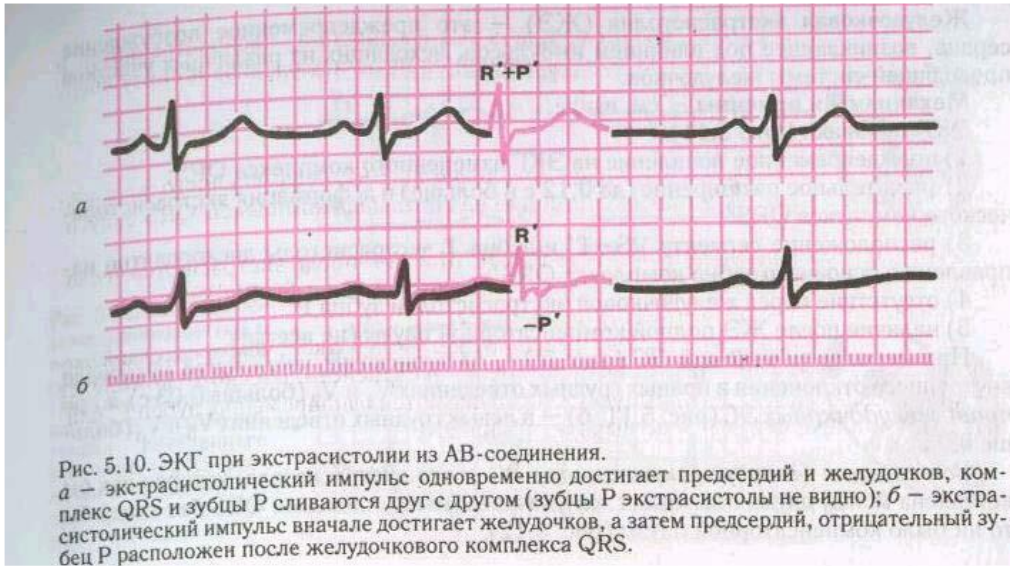


Рис. 5.10. ЭКГ при экстрасистолии из АВ-соединения.
а — экстрасистолический импульс одновременно достигает предсердий и желудочков, комплекс QRS и зубцы Р сливаются друг с другом (зубцы Р экстрасистолы не видно); *б* — экстрасистолический импульс вначале достигает желудочков, а затем предсердий, отрицательный зубец Р расположен после желудочкового комплекса QRS.

6-расм. Атриовентрикулар экстрасистолияларнинг ЭКГ белгилари

Қоринчалар экстрасистолияси.

Қоринчалар ЭС ўнг ёки чап қоринчада жойлашган эктопик ўчоқларда хосил бўлади (16-расм)

Қоринчалар ЭС ларининг асосий ЭКГ белгилари

- Навбатдан ташқари кенгайган, деформацияланган, асосий синус ритмига ўхшамаган QRST комплексини пайдо бўлиши;
- ЭС комплексдан олдин Р тишчани бўлмаслиги;
- QRS комплексини 0,10 с. дан ортиқ кенгайиши;
- ЭС даги ST оралиқ ва Т тишча асосий тишчага қарама- қарши жойлашиши;
- ЭС чап қоринчадан чиққан бўлса, I, aVL ва V5-V6 тармоқларда QRS комплекс чуқур S тишча, III, aVF ва V1-V2 да эса баланд R тишча хисобига кенгайган;
- ЭС ўнг қоринчадан чиққан бўлса QRS комплекс I, aVL ва V5-V6 тармоқларда асосий баланд R тишча, III, aVF ва V1-V2 да эса чуқур S тишча хисобига кенгайган;
- ЭС дан кейин тўлиқ компенсатор танаффус (7-расм).

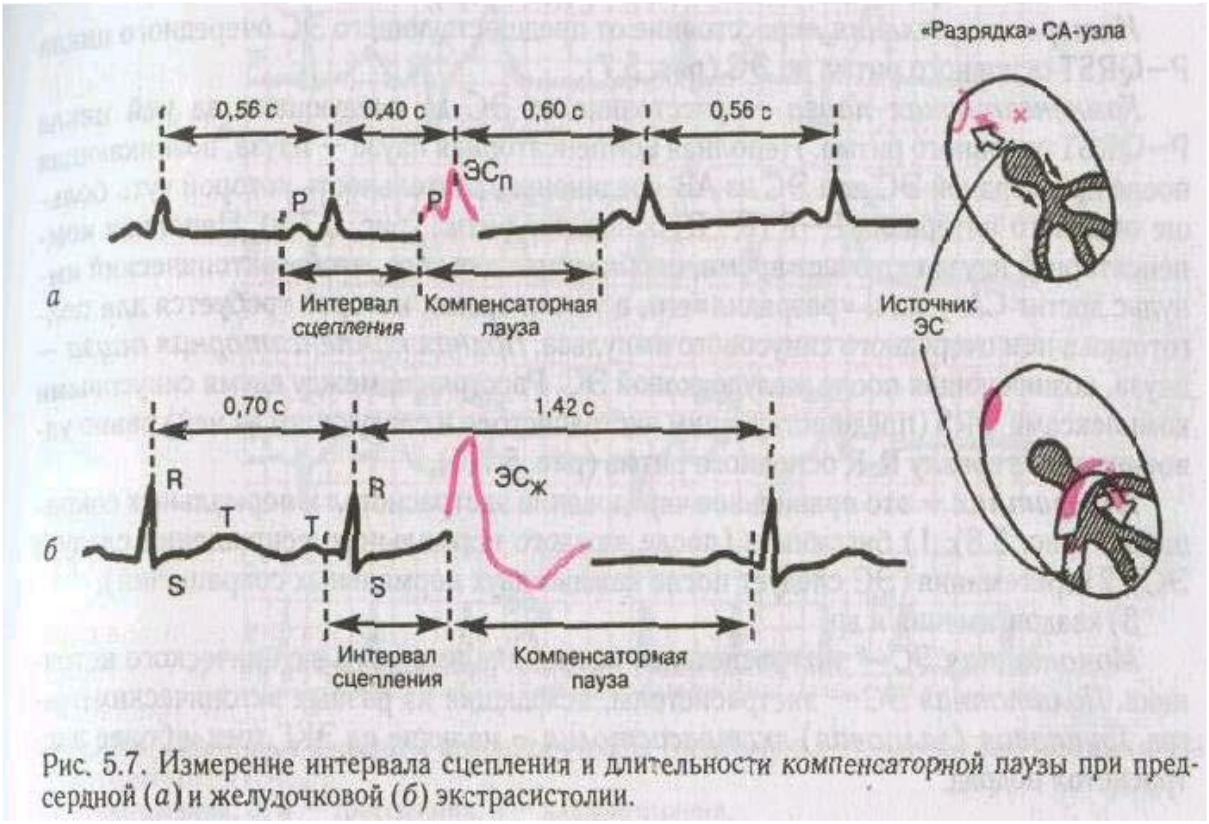


Рис. 5.7. Измерение интервала сцепления и длительности компенсаторной паузы при предсердной (*а*) и желудочковой (*б*) экстрасистолии.

-

7-расм. Қоринчалар экстрасистолияси ЭКГ белгилари

Қоринчалар экстрасистолиясини Лаун бўйича таснифи

0. 24 соат давомида ЭКГ мониторлашда қоринчалар ЭС аниқланмайди;

I. Монотоп (битта эктопик ўчоқдан - ўнг ёки чап қоринчадан) ЭС бир соатда 30 тагача;

II. Монотоп ЭС бир соатда 30 тадан кўп;

III. Политоп (иккита эктопик ўчоқдан - ўнг ва чап қоринчалардан) экстрасистолия.

IV. А- жуфтлашган ЭС (бирин кетин иккита ЭС).

Б-гурухлашган ЭС (бир вақтда бирин –кетин 2 тадан 6 тагача ЭС, 6 тадан кўп бўлса, қоринчалар параксизмал тахикардияси дейилади).

VII. Эрта пайдо бўлган ЭС (ЭС нинг R тишчаси ундан олдинги комплекснинг Т тишчаси устига тушиши).

8-расм. Коринчалар экстросистолиясининг турли аллоритмик вариантлари.

Юқорида келтирилгандан ташқари ЭС синус ритмига нисбатан келишига қараб бигеминия (хар бир синусли қисқаришдан кейин ЭС келиши),тригеминия (хар иккита синусли қисқаришдан кейин битта ЭС ёки кетма- кет келган 2 та ЭС дан кейин битта синусли қисқариш), квадригеминия (учта синусли қисқаришдан кейин ЭС келиши ёки кетма- кет келган 3 та ЭС дан кейин битта синусли қисқариш), алоритмия (маълум бир кетма – кетликда тўғри синус ритмини ЭС лар билан келиши), интерполирланган (ўртага туриб қолган) турлари фарқланади (8- расм). Сурункали юрак қон томир касалликлари натижасида юзага келган политоп, гурухли, айниқса, Лаун бўйича юқори градацияли

қоринчалар ЭС аксарият холларда қоринчалар тахикардияси, фибриляцияси ёки титрашига ва тўсатдан аритмоген ўлимга олиб келади.

ЭС ларни мавжудлигини ва турини эрта аниқлаш, функционал ЭС ларни органик ЭС дан хамда бошқа турдаги аритмиялардан фарқлаш, тўғри ташхис қўйиш ўз вақтида мос даво чораларини қўллашга ва бемор хаётини сақлаб қолишга ёрдам беради. Бемор шикояти, анамнези, объектив кўрик ва ЭКГ натижаларига асосланган холда функционал ва органик ЭС ларни фарқлаш мумкин (1-жадвал).

1-жадвал

№	**Функционал ЭС**	**Органик ЭС**
1.	Невротик ва умумий вегетатив белгиларни мавжудлиги	Юқумли касалликлар, ревматизм, атеросклероз, юрак нуқсонлари, ЮИК, СҚАЕ, интоксикация белгилари мавжудлиги
2.	Соғлом, ёш одамларда	Аксарият холларда 50 ёшдан катта
3.	Тинч холатда, эмоционал зўриқишда пайдо бўлиб, жисмоний зўриқишдан кейин йўқолиши	Жисмоний зўриқишдан кейин ва асосий касаллик фаоллашганда
4.	Аксарият холларда яккаланган ЭС, брадикардия билан бирга келиши	Аксарият холларда гурухланишга мойил бўлган кўп миқдордаги ЭС ларни тахикардия билан бирга келиши
5.	Кўпинча нохуш хис безовта қилиши	Баъзан беморлар сезмаслиги
6.	Монотоп	Политоп
7.	Аллоритмия ва эрта пайдо бўлган ЭС кузатилмаслиги	Аллоритмия ва эрта пайдо бўлган ЭС кузатилиши
8.	ЭС дан олдинги юрак қисқаришидан кейин қисқа муддатли рефрактер давр мавжудлиги	ЭС дан олдинги юрак қисқаришидан кейин қисқа муддатли рефрактер даврда пайдо бўлиши. ЭС нинг R тишчаси ундан олдинги синусли QRST комплекснинг Т тишчаси устига тушиши
9.	ЭС дан олдинги QRST комплекс билан мустахкам боғлиқлик мавжудлиги	ЭС дан олдинги QRST комплекс билан мустахкам боғлиқлик йўқлиги
10.	ЭС дан кейин ST оралиғи ва Т тишчасида ўзгариш кузатилмаслиги	ЭС дан кейин ST оралиқ ва Т тишчани ўзгариш кузатилиши
11.	ЮГ қабул қилганда пайдо бўлмаслиги	ЮГ қабул қилганда пайдо бўлиши
12.	ЭС да QRS комплекси кенглиги 0,11-0,15", амплитудаси 10 мм дан камлиги	ЭС нинг QRS комплекси кенглиги 0,16" дан кенг, амплитудаси 10 мм кўпроқ, кескин кенгайган ва деформацияланганлиги
13.	Рентген текширишда юрак чегараларини ўзгармаганлиги	Рентген текширишда юрак чегараларини ўзгарганлиги

14.	ЭКГ да бошқа ритм ва ўтказувчанлик бузилиши белгилари йўқлиги	ЭКГ да бошқа ритм ва ўтказувчанлик бузилиши мавжудлиги
15.	Седатив воситалар яхши самара бериши	Антиаритмик воситаларни самарадорлиги

ЭС ни ташхислашда юқоридаги маълумотлар билан бир қаторда қўшимча (Холтер мониторлаш, велоэргометрия, ЭхоКГ ва бошқалар) текшириш усулларидан фойдаланиш лозим.

Парасистолия

Юракда бир -бирининг таъсиридан химояланган мустақил иккита ритм бошқарувчиси мавжудлиги ва уларнинг хар бири бўлмача, қоринча ёки бутун юракни қисқаришига олиб келиши парасистолия дейилади. Одатда ритм бошқарувчиларидан бири СТ да (ЮУС бир дақиқада -60-90 та), иккинчиси эса эктопик ўчоқда (ЮУС бир дақиқада 20-60 -400 тагача), аксарият холларда қоринчалардан бирида жойлашган бўлганлиги сабабли синусли қисқариш эктопик ўчоқдан чиқаётган ритм (экстрасистолалар) билан маълум бир кетма -кетликда келади. Парасистолиялар ЭС дан илиниш (сцепление) ва айрим холларда компенсатор (иккита нормал қисқариш орасида жойлашганда) даврлари бўлмаслиги билан фарқланади. Парасистолиялар хар хил вақт оралиғида жойлашган бўлсада, лекин улар орасида маълум математик боғлиқлик мавжуд. Бу ритм бузилишига қўшилиб келган юрак қисқаришлари хам хос. Иккита ритм бошқарувчисидан чиққан импульслар бир вақтда келганда юрак мушакларининг бир қисми СТ дан қолган қисми эса парасистолик ритмдан қисқаради ва натижада олдида мусбат Р тишчаси мавжуд бўлган оралиқ (қўшилган) қисқариш- Р -QRS комплекси хосил бўлади. Парасистолияларни анақлаш учун узоқ вақт давомида олинган ЭКГ даги ЭС ларни жойлашиши ва бир –бирига боғлиқлигини ўрганиш лозим.

Аритмияларни ташхислаш.

1. Юрак ритми бузилишига шубха қилинган бемор шикоятлари ўрганилаётганда УАВ қуйидагиларни аниқлаши лозим:

- ✓ Беморда юрак нотўғри, тўхтаб- тўхтаб уриши, тўсатдан тез уриб кетиши мавжудлигини;
- ✓ Бу шикоятлар қайси белгилар (бош айланиши, юрак сохасида оғриқ, хушдан кетиш хуружлари, мушакларда тиришишлар, кўп миқдорда рангсиз пешоб ажралиши ва бошқалар) билан бирга кечишини;
- ✓ Уни пайдо бўлишига (тинч холатда сабабсиз, жисмоний ёки рухий зўриқиш, шомоллаш, сурункали касалликни қўзғалиши, режали давони тўхтатиб қўйиш, дори воситаларни тартибсиз қабул қилиш ва хокозо) ва ўтиб кетишига (харакатдан тўхташ, синамалар ўтқазиш, тинчлантирувчи ёки антиаритмик воситаларни қабул қилиш) олиб келувчи сабабларни;
- ✓ Ритм бузилиши хуружлари сони ва давомийлигини.

2. Бемор анамнезидан аниқланиши лозим:

- ✓ Шикоятларни биринчи бор безовта қилган вақти ва давомийлигини;
- ✓ Биринчи бор шифокорга мурожат қилган вақтини;

✓ Қабул қилган даволаш чораларини (медикаментоз ва номедикаментоз);

✓ Анамнезида (ўзида ёки яқин қариндошларида) ритм бузилишига олиб келиши мумкин бўлган касалликлар (ЮИК, ревматизм, АГ, миокардит ва хокозолар) ва хавф омиллари (ёмон одатлар, кофе ва аччиқ чойни кўп истемол қилиши, сурункали рухий ва жисмоний зўриқиш, захарланиш) мавжудлигини;

3. Объектив кўрикда эътибор бериш керак:

✓ Бемор холати (кам харакат, мажбурий холатда бўлиши, қўзғалувчан ва бошқалар);

✓ Тери қоплами (рангпар, кўкарган, қуруқ ёки нам);

✓ ҚБ ва пульси кўрсатгичлари;

✓ Юрак сохаси кўриги (юрак букриси, юрак чегаралари, юрак сохасида ва бўйин томирларида пульсация);

✓ Юрак ва йирик томирлар аускультацияси (Юрак тонлари холати, функционал ёки органик шовқинлар);

✓ Ўткир ёки сурункали ҚАЕ белгилари мавжудлиги;

✓ Бош мия, буйрак, жигар касаллигига хос белгилар.

4. Лаборатор ва асбобий текширишлар:

Лаборатор текшириш усуллари аритмияга олиб келган ҳолат ва касалликдан келиб чиққан ҳолда тавсия этилади.

Аритмияни ташхислашнинг асосий асбобий текшириш усули ЭКГ хисобланади. Қисқа муддатли олинган ЭКГ ёрдамида транзитор ритм бузилишларини аниқлаш қийин.

Бу холатда Холтерли мониторлаш ЭКГ усулидан фойдаланилади. Бунда кичик кўчма монитор ёрдамида кун давомида юрак фаолияти ЭКГ лентасига туширилади ва кейин олинган натижалар тахлил қилиниб хулоса чиқарилади. Бу усул юрак ритми ва ўтқазувчанлиги бузилиш даражаси, сабаби, хавф омиллар таъсири, аритмияни жисмоний ёки рухий зўриқишга боғлиқлиги ва дори воситалар самарадорлигини аниқлашга ёрдам беради. Холтер мониторлаш вақтида 32% беморларда авваллари оддий ЭКГ текшириш усули ёрдамида аниқланмаган қўшимча ритм ва ўтқазувчанлик бузилишларини қайд этиш мумкин. Узоқ вақт давомида ўтқазилган ЭКГ текшириш сунъий ритм бошқарувчиси фаолиятини бахолашга ҳам ёрдам беради.

5. Жисмоний юклама билан ўтқазиладиган синамалар (велоэргометрия) - яширин ёки ўтиб кетувчи ритм бузилишларини аниқлашда фойдаланилади. Бу текшириш усулига кўрсатма ва қарши кўрсатмалар кўкрак қафасидаги оғриқларга бағишланган маърузада ёритилган. Бундан ташқари ШВП ва ҚВП шароитида аритмияларни аниқлашда бошқа, ўтқазилиши содда ва арзон бўлган текшириш усуллари қўлланилади. Буларга тредмилметрия, зинапояли Мастер, миқдорланган юриш синамалари киради.

6. Психоэмоционал синама аритмияларни аниқлашда мухим ахамиятга эга. ЭКГ ёрдамида назорат қилган холда бу синама қўлланилганда ЮИК билан оғриган 30% беморларда ритм бузилишларини аниқлаш мумкин.

7. Вагусли синама (Вальсальви ва синокаротид) ёрдамида аритмия характери аниқланади. Унинг ёрдамида функционал ва органик ритм бузилишларни (синусли брадикардия, СТ блокадаси, СТХС) аниқлаш мумкин.

Медикаментоз синама айрим ритм бузилишларини (синусли брадикардия, СТ блокадаси, СТХС, WPW синдром) патогенези ва клиникасини аниқлаш учун атропин, аймалин ёки бошқа дори воситалари ёрдамида фақат касалхона шароитида ўтқазилади. Атропинли синамада тери остига 1,1% ли 1 мл атропин юборгандан кейин 15-30 дақиқа ўтгач ЭКГ олинади ва натижа тахлил қилинади. Юқоридаги маълумотларга ҳамда клиник –лаборатор текширишлар хулосасига асосланган холда ўз вақтида қўйилган ташхис тўғри даволаш тактикасини танлашга ва бемор хаётини сақлаб қолишга ёрдам беради.

Аритмияларни даволаш.

Аритмияларнинг клиник ахамияти турлича бўлиб, уни асосий бохолаш мезонларидан бири тизимли ва регионар гемодинамикани бузилишхолати ҳамда оғир асоратлар ривожланиш хавф даражаси хисобланади. Шунга асосланган холда даволаш тактикаси танланади ва олиб борилади. Қуйида аритмияларни даволаш чора -тадбирлари келтирилган:

I. МАСС синдроми ёки клиник ўлим ривожланган холатларда реанимация чора-тадбирлар ўтқазиш.

II. Аритмияни бартараф этишга қаратилган тезкор даволаш чоралари ёки вақтинчалик кардиостимулятор ўрнатиш:

1. Аритмик шок ёки ўпка шиши ривожланганда;
2. Яққол намоён бўлган тизимли ва регионар (церебрал ва коронар) қон айланишини бузилиши;
3. Қоринчалар фибрилляциясига олиб келувчи аритмиялар (МИ да қоринчалар аритмияси ёки тахикардияси, ўткир коронар етишмовчилиги, WPW синдромда хилпилловчи аритмия);
4. Қайта пароксизмал тахикардияда, тахиаритмияларда мавжуд бўлган бартараф этиш тадбирлари ва механизмлари билан;
5. МИ, миокардит ва бошка касалликларда бўлмача -қоринча ўтқазувчанлигини ўткир бузилиши.

III. Фаол назорат остида режали даво чораларини олиб бориш ҳамда доимий элктрокадиостимулятор ўрнатиш:

1. Гемодинамик ўзгаришисиз биринчи бор пайдо бўлган ритм ва кардиостимулятор иши бузилиши;
2. Аритмия асосида асосий касаллик кечишини ёмонлашиши, СҚАЕ белгиларини авжланиши;
3. Аритмияларни қайта пайдо бўлишини олдини олиш (ушлаб турувчи ва қайталашга қарши даво);
4. Юқори ва паст тезликдаги юрак ритмини мувофиқлаштириш.

Биринчи ва иккинчи гурухдаги холатлар зудлик билан бартараф этилиши лозим. Аритмиялар пайдо бўлганда беморни текшириб, ритм бузилишига олиб келган асосий касалликни эрта аниқлаб, самараси исботланган даво чораларини олиб бориш бемор хаётини сақлаб қолиш ва уни сифатини яхшилашга ёрдам беради. Айрим холларда ритм бузилишларини даволашда хавф омилларини (чекиш, алкогол, кофе, айрим дори воситалар қабул қилишни тўхтатиш) бартараф этишни ўзи етарли бўлади.

Шунингдек аритмияларни даволашда фармакологик, электрик, жаррохлик, физик (рефлектор) усуллар қўлланилади. Фармакологик даволаш миокарддаги электрофизиологик жароённи мувозанатлантиришга йўналтирилган бўлиб, уларни тўғри дозаларда кўрсатмаларга асосланган холда қўллаш яхши самара беради. Акс холда ёмон оқибатларга олиб келиши мумкин. Миокардни қисқарувчанлик ва қўзғалувчанлик хусусиятларини пасайтириб юбориши, янги ритм бузилишларини келтириб чиқариши ҳамда бошқа аъзоларга ножўя таъсир қилиши шулар жумласидандир. Қуйидаги 2-жадвалда амалиётда қўлланиладиган антиаритмик воситалар классификацияси келтирилган.

Юқорида санаб ўтилганлардан ташқари амалиётда антиаритмик хусусиятга эга бўлган бир қатор дори воситалар ҳам мавжуд бўлиб, улар асосий даволашга ёрдамчи восита сифатида ёки фақат маълум бир холатларда қўлланилади.

Уларга қўйидагилар киради:

1. Пуринергик рецепторларни қўзғатувчи воситалар: Аденозин (2 мл в/и юборишга) ва натрий аденозинфосфат (1% -1 мм) эндоген нуклеотит бўлиб СТ автоматизмини сустлаштиради ва АВ тугунни рефрактерактерлик даврини узайтириб у орқали импульсларни ўтишини секинлаштиради. У АВ дан чиққан реципрок параксизмал ва WPW синдромда қузатиладиган суправентрикуляр тахикардияларда қўлланилади. Калий препаратлари (калий хлорид 4%- 50 мл, панангин 10 мл) гипокалимия туфайли юзага келган барча суправентрикуляр ва қоринчалар аритмиясида тавсия этилади. Юрак гликозидлари (дигоксин 0,25, 0,5мг, 0,25% -1 мл, строфантин 0,05%- 1 мл) асосан СҚАЕ (II –IV ФС) бўлмачалар хилпилаши ва титраши билан бирга келганда, суправентрикулар параксизмал тахикардияларда қўлланилади.

Юқоридагилардан кўринадики, антиаритмик воситалар жуда кўп лекин уларнинг хар бирини махсус кўрсатмаларга асосан қўлланилмаса ёмон оқибатларга яъни уларни аритмоген хусусияти намоён бўлишига олиб келади. Мазур Н.А. малумотларига кўра 6-16% холларда антиаритмик воситаларининг аритмоген хусусияти кузатилади. Улар қуйидагилардан иборат: қоринчалар ЭС ни кўпайиши, ёки вақти вақти билан қоринчалар параксизмал тахикардияси эпизодлари билан кечучи жуфтлашган ЭС ларни, бартараф этилиши қийин бўлган янги ритм бузилишларини (суправентрикулар ва полиморф қоринчалар тахикардиялари, “пируэт” туридаги қоринчалар тахикардияси ва фибрилляцияси) пайдо бўлиши, қисқа муддатли параксизмларни узоқ вақт давом этувчи қоринчалар тахикардиясига ўтиши.

МАСАЛА№ 1

Эркак 37 ёш.

Шикоятлари кучли бўлмаган жисмоний харакатлардан сўнгги хансирашга(текис юза бўйлаб юриш), юрак уриб кетишига, тунги бўғилиш хуружларига, уларни ўтирган холатда ва 2 таблетка нитроглицерин истемолидан кейин қолишига.

Юқоридаги шикоятлар ярим йил аввал постгриппоз пневмония билан асоратланган ўтказилган гриппдан сўнг пайдо бўлган.

Объектив: Умумий ахволи ўрта оғирликда. Акроцианоз, тер қопламлари рангпар. НОС = 20 дақ. АҚБ = 110\70 мм см. уст. Юрак чегаралари 3смга чапга силжиган

Юрак тонлари бўғиқ, ритмик, галлоп ритми. Ўпканинг пастки бўлимларида сусайган нафас фонида майда пуфакчали нам хириллашлар.

Жигар ўнг қовурға ёйидан 3см пастда аниқланади, пальпацияда бироз оғриқли. Тизза ва товоннинг пастозлиги аниқланади.

ЭКГ: Ритм синусли 97 дақ... якка қоринчали экстрасистолия.

Гисс тутамининг олдинги чап оёғи шохчасининг блокадаси. ЧҚГ белгилари.

Саволлар:

1. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай қўшимча текширувлар ўтказиш лозим ва кутилаётган натижалар?
2. Хақиқатга энг яқин ташхисни шакллантиринг.
3. Беморни даволаш тактикаси.

Жавоб: ЎЮЕ: ЮИК Аритмик шакли.

Ёндош:Сурункали зотилжам.

Асорати:ҚАЕ II Б.

МАСАЛА № 2

Эркак 75 ёш

2 йил давомида бош айланиши, холсизлик, кўз олди қоронғулашиши эпизодлари, юриш вақтда қалқиб кетишкаби холатларни аниқлайди. Сўнгги 2 ой ичида ўзини ёмон хисс қилиши: қисқа вақт давомида бўлувчи синкопал холатлар пайдо бўлди. Икки маротаба тез ёрдамда булмачалар хилпиллаши аниқланди ва улар мустақил ўтиб кетди.

Кўрикда: ЮҚС 50 зарб/дақ., АҚБ 160\70 мм.см.уст.

ЭКГ: Синусли брадиаритмия 50-58 зарб\дақ. Миокардда диффуз ўзгаришлар.

САВОЛЛАР:

1. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай қўшимча текширувлар ўтказиш лозим?
2. Хақиқатга энг яқин ташхисни шакллантиринг.
3. Беморни даволаш тактикаси.

МАСАЛА № 3

Эркак 61 ёш

2 йил давомида бош айланиши, холсизлик, кўз олди қоронғулашиши эпизодлари, юриш вақтда қалқиб кетишкаби холатларни аниқлайди. Сўнгги 2 ой ичида ўзини ёмон хисс қилиши: қисқа вақт давомида бўлувчи синкопал холатлар пайдо бўлди. Икки маротаба тез ёрдамда булмачалар хилпиллаши аниқланди ва улар мустақил ўтиб кетди.

Кўрикда: ЮҚС 50 зарб/дақ., АҚБ 160\70 мм.см.уст.

ЭКГ: Синусли брадиаритмия 50-58 зарб\дақ. Миокардда диффуз ўзгаришлар.

САВОЛЛАР:

1. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай қўшимча текширувлар ўтказиш лозим?
2. Хақиқатга энг яқин ташхисни шакллантиринг.
3. Беморни даволаш тактикаси.

Назорат саволлари.

1. Бошқарувчи ритм кўчишида диагностик мезонлар.
2. Синус тугун сустлигида диагностик мезонлар.
3. Экстрасистолияларда диагностик мезонлар.
4. Бошқарувчи ритм кўчишида, синус тугун сустлигида, экстрасистолияларда дифференциал диагностикаси.
5. Бошқарувчи ритм кўчишида, синус тугун сустлигида, экстрасистолияларда медикаментоз даво.
6. Аритмияларда гликозидларга кўрсатма ва қарши кўсатма.
7. Экстрасистолияларда ЭКГ кўриниши.
8. Синус тугун сустлигида медикаментоз даво.
9. Экстрасистолияларнинг медикаментоз давоси.
10. УАШ тактикаси

9-Мавзу. Аритмиялар. Бўлмачалар ва қоринчалар титраши, хилпираши (доимий ва пароксизмал), пароксизмал тахикардия, қоринчаларнинг вақтдан олдин қўзғалиши синдромини қиёсий ташхислаш. УАШ тактикаси.

Таълим бериш технологиясининг модели

<table>
<tr><td>Машғулот вақти 6 соат</td><td>Талабалар сони : 10-12 тагача</td></tr>
<tr><td>Машғулот шакли</td><td>Амалий машғулот</td></tr>
<tr><td>Дарси тузилиши.</td><td>1. Кафедра тематик ўқув ҳонаси. .ЭКГ хонаси.
2. Ўқув қўлланма, тарқатма материал, вазиятли масала ва тестлар тўплами
3. Кардиология бўлимларидаги бемор ҳоналари.
4. Телевизор, видео анжомлар, мултимедия</td></tr>
<tr><td colspan="2">Машғулот мақсади:
УАШга ритм бузилишларида замонавий ташхис методлари ва дифференсиал ташхислашни, оптимал даво тактикасини танлашни, ҳамда ушбу беморларни соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғин, “УАС квалификатсион ҳарактеристикаси”га қўйилган талабларга мос шароитида олиб бооришни ўргатиш .</td></tr>
<tr><td>Машгулот режаси:
1. Ритм бузилиши ташхиси ва таққослама ташхисини кўриб чиқиш.
2. Аритмиялар билан беморларни кўрсатиш.
3. Ритм бузилишларидаги клиник-лабаратор ва инструментал текширувларни таҳлил қилиш.</td><td>Ўқув жараёни натижалари:
<u>УАС билиши керак:</u>
1. Пароксизмал таҳикардия, экстрасистолия, бўлмачалар ва қоринчалар титраши ва ҳилпираши (доимий ва пароксизмал), қоринчаларнинг вақтидан илгари</td></tr>
</table>

4.Ҳар-ҳил аритмияларда қиёсий ташхислашни ўтказиш. 5.УАВга ритм бузилишларида қиёсий давони ўтказишни ўргатиш. 6.УАВ квалификацион ҳарактеристикаси доирасида олиб бооришга тегишли саволларни кўриб чиқиш . 7.Даволаш принсипларини тахлил тахлил қилиш(медикаментоз ва номедикаментоз). 8.ҚВП ва ОП шароитида беморларни олиб бооориш, кузатиш ва мониторинги принсипларини таҳлил қилиш. 9.Ушбу ҳолатда бирламчи, иккиламчи, учламчи профилактикаси.	қўзғалиш синдроми пайдо бўлиш механизмлари. *2.* Ритм бузилишлариниг клиник номоён бўлиши. *3.* Қоринча ва бўлмача ритм бузилишларида қиёсий ташхислаш . 4. Қоринча ва бўлмача аритмияларида қўлланиладиган медикаментоз препаратлар ҳамда уларнинг фармакодинамикаси ва дозировкаси. 5. ҚВП ва ОП шароитида беморларни дисоансер кузатиш ва мониторинги принциплари. 6. Ушбу ҳолатда бирламчи, иккиламчи, учламчи профилактикаси **<u>УАШ бажара олиши керак:</u>** 1. ЭКГ ва клиник малумотларга асосланган ҳолда аритмия турларини қиёслаш ва ташхислаш; 2. Самараси исботланган дориларни танлаш. 3. Номедикаментоз даво тадбирлари ҳақида маслаҳат бериш 4. ҚВП ва ОП шароитида мониторинг ўтказиш.
Ўқитиш методи	“ротация“ методи, видео намойиши, баҳс, суҳбат, вазиятли масала ва тестларни ечиш.
Ўқув жараёнинг ташкилий шакли	Якка, гуруҳли, коллектив, аудито-риядаги ва аудиториядан ташқари ишлар.
Ўқитиш воситалари	Тарқатма материаллар, визуал материаллар, видеофилмлар, муляжлар, касаллик тариҳлари, жадваллар, ўқув қўлланмалар, беморлар ЭКГси.
Қайта боғлашнинг усул ва воситалари	Блиц – сўров, тест, дарс натижаларини намойиши, касаллик тариҳини тўлдириш, амалий кўникмаларини бажариш, “профессионал сўров”

Дарсни технологик картаси

№	Амалий дарснинг босқичлари	Дарс шакли	Машғулот

		Ўтиш жойи	**давомийлиги 120**
1	Кириш қисми (асосий мавзу)		5
2	Амалий машғулот мавзусини таҳлил қилиш, замонавий педагогик теҳнологиялар (ротация) дан фойдаланиб шунингдек, материаллар (жадвал, плакат, рентгенограмма)ни намойиш қилиш орқали, дастлабки кўрсаткичларни аниқлаш	Сўров, муҳокама *Ўқув ҳонаси*	20
3	Муҳокама натижалари		10
4	Амалий қисм учун машқни аниқлаштириш-про-фессионал сўров. Вазиятни тушунтириш ва касал-лик тариҳини тўлдириш ҳақида маслахатлар бериш.	Муҳокама	20
5	Ўқитувчи бошчилигидаги дарснинг асосий амалий қисми.	Беморлар билан суҳбат ва касаллик тарихини тўлдириш, вазиятли масала. *Беморлар кўриги*	10
6	Бемор текширув маълумотларининг интерпри-тацияси- шикоятлар, кўрув, пальпация, перкус-сия, аускултация, ҳамда УТТ, УҚТ ва био-кимёвий таҳлиллар ва ташхис қўйиш.	Касаллик тариҳи, вазиятли масаладаги лаборатор маълумотлар	15
7	Талабаларнинг назарий ва амалий билим-ларини таҳлил қилиш маълумотларни мустаҳ-камлаш, билимни ўзлаштириш даражасини баҳолаш.	Оғзаки жавоб, тестлар, муҳокамалар, амалий кўникмаларни аниқлаш *Ўқув ҳонаси*	15
8	Амалий дарс бўйича ҳулоса, 100 баллик система бўйича баҳолаш ва уларни эълон қи-лиш. Келгуси дарсга уйга вазифа.	Мустақил иш учун саволлар, маълумот. *Ўқув ҳонаси*	25

Бўлмачалар хилпилловчи аритмияси.

Бўлмачалар хилпиллаши (фибрилляцияси) ёки хилпилловчи аритмия (ҲА) бўлмачада жойлашган кўплаб эктопик ўчоқларда хосил бўлган импульсларга жавобан бўлмача мушаги алоҳида толаларини тартибсиз, тез-тез (бир дақиқада 350-700 тагача), ҳар ҳил кучланишда ва амплитудада хаотик қўзғалиши ҳамда қисқариши ҳисобланади. Бунда бўлмачаларни бир бутунлик сифатида қисқариши кузатилмайди. Импульсларнинг бир қисми етарли даражада кучга эга бўлмаганлиги учун АВ тугунгача етиб бормаса, яна бир қисми уни рефрактерлик даврига тўғри келади ва бу тўсиқдан ўта олмайди. Шу сабабли уларнинг маълум бир миқдоригини АВ тугун орқали қоринчаларга ўтади ва уларнинг

тартибсиз қўзғалиши хамда қисқаришига олиб келади. ҲА ни пароксизмал ва доимий, шунингдек ЮУС га кўра ***тахисистолик*** (ЮУС бир дақиқада 90 тадан кўп), ***нормасистолик*** **(**ЮУС бир дақиқада 60- 90 тагача), ***брадисистолик*** (ЮУС бир дақиқада 60 тагача) турлари фарқланади. Аритмия f тўлқинлар амплитудаси ва сонига кўра йирик тўлқинли (тўлқинлар сони бир дақиқада 350-450 тагача, амплитудаси 0.5 мм дан баландроқ) ва майда тўлқинли (тўлқинлар сони бир дақиқада 600-700 тагача, амплитудаси 0,5 мм гача) бўлади.

ҲА пароксизми вақтида асосий касалликка хос белгилар билан бирга беморларни тўсатдан юрак нотўғри уриб кетиши, умумий холсизлик, юрак сохасида нохуш хис, кўкрак қафасида тўмтоқ туртки ёки титраш, ўлимдан қўрқув хисси, кўз олди қоронғилашиши, қуруқ йўтал, ҳансираш безовта қилади. Унинг доимий тахисистолик турида юқоридаги шикоятларга катта ва кичик қон айланиш доираларида димланиш белгилари, коронар оғриқлар қўшилади. Норма ва брадисистолик турларида беморлар шикоят билдирмайдилар. Объектив кўрикда: аускультациясида юрак тонлари турли баландликда ва тўлиқликдалиги (диастола давомийлига қараб қоринчаларни қон билан тўлишига кўра) хамда тартибсизлиги, хар хил давомийликдаги диастолик оралиқ аниқланади. Пульс аритмик, турли тўлиқликда, ЮУС ва пульс бир бирига мос келмайди, пульс дефицити кузатилади. Вагусли синамадан кейин ЮУС бир оз камаяди, лекин ритм тикланмайди. ЮУС ва пульс дефицити қанчалик кўп бўлса юрак ва қон айланиш етишмовчилиги белгилари шунчалик яққол намоён бўлади. Ушбу беморларда тромбоэмболик (мия, ўпка, буйрак ва бошқа аъзолар қон томирлари) асоратлар ривожланиши, ҳамда тўсатдан ўлим хавфи ошиб боради. Шошолинч холатларга олиб келувчи кучли гемодинамик бузилишлар ХА нинг тахисистолик шаклида юзага келади

Ҳилпилловчи аритмиянинг ЭКГ мезонлари

- Барча тармоқларда Р тишчанинг бўлмаслиги;
- Р тишчанинг ўрнига майда, ҳар хил шаклли ва амплитудали, регуляр бўлмаган, тартибсиз, баъзан умуман кўринмайдиган f тўлқинлар кузатилиши;
- f тўлқинлар хисобига изоэлектрик чизиқ тўлқинсимон бўлиши;
- R-R оралиқлари ҳар хил бўлиши;
- QRS комплекс шакли ўзгармаслиги;
- ST оралиқ ва Т тишчаси f тўлқин хисобига деформацияланиши (9-10 расмлар).

Рис. 5.17. ЭКГ при мерцании (фибрилляции) предсердий.
а — крупноволнистая форма; *б* — мелковолнистая форма. Справа — схематическое изображение вихревого движения волны возбуждения по предсердиям.

9-расм. Бўлмачалар ҳилпилловчи (фибрилляцияси) аритмисининг ЭКГ кўриниши

Рис. 5.18. ЭКГ при мерцании (фибрилляции) предсердий (тахисистолическая форма).

10-расм. Бўлмачалар ҳилпилловчи аритмиясининг тахисистолик шакли

Бўлмачалар титраши.

Тўғри, бошқарилувчи бўлмача ритми сақланган холда уни қисқаришини бир дақиқада 200-400 тагача тезлашишига бўлмачалар титраши дейилади. У доимий (мавжудлиги 2 хафтадан кўп) ва пароксизмал (хар хил давомийликдаги хуружлар) бўлиши мумкин. Бунда бўлмачанинг турли сохасида жойлашган эктопик ўчоқлардан чиққан импульсларга жавобан бутун бўлмача эмас, балки унинг маълум бир мушак толалари қисқаради. Бўлмачалар хилпиллашидан фарқли ўлароқ бу ритм бузилишида қўзғалишлар сони камроқ ва тартиблироқ бўлади. Вақт бирлиги ичида АВ тугун бунча импулсларни ўтқаза олмайди ва функционал блокада юзага келиб, уларни хар иккинчиси ёки учинчисини ўтқазади. Агар АВ блокада даражаси турғун бўлса, маълум вақтда қоринчаларга доимий бир хил сондаги импульслар ўтади ва қоринчалар тўғри ритмда

қисқаради. Бу ***тўғри турдаги бўлмачалар титрашига*** хос. Унинг нотўғри турида эса АВ блокада даражаси ўзгариб турганлиги сабабли вақт бирлиги ичида қоринчаларга турли миқдордаги импульслар ўтади.

Бўлмачалар титрашининг ЭКГ белгилари:

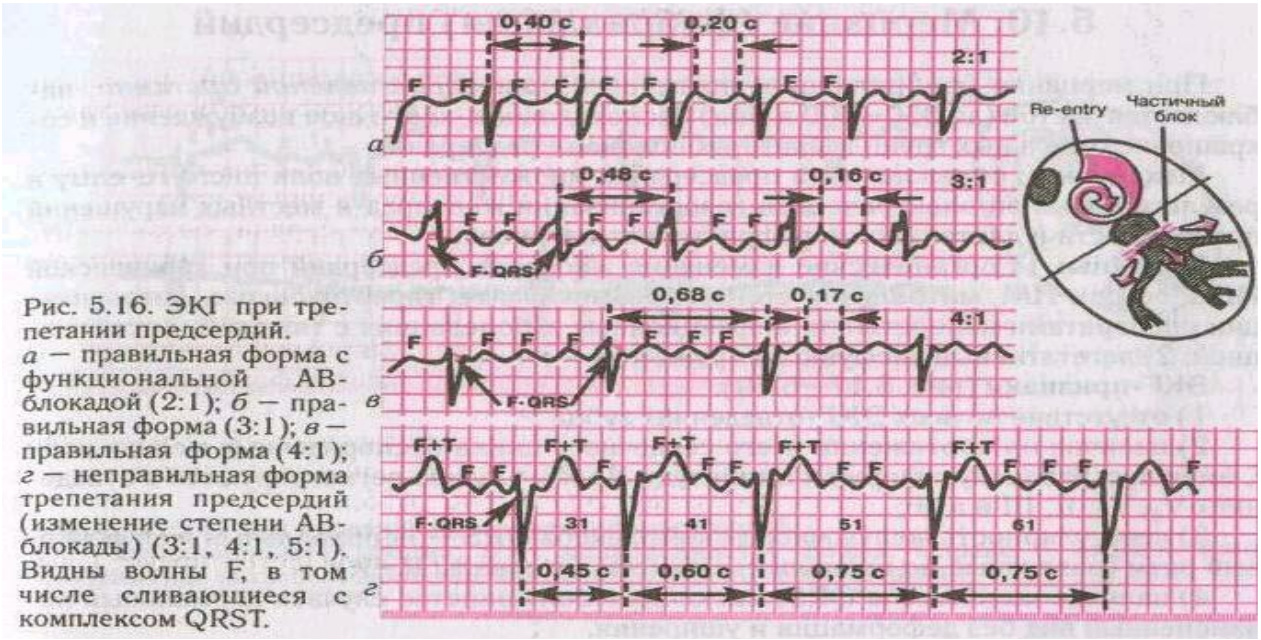


Рис. 5.16. ЭКГ при трепетании предсердий.
а — правильная форма с функциональной АВ-блокадой (2:1); *б* — правильная форма (3:1); *в* — правильная форма (4:1); *г* — неправильная форма трепетания предсердий (изменение степени АВ-блокады) (3:1, 4:1, 5:1). Видны волны F, в том числе сливающиеся с комплексом QRST.

11-расм. Бўлмачалар титрашининг ЭКГ кўриниши.

- Арра тишлари шаклидаги, бир- бирига ўхшаш ва бир хил узоқликда жойлашган бир дақиқада 200-400 тагача бўлмачаларнинг F тўлқини (II, III, aVF V1, V2 тармоқларда яхши кўринади);
- Изоэлектрик чизиқ ўрнига узлуксиз, тўлқинсимон титраш - F тўлқинлари;
- Тўғри турдаги, оралиғи бир хил (тўғри турида-R-R оралиғи бир хил) ёки хар хил (нотўғри турида-R-R оралиғи хар хил) миқдорда F тўлқинлари мавжуд бўлган қоринчалар ритми;
- Ҳар биридан олдин бир хил (F – 2:1, 3:1, 4:1 ёки хар хил) миқдордаги F тўлқин мавжуд бўлган ўзгармаган QRS комплекси (бир дақиқада 100-200 та);

Бўлмачалар титраши юракни органик шикастланишида кузатиладиган ритм бузилиши бўлиб, клиник томондан асосий касалликка хос белгилар билан бир қаторда беморларни юрак уриб кетиши, коронар оғриқлар ва ҳансираш безовта қилади.

Қоринчалар титраши ва ҳилпиллаши (фибрилляцияси).

Қоринчалар титраши унда жойлашган кўплаб эктопик ўчоқларда ҳосил бўлган импульсларни турғун, тўғри айланма (re-entry) ҳаракатига жавобан қоринча мушагининг алоҳида толаларини тартибли (бир дақиқада 200-300 тагача) қўзғалиши ,ҳамда қисқариши хисобланади. У оқибатда қоринчалар ҳилпиллашига (фибрилляцияси) ўтади

Қоринчалар хилпиллашида уни титрашидан фарқли ўлароқ қўзғатувчи импульслар йўналиши доимо ўзгариб туриши сабабли қоринча мушагининг алоҳида толаларини тартибсиз (бир дақиқада 200- 500 тагача), бошқариб бўлмайдиган даражада хаотик қўзғалиши кузатилади. Ўткир ва сурункали юрак –қон томир касалликлари билан оғриган беморларда тўсатдан ўлимнинг асосий сабабларидан бири қоринчалар титраши ва

ҳилпиллаши ҳисобланади. Беморларда бу ритм бузилишини ривожланиши қон айланишини тўхташи билан тенг терминал холат хисобланади. Чунки юрак қоринчаларини шу даражада кўп қисқариши гемодинамик жихатдан фойдасиздир. Қоринчалар титрашининг биринчи 3-4 сонияларида беморда кучли холсизлик, бош айланиши, 18-20 сония ичида – хушдан кетиш, 40-50 сониядан кейин эса клоник- тоник тиришишлар ва билмаган холда сийдик қопи ва тўғри ичакни бўшашиши кузатилади. Биринчи дақиқаларда тери қоплами оқаради кейин кўкаради, пульс ва ҚБ аниқланмайди, юрак тонлари эшитилмайди, нафас олиш сони камаяди ва тўхтайди, кўз қорачиғи кенгаяди, клиник ўлим ривожланади.

Қоринчалар титрашининг ЭКГ белгилари:

- Қоринчалар қисқариш сони бир дақиқада 200-300 та;
- QRS комплекси, S-T оралиқ ва Т тишчасини фарқлаб бўлмайди;
- Баланд, кенг, бир – бирига ўхшаш, бир хил амплитудали синусоид тўлқинлар;
- Тўлқинлар ораси бир хил.

Қоринчалар хилпиллашининг ЭКГ белгилари:

- Қоринчалар қисқариши сони бир дақиқада 200-500 та;
- Қоринчалар комплексини фарқлаб бўлмайди;
- Амплитудаси, кенглиги, шакли хар хил, ўткир ёки тўмтоқ чўққили тўлқинлар;
- Тўлқинлар ораси хар хил.
- Тўлқинлар амплитудаси пасайиб бориб асистолияга (тўғри чизиқ) ўтади (12- расм).

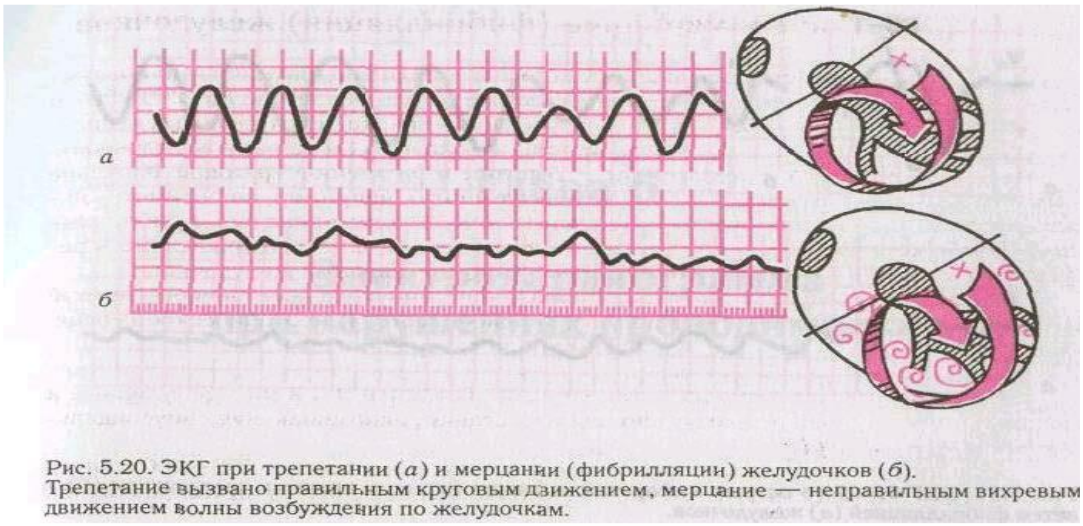


Рис. 5.20. ЭКГ при трепетании (*а*) и мерцании (фибрилляции) желудочков (*б*).
Трепетание вызвано правильным круговым дзижением, мерцание — неправильным вихревым движением волны возбуждения по желудочкам.

12-расм. Қоринчалар титраши ЭКГ кўриниши.

Юрак ритмининг пароксизмал бузилишлари

Пароксизмал тахикардия (ПТ) – бу тўсатдан пайдо бўлиб ва тўсатдан (ўз- ўзидан ёки даволаш чоралари натижасида) ўтиб кетадиган аксарият холларда тўғри мунтазам ритмни сақлаган холда юракни (бир дақиқада 140-250 та) тез уриб кетиш хуружидир. У бўлмача, АВ тугун ва қоринчаларда жойлашган эктопик ўчоқдан чиқаётган кўплаб импульслар хисобига хосил бўлади. Синусли тахикардиядан фарқли ўлароқ ПТ да юрак ритми ва тезлиги жисмоний ёки эмоционал зўриқишда, чуқур нафас олганда ҳамда

атропинни м/о юборганда ўзгармайди. Унинг пайдо бўлиши re-entry (импульснинг айланма ҳаракат билан қайта кириш) механизмига ҳамда II ва III тартибдаги ритм бошқарувчилари автоматизмини фаоллашишига боғлиқ. Эктопик ўчоқ жойлашишига қараб ПТ ни бўлмачали, АВ тугунчали ва қоринчали турлари фарқланади.

ПТ хуружи бир неча сониядан бир неча соатларгача (айрим холларда кунларгача) давом этиб, беморлар уни бошланиш ва тугаш вақтини эслаб қоладилар. Бундан ташқари улар хуруж бошланишидан олдин тўсатдан юрак сохасида туртки хисси ва ундан кейин юракни тез уриб кетиши, бош айланиши, бошда шовқин, юрак сиқилишиги шикоят қиладилар. Баъзан гемипарезлар, афазия, метиоризм, кўнгил айниши, қайд қилиш кузатилади. Пульс ритмик, тез, юракда маятника ўхшаш ритм аниқланади. Тахикардия асосида аввал мавжуд бўлган юракдаги шовқинлар йўқолади, систолик босим пасайиши мумкин. Суправентрикулар ПТ да хуруждан кейин бир неча соат давомида кўп миқдорда паст зичликка (1001-1003) эга бўлган пешоб ажралади ва турли вагус синамалари (нафас олиш чўққисида нафасни ушлаб туриш, қоринни таранглаш, кўз соққаларини, уйқу артерияларини босиш- коротид синусини уқалаш, катта ютинишлар билан совуқ сув ичиш ва х.к.) ёрдамида уни бартараф этиш мумкин. Хар қандай пароксизм бартараф этилгач бир неча кун давомида ЭКГ да ST оралиқни ўрта чизиқдан силжиши, Т тишчада ўзгариш, қоринчалар систоласини (Q-T) узайиши кузатилади. Бу ўзгаришлар кўкрак- асосан чап тармоқларда яққолроқ намоён бўлади).

Суправентрикулар пароксизмал тахикардия.

Суправентрикулар (бўлмача ва АВ тугундан) ПТ да ритм бошқарувчи эктопик ўчоқ бўлмачаларнинг бирида ёки АВ тугунда (20- расм) жойлашган бўлиб, атриовентрикулар блокада бўлмаганда қоринчалар эктопик ўчоқдан чиққан ҳар бир импульсга жавоб беради. Айрим холларда бўлмачалар ПТ да АВ тугун бўлмачада ишлаб чиқилган барча импульсларга жавоб беролмаслиги сабабли I, II даражали блокада кузатилади. Бунда Р –Q оралиқ ўзгариб, даврий равишда қоринчалар комплекси тушиб қолиши кузатилади.

ЭКГ мезонлари

- ✓ Мунтазам тўғри ритм сақланган, ЮУС бир дақиқада 140-250 тагача кўпайган;
- ✓ R-R оралиғи қискарган, лекин бир биридан бир хил узоқликда жойлашган;
- ✓ Бўлмачалар ПТ да хар бир ўзгармаган, лекин торайган QRS комплексидан олдин ўзгарган Р тўлқинларининг мавжудлиги (бўлмачадаги эктопик ўчоқнинг жойлашишига қараб Р тишча пасайган, икки фазали ва манфий бўлиши ёки аниқланмаслиги)
- ✓ Р тишчани олдинги қоринчалар комплексининг Т тишчаси билан қўшилиб кетиши (13-расм);

Рис. 5.13. Пароксизмальная предсердная тахикардия (ЧСС 150 в мин).

13-расм.Бўлмачалар пароксизмал тахикардияси ЭКГ кўриниши

АВ ПТ да агар АВ тугундан чиққан эктопик импульс бўлмачаларга қоринчалардан олдин тарқалса II, III, aVF тармоқларда манфий Р тишча, бўлмача ва қоринчаларга бир вақтда етиб келса Р тишча бўлмаслиги ва нихоят у бўлмачага қоринчалардан кейин тарқалса манфий Р тишча S-T оралиғида аниқланиш (14-расм);

Айрим холларда кенгайган, деформацияланган аберрент қоринчалар комплекси (ўтиб кетувчи Гисс тутами оёқчаларидан бирини блокадаси ривожланганда)

Рис. 5.14. Пароксизмальная тахикардия из АВ-соединения.
а — атриовентрикулярная (узловая) тахикардия с предшествующим возбуждением желудочков и последующим ретроградным возбуждением предсердий (отрицательный зубец Р располагается позади комплекса QRS); *б* — атриовентрикулярная (узловая) тахикардия с одновременным возбуждением предсердий и желудочков (зубец Р сливается с комплексом QRS).

14-расм.Антривентрикуляр тугун пароксизмал тахикардияси ЭКГ кўриниши

Қоринчалар пароксизмал тахикардияси.

Қоринчалар пароксизмал тахикардияси юракда чуқур қайтмас органик ўзгаришларда кузатилиб, эктопик ўчоқ Гисс тутамида, унинг бирорта оёқчаларида ёки Пуркинье толаларида жойлашган бўлади. Бу ритм бузилишига атеровентрикулар (бўлмача- қоринча) диссоциация, яъни бўлмача ва қоринчаларни тўлиқ бир бирига боғлиқ бўлмаган холда фаолият кўрсатиши хос. Бунда қоринчаларда хосил бўлган эктопик импульслар АВ тугун орқали ретроград (пастдан юқорига) ўтмайди ва бўлмачалар СТ да

ишлаб чиқарилган ритмдан қисқаради. Қоринчалар пароксизмал тахикардияси яққол намоён бўлган гемодинамик бузилишлар билан кечади. Юракни қон отиб бериш хажми камайиши сабабли ҚБ пасайиб кетади, юрак сохасида коронар оғрилар ва юрак етишмовчилиги белгилари кузатилади. Хуруж бартараф этилгач аксарият холларда ЭКГ да қоринчалар ЭС аниқланади.

ЭКГ мезонлари :

✓ Мунтазам тўғри ритм сақланган, ЮУС бир дақиқада 140-220 тагача кўпайган;

✓ Ўзгармаган, QRS комплексга боғланмаган, оралиғи бир хил, бир дақиқада 70-90 тагача бўлган Р тишча (хар доим ҳам ЭКГ да аниқланавермайди);

✓ QRS комплекси деформацияланган, кенгайган (≥0,12″), S-T оралиқ ва Т тишча асосий тишчага дискордант жойлашган (15 расм).

Рис. 5.15. Пароксизмальная желудочковая тахикардия (ЧСС 150 в мин).

15-расм. Коринчалар пароксимал тахикардия ЭКГ куриниши.

Қоринчаларни вақтидан олдин қўзғалиши

Вольф-Паркинсон-Уайт синдроми.

Вольф-Паркинсон-Уайт (WPW) синдроми –бўлмача ва қоринча орасида қўшимча ўтқазувчи Кент йўли авжудлиги сабабли қоринчаларни вақтидан олдин қўзғалишидир. Бу синдром мутлоқо соғлом одамларда (туғма- қўшимча ўтқазувчи йўлак) ва айрим касалликлар (ЮИК, юракни туғма ва ортирилган нуқсонлари, миокардитлар, кардиомиопатиялар ҳамда кардиомиоцитларда электрофизологик холатни бошқа бузилишлари сабабли) билан оғриган беморларда учраши мумкин. Қоринчалар эрта қисқариши сезиларли гемодинамик ўзгаришлар билан кечмайди. Лекин WPW синдроми айрим гемодинамик ўзгаришлар ёки ўлимга олиб келувчи баъзи ритм бузилишларининг (пароксизмал тахикардия, бўлмачалар фибрилляцияси ёки титраши) манбаи бўлиши мумкин.

ЭКГ белгилари:

✓ Р- Q оралиқни 0,12″ гача қисқариши;

✓ QRS комплекси таркибида қўшимча дельта тўлқини мавжудлиги;

✓ QRS комплекси бир оз (0,11-0,15″гача) кенгайиши ва деформацияланиши;

✓ ST оралиқ ва Т тишчани асосий тишчага нисбатан дискордант жойлашиши, Т тишча қутубларини ўзгариши (16- расм).

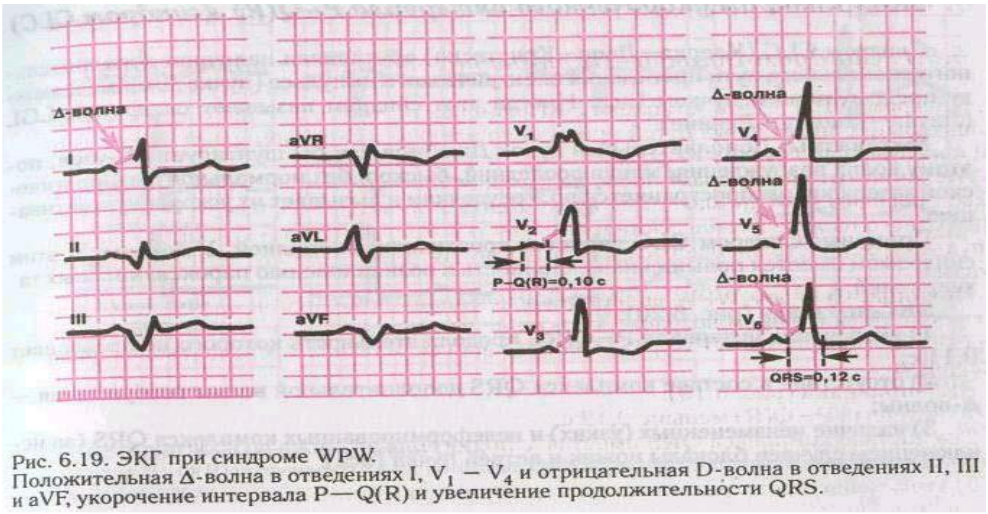


Рис. 6.19. ЭКГ при синдроме WPW.
Положительная Δ-волна в отведениях I, $V_1 - V_4$ и отрицательная D-волна в отведениях II, III и aVF, укорочение интервала P—Q(R) и увеличение продолжительности QRS.

16-расм. Коринчаларнинг вактдан олдин кузгалиши ЭКГ белгилари.

P-Q интервали қисқариш синдроми (CLC).

P-Q интервални қисқариш синдроми (CLC)- бўлмача ва қоринча орасида қўшимча ўтқазувчи Джеймс йўли мавжуд бўлганда кузатилади.

ЭКГ белгилари:

1.P- Q оралиқни 0,12″ дан камайиши;

2.QRS комплекс ўзгармаганлиги;

3.QRS комплекси таркибида дельта тўлқини бўлмаслиги (17-расм).

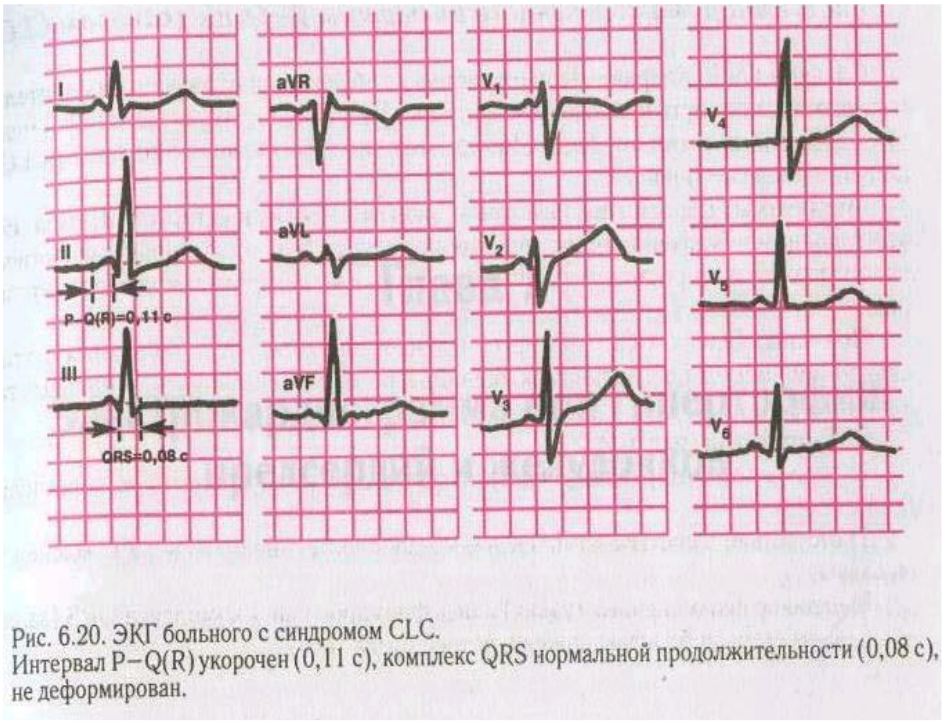


Рис. 6.20. ЭКГ больного с синдромом CLC.
Интервал P—Q(R) укорочен (0,11 с), комплекс QRS нормальной продолжительности (0,08 с), не деформирован.

-

17-расм. P-Q интервали қисқариш синдроми (CLC) ЭКГ куриниши.

Пароксизмал тахикардиялари даволаш.

1. Суправентрикуляр пароксизмал тахикардия: Гемодинамика турғун бўлмаса (систолик АБ 80 мм сим. уст. паст, бемор ҳушсиз, ўткир чап қоринча етишмовчилиги) 100-200 Дж. разряд билан тезкор кардиоверсия ўтказилади;
2. Гемодинамика турғун бўлса, ўтиб кетувчи ваготония чақирадиган, АВ-тугунни ўтказувчанлигини сусайтирадиган вагус синамаларидан фойдаланилади ва бу билан кўзғалиш тўлқинлари айланма ҳаракати тўхталиши ҳамда СПТ бартараф этилиши мумкин. Рефлектор усуллар:
1) Вальсальва синамаси – нафас олишнинг юқори фазасида 5-10 сония давомида ушлаб турган ҳолда кучаниш;
2) Чермак-Геринг синамаси – каротид синусини уқалаш;
3) Ашнер-Данини синамаси – бош бармоқ билан иккала кўзни 1-3 дақиқа давомида вақти-вақти билан босиш;
4) Қусиш рефлексини чақириш;
5) Шўнғиш рефлекси – юзни совуқ сувга ботириб 10-30 сония давомида нафасни ушлаб туриш.
Дорилар билан даволаш:
1) Верапамил 10 мг (ёки 4 мл 2,5% эритмаси) дан эритилмаган ҳолда, ёки 10 мг верапамил (феноптин) 0,9% - 10 мл натрий хлорид эритмасида т/и оқим билан аста-секин;
2) Натрий аденозинтрифосфат 1-2 мл 1 % эритмасини т/и 10 сония давомида юбориш;
3) Новокаинамид 10 мл 10% эритмаси 10 мл 0,9% натрий хлорид билан аралаштириб бир дақиқада 100 мг дан т/и оқим билан ЮУС ва ҚБ кузатган ҳолда буюриш. ҚБ паст бўлганда 10 мл новокаинамид + 10 мл 0,9% натрий хлорид+1%- 0,2 мл мезатон аралашмаси т/и оқим билан. Бундан ташқари 10 мл 10% новокаинамид 250 мл 5% глюкоза эритмасида ҳар дақиқада 20 томчидан т/и, ёки 10% 5 мл эритмаси ҳар 3 соатда м/о юборилади;
4) Самара бўлмаганда 1% ли 15 мл ритмиленни 0,9% ли 10 мл натрий хлорид эритмасида т/и секин-аста оқим билан юбориш мумкин;
5) Аймалин - 2,5% ли 2-3 мл эритмаси 0,9% ли 20 мл натрий хлоридда т/и;
6) Этацизин - 2,5% ли 2 мл эритмаси + 0,9% ли 10 мл натрий хлоридда т/и оқим билан;
7) Этмозин - 2,5% ли 6 мл эритмаси 14 мл изотоник эритмада суюлтириб т/и секин-аста;
8) Самара бўлмаганда кордарон 300 мг (6 мл) 250 мл 5% глюкозада 1-2 соат давомида т/и томчилаб;
9) β-блокаторлар АВ тугундан чиққан реципрок пароксизмал тахикардияда яхши самара беради. Анаприлин 0,1 % 5 мл эритмаси + 0,9% ли 10 мл натрий хлоридда т/и оқим билан;
10) Дорилар билан ўтказилган даво чоралари самара бермаганда дефибрилляция ўтказиш лозим.
СПТ профилактикаси учун энг самарали препаратлар қуйидагилар ҳисобланади:

- кордарон 200 мг кунига 3 марта, 5-7 кундан сўнг миқдори камайтирилади ва кунда 200 мг дан 2 маҳал, 2-3 кундан сўнг 200 мг дан 1 марта;
- верапамил кунда 40-80 мг дан 3 махал;
- соталекс кунда 80-160 мг дан 2 махал;

- дизопирамид 0,1-0,2 г;
- новокаинамид кунда 0,5 г дан 3-4 марта

Қоринчалар пароксизмал тахикардияси

1) Биринчи танлов препарати кордарон ҳисобланиб, юқорида келтирилган дозаларда т/и оқим билан юбориш яхши самара беради;

2) Лидокаин ҳам танлов препарати ҳисобланади. 80-120 мг лидокаин 10 мл 0,9% натрий хлорид эритмасида т/и тез оқим билан, кексаларда 40-80 мг бошланғич дозада, кейин 400 мг ёки 300 мг лидокаин 500 мл 5% ли глюкоза эритмасида т/и томчилаб, пароксизм бартараф этилгач профилактика мақсадида 4-6 мл. 10% ли (400-600 мг) лидокаин м/о га ҳар 3-4 соатда юборилади;

3) Новокаинамид иккинчи тартибдаги танлов препарати ҳисобланади. 10 мл 10% новокаинамид эритмаси 10 мл 0,9% натрий хлоридда т/и оқим билан ёки 10 мл 10% эритма 250 мл 5% ли глюкозада т/и га томчилаб. 5 мл 10% эритмани ҳар 4 соатда т/и юбориш ушлаб турувчи доза ҳисобланади;

4) Юқоридаги дори воситалар самара бермаганда орнид (1 мл 5% эритма 50 мл 0,9% ли натрий хлоридда) т/и оқим билан юборилади;

5) Мексилетин (мекситил) 10 мл 2,5% эритмаси+10 мл 0,9% натрий хлоридда аста–секинлик билан, кейин эса 3 соат давомида 750 мг препарат 500 мл 0,9 % натрий хлоридда (биринчи соатда – 250 мл, кейинги соатларда ҳам 250 мл дан) т/и буюрилади;

Мексилетинни (250 мг 5 дақиқа ичида) бир вақтнинг ўзида т/и юбориш ва ичишга (400 мг) бериш яхши самара беради. Кейин уни 200-250 мг дан кунига 3-4 марта ичишга тавсия этиш лозим

6) Электрокардиостимуляция

Ҳилпилловчи аритмия пароксизми

1) Верапамил (изоптин, финоптин) 10 мг+10 мл 0,9% натрий хлорид эритмасида т/и оқим билан;

2) Анаприлин -5 мг т/и томчилаб;

3) Кордарон 150-300 мг+100 мл 0,9% натрий хлорид эритмасида т/и ёки ичишга;

4) Новокаинамид т/и ёки ичишга. Биринчи қабулда 0,5-0,75 г, иккинчида 0,5 г, 2-3 соатдан кейин учинчи қабулда 0,25-0,5 г;

5) Ритмилен (дизопирамид) т/и 150 мг ёки 300-400 мг ичишга. Дорилар самара бермаганда кардиоверсия ўтказилади;

Фармакологик давога рефрактер бўлган ҳилпилловчи аритмия пароксизмида бир дақиқада 90 та ЮУСга эга бўлган сунъий ритм бошқарувчиси ўрнатиш тавсия этилади.

Вазиятли масала.

Эркак 37 ёш. Шикоятлари: арзимас жисмоний ҳаракатда (текис йўлда юрганда) ҳансираш, юрак уриб кетиши, тунда бўғилиш ҳуружлари ўтирган ҳолатда ва 2та нитроглитсерин ичганда ўтиб кетади. Ушбу шикоятлар ярим йил олдин ўтказилган гриппдан асоратланган постгриппоз пневмониядан кейин бошланган.

Объектив:. Аҳволи ўрта оғирликда. Акроцианоз, тери қоплами оқарган. НС=20 та мин. ҚБ=110/70 мм.сим. уст. Юрак чегараси чапга 3см га кенгайган. Юрак тонлари

бўғиқ, ритмик, галоп ритми. Ўпкада пасайган нафас фонида пастки соҳаларида майда пуфакли нам ҳириллашлар. Жигар қовурға равоғидан 3см га чиқиб турибди, палпацияда бироз оғриқли. Тизза ва тўпиқнинг пастозлиги. ЭКГ: Ритм синусли 97та мин. Якка қоринча экстрасистлияси. Гис тутами чап оёқчаси олдинги шоҳи блокадаси. ЧҚГ си белгилари

САВОЛЛАР:

1. Диагнозни тасдиқлаш учун қандай қўшимча текширувлар ўтказиш зарур ва кутилаётган натижалар?
2. Диагнозни шакллантиринг.
3. Беморни даволаш тактикаси

Масла № 2

Эркак:75 ёш. Шикоятлари: 2 йил давомида бош айланиши, ҳолсизлик, “кўз олди қоронғулашиши ” ҳолатлари, юрганда чайқалиш. Оҳирги 2 ойда аҳволининг ёмонлашиши: қисқа синкопал ҳолатлар пайдо бўлди. Тез ёрдам томонидан 2 маротаба бўлмачалар ҳилпиллаши қайд қилинган, ўзи ўтиб кетган. Кўрувда: ЮУС 50 та/мин. АБ 160/70 мм.сим.уст. ЭКГ:Синусли брадиаритмия 50-58 та/мин. Миокардда диффуз ўзгариш.

САВОЛЛАР:

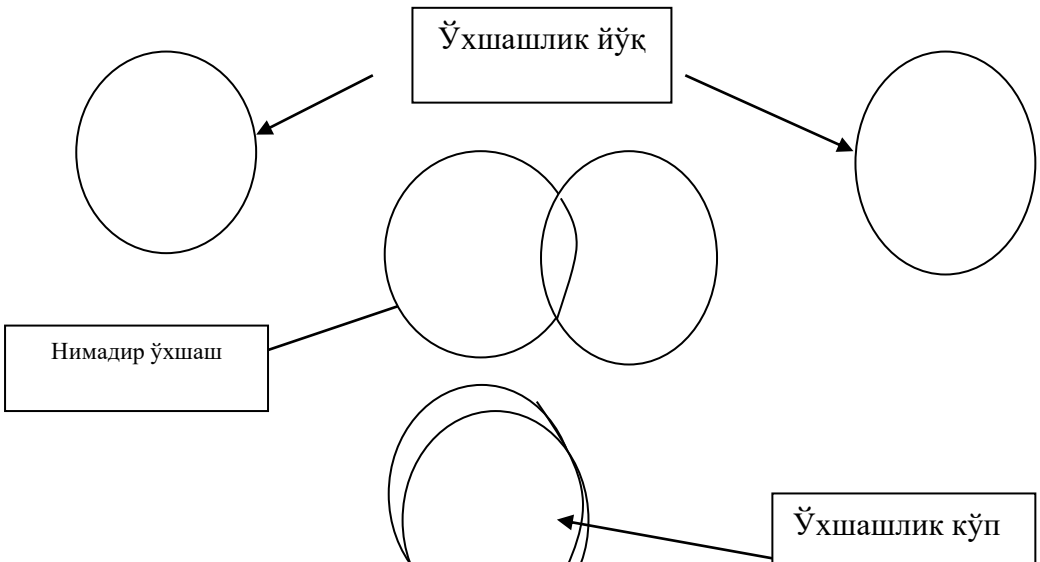
1. Диагнозни тасдиқлаш учун қандай қўшимча текширувлар ўтказиш зарур ва кутилаётган натижалар?
2. Диагнозни шакиллантиринг.
3. Беморни даволаш тактикаси

Вен диаграммаси

- 2-3 аспектларни таққослаш ёки бирлаштириш ёки қарши кўрсатиш ва уларнинг ҳамма қирраларини кўрсатиш учун қўлланилади.
- Тизмли фикрлаш, таққослаш, бирлаштириаш, анализ ва синтез қилишни ривожлантириш.

Венна диаграммасини тузишни қоидалари билан танишиш. Жуфт/ якка ҳолда венна диаграммасини тузиш ва кесишмаган доираларни қисмларини тўлдириш (Х). Жуфтликлар ҳосил қилиб, ўз диаграммаларини солиштиради ва қўшимчалар киртади .

Доираларнинг кесишган жойида 2-3 тадоиралар тегишли бўлган умумий ҳусусиятларни (хх/ххх) ёзиш.



Назорат саволлари

1.Бўлмачалар ҳилпиллашида ташхис мезонлари

2. Бўлмачалар титрашида ташхис мезонлари.

3. Пароксизмал тахикардиясида ташхис мезонлари

4. WPW синдромида ташхис мезонлари.

5. Бўлмачалар ҳилпиллаши ва титраши, пароксизмал таҳикардияси, WPW синдромида таққослама ташхислаш.

6. Бўлмачалар ҳилпиллаши ва титраши, пароксизмал таҳикардияси, WPW синдромида медикаментоз даво.

7. Бўлмачалар ҳилпиллашида ЭКГ кўриниши.

8. Бўлмачалар титрашида ЭКГ кўриниши.

9. Пароксизмал таҳикардиясида ЭКГ кўриниши.

10. УАШ тактикаси.

10-Мавзу.Аритмиялар. Синоатриал, бўлмача ичи, атриовентрикуляр ва қоринча ичи блокадаларида қиёсий ташҳислаш. УАШ тактикаси.

Таълим бериш технологиясининг модели

Машғулот вақти 4 соат	Талабалар сони : 10-12 тагача
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Дарси тузилиши.	1. Кафедра тематик ўқув ҳонаси. ЭКГ ҳонаси. 2. Ўқув қўлланма, тарқатма материал, вазиятли масала ва тестлар тўплами 3. Кардиология бўлимларидаги бемор ҳоналари. 4. Телевизор, видео анжомлар, мултимедия
Машғулот мақсади: УАШга блокадаларда замонавий ташхис методлари ва дифференциал ташхислашни, оптимал даво тактикасини танлашни, ҳамда ушбу беморларни соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғин, “УАШ квалификацион ҳарактеристикаси”га қўйилган талабларга мос шароитида олиб бооришни ўргатиш .	

Машгулот режаси: 1.Синоартриал, бўлмачалар ичи, атриовен-трикуляр ва қоринчалар ичи блокадаларида, Морган-Адам-Стокс синдромида клиник ва ЭКГ ташхисига тегишли саволларни кўриб чиқиш. 2. Блокадаларда тез ва режали тиббий ёрдам кўрсатишга тегишли саволларни кўриб чиқиш. 3.Блокадаси бор беморларга электроимпульс терапия, кардиостимуляция ўтказишга кўрсатмани аниқлаш. 4. Блокадаси бор беморларда иш қобилияти ва профилактикасини аниқлаштиришга доир саволларни кўриб чиқиш. 5. ҚВП ва ОП шароитида беморларни олиб бориш, кузатиш ва мониторинги принципларини таҳлил қилиш.	**Ўқув жараёни натижалари:** **<u>УАШ билиши керак:</u>** 1.Синоартриал,бўлмачалар ичи, атриовентрикуляр (3 босқичда) ва қоринчалар ичи блокадаларини, Морган-Адам-Стокс синдромини пайдо бўлиш механизмлари. . 2. Блокадаларнинг клиник номоён бўлиши . 3. Блокадаларнинг қиёсий ташхиси. 4.Ушбу ҳолатда даво(медикаментоз ва номедика-ментоз) принциплари 5.ҚВП ва ОП шароитида беморларни диспансер кузатиш ва мониторинги принциплари. 6.Ушбу ҳолатда бирламчи, иккиламчи, учламчи профилактикаси **<u>УАШ бажара олиши керак:</u>** 1. Блокадалар билан кечадиган касалликарда шикоят ва анамнез маълумотларини диагноз учун таҳлил қилиш. 2.Блокадалар билан кечадиган касалликарда ташхислаш ва қиёсий ташхис ўтказиш. 3.Блокадали касалларда ЭКГ натижалари интерпритацияси. 4.Блокадаларнинг турларини ташхислаш ва қиёслаш. 5.Маълум блокадаларда медикаментоз восита-ларни тўғри танлаш. 6. Номедикаментоз даво тадбирлари ҳақида масла-ҳат бериш 7.ҚВП ва ОП шароитида мониторинг ўтказиш.
Ўқитиш усули	“муаммони ечими“ методи, баҳс, суҳбат, вазиятли масала ва тестларни ечиш.
Ўқув жараёнинг ташкилий шакли	Якка, гуруҳли, коллектив, аудиториядаги ва аудиториядан ташқари ишлар.
Ўқитиш воситалари	Тарқатма материаллар, визуал материаллар, муляжлар, амбулатор

	карталар , жадваллар, ўқув қўлланмалар, беморлар ЭКГси.
Қайта боғлашнинг усул ва воситалари	Блиц – сўров, тест, дарс натижаларини намойиши, касаллик тариҳини тўлдириш, амалий кўникмаларини бажариш, “профессионал сўров”

а. Амалий машғулотнинг технологик картаси.

№	**Амалий дарснинг босқичлари**	**Дарс шакли** ***Ўтиш жойи***	**Машғулот давомийлиги 5 соат**
1.	Кириш қисми (асосий мавзу)		5
2.	Амалий машғулот мавзусини таҳлил қилиш замонавий педагогик теҳноло-гиялар (усул ”муаммони ечими”) дан фойдаланиб шунингдек, материаллар (касаллик тариҳи, жадвал, плакат, рентгенограмма) ни намойиш қилиш орқали. Дастлабки кўрсаткичларни аниқлаш	Сўров, муҳокама *Ўқув ҳонаси, палата*	20
3.	Муҳокама натижалари		10
4.	Амалий қисм учун машқни аниқлаштириш- профессионал сўров. Вазиятни тушунтириш ва касаллик тариҳини тўлдириш ҳақида рекомендатсиялар бериш.	Муҳокама	20
5.	Ўқитувчи бошчилигидаги дарснинг асосий амалий қисми.	Беморлар билан суҳбат ва касаллик тарихини тўлдириш, вазиятли масала. *Беморлар кўриги*	10
6.	Бемор текширув маълумотларининг интерперитацияси-шикоятлар, кўрув, палпация, перкуссия, аускултатсия, ҳамда УСТ, УҚТ ва биокимёвий таҳлиллар ва ташхис қўйиш.	Касаллик тариҳи, вазиятли масаладаги лаборатор маълумотлар	15
7.	Талабаларнинг назарий ва амалий билимларини тахлил қилиш маълумотларни мустаҳкамлаш, билимни ўзлаштириш даражасини баҳолаш.	Оғзаки жавоб, тестлар, муҳокамалар, амалий кўникмаларни аниқлаш *Ўқув ҳонаси*	15
8.	Амалий дарс бўйича ҳулоса, 100 баллик система бўйича баҳолаш ва уларни еълон	Мустақил иш учун саволлар, маълумот..	25

	қилиш.. Келгуси дарсга уйга вазифа.	*Ўқув ҳонаси*	

Ўтқазувчанликни бузилиши

Ўтқазувчи тизимнинг қисмларида бирида электрик импульси ўтишини секинлашиши ёки вақти -вақти билан алохида ритмлар ўтишини тўхташи (нотўлиқ) ёки барча импульсларни умуман ўтмаслиги (тўлиқ) юрак блокадаси дейилади. Ўтқазувчанлик бузилган соха жойлашишига кўра синоатриал, бўлмача ичи, антриовентрикулар ва қоринчалар ичи блокадалари фарқланади. Блокадалар ритм бузилишлари каби юрак мушакларини органик шикастланиши билан кечадиган касалликларда (миокардитлар, кардиомиопатиялар, ЮИК, МИ, ГК, юракни туғма ва орттирилган нуқсонлари) айрим дори воситаларини (ЮГ, β- блокаторлар, Са каналлари антогонистлари, калий препаратлари ва бошқалар) тартибсиз кўп миқдорда қабул қилганда кузатилади. Улар ўтиб кетувчи ва доимий бўладилар.

Синоатриал блокада.

Синоатриал блокада (СБ) – СТ даги импулсни бўлмачага ўтишини секинлашиши ёки ўтишни тўхташи хисобланади. У қуйидаги сабабларга кўра юзага келади ва СТ да хосил бўлган импульс бўлмача ва қоринчаларни қисқартира олмайди

- СТ дан импульсларни бўлмачага ўтишида блокада мавжудлигида;
- СТ импульс хосил бўлмаганда;
- СТ хосил бўлган импульс бўлмачани қўзғатиш учун лозим бўлган даражадаги кучга эга эмаслигида;
- Бўлмача СТ дан импульсни қабул қила олмаганда.

СБ нинг учта даражаси фарқланади:

СБ ни I даражасида СТ импульс хосил бўлиши ёки уни бўлмачаларга ўтиши секинлашади. Бу даражадаги блокадада клиник белгилар кузатилмайди ва уни оддий ЭКГ текширишлари ёрдамида аниқлаб бўлмайди. Ташхислашда бўлмачаларни электрик қўзғатиш ёки СТ потенциалини ўлчаш усуллари қўлланилади.

СБ ни II даражасида (нотўлиқ) СТ да хосил бўлган айрим импульслар бўлмачаларга етиб бормайди ва бўлмачалар хамда қоринчалар қисқариши тушиб қолишига олиб келади. Уни иккита тури фарқланади:

1. Нотўлиқ СБ ни II даражаси Самойлев –Венкебах даври билан – 1 тур;
2. Нотўлиқ СБ ни II даражаси Мобиц – 2 тур.

Самойлев –Венкебах даври билан кечадиган нотўлиқ СБ ни II даражаси 1- турида синоаурикуляр ўтқазувчанлик сакин -аста ёмонлашиб бориб тўсатдан умуман ўтмай қолади. Оқибатда импульс бўлмача хамда қоринчаларга ўтмайди ва улар қисқармайди. Танаффус вақтида СТ фаолияти ва синусли ритм тикланади.

ЭКГ белгилари:

✓ Узоқ танафусдан олдин асосий синус ритмида Р-Р оралиқ аста-секин қисқариб боради;

✓ Вақти- вақти билан Р- QRS комплекси ва Т тишчаси тушиб қолиб ўрнига тўғри чизиқ пайдо бўлади;

✓ СБ даги Р-Р оралиқ (Р- QRST тушиб қолганда хосил бўлган танаффус) синус ритмдаги иккита Р-Р ораликдан кам;

✓ Танаффусдан кейинги синусли Р-Р оралиқ СБ дан олдинги асосий ритмдаги Р-Р ораликдан узунроқ (18 – расм);

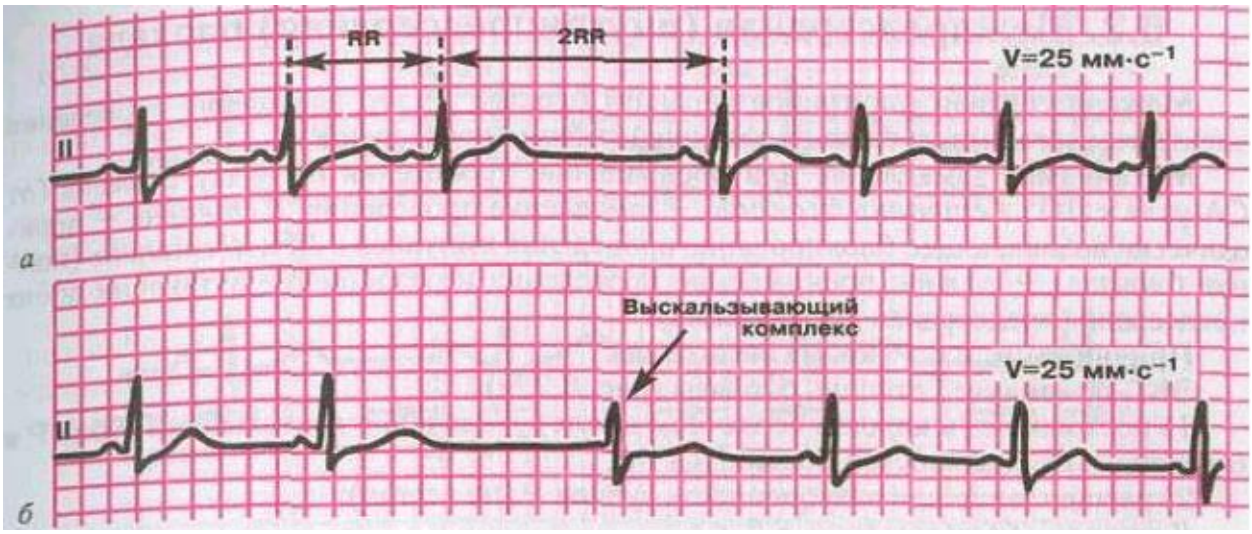
Нотўлиқ СБ ни II даражаси Мобиц 2- турида СТ ўтқазувчанлик ўзгармаган холда вақти – вқти билан ундан импульс ўтиши бузилади ва бўлмача хамда қоринчалар қисқаришини тушиб қолишига олиб келади.

ЭКГ белгилари:

- Узоқ танаффусдан олдинги ва ундан кейинги асосий синус ритмида Р-Р оралиқни бир хил бўлиши;
- Вақти- вақти билан Р- QRS комплекси ва Т тишчаси тушиб қолиб ўрнига тўғри чизиқ пайдо бўлиши;
- СБ даги Р-Р оралиқ (Р- QRST тушиб қолганда хосил бўлган танаффус) синус ритмдаги иккита, учта ва ундан кўпроқ Р-Р оралиқ лар йиғиндисига тенг (нечта Р- QRST тушиб қолганига қараб) бўлиши.

Бу турдаги СБ да бўлмача ва қоринчалар комплекси тартибсиз (иккинчи, тўртинчи, еттинчи ва хокозо) ёки тартибли (хар иккинчи, ёки учунчи, ёки тўртинчи ва хокозо) равишда тушиб қолиши мумкин. Айрим холларда эса юқори даражадаги нотўлиқ СБ да бир вақтни ўзида бирин –кетин келган бир нечта импульслар ўтмаслиги кузатилади. Натижада хосил бўлган 2, 3, 4 та синусли Р-Р ораликка тенг бўлган танаффус ўрнини II ва III тартибдаги ритм бошқарувчиларидан чиққан импульслар тасиридаги қисқаришлар қопламаса, Морган- Адамс –Стокс синдроми (МАСС) (ушбу синдром маърузанинг қоринчалар асистолияси қисмида тўлиқ ёритилган) ривожланиши ва тўсатдан ўлим кузатилиши мумкин. Беморда кучли холсизлик, бош айланиши, 18-20 сония ичида – хушдан кетиш, 40-50 сониядан кейин эса клоник- тоник тришишлар ва билмаган холда сийдик қопини ва тўғри ичакни бўшашиши кузатилади. Биринчи дақиқаларда тери қоплами оқаради кейин кўкаради, пульс ва ҚБ аниқланмайди, юрак тонлари эшитилмайди, нафас олиш сони камаяди ва тўхтайди, кўз қорачиғи кенгаяди, клиник ўлим ривожланади.

Нотўлиқ СБ ни II даражаси клиник белгилари юрак систоласини тушиб қолиш даражаси ва хосил бўлган танаффус давомийлиги хамда уни қуйида жойлашган ритм бошқарувчилари томонидан қамраб олинганлигига боғлиқ. Беморлар юрак нотўғри уришига, тўхтаб қолиш хиссига, асистолия вақти бир неча сониядан ошса бош мияда (бош айланиши, шовқин пайдо бўлиши, қисқа муддатли хушдан кетиш, МАСС) ва юракда (кардиал оғриқлар, юрак етишмовчилиги) қон айланиши бузилиши белгиларига шикоят қиладилар.

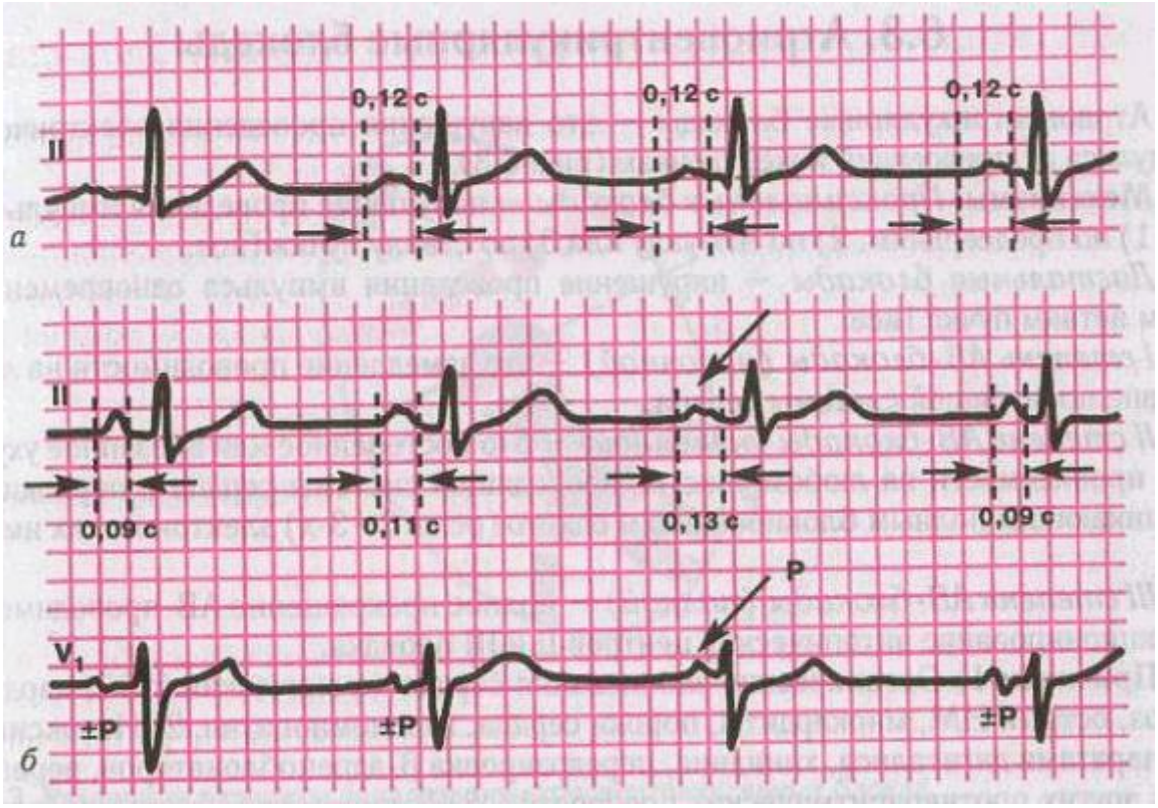


18-расм. Синоатриал блокаданинг ЭКГ кўриниши.

СБ ни III даражасида барча синус тугунида хосил бўлган импульслар бўлмача ва қоринчаларга ўтмайди ва ЭКГ да P- QRS комплкеси ва Т тишчаси тушиб қолиб ўрнида тўғри чизиқ пайдо бўлади. Бундай холларда фаолиятни II ва III тартибдаги ритм бошқарувчилари ўз зиммасига олади. Натижада юқорида санаб ўтилган ритм бузилишлари ва уларга хос клиник белгилар кузатилиши мумкин.

Бўлмача ичи блокадаси.

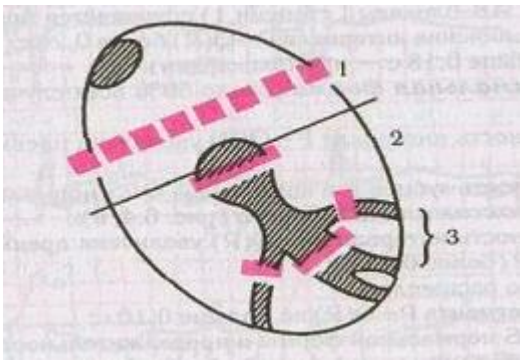
Бўлмача ичи блокадасида импульсларни СТ дан бўлмача ичи ўтқазувчи тизими орқали ўтишини бузилиши кузатилади. Бу блокада клинико -гемодинамик ўзгаришларга олиб келмайди. Беморлар асосий касалликларга (МИ, атеросклеротик кардиосклерозда, митрал стеноз, сурункали бронхит, БА ва бошқа) хос бўлган шикоятлар билдирадилар. Амалиётда нотўлиқ бўлмача ичи блокадаси кузатилади ва ЭКГда Р тишчасини ўзгариши билан намоён бўлади. Унинг давомийлиги 0,11″ дан кўпроққа узайиб, икки ўркачли бўлиб қолади. Р- Q оралиқ Р тишча хисобига узаяди, QRS комплекси ва Т тишчаси ўзгармайди (19-расм.)



19-расм. Бўлмача ичи блокадаси ЭКГ кўриниши.

Атриовентрикуляр блокада

АВ блокада- импульсларни бўлмачадан қоринчаларга ўтишини секинлашиши ёки умуман ўтмаслигидир. Уни учта даражаси фарқланади.(20-расм).



20-расм. Атриовентрикуляр блокадаларнинг турли локализацияси.

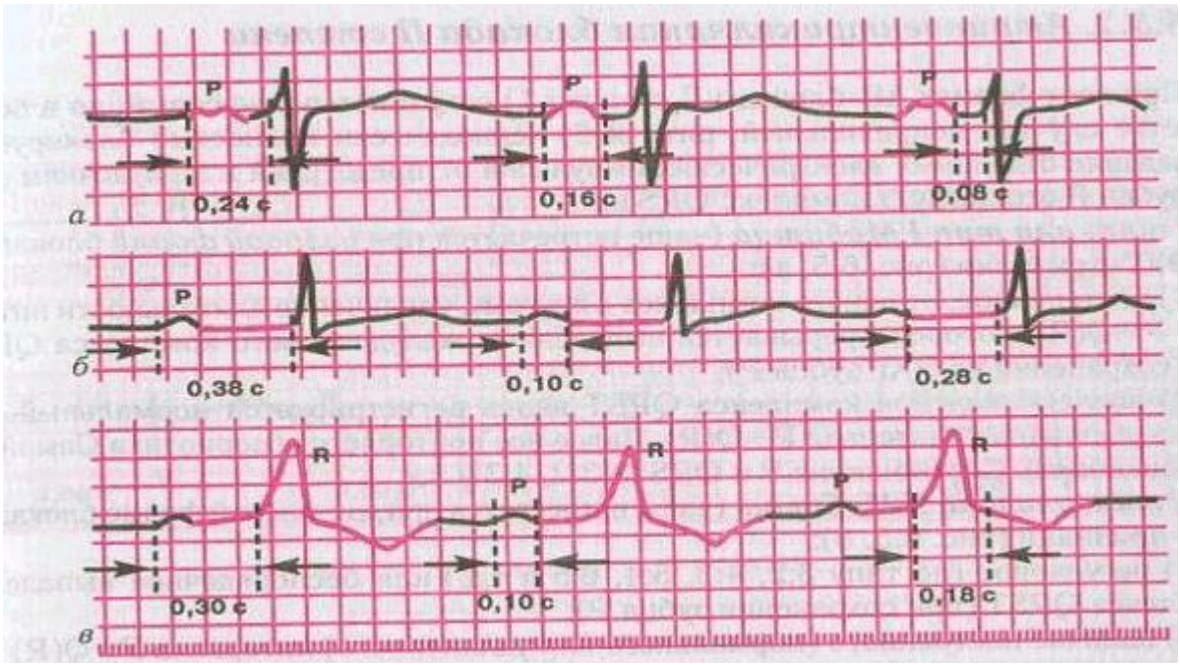
<u>I даража АВ блокада</u> - импульсларни бўлмачадан қоринчаларга ўтиши секинлашади ва беморда клиник –гемодинамик ўзгаришлар кузатилмайди.

ЭКГ белгилари:

- P- Q оралиқ 0,20″ дан кенгайган;
- P тишча билан QRST комплекси орасидаги боғлиқлик сақланган;
- Агар блокада АВ тугунида импульсни ўтиши қийинлашиши хисобига ривожланган бўлса, P- Q оралиқ узайиб QRS комплекси ва T тишчаси ўзгармайди.

I даражали АВ блокаданинг дистал турида импульслар бир вақтнинг ўзида Гисс тутамининг учта оёғи орқали хам қийналиб ўтади. ЭКГда Р- Q оралиқ узайиши билан бир қаторда QRS комплекси ва Т тишчасини Гисс тутами блокадасига ўхшаш деформацияси ва кенгайиши кузатилади (21-расм).

Бу блокада клиник ва гемодинамик ўзгаришларга олиб келмайди. Беморлар асосий касалликка хос бўлган шикоятларни билдирадилар.



21-расм. Атриовентрикуляр блокаданинг I-даражасининг ЭКГ куриниши.

II даражали АВ блокадага вақти -вақти билан алохида импульсларни бўлмачадан қоринчага ўтмаслиги натижасида битта ёки бир нечта қоринчалар систоласини тушиб қолиши хос. Қоринчалар комплекси тушиб қолишида хосил бўлган танаффус Самойлов – Венкибах даври дейилади. Беморлар юрак тўхтаб- тўхтаб уришига, бош айланишига, юрак сохасида нохуш хисларга шикоят қиладилар. Унинг учта тури фарқланади.

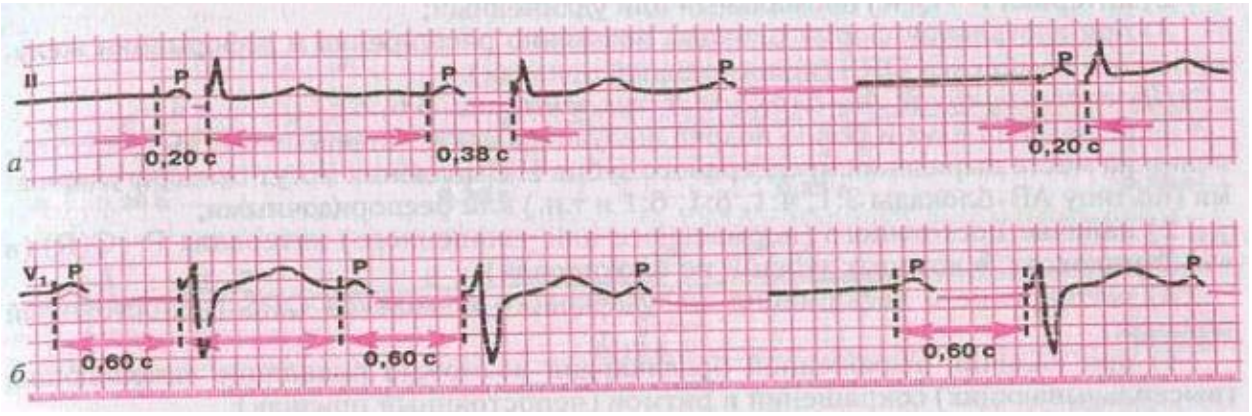
I тур -Мобитц I да аста- секин АВ тугун ўтқазувчанлиги ёмонлашиб бориб, битта (кам холларда 2-3 та) импульс у орқали ўтмай қолади.

ЭКГ белгилари:

- Р- Q оралиқ ни аста –секин узайиб бориши (0,20″ , 0,24″, 0, 28″, 0,30);
- Р тишча сақланган холда QRS комплекси ва Т тишчасини тушиб қолиши- Самойлов – Венкибах даври;
- Танаффусдан кейинги Р- Q оралиқ нормал бўлиши ва кейинчалик яна аста секин узайиб бориши (22-расм).

II тур -Мобитц II *д*а Р- Q оралиғи (нормал ёки бир хил узайган) бир хил бўлган холда алохида қоринчалар комплексини вақти вақти билан тартибсиз тушиб қолиши хос. QRS

комплекси меъёрида ёки бир оз кенгайган бўлиб, Р тишча билан боғлиқлиги сақланган (расм 23.).



22-расм. Атриовентрикуляр блокаданинг II-даражасининг ЭКГ кўриниши.

III тур -Мобитц III да –бу юқори даражадаги нотўлиқ блокада бўлиб, унда Р- Q оралиғи (нормал ёки бир хил узайган) бир хил бўлган холда алохида қоринчалар комплексининг (ҳар иккинчи ёки учинчи) тартибли равишда тушиб қолиши хос.

ЭКГ белгилари:

1.Ритм синусли;

2.Р- Q оралиқ барча тармоқларда бир хил (нормал ёки бир оз узайган);

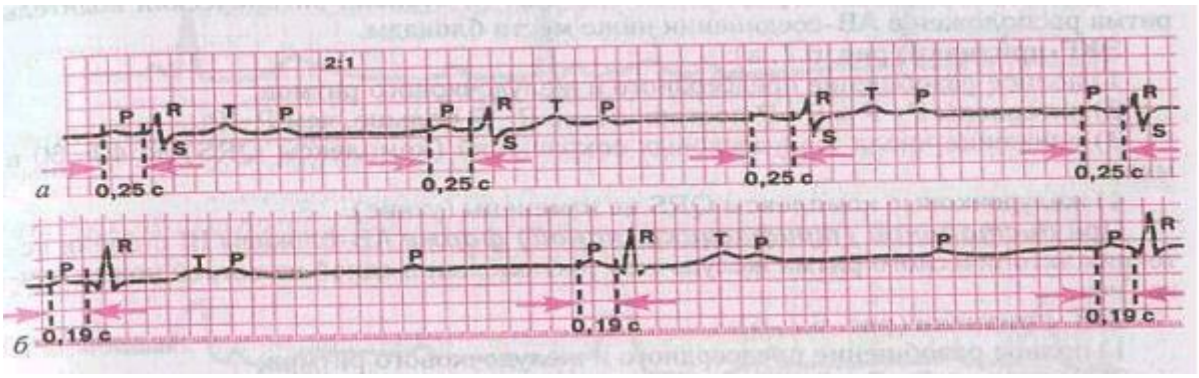
3.Тартибли равишда хар иккинчи ёки учинчи, айрим холларда бирданига кетма- кет иккитадан кўп қоринчалар комплексини тушиб қолиши хисобига яққол намоён бўлган синусли брадикардия (қоринчалар қисқариш сони бир дақиқада 40-60 та);

4.R-R оралиғи бир хил иккита Р-Р оралиғига тенг;

5.Р-Р оралиғи бир хил (бўлмачалар қисқариш сони бир дақиқада 60-90 та);

6.Тартибли равишда Самойлова –Венкибах даври кузатилади;

7.QRS комплекси меъёрида ёки бир оз кенгайган ва Р тишча билан боғлиқлиги сақланган.



23-расм. Атриовентрикуляр блокаданинг II даражасининг 2:1 типи ЭКГ кўриниши.

III даражали АВ блокада (тўлиқ кўндаланг блокада) – бўлмачалардан қоринчаларга импульсларни бутунлай ўтмаслиги натижасида бўлмачалар СТ дан чиқадиган

импульсларга, қоринчалар эса II ва III тартибдаги ритм бошқарувчиларида хосил бўлаётган импульсларга жавобан бир- бирига боғлиқ бўлмаган холда мустақил қисқаради.

Клиникаси: Беморлар кескин холсизликка, бош айланиши ва оғриши, кўз олдини қоронғилашиши, қисқа муддатли хушдан кетиш, юрак сохасида оғриқ, хаво етишмаслиги хиссига шикоят қиладилар. Объектив кўрикда яққол намоён бўлган турғун, тўғри ритм даги брадикардия (ЮУС бир дақиқада 40 та ва ундан кам) аниқланади. Юрак аускультациясида аксарият холларда I тон сустлашган, лекин вақти -вақти билан (бўлмачалар ва қоринчалар қисқариши бир вақтга мос келганда) Стражескони “тўп товуши” («пушечный тон» Стражеско), айрим холларда узоқ давом этган диастола даврида бўлмачалар қисқариши тони -“акс -садо”си эшитилади. I тонга мос келувчи бўйин веналарини кучли пулсацияси, камайган, етарли даражада тўлиқликка эга бўлган, ритмик пульс, систолик босимни кўтарилиши, диастолик босимни пасайиши, айрим холларда юрак етишмовчилиги белгилари, юракда, буйрак ва бош мияда қон айланишини бузилиши (МАСС) белгилари кузатилади.

ЭКГ белгилари (24- расм):

1Қоринчалар қисқариш сони бўлмачаларникидан 2-3 баравар кам;

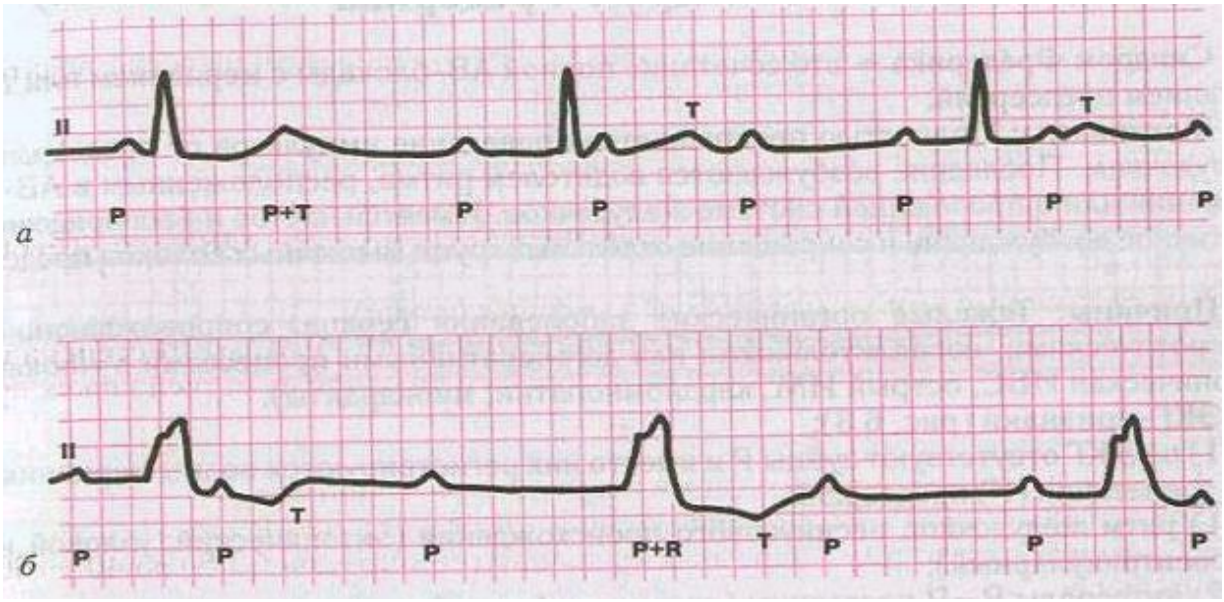
2.R-R оралиғи бир хил (бир дақиқада 20 -30- 50 та);

3.P-P оралиғи бир хил (бўлмачалар қисқариш сони бир дақиқада 60-90 та);

4.QRS комплекси меъёрида ёки бир оз кенгайган ва Р тишча билан боғлиқлиги сақланмаган;

5.Р тишча QRST комплексига нисбатан турлича жойлашган;

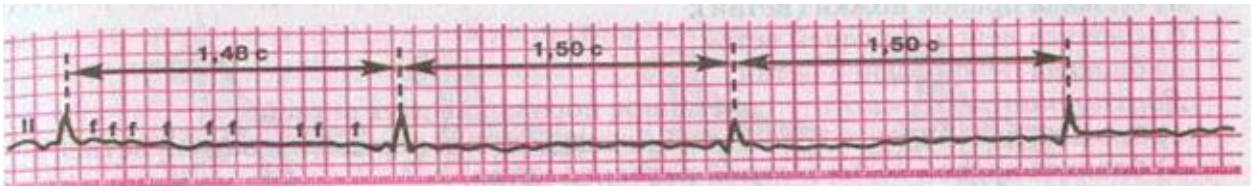
6.Ўрин босувчи ритмлар кузатилиши мумкин.



24-расм. Атриовентрикуляр блокаданинг III-даражаси ЭКГ куриниши.

Фредерик синдромида – тўлиқ АВ блокада билан бирга бўлмачалар хилпиллаши ёки титраши кузатилади. ЭКГ да: Р тишча ўрнига титраш (F) ёки хилпиллаш (f) тўлқинлари

аниқланади. Тўғри турдаги қоринчалар ритми бир дақиқада 30-50 тагача. QRS комплекси меъёрида ёки кенгайган ва деформацияланган (ритм бошқарувчиси Гисс тутами оёқчалари бўлганда) (расм 25).



25-расм. Фредерик синдроми ЭКГ кўриниши.

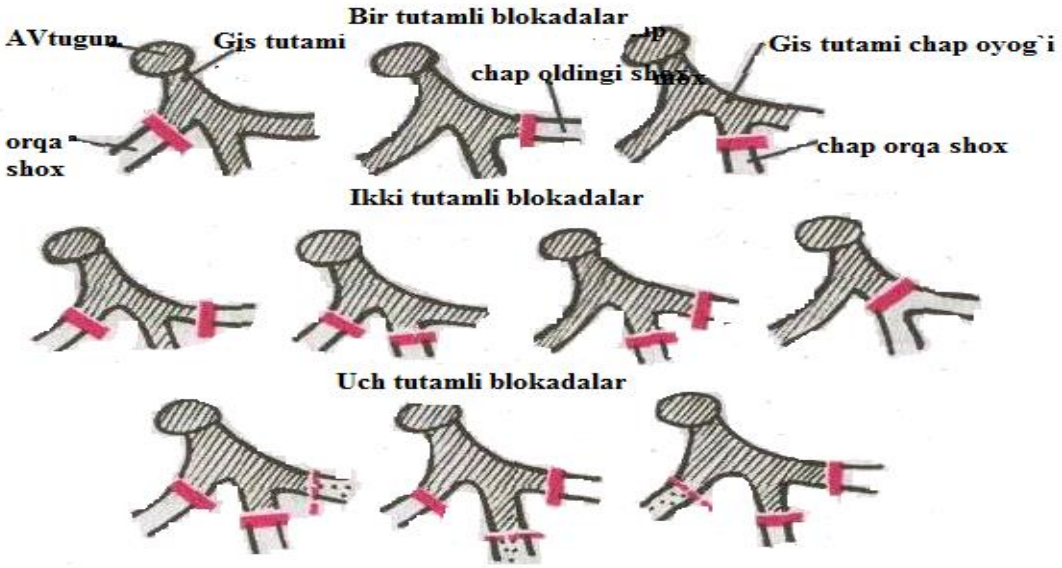
Қоринчалар асистолияси

Қоринчалар асистолияси -юракни электрик ва механик фаоллигини тўхташи хисобланади. Бу аксарият холларда яккаланган бўлмачалар асистолиясидан (II ва III тартибдаги ритм бошқарувчиларида хосил бўлган импульслар хисобига қоринчалар қисқаради) фарқли ўлароқ ўлим билан тугайди. Қоринчалар асистолияси ритм бузилиши эмас, балки юракни юқори даражадаги ритм ва ўтқазувчанлик бузилишлари оқибатидир. У кўпинча қоринчалар титраши ва хилпиллаши натижасида юзага келади. Клиник белгилари: Бемор тўсатдан хушидан кетади, ранги оқариб нафас олишдан тўхтайди. Барча периферик ва йирик қон томирларида пульс йўқолади, ҚБ аниқланмайди, юрак тонлари эшитилмайди. 45 сониядан кейин кўз қорачиқлари кенгая бошлайди, бир дақиқа 45 сониядан кейин максимал кенгаяди, тришишлар пайдо бўлади, билмаган холда сийдик ажралиши ва дефекация кузатилади. ЭКГ да тўғри чизиқ (юракни электрик фаоллик белгилари йўқолиши) аниқланади.

Юрак асистолияси 5 сониядан узоқроқ давом этса бош мияда гипоксия белгилари ва хушдан кетиш билан кечадиган МАСС кузатилади. МАСС нинг асосий сабаблари тўлиқ АВ блокада, СТХС ва қоринчалар пароксизмал тахикардиялари хисобланади. Клиникаси: ахволи қониқарли бўлиб турган беморда тўсатдан кучли бош айланиши, кўз олди қоронғилашиши, кўнгил бехузур бўлиши, умумий холсизлик пайдо бўлади ва кейин хушдан кетади. Шу билан бир вақтнинг ўзида танада аввал клоник, кейин тоник тиришишлар ва билмасдан сийдик ажралиши хамда дефикация кузатилади. Тахминан бир дақиқа ўтгач у нафас олишдан тўхтайди, тери қоплами кўкаради, айрим холларда Чайн-Стокс нафаси пайдо бўлади. Пульс, юрак уриши ва ҚБ аниқланмайди, кўз қорачиқлари кенгаяди. Юрак ритми тикланса бемор тезда хушига келади, ретроград амнезия, аура, тилини тишлаб қолиши кузатилмайди. Лекин бу холат ўлим билан тугайди. Хуруж вақтидаги ЭКГ да тўғри изоэлектрик чизиқ аниқланади.

Қоринчалар ичи блокадаси

Қоринчалар ичи блокадасида (Гисс тутами ва оёқчалари блокадаси) СТ дан ёки эктопик ўчоқдан келаётган импульсни Гисс тутами оёқчаларининг биттаси ёки бир нечтаси орқали ўтишини секинлаши ёки тўхташи сабабли қоринчаларнинг бири иккинчисидан кечроқ қўзғалади. У жойлашишига қараб ўнг ёки чап оёқча, даражасига кўра эса тўлиқ ва нотўлиқ бўлади. Бундан ташқари қоринчалар ичи блокадасининг қуйидаги турлари ҳам фарқланади:



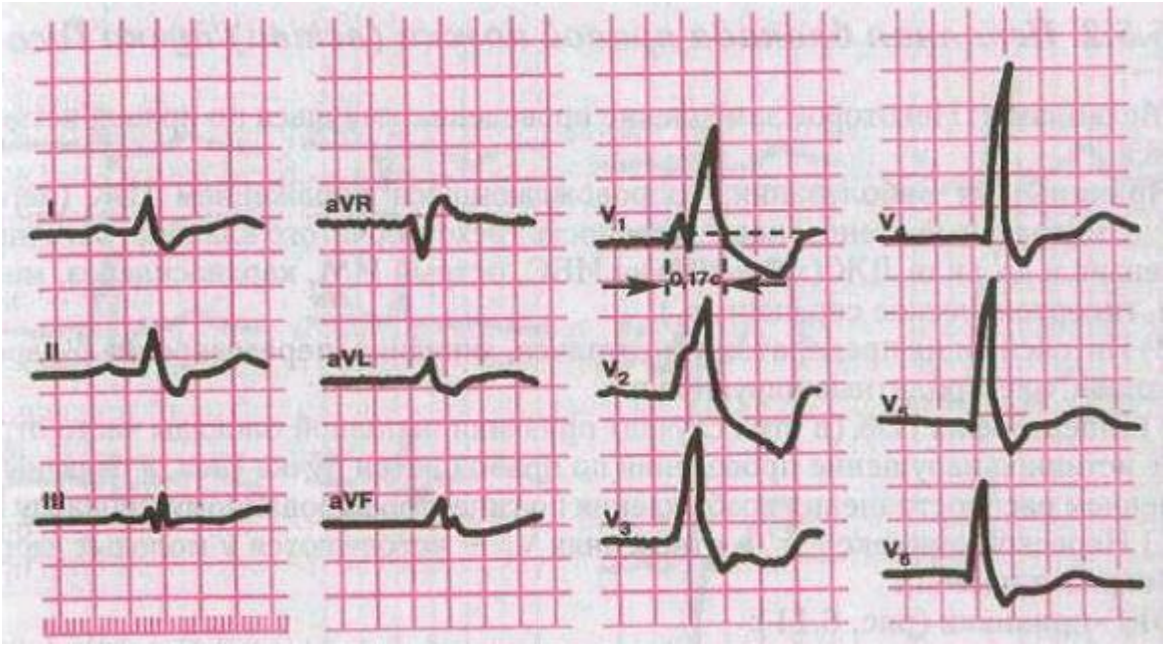
26- расм. а) битта шохчали (монофасцикулар); б) икки шохчали (бифасцикулар); в) учта шохчали (трифасцикулар).

Юрак чўққиси ва Боткин Эрб нуқтаси оралиғида, нафас фазасига боғлиқ бўлмаган холда биринчи ва (ёки) иккинчи тонлар кучли иккиланса Гисс тутами ва унинг оёқчалари блокадаси мавжудлиги тўғрисида шубха қилиш мумкин. Лекин ташхис қўйишда ЭКГ натижаларига асосланилади. Чунки беморларда асосий касалликка хос белгилар мавжуд бўлиб, оёқчалар блокадаси хеч қандай клиник ва гемодинамик ўзгаришлар билан намоён бўлмайди. Қоринчалар ичи блокадасига хос умумий ***ЭКГ белгилар*:**

- QRS комплексни 0,12″ дан узайиши;
- S-T оралиқ ва T тишчани асосий тишчага нисбатан дискордант жойлашиши;
- Юрак электрик ўқини блокланган қоринча томонга силжиши;
- QRS комплексни кенгайиши, иккиланиши ва деформацияланиши.

Гисс тутами ўнг оёқчасини тўлиқ блокадаси- монофасцикулар:

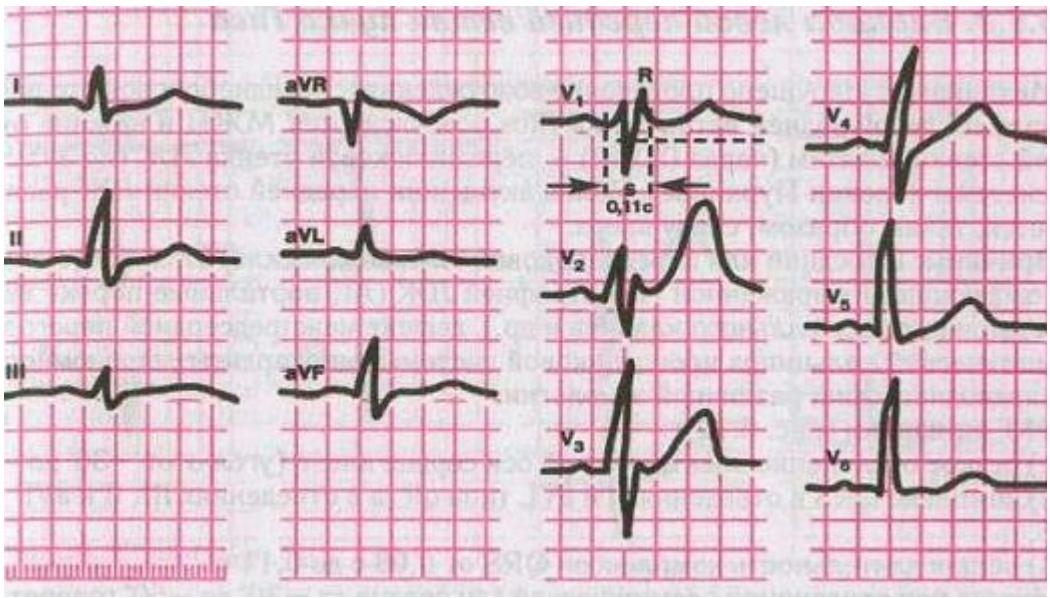
- Блокада классик кечганда юрак электр ўқи вертикал жойлашган- $R_I = S_I$. Вильсон бўйича S-турида I ва II тармоқларда S тишча чуқур, кенгайган;
- QRS комплекси давомийлиги -0,12″ ва ундан кенг;
- III, aVF, V_1-V_3 тармоқларида QRS комплекси кенгайган, “M”- симон - rSR`, RSR` кўринишда, ST оралиқ ўрта чизиқдан пастда, T тишча манфий ёки икки фазали;
- V_5-V_6 тармоқларда чуқур S тишчаси сақланиши (27-расм).



27-расм. Гисс тутами ўнг оёқчасининг тўлиқ блокадаси ЭКГ кўриниши.

Гисс тутами ўнг оёқчасини нотўлиқ блокадаси-монофасцикулар:

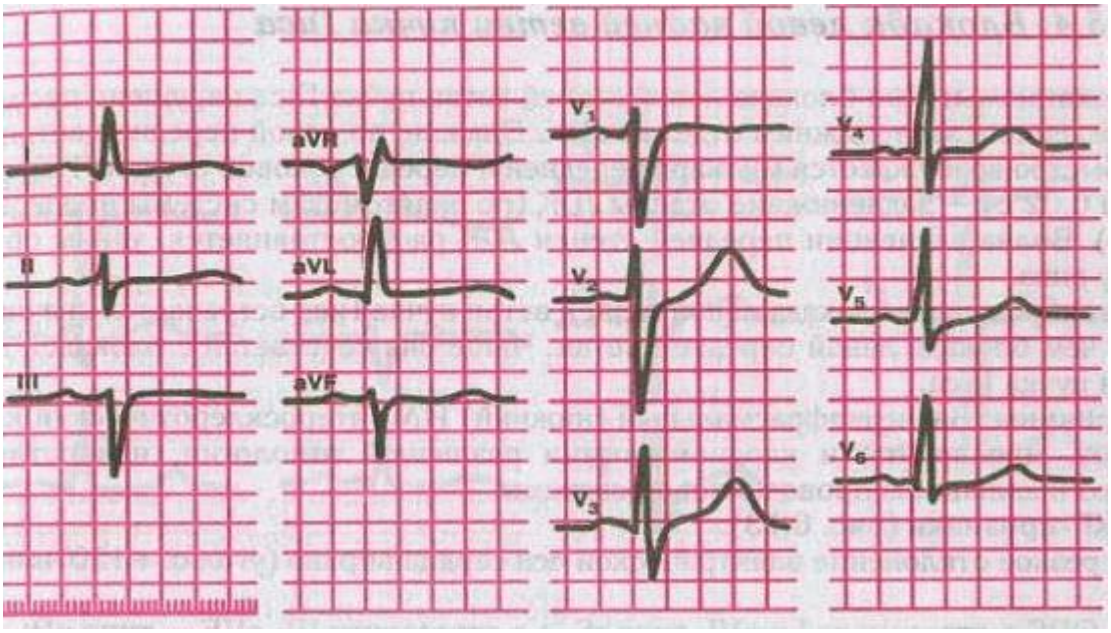
- QRS комплекс давомийлиги -0,10″ -0,11″;
- III, aVF, V_1-V_2 тармоқларида QRS комплекс кенгайган, “M”- симон – rSr`, rsr`, rSR` кўринишда, r`V_1> rV_1;
- ST оралиқ ўрта чизиқдан пастда ва T тишча манфий (икки фазали) ёки миёрида бўлиши;
- V_5-V_6 тармоқларда S тишчаси чуқурлашган ва кенгайган.
- S_I яққол намоён бўлган (28-расм).



28-расм. Гисс тутами ўнг оёқчасининг нотўлик блокадаси ЭКГ кўриниши

Гисс тутами чап оёқчасининг олдинги шохчаси блокадаси- монофасцикулар:

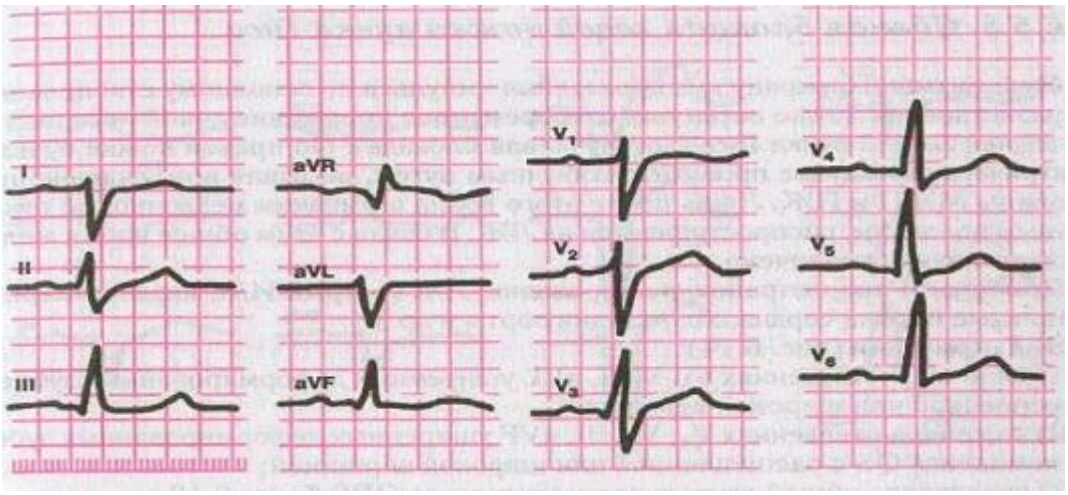
- Юрак электр ўқи кескин чапга силжиган $R_I > R_{II} > R_{III}$, $S_{III} > R_{III}$, $S_{II} > R_{II}$, $S_{aVF} > R_{aVF}$, $R_{aVR} > Q(S)_{aVF}$;
- QRS комплекс давомийлиги 0,10″- 0,11″;
- QRS комплекс I, aVL тармоқларда qR, III, aVF, II да эса qS кўринишда;
- V_5-V_6 тармоқларда яққол намоён бўлган S тишчаси аниқланиши мумкин;
- V_1-V_2 тармоқларида S тишчанинг кўтарилиш қисмида бир оз иккиланиш ёки V_1 тармоқда баъзан унча катта бўлмаган r′ аниқланиши мумкин;
- V_5-V_6 тармоқларда q тишчасини йўқолиши (29-расм).



29-расм. Гисс тутами чап оёқчасининг олдинги шохчаси блокадаси ЭКГ кўриниши.

Гисс тутами чап оёқчасининг орқа шохчаси блокадаси –монофасцикулар *(30- расм):*

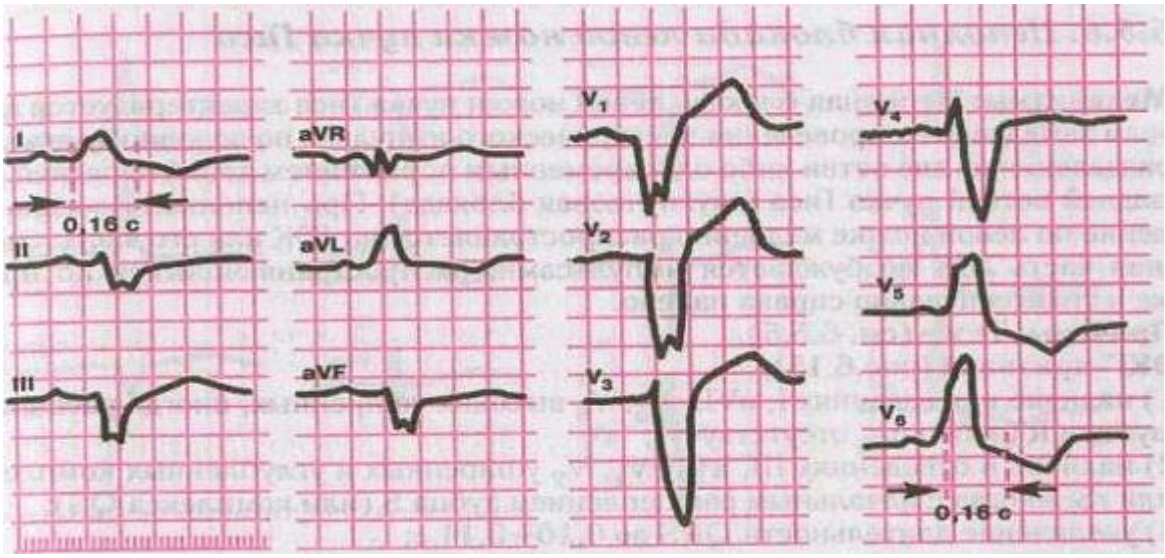
- Юрак электр ўқи кескин ўнга силжиган $R_{III} > R_{II} > R_I$; $S_I > R_I$; $R_{aVR} > Q(S)_{aVR}$;
- QRS комплекс давомийлиги 0,10″- 0,11″;
- QRS комплекс I, aVL тармоқларда r S, III, aVF да эса qR кўринишда;
- V_5-V_6 тармоқларда баъзан q тишчаси йўқолиши.



30-расм. Гисс тутами чап оёқчасининг орқа шохчаси блокадаси ЭКГ кўриниши.

Гисс тутами чап оёқчасини тўлиқ блокадаси -бифасцикулар:

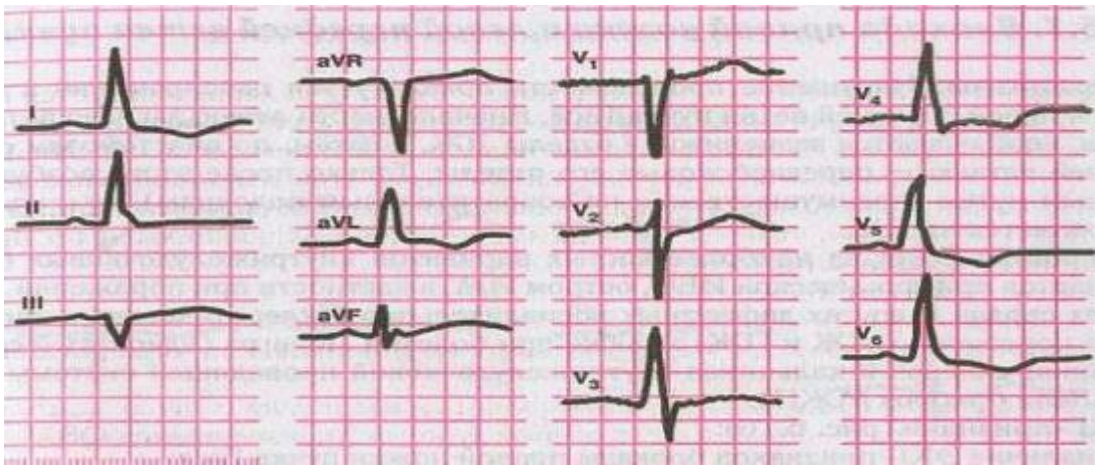
- Юрак электр ўқи чапга силжиган;
- QRS комплекс давомийлиги 0,12″ дан кенг;
- I, aVL, V_5-V_6 тармоқларда R тишчаси кенгайган, иккиланган, q тишчаси йўқолган;
- III, aVF ва V_{2-1} тармоқларда кенгайган, иккиланган S тишча ёки QS комплекс;
- ST оралиқ ва T тишча QRS комплексининг асосий тишчасига қарама -қарши жойлашган (31 расм).



31-расм. Гисс тутами чап оёқчасини тўлиқ блокадаси ЭКГ кўриниши.

Гисс тутами чап оёқчасини нотўлиқ блокадаси -бифасцикула:

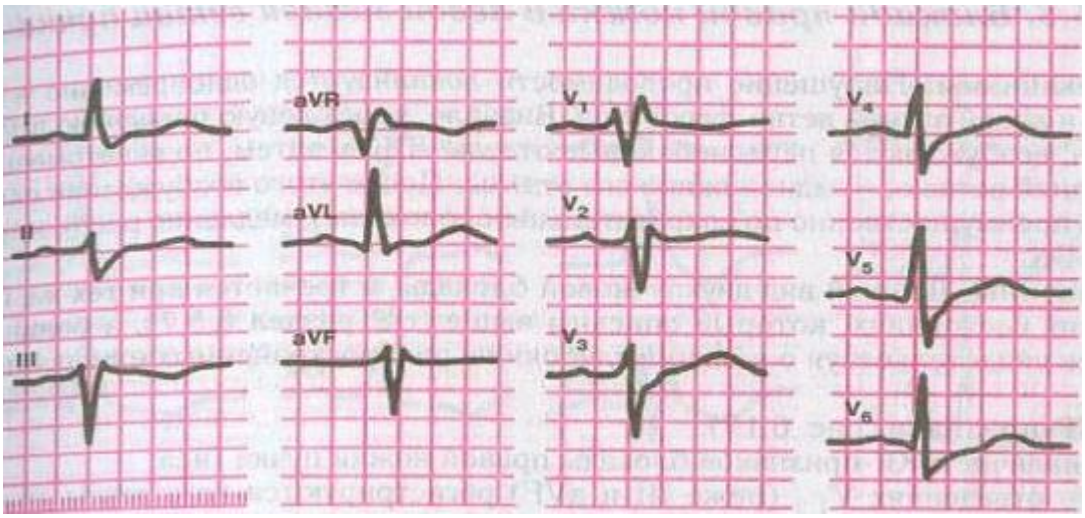
- Юрак электр ўқи чапга силжиган;
- QRS комплекс давомийлиги 0,10-0,11″;
- I, aVL, V_5-V_6 тармоқларда R тишчаси кенгайган, айрим холларда деформацияланган, q тишчаси йўқолган;
- III, aVF ва V_{2-1} тармоқларда кенгайган, иккиланган QS комплекс ёки rS, айрим холларда бошланғич қисмида аккиланган S тишча (32-расм);



32-расм. Гисс тутами чап оёқчасини нотўлиқ блокадаси ЭКГ кўриниши.

Гисс тутами чап оёқчасининг олдинги шохчаси ва ўнг оёқчаси блокадаси-бифасцикулар *(33-расм):*

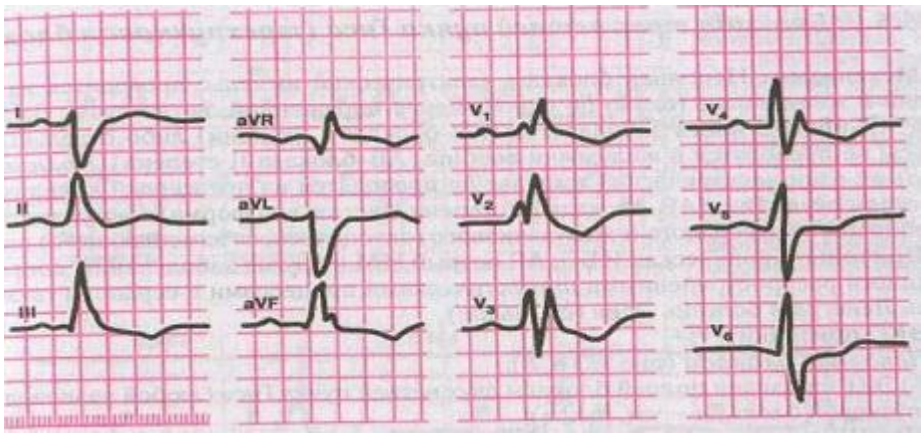
- Юрак электр ўқи кескин чапга силжиган;
- QRS комплекс давомийлиги 0,12″ дан кенг;
- кўкрак тармоқларида Гисс тутами ўнг оёқчаси блокадасига хос белгилар.



33-расм. Гисс тутами чап оёқчасининг олдинги шохчаси ва ўнг оёқчаси блокадаси ЭКГ кўриниши

Гисс тутами чап оёқчасининг орқа шохчаси ва ўнг оёқчасии блокадаси-бифасцикулар:

- Юрак электр ўқи кескин ўнгга силжиган;
- Стандарт тармоқларда (α>+120^0)R_{III}>R_{II}>R_I; S_I>R_I; R_{aVR}>Q(S) aVR;
- кўкрак тармоқларида Гисс тутами ўнг оёқчаси блокадасига хос белгилар (34-расм).



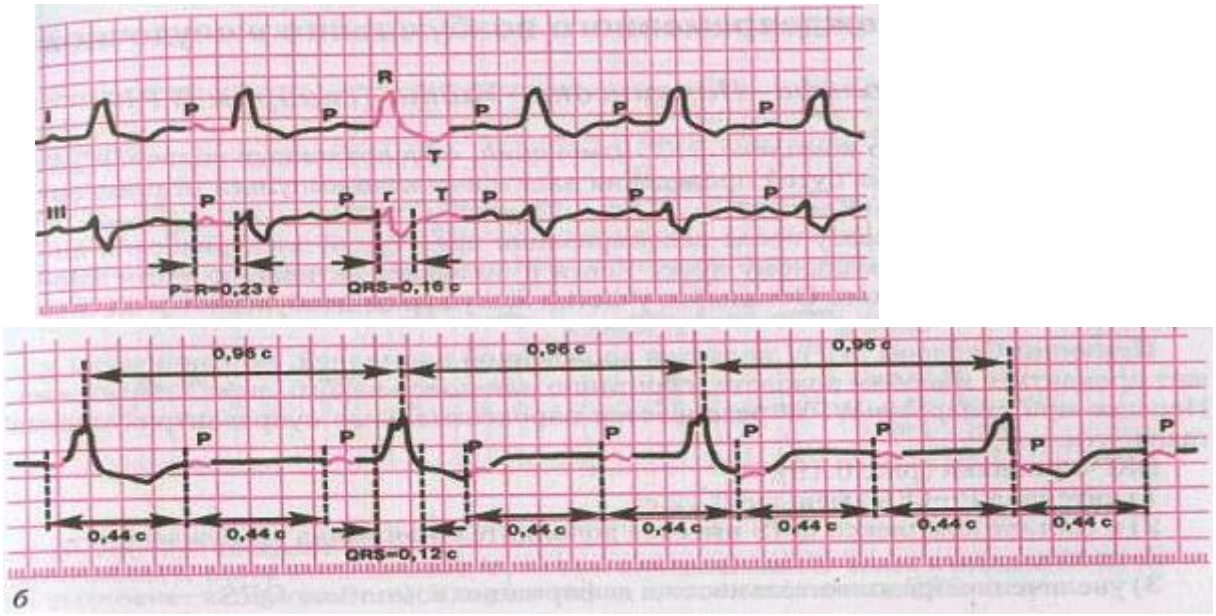
34-расм. Гисс тутами чап оёқчасининг орқа шохчаси ва ўнг оёқчасии блокадаси ЭКГ кўриниши.

Қоринча ичи ўтқазувчи тизимининг охирги толалари блокадаси:

QRS комплекси кенгайган, деформацияланган, барча тармоқларда тишчалар вольтажи пасайган, Т тишчаси текистланган, аксарият холларда манфий.

Гисс тутамининг учта оёқчаси блокадаси- трифасцикулар:

- ЭКГ да АВ блокаданинг I, II, III даражасига хос белгилар;
- Гисс тутами иккита оёғи блокадасига хос ЭКГ белгилар (35-расм).



35-расм. Гисс тутамининг учта оёқчаси блокадаси- трифасцикулар ЭКГ кўриниши.

Блокадаларни даволаш - клиник белгиларга эга бўлмаган СТХС мавжудлигидан далолат берувчи синоатриал блокада даволаш чораларини кўришни талаб этмайди. Айрим ҳолларда миокардга парасимпатик таъсирни камайтирувчи (атропин) ёки симпатомиметиклар гуруҳидаги (эфедрин, изопропил норадреналин) дори воситаларни қўллаш тавсия қилинади. Бўлмача ичи ва Гис тутами оёқчалари блокадасида ҳам махсус даво чоралари ўтказилмайди ва асосий касаллик даволанади. Мабодо ўтказувчанликнинг бузилишига дори воситалари сабаб бўлса, уларни қабул қилиш тўхтатилади. Бўлмачаларнинг қайталанувчи ҳилпиллаши ва титрашига олиб келувчи бўлмача ичи

ўтказувчанлигининг юқори даражадаги бузилиши миокарддаги чуқур органик ўзгаришлардан далолат беради. Бунда пароксизмларни олдини олиш мақсадида хинидин ва кардиологик таъсирга эга бўлган бошқа дори воситаларини бериш тавсия этилмайди. Фақат оғир кечувчи ва тез–тез қайталанувчи пароксизмларда кордаронни делагил билан биргаликда узоқ вақт давомида қўллаш самарадорлиги аниқланган.

Ўткир пайдо бўлган АВ-блокадалар давоси уни келтириб чиқарган сабабларга боғлиқ. Миокардит, МИни даволаш АВ - ўтказувчанликнинг қайта тикланишига олиб келади. Тугунли вагус АВ - блокадалари атропин сульфатни (1 %ли 1 мл) томир ичига юбориш билан бартараф этилади. Алупент (0,5 – 1 мл 0,05 %ли эритма 10 мл физиологик эритмада) ёки изадрин (5 мг тил остига) дан фойдаланиш мумкин. Вужудга келган АВ - блокадалари юрак гликозидлари қабул қилишни тезда таъқиқлашни талаб этади. МАС синдроми ёки юрак етишмовчилиги билан кечадиган сурункали тўлиқ АВ блокадаларда доимий электрокардиостимуляция ўрнатиши лозим.

Атриовентрикуляр блокадаларни даволаш.

I-даражадаги АВ-блокада	**Махсус даво талаб этилмайди**	
II-даражадаги АВ-блокада Мобитц I	- клиник белгилари кузатилмаганда даво талаб этилмайди. Гемодинамик ўзгаришлар бўлганда: атропин 0,5-2,0 мг, кейин эндокардиал ЭКС; - агар АВ-блокада миокарддаги ишемик ўзгаришлар туфайли юзага келган бўлса, тўқималарда аденозин миқдори ошганлиги сабабли аденозин-аминофиллин антагонисти буюрилади.	
II-даражадаги АВ-блокада Мобитц II	Аввал вақтинчалик, кейин доимий ЭКС	
II-даражадаги АВ-блокада Мобитц III 2:1 нисбатда	Аввал вақтинчалик, кейин доимий ЭКС	
III-даражадаги (тўлиқ) АВ-блокада	- доимий ЭКС. Агар сабаби қайтар жараён бўлса, уни бартараф этган ҳолда вақтинчалик ЭКС билан чегараланилади; - туғма тўлиқ АВ-блокада мунтазам равишда АВ тугундан чиқаётган ритм билан бирга келиб, аксарият ҳолларда – гемодинамик ўзгаришларга олиб келмайди ва доимий ЭКС ўрнатишни талаб этмайди.	ЭКС ўрнатишнинг иложи бўлмаганда, қуйидагилар тавсия этилади: 1) атропин сульфат 1 мл. 0,1% эритмаси кунига 2-3 марта м/о 2) изопреналин (новодрин, изадрин) 5 мг. 0,5% эритмани

		250 мл. 5% глюкозада суюлтириб, в/и томчилаб юборилади. 3) Алупент 0,5-1 мл. 0,05% эритма 20 мл. 5% глюкозада в/и га оқим билан

Доимий электрокардиографик стимуляция (ЭКС). Агарда блокаданинг сабаби оркага кайтарилса (масалан гиперкалиемия), эрта жарроҳлик ҳолларидан кейин ёки пастки миокард инфарктидан сўнг препаратлар буюриш мумкин, қоринчалар автоматизми кучаяди: изадрин -5 мг (тил остига) ёки инфузия алупент вена ичига - 0,5-1 мл 0,05% томчи шаклида секинлик билан томизилади.

Пуркинье толалари блокадаси коринчалар комплексининг кенгайиб кетиши орқали ташхисланилади. Қоринчалар коплексининг амплитудаси диффуз равишда ўзгарган бўлади. Гис тутами блокадасида даво талаб қилинмайди, лекин дориларни танлашда ўтказувчанлик системасида импулсларни утишини секинлаштирадиган бўлишига эътиборни қаратиш керак, агарда миокард инфарктида блокада булган булса, унда 48-72 ичида вақтинчалик ЭКС қўйилади.

Вазиятли масала:

ҚВПга 25 ёшли аёл бемор умумий ҳолсизлик юрак соҳасида санчиқли характерга эга бўлган оғриқ, юракни уриб урмаслигига жисмоний зурикишда ҳансирашга шикоят қилиб келди. Бемор сўзидан юқоридаги шикоятлар 3 кундан бери безовта қилмоқда. Анамнезидан 2 хафта олдин (оёғда ўтказган) сурункали тонзиллит ташхиси билан ҚВПда диспенсер рўйхатида туради. Оъбектив: умумий ахволи нисбатан қониқарли, тери ва кўриниб турган шиллиқ қаватлари оқимтир, юрак чегаралари нормада, 1 тон озроқ сусайган, юрак чўққисида систолик шовқин, юрак уриши ритмик 1минда 92та АҚБ 110/70 мм. сим. уст.

Жавоб: Инфекцион миокардит Ўткир кечиши. енгил даража. Аритмик шакли.

Назорат саволлари

1.АВ блокадаларни ташхислаш критериялари
2. Қоринчалар блокадасини ташхислаш критериялари
3. Бўлмачалар блокадасини ташхислаш критериялари
4. Бўлмача коринча ав блокадаларни диференсиал диагностикаси
5. Бўлмача блокадаларида медикаментоз даво.
6. АВ блокадаларида медикаментоз даво
7. Қоринча блокадаларида медикаментоз даво

8. Бўлмача блокадаси ЭКГ кўриниши
9. АВ блокадаларда ЭКГ кўриниши
10. Қоринча блокадаларда ЭКГ кўриниши.
11. УАШнинг тактикаси (текшириш ва гаспитализацияга йўлланма бериш)

11-Мавзу. Юрак уриб кетиши. Қон айланиши етишмовчилиги, камқонлик ва тиреотоксикозда юрак уриб кетишини қиёсий ташхислаш. УАШ тактикаси.

Машғулот вақти 6 соат	Талабалар сони : 10-12 тагача
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Укув машгулотининг тузилиши	1. Ўқув услубий хона . 2. ЭКГ Кабинети 3. УАШ кабинети 4. Ўқув қўлланма, фантом, муляж, тарқатма материал, мавзуий масалалар тўплами ва тестлар 5. Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа
Укув машгулот максади: УАШни эрта ташхислаш ва таққосий ташхислаш, турли касалликлар сабабли шу жумладан қон айланиши бузилиши, камқонлик, тиреотоксикоз каби касалликлар ритм бузилишларида оптимал даво вариантини танлашга, "УАШ квалификацион характеристикаси талабларига асосан бирламчи тизим шароитида олиб бориш тамойилларига ургатиш.	
Педагогик вазифалар: 1.Қон айланиш етишмовчилиги, камқонлик, тиреотоксикоз касалликларини эрта аниклаш масалаларини куриб чикиш. 2. Қон айланиш етишмовчилиги, камқонлик, тиреотоксикоз касалликлари бор беморларни кўрсатиш. 3. Қон айланиш етишмовчилиги, камқонлик,тиреотоксикоз касалликлари ритм бузилишли беморларни клиник-лаборатор ва инструментал текширув натижаларини куриб чикиш. 4. Қон айланиш етишмовчилиги, камқонлик, тиреотоксикоз таққосий ташхислаш утказиш. 5.Қон айланиш етишмовчилиги, камқонлик,тиреотоксикоз	**Укув фаолият натижалари:** **<u>УАШ билиши лозим:</u>** • Қон айланиш етишмовчилиги,камқонлик, тиреотоксикоздаги клиник белгиларни билиши лозим • Қон айланиш етишмовчилиги,камқонлик, тиреотоксикоз пайдо бўлиш механизмини билиши лозим. • Қон айланиш етишмовчилиги,камқонлик, тиреотоксикоз таққосий ташхислашни. • Курув вақтида қон айланиш етишмовчилиги,камқонлик, тиреотоксикози бор бемордан рационал анамнез йиға олишни. • Курув вақтида бемор ахволини объектив бахолашни. • ОП ва ҚВП шароитида қон айланиш етишмовчилиги, камқонлик, тиреотоксикоз билан оғриган беморлар учун рационал текширув режасини тузишни • Қон айланиш етишмовчилиги, камқонлик,

касалликлари ритм бузилишли беморларни тугри даволашга ургатиш. 6.Қон айланиш етишмовчилиги, камқонлик, тиреотоксикоз касалликларида кузатув ва мониторинг олиб бориш 7.Бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикаси тамойилларини ургатиш.	тиреотоксикоз касалликларида бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикаси тамойилларини • Юрак уриб кетиш синдроми бор беморлар диспансеризацияси ва реабилитациясини олиб бориш тамойилларини. **<u>УАШ бажара олиши лозим:</u>** 1. қон айланиш етишмовчилиги, камқонлик, тиреотоксикозда аритмияларни эрта ташхислаш таккосий ташхислашни 2. қон айланиш етишмовчилиги, камқонлик, тиреотоксикозда аритмияларни даволашда дори препаратларини тугри танлаш. 3. Номедикаментоз даво усуллари шунингдек соглом турмуш тарзи тугрисида маслахат бериш. **4.** ЭКГ куйиш ва укиш.
Ўқитиш усуллари	Маъруза, муаммоли масалалар, тест, демонстрация, видео, дискуссия, сухбат, мия хужуми уйинига ургатиш, график органайзер- кластер.
Ўқув фаолиятни ташкил қилиш шакллари	Индивидуал иш, гурухлар билан ишлаш, коллектив ишлаш, аудитор, аудиториядан ташкари.
Ўқитиш манбалари	Укув кулланма, таркатма материал,графический органайзер- диаграмма Венна, ситуацион масалалар ва тестлар туплами, ЭКГ туплами. Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа.
Қайтар алока манба ва усуллари	Блиц-суров, тест, ўқув топшириқларини бажарганлиги презентацияси амбулатор карталарни тўлдириш, амалий кўникмаларни бажариш. ЭКГ олиш, расшифровка ЭКГ интерпретацияси

№	**Амалий дарс босқичлари**	**Дарс шакли** ***Ўтказилиш жойи***	**Дарс давомийлиги 200**
1	Кириш қисми (мавзуни асослаш)		5
2	Мавзуни янги педагогик интерфаол услубларни қўллаган ҳолда муҳокама қилиш (усул «ари ини»), ҳамда демонстрацион материалларни тақдим қилиш (тиббий хариталар комплектлари, плакатлар, рентгенограммалар), бошланғич билим даражасини аниқлаш.	Сўров, муҳокама *Дарс хонаси, УАШ хонаси*	20

3	Муҳокама натижасини чиқазиш		10
4	Амалий қисмни амалга ошириш учун вазифа аниқлаш- мутахассис сўрови. Тиббий хариталарни тўлдириш бўйича қоидалар ва маслаҳатларни тушунтириш.	Мухокама *УАШ хонаси*	20
5	Амалий қисмни ўқитувчи назорати остида ўзлаштириш.	Мутахх. Сўрови. Беморлар билан мулоқот ва тиббий хариталарни тўлдириш, муаммоли масалалар. *Беморларни поликлиникада қабул қилиш, уйга чақирик вақтида беморларни кўриги.*	10
6	Бемор ҳақидаги ахборотлар интерпретацияси: шикоятлар, кўрик, перкуссия, аускультация, ҳамда УҚТ, УСТ ва биокимёвий таҳлиллар ва ташҳисни шакллантириш.	Касаллик тарихи, лаборатор тахлиллар, муаммоли масалалар.	15
7	Талабаларнинг назарий ва амалий билимларини муҳокама қилиш, материални ўзлаштириш, ўзлаштириш кўрсаткичини баҳолаш.	Оғзаки сўров, тестлар, мухокама, амалий кўникмаларни аниқлаш. *Поликлиникадаги ўқув хонаси*	15
8	Амалий дарс мавзуси бўйича хулоса қилиш, 100 балли тизимда баҳо қўйиш ва баҳони эълон қилиш. Кейинги дарсни уй вазифаси сифатида бериш(саволлар тўплами).	Ахборот, мустақил иш учун саволлар. *Поликлиникадаги ўқув хонаси*	25

Сурункали юрак етишмовчилиги.

ЮЕ турли формалари ва боскичларига кура турли кечиши ва симптомлари. Клиник шакллари.

1. *Турғун қоринчалар етишмовчилиги* митрал нуқсон, ЮИК оғир шакллари- айниқса АГ бор беморларда Кечиши хансираш, ортопноэ, тургун упка аускультация (курак пастида курук хириллашлар, кучиб юрувчи нам хириллашлар) ва рентгенологик, юрак астмаси, упка шиши гиертензияси, тахикардия.

2. *Чап қоринчалар отиши етишмовчилиги*аортал нуксон, ЮИК, артериал гипертензия характерли. Бош мия кон айланиши етишмовчилиги. (бош айланиши, куз олдида коронгилашиш, хушдан кетиш), коронар етишмовчилик, сфигмографик ва

эхокардиографик белгилар. Огир холларда Чейн — Стокс нафаси, альтернирловчи пульс (баъзан) пресистолик галоп ритми (патологик IV тон), тургун чап коринча етишмовчилиги клиник куриниши.Терминал боскичда унг коринча етишмовчилиги кушилиши мумкин.

3. *Тургун ўнг коринча етишмовчилиги* митрал ва трикуспидал нуксон, конструктив перикардит учун характерли.Одатда тургун чап коринча етишмовчилиги кушилади. Кечиши: буйин веналари шиши, юкори веноз босим, акроцианоз, жигар катталашиши, субиктериклик, периферик ва ички шишлар.

4. *Ўнг қоринчалар отиши етишмовчилиги* ўпка артерияси стенози, ўпка гипертензияси учун характерли. Асосан ташхисланади рентгенологик натижалар (периферик упка томир расми камайиши) Бу шаклнинг бошка белгилари хам аникланиши мумкин: аник жисмоний зурикиш чегарасида хансираш, унг коринча гипертрофияси-пальпаторно, сунг ЭКГ белгилари “босим остида” (*R*тишча баланд, Т тишча паст, унг кукрак тармокларида) Жуда огир холларда тнри копламлари кулранг.

5. Дистрофик формаси. Коидага кура унг коринчалар етишмовчилиги терминал боскичида;Вариантлар: а) кахектик б) дистрофик шишли теринг дистрофик узгаришлари билан. (юпкалашиш, ялтираш, тери расмининг текисланиши, дагаллашиш), шиш — таркалган ёки чегараланган харакатчан, гипоальбуминемия, жуда яккол ривожланган холларда— анасарка; в) корригацияланмайдиган тузли озиш.

Тургун ЮЕ ривожланиши ва огирлик даражаси. Куп сонли ЮЕ белгилардан у ёки бу боскични курсата оладиган маълум сондаги аник боскични етарли аниклай оладиган симптомларни ажратиб олинади. I боскич: ЮЕ уртача ёки купрок жисмоний зурикишда. II А боскич: 1) кам жисмоний зурикишда ЮЕ субъектив симптомлари2) ортопноэ; 3) бугилиш хуружлари. 4) рентгенографик иккиламчи упка гипертензияси ЭКГ белгилари.; 5) шишларни кайта пайдо булиши. 6) жигарни кайта катталашиши. 7)бошка белгиларсиз кардиомегалия 8) бошка белгиларсиз мерцал аритмия II Б боскич: 1) юрак астмаси кайта хуружлари 2) доимий периферик шишлар 3) бушликларда шишлар — доимий ёки кайта пайдо буладиган. 4) жигарнинг тургун катталашиши даво вактида нисбатан кичрайиши лекин катталашиш колади. 5) атриомегалия; 6) олдинги боскичдаги хеч булмаганда битта белги ва кардиомегалия 7) мерцател аритмия олдинги боскичдаги битта белги билан бирга. III боскич, терминал: 1)кичик жисмоний зурикиш ёки тинч холатда огир субъектив бузилишлар 2) хафта давомида юрак астма хуружларининг бир неча бор кайталаниши. 3) орган ва тукималарда дистрофик узгаришлар.

Сурункали юрак етишмовчилигида шиш аста секин ривожланади ва оёк, кулларда симметрик жойлашади, ётокдаги беморларда оркасида ва бел хамда думгаза сохаси тукималарида кузатилади. Бунда тери совук, цианотик, эластиклиги пасайган асосан катта муддатли шишларда. Юрак шишлари сезиларли каттик, бармок билан босиб курилганда чукурча хосил булади, тана холати узгартирилганда кушилиб кетади. Шиш ривожланиши одатда камрок ёки купрок хансираш даврлари билан бирга келади. Баъзан тери ва тери ости шиши асцит, гидроторакс билан бирга кечади. (асосан унг томонлама). Коидага кура юрак етишмовчилиги белгилари- буйин веналари шиши, хансираш, жигар катталашиши. Юрак текшируви утказилганда бевосита унинг шикастлаганлиги аникланади. (хажмининг катталашиши, аритмиялар борлиги, юракда шовкинлар ва бошк).

Юрак шишида пешоб таркиби узгармаган, лекин купинча пешоб тургун буйрак деб аталадиган тахлилни беради. Бундай шароитда протеинурия, одатда 1 промилле дан кам , етарли солиштирма огирлик, чукмада сезиларли узгариш.

Анемия юкори юрак отиши билан юрак етишмовчилигига олиб келиши мумкин

Кон айланиш етишмовчилиги (НК) – патологик холат булиб, кон айланиш тизимининг орган ва тукималарга етарли микдорда кон етказиб бера олмаслиги сабабли нормал функция курсата олмайди.

Кон айланиш бузилиши ривожланишига кура уткир (бир неча минутдан соатгача) ва сурункали (бир неча хафтадан бирнеча йилгача) Бундан ташкари юрак етишмовчилиги, юрак зарарланиши билан ва кон томир етишмовчилиги, унда кон айланиши бузилишида биринчи навбатда кон томир компоненти етишмовчилиги устунлик килади.

Тиреотоксикоз-учраши бир хил учрамайди. Купинча 20 дан 50 ёшгача купрок аёлларда учрайди.

Сабаблар: диффуз токсик букок, калконсимон безнинг токсик аденомаси (КБ), уткир ости гранулематоз тиреоидит (тиреоидит Кервин), тиреоидит гормонларнинг ташкаридан кириши.

Клиника: юкори кузгалувчанлик, вахима, иштаха яхшилигига карамасдан озиш, юрак уриб кетиши, иссикни кутаролмаслик, уйкунинг бузилиши, субфебрил температура, мушаклар холсизлиги, диарея, терлаш, асосан кул кафтлари, аёлларда хайз циклининг бузилиши. Курувда иссик нам куллар, тремор КБ катталашиши, атрофия, проксимал мушаклар холсизлиги, куз тиркишининг кенгайиши, экзофтальм, офтальмопатия. Тиреотоксикоз клиникасида етакчи узгариш бу ЮКТ тизимида кузатилади. Беморларни юрак уриб кетиши, иррадиация бермайдиган юрак сохасидаги уювчи огрик, НЦДдагига ухшайдиган хансираш безовта килади. («нафас олишдан коникмаслик») . Бир катор беморларда уйку артерияси пульсацияси куриниб туради, юрак зарби кутарилган, тахикардия (ЮКС 1мин 90 мартадан куп). АД касалликнинг енгил формасида нормал. Кейинчалик касалликнинг огирлик холатига караб систолик босим кутарилади ва диастолик босим пасаяди. Аускультацияда юрак тонлари каттик баъзан чуккида I тон кучайган. Шу билан бир каторда упка артериясида II тона акценти аникланади. Чап томон ковургалар оралигида, туш суяги чегарасида ва юрак чуккисида жисмоний зурикишдан кейин кучаядиган функционал систолик шовкин эшитилади. Касаллик зурайиб бориши билан систолик шовкин доимий булиб, купол хамда бутун булмачалар сохасида эшитилади. Бир катор беморларда ритм бузилиши кузатилади: синусли (нафас) аритмия, экстрасистолия. Мерцал аритмия касаллик бошланишида кузатилиб сунг пароксизмал тус олади. Касаллик зурайиши билан доимий булиб колади. Баъзан кон айланиш бузилиши I ва II даражаси кузатилади. Баъзан кон айланиш бузилиши МА юзага келиши билан тез зурайиб кетади. Бундай холларда узгаришлар катта кон айланиш тизимида юз беради. (жигар тез катталашади ва каттиклашади, периферик шиш, асцит, гидроторакс, кам холларда анасарка). Кичик кон айланиш тизимида тургун узгаришлар кам учрайди.

Сурункали юрак етишмовчилиги ташхислаш критерийлари. (P. Mc. Kee, 1971)

“Катта” мезонлар	**“Кичик” мезонлар**
1. Жисмоний зўриқишда ҳансираш ва қуруқ йўтал	1. Оёкларда шиш
2. Тунги пароксизмал ҳансираш ёки ортопноэ	2. Тунги йўтал
3. Ўпкада турғун нам хриллашлар	3. Гепатомегалия
4. Ўпка альвеоляр шиши.	4.Плеврал бушликда унча куп булмаган суюклик
5. Кардиомегалия	5. УТС 30% юкори нормадан кам
6.Протодиастолик галоп ритми (патологик III тон)	6. ЮКС 1 мин 120 куп
7. ЦВД ошиши	7.Мушакларнинг тез чарчаши
8. Бўйин веналари шиши	
9. Гидроторакс (асосан ўнг томонлама)	
1. 5 кунлик даволаш натижасида тана вазнининг 4 кг га камайиши	

Сурункали юрак етишмовчилиги ташхиси қўйиш учун 2 та катта мезон ёки 1 та катта ва 2та кичик мезон зарур. Шуни эсда тутиш лозимки сурункали ЮЕ эрта боскичи (яширин қоринчалар систолик дисфункцияси), 40% ЮЕ булган беморларда учрайди, лекин клиник белгилар етарли бўлмайди. Яширин коринчалар систолик дисфункцияси ташхиси қўйиш учун қўшимча асбобий текширувлар, ЭхоКГ, зўриқишли синама, радионуклид текшириш усуллари ва б.қ.

СЮЕ бор беморларни текшириш учун тавсия қилинган асосий лаборатор ва инструментал тестлар. (агарда бемор олдин бу текширувлардан ўтмаган бўлса)

Диагностик тестлар	**Натижалар эхтимоли**	**Изоҳ**
Умумий клиник қон таҳлили	Камқонлик	СЮЕ сабаби юрак отишининг юқорилиги бўлиши мумкин.
		Клиник белгилари ўхшайдиган касалликлар. (ҳансираш, тахикардия ва б.қ..)
Умумий клиник пешоб таҳлили	Протеинурия	СЮЕ худди буйрак шикастланишига ўхшайди.
		Буйрак касалликларининг шиш синдроми билан кечиши, нефротик синдром, ўткир ва сурункали гломерулонефрит ва б.қ.

Қоннинг биохимик тахлили	электролитлар дисбаланс (Na+, К+, Са2+, Mg2+ и др)	Муолажа буюрганда хисобга олиш зарур.
	Гипергликемия	Қандли диабет бўлиши мумкин
	Мочевина ва креатинин микдорининг ошиши	Буйрак касалликларида СБЕ
	Гиперлипидемия (умумий ХС, ХС ЛНП, ХС ЛВП, ТГ, коэффициент атерогенност)	Коронар артериялар атеросклерози, ЮИК сабаби СЮЕ бўлиши мумкин
	Гиперферментемия (АсАТ, АлАТ, ГГТП), узгариш, жигарнинг колдикли синамаси ва б.к.	СЮЕ да жигардаги узгаришлар
	ЛДГ, КФК, МВ КФК	
	Микдорининг узгариши ТТГ, Т4, Т3	Гипертиреоз ёки гипотиреоз
ЭКГ (тинч холатда)	ЭКГ-да миокард инфаркти белгилари (патологик Q тишча)	СЮЕ инфарктдан кейинги ва кардиосклероз натижаси хамда юрак насос фукциясининг камайиши.
	Синусли тахикардия	САС фаоллиги ошиши миокард қисқаришининг пасайиши фонида
	Тахиаритмия, брадиаритмия	СЮЕ бор беморлар умумий аҳволи ёмонлашишига сабаб булиши мумкин.
	Чап қоринча гипертрофияси	СЮЕ АГ, ЮИК, аортал пороклар натижаси бўлиши мумкин.
		Чап қоринча диастолик дисфункцияси бўлиши эхтимоли.
	Ўнг қоринча гипертрофияси	СЮЕ сабабларидан —ўпканинг обструктив касаллиги (ўпкали юрак)
		Упкали АГбелгилари бўлиши эҳтимоли.
Функционал зўриқишли синама (қарши кўрсатма бўлмаганда)	Мусбат синама	ЮИК СЮЕ сабаби бўлиши мумкин
	Жисмоний зўриқишга толерантликни пасайиши, зўриқиш вақтида гемодинамик кўрсаткичларнинг ўзгариши.	СЮЕ эрта босқичларида ташхислаш.
		ФК ХСНни объективлаш NYHA буйича
Кўкрак қафаси аъзолари	Упкада веноз тургунлиги белгилари ва упка артериоляр	Кичик кон айланиш доирасида гемодинамиканинг бузилиши

рентгенографияси	АГ	
	Гидроторакс	
	Кардиомегалия	
	Кенгайиш ва аорта кальцинози	
	Инфильтративва фиброзланувч и ўпка касалликлари.	Таққосий ташхис ҳансираш билан кечадиган СЮК ва ўпка касалликларида изолирланган ўнг қоринчали СЮЕ сабаби бўлиши мумкин. (сурункали ўпкали юрак)
	Иккиламчи обструктив упка эмфиземаси	
Эхокардиография ва кон айланишнинг доппл ертекшируви билан	Чап қоринча систолик дисфункция белгилари (ўзгаришлар КДО, КСО, УО, МО, УИ, СИ, ФВ, қон айланиш тезлиги кўрсаткичлари)	Систолик СЮЕ ташхислаш
	Чап қоринча диастолик дисфункция белгилари (ўзгариш пик Е ёки А, муносабат Е/А, вақт ИВРТ, ДТ)	Диастолик СЮЕ ташхислаш
	Чап коринча қисқаришининг локал бузилиши (асинергия)	ЮИК СЮЕ сабаби бўлиши мумкин ЮИК ЮИК СЮЕ сабаби бўлиши мумкин
	Перикард бушлигида суюклик	Экссудатив перикардит СЮЕ сабаби булиши мумкин
	Каттиклашиш, перикард варагларининг ёпишишива б.к.	Констриктив перикардит СЮЕ сабаби булиши мумкин
	ММЛЖ катталашиши	АГ СЮЕ сабаби булиши мумкин
	Чап коринча асимметрик гипертрофияси белгилари	ГКМП диастолик СЮЕ сабаби булиши мумкин
	Гипертрофиясиз чап коринча дилатацияси белгилари	ДКМП СЮЕ сабаби булиши мумкин
	Копкокчалар зарарланиши	Юрак нуксонлари СЮЕ сабаби булиши мумкин

СЮЕ бор беморларни текширишда шарт ҳисобланган асбобий диагностик тестларга: ЭКГ, Кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси, эхокардиографик текширув (бир ўлчамли, икки ўлчамли ва допплер тартибли) ва суткали мониторлаш ЭКГ Холтер бўйича.

Юрак шишларини даволаш.

Асосий касалликни даволаш; алоҳида синдромларни патогенетик давоси; аритмия, атриовентрикуляр блокада, сурункали юрак етишмовчилиги (кардиосклерозда, миокарднинг юрак гликозидларига толерантлигининг пасайиши).

Даво. Режим ва пархез: 1 боскичда — мехнат ва дам олиш тартибига риоя килиш, нисбий жисмоний машклар (спорт эмас!). Огиррок боскичларда жисмоний харакатлар чегараланган,даврий ёки доимий ёток,ярим ёток тартиби тавсия килиниши лозим. Пархез — тулик таркибли, енгил хазм буладиган, оксилга бой, витаминлар, калий. № 10 Пархез талабга жавоб бермайди № 5 Пархез, имконият борича — мевалар билан бойитилган, творог сметана билан бирга. Суюклик тупланишига мойиллик булганда ва АГ да ош тузини чегаралаш тавсия килинади. Массив шишларда киска муддатли туз катъий чегараланган пархез тавсия килинади. № 10 пархез давомийлиги 1-2 хафтадан купрок булиб салуретик даво билан бирга кулланилганда хавфли тузли озишга олиб келади. Енгиллаштирувчи кунлар Янада яхши самара беради, кун давомида бир хил,енгил хазм буладиган,таркибида натрий хлори кам булган овкатлар истеъмол килиш. (гуручли, олма-гуручли ва б.к.).

СЮЕ турли формалари ва турли келиб чикишида дори препаратлари билан даволаш турлича булади. Даво доимо жисмоний фаоллик чегараланган холда олиб борилиши лозим. СЮЕ адекват медикаментоз даво доимий булиши — асосланмаган холда дориларни тухтатиш касаллик декомпенсациясига олиб келади.

Юрак гликозидлари ЮЕ тургун етишмовчилигида ва мерцател аритмияда тавсия килинади. Обструктив гипертрофик кардиомиопатияларда огир гипо- и гиперкалиемияда, гиперкальциемияда, атриовентрикуляр блокада, синдром WPW, синус тугуни кучсизлиги синдромида, коринчалар экстрасистоласида (тез-тез, жуфт, политоп) ва аллоритмия, шунингдек коринчалар пароксизмал тахикардиясида юрак гликозидлари карши курсатма хисобланади. Юрак гликозидлари элиминацияси пасайганда (буйрак етишмовчилиги, карилик) кувватловчи доза 2-3 марта камайтирилиб имконият борича кон зардобидаги гликозид микдори ёки креатинин боглик. Юрак гликозидлари тургун юрак етишмовчилигида доимий тавсия килинади. Бошида (2—3 сут) керакли дозада, кейин доза 1,5—2 марта камайтирилади. Кейинчалик дозани тайинлаш беморнинг индивидуал хусусиятларини хисобга олиб тинч холатда пульси 1 минутига 52—68 марта булганда ва минимал зурикишда 1 мин да 90—100 тадан ошмаганда кулланилади. Харакатлар купайган холларда доза купайтирилади, гликозидли интоксикация белгилари пайдо булганда доза ошириб юборилганда (брадикардия ёки унинг хавфи булганда) — пульснинг тез камайиб кетиши 1 минутда 60 ва ундан кам, кунгил айниши, кусиш, коринчалар экстрасистоласи — политоп, жуфт ёки 1 мин да 5—6 тезликда, атриовентрикуляр блокада ва б.к..) юрак гликозидлари билан даволаш зудлик билан тухтатилиши лозим. Дигоксин кунига 2 марта таблеткада 0,00025 г ёки парентерал 0,5—1,5 млдан 0,025% эритма ,сунг кунига 0,25—0,75 мг дан(кувватловчи доза) дигоксина урнига камрок самара берувчи целанид ёки изоланид таблеткада 0,00025 г ёки томчида 10—25 томчидан 0,05% эритмадан ва лантозид 15—20 томчидан кунига 2—3 марта.

Дигоксин 1 та таблеткаси целаниднинг 1,5—2 таблеткасига тугри келади ёки 16—20 томчи целанид ва и лантозид. Янада фаоллрок хисобланадиган юрак гликозиди дигитоксинни куллашда жуда эхтиёт булиш керак (таблеткада 0,1 мг) (юрак урушини тухтатиб куйиш хавфи, токсик таъсири хатто препарат тухтатилгандан кейин хам давом этиши(2—4хафта). Препарат тайинлаш ва дозасини белгилаш имконият даражасида стационарда килиниши лозим. Киска вактга таъсир киладиган парентерал юбориладиган препаратлар (строфантин, коргликон) огир беморларга биринчи кунларда буюрилиб кейинрок таблетка шаклида давом эттирилади. Строфантин 0,05% эритмаси 0,25—1 мл ёки 0,06% корглюкон эритмаси 0,5—1 мл дан натрия хлорид эритмаси ёки 5-10% глюкоза эритмаси билан бирга томчи усулида венага юборилади.

Диуретиклар нафакат шишда балки, жигар катталашишида, упкада яккол тургун узгаришлар кузатилганда, яширин суюклик тупланганда, синама сифатида ишлатилганда хансирашнинг камайтиради. Диуретиклар минимал дозада, коидага кура юрак гликозидлари фонида буюрилади. Массив диуретиклар билан даволаш катъий ёток тартиби булганда буюрилади. Даво схемаси индивидуал тайинланади ва даволаш давомида узгартирилиб борилади. Янада самарали даво узилувчан даво хисобланиб, препарат хафтасига 2—3 марта ва кам ёки киска (2—4 кун) курсида тайинланишидир. Куп холларда диуретикларсиз кунларда диуретиклар куллаш янада янада самарали хисобланади. Самарали деб суткали диурезнинг купайиши, шишларни камайиши ёки хансирашнинг камайиши ва кисман жигарнинг кичрайиши хисобга олинади. Яккол куринадиган бушликдаги шишларда (гидроторакс, гидроперикард, массив асцитда) суюкликни механик усулда эвакуация килиш (пункция)максадга мувофик. Диуретиклар билан даволашнинг асосий асоратларидан бири гипокалиемия, гипонатриемия, гипокальциемия (петлевые диуретики), гипохлоремик алкалоз, дегидратация ва гиповолемия хисобланиб, баъзан прогрессирловчи флеботромбоз шаклланиши хам мумкин. Айрим холларда (аник дори препарати билан узок вакт даволанганда айникса тиазид хосилалари, этакрин кислотаси) гипергликемия, гиперурикемия ва бошка ножуя таъсирлар юзага келади. Дихлотиазид (гипотаазид) таблетка 0,025 г дан ёки триампур таркибида (таблетки, 12,5 мг дихлотиазид ва 25 мг калий сакловчи диуретик триамтерен). Бу препаратлар 1 таблеткадан хафтасига 1—2 марта биринчи 5 кун кунига 1-2 марта 2—5 кун, сунг 1—2 таблеткадан 1—3 марта хафтасига буюрилади.Кучли халкали диуретик фуросемид (лазикс) таблеткада 0,04 г ёки парентерал (2 мл 1 % лаэикс эритмаси) 4-6 соат давом этадиган форсирланган диурез чакиради. Куп микдорда кабул килиш (хафтасига 5—8 таблеток куп кабул килиш) диуретиклар самарасини камайтиради ва гипокалиемияга олиб келади. Узок муддатли кувватловчи даволашда фуросемид дозасини чегаралаш 1/2 таблеткадан(0,02 г) хафтасига 2—3тагача — алохида ёки триампур билан бирга ишлатиш максадга мувофик. Фуросемиднинг тез таъсир килиши ва буйракдан ташкари самарасини хисобга олиб уни вена ичига 0,04— 0,08 г юборилиши шошилинч холатларда (юрак астма, упка шиши) ва кичик кон айланиши зурикишида куллаш мумкин. Клопамид (бринальдикс) таблеткада 0,02 г дан диуретик самараси фуросемиддан кам, лекин кабул килиниши яхши. (форсирланмаган диурез—бир суткагача). Тавсия килинади 10—20 мг дан кунига 1—2 марта 10—15 кун. Гипотензив таъсири бошка

диуритикларга нисбатан яккол куринади. Этакрин кислотаси (урегит) таблеткада 0,05 г дан кулланиши алохида ёки калий сакловчи диуретиклар билан бирга 1 таблеткадан хафтасига 1-2 марта (2-3 гача) эрталаб овкатдан сунг киска курсларда 2-4 кун давомида 2-3 кунлик дам олиш билан. Диакарб (фонурит) таблеткада 0,25 г дан кун ора ёки киска 2-3 кунга; факат упка-юрак етишмовчилиги, гиперкапния булганда кулланилади.

Периферик вазодилататорлар огир холларда юрак гликозидлари ва диуретиклар самарасиз булганда ёки улар билан биргаликда ишлатилади, кучли стенозда (митрал, аортал), шунингдек систолик АД 100 мм рт. ст. ва ундан паст булганда кулланилмайди. Асосан веноз дилататорлар -•- нитропрепаратлар (нитросорбид 0,01 г дан ва б.к.) катта дозада коринчалар тулиш босимини камайтиради ва тургун кон айланиши етишмовчилигида жуда самарали. Асосан артериоляр дилататор апрессин (гидралазин) 0,025 г дан таблеткада кунига 2—3 таблеткадан 3—4 марта ва кальция антагонисти фенигидин (нифедипин, коринфар) таблеткада 0,01 г дан гипертензион юрак етишмовчилигида кулланилади шунингдек аортал ва митрал юрак етишмовчилигида яхши самара беради. Кучли, универсал вазодилататор венулоартериоляр таъсирга эга: празосин 2 - 10 мг/сут гача буюрилади.(биринчи доза 0,5—1 мг, даво кичик курсларда), каптоприл 0,075—0,15 г суткали дозаси венуло- ва артериоло-дилататорларни биргаликда куллаш юрак етишмовчилигининг огир, чап коринча дилятацияси, юрак гликозидларига рефрактер шунингдек гипертензион юрак етишмовчилигида тавсия килинади. Комбинирланган вазодилататорлар билан даволашда чап коринча хажмининг кичрайиши ва гликозидлар вхамда диуретикларга сезувчанликнинг тикланиши каби яхши самара беради.

Сурункали қон айланиши бузилиши бўлган беморларда ҳозирги вақтда ангиотензина II ҳосил бўлишини камайтирувчи, артерия ва веналар дилатациясини чақирувчи АПФ ингибиторлар кенг микёсда қўлланилади. Тизимли вазодилятацияга жавоб сифатида тахикардия кузатилмайди. Зўриқишни камайтириш (чап қоринча диастолик ҳажмини камайтириш) ва зўриқишдан кейинги (умумий периферик қаршилик) юракнинг систолик ва диастолик функциясининг камайишига олиб келади.

Деярли барча АПФ ингибиторлари (фозиноприлдан ташқари) организмдан буйраклар орқали чиқарилади, шунинг учун СБЕ бўлган беморларда препаратларнинг оптимал дозасини 2-3 мартага камайтириш, плазмадаги креатинин ва протеинурияни назорат қилиш лозим. Сурункали қон айланиш етишмовчилиги бор беморларда: капотен (каптоприл) 75 мг суткасига 3 марта қабул қилиш мумкин (25 мг дан), эналаприл 10 -20 мг суткасига 2 га бўлиб, лизиноприл 10 -20 мг суткасига 1 марта, рамиприл 5 мг сутки 1 марта, периндоприл 4мг марта суткасига, цилазаприл 2,5 -5,0 мг 1 марта/сут, беназеприл 10 -20 мг суткасига 1-2 қабул қилинади.

Ҳозирги кунда сурункали қон айланиш етишмовчилиги II-III функционал синфда бўлган беморлар ҳаёт сифатини яхшилашда АПФ ингибиторлари энг самарали гуруҳ ҳисобланади ва клиник амалиётда диуретиклар ҳамда юрак гликозидлари билан бирга кенг миқёсда ишлатилади.

Охирги йилларда сурункали кон айланиши етишмовчилигида агиотензина II рецепторлари блокаторлари ишлатила бошланди. Турли тукималарда (надпочечник, юрак, буйрак, мия, бачадон) 2 асосий подтипи II — ATI и ATII 2 та асосий турдаги

ангиотензин рецепторлари аникланди. Ангиотензин II рецепторлари антагонистлари АПФ ингибиторлари самарасиз булганда ёки кабул килолмасликда кулланилади. Сурункали кон айланиши бузилишини даволашда АТІ антагонисти— лосартан (25-50 мг 1марта суткасига) кулланилади.

Сурункали қон айланиши етишмовчилиги патогенезида симпатоадренал тизим фаоллиги муҳим ўрин тутади. Охирги йилларда сурункали қон айланиши етишмовчилигида бетта-адренорецептор блокаторларини қўллаш муҳокама қилинмокда.

Бетта-адренорецептор блокаторларини қўллаш масаласи охиригача кўриб чиқилмаганлиги сабабли уларни қўллашда эҳтиёт чоралари кўриш зарур чунки улар миокарднинг қисқариш функциясини ёмонлаштиради.

Калий препаратлари асосан юрак гликозидлари, диуретиклар ва стероид гормонлар билан даволанганда қўлланилади. Уларни қоринчалар экстрасистоласида, гипокалиемияда, юрак гликозидларига рефрактор бўлган тахикардияда, оғир беморлардаги метеоризмда қўллаш мақсадга мувофиқ. Чунки ҳар доим ҳам зарурий парҳез кунлик эҳтиёжни қондирмайди (олхўри, туршак, ўрик, шафтоли, ва б.қ..). Капийнормин ёки калий 1 таблеткадан кунига 2—3 марта овқат вақтида; калий ацетат (2 ош қошиқдан кунига 3 марта) яхши қабул қилинади, лекин калий кам бўлган панангин ва аспаркам (кунига 6 таблетка). Калий хлор одатда ёмон қабул қилинади; ичишга буюрилади факат 10% эритма 1 ош кошикдан кунига 2—4 марта овкатдан сунг сут, кисел, мева шарбатлари билан. Калия препаратларини қоринда оғриқ бўлганда зудлик билан тўхтатиш зарур. (яра хавфи ва ошкозон девори, ингичка ичак тешилиши). Калий сакловчи альдостерон антагонисти спиронолактон (верошпирон, альдактон) таблеткада 0,025 г дан кунига 3-4 таблетка енгил холатларда ва кунига 10—12 таблеткагача огир холларда; препарат мустакил диуретик таъсир курсатади таъсир одатда 2-5 кун сезилади, нисбий ацидоз чакиради. Узок муддатли даволашда кайтар гинекомастия булиши мумкин.

Дистрофик босқичда в/и альбумин, эссенциале, анаболик стероидлар—ретаболил (1 мл 5% эритма марта 10—20 кун) ёки феноболин (1 мл 2,5% эритма 1 марта 7—15 кун) мушак орасига юборилади. Бу препаратларга карши курсатма простата бези аденомаси, фиброз мастопатия, неоплазма. Плеврал бушликдаги ёки перикард бушлигидаги суюкликни олиб ташлаш шошилинч чора хисобланади.

Инфузион терапия сув-туз баланси бузилиши ва айланиб юрувчи қон ҳажмининг мураккаб тарқатилиши сабабли сурункали юрак етишмовчилиги бор беморларга кам ҳолларда қўлланилади Жуда кичик миқдордаги инфузион терапия ҳам ўта эҳтиёткорлик талаб қилади, чунки диурез ва айланиб юрувчи қон ҳажмининг камлиги билан мос бўлиши лозим. Хавфли гиперволемия, юракни циркулятор зўриқиши, ташқи – ва томир ичи гипергидратацияси, ҳужайра ичи гипергидратацияси (глюкоза киритиш хавфли) ва гипогидратация (гиперосмоляр эритмалар, натрия хлорида, диуретик киритиш хавфли), шунингдек ҳужайра ичи ва ташқи калий миқдорининг дисбаланси ва бошқа электролитларни юбориш эҳтиёткорлик талаб қилади. Бу бузилишлар натижасида бош мия шиши, ўпка шиши ҳамда бошқа ҳаёт учун хавфли асоратлар шунингдек тўсатдан ўлим кузатилиши мумкин. Инфузион терапия қатъий кўрсатма асосида таққосий

имконият даражасида бевосита форсирланган диурездан сўнг, тиббиёт ходими назорати остида ўтказилиши керак.

Эмоционал зўриқишларни камайтириш мақсадида транквилизаторлар буюрилади — сибазон (диазепам) 0,005 г дан ёки нозепам (тазепам) 0,01 г. Уйкусизликда нитразепам (радедорм) 0,005—0,01 г кечга.

Метаболик терапия максади —миокарддаги алмашинув жараёнларини яхшилаш унда энерия хосил килишга каратилган. Куйидаги препаратлар тавсия килинади:

поливитамин комплекслар (дуовит, олиговит, ундевит, декамевит)

анаболик стероидлар: ретаболил, пиридоксаль фосфат, липоевая кислота, кокарбоксилаза, рибоксин, фосфаден, цитохром С (цито-мак), неотон.

Витамин Е капсулада 0,2 млдан кунтга 2-3 марта 1 ой давомида ёки в/м по 1,0 мл -10% ёгли эритма 20 кун давомида.

Сурункали қон тайланиш бузилиши II даражасида уйда енгил bikfhyb килиш мумкин СКАБ III даражасида мехнат килиш кобилияти йўқолган Меҳнатга лаёкатлилиги масаласи индивидуал ҳал килинади

***Профилактика*:** асосий касалликни кучайтирувчи хавф омилларини бартараф этиш лозим. Диспансеризация асосий касалликни даволаш ва тизимли назорат килиш.

Даволаш тамойиллари.

тиреотоксикоза сабабини аниклаш; Радиоактив йод; Антитиреоид препаратлар (карбимазол, пропилтиоурацил); Бошка препаратлар: β-адреноблокаторлар, литий карбонат, калия йодид; Хирургик даво.

Лаборатор-инструментал текширув

Тиреотоксикоз: Т1, Т3, Т4, ТТГ

Анемия: ОАК, Hb, СОЭ.

Қон айланиш етишмовчилиги, қамконлик тиреотоксикоз қиёсий ташхиси

Касаллик тури	Юрак уриб кетиш ривожланиш механизми	Этиологияси	Клиник кечиши
Қон айланиш етишмовчилигида	Патологик ҳолат бўлиб бунда миокард организмни кислородга бўлган эҳтиёжини қондира олмайди, олдин жисмоний зўриқишда сўнг тинч ҳолатда ҳам.	Катта ва кичик қон айланиш гипертензиясида юрак мушаклари зўриқиши ҳисобига миокардиал етишмовчилик ривожланади.	Тахикардия, юрак чегараларининг катталашиши, юрак тонларининг сустлашиши, ҳансираш, йўтал, қон тупуриш, цианоз, ўпканинг пастки қисмларида майда

			пуфакчали ҳўл хириллашлар, шиш, жигар катталашиши ва оғриқлилиги, бўйин веналарининг бўртиши ва пульсацияси.
Тиреотоксикоз	Қалконсимон безнинг Гипертрофия ва гиперфункцияси. симпатоадренал тизим оқсил углевод ёғ минераллар алмашинуви бузилиши	Ирсий, стресс, инфекция, эндокрин касалликлар, эндемик зона.	Таъсирчанлик, қўзғалувчанлик, уйқу бузилиши, озиш, терлаш, бармоқлар тремори ёки бутун тана, тез тез ич кетиш йиғлоқилик, қизиб кетиш, мушаклар ҳолсизлиги, қалқонсимон без катталашиши, юрак уриб кетиши (90-120-140), кўзларнинг чақчайиши,
Анемия	Тўқима ва аъзоларга кислороднинг шунингдек витамин минералларнинг етишмаслиги	Темир етишмаслиги, витамин В12, В6, менструацияда қон йўқотиш, аёлларда лактация даврида.	Лаб четларининг бичилиши, соч тўкилиши, озиш. Тирноқлар эгриланиши, ҳолсизлик, апатия, оқимтирлик.

УАВ тактикаси

СКАБ 1 босқичида поликлиника шароитида даволаш мумкин, 2 ва 3 даражасида шифохонада касалликнинг ремиссия даврида СКАБ доимий поликлиника шароитида назоратда бўлади

Камқонликнинг 1 даражасида касалликнинг хуруждан ташқари вақтида EFI амбулатор шароитида даволашга хаки бор Камқонлиги бор барча беморлар диспансер ҳисобга олиниши, доимий даволаш ўтказилиши, меҳнатга лаёқатлилиги аниқланади.

Тиреотоксикоз –амбулатор даво.

1 категория: ташхис қўйиш ва даво

2 категория: ташхис қўиш ва стац. даво

3 категория: поликлиника ёки стационарда текшириш ўтказилади

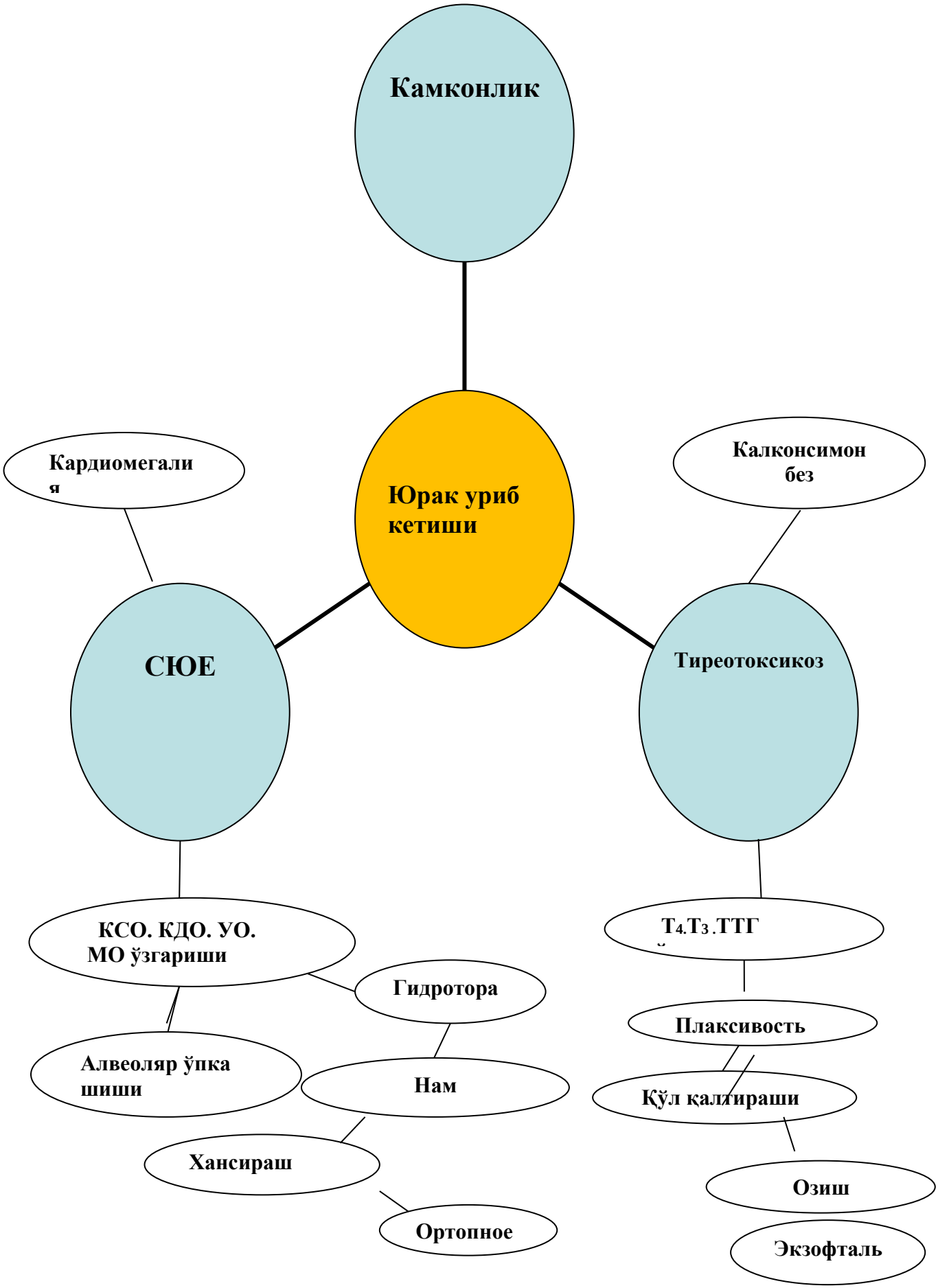
4 категория: профилактика ва диспансеризация

Вазиятли масалалар:

1. Н. 75 ёшли бемор шифокорга энса кисмида бош оғриғи бош айланиши, юрганда ҳансирашдан юрак уриб кетиши, хотира пасайишидан шикоят қилиб келди. Қон босимининг кўтарилиши 10 йилдан буён кузатилади. Объектив: умумий ҳолати ўрта оғирликда, териси қуруқ, ажинли, юқори қовоқда ксантелазмалар бор. Ўпкада қаттиқ нафас, иккала томон ўпка пастки қисмида нам майда пуфакчали хриллашлар эшитилади. Юрак чегаралари чапга силжиган 2 см., аускультатив юрак тонлари буғиқ, систолик шовқин ва аорта устида 2 тон акценти. Пульс 100 уд/мин. АД 180/80 мм рт.ст. Жигар 2 см.,катталашган четлари юмалоқлашган.
ЭКГ: чап қоринча гипертрофияси.
1.Диагноз;
2.Лаборатор-инструментал дианностика;
3. Шундай белгилар билан кечадиган камида 5 та касалликни сананг;
4. Даво тамойиллари.

2. 33 ёшли бемор бош огригидан шикоят килади. 4 йилдан буён артериал гипертония билан огрийди 220/120 мм рт.ст. Объектив: юзи шишинкираган, оёкларда шиш йук. Упкада везикуляр нафас. Юрак чегараси чапга 1,5 см., аускультатив тонлари ритмик. АД 220/120. Пульс 90 уд.в мин. Жигари катталашмаган.
УПТ: солиштирма огирлик 1012, оксил – 1,66‰ , лейкоцитлар 2-3 /курув майдонида , эритроцитлар epufhufy 5-7/п зр, цилиндрлар донадор 3-4/п зр.
Проба Зимницкий синамаси: солиштирма огирлик 1010 – 1012.
1. Юкоридаги симптом ва шикоятлар билан кечадиган камида 4 та касалликни сананг;
2. Тахминий ташхис;
3. Ташхисни тулик тасдиклаш учун кайси текширув усули ёрдам беради.
4. Тактика ВОП, даволаш тамойиллари ва кайси гурух дорилар ушбу бемор учун максадга мувофик.

3. 72 ёшли эркак юрак, мия, томирлари зарарланиши ва атеросклерози билан огриган.УАШ га 2 чи каватга кутарилганда хансираш пайдо булаётганлигидан шикоят килиб келди. Объектив: ЮКС 100 марта минутига. АД 160/70 мм рт. ст. Юрак тонлари бугикрок, мерцал аритмия, аортада II тон акценти. Пульс 92 марта1 минда. Пульс дефицитлиги 8. Упкада тургун нам хриплар. Жигар катталашмаган.
ЭКГ - сурункали коронар етишмовчилик орка деворда,мерцал аритмия.
1. Асосий касаллик ва унинг асоратларини курсатган холда тахминий ташхис куйинг;
2. АГ кутарилиши нима билан боглик ва унинг хусусияти;
3. Ушбу беморни даволашда EFI тактикаси кандай булиши лозим. (ушбу беморни даволаш учун самараси исботланган дорилардан аник гурухни курсатинг);


Камконлик
Юрак уриб кетиши
Кардиомегалия
СЮЕ
Калконсимон без
Тиреотоксикоз
КСО. КДО. УО. МО ўзгариши
Гидротора
Алвеоляр ўпка шиши
Нам
Хансираш
Ортопное
Т4.Т3.ТТГ
Плаксивость
Қўл қалтираши
Озиш
Экзофталь

Назорат саволлари

1. Кон айланиши етишмовчилиги, анемия ва тиреотоксикозни дифференциал диагностикасини
2. Кон айланиши етишмовчилигиги клиник диагностикаси
3. Анемии, тиреотоксикозниклиник диагностикаси
4. Этиологиясига караб анемияни дифференциал даволаш.
5. Кон айланиши етишмовчилиги, анемия ва териотоксикозни амбулатор даволаш.

12- мавзу. Бош оғриғи. Бош оғриғи билан кечувчи хавфли касалликларни таққослама ташҳислаш. Гипертония касаллиги ва гемадинамик, церебрал артериал гипертензияларни (бош мия травмалари, вертебробазиляр синдром, арахноидит, энцефалит, мия ўсмаси) ва склеротик артериал гипертензияни таққослама ташҳислаш.УАШ тактикаси.

Машғулот вақти 6 соат	Талабалар сони : 10-12 тагача
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Ўқув машғулотининг тузилиши	1. Оилавий поликлиника. 2. Ўқув тематик хона. 3. ЭКГ хонаси 4. УАШ хонаси. 5. Ўқув қўлланмалар, фантомлар, муляжлар, тарқатма материаллар, вазиятли масалалр ва тестлар тўплами 6. Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа
Ўқув машғулот мақсади: УАШ ни Гипертоник касаллик ва склеротик артериал гипертензияни замонавий ташхислаш ва таққосий ташхислашга ўргатиш.	
Педагогик вазифалар: 1. Артериал гипертониянинг хар хил вариантлар саволларини кўриб чиқиш 2. Гипертоник касалликгини ташхислаш саволларини кўриб чиқишни 3. Марказий АГ ташхислаш саволларини кўриб чиқишни 4. АГ габуюрилган амбулатор давони ва умумий амалиёт врачи тактикасини тахлил қилиш 5. Гипертоник касаллик ва склеротик артериал гипертензияси бор беморларни кўрсатиш.	**Ўқув фаолияти натижаси:** **<u>Талаба билиши керак:</u>** 1.Артериал гипертония пайдо бўлиш механизми. 2.Гипертензион синдром клиник белгилари. 3.Гипертоник касаллик ва бош мия жарохати АГси таққосий ташхислаш. 4.Гипертоник касаллик ва арохноидит АГ си бор беморларни шифохонага кўрсатма. 5.Гипертоник касаллик мия усмаси АГ даволашда дори воситалари. 6.Гипертоник касаллик ва бош мия жарохати АГ бор беморларга амбулатор даво. 7.Гипертоник касаллик ва арохноидит АГ си бор

	беморларни диспансеризацияси. 8.Гипертоник касаллик ва мия усмаси АГ профилактикаси. 9.Гипертоник касаллик ва марказий АГ си бор беморларни ишга лаёқатлигини аниқлаш. **Талаба бажара олиши керак:** 1. Гипертоник касаллик ва марказий АГ си бор беморлар шикояти ва анамнезини тахлил қила олиши. 2. Хар хил вариантли артериал гипертензия шунингдек гипертоник касаллик ва марказий АГ ни ЭКГ ва клиник белгилари билан ташхислаш ва таққосий ташхислаш. 3. Артериал гипертензия билан кечувчи, шунингдек гипертоник касаллик ва марказий АГ касаллигида медикаментоз давони тўғри танлаш. **4.** Гипертоник касаллик ва марказий АГ да тўғри тактикани танлаш.
Ўқитиш усуллари	“ Стол ўртасида ручка ”, демонстрация, дискуссия, суҳбат, вазиятли масалалар ва тестларни ечиш усуллари.
Ўқув фаолиятини ташкиллаштириш шакллари	Индивидуал ишлаш, кичик гуруҳларда, коллективли, аудиторли, аудиторлидан ташқари ишлаш.
Ўқитиш манбалари	Тарқатма ўқув материаллари, визуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, жадваллар, стендлар, ўқув қўлланмалар, ўқув материаллар, Беморлар ЭКГ си.
Қайта алоқа усуллари ва манбалари	Блиц-сўровлар, тестдан ўтказиш, ўқув топшириқларни бажарилган натижаларини презентацияси, тиббий харита тўлдирилиши, амалаий кўникмаларни «профессионал даражада» бажарилиши.

7.2.Амалий машғулотнинг технологик картаси.

Амалий дарс босқичлари	**Дарс шакли** **Ўтказилиш жойи**	**Дарс давомийлиги 200**
Кириш қисми (мавзуни асослаш)		5
Мавзуни янги педагогик интерфаол услуб-	Сўров, мухокама	20

ларни қўллаган ҳолда муҳокама қилиш (усул «копдаги мушук»), ҳамда демонстрацион материал-ларни тақдим қилиш (тиббий хариталар комплектлари, плакатлар, рентгенограммалар), бошланғич билим даражасини аниқлаш.	Дарс хонаси, УАШ хонаси	
Мухокама натижасини чиқазиш		10
Амалий қисмни амалга ошириш учун вазифа аниқлаш- мутахассис сўрови. Тиббий хариталарни тўлдириш бўйича қоида-лар ва маслаҳатларни тушунтириш.	Мухокама УАШ хонаси	20
Амалий қисмни ўқитувчи назорати остида ўзлаштириш.	Мутахас. Сўрови. Беморлар билан мулоқот ва тиббий хариталарни тўлдириш, муаммоли масалалар. Беморларни поликлиникада қабул қилиш, уйга чақирик вақтида беморларни кўриги.	10
Бемор ҳақидаги ахборотлар интерпретацияси: шикоятлар, кўрик, перкуссия, аускультация, ҳамда УҚТ, УСТ ва биокимёвий таҳлиллар ва ташҳисни шакллантириш.	Касаллик тарихи, лаборатор тахлиллар, муаммоли масалалар.	15
Талабаларнинг назарий ва амалий билим-ларини муҳокама қилиш, материални ўзлаштириш, ўзлаштириш кўрсаткичини баҳолаш.	Оғзаки сўров, тестлар, мухокама, амалий кўникма-ларни аниқлаш. Поликлиникадаги ўқув хонаси	15
Амалий дарс мавзуси бўйича хулоса қилиш, 100 балли тизимда баҳо қўйиш ва баҳони эълон қилиш. Кейинги дарсни уй вазифаси сифатида бериш(саволлар тўплами).	Ахборот, мустақил иш учун саволлар. Поликлиникадаги ўқув хонаси	25

Симптоматик артериал гипертензия (АГ – иккиламчи артериал гипертония) – иккиламчи АГ, қон босимини бошқариб турувчи аъзо ва тизимларнинг зарарланиши натижасида юзага келади.

Статистик маълумотлар. Ҳамма қон босим ошиш ҳолларининг 5 – 10 % ида учрайди (юқори технологиялар билан жиҳозланган махсус клиникаларда иккиламчи АГ 30 – 35 % беморларда аниқланади).

Гипертоник касаллик.

ГК аста-секин бошланиб, кўп холларда тўсатдан бирламчи АБ ўлчанганда ёки диагностик кўрикда аниқланади. Бундай АГ шакли асосида бирламчи томирларни регуляция қилувси марказ, кейинчалик бу нейрогумарал ва буйрак механизмининг деструктив (невроз)

ўзгариши кузатилади. Касаллик бошларида бу механизм функционал характерга эга бўлиб, АГ нинг кучайиб бориши натижасида уларга буйрак, юрак, марказий асаб тизими ва боўқа аъзоларнинг органик шикастланиши қўшилади.

Симптомлар, нишон аъзоларини шикастланишидан далолат беради:

- мия ва кўз: бош оғриғи, бош айланиши, кўришнинг бузилиши, транзитор ишимик атака, харакат ва сезувчанликнинг бузилиши;
- юрак: юрак уриб кетиши, кўкрак соҳасида оғриқ бўлиши, ҳансираш;
- буйраклар: чанқаш, полиурия, никтурия, гематурия;
- периферике артериялар: оёқ-қўлнинг музлаши, ўтиб кетувчи маймоқлиқ.

ГБ нинг II ва III босқичларида электрокардиограмма текширувида (ЭКГ), чап қоринча гипертрофияси (ЧҚ) кузатилади, яъни гипертензиянинг кардиал асоратларига хос ўзгаришлар характерланади. Касалликнинг II босқичида эхокрдиографик (ЭхоКГ) текширувда миокарднинг ЧҚ девори гипертрофияси натижасида, миокарднинг оғирлиги ошади. Рентгенологик текширувда ЧҚ гипертрофияси ва аорта атеросклероз белгилари кузатилади.

Гипертоник ангиоретинопатянинг 4 та босқичи ажратилади.

-бирламчи – артерия ва артериолаларни минимал сегментли ёки диффузли торайиши;

-иккиламчи – артерия ва артериолаларни ўта аниқ торайиши ва улар деворининг қалинлаши, қалинлашган артериолалар билан веналар босилиши (Салюс - Гун кесишув феномени); веналар қийшиқлиги ва кенгайиши;

-учламчи – артериолаларни нотекис торайиши ва яққол склерози, қизил рангли қон қуйилиш ўчоқлари ва бўшлиқлари; экссудатли тури “кўпчитилган пахта кўриниши”.

-тўртламчи – учламчи босқич белгилари, шунингдек икки томонлама кўрув нерви сўрғичлари шишиши; тўр парда шишиши ва унинг кўчиши; аниқ ўчоқли, сўрғич ва сариқ тана атрофида (юлдузли фигура); бир томонлама ёки икки томонлама кучайиб борувчи кўришнинг пасайиши ёки тўсатдан кўришнинг бузилиши.

Амалиётда ГБ нинг учта клиник вариантга ажратилган: кардиал, буйрак ва церебрал.

Кардиал вариант ИБС шаклли кучайиб борувчи кардиосклероз, зўриқиб борувчи коронал патологияли холат.

Буйракли вариантда эрта гиперфильтрация, даврий протеинурия, гематурия ва кейинчалик буйрак етишмовчилиги кузатилади.

Церебрал вариант типик церебрал кризлар билан, баъзан ишимик ва геморрагик инсультлар билан кечади.

Кўп холатлар бир вақтнинг ўзида юқоридаги белгилар биргаликда учраши мумкин.

Кардиал асоратлардан ГК бор беморларнинг 50%, бош мия қон томирлар бузилиши билан 30%, буйрак етишмовчилиги билан 5% ўлим билан тугайди.

ГК клиник кечишидаўзига хослиги – гипертоник кризлар пайдо бўлиши. САГ бор беморларда кам холларда учраб, фақат АБ юқорига кўтарилган фонида ривожланиши мумкин. ГК ги бор қари ёшдаги беморларда, криз холати учраши, АБ нинг ошиши даврида касалликнинг биринчи белгиларидан бири бўлиб ҳисобланади.

Қариялардаги артериал гипертензия кечиш хусусияти (склеротик АГ).

- ёши 60 ёшдан >;
- АГ аорта ва унинг асосий шохлари томир эластлигининг пасайишида атеросклероз ривожланиши;
- систолик босимнинг изоляцияланган ёки нопропорционал ошиши;
- касаллик нисбатан енгил кечади, яҳши сифатли кешишга эга;
- систолик АД > 160 мм см.ус., диастолик < 90 мм см.ус.;
- Аорта устида II тон акценти, қўпол металлик, систолик шовқин, кураклар оралиғида яхши эшитилади.

ДАВОЛАШ

АГ нинг рационал фармакотерапия муаммоси бўлиб, яъни антигипертензив дори воситаларининг кўплигига қарамай бу касаллик долзарблигича қолмоқда. Замонавий дори воситалари АГ си бор беморлар учун фақатгина самарали гипотензив таъсир кўрсатмасдан, асоратлар олдини олишда ва аъзолар шикастланишидан асрайди. АГ касаллигида АБ ни пасайтиришга қаратилган асосий мақсадлардан бири, касалликнинг асоратларини олдини олишдир. АБ бошланғич кўрсаткичга нисбатан 20-25% га пасайтириш мумкин. АБ оптимал холати кўрсаткичи деб систолик 140 мм см.ус, диастолик - 90 мм см.ус дан паст ҳисобланади. АБ пасайиш чегараси гипертоник, энцефалопатия, кўз туби, буйрак перфузияси ва бошқа ҳаёт учун муҳим аъзолардаги ўзгаришлар симптомларини кучсизлантиради ёки бутунлай йўқотади.

Даволашнинг умумий тамойиллари

1. Беморлар билан ишончли муносабат ўрнатиш.
2. Даводан мақсад – бемор умрини узайтириш ва ҳаёт тарзини ўзгартириш.
3. Давонинг вазифалари- АБ 140/90 мм см.ус. гача пасайтириш ёки ёшга нисбатан (120-130/80 мм см.ус.- ёшларда, <140/90 мм см.ус. –карияларда).
4. Юрак қон томир касалликларини келтириб чиқарадиган ҳавф омилларини инобатга олиш.
5. Беморга номедикаментоз даво усуллари ва авзалликлари тўғрисида тушунтириб бериш.
6. Артериал гипертониянинг енгил ва ўртача кечишида, ҳали нишон аъзоларини шикастлани кузатилмаганда, даволаш чора-тадбирлари амбулатор шароитда АБ ни мониторинг қилинади.

Номедикаментоз даво.

Агарда беморларда диастолик АБ 90-100 мм см. ус. Бўлса ва нишон аъзолари шикастланиши кузатилмаса, номедикаментоз давони самарадорлиги 3 ойдан кам бўлган вақт ичида баҳолаш мумкин эмас. Давони АБ ни кўтарадиган айрим дори воситаларини тўҳтатишдан бошланади (ностероид яллиғланишга қарши воситалар, кортикостероидлар, комбинирланган орал контрацептивлар, эстрогенлар). Номедикаментоз даво тана вазнини меъёрлаштириш, жисмоний спорт билан шуғилланиш, чекишни ташлаш, аутотренинг, туз миқдорини ва алкоголни чегаралашни ўз ичига олади. Семизлик АБ ни ошишига олиб

келиши аниқ. Инсон 1 кг озганда систолик АБ 2,5 мм см. ус. Ўртача пасаяди, диастолик-эса 1,5 мм см. ус камаяди. Тана вазни индекси қуйидагича ҳисобланади:
H/W^2, Н- тана вазни (кг), W- бўйи (м). Агарда бу кўрсаткич 20-25 кг/м^2 дан юқори бўлса, беморга озиш тавсия этилади.

Жисмоний активлик

АБ пасайтириш учун регуляр жисмоний машқлар бажариш лозим. Машқларни зўрайтиришни аста-секин олиб бориш керак. Қисқа вақтли изотоник зўриқишларга кўрсатмалар бор, масалан пиёда юриш. Изометрик зўриқишлар қарши кўрсатма хисобланади, чунки уларни бажаришда АБ кўтарилиши кузатилади.

Аутотренинг

Бемор асабийлашишдан сақланиши керак. Агарда буни қила олмаса, аутотренинг тавсия этилади.

Пархезли терапия

Овқатланишнинг асосий даволаш тамойилларига қуйидагилар киради:

1. Организмни энергия сарфланишига нисбатан рациондаги энергетик қувватни жиддий эътиборга олиш керак, чунки семизлиги бор беморларда – суткалик калория камайтирилади; пархезни антиатеросклеротик йўналиши ва уни эйкозопентаенли кислотага тўйинганлиги, тромбоцитлар агрегациясини камайтиради;
2. Суткалик эркин суюқлик миқдорини 1-1,5 л истеъмол қилиниш миқдорини камайтириш;
3. Марказий асаб тизими ва юрак қон томир тизимини қўзғатувчи озиқ-овқатлар (гўштли ва балиқли шўрвалар, аччиқ чой, кофе), қорин дам бўлишига ва ичак қулдирашига олиб келадиган озиқ-овқатлардан (дуккаклилар, нўҳат, газли ичимликлар ва б.) истеъмол қилмаслик керак;
4. Пархез таомлар липотроп моддага бой ва ҳужайрали қобиққа эга озиқ-овқатлар, шунингдек денгиз маҳсулотларидан истеъмол қилиш тавсия этилади (денгиз балиқлари, қисқичбақа, омарлар, креветкалар, денгиз карами);
5. Ош тузини истеъмол қилиш чегараланади. Нимтатир озиқ-овқатлар истеъмол қилиш тавсия этилади. Суткалик рационда ош тузи истеъмоли 6 гр дан ошмаслик керак. Натижасида гипохлоремия ҳолати юзага келмаслик учун суткалик ош тузига 2 гр дан кам бўлмаслиги керак. Ош тузи ўрнига овқатларни тузлаш учун санасол -1,5-3,0 гр/сут қўллаш мумкин, ўз тами билан ош тузига яқин, натрий хлор сақламайди.
6. Алколгол истеъмол қилишни чегаралаш. Алкогол вазопрессор таъсир кўрсатади. Кундалик тоза спиртга нисбатан 20 мл дан кўп истеъмол қилиниши АБ ошишига олиб келиб, АГ ни даволашга қийинчилик туғдиради. Шунинг учун алкоголни суткалик истеъмоли тоза спиртга нисбатан 10-20 мл/сут ошмаслиги керак. Бунда АБ ни 5-10 мм см. ус. Пасайишига олиб келади.
7. Сут ва қатиқ маҳсулотлари ва ўсимлик пархезлари, магний тузларига бой бўлиб, АБ пасайишига олиб келади.

8. Озиқ-овқатларнинг кальцийга тўйинганлиги фойдали бўлиб, иложи борижа ёғ ва кофеинлардан сақланиш керак. Қизил мия илдизи сақлайдиган озиқ-овқатлар истеъмол қилиниш тақиқланади.

Медикаментоз даво.

Замонавий тиббиётда ҳар хил таъсир механизмга эга бўлган гипотензив дори воситалари кенг қўлланилади. (Жадв. 5-16).

Медикаментоз давога кўрсатмалар:

- бирламчи топилган турғун АГ да диастолик АД> 95 мм см.ус.;
- нишон аъзолари шикастланганда;
- номедикаментоз давонинг смарасизлигида.

Гипотензив дориларни танлашда, уларнинг ножўя эффектларини ривожланишига олиб келадиган ҳавфни ва ортостатик гипотонияга ва АБ жудаям пасайиб кетишига олиб келмасликни инобатга олиш керак. Даво самардорлгини пасайтирадиган ҳавфларни йўқотиш керак.

Гипотензив дори воситаларни қўллашдаги замонавий тактика.

- АГ ни даволашдан мақсадни қуйидагича изоҳлаш мумкин: АБ юқори кўтарилганда касалликни ва ўлимни олдини олиш (дорили профилактика)
- Касалликни зўрайиб кетишини олидни олиш, асосан юрак гипертоник касаллиги (миокард гипертрофиясининг регрессияси);
- АБ ни бемор учун оптимал бўлган ҳолатда ушлаб туриш;
- Бемор ҳаёт тарзи сифатини яхшилаш.

Шифохонада даволанишга кўрсатмалар

α) Гипертоник кризларнинг ўртача оғирлик ва оғир кечишида;

β) Актив даволаниш даврида гипертоник кризнининг енгил кечиши кўп учрайди, криз сабабини аниқланмаса ва медикаментоз давони тўғри танланмаса;

χ) Амбулатор шароитда комплексли даволанишга қарамай АБ пасайиши кузатилмаса;

δ) Беморнинг ишга лаёқатлигини баҳолаш ва симптоматик гипертензияни инкор қилишда.

Умумий кўрсатмалар

- Даволаниш монотерапиядан бошланади.
- Даво самарадорлигини фақатгина 4 -6 ҳафтадан кейин билиш мумкин.
- Даводан самара бўлмаса: дори воситаси дозасини максимал даражагача кўтарилади, ёки қўшимча гипотензив дориларни бошқа гуруҳидан буюрилади, ёки ичаётган дори тўҳтатилиб, шу гурухдан янги дори буюрилади.
- Бир вақтнинг ўзида бир гуруҳдан битта дори буюриш мумкин.
- Ҳар хил гипотензив гурух дорилари ҳам даволаниш тартибига ва кўрсатмаларига риоя қилиши керак.

Давони бошлаш

Босқичма-босқич тамойилларига асосланиб олиб бориш.

Биринчи босқич: тиазидли диуретиклар ёки кардиоселектив а- адреноблокатор.

Иккинчи босқич: диуретиклар+ -а адреноблокатор.

Учинчи босқич: диуретиклар+ а- адреноблакатор+ АПФ ингибиторлари.

Баъзан бошқа гурух дори воситаларидан бошланади.

Давонинг самарасизлик сабаблари

1. Кичик дозада гипотензив воситаларини қабул қилиш, АБ оширадиган дорилар (антидепрессантлар, кортикостероидлар, НЯҚВ, симпатомиметиклар, тумовга қарши воситалар, алкалоидли спорынлари, комбинирли орал контрацептивлар, психотроп моддалар).
2. Шифокор тавсиясини бажармаслик.
3. Буйрак артерияси стенози
4. Чекиш, қизил мия илдизи, кофеин истеъмол қилиши.
5. Семизлик.
6. Алкогол истеъмол қилиш.
7. Ош тузини меъёрдан кўп истеъмол қилиш.
8. Симптоматик артериал гипертония (кўп ҳолларда – буйрак касалликлари).
9. Ҳажмий зўриқиш (масалан, диуретиклар дозасининг етишмовчилиги).
10. Аамфетаминлар, кокаин ва бошқа наркотиклар, анаболик стероидлар қабул қилиш.

Агарда даво самарасизлиги аниқланмаса, беморни мутаҳассис маслаҳатига юборилади. Кўрик вақтидаги артериал гипертонияни инкор қилиш учун, АБ ни шифохонадан олдин, амбулатор мониторинг ўтказиш йўли билан аниқлаш керак.

Карияларда артериал гипертензияни даволашнинг умумий тамойиллари

Умумий кўрсатмалар

- Изоляцияланган систолик артериал гипертензияни ҳам даволаш керак.
- Кўп ҳолатларда номедикаментоз даво самаралидир.
- Қарияларда ош тузини истеъмол қилишни чегаралаш ёшларга нисбатан, қарияларда юқори самарага эга.
- Медикаментоз дорилар ярим дозадан бериш билан бошланади.
- 70 ёшдан катта қарияларда, агарда жиддий ёндош касалликлар кузатилмаса, худди ёшларни даволаш усули бўйича даволанади.
- 80 ёшдан катта қарияларда асоратсиз АГда гипотензив даво мақсадга мувофиқ эмас (ҳаётнинг давомийлигига таъсир этмайди).
- АБ аста-секин пасайтириш керак.
- Қарияларда гипотензив дорилар кўплаб ножўя таъсирлар кузатилади.
- Шуни унутмаслик керакки, қариялар АБ га таъсир кўрсатадиган дориларни кўп қўллашади: НЯҚВ, антипаркинсоник воситалар, фенотиазин ҳосилалари.

Қарияларда артериал гипертензияни даволаш тамойиллари

М.С. Кушаковский (1995) маълумотларига кўра, қариялардаги АГ ни даволашда биринчи ўринда дигидропиридинли синфдан кальций антагонистлари (нифедипин 40мг/сут ва унинг аналоглари) қўлланилади. Улар юмшоқ диуретик таъсирга эга бўлиб, АГ нинг пастренинли шаклида ҳам, буйрак ва мия қон айланишида, артериялар деворлари эластлигига фаол таъсир кўрсатади. Кальций антагонистлар II авлоди ўта самарали ва узоқ таъсир этувчи хусусиятга эга *исрадипин* - 2,5-10мг/сут.

Иложи борича тиазидли диуретиклардан кичик дозада буюриш, яъни *гидрохлортиазид* – 12,5-25мг/сут. Гипокалиемия ҳолатида калий препаратлари эмас, калий сақловчи диуретиклар ёки комбинирланган дорилар, тиазидли ва калий сақловчи диуретиклар буюрилади. Қарияларда диуретиклар сийдик қопини дисфункциясини оғирлаштиради (масалан, сийдик туту олмаслик). Стенокардия ҳолатида диуретикларга қарши кўрсатма бўлганда, а-адреноблокаторларни кичик дозада буюрилади. Изоляцияланган систолик артериал гипертензияда АПФ ингибиторлари ва кальций антогонистлари самаралидир (асосан юрак етишмовчилигида). α_1-адреноблокаторларни ўта эҳтиёткорона қўллаш талаб қилинади, чунки бу дори воситалари ортостатик гипотензия бош мия ишимиясига олиб келади.

Ишга лаёқатлилик экспертизаси

ГК да вақтинчалик ишга лаёқатсизлик муддатини аниқлаш:

— I босқич, криз I типи – 3-5 сут.
— IIA босқич, криз I типи – 7-10 сут.
— IIA босқич, криз II типи – 18-24 сут.
— IIБ босқич, криз I типи – 10-20 сут.
— IIБ босқич, кризII типи – 20-30 сут.
— III босқич, криз II типи – 25-30 сут.
— III босқич, (қайталаниш) – тиббий-ижтимоий экспертизаси (ТИЭ).

ТИЭ АГ си бор беморларда тез-тез криз холатлари, нишон аъзолари шикастланганда ва уларнинг функционал етишмовчилигида юборилади.

Диспансеризация

Диспансер назорат гурухи – **“Д3”.** Терапевт назоратидан ўтиб туради: йилига 2-4 марта касаллик кечиши даражасига қараб ҳаёт давомида назорат қилинади.

Бошқа мутаҳассислар текшируви: кардиолог, офтальмолог, невропатолог – кузатув йилига 1 мартадан кам эмас, эндокринолог, уролог – кўрсатмага асосланиб.

Қуйидаги текширувлар ўтказилиши шарт:

1. йилига 2-4 марта: умумклиник пешоб ва қон тахлиллари, Зимницкий синамаси.

2. йилига 1 мартадан кам эмас: қоннинг биохимик тахлили (липидлар, электролитлар, креатинин, мочевина, глюкоза), ЭКГ, ЭхоКГ, невропатолог ва офтальмолог маслаҳати.

Асосий чора тадбирлар:

- Соғлом турмуш тарзи кўникмаларига ўргатиш.
- Ҳавф омилларини коррекциялаш.

- Пархез.
- Психотерапия.
- Физиотерапия ва ЛФК.
- Меҳнат қилиш тавсиялари.
- АГ си бор беморларни медикаментозли профилактика ва алгоритмга хос даволаш.

Касалликни турғун даволаниш даврида санатор-курорт давони кардиологик санаторияларда ўтказиш (ҳуружсиз даврда).

Профилактика

XXI асрда АГ касаллигини пайдо бўлмаслиги учун, муаммоларни олдини олишга кенг эътибор берилди., яъни юрак қон-томир касалликлар асоратларини олидини олишда **бирламчи профилактика** чора тадбирлари ўтказиш – ҳавф омилларини йўқотиш ва камайтириш (гиподинамияни йўқотиш, соғлом турмуш тарзи, салбий одатларларни йўқотиш, АГ касаллиги наслида бор беморларни динамик кузатиш). Аниқланишича, бирламчи профилактика бемор умрини10-20 йилга узайтириб, инсульт ва миокард инфаркти учрашини 8 мартагача камайтиради. Профилактика замоннинг бошқа касалликларини пайдо бўлишини олдини олиб ва умрни узайишини таъминлайди.

АГ касаллиги профилактикасини олиб боришда **иккиламчи профилактика** ҳам асосий рол ўйнайди – АГ нинг ҳуружларини, фатал ва нофатал асоратларини олдини олишга қаратилган бўлиб, поликлиника шароитида АГ касаллигини даволаш асосий мақсади бўлиб ҳисобланади.

Профилактик чора тадбирларни санитар –оқартув ишлар дориасида олиб борилганда, ўқув дастурлардан фойдаланилади (артериал гипертензия мактаби). Бу эса АГ бор аҳолини ўз соғлиғига, соғлом турмуш тарзи маслаҳатларига, профилактика ва даволаш чора тадбирларига риоя қилишни талаб қилади.

Вазиятли масалалар:

1. Бемор Н., 50 ёш, шикояти бошнинг тепа-энса соҳасидаги оғриққа, юрганда ҳансирашга, тинч ҳолатда нафас сиқилишига, юрак уриб кетишига, 10 йилдан бери АБ нинг ошиб туришига. Текширув вақтида нафас сиқилиши, кўпиксимон балғамли йўтал, кўкрак қисмининг сиқилиши ва АБ 245/135 мм см.ус кўтарилгани кузатилди. Умумий аҳволи ўғир, тери ранги рангпар ва нам. Ўпкада нафас кучсиз ва икки томонлама кўп нам ҳириллашлар бор. Юрак чегаралари 2 см чапга силжиган, аорта устида II тон акценти, юрак чўққисида систолик шовқин эшитилади. Юрак тонлари ритмик, бўғиқлашган, тахикардия 140 марта дақиқасига. Жигар қовурға ёйидан 1-2 см чиқиб турибди. Шишлар йўқ. ЭКГ ритм синусли, чап қоринча гипертрофияси белгилари кузатилади.

Клиник ташхис қўйинг. Текширув режаси ва даволашни белгиланг.

Саволлар	**Жавоблар**
Қандай касалликлар тўғрисида ўйлаш мумкин?	ГБ II др. бош мия ва юрак шикастланиши билан. Асорати: Гипертоник криз. Ўпка шиши.
Қўшимча текширув усуллари.	УҚТ, УСТ, холестерин, липидлар, мочевина, креатинин, қондаги қанд миқдори, коагулограмма, ЭхоКГ, кўкрак

	қафаси рентгеноскопияси.
УАШ тактикаси ва даволаш.	АПФ ингибитори, В адреноблокаторлар, аспирин, нитратлар в/и, диуретиклар, ганглиоблокаторлар, наркотик аналь-гетиклар.

2. Бемор Б. 40 ёш, қорин соҳасида кучли оғриққа шикоят қилади. Оғриқ қорин остида, сиқувчан характерга эга, ҳансираш, умумий холсизлик кузатилади. Но-шпа билан оҳриқ қолмади.

Анамнезидан: 4 йилдан бери ЮИК билан касалланган. Ўтказган касалликлари –ОЯК, сурункали холицестит.

Объектив текширилганда: Умумий аҳволи ўртача оғирликда, тери ранги рангпар, муздек, ёпишқоқ намли. Ўпкада везикуляр нафас, юрак тонлари бўғиқлашган, ритмик. Пульс 56 зарба дақиқасига, кичик тўлишида. АБ 90\60 мм.см.ус. Қорин юмшоқ, эпмгастрия соҳасида оғриқ кузатилади.

ЭКГ: ритм синусли, ЧСС -56. Тўлиқ АВ блокада. R тишчасининг йўқлиги ва QS тишчалар III,II ва aVF тармоқларда аниқланади.

1. Таҳминий ташҳис қўйинг
2. УАШ тактикаси

ЖАВОБ: Чап қоринча орқа деворининг ЎМИ , Q тишчаси билан, шошилинч ёрдам кўрсатиш ва шифохонага юбориш.

Бемор Н., 50 ёш, шикояти бошнинг тепа ва энса соҳасидаги бош оғриғига, юрганда ҳансирашга, тунги нафас етишмовчилик ҳуружи, юракнинг ўта уриб кетишига шикоят қилади. Анамнездан: 8 йилдан бери АБ ошиши кузатилади. Сўнги йилларижисмоний зўриқишдан кейин тўш орқасида оғриқлар кузатилган, оғриқлар чап қўлга узатилган. Оғриқлар тинч ҳолатда 2-5 дақақиқа давом этади. Объектив текширилганда: ўпкада везикуляр нафас. Юрак тонлари бўғиқлашган, ритмик, аорта устида II тон акценти. АБ 180/100 мм.см.ус. Шишлар йўқт. ЭКГ: ритм синусли, ЧСС- 88 зарба дақиқасига. PQ - 0,18 сония. I, aVL, V5-6 тармоқларда R тишча баланд, III aVF V1-3 тармоқларда S тишча чуқур. QRS комплексининг давомийлиги 0,10 сония. STсегменти қийшиқ пасайган.

1. АБ ошиши билан кечадиган касалликлар гуруҳини санаб ўтинг;
2. Сизнинг тахминий ташхисингиз;
3. Текширув режаси;
4. Даволаш (номедикамнтоз ва медикаментоз).

10. Бемор А., 66 ёш, тўсатдан тунда нафас олишнинг етишмовчилик ҳуружи, бош оғриғи билан уйғонган. Анамнезидан: 15 йилдан бери гипертоник касаллиги билан касалланиб келган. 3 йил олдин миокард инфарктини ўтказган. Объектив текширилганда: умумий аҳволи оғир. ҳолати ортопноэ ҳолатда. Нафасда яққол ҳансираш кузатилади. Ўпкада ҳар-ҳил калибрли нам хириллашлар кузатилади. Юрак тонлари бўғиқ, аорта ва ўпка артерияси устида II тон акцент, юрак чўққисида от дупири эшитилади. ЧСС 100 зарба дақиқасига, ритмик. АБ 210/120 мм.см.ус. Қорин юмшоқ оғриқсиз. Периферик шишлар йўқ.

1. Бемор аҳволини ёмонлаштирадиган сабабни кўрсатинг;
2. Сизнинг тўлиқ тахминий ташхисингиз;
3. Дориларни дозасини кўрсатиб шошилинч ёрдам кўрсатиш.

АГ турлари / **Ташхислаш мезонлари:**	**Гипертоник касаллик**	**Склеротик артериал гипертензия**
Ёши	30 ёш ва ундан катталар	60 ёшдан катталар
Сабаблари	Эссенциал, чин АГ	Бош мия томирлар атеросклерози
Клиникаси	Симптомлар нишон аъзоларини шикастланганлигини билдиради: - мия ва кўз: бош оғриғи, бош айланиши, кўришнинг бузилиши, транзитор ишемик атака, ҳаракат ва сезувчанликнинг бузилиши; - юрак: юрак уриб кетиши, кўкрак қафасида оғриқ, ҳансираш; - буйраклар: чанқаш, полиурия, никтурия, гематурия; - периферик артериялар: оёқ-қўл музлаши, ўтиб кетувчи маймоқлик. Қулоқда шовқин ва бош айланиши пайдо бўлиши мумкин, баъзан кўнгил айниши ва қусиш кузатилади.	Бунга рухий белгилар характерли. Бошда шовқин, баъзан бош айланиши, уйқунинг бузилиши, қўзғалувчанлик, кайфият тушиши кузатилади.тез-тез холсизлик ва чарчаш, эътиборни жамлаш қийинлиги характерлидир. Хотирани кунлик воқеаларни эслаб қолиш қобилияти сусаяди. Бу белгилар вақт ўтиши билан кучайиб ва чуқурлашиб боради. Касалликнинг учинчи босқичида яққол билинган энцефалопатия кузатилиб, интеллект пасайиши, қоринчалар аро ўтказувчанлик бузилиши , паркинсонизм симптомлари (караҳтлик, амимия) кузатилади. Касалликни клиник намоён бўлиши миянинг айрим соҳаларида қон айланишнинг бузилиши билан кечади.
Бош оғриғи	Гипертоник касалликдаги бош оғриғи касаллик босқичига боғлиқ. Касалликнинг бошланғич даврида бош оғриғи доимий эмас, асосан ташқи муҳит шароити ёки организмни ритм фаолияти ўзгарганда, яъни алкогол истеъмол	Бош мия томирлари атеросклерозидаги бош оғриғи кучли характерга эга.

	қилганда пайдо бўлади ва б. Шу ҳавф омиллари йўқотилганда, бош оғриғи йўқолади. Касалликнинг кейинги даврларида бош мия қон томирлари тонусининг турғун ўзгариши натижасида, бош оғриғи томирли характерга эга бўлади (тўсатдан пульссимон, ҳар ҳил локализацияли, энса ёки бошнинг тепа ва чакка қисмидаги оғриқ пайдо бўлади, шунингдек оғриқ тезда йўқолади)	
Лаборатор кўрсаткичлар	протеинурия ва /ёки қон плазмасида сезиларсиз креатининнинг ошиши (1,2- 2,0 мг/дл);	гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, ЛПЗ ва ЛЖПЗ ошиши, ЛЮЗ пасайиши.
Инструментал текширувлар	Ультратовуш ёки радиологик текширувлар атеросклеротик бляшкаларни (уйқу артерияси, аорта, чов ости ёки сон артериялари) чап қоринча гипертрофиясини (рентгенография, ЭКГ, ЭхоКГ); кўзнинг тўр парда артериясининг тарқоқ ёки локал торайишини ва буйрак артериясининг шикастланишини аниқлайди; Кўрув нерви диски геморрагия ва экссудациясидан шишиши ва шишсиз кечиши; аорта аневризми қаватланиши; артериялар окклюзион ўзгаришдаги клиник кўринишлари	- Ички уйқу артерияси проекциясида аускультация ўтказиш. - ангиография, ультратовушли допплерография. Ташхис артерия ёки алоҳида томирлар шикастланган соҳасига қараб, клиник белгилари аниқланади.

Назорат саволлари.

1.Артериал гипертониянинг таққосий ташхиси.

Гипертоник касаллик ва склеротик АГ ни ташхислаш.ГК ва склеротик АГ нинг таққосий ташхисиАртериал гипертонияда УАШ тактикаси.

2.ГК ва склеротик АГ си бор беморларни олиб бориш тактикасии ва диспансеризацияси.
3.ГК ва склеротик АГ си бор беморларни амбулатор даволаш.
4.ГК ва склеротик АГ си бор беморларни ишга лаёқатлигини аниқлаш.
5.Диуретикларнинг таъсир механизми.
6.В-блокаторларнинг таъсир механизми.
7.АПФ ингибиторининг таъсир механизми.
8.Кальций антагонистларининг таъсир механизми.
9.Артериал гипертонияси бор беморлар диспансеризацияси.
10. Артериал гипертониянинг бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикаси

13-мавзу. Артериал гипертензия. Гипертония касаллиги ва буйрак билан боғлиқ артериал гипертензияларнинг қиёсий ташхиси. Хавф омиллари, гипертония касаллиги босқичлари, буйрак билан боғлиқ артериал гипертензияларнинг шакллари (паренхиматоз, реноваскуляр). УАШ тактикаси.
Таълим бериш технологиясининг модели

Машғулот вақти 4 соат	Талабалар сони : 10-12 тагача
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Дарс структураси	1. Машгулот кабинети. 2. ЭКГ кабинет 3. Ўкув қулланмалари, фантомлар, муляжлар,материаллар, 4. Телевизор, видео, мультимедиа
Дарс максади: замонавий диагностика ва дифференциал диагностика асосида УАШни ўргатиш, ГК ва АГ асосий даволаш усуллари, асосий физикал курсаткичлари ва соғлиқни саклашни биринчи бугинида килинадиган чора тадбирлар. УАШнинг «Квалификацион характеристикаси»	
Машгулот режаси: 1.АГ ва ГКдаги саволларни мухокама килиш . 2.АГ ва ГК ларда намойиш килиш. 3.УАШни квалификацион характерис тикасини белгиловчи саволларни мухокама этиш. 4.Даволаш принципини мухокама этиш (номедикаментозн ва медика-ментоз). 5.Диспансер назоратини курсатинг ва КВП ёки ОП да бемор монито-рингини белгиланг. 6.ГКнинг бирламчи, иккиламчи,	**Ўкув натижалари:** ***Талаба билиши керак:*** 1.ГК ни асосий хавф омиллари 2.АГ ва ГК ларда намойиш килиш. 3.Гипертензион синдромни классификацияси ва клиникаси 4.Дифференциал диагностика ГКни буйрак АГ билан. 5.Хавфли АГни клиникасини намоён бўлиши. 6.АГ даволашда кулланиладиган дори восита-лари 7.АГни бирламчи, иккиламчи, учламчи профи-лактикаси 8.Диспансер назоратини ва КВП ёки ОП да бемор мониторингини белгилаш

учламчи профилактикаси .	**Талаба билиши керак:** 1.АГда шикоятларни анализ килиш ва анамнез йигиш. 2.АГни хар хил турларини лаборатор-инструментал диагностика, дифференциал диагностика килиш 3.АГни хар хил турларида медикаментоз даво 4.Номедикаментоз даво тадбирлари хакида маслахат бериш 5.КВП ва ОП шароитида мониторинг ўтказиш .
Ўргатиш усули	«асалари уяси» методи, демонстрация, сухбат, тестлар ечиш ва вазифа
Ўқув услубий қўлланмаси	Индивидуал, гурух, жамоа, аудитория ва аудиториядан ташкарида ишлаш.
Ўкув ўргатиш қўлланмалари	Укув таркатма куроллари, мультимедиа, муляжлар, ЭКГ тасмалари, медицина карталари, таблицалар.
Кайта боғланиш қулланмалари ва усуллари	Блиц-савол, тест, вазифалар презентацияси, тулдирилган медицина карталари, амалий куникмаларни бажариш.

1.2. Амалий машғулотнинг технологик картаси.

Амалий дарс босқичлари	**Дарс тури** ***Дарсни ўтиш жойи***	**Дарс давомийлиги 200**
Бошланиш қисми (мавзуни асослаш)		5
Янги педагогик техналогияларни (“асалари уяси”) қўллаган холда амалий машғулотни мухокама қилиш, материалларни (касаллик тарихи, таблицлар, плакатлар, рентгенограммлар) тақдим этиш, дастлабки билим савиясини аниқлаш.	Савол, мухокама қилиш *Ўқув хонаси ва врач кабинетлари*	20
Хулоса, мухокама		10
Амалий қисм учун машқни аниқлаштириш-профессионал сўров. Вазиятни тушунтириш ва касаллик тариҳини тўлдириш ҳақида маслахатлар бериш.	Муҳокама	20
Ўқитувчи бошчилигидаги дарснинг асосий амалий қисми.	Проф. сўров. Беморлар билан суҳбат ва касаллик тарихини тўлдириш,	10

	вазиятли масла. *Бемор куриги*	
Бемор текширув малумотларининг интерпери-тацияси-шикоятлар, кўрув, палпация, перкуссия, аускултация, ҳамда УСТ, УҚТ ва биокимёвий таҳлиллар ва ташхис қўйиш.	Касаллик тариҳи, вазиятли масаладаги лаборатор маълумотлар	15
Талабаларнинг назарий ва амалий билимларини тахлил қилиш маълумотларни мустаҳкамлаш, билимни ўзлаштириш даражасини баҳолаш.	Оғзаки жавоб, тестлар, муҳокамалар, амалий кўникмаларни аниқлаш *Ўқув ҳонаси*	15
Амалий дарс бўйича ҳулоса, 100 баллик система бўйича баҳолаш ва уларни эълон қилиш.. Келгуси дарсга уйга вазифа (саволлар тўплами).	Мустақил иш учун саволлар, малумот. *Ўқув ҳонаси*	25

Артериал гипертензия (АГ)- бу артериал босимни (АБ) меъёрий кўрсатгичлардан (систолик АБ 140 мм.сим.уст. ва/ёки диастолик 90 мм.сим.уст.) юқорига турғун кўтарилиши бўлиб, у камида икки марта шифокор кўриги вақтида, ҳар гал АБ ҳеч бўлмаганда икки марта ўлчангандан кейин аниқланган бўлиши лозим. Айни вақтда бемор АБ кўрсаткичига таъсир этувчи дори воситалари қабул қилмаган бўлиши АГ га берилган тарифни асослашнинг асосий шарти хисобланади.

Меъёрда елка артериясида систолик АБ 139 мм.сим.уст., диастолик босим эса – 89 мм.сим.уст. дан ошмайди. АГ бўйича АҚШ миллий қўмитаси тавсиясига кўра (1993 й.) елка артериясидаги АБ нинг меъёрий кўрсатгичлари- систолик- 129 мм.сим.уст., диастолик босим эса – 84 мм.сим.уст. да бўлиши керак. Систолик босим 130 дан 139 мм.сим.уст. гача, диастолик босим эса 85 дан 89 мм.сим.уст. гача бщлиши “юқори меъёрий”кўрсаткичидеб хисобланади. ҚБ ни ушбу кўрсатгичлардан юқори бўлиши АГ ташхиси қўйишга асос бўлади.

АГ синдроми деганда ҚБ нинг барқарор ошиши билан кечадиган барча патологик ҳолатлар назарда тутилади. Симптоматик артериал гипертензияда (САГ) ҚБ кўтарилиши кўпгина касалликларнинг асосий белгиларидан бири бўлса, гипертония касаллигида (ГК) эса аксарият ҳолларда касалликнинг ягона клиник белгиси сифатида намоён бўлади. Бемор оилавий поликлиника (ОП) ёки қишлоқ врачлик пунктига (ҚВП) мурожаат қилганда ҳамда аҳоли тиббий кўрикдан ўтказилаётганда, санатория-курорт карталари тўлдирилаётганда ва бошқа қатор ҳолларда УАВ томонидан биринчи марта беморнинг ҚБ ошганлиги аниқланади.

АГ мавжудлигини тасдиқловчи асосий мезон ҚБ ни тегишли ёшга нисбатан кўтарилиши ҳисобланиб, унинг 18 ёшдан катта бўлган беморлар учун кўрсаткичлари қуйидагича:

- систолик ҚБ >140 мм симоб устуни;
- диастолик > 90 мм симоб устуни.

Лекин қон босимини ўзгариб турувчанлигини ҳисобга олиб АГ синдроми аниқланганда босимни хафта давомида бир неча марта, юмшоқ ва чегара босимида эса 3-6 ой давомида кузатиш лозимлигини унутмаслик керак.

Хавф омиллар:

1. Наслий мойиллик.
2. Жисмоний фаолликнинг чегараланиши (гиподинамия).
3. Семизлик.
4. Овқатланиш хусусиятлари (ош тузини, хайвон ёғларига ва углеводларга бой махсулотларни кўп миқдорда истеъмол қилиниши).
5. Кальций ва магний етишмовчилиги.
6. Кўп миқдорда алкоголь истеъмол қилиш.
7. Гиперлипидемия.
8. Кашандалик.
9. Шахсий хусусиятлар (ёши, жинси, характери ва х.о.).

Артериал гипертензиянинг классификацияси

АГ га ташҳис қўйишда ва уни даволаш мезонларини танлашда УАВ касалликнинг мавжуд турли хил классификациялари тўғрисидаги маълумотларга эга бўлиши лозим. Ҳозирги вақтда учта йўналишда: ҚБ даражаси, нишон аъзоларнинг зарарланиши ва касаллик этиологияси бўйича тузилган классификациялардан фойдаланиш тавсия этилади. Улар 1-3 жадвалларда келтирилган.

1-жадвал

Қон босими даражасига кўра артериал гипертензиянинг классификацияси (ESH/ESC, 2007)

Қон босими кўрсаткичи	ҚБ, мм сим.уст.	
	СҚБ	ДҚБ
Оптимал	< 120	< 80
Меъёрида	120-129	80-84
Юқори меъёрда	130-139	85-89
АГ I даража	140-159	90-99
АГ II даража	160-179	100-109
АГ III даража	≥180	≥110
Яккаланган систолик АГ	≥ 140	< 90

2-жадвал

Гипертония касаллигининг нишон аъзолар зарарланиши даражасига кўра классификацияси (ЖССТ 1996)

I- босқич ҳар қандай АД ≥140/90	Нишон аъзолар зарарланиши белгилари йўқ.

II босқич ҳар қандай АД ≥140/90	**Нишон аъзолар зарарланган, аммо уларнинг функционал ҳолати бузилмаган:** • ***юрак*** - чап қоринча гипертрофияси белгилари (рентгенография, ЭКГ–Соколов-Лайон мезонлари (RV5(6)+ SV1(2)) индекси 35 мм дан юқори, RaVL>11 мм, RaVL+SV3>28 мм. ЭхоКГ– чап қоринча миокарди оғирлик индекси эркакларда > 125 (134) г/м^2, аёлларда > 110 г/м^2) • ***кўз*** - унинг туби артерияларини тарқалган ёки чегараланган торайиши • ***буйрак***-микроальбуминурия (кунига 30-300 мг.гача, протеинурия ва/ёки қонда креатинин миқдорининг бир оз ошиши (эркакларда 115-133 мкмоль/л, аёлларда 107-124 мкмоль/л)(106-177 мкмоль/л)). Буйракни бирламчи шикастланиши бўлмаганда. • ***қон томирлар*** - атеросклеротик пилакча борлиги тўғрисида ультратовуш ёки радиологик маълумотлар (аорта, уйку, ёнбош ёки сон артериялари) ҳамда бўйин томирларининг қалинлашиши
III босқич ҳар қандай АД ≥140/90	**Нишон аъзолар зарарланган ҳамда уларнинг функционал ҳолати бузилган:** • ***юрак*** - стенокардия, миокард инфаркти, юрак етишмовчилиги • ***бош мия*** - қон айланишининг ўткир ва ўтиб кетувчи бузилишлари, энцефалопатия, томир деменциялари • ***буйраклар*** - плазмада креатетин миқдори 177 мкмоль/л (≥2 мг/дл) дан юқори, буйрак етишмовчилиги (коптокчалар фильтрацияси < 60 мл бир дақиқада) • ***кўз туби*** - геморрагия, кўрув нерви сўрғичи шиши ёки шишсиз экссудация ҳамда атрофия • ***қон томирлар*** - қаватланувчи аорта аневризмаси, клиник кўринишлар билан кечувчи артерияларнинг окклюзион зарарланиши

Иккиламчи гипертония барча артериал гипертония ҳолларининг тахминан 5 фоизини ташкил қилишига қарамасдан, АГ нинг эҳтимоли бўлган сабабларини излаб топиш **ҳар доим** амалга оширилиши лозим.

Буйракка алоқадор АГ

– буйракнинг паренхиматоз касалликлари (АБ нинг ошиши, шиши, протеинурия, гематурия, лейкоцитурия);

– реноваскуляр гипертония (АБ сим.уст. нинг >180/110 мм., кўриш нерви дискининг шиши, олиго-анурия, шиши);

– буйраклар поликистози (УЗИ кўрсаткичларига биноан).

Буйракнинг паренхиматоз касалликларидаги артериал гипертензия-анамнезда пиелонефрит, гломерулонефрит, ҳомиладорлар нефропатияси;

- буйрак-тош ва унинг бошқа паренхиматоз касалликларининг мавжудлиги;

- сийдик чўкмасидаги хос ўзгаришлар ва буйракнинг бирламчи касалликлари мавжудлигини тасдиқловчи асбобий ва морфологик текшириш натижалари;
- буйрак касалликларида қўлланиладиган махсус даво чораларининг самара бериши.

САГнинг кўп учрайдиган асосий сабабларидан бири ***сурункали гломерулонефрит*** (СГН) ҳисобланади. АГ синдроми касалликнинг бошланғич даврларида ёки биринчи йилларида кузатилиб, кейинроқ сурункали буйрак етишмовчилигига (СБЕ) олиб келувчи сабаблардан бири ҳисобланади. Беморда ҚБ кўтарилиши билан бир қаторда юзда, баъзан эса бутун танада юмшоқ шишларни пайдо бўлиши, сийдик чўкмасида кунда 0,5 г дан юқори протеинурия, гематурия, цилиндрурия кузатилади. Қон таҳлилида ЭЧТ ошиши, камқонлик белгилари, гипопротеинемия, диспротеинемия, гиперлипедемия аниқланади. УАВ беморда СГНга шубҳа қилганда бирламчи ташҳисни аниқлаш учун уни нефрологга юбриши лозим. Шу ўринда ташҳисни тасдиқлаш учун Зимницкий, Нечипоренко синамалари, УТТ, рентген, иммун текширишлар билан бир қаторда буйрак биопсияси ҳал қилувчи аҳамиятга эга эканлигини унутмаслик керак.

Шунингдек, ***сурункали пиелонефрит*** (СПН) ҳам ҚБ кўтарилиши билан кечиши мумкин. Бундай беморларда бел соҳасида бир ёки икки томонлама тўмтоқ оғриқ, оғирлик хисси, қалтираш билан кечувчи тана хароратининг кўтарилиши, дизурик ўзгаришлар, бош оғриши, сийдик таҳлилида кунига 1 г гача бўлган протеинурия, лейкоцитурия, чин бактериурия (кўрув майдонида 100000 тадан кўп), қон таҳлилида эса ЭЧТнинг ошиши, лейкоцитоз кузатилади. УТТ ёрдамида иккиламчи СПН олиб келадиган буйрак аномалиялари, тош, нефроптоз, гидронефроз, простата бези аденомаси ёки простатит аниқланиши мумкин.

Буйрак артерияси стенози

Буйрак артерияси ёшларда туғма, кексаларда эса атеросклероз туфайли зарарланади ва қуйидаги белгилар билан кечади:

1. тана ҳароратининг кўтарилиши;
2. қонда лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши, гипергаммаглобулинемия;
3. ҚБ ошишини хавфли кечиши;
4. асосан диастолик босим ҳисобига АБ барқарор ошиши;
5. буйрак артерияси устида систолик баъзан унинг диастолик шовқин билан бирга эшитилиши;
6. ангиографияда зарарланган соҳада “мунчоқ тизими”га ўхшаш, фибробластик стеноз ва аневризматик кенгайишларнинг аниқланиши;
7. буйраклардан бири ўлчамининг кичиклашиши;
8. дорилар билан даволашда самара бўлмаслиги;
9. бошқа соҳа артерияларининг ҳам зарарланиши;
10. сийдикда ўзгаришлар аниқланмаслиги (баъзан кам миқдорда протеинурия, гипостенурия кузатилиши мумкин).

Даволаш

Дориларсиз даволаш. Агар систолик ҚБ 140-159, диастолик 90-99 мм сим.уст.да бўлиб, нишон аъзолар шикастланмаган бўлса, хавф омиллари бўлмаса 6-12 ой, 1-2 та хавф омиллари бўлганда эса (ҚД бундан мустасно) 3-6 ой давомида дориларсиз даво олиб

борилади. Унинг самарадорлиги хақида 3 ойдан кейин хулоса чиқариш мумкин. Бемор ҚБни оширадиган дори воситаларини (НЯҚВ, ГКС, комбинацияланган перорал контрацептивлар, эстрогенлар) қабул қилаётган бўлса, даволаш уларни бекор қилишдан, агарда унинг иложи бўлмаса, бевосита гипотензив препаратларни тавсия этишдан бошланади.

Дориларсиз даволашга тана вазнини камайтириш, спорт билан шуғулланиш, чекишдан воз кечиш, аутотренинг, ош тузи ва алкоголь истеъмол қилишни чегаралаш киради.

Семизлик: ортиқча тана вазни ҚБ кўтарилишига олиб келувчи асосий сабаблардан биридир. Тана вазнини 1 кг га камайтириш систолик ҚБни симоб устуни ҳисобида ўртача 2,5 мм га, диастолик босимни эса 1,5 мм га пасайтиради. Тана вазни индекси: H/W^2 формула (бу ерда Н-оғирлик (кг), W-бўй (м)) ёрдамида ҳисобланади ва бу кўрсаткич 20-25 кг/м^2 дан юқори бўлса, тана вазнини камайтириш тавсия этилади.

Жисмоний фаоллик: ҚБни пасайтириш учун мунтазам равишда жисмоний машқларни бажариб бориш лозим. Қисқа вақтли изотоник юкламалар, масалан юриш тавсия этилади. Изометрик юкламалар ҚБнинг ошишига олиб келганлиги сабабли буюрилмайди.

Аутотренинг: ўта толиқиб қолишдан эхтиёт бўлиш зарур. Агар бунинг иложи бўлмаса, аутотренинг тавсия этилади.

Артериал гипертензияни парҳез ёрдамида даволашнинг асосий тамойиллари:

- ✓ тавсия қилинаётган таомларнинг энергетик қиймати организм сарфлаётган энергияга мос келиши лозим. Беморда семизлик мавжуд бўлган тақдирда эса кундалик қабул қилинаётган таомлар калорияси чегараланади;
- ✓ парҳез овқатлар тромбоцитлар агрегациясини камайтирувчи, антисклеротик хусусиятларга бой маҳсулотлардан ташкил топган бўлиши керак;
- ✓ кундалик қабул қилинаётган эркин суюқлик миқдори 1,0-1,5 л гача камайтирилади;
- ✓ рациондан марказий асаб ва юрак қон-томир тизимини қўзғатувчи (гўштли, балиқли қуюқ шўрвалар, аччиқ чой, қаҳва, шоколад, дудланган маҳсулотлар) ва ичакларда газ ҳосил бўлиш жараёнини кучайтириб, уларни кенгайишига олиб келувчи (нўхат, ловия, газли ичимликлар ва бошқалар) маҳсулотларни истисно қилиш лозим;
- ✓ кундалик овқатга липотроп, клетчаткага бой моддаларни ва денгиз маҳсулотларини қўшиш мақсадга мувофиқ;
- ✓ вақти - вақти билан гипонатрийли парҳезни магний тузларига бой таомлар билан алмаштириб туриш керак;
- ✓ ичкилик ичишни чеклаш - алкоголь вазопрессор таъсирга эга бўлганлиги сабабли уни кунига тоза спирт ҳисобида 20 мл миқдордан ортиқ истеъмол қилиш ҚБни оширади ва беморни даволашни қийинлаштиради. Уни истеъмол қилишни тоза спирт ҳисобида кунда 10-20 мл гача чегаралаш ҚБни 5-10 мм симоб устунига пасайишига олиб келади;

- беморларга таркибида ош тузи кам бўлган маҳсулотларни истеъмол қилиш тавсия этилади. Кунлик рационда ош тузи миқдори 5 г дан ошмаслиги, лекин гипохлоремия ҳолатига тушмаслик учун 2 г дан кам бўлмаслиги керак. Озиқ-овқатларга туз ўрнига унинг мазасини берувчи, лекин таркибида натрий хлорид бўлмаган *санасолдан* кунига 1,5-3,0 г гача фойдаланиш мумкин. Магний тузлари билан тўйинтирилган сут, ўсимлик маҳсулотларидан ташкил топган парҳез ҚБни пасайтиради. Беморлар учун кальций

миқдори юқори, ёғ ва кофеин миқдори кам маҳсулотлар фойдалидир. Таркибида кизил мия (солодка) илдизи мавжуд маҳсулотларни истеъмол қилиш мумкин эмас.

Дорилар билан даволаш

Ҳозирги замон тиббиёти таъсир механизми турли-туман бўлган кўп сонли гипотензив дориларга эга. Улар 8-14 рақамли жадвалларда таъсир механизмлари, дозалари, тавсия этишга кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар ҳамда кузатилиши мумкин бўлган ножўя таъсирлари баён этилган ҳолда келтирилган. Гипотензив дориларни танлашда ножўя таъсирларини ҳисобга олган холда, ҚБни жуда пастга тушириб юбормасликка ва ортостатик гипотензияга йўл қўймасликка ҳаракат қилиш лозим. Шу билан бирга даволаш самарадорлигини камайтирадиган омилларни ҳам бартараф этиш керак. Дори воситалари билан даволашнинг умумий тамойиллари 1-чизмада кўрсатилган.

Даволашнинг самарасизлиги сабаблари:

- ✓ гипотензив дориларни паст дозаларда қўллаш, ҚБни оширадиган воситалар (антидепрессантлар, ГКС, НЯҚВ, симпатомиметиклар, тумовга қарши воситалар, қорамуғ (спорин) алкалоидлари, перорал контрацептивлар, психотроп воситалар)ни қабул қилиш;
- ✓ врач кўрсатмаларини нотўғри бажариш;
- ✓ буйрак артериялари стенози;
- ✓ чекиш, қизилмия илдизи, кофеин истеъмол қилиш;
- ✓ семизлик;
- ✓ спиртли ичимликларни суиистеъмол қилиш;
- ✓ ош тузини ортиқча истеъмол қилиш;
- ✓ симптоматик артериал гипертензия;
- ✓ ҳажм ошиб кетиши билан зўриқиш (масалан, диуретикларни етарли миқдорда қабул қилмаслик);
- ✓ амфетаминлар, кокаин ва бошқа наркотиклар, шунингдек, анаболик стероидларни қабул қилиш.

Агар даволашнинг самарасизлиги сабаблари аниқланмаса, бемор мутахассисга юборилади.

Шифохонада даволашга кўрсатмалар:

- Оғир ва ўрта оғирликда кечувчи гипертоник кризлар;
- Фаол даволаш замирида тез–тез қайталанувчи гипертоник кризлар сабабини аниқлаш ва монанд дори воситаларини танлаш учун;
- Амбулатор шароитда олиб борилган комплекс даволаш замирида ҚБ нинг пасаймаслиги;

Симптоматик АГни истисно этиш ва беморнинг меҳнатга лаёқатлилик даражасини аниқлаш

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА:

1. 70 ёшли аёл охирги 2 ой давомида хушини йўкотиш безовта килади. Қизини сўзига қараганда хуруж беихтиёри пешоб ажралиши билан 3-4 минут давом этади. Анамнездан - охирги 2 йил давомида АБ 180/90 мм.сим.уст. бўлган.

Объектив: бемор иштаҳани ошиши, қовоқ терисида ксантиломалар, томирларда ўзгаришлар аниқланди. Юрак тонлари бўғиқ, ритмик, юрак чўққисида систолик шовқин. ЮУС ва пульс 42 та мин., АБ 170/80 мм. сим. уст. ЭКГ: тулик АВ блокада . масофалари Р-Р -5, а R-R -15 катта катак. Р ва QRS комплекси орасидаги алоқа сақланмаган Связь между зубцом Р и QRS комплексом не сохранена. I, aVL, V5-6 QRSни S тишча хисобига кенгайиши ва деформацияланиши , а III aVF V1-3 R тишча хисобига. QRS комплексни давомийлиги 0,12 сек. ST Сегменти асосий тишга дискордант .

1. Шикоятлар ва ЭКГ даги ўзгаришлар қайси касалликка хос;
2.Сизнинг тахминий ташхисингиз ;
3.Бу беморда АГ ни қайси тури мавжуд, даволашда қўлланиладиган гипотензив воситаларни кўрсатинг
4.УАВ тактикаси.

Жавоби:

1. ЮИК (стенокардия, инфаркт миокарда), миокардиодистрофия, миокардит, кардиомиопатия, гипертония касаллиги - 20 балл
2. ЮИК. аритмик тури, тулик АВ -блокада, дистал тип. Симптоматик склеротик артериал гипертензия. Асорати: Синдром Морганьи-Адамса -Стокса - 30 балл
3. Симптоматик склеротик артериал гипертензия. Самарали АПФ ингибитори Эффективны ингибиторы АПФ, диуретик. - 25 балл
4. Госпитализация кардиореанимациягами еки кардиология булимигами. Даволаш: АПФ ингибитори, холинолитиклар (атропин, платифиллин) еки симпатомиметиклар (адреналин, изадрин), ГКС (преднизолон),- 25 балл.

2.Бемор 45 ёш шикоятлари хансираш, юрак тез уриб кетиши жисмоний зурикишдан кейин юрак сохасидаги огриклар.Охирги вактларда 2-3 дакикалик хуружли хушдан кетишлар кузатилди. Анамнезида: отаси ва бобоси 45 ва 48 ёшида юрак етишмовчилигидан улган. Беморнинг узи ёшлигида гепатит В вируси билан огриган .

Объектив: умумий ахволи уртача огирликда. Юрак чегаралари : унг парастернал линияда +1,0 см , чап олдинги мушак ости линияда. Аускультацияда: юрак тонлари бугик , юрак чуккисида ва ханжарсимон усик асосида систолик шовкин АД 120/80 мм.рт.ст. Жигар +3 см, щгрикли , талок палпацияланмайди . болдирда шиш . ЭКГ: ритм синусли ЧСС -56 та. 1 минда.

1 шикоятлар ва ЭКГ даги ўзгаришлар қайси касалликка хос;
2.Сизнинг тахминий ташхисингиз ;
3. текширув режаси;
4.УАВ тактикаси .

3. Бемор Т 68 ёш. Бир неча йилдан бери ГБ и ИБС огриган. 5 цил олдин инфаркт уткаган . охирги 2 йил давомида врач буйирган аспирин, дигоксин ва диуретик дориларни кабул килган ва хансираш оёкларда шишпайдо булган. Кон босими кутарилганда адельфан кабул килган. Охирги 3хафтада эрини маслахати билан атенолол 50 мг 1 таблеткадан кунига 2 мартадан кабул килган. Хозирда шикоятлари бош айланиши , кунида 1-2 марта 2-3 минут хушдан кетиш , умумий холсизлик , кучайган хансираш. Объектив АД 130/60 мм.сим.уст. ЧСС ва пульс 40та минутига . ЭКГ да: ритм синусли ЧСС- 40 та 1 мин. PQ

оралиги хама тармокларда - 0,22 сек, регулярное выпадение QRS комплекса в виде 1:2. В отведениях I, aVL, V5-6 уланишларда S тишча хисобига QRS комплекс кенгайган , а в III aVF V1-3 R тишча хисобига ва QRS комплекси rSR куринишида. QRS давомийлиги - 0,16 сек.

1. Юкоридаги симптомлар ва ЭКГ даги узгаришлар кайси касалликда кузатилади;
2.Пулсни сусайишига нима олиб келди. ;
3. Тахминий диагноз;
4.УАШ тактикаси.

Графикали органайзер: «Балик скелети»

Куйидаги «балик скелети » схемасини максади умумий муаммо доирасида ижодий ва назарий фикирлаб масалани ечишгни тасвирлаб бериш.

Талабалар схема тузиш коидалари билан танишади. Юкори катакчаларга муаммоларни , пастига эса – ушбу муаммолар борлигини тасдикловчи фактларни ёзадилар.

Кичик гурухларга бирлашади, узининг схемасини таккослиди ва тулдиради.

Кейинчалик натижалар презентациясини утказишади. Схемалар презентацияси муаммоларлар богликлигини куриш имконини беради. Уларнинг комплекс характери.

Назорат саволлари

1. ГБ да асосий хавф омиллари.
2. Дифференциал диагнозтика артериал гипертонияда.
3. Гипертония касаллигини диагностик критериялари.
4. Буйрак АГ диагностик критериялари.
5. Хавфли АГ диагностикаси.
6. ***Артериал гипертонияда УАШ тактикаси.***
7. ***Дифференциал диагнозтика буйрак АГ.***
8. Гипотензив препаратларни асосий группаси.
9. ***Диуретиклар таьсир механизми.***
10. ***В-блокаторлар таьсир механизми.***
11. ***АПФ ингибиторлар таьсир механизми.***
12. ***Кальций антагонистлар таьсир механизми.***
13. ***Артериал гипертонияда мехнатга лаёкатсизлик даражасини аниклаш.***
15. ***Артериал гипертонияда бирламчи ва иккиламчи профилактика.***

14-мавзу. Артериал гипертензия. Гипертония касаллиги ва эндокрин тизимига боғлиқ артериал гипертензияларни қиёсий ташхислаш. Эндокрин артериал гипертензия турлари (феохромацитома, Конн синдроми, Ишенко-Кушинг синдроми, тиреотоксикоз. УАШ тактикаси.

Таълим бериш технологиясининг модели

Машғулот вақти 6 соат	Талабалар сони : 10-12 тагача

Машғулот шакли	Амалий машғулот
Дарс структураси	5. дарс кабинети. 6. Кабинет ЭКГ 7. Укув пособияси, фантомлар, муляжлар, материаллар, 8. Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа
Дарс максади: замонавий диагностика ва дифференциал диагностика асосида УАШни ургатиш, миокардит ва миокардиодистрофиянинг асосий даволаш усуллари, асосий перикард касалликлари ва упка артерияси тромбоэмболияси аорта аневризмаси ,асосий физикал курсаткичлари ва согликни саклашни биринчи бугинида килинадиган чора тадбирлар. УАШнинг «Квалификацион характеристикаси»	
Машгулот режаси 1. САГ (феохромацитома, Кон синдроми, Иценко-Кушинга синдроми, тиреотоксикоз) ва гипертоник кризлаги саволларни мухокама килиш . 2. САГ (феохромацитома, Кон синдроми, Иценко-Кушинга синдроми, тиреотоксикоз) ва гипертоник кризлаги касалларда намойиш килиш. 3. УАШни квалификацион характеристика-сини белгиловчи саолларни мухокама этиш. 4. Даволаш принципини муҳокама этиш (номедикаментоз ва медикаментоз). 5 Диспансер назоратини ва КВП ёки ОП да бемор мониторингини белгилаш. 6. Бу касаллик учун бирламчи, иккиламчи, учламчи профилактика .	**Укув натижалари:** ***Талабанинг вазифаси: УАШ* <u>билиши керак:</u>** 1. Дифференциал диагностикаси симптоматик АГ (феохромацитома, синдром Кона, синдром Иценко-Кушинга, тиреотоксикоз) ва гипертония касаллиги. 2. САГ ва гипертоник кризни Диагностика , дифференцировкаси клиникада ва ЭКГ даги куриниши . 3. гипертоник кризда ёрдам курсатиш. **<u>УАШ қила олиши керак:</u>** 1. Симптоматик АГ (феохромацитома, Кон синдроми, Иценко-Кушинг синдроми, тиреотоксикоз) ва гипертоник кризда дифференциал диагностика. 2. САГ ва гипертоник кризни диагностикаси, киёсий клиник манзараси ва ЭКГ даги куриниши . 3. Гипертоник кризда ёрдам курсатиш. 4. Даволаш принципи (медикаментоз ва но медикаментоз). 5. Диспансер назоратини ва КВП ёки ОП да бемор мониторингини ташкил килиш. 6.Бу касаллик учун бирламчи, иккиламчи, учламчи профилактика .
Ўргатиш методи	«заиф халка» усули, демонстрация, дискуссия, сухбат, тестлар ечиш ва вазиятли масала
Ўкув услубий кулланмаси	Индивидуал, гурух, жамоа, аудитория ва аудиториядан ташкарида ишлаш.

Укув ургатиш кулланмалари	Укув таркатма куроллари, муляжлар, медицина карталари, таблицалар.
Кайта богланиш кулланмалари ва усуллари	Блиц-савол, тест, вазифалар презентацияси, тулдирилган медицина карталари, амалий кўникмаларни бажариш.

5.2. Амалий машғулотнинг технологик картаси.

	Амалий машгулот боскичлари	**Дарс форма** ***Утказиладиган жойи***	**Дарс вакти 200**
1	Кириш		5
2	Янги педагогик технология асосида амалий машгулотни мухокама килиш, (касаллик тарихи, таблицлар, плакатлар, рентгено-грамма).	Савол-жавоб, мухокама *Дарс хонаси,палаталар*	20
3	Мухокама жараени		10
4	Амалий кисмни бажариш учун вазифаларни аниклаш ва касаллик тарих варкасини тўлдириш.	Мавзуга оид беморни палатада мухокама килиш.	20
5	Ўкитувчи назорати остида амалий мавзуни мухокама килиш	Вазиятли масала асосида касаллик таихини тўлдириш. *Палатада кўздан кечириш.*	10
6	Шикоятлари, умумий кўрик УКТ УСТ, пальпация, перкуссия, аускультация, маьлумотларни интерпритация килиш.	Касаллик тарихи лаборатор текширув Вазиятли масала	15
7	Талабани назарий ва амалий билимини аниклаш материалларни бириктириш ва баҳолаш.	Амалий куникма огзаки савол тест *Дарс хонасида.*	15
8	Амалий машгулотни хулосасини аниклаш. 100 балл системасида бахолаш.Кейинги амлий машгулот буйича уйга топширма.	Мустакил иш буйича маьлумотлар ва саволлар *Дарс хонасида.*	25

САГнинг асосий хусусияти, АБ кўтарилиши маълум бир патологик ҳолатнинг клиник белгиси бўлиб, кўпинча радикал даволашдан сўнг ўз меъёрига қайтади. 1992 йилда ЖССТ экспертлари томонидан тавсия этилган САГ пайдо бўлишининг асосий этиологик сабаблари юқоридаги 3-жадвалда келтирилган. САГ борлигини тахмин қилишга асос бўладиган қатор белгилар мавжуд бўлиб, уларнинг асосийлари қуйидагилардир:

- бемор ёшининг 40 гача бўлиши;
- гипотензив воситаларни кам самара бериши;
- хавфли ёки авж олиб бориш хусусиятига эга бўлган АГ мавжудлиги;
- АБ юқори бўлсада шикоятларнинг камлиги;
- асосан диастолик қон босимининг ошиши.

Хавотирли анамнез:

- нефропатия, цистит, шишлар, буйрак сохасидаги санчувчи оғриқлар;

“Дастурдан” ташқари бузилишлар:

- мушаклар қувватсизлиги, томир аускультациясида шовқинларнинг аниқланиши, АБ вақти-вақти билан кескин ошиши;
- айрим дори воситаларига пародоксал реакциялар.

Юқоридаги белгилар ёки уларнинг айримлари мавжуд бўлиши ОП ёки ҚВП шароитида САГ борлигига шубҳа қилишга асос бўлсада, ҚБ кўтарилган беморга ташҳис қўйишда УАВ унинг хар бир кўринишига хос бўлган асосий белгиларни билиши ва улардан фойдаланган ҳолда қиёсий ташҳис ўтказиши лозим. АГ симптоматик характерда эканлигини тасдиқлаш учун одатда мақсадга йўналтирилган ҳолда синчиклаб текшириш олиб борилади. Қуйида айрим амалиётда кўп учрайдиган САГ билан кечувчи касалликларнинг асосий клиник белгилари келтирилган.

Бирламчи альдостеронизм (Конн синдроми)

Касаллик негизида буйрак усти бези пўстлоқ қисми аденомаси ёки уларнинг гиперплазияси натижасида кўп миқдорда альдостерон ишлаб чиқарилиши ётади ва қуйидаги белгилар билан намоён бўлади:

- мушаклар қувватсизлиги, асаб-мушак тизимидаги ўзгаришлар (парестезиялар), талваса ҳолатига тушишга мойиллик (ўтиб кетувчи пара ва тетраплегиялар);
- гипернатриемия, гипокальциемия, алкалоз, гипокалиемия;
- полиурия, полидипсия, никтурия;
- қон зардобида ва сийдикда альдостерон миқдорининг ошиши (қон зардобида 100 мг/мл гача, бир кунлик сийдик таркибида эса 150 мг гача);
- сийдикнинг ишқорий реакцияси;
- плазмада ренин миқдорининг пасайиши;
- глюкозага чидамлиликнинг камайиши;
- юқори ҚБни асосан верошпирон таъсирида яхши пасайиши;
- асбобий текширувлар ёрдамида буйрак усти безлари ўсмасини аниқланиши.

Бирламчи феохромацитома

Симпатик асаб тизими хромофин хужайраларида юзага келган ўсма касаллигида кўп миқдорда катехоламинлар (адреналин, норадреналин, дофамин) ишлаб чиқарилиши натижасида айрим клиник белгилар билан бир қаторда ҚБнинг кескин кўтарилиши кузатилади. Бу ўсмалар 90% ҳолларда буйрак усти безининг мия қисмида жойлашади.

Хуруж вақтида:

- **вегетатив** асаб тизими таъсирланиш белгилари (қўзғалиш, титроқ, тана ҳароратининг кўтарилиши) билан бирга кечувчи транзитор АГ;

- гипертоник кризлар;
- лўқилловчи бош оғриғи;
- кўп терлаш, юзнинг қизариб кетиши;
- юрак уриб кетиши;
- тери қопламларининг оқариши;
- кўкрак қафасида ва томоқда босиб турувчи оғриқ ҳисси (баъзан стенокардияга хос хуружлар);
- тана вазнининг камайиши ва диарея.

Хуружданкейин:

- қон ва сийдикда катехоламинлар ва уларнинг метаболити - ванилилбодом кислотасининг юқори даражада бўлиши (сийдик одатда хуружданкейинги кунларда текширилиши лозим);
- УТТ, компьютерли томография (КТ) ёрдамида буйрак усти безлари катталашганлигини аниқланиши.

Иценко-Кушинг синдроми

Ушбу синдром эркакларга нисбатан аёлларда 3-4 марта кўпроқ учраб, 80-90% ҳолларда хавфли АГ билан кечади. Беморларнинг 1/3 қисмида ушбу синдром буйрак усти бези пўстлоқ қисмининг бирламчи аденома (ёки карцинома) си билан боғлиқ. Баъзан эса узоқ муддат ГКС қабул қилган беморларда кузатилади.

Клиник белгилари:

- АГ, семириш ва гипергликемиянинг бир вақтда ривожланиши;
- оёқлар ингичка бўлган ҳолда кўкрак, бўйин, қориннинг катталашиши;
- юзнинг қизил рангда ва ойсимон шаклда бўлиши;
- стероидли ҚД;
- қоринда, сонларда, елка камари соҳасида тўқ қизил-бинафша рангли ҳошиялар, яъни тери остига қон қуйилишларининг пайдо бўлиши;
- петехиялар, телеангиоэктазиялар (асосан билакларнинг ёзилувчи юзасида);
- жинсий фаолиятнинг бузилиши, аёлларда олиго ёки аменорея, эркакларда эса жинсий ожизлик ва гинекомастия;
- соч қоплами бузилишлари (соч тўкилиши, қўлтиқ, чов соҳасида уларнинг йўқолиши);
- терининг қуруқ ва ҳуснбузарли бўлиши;
- тирноқлар дистрофияси;
- меъда-ичак йўлининг ўткир яралари ва улардан қон кетишга мойилликнинг мавжудлиги;
- диффуз остеопороз, «балиқ» умуртқаси белгилари, патологик синишлар;
- гиперкальциемия асосида нефролитиаз ривожланиши;
- қон таҳлилида эозинопения ва лимфопения бўлгани ҳолда эритроцитоз ($>6x10^{12}$/л), тромбоцитоз, нейтрофилли лейкоцитоз, альдостеронемия, гипернатриемия, гипергликемия, гиперхолестеринемия, триглицеридемия, метаболик алкалоз аниқланиши;
- альдостерон, 17-оксикортикостероид ва 17-кетостероидлар экскрециясининг ошиши.

Диффуз токсик буқоқ

Қалқонсимон безнинг аутоиммун касаллиги бўлиб, тиреоид гормонларнинг кўп миқдорда ишлаб чиқарилиши билан кечади ва аксарият ҳолларда 20-50 ёшдаги аёлларда учрайди. Тиреотоксикоз синдроми нафақат диффуз токсик буқоқда, шунингдек, тугунчали токсик зобда, қалқонсимон без тиреотоксик аденомасида ва ракида, тиреоидитларда, тиреоид гормонларни тартибсиз қабул қилганда кузатилади. Унинг асосий клиник белгилари қуйидагилар:

- бемор қўзғалувчан, жаҳлдор, тери қопламлари нам, гипердермографизм, қўл бармоқлари титраши;
- қалқонсимон безнинг тугунчали ёки диффуз катталашиши, экзофтальм;
- юрак тез уриши, ритм бузилишлари (ҳилпилловчи аритмия), юрак соҳасида оғриқлар, хаво етишмаслик ҳисси;
- юрак чўққисида систолик шовқин, ҚБ асосан систолик кўрсаткич ҳисобига ошиши ҳамда юқори пульс босими;
- бемор иштахаси юқори бўлиши, тана вазнининг камайиши, мушак ҳолсизлиги, диарея, суякларда ва умуртқа поғонасида оғриқ.

Артериал гипертензияга чалинган беморларни қўшимча текшириш усуллари

УАВ беморларни лаборатор-асбобий текширишлар ўтказишга юборишдан олдин ўз таркибида бир нечта алгоритмик изланишларни қамраб олган қуйидаги дастлабки кузатувларни амалга ошириши лозим:

I. ҚБ ошиш вақтини, АГнинг турини, юрак қон-томир касалликлари пайдо бўлиш хавфини, бошқа омиллар мавжудлигини ҳамда уларга таъсир этиш мумкин ёки йўқлигини, нишон аъзоларнинг шикастланиш даражасини;

II. АГ хақиқийлигига ишонч ҳосил қилиш;

III. Тўлиқ анамнез йиғиш.

Амбулатор картада ёки касаллик тарихида АГга хос қуйидаги маълумотлар албатта қайд этилиши лозим:

- АБ неча ёшдан ошиб туради ва унинг энг юқори кўрсаткичлари;
- нишон-аъзоларнинг шикастланиш белгилари ва уларнинг даражаси;
- симптоматик АГ белгиларининг мавжудлиги;
- гипотензив терапиянинг самарадорлиги ёки унинг асоратлари;
- ёндош касалликлар ва мавжуд хавф омиллари;
- оила анамнезида АГга мойиллик;
- анамнезда дори-дармонларнинг турли салбий таъсирлари.

IV. Объектив текшириш.

Объектив текширишларни ўтказишдан мақсад нишон аъзолар ҳолатини баҳолаш ва АГ сабабларини аниқлашдан иборат. Айрим ҳолларда эса объектив текшириш натижалари биринчи босқичнинг ўзидаёқ АГнинг иккиламчи характерга эга эканлигини аниқлаш имконини беради (1-расм).

Беморни кўздан кечираётганда қуйидаги ҳолатларга эътибор бериш лозим: гавданинг юқори ва пастки қисмлари асимметрияси; тери қопламининг рангги (тери ва кўз

склераларининг гиперемияси, бинафша рангли стриялар); соч қопламининг мутаносиблиги; семириш (унинг турлари, ойсимон юз); қалқонсимон без ҳолати (катталашиши, экзофтальм мавжудлиги), бўғимларнинг деформацияси.

Юқорида таъкидлаганимиздек, ҚБ одатда иккала қўл ҳамда оёқларда ўлчанади ва меъёрда оёқларда босим қўлларга нисбатан 20-40 мм сим.уст. га юқори бўлади. Юрак ва томирлар аускультациясида аорта қопқоқлари, қорин аортаси, уйқу, буйрак, сон артериялари ҳамда пульс ҳолатига алоҳида аҳамият бериш лозим.

V. Лаборатор ва асбобий текширишлар:

1. Барча беморларда қуйидаги текширишлар ўтказилади:

✓ умумий қон таҳлили (УҚТ) (гемоглобин, эритроцитлар, лейкоцитлар, ЭЧТ);

✓ умумий сийдик таҳлили (УСТ) (нисбий зичлиги, оқсил, глюкоза, цилиндрлар, эритроцитлар, лейкоцитлар, бактериялар);

✓ қоннинг биокимёвий таҳлили (плазмадаги холестерин, липопротеидлар, триглицеридлар, креатинин, мочевина, калий, сийдик кислотаси, қанд миқдори);

✓ ЭКГ, офтальмоскопия ва тана вазни индексини аниқлаш.

2. Анамнез ва кўрик натижаларига асосланган ҳолда қуйидаги қўшимча текширишлар ўтказилади:

✓ бир кеча-кундузлик сийдик чўкмасининг микроскопияси;

✓ қонда липидлар спектри ва оқсил фракцияси;

✓ зардобда кальций, сийдик кислотаси даражаси;

✓ кўкрак қафасини рентген ёрдамида текшириш;

✓ ЭхоКГ;

✓ буйракларни УТТ.

3. Иккиламчи артериал гипертензияни аниқлаш учун махсус текширишлар:

- **Реноваскуляр ва буйрак паренхиматоз касалликларида:**

✓ Зимницкий, Нечипоренко ва Реберг синамалари.

✓ экскретор урография;

✓ вена ичи пиелографияси;

✓ сийдикни бактериологик текшириш;

✓ қорин аортаси ва буйрак томирлари ангиографияси;

✓ буйрак биопсияси (мутлақ кўрсатма бўлганда);

- **Альдостеромани аниқлаш учун:**

✓ плазмада калий ва натрий нисбатини аниқлаш;

✓ плазмада альдостерон миқдорини аниқлаш;

✓ плазмада ва сийдикда ренин миқдорини аниқлаш;

✓ буйрак усти безларини текшириш (рентген, УТТ, КТ ёки МРТ).

- **Феохромацитомани тасдиқлаш учун:**

✓ қон ва сийдикда адреналин, норадреналин, дофамин ва уларнинг метаболити (ванилилбодом кислотаси) миқдорини аниқлаш (сийдик одатда хуруждан кейинги кунларда текширилиши лозим);

✓ буйрак усти безлари УТТ, КТ ёки МРТ.

- Иценко-Кушинг касаллиги ва синдромини аниқлаш учун:

✓ қонда ва сийдикда 17-кетостероидлар миқдорини аниқлаш;

✓ бош мия, турк эгари рентгенографияси, КТ ёки МРТ;

✓ тунги дексаметазонли синама ўтказиш;

✓ қонда адренокортикотроп гормон миқдорини аниқлаш.

- Диффуз токсик буқоқни аниқлаш учун:

✓ қон таркибида қалқонсимон без гормонлари (Т3, Т4, ТТГ) миқдорини аниқлаш;

✓ қалқонсимон безни УТТ;

✓ ЭхоКГ.

Вазиятли масала:

✓ ҚВПга 30 ёшли эрка кучли бо оғриғи, тунги полиурия, чанқаш, умумий холсизлик, оёқ мушакларида оғриқ ва тиришиш. Анамнезидан 2 йилдан буён касал. Даволанган. Антигипертензив дорилар одатдаги дозаси эффект бўлмаган. Уйланган, тадбиркорр. Кунида 5 6 та сигарет чекади. Овқатланиш тартиби ва парҳезга риоя қилмайда. Отаси ошқозон рака билан оғриган.

✓ **Объектив:** умумий аҳволи ўрта оғирликда. Юзи шишинқираган, мушак тонусии сусайган. Юрак чегаралари чапга 1,5 см га кенгайган, тон бўғиқ, ритмик, аортада 2 тон акциенти. Пульс 99/1мин. АД 150/100 мм рт. ст.

✓

Этап	Талаба қуйидаги ҳаракатларни комплекс равишда бажариши
1	УАШ кабинетида бемор қабули (умумий новербал ва вербал кўникмалардан фойдаланиб)
2	Диққат билан шикоятларини йиғди: Асосий: кучли бош оғриғи, полиурия айниқса кечаси, чанқаш Қўшимча:ҳолсизлик, мушакларда оғриқ, оёқларда тиришиш.
3	Шу касалликни қандай бошланганлигини ва кечишини тарихини диққат билан йиғди: асасий шикояти: юқоридаги шикоятлари 2 йилдан буён безовта қилади.
4	Аҳамиятли маълумотларни ва ҳаёт тарихини диққат билан йиғди: *Уйланган, тадбиркорр. Кунида 5 6 та сигарет чекади. Овқатланиш тартиби ва парҳезга риоя қилмайда. Отаси ошқозон рака билан оғриган.*
5	Хавф омилларини аниқлаш. Бошқариладиган: жинси, ёши, насли Бошқарилмайдиган: чекади, нотўгри овқатланиш
6	Бемор муаммосини аниқлаш: Асосий – АБ ни кўтарилиши, полиурия Қўшимча –ҳолсизлик
7	Обектив кўрикни бошлаймиз: Тери қопламини баҳолаймиз Бошни кўриги

	Бўғимларни ҳолатини кўриш Мушаклар кўриги Лимфатик тугунлар кўриги Бўғимларни фаол ва нофаол ҳаракатини баҳолаш Ўпкани палпацияси ва аускултациясини бажариш Юракни палпацияси, перкуцияси ва аускултациясини бажариш Белни туккилатиш синамасини ўтказиш Неврологик кўрик
8	Бирламчи альдостеронизм. САГ 2 ст.
9	Текширув режаси: 3.1. категория: АБ ни ўлчаш, УҚТ,УСТ, ЭКГ, кўз туби 3.2. категория: ЭхоКГ, Нечипоренко синасаси , конда ренин , қонда альдостерон, калий, натрий қонда, УЗД буйрак усти бези, КТ буйрак усти бези.
10	ҚВП шароитида мустақил бажариладиган текшириш усули. ЭКГ олиш ёки офталмаскопия
11	Лаборатор -инструментал маълумотлар. Интерпретацияси Гемоглобин 123,Эритроцит $4x10^{12}$/л, Лейкоцит $4x10^{9}$/л,Палочкоядерние-1%, Сегментоядерние -45%,Эозинофили -0%, Базофили -1%,Моноцити 5%,СОЭ -4мм/ч Сийдик таҳлили: Миқдори 100 мл, Ранги сариқ, нисбий зичлиги 1020, тиниқлилиги тиниқ, Реакция кислотали, Оқсил абс, ўт пигменти абс, Эпителий 1-2, Лейкоцити-1 Нечипоренко синамаси: - лейкоциты -4000 .Эритроциты 1000 ЭКГ – синусли ритм. ЮУС 95 уд в минуту . чап қоринча гипертрофия белгилари Кўз тубида–ўзгаришларсиз ЭХоКГ- ўзгаришларсиз Ренин, альдостерон, калий ,натрий крови УЗИ буйрак усти бези – буйрак усти бези гиперплазияси КТ буйрак усти бези - буйрак усти бези гиперплазия
12	Қиёсий ташхислаш: гипертония касаллиги билан. Гипертония касаллигига хос – 45 ёшдан катталарда бўлиши, кўпинча аёллар касалланиши, полиурия ва тиришиш хос эмас.
13	Якуний ташҳис: Бирламчи альдостеронизм. Симптоматик артериал гипертензия 2 ст. Категория 2
14	Беморни қайси профилактик гурухига киришини аниқлаш: иккиламчи ва учламчи профилактика.
15	Номедикаментоз даво: натрий чекланган пархез Психо эмоцианал стресслардан холи булиш, тана массасини нормаллаштириш, чекишни

	ташлаш.
16	Медикаментоз даво: верошпирон 100-150мг/сутки. Хирургик даво. Калий Препаратлари (панангин, аспаркам, калий хлор)
17	Стационардан кейин ҚВП га қайта келиш сонини аниқлаш. Қайта боғланув ўрнатиш.
18	Диспансер кузатув гурухини аниқлаш 3с.
19	Профилактикани хамма қадамларини амалий ва назарий намойиш этишш ***Бирламчи профилактика*** - соғлом турмуш тарзини киритиш - зарарли одатларидан кечиш - дам олиш тартибига ахамият бериш - медико-генетик консультации - стрессли ҳолатларни бартараф этиш ***Иккиламчи профилактика:*** - хар йилги профилактик кўрик - хавф омилларини аниқлаш орқали курашиш - бошқа касаллик аниқлангандв «Д» назоратга олиш - самараси исботланган дорилар билан даволаш, дориларни гурухи ва дозасини индивидуал танлаб, давомийлигини ва узлуксизлигини назолат қилиш. - хаёт сифатини сақлаш. ***Учламчи профилактика:*** - даволашда ва дорила танлашда хар бир беморга алоҳида ёндашиш - самараси исботланган дорилар билан даволаш, дориларни гурухи ва дозасини индивидуал танлаб, давомийлигини ва узлуксизлигини назолат қилиш. - ногиронликни хал қилиш
20	Диспансеризатцияни касаллика хос хамма қадамларини амалий ва назарий намойиш этишш Диспансеризация- соғлом ахоли орасида динамик кузатиб, касалликларни арта аниқлашдан ва комплекс даволашдан иборат. Д1-соғлом Д2-амалий соғлом Д3 сурункали касаллиги бор ва давога муҳтож беморлар бирламчи альдостеронизм. Симптоматик артериал гипертензия 2 ст 2-4марта йилига УАШ ва эндокринологу кўриги. кардиолог офтальмолог 1 марта йилида Текширувлар : УҚТ 2 марта йилида, ЭКГ, юрак рентгени 1 марта йилида.

2. Бемор С., 30 ёш шикоятлари: бош оғриғи, кўриш ёмонлашуви, умумий холсизлик. 3 йил олдин шамолашдан кейин оёқ ва юза шиш кузатилган, тезда ўтиб кетган. Ангини ўтказгандан сўнг ахволи ёмонлашган. Объектив: тери қопламлари тоза, рангпар, юзи шишинқираган. Ўкада визикуляр нафас сусайган. Юрак онлари бўғиқ, ритмик. Пульс-78

уд в 1 мин. АБ 210/120 мм рт. ст. УҚТ: Hg 100 г/л, эритроцитлар- 3,0 х10^{12}/л, лейкоцитлар 7,8х 10^{9}/л, ЭЧТ -35 мм/с. Сийдик Анализи: нисбий зичлиги - 1016; оқсил 3,5 г/сутка; лейкоцитлар 5-6/1, ўзгарган эритроцитлар 16-18/1, гиалинли цилиндрлар 1-2-3/1, донадор 0-1-2/1.

1.Буйрак паренхиматоз АГнинг асосий клиник ва лаборатор белгиларини сананг

2 Сизнинг ташхисингиз;

3. Текширув режаси

4. УАШ тактикаси ва даволаш.

Бемор С. 46 ёш, кардиология бўлимига бош оғриғи, кўз олди жимирлаши, холсизлик, кўкрак қафасида санчувчи оғриқ шикоят қилиб келди. Анамнезидан: 2 йилдан буён даврий АБ ни 160/95 мм.рт.ст. гача ошган, даволанмагань. Охирги вақтларда минструал цикл бузилиши кузатилган. Онаси 64 ёшида инсултдан ўлган. Аҳволини бундай тез ёмонлашувини ишидаги келишмовчилик билан боғлайди. Объектив: бемор ортиқча вазнли, безовта. Юрак тонлари бўғиқлашган, ритмик. ЮУС ва пульс 90 та 1 мин, АД 170/100 мм рт.ст.

1. АГ билар билан кечувчи 5 тадан кам бўлмаган касалликни сананг;

2. Бу беморда қандай хавф омилларини топдингиз;

3. Сизнинг ташхисингиз;

4. Текширув режаси ва даволаш.

7. Бемор С. 34 ёш , УАВга кучли бош оғриқ хуружлари, юрак уриб кетиши, титраш, тана қизиб кетиши, куп терлаш ва қон босими 250/130 мм.сим.устгача кутарилиши билан мурожат қилди. Хуруж 15-20 дақиқа давом этиб, мустақил ўтиб кетади. Бирламчи шикоятлар 3 йил олдин бошланган. Хуруждан ташқари вақтларда ўзини соғлом хис қилади. Гипотензив припаратлар: резорпин, клофеллин самара бермаган.

Объектив: кўрик вақтида қониқарли. Пульс 88 марта дақиқада, ўртача таранглиқда. АБ 140/90 мм.сим.уст. юрак тонлари баланд, аортада иккинчи тон акценти. Окулист кўзда гепертоник ангиопатия белгиларини аниқлади.

1. АБ ошиши билан кечадиган эндокрин касалликларни сананг.
2. Сизнинг тахминий ташхисингиз.
3. Ташхисни тасдиқлаш учун асосий клиник лаборатор белгиларни сананг.
4. Қайси гурух гипотензив воситалар беморга тавсия этилади.

8.Бемор Н, 40 ёш. Шикоятлари: чакка-энса сохасидаги бош оғриғи, хансираш, юрганда юрак уруб кетиши.Юракинг зўриқиб ишлаши, мушак холсизлиги, томоқда тиқилиш хисси, терлаш, ёмон уйқу, озиб кетиш, менструаль цикл бузилишига. Зоб бўйича 8 йилдан буён эндокринологда даволанади. Қон босими охирги йилда 160/90 мм.сим.устгача кўтарилган. Объектив: холати ўрта оғирликда, тери қоплпмлари рангпар, нам, кўл бармоқларида енгил тремор. Ўпкада везикуляр нафас. Юрак чегараси чап томонга 2 см кенгайган, аортада иккинчи тон акценти.

Юрак чўқи туртқиси кенгайган. Аускуьтатсияда тонлар баланд, экстрасистолия хисобига норитмик, чўққида 1тон кучайган, систолик шовқин. ЮУС ва пульс 100 марта. АБ 160/90 мм.сим.уст. шиш йўқ.

1. Ушбу беморда қон босиминин ошиши нима билан боғлик.(аниқ механизмини курсатинг.
2. Ташхис қўйиб, асосланг.
3. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай лабаратор ва инстументал текширувлар ўтказилиши зарур.
4. УАШ тактикаси ва даволаш

Назорат саволлари.

1. ГКда асосий хавфли омиллар.
2. Артериал гипертонияни қиёсий ташхислаш.
3. ГК ташхислаш мезонлари.
4. ГК ташхислаш мезонлари.
5. Буйрак АГ ташхислаш мезонлари.Диагностические критерии почечной АГ.
6. Ёмон сифатли АГ ташхислаш. Диагностика злокачественной АГ.
7. УАШ тактикасиТактика ВОП при артериальной гипертонии.
8. Буйрак АГни қиёсий ташхиси.Дифференциальная диагностика почечной АГ.
9. Гипотензив дори воситаларинг асосий гурухлари.Основные группы гипотензивных препаратов.
10. Диуретикларни таъсир механизми.Механизм действия диуретиков.
11. . В-блокаторларни таъсир механизми..
12. АПФ ингибитирларининг таъсир механизми.
13. Кальция антогонистлари таъсир механизми.

15-мавзу. Юрак соҳасида оғриқ. НЦД, умуртқа поғонаси кўкрак қисми остеохондрози, қовурғалар аро невралгияси, кўкрак қафаси жароҳатлари, ўраб темираткиларни қиёсий ташхислаш. УАШ тактикаси.

Таълим бериш технологиясининг модели

Машғулот вақти 4 соат	Талабалар сони : 10-12 тагача
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Дарс структураси	9. дарс кабинети. 10. Кабинет ЭКГ 11. Укув пособияси, фантомлар, муляжлар, материаллар, 12. Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа
Дарс максади: замонавий диагностика ва дифференциал диагностика асосида УАШни ургатиш, миокардит ва миокардиодистрофиянинг асосий даволаш усуллари, асосий перикард касалликлари ва упка артерияси тромбоэмболияси аорта аневризмаси ,асосий физикал курсаткичлари ва согликни саклашни биринчи бугинида килинадиган чора тадбирлар. УАШнинг «Квалификацион характеристикаси»	
Машгулот режаси Юрак соҳасида оғриқ. НЦД, умуртқа поғонаси кўкрак қисми	**Укув натижалари:** ***Талабанинг вазифаси: УАШ*** **билиши керак:**

остеохондрози, қовурғалараро невралгияси, кўкрак қафаси жароҳатлари, ўраб темираткиларни қиёсий ташхислаш. УАШ тактикаси. 5. саволларни мухокама килиш . 6. **Юрак соҳасида оғриқ. НЦД, умуртқа поғонаси кўкрак қисми остеохондрози, қовурғалар аро невралгияси, кўкрак қафаси жароҳатлари, ўраб темираткиларни** касалларда намойиш килиш. 7. УАШни квалификацион характеристикасини белгиловчи саолларни мухокама этиш. 8. Даволаш принципини муҳокама этиш (номедикаментоз ва медикаментоз). 5 Диспансер назоратини ва КВП ёки ОП да бемор мониторингини белгилаш. 6. Бу касаллик учун бирламчи, иккиламчи, учламчи профилактика .	6. Дифференциал диагностикаси Юрак соҳасида оғриқ. НЦД, умуртқа поғонаси кўкрак қисми остеохондрози, 7. Юрак соҳасида оғриқ. НЦД, умуртқа поғонаси кўкрак қисми остеохондрози**,** Диагностика , дифференцировкаси клиникада ва ЭКГ даги куриниши . 8. Юрак соҳасида оғриқ. НЦД, умуртқа поғонаси кўкрак қисми остеохондрози ёрдам курсатиш. **<u>УАШ қила олиши керак:</u>** 4. Юрак соҳасида оғриқ. НЦД, умуртқа поғонаси кўкрак қисми остеохондрози дифференциал диагностика. 5. Юрак соҳасида оғриқ. НЦД, умуртқа поғонаси кўкрак қисми остеохондрози диагностикаси, киёсий клиник манзараси ва ЭКГ даги куриниши . 6. Юрак соҳасида оғриқ. НЦД, умуртқа поғонаси кўкрак қисми остеохондрози ёрдам курсатиш. 9. Даволаш принципи (медикаментоз ва но медикаментоз). 10. Диспансер назоратини ва КВП ёки ОП да бемор мониторингини ташкил килиш. 6.Бу касаллик учун бирламчи, иккиламчи, учламчи профилактика .
Ўргатиш методи	«айлана стол» усули, демонстрация, дискуссия, сухбат, тестлар ечиш ва вазиятли масала
Ўкув услубий кулланмаси	Индивидуал, гурух, жамоа, аудитория ва аудиториядан ташкарида ишлаш.
Укув ургатиш кулланмалари	Укув таркатма куроллари, муляжлар, медицина карталари, таблицалар.
Кайта богланиш қўлланмалари ва усуллари	Блиц-савол, тест, вазифалар презентацияси, тулдирилган медицина карталари, амалий кўникмаларни бажариш.

5.3. Амалий машғулотнинг технологик картаси.

	Амалий машгулот боскичлари	Дарс форма	Дарс

		Утказиладиган жойи	**вакти 200**
1	Кириш		10
2	Янги педагогик технология асосида амалий машгулотни мухокама килиш, (касаллик тарихи, таблицлар, плакатлар, рентгено-грамма).	Савол-жавоб, мухокама *Дарс хонаси,палаталар*	40
3	Мухокама жараени		10
4	Амалий кисмни бажариш учун вазифаларни аниклаш ва касаллик тарих варкасини тўлдириш.	Мавзуга оид беморни палатада мухокама килиш.	20
5	Ўкитувчи назорати остида амалий мавзуни мухокама килиш	Вазиятли масала асосида касаллик таихини тўлдириш. *Палатада кўздан кечириш.*	20
6	Шикоятлари, умумий кўрик УКТ УСТ, пальпация, перкуссия, аускультация, маьлумотларни интерпритация килиш.	Касаллик тарихи лаборатор текширув Вазиятли масала	25
7	Талабани назарий ва амалий билимини аниклаш материалларни бириктириш ва баҳолаш.	Амалий куникма огзаки савол тест *Дарс хонасида.*	55
8	Амалий машгулотни хулосасини аниклаш. 100 балл системасида бахолаш.Кейинги амлий машгулот буйича уйга топшырма.	Мустакил иш буйича маьлумотлар ва саволлар *Дарс хонасида.*	25

НЦД функционал холат бўлиб юрак кон-томир системаси томонидан кузатиладиган ўзгаришлар билан кечади. Ўспирин ва ёшларда ушбу холатни сабаби жисмоний ривожланиш ва вегетатив тизимнинг нейроэндокрин регуляцияси шакилланиш жараёнини носозлиги деб кабул килиш мумкун. Ҳар ҳил ёшда НЦД сабабчиси бўлиб ўткир ва сурункали инфекцион касалликларини ва интоксикация асорати натижасида астенизация холатлари шаклланиши, кам уйқулик, тартибсиз овқатланиш,жинсий ҳаёт, жисмоний фаоллик (гиподинамия ёки жисмоний зўриқиш). Бир қатор беморларда патологик вазоматор жавобга наслий моинлик аҳамияга эга. Клиник кўриниши кўпинча неврозга хос белгилар(тез чарчаш, холсизлик, кам уйкулик,жаҳилдорлик) ҳамда циркулятор функионал бузилишлар билан намоён бўлади.

Клиник кўриниш турига караб НЦД кардиал, гипотензив, гипертензивларга бўлинади.

НЦД Кардиал типида юрак тез уриши, юрак уруши бузилиши, шикоятлари мавжут бўлса ҳам ҚБ ўзгаришсиз қолиши, баъзи ҳолатларда жисмоний зўриқишда нафас қисиши, объектив текширувда юрак фаолияти ўзгаришлари – тахикардияга мойинлик, яккол

намоён бўлган нафас аритмияси, қоринча усти экстрасистолияси, пароксизмал тахикардия, баъзида ЭКГда Т тишчанинг баланд ёки пасайганлиги аниқланади.

НЦД Гипотензив типи сурункали қон-томиретишмовчилиги белгилари билан кечади (систолик АД 100 мм рт. ст. пастлиги) бунинг асосида вена гипотензияси, камроқ холатларда артериялар гипотензияси ётади. Кўпчилик беморларда переферик қон-томир қаршилиги баландлигида юрак отиш кучи пастлиги аникланади (факат 25% холатларда юрак зарб ҳажми кучи баландлиги аникланади). Баъзи беморларда симпатик фаоллик пасайиши аниқланади. Кўп ҳолатларда тез чарчашга, мушак холсизлиги,бош оғриғига (оч қолиш сабабли), оёқ - қўл увишиши, ортостатик бузилишларга мойиллик ҳушдан кетиш ҳолатигачан. Кўп беморлар астеник тана тузилишга эга: териси рангпар, қўл кафтлари муздек ва нам, ортостаз холатида тахикадия ва пульс ҚБ пастлиги. НЦД Гипертензив типи ҚБ транзитор кўтарилиши, шу билан биробарин беморларни холати ўзгармайдива бу холат биринчи бўлиб тиббий кўрик пайтида аникланади. Баъзи холатларда беморлар тез чарчашга, бош оғригига, юрак тез уришига шикоят қилиши мумкун. НЦДнинг ушбу шакли чегарадош артериал гипертензияга хос белгиларга тўгри келади.

Биринчи бўлиб даволаш ишлари асосий касалликга йўллантирилган бўлиши лозим (невроз, патологик климакс ва ҳ.к.), патогенетик даво (седатив препаратлар, зарур бўлса холинилитиклар, адренорецептор блокаторлари, симптоматик даво гипотензив, антиаритмик ва бошқалар. Барча ҳолатларда кун тартиби тўгри шакилланиши керак ишлаш, дам олиш, тўлиқ уйқу, жисмоний ҳаракат(сузиш, ёнгил атлетика),чиниқиш. Шу билан биробарин физиотерапия, бальнеотерапия, санатор-курорт даволаниш кўланиши зарур.

Вегетатив кризларни даволаш 10 мг седуксен парентерал юбориш билан бошланади. Адренергик кризда бета-адреноблокаторлар тавсия этилади (масалан, парентерал ёки ичишга индерап), диастолик АД яккол кўтарилганда альфа-адреноблокаторлар (фентоламин, тропафен). Холинергик кризда тери остига атропин, платифиллин қилинади, кўшимча ҚБ яккол кўтарилишида, нафас қўзгалишида—ганглерон.

Умуртқа поғонаси касалликлари ва аномалиялари билан боғлиқ бўлган оғриқлар қиёсий ташхислаш нуқтаи назаридан (айниқса стенокардиялар билан) тиббиётнинг муҳим муаммоларидан бири ҳисобланади ва кўкракқафасидагиоғриқларнинг 3/1 қисмини ташкил этади. Келиб чиқиш сабабига кўра бирламчи ва иккиламчи вертеброген оғриқлар фарқланади. Биринчиси умуртқа поғонасининг бўйин ва кўкрак қисмидаги дегенератив дистрофик ўзгаришлар билан боғлиқ бўлиб, остеохондроз (умуртқалараро дискдаги дистрофик ўзгаришлар), спондилёз (умуртқа танасида қўшимча суякли ўсмаларнинг пайдо бўлиши), спондилоартроз (умуртқалараро бўғим артрози) кўринишида кечади. Иккиламчи вертеброген оғриқлар эса умуртқа поғонасининг турли касалликларида (инфекцион, яллиғланишли, онкологик, метаболик, травматик ва ҳокозо) шикастланиши натижасида юзага келади. Кўкракқафасидагиоғриқларга идиопатик спондилопатия (ўсмирларда дорсал кифоз ёки Шайерман-Май касаллиги), анкилозловчи спондилоартрит (Бехтерев касаллиги), умуртқа поғонаси остеопорози (умуртқа поғонасида кальций

миқдорининг камайиши), травматик, кам ҳолларда эса инфекцион зарарланишлар ва ўсмалар (бирламчи ва метастатик) сабаб бўлиши мумкин.

Умуртқа поғонаси бўйин ва кўкрак қисми остеохондрозида 50 % га яқин беморлар кўкрак қафасиоғриқларга шикоят қиладилар ва у чаптомонда жойлашганида ЮИК га шубҳа туғилади. Торакалгия келиб чиқишига ушбу соҳанинг ўзига хос анатомик тузилиши сабаб бўлади. Умуртқа поғонаси бўйин қисми умуртқалари кўндаланг ўсимталари илдизлари орасидаги туйнукдан симпатик нерв толалари билан ўралган чап ва ўнг умуртқа артериялари ўтади. Бўйин остеохондрозида дегенератив ўзгаришлар 30-40 ёшлардан бошланиб, умуртқа поғонасини харакатга келтирувчи умуртқалараро диск, бўғимлар, бойламлар ва бошқа тўқималарни қамраб олади. Ушбу ўзгаришлар оқибатида нерв толаларининг қўзғалиши бўйин, энса ва кўкрак соҳасида оғриқлар пайдо бўлишига олиб келади. Айрим ҳолларда остеохондрознинг клиник намоёнбўлиши (жумладан, кардиалгия) умуртқалараро диск чурраси билан боғлиқбўлиши мумкин.

Умуртқа поғонасининг кўкрак қисми нисбатан кам харакат бўлганлиги сабабли, дегенератив ўзгаришлар яққол намоён бўлмайди ва шу сабабли кўкракқафасидагиоғриқлар нисбатан камроқ кузатилади. Оғриқлар тўмтоқ ва диффуз характерга эга бўлиб, баъзан ўткир илдизча синдроми билан ҳам кечиши мумкин. Бемор йуталганда, акса урганда, тана ҳолатини ўзгартирганда оғриқлар кучаяди.

Умуртқа поғонаси нерви синдроми умуртқа поғонаси тоғай ва суяк қисмидаги ўзгаришларни унинг артерияси симпатик чигаллари таъсири оқибатида юзага келади ҳамда 30-50 ёш оралиғидаги аёлларда 2-3 марта кўпроқ кузатилади. Умуртқа поғонаси нерви синдроми билан кўпроқ, қўл ва бўйин мушаклари бир хил ҳаракатда бўладиган (ҳайдовчилар, бўёқчилар, шувоқчилар, тиббиёт ҳамширалари) ёки оғирюк кўтарадиган (бетон қорувчилар, мунтазам оғиржисмоний мехнат билан шуғулланадиганлар) кишилар оғрийдилар. Касалликнинг клиник белгиси куйидаги синдромлар билан намоён бўлади:

- ✓ оғриқ, жумладан, кардиалгия;
- ✓ кохлеар - вестибуляр ўзгаришлар;
- ✓ кўришнинг бузилиши.

Кўкрак қафасидагиоғриқлар беморларнинг ярмида учраб, уларнинг 100% да бўйин ва бош оғриқлари кузатилади ҳамда ваҳимали депрессив ҳолатлар билан бирга кечади. Қон босими лабил бўлиб, унинг кўтарилишига мойиллик, совуқ тер чиқиши билан кечади. Ушбу ҳолда кузатиладиганоғриқларга нитроглицерин самара бермайди.

Кохлеар-вестибуляр ўзгаришлар эшитишнинг бузилиши билан кечувчи бош айланиши, вегетатив реакциялар (кўнгил айниши, қайт қилиш, юз оқариши), ҳаракатдаги енгил бузилишлар каби белгилар билан намоён бўлади. Кўришнинг бузилиши эса кўзда оғриқлар, унга ёт жисм тушганлик ҳисси кўринишида учрайди. Сўнги қайд этилган икки гурух синдромлар ва ЭКГда (жумладан, юклама билан туширганда ҳам) ўзгаришлар аниқланмаслиги, ушбу касалликни ЮИК ва бошқа этиологияли кўкрак қафасидаги оғриқлардан фарқлаш имконини беради.

Бўйин илдизча синдромлари - радикулопатиялар умуртқалараро диск чуррасида кузатилиб, патологик жараён кўпроқCV- CVIёки CVI–CVIIIда жойлашиб, тана ҳаракати билан боғлиқ бўлади. Оғриқларнинг узоқвақт давом этиши ҳамда баъзан парестезиялар

билан кузатилиши, Спурлинг (бемор бошини шикастланган томонга эгиб, унга юклама берилганда, шикастланган нерв толаси бўйлаб оғриқлар ва парестезияларнинг кучайиши) ҳамда Ласега (бемор бошини соғ томонга эгиб, уни босганда, шикастланган нерв толаси бўйлаб оғриқлар ва парестезияларнинг кучайиши) симтомлари ва Бертш синамаси (бўйин умуртқа поғонаси қўл билан ёки махсус мослама ёрдамида тортганда, оғриқ ва парестезияларнинг камайиши) мусбатлиги радикулопатиялар мавжудлигидан далолат беради.

Умуртқа поғонаси кўкракқисми остеопорози суякларнинг мўртлашишининг зўрайиб бориши ва синишга мойилликка олиб келувчи тизимли метаболик касаллик бўлиб, ҳозиргивақтда тиббиётнинг долзарб муаммолоридан бири ҳисобланади. Унда кузатиладиган суяклардаги ўзгаришлар ривожланишида қуйидаги омиллар муҳим аҳамиятга эга:

- ✓ фарзанд кўрмаган ёки кам болали аёллар;
- ✓ нозик тана тузилишига эга бўлган аёллар;
- ✓ хайз кўриши муддатидан аввал тўхтаган аёллар;
- ✓ узоқвақт давомида глюкокортикостероидлар қабул қилган беморлар;
- ✓ айрим касалликларга (тиреотоксикоз,Иценко-Кушинг касаллиги ёки синдроми, жигар ва буйрак патологиялари) чалинган беморлар;
- ✓ тана вазни индекси <19- кг/м^2 бўлганлар.

Остеопорозда беморлар аввал умуртқа поғонасининг кўкракқисмида нохушлик ёки оғирлик сезадилар. Кейинроқ енгил ва ўрта даражадаги оғриқ синдроми безовта қила бошлайди. Узоқ муддат ўтириш, тик туриш, керилиш оғриқни кучайтиради. Оғриқлар баъзан кучли характерга эга бўлиб, йўталганда, акса урганда, тана ҳолатини ўзгартирганда кучайиб вегетатив (тахикардия, Қ\Бнинг кўтарилиши, совуқ тер ажралиши) ўзгаришлар билан кечади. Объектив кўрикда кифоз ёки сколиоз аниқланиши мумкин.

Анкилозловчи спондилоартрит (Бехтерев касаллиги). Кўпроқумуртқа поғонаси ва икки томонлама сакроилеит билан кечувчи ушбу касалликда 20% ҳолларда юрак қон-томир тизими зарарланади. Беморларда аортит, аорта қопқоқчаларининг шикастланиши сабабли юзага келган стенокардия белгилари кузатилади. Кўз тўр пардасининг шикастланиши ҳам ушбу касалликка хос белгилардан бири ҳисобланади.

Юқорида қайд этилган касалликлардан ташқари, кўкракқафасидагиоғриқларга сил касаллиги (жараён умуртқа поғонасида жойлашганда, бирламчи ўчоқ мавжудлиги, касалликка хос рентген ўзгаришлар), умуртқа поғонаси ўсмалари (оғриқлар олдин енгилроққейинчалик чидаб бўлмас даражада бўлиши, парез ва параличлар кузатилиши), миелом касаллиги, умуртқа поғонаси кўкракқисми жароҳатлари ва унинг туғма нуқсонлари (сколиоз, кифоз) ҳам сабаб бўлиши мумкин. Уларга шубҳа бўлганда, УАВ беморларни тегишли мутахассисга юбориши лозим.

Юқорида санаб ўтилган касалликларда кўкракқафасида кузатиладиганоғриқ синдромини (кардиалгия) стенокардия билан қиёсий ташхислаш лозим ва у қуйидаги 8-жадвалда келтирилган.

Умуртқа поғонаси касалликлари ва нуқсонлари ҳамда стенокардияларни солиштирма ташхиси

Белгилар	Кўкракқафасида кузатиладиганоғриқ (кардиалгия)	Стенокардия
Беморда юрак қон-томир касалликларига олиб келувчи хавфли омилларнинг мавжудлиги	Йўқ	Мавжуд
Оғриқларнинг жойлашиши	Елкада ва кураклар орасида жойлашган бўлиб, юрак соҳасига узатилади	Оғриқлар тўш ортида жойлашган бўлиб, чап кўлга, бўйинга ва пастки жағга узатилади
Оғриқларнинг бош, қўл ва умуртқа поғонасининг бўйинқисми ҳаракати билан боғлиғлиги.	Боғлик	Боғлиқ эмас
Оғриққуружларнинг давомийлиги	Узоқвақт	5-20 дақиқа давомида
ЭКГдаги ўзгаришлар (жумладан, юклама билан ўтказилганда)	Ўзгаришлар аниқланмайди	Миокард ишемиясига хос бўлган ўзгаришлар
Вертебрал синдром	Мавжуд	Йўқ
Нитроглицерин самарадорлиги	Самарасиз	Самарали
Умуртқа поғонаси касалликларини даволашда кўлланиладиган дориларнинг самарадорлиги	Аксарият ҳолларда самарали	Самарасиз

УАВ умуртқа поғонаси касалликлари ва нуқсонлари мавжуд бўлган беморлар мурожаат қилганда, юқорида баён этилган хасталикларнинг клиник белгилари билан бир қаторда уларни ташхислашда қўлланиладиганқўшимча текшириш усуллари, даволаш тамойиллари ва зарурият бўлганда, тегишли мутахассисларга юбориш учункўрсатмаларни билишлари керак. 9-жадвалда ушбу маълумотлар қисқача ёритилган.

Умуртқа поғонаси касалликлари ва нуқсонларини ташхислашда тавсия этиладиган қўшимча текшириш усуллари ва уларни даволаш тамойиллари.

	Касалликлар	Текшириш усуллари	Даволаш тамойиллари
1	Умуртқа поғонаси бўйин ва кўкрак қисми остеохондрози	Умуртқа поғонаси бўйин ва кўкрак қисми рентгенографияси ва МРТ (кўрсатмалар бўлганда)	НЯҚВ, анальгетиклар (трамал кунда 100-200-мг), оғир ҳолатларда (қовурғалараро невралгия кузатилганда) узоқ таъсир этувчи анастетик билан (бупивакаин 0,25 -0,5%) блокада, физиотерапия муолажалари.

2	Умуртқа поғонаси нерви синдроми	Умуртқа поғонаси бўйин ва кўкракқисми рентгенографияси ва МРТ (кўрсатмалар бўлганда)	НЯҚВ ва анальгетиклар (касалликнинг қўзиш даврларида). Нерв тўқимаси микроциркуляцияси ва метаболизмини яхшиловчи дорилар (кавинтон, инстенон, актовегин, кортексин, пирацетам). Бош айланишларида бетасерк ёки вертигохель, ваҳима ва уйқу бузилишлари кузатилганда кичик дозаларда антидепрессантлар ва физиотерапия муолажалари, сузиш, гимнастика.
4	Бўйин илдизча синдроми-радикулопатия-лар	Умуртқа поғонаси бўйин ва кўкракқисми рентгенографияси ва МРТ (кўрсатмалар бўлганда)	НЯҚВ ва анальгетиклар (касалликнинг қўзиш даврларида). Бош айланишларида бетасерк ёки вертигохель, ваҳима ва уйқу бузилишлари кузатилганда, кичик дозаларда аитидепрессантлар ва физиотерапия муолажалари, сузиш, гимнастика. Мия босилиши белгилари кузатилганда, беморни хирургик даволашга юбориш.
5	Умуртқа поғонаси кўкракқисми остеопорози	Умуртқа поғонаси бўйин ва кўкракқисми рентгенографияси ва МРТ (кўрсатмалар бўлганда) суяклар денситометриясини ўтқазиш билан. Ҳозирги вақтда ушбу касалликни ташхислашда олтин стандарт сифатида биоэнергетик рентген абсорбциометриясидан фойдаланилади	Ётоқ режими (синишлар кузатилганда), анальгетиклар, маҳаллий қуруқ иссиқ компресс. Оғриқ камайгандан сўнг енгил массаж, ультратовуш, магнит майдони ва бошқалар. Профилактика мақсадида кальций сақловчи таомлар мунтазам, жисмоний тарбия, синиш ва чиқишларни олдини олиш, чекишдан воз кечиш, спиртли ичимликлар вақаҳва

			истеъмол қилишни камайтириш тавсия этилади
6	Анкилозловчи спондилоартрит (Бехтерев касаллиги)	Умуртқа поғонаси бўйин ва кўкракқисми рентгенографияси ва МРТ (кўрсатмалар бўлганда)	НЯҚВ, сульфасалазин (базисдорисифатида), физиотерапиямуолажалари, сузиш, нафасгимнастикасивабошқалар
7	Сил спондилити	Умуртқа поғонаси бўйин ва кўкракқисми рентгенографияси ва МРТ	Даволаш мутахассислар томонидан ихтисослаштирилган бўлимларда силга қарши дори билан ўтказилади
8	Умуртқа поғонасинингКўкракқисми ўсмалари	Умуртқа поғонаси бўйин ва кўкракқисми рентгенографияси ва МРТ	Даволаш мутахассислар томонидан ихтисослаштирилган бўлимларда ўтказилади
9	Миелом касаллиги	Умумий қон ва сийдик (Бенс-Джонс оқсилини топилиши) таҳлили, умуртқа поғонаси, чаноқ суяклари, бош мия рентгенографияси ва МРТ, тўш суяги пункцияси	Даволаш мутахассислар томонидан ихтисослаштирилган бўлимларда ўтказилади
10	Умуртқа поғонаси кўкракқисми жароҳатлари ва унинг туғма нуқсонлари	Умуртқа поғонаси бўйин ва кўкрак қисми рентгенографияси ва МРТ	Даволаш мутахассислар томонидан ихтисослаштирилган бўлимларда ўтказилади

Илова:кўкрак қафасидаги оғриқ синдроми билан мурожаат қилган ушбу гуруҳдаги барча беморлар ЭКГ текширувидан (кўрсатма бўлганда, юклама билан) ўтказилиши лозим.
Ушбу касалликларнинг бирламчи профилактикаси мунтазам равишда жисмоний тарбия, сузиш, парҳезга риоя қилиш, тана вазнини камайтириш, бирламчи инфекция ўчоқларини бартараф этишдан иборат.

Умуртқа поғонасидан ташқари кўкрак қафаси суяклари ва мушакларигабоғлик бўлган оғриқлар.

Кўкрак қафаси суяк-қовурға тузилмалари зарарланишибилан боғлиқоғриқ синдроми суяк-қовурға зарарланишлари (остеохондрит) оқибатида кузатиладиган оғриқлар (илгари қовурғалараро невралгиялар деб номланган), аксарият ҳолларда ноқулай ҳаракат қилганда ва ўтирганда, йўталганда пайдо бўлиб, нафас олганда кучаяди. Зарарланган соҳа пайпасланганда оғриқ аниқланади, маҳаллий анестетиклар ёки

кортекостероидлар қўлланилганда, бемор енгиллик сезади.Кўкракқафаси суяк-қовурға тузилмалари зарарланишиниг қуйидаги клиник синдромлари мавжуд:

- ✓ Титце синдроми;
- ✓ қовурға-тўш синдроми (костохондрит, костостернал хондродиния);
- ✓ олдинги қовурға синдроми;
- ✓ ксифоидалгия.

Титце синдромида 2,3,4 қовурғаларни олдинги учини, айрим ҳолатларда ўмров-тўш суяги бирикмасининг ҳавфсизўсмасимон йўғонлашиши ёки оғриқли бўлиши кузатилади. Титце синдроми аксарият ҳолларда 40-50 ёшдаги (кўпинча эркаклар) кўпроқ жисмоний иш ва спорт билан шуғулланган аҳоли орасида учрайди. Оғриқлар кўкракқафасининг юқори қисмида (кўпроқ чап томонда) жойлашган бўлиб, ўткир ёки симмилловчи характерга эга бўлади ва узоқвақт давом этади. Одатда беморлар оғриқларнинг жойлашиш жойини аниқ кўрсатадилар. Кўрикда шикастланган соҳада шиш аниқланади ва пайпаслаганда оғриқ кучаяди. Беморнинг шикояти, объектив кўрик вакўкракқафаси рентгенографияси натижаларига асосланган ҳолда ташхис қўйилади. ДаволашдаНЯҚВ ва анальгетиклар қўлланилади.

Қовурға - тўш суяги синдроми - аксарият ҳолларда 2 ва 3 қовурғалар тоғай қисми шикастланиши билан кечувчи ушбу синдром 40 ёшдан катта бўлган аёллар орасида кўпроқ учрайди. Оғриқлар асосан кўкракқафасини олдинги деворида чап тўш олди соҳасида жойлашади ва унинг ҳаракатида кучаяди. Қовурға-тўш суяги синдромида бир қанча оғриқли соҳалар мавжуд бўлиб, объектив кўрикда шиш ва яллиғланиш белгилари кузатилмайди. Даволашда НЯҚВ, анальгетиклар ва физиотерапия муолажаларидан фойдаланиш яхши самара беради.

Олдинги қовурға синдромида жароҳатланиш ёки кўкракқафасини кескин буриш натижасида айрим ҳолларда IX ва VIIIқовурғаларнинг тоғай қисмининг ярим чиқиши кузатилади. Бунда кучли оғриқ билан бир қаторда, ушбу қовурғаларолдинги қисмининг ҳаракатчанлиги аниқланади.

Ксифоидалгиягатўш суяги ханжарсимон ўсиғини пайпасланганда ва бемор ярим ўтирган ҳолатда бўлганда кучли оғриқ пайдо бўлиши хос. Оғриқ меъёридан ортиқ таом истеъмол қилганда, энгашганда, керишганда ёки кўкракқафасини айлантирганда кучаяди .*Даволаш:*НЯҚВ, анальгетиклар ва физиотерапия.

Кўкрак қафаси миофасциал оғриқ синдроми УАВ фаолиятида қуйидаги катта ва кичик кўкрак мушаги, тўш суяги, олдинги нарвонсимон, аррасимон, куракларни кўтарувчи мушаклар кўринишидаги миофасциал синдромлар учраши мумкин. Санаб ўтилган барча ҳолатларда беморлар шикастланган мушак соҳаларидаги оғриқларга шикоят қиладилар. Оғриқ синдроми чап томонда жойлашганда, ЮИК ни истисно қилиш мақсадида, бемор анамнезини, оғриқ хусусиятларини мукаммал ўрганиш ва кўрсатмаларни инобатга олган ҳолда қўшимча текшириш усулларини (ЭКГ тинч ҳолатда ва юклама билан, холтер ЭКГ, ЭхоКГ) ўтқазиш лозим. *Даволаш*: НЯҚВ, анальгетиклар.

Қамраб олувчи темиратки.Қўзгатувчиси ДНК-сақловчи дерматонейротроп вирус VaricellaHerpesбўлиб, қуйидаги белгилар ушбу касалликка хос ҳисобланади:

- кўкракқафасининг бир томонида ўта кучли оғриқлар;

- шикастланган соҳада куйдириш ҳисси ва гиперестезия;
- баъзан гипостезия ва анестезия;
- зарарлангансоҳада қизариш камари билан ўралган эритематоз папула ва везикулалар.

Даволаш: вирусга қарши воситалар (ацикловир 400 - 800 мг дан кунига 5 марта 7-10 кун давомида ёки валацикловир кунига 1000 мг дан 3 марта, фамцикловир 800 мг 5 марта), анальгетиклар, НЯҚВ.

Герпесдан кейинги невралгия. Герпетик тошмалар билан пайдо бўлган кўкракқафасида оғриқлар 50% беморларда йўқолмасдан, 3 ой ва ундан кўпроқвақт давомида сақланиб қолади. Ушбу невралгия қуйидаги белгилар билан кечади:
кўкракқафасида доимий ачитувчи, куйдирувчи хуружсимоногриқларнинг мавжудлиги;
- шикастланган соҳа тери қопламига тегиб кетилганда, оғриқларнинг кучайиши;
- айрим ҳолларда чидаб бўлмайдиган даражада қичиш безовта қилиши;
- гиперстезия, гипостезия ёки анестезия соҳаларини аниқланиши.

Ташхис анамнез, клиник белгилар, кўрсатмага кўра ўтқазилган кўкракқафаси рентгенографияси ва умуртқа поғонаси кўкракқисми МРТ хулосаси хамда ички аъзолар УТТ натижаларига асосланган ҳолда қўйилади. *Даволаш.* антидепрессантлар, пароксизмал оғриқ хуружларида қўшимча карбамазепин (финлепсин), антиэпилептик воситалар (ламотриджин, габапентин). Улар самара бермаганда, мексилетин (кунига 200 - 600 мг) ёки т/и 5 мг/кг миқдорда лидокаин томчилаб юборилади.

Вазиятли масалалар:

Вазифа

КВП га уйдан чакирик тушди. Эркак киши 58 ёшда, юрак сохасидаги хуружсимон огрик безовта килади, давомийлиги 30 дакика, чап елка ва кулга иррадиация килади, улимдан куркиш.

Анамнезидан: хуружлар хафтасига 2-4 марта кузатилган**,** ичган дорилари самарасиз булган. Тиббий тез ёрдам шифокори наркотик анальгетик юборгандан кейингина огриклар колган. Хуруж кузатилмаганда узини яхши хис килади. Укитувчи булиб ишлайди, кунига 5-6 та сигарет чекади. Отаси ЮИК билан хасталанган.

Объектив текширилганда: ЧСС 76 зарба дакикасига, аритмик, юрак тонлари бугиклашган. АБ 120/70 мм см.ус..

1	ШАМ куникмалари асосида беморни кабул килди	Саломлашди, уз каршисига утказди, паспорт кисмини qbulb? Беморга исми билан мурожаат килди, бемор тушинадиган содда тилда ва оддий сузлар ишлатди.
2	Асосий ва иккиламчи шикоятларини аниклади	**Асосий шикоятлари**: юрак сохасида хуружсимон огриклар, давомийлиги 30 дакика, чап елка ва кулга ирродиация килади. **Иккиламчи шикоятлари**: улимдан куркиш
3	Anamnesis morbi	Хуружлар хафтасига 2-4 марта кузатилган**,** ичган дорилари самарасиз булган. Тиббий тез ёрдам шифокори наркотик анальгетик юборгандан кейингина огриклар

		колган. Хуруж кузатилмаганда узини яхши хис килади
4	Anamnesis vitae	Укитувчи булиб ишлайди, кунига 5-6 та сигарет чекади. Отаси ЮИК билан хасталанган.
5	Хавф омилларини аниклади	**Бошкарилмайдиган:** жинси, ёши, насли (Отаси ЮИК билан хасталанган.). **Бошкариладиган:** ёмон одатлари касби укитувчи
6	Бемор муаммоларини аниклади	**Асосий**: юрак сохасидаги огрик **Ёндош:** ёмон одатлари
7	Объектив курик утказди	Тери ва куринарли шиллик каватлари оч пушти рангда. Калконсимон без пайпасланганда катталашмаган. Упкада везикуляр нафас. Юрак тонлари бугиклашган, аритмик. АБ 120/70 мм.см.ус. ЧСС 76 зарба дакикасига. Жигар ва талок катталашмаган. Нажас ва пешоб келиши эркин.
8	Тахминий ташхис куйди ва тоифа хизматини белгилади	**Асос.:** УКС, коринчалар экстросистолия типли ритм бузилиши Лаун буйича 1 синф. **Категория 2**
9	Тоифа хизматига хос текширув режаларини аниклади.	**3.1.:** УКТ, УСТ, ЭКГ, кондаги канд, ВСК. **3.2.:** БАК (АСТ, КФК-МВ, тропонин, ЛДГ, миоглобин), липид спектр, коагулограмма ЭХОКС, Ангиокоронарография, Холтеровский мониторинг.
10	Мустакил амалий куникмаларни бажарди	ЭКГ
11	лаборатор-инструментал текширувлар тахлили интерпретациясини утказди	**ОАК:** Нв-120, эр-3,5, лейк.-6,2, ЭЧТ-8 мм/ч **БАК:** мочевина-7.3, креатинин- 0.08, ум оксил-74г/л, глюкоза-5.4 ммоль/л, АСТ-0,2, Умум. холестерин- 7,0 ммоль/л, **Коагулограмма:** ПТИ-100 % **УСТ:** тиник. Сол огр.- 1018, оксил -абс., эпит.-0-1/1 , лейк.-0-1/1, эр-0-1/1, шилликь абс. **ЭКГ:** ритм синусоли, ЧСС 76 зарб. ЮЭУ силжимаган. III ва AVF тармокларида ST тишлари кутарилган, ягона коринчали экстрасистолия кузатилади. **ЭХОКС:** ЧК орка девори гипокинезияси.
12	Таккосий ташхис	Стабил стенокардия, миокард инфаркти, ностабил стенокардиянинг бошка турлари
13	Якуний ташхис куйди ва тоифа хизматини белгилади	**Асос.:** ЮИК. Вазоспастик стенокардия, коринчалар экстросистолия типли ритм бузилиши Лаун буйича 1 синф. **Категория 2**

14	Беморга талукли профилактика гурухини аниклади	**Иккиламчи б** – самарали исботланган дорилар билан даволаш **Учламчи** – асоратлар олдини олиш ва даволаш, реабилитация, диспансеризация
15	Номедикаментоз даво	Соглом турмуш тарзи, рационал овкатланиш, пархез стол № 10, мехнат ва дам олиш тартибига риоя килиш, бемор соглиги стабиллашганда санатор-курорт даво, физиотерапия (тинчлантирувчи муолажалар). Тинчлантирувчи фитотерапия.
16	Медикаментоз даво	1. Огрикни тухтатиш: Нитроглицерин тил остига, нитроспрей, самара булмаса нейролептанальгезия (фентонил + дроперидол) 2. Миокард ишимиясини олдини олиш: Нитратлар, кальций.антагонистлари 3. Антикоагулянтлар, антиагрегантлар. 4. Гиполипидемик воситалар. 5. Миокарддаги метоболик жараённи яхшилайдиган воситалар. **6.** Жаррохлик даво: АКШ, балонли коронар ангиопластика.
17	Бемордан тушунганлигини текшириб курди	Зудлик билан шифохонага юбориш, даводан сунг УАШ кайтиб келиш. Бемордан хаммаси тушунарлигини, даволаш буйича саволлари бор ёки йуклигини, номедикаментоз ва медикаментоз даво буйича саволлари борлигини сураш. Кайта курик вактини белгилаш.
18	«Д» диспансер назорат гурухи аниклади	Д3 – сурункали касалликлари бор беморлар даволашга мухтож **а.** – компенсация (касаллик кам кузгалиши, ишга лаёкатлиги сакланган) **б.** – субкомпенсация (касаллик тез-тез кайталаниб туради, ишга лаёкатлиги пасайган) **в.** – декомпенсация (ишга лаёкатсиз)
19	Профилактика турларининг амалий боскичлари ва назарий билими.	**1-чи проф-ка**: Соглом турмуш тарзи, рационал овкатланиш, мехнат ва дам олиш тартибига риоя килиш, соглиги стабиллашганда сунг санатор-курорт даволаниш. Аутотренинг. **2-чи проф-ка**: касалликни эрта даврида эрта аниклаш (профосмотрлар, скрининг). Номедикаментоз ва самарали исботланган дорилар билан медикаментоз даволаш.

		3-чи проф-ка: уз вактида беморларни назорат килиш, утки рва сурункали касалликларини профилактика килиш, лаборатор инструментал текширувлар молниторинги, бор асоратларга сифатли реабилитация ишлари олиб бориш.
20	Диспансеризация утказишнинг амалий боскичлари ва назарий билими.	**1-**касалликни нозологик шаклини асослади ва «Д» назорат гурухини аниклади (Д3) **2-** йил давомида катновлар сонини аниклади (йилига 4 марта) **3-** зарурият буйича мутахассислар куригини асослади(йилига 2 марта кардиолог куриги, курсатмага асосланиб кардиохирург) **4-**йил давомида лаборатор инструментал текширувлар номи ва текширувлар сонини аниклади (йилига 4 марта ЭКГ, йилига 2 марта УКТ, УСТ, БАК) **5-**согломлаштириш даволаш чора тадбирлар режаларини йил давомида утказилиш режаларини тузди. **6-**Д-назоратни касалликка мос нозологияни белгилади ва назорат тамойилларини кейинги узгаришини аниклади.

Вазиятли масалалар:

1.Бемор С., 54 ёшда. УАШ га куйидаги шикоятлар билан мурожаат килади: кўкрак кафасидаги оғриққа ва юрак орқа қисмида сиқувчи, чап қўлга узатилувчи оғриқ, бўйин ва чап қўл увишиши, юрак соҳасидаги оғриқлар, ҳаракат чегараланиши кузатилади. Анамнезидан: болалар боғчасида ошпаз бўлиб ишлайди. Объектив текширилганда ортиқча вазни бор. Умиртқа поғонасини бўйин-кўкрак қисмини ва қовурғалараро пайпасланганда кучли оғриқлар кузатилади. Аускультацияда: ўпкада везикуляр нафас. Юрак тонлари бўғиқ, ритмик, ЧСС 76 зарба дақиқасига. АБ 140/80 мм см.ус.

УҚТ: Нв-120, эр- 4,2, лейк- 10,9, ЭЧТ- 20 мм/ч.

R-грамма умиртқа поғонасининг бўйин-кўкрак қисмида умиртқа поғонаси тирқишларининг торайиши, субхондрал склероз, Th 1 – 4 сатҳида остеофитлар бор.

ЭКГ: диффузли дистрофик ўзгаришлар.

1. Юқорида келтирилган ўзгаришли шикоятлар, қандай 4 та касалликларда кузатилади;
2. Тахминий ташхис;
3. Касалликни ташхислаш учун кандай 2 та текширув хал килувчи текширув булиб хисобланади;
4. УАШ тактикаси ва даволаш тамойиллари.

2.Бемор 60 ёш, УАШ га чап елка соҳасидаги оғриққа, чап қўл мускуллари кучсизланиш ва 2 ҳафтадан бери чап қўлнинг 4-5 бармоқларининг 5 дақиқалар давомида увишишига шикоят қилиб мурожаат қилади. Невропотолог мурожаат қилган ва индометацин,

махаллий финалгондан фойдаланган, оғриқ ва кучсизланиш ўтиб кетмаган. Оғриқлар жисмоний зўриқишдан, кўчага чиққанда, пиёда юрганда пайдо бўлади, оғриқлар юришдан тўхтаганда ўтиб кетади. Кайфияти скептик. Анамнезидан фирмада компьютерда ишлайди, 5 йилдан буён гипертоник касаллик билан хасталанган, гипертензив дориларни норегуляр истеъмол қилади. Объектив текширилганда: беморда ортиқча вазнлик бор. Юракнинг чап чегараси +1,5 см. юрак тонлари бўғиқлашган, ритмик. Аорта устида II тон акценти эшитилади. PS 88 зарба дақиқасига. АБ 170/95 мм.см.ус. жигар ва талоқ катталашмаган. Нажас ва пешоб ажралиши эркин.

1. Юқорида келтирилган ўзгаришли шикоятлар, қандай 4 та касалликларда кузатилади;
2. Тахминий ташхис;
3. Тана вазни индексини кандай аникланади ва унинг меъёрий курсаткичлари;
4. УАШ тактикаси ва даволаш тамойиллари.

Назорат саволлари.

1. Умуртка погонаси патологиялари билан боглик булган кукрак кафасидаги огриклар таққосий ташхиси.
2. Кукрак олди девори патологиялари билан боглик булган кукрак кафасидаги огриклар таққосий ташхиси
3. Елка камари мускуллари патологиялари билан боглик булган кукрак кафасидаги огриклар таққосий ташхиси
4. Ураб олувчи темиратки билан боглик булган кукрак кафасидаги огриклар таққосий ташхиси
5. Умуртка погонаси ва елка камари мускуллари патологиялари билан боглик булган кукрак кафасидаги огриклар УАШ тактикаси.
6. Шифохонагаюборишга курсатмалар
7. Умуртка погонаси, елка камари мускуллари ва ураб олувчи темиратки касалликлари бор беморларни амбулатор даволаш.
8. Умуртка погонаси, кукрак олди девори ва елка камари мускуллари патологиялари бор беморларни ишга лаёқатлигини аниқлаш.

16-мавзу. Юрак соҳасида оғриқ. ЮИК. Турғун зўриқиш стенокардияси (функционал синфлари), ностабил стенокардиялар ва ўткир коронар синдромни таққослама ташхислаш. ЮИК касаллигида парҳез қоидалари, кўрсатмалар. Жарроҳлик амалиётига кўрсатма ва қарши кўрсатмалар. УАШ тактикаси.

Таълим бериш технологиясининг модели

Машғулот вақти 6 соат	Талабалар сони : 10-12 тагача
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Ўқув дарс структураси	• Ўқув тематик хона. • ЭКГ хонаси • Ўқув жиҳозлари, фантомлар, муляжлар,

	тарқатма материаллар, вазиятли масала ва тестлар тўплами. Телевизор, видео аппаратлари, мультимедиа
Ўқув дарси мақсади: Талабаларга стенокардиянинг турли ФС лари билан кечганда даволашнинг турли оптимал вариантларини ўргатиш, ҳамда соғлиқни сақлашнинг бирламчи босқичи шароитида беморни олиб бориш принципларини, “УАШ тоифаси характери” даражасида кўрикларни олиб боришни.	
Педагог вазифалари: 1. Стенокардиянинг турли вариант-лари диагностикасига тегишли савол-ларни кўриб чиқиши. 2. Стенокардияли беморларни намо-йиш қилиши. 3. Хирургик даволашга кўрсатма-ларни, ЮИК нинг бирламчи ва иккиламчи профилактикасини муҳока-ма қилиши. 4. Ушбу мавзу бўйича электрокар-диограмма олиш ни маўқ қилиш. 5. УАВ квалификацион характерис-тиксига асосланган холда муаммони хал қилиши и олиб бориши керак 6. Даволаш тамоилларини мухокама қилиш (номедикаментоз ва медика-ментоз). 7. ҚВП ва ОП шароитида беморни олиб бориш, назорат қилиш ва мониторинг тамоиллари. 8. Ушбу касалликни бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикси тамоиллари.	**Ўқитиш натижаси:** ***Талаба билиши керак:*** 1. Стенокардияни турли вариантларини ташхислаш тамоиллари. 2. Стенокардия билан оғриган беморни кўрсатиш. 3. ЮИК ни бирламчи, иккиламчи профилактикаси ва хирургик даволаш тамоилларини мухокама қилиш. 4. Ушбу мавзу бўйича электрокардиограммаларни тахлил қилиш машқлари. 5. УАВ квалификацион характеристиксига асосланган холда муаммони хал қилиши и олиб бориши керак 6. Даволаш тамоилларини мухокама қилиш (номедикаментоз ва медикаментоз). 7. ҚВП ва ОП шароитида беморни олиб бориш, назорат қилиш ва мониторинг тамоиллари. 8. Ушбу касалликни бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикси тамоиллари. ***<u>Қила олиши керак:</u>*** -Турли ФС даги стенокардияда бемор шикояти ва анамнезини тахлил килиш. - Турли ФС даги стенокардияларни клиникаси ва ЭКГ белгиларинга асосланган холда ташхислаш ва солиштириш. -самарасм исботланган дори восмталарини танлаш -Консультация килиш ва медикаментоз даволаш усуллари. -КВП ва СП шароитида мониторинг килиш.
Укитиш усуллари	«уч погонали интервью», демонстрация, видео курсатиш, дискуссия, сухбат, тест ва вазиятли масалалар ечиш
Укув жараенини ташкиллаштириш турлари	Индивидуал, гурухларда, коллективда, аудиторияда, аудиториядан ташыарида ишлаш.
Укиш воситаси	Укув ва куриш учун мослашган таркатма

	материаллар, видеофильмлар, муляжлар, касаллик тарихи, таблицлар, стендлар.
Кайта мулокот турлари ва воситалари	Блиц-суров, тестлаш, ўқув вазифалар, амалий кўникма-ларни «профессонал сўров»и утказиш натижаларининг презентацияси

8.2.Амалий машғулотнинг технологик картаси.

Амалий дарснинг босқичлари	**Дарс шакли** ***Ўтиш жойи***	**Дарс вакти** **200**
Кириш қисми (асосий мавзу)		10
Амалий машғулот мавзусини таҳлил қилиш замо-навий педагогик техналогиялар (усул ”айлана стол») дан фойдаланиб, шунингдек мате-риаллар (касаллик тариҳи, жадвал, плакат, рентгенограмма) ни намойиш қилиш орқали. Дастлабки кўсаткичларни аниқлаш	Сўров, муҳокама *Ўқув ҳонаси, палата*	40
Муҳокама натижалари		10
Амалий қисм учун машқни аниқлаштириш-профессионал сўров. Вазиятни тушунтириш ва касаллик тариҳини тўлдириш ҳақида рекомендатсиялар бериш.	Муҳокама	20
Ўқтувчи бошчилигидаги дарснинг асосий амалий қисми.	Проф. сўров. Беморлар билан суҳбат ва касаллик тариҳини тўлдириш, вазиятли масла. *Палаталарда беморларни кўриги*	20
Бемор текширув маълумотларининг интер-притацияси -шикоятлар, кўрув, палпация, перкуссия, аускултация, ҳамда УСТ, УҚТ ва био-кимёвий таҳлиллар ва ташхис қўйиш.	Касаллик тариҳи, вазиятли маслаладаги лаборатор маълумотлар	25
Талабаларнинг назарий ва амалий билимларини тахлил қилиш маълумотларни мустаҳкамлаш, билимни ўзлаштириш даражасини баҳолаш.	Оғзаки жавоб, тестлар, муҳокамалар, амалий кўникмаларни аниқлаш *Ўқув ҳонаси*	55
Амалий дарс бўйича ҳулоса, 100 баллик система бўйича баҳолаш ва уларни эълон қилиш.. Келгуси дарсга уйга вазифа (саволлар	Мустақил иш учун саволлар, маълумот. *Ўқув ҳонаси*	25

тўплами).		

Юрак ишемик касаллиги (ЮИК)- бу юрак мушакларини кислородга бўлган талаби ва коронар қон томирларидаги қон айланиш орасидаги мувозанатни бузилиши натижасида юзага келадиган юрак фаолиятини бузилиши.

Хавф омиллар

Қуйида санаб ўтилган хавф омиллари мавжуд бўлганда, ушбу касаллик пайдо бўлиш ва асоратланиш эҳтимоли жуда юқори бўлади.

1.Бошқариб бўлмайдиган ХО:

- ✓ бемор ёши (ЮИК ривожланиш хавфи 40 ёшдан кейин ошиб боради);
- ✓ жинси (эркак)
- ✓ юрак-қон томир касалликларига наслий мойиллик (беморнинг 55 ёшгача бўлган яқин қариндошларида ЮИК, гипертония касаллиги (ГК) ва уларни асорати мавжуд бўлса);

2.Бошқариб бўладиган ХО:

- беморда ва унинг ота-онасида липид алмашинувининг бузилиши мавжудлиги: гиперхолестеринемия (оч қоринда умумий холестерин миқдори 250 мг/дл ёки 6,5 (5) ммоль/л дан юқори), гипертриглицеридемия (қонда триглицеридлар миқдори 200 мг/дл ёки 2,3 ммлоь/л ва кўпроқ), гипоальфахолестеринемия (34 мг/дл ёки 0,9 ммоль/л) ва уларни бирга келиши;

- ✓ АГ мавжудлиги (ҚБ≥ 140/90 мм.сим.уст.);
- ✓ Чекиш (мунтазам равишда кунига битта ва ундан кўп сигарет чекиш);
- ✓ семизлик (тана вазни индекси ≥25);
- ✓ беморда ва унинг ота-онасида углевод алмашинувини бузилиши борлиги (гипергликемия, қандли диабет (КД));
- ✓ гиподинамия (паст жисмоний фаоллик);
- ✓ психоэмоционал зўриқиш;
- ✓ қандли диабет;
- ✓ овқатланиш хусусиятлари;
- ✓ касби, ижтимоий аҳволи;
- ✓ атроф-муҳит таъсири;
- ✓ сийдик кислотаси алмашинувининг бузилиши (гиперурикемия).

Бу омилларни эрта аниқлаш ва уларни мумкин қадар бартараф этиш беморлар ҳаёт сифатини яхшилайди ва касалликни асоратланиши хамда тўсатдан ўлим хавфини камайтиради. Шунинг учун УАВ улар тўғрисида батафсил маълумотга эга бўлиши лозим.

Юрак ишемик касаллигини ишчи классификацияси

ЮИК ни бир қатор таснифлари бўлиб, амалиётда Ўзбекистон кардиологларининг IV съездида қабул қилинган классификация қўлланилади.

1-жадвал

Юрак ишемик касаллигининг классификацияси

(Ўзбекистон кардиологларининг IV съездида ўзгартиришлар киритилган, 2000 йил)

1	Тўсатдан юз берган коронар ўлим (юракнинг бирламчи тўхташи)
2	Стенокардия 2.1 Стабил зўриқиш стенокардияси (I дан Ivгача бўлган функционал синфларни кўрсатиш билан) 2.2 Ностабил стенокардия - биринчи пайдо бўлган стенокардия - зўрайиб борувчи стенокардия - ангиоспастик (спонтан, вариантли, Принцметал) стенокардия - инфарктдан кейинги эрта стенокардия - операциядан кейинги эрта стенокардия
3	Миокарднинг оғриқсиз ишемияси
4	Микроваскуляр стенокардия (“Х синдром”)
5	Миокард инфаркти - Q тишчаси билан – QMI - Q тишчасиз – NQM
6	Инфарктдан кейинги кардиосклероз
7	Юрак ритмининг бузилиши (шаклини кўрсатиш билан)
	Юрак етишмовчилиги (шакли ва босқичини кўрсатиш билан)

Клиник манзараси:

- ✓ Стенокардиядаги оғриқлар одатда эзувчи, сиқувчи, куйдирувчи, босувчи хусусиятларга эга бўлиб, аксарият ҳолларда тўш ортида жойлаш иб, чап қўлга, пастки жағга, бўйинга, эпигастрал сохага, камдан -кам холларда кўкрак қафасининг ўнг томонига ва ўнг қўлга, белга узатилади. Айрим ҳолларда ҳансираш, терлаш, ўлимдан қўрқиш ҳисси билан кечади;
- ✓ Айрим холларда оғриқлар юрак чўққисида, тўшдан чапда II –V қовурғалар оралиғида, чап курак остида, хатто чап қўлда ёки ўмров суяги атрофида, пастки жағнинг чап томонида, жойлашиши мумкин (атипик оғриқлар).
- ✓ Оғриқлар хуружсимон, кучли, кучсиз интенсивликда ёки кўкрак қафасидаги ноҳуш ҳис кўринишида кечиб, 1-2 дақиқадан 20 дақиқагача давом этиши мумкин;
- ✓ Хуруж вақтида бемор камгап бўлиб, оғриқни жойлашиш сохасини кафтини ёки муштини тўшт устига қўёган холда кўрсатади (Левин симптоми);
- ✓ Оғриқлар жисмоний ёки эмоционал зўриқиш вақтида, совуқда ёки овқатлангандан сўнг пайдо бўлади ва тинч ҳолатда ёки нитроглицеринни тил остига қабул қилгандан сўнг 1-2 дақиқа давомида ўтиб кетади;
- ✓ Хуруж бўлмаган вақтда асбобий текширишлар кам маьлумот беради.

ЮИК билан оғриган беморларнинг тахминан 70% да оғриқ жисмоний зўриқиш (тез юриш, юқорига кўтарилиш, оғир юк кўтариш) вақтида пайдо бўлади. Лекин стенокордия хуружларига асаб бузилиши (сиқилиш, жахил чиқиш, кучли хаяжонланиш (жумладан, телекўрсатувлар таъсирида), қўрқиш), кўп миқдорда овқат истемол қилиш, совуқ, нам ва

шамолли об-ҳаво, кучли ҳаяжонланиш жинсий алоқа, дорилар қабул қилишни (антиангинал, гипотензив, антиаритмик) тўхтатиб қўйиш, вертикал холатдан горизонтал холатга ўтиш каби омиллар ҳам олиб келиши мумкин. Айрим ҳолларда оғриқ иккинчи даражали аҳамиятга эга бўлиб, беморда ҳаво етишмаслик, кўкрак кафасининг сиқилиши, кескин ҳолсизлик, ўлимдан қўрқиш ҳислари кузатилади.

Стенокардияни турғун ва турғун бўлмаган (ностабил) клиник турлари фарқланади.

Турғун зўриқиш стенокардияси. Хуружлар бир хил даражадаги жисмоний зўриқишда пайдо бўлиб, хуруж вақтида ЭКГда ST сегменти депрессияси кузатилади. У ўз навбатида беморни жисмоний зўриқишга чидамлилигига кўра тўртта функционал синфга (ФС) бўлинади:

Функционал синфлар	Стенокардия хуружлари юзага келадиган шароитлар
I синф	Одатий кундалик жисмоний зўриқиш (юриш, зинапоядан кўтарилиш) стенокардия хуружларини чақирмайди. Хуружлар кучли, узоқ вақт давомида ва тез жисмоний зўриқишда пайдо бўлади;
II синф	Одатий жисмоний фаоллик бир оз чегараланган. Стенокардия хуружлари тез юрганда, зинопоядан тез кўтарилганда, меъёрдан кўпроқ овқат еб қўйганда ёки совуқ ҳавога чиққанда, об-ҳаво ўзгарганда, стресс ҳолатларида, тўшакдан тургандан кейинги биринчи соатларда; яхши шароитда ва одатий тезликда текис йўлда 500 м.дан кўпроқ масофага юрганда ёки зинапоядан биринчи қаватдан юқорига кўтарилганда пайдо бўлади;
III синф	Одатий жисмоний фаоллик кескин чегараланган. Стенокардия хуружлари яхши шароитда ва одатий тезликда текис йўлда 100- 500 м.гача масофага юрганда ёки зинапоядан биринчи қаватгача кўтарилганда пайдо бўлади.
IV синф	Ҳар қандай жисмоний ҳаракат (текис йўлда 100 м.гача масофага юрганда) стенокардия хуружлари ривожланишига олиб келади. Айрим ҳолларда тинч ҳолатда ҳам пайдо бўлиши мумкин.

Даволаш. ЮИК ни даволаш коронар қон айланишини тиклаш, миокардни кислородга бўлган талабини таъминлаш, метаболизмини яхшилаш ҳамда юрак-қон томир тизими фаолиятини мувофиқлаштиришга йўналтирилган.

ЮИКни даволашнинг асосий тамойиллари:

1. ЮИК га олиб келувчи ва уни қўзғалишига сабаб бўлувчи хавф омилларини бартараф этишга йўналтирилган умумий соғломлаштириш (номедикоментоз даво) тадбирлари;
2. консерватив - медикоментоз даво;
3. эндоваскуляр усуллар: коронар томир ичи тромболизиси, коронар қон томирларни тери орқали транслюмбал балонли кенгайтириш;

4. жарроҳлик йўли билан даволаш: аорта-коронар шунтлаш ва стентлаш, интеркоронар тромбэндоартериоэктомия.

1. Асбобий ва лаборатор текширишлар

Аксарият ҳолларда ЮИК ва турғун зўриқиш стенокардияси ташхиси бемор сўраб суриштирилган вақтда аниқланиши мумкин. Лекин стенокардияга хос бўлган оғриқ синдроми бўлмаслиги ЮИК ташхисини инкор этиш учун етарлича асос бўла олмаслигини унутмаслик керак.

Шундай қилиб вақти – вақти билан юрак соҳасида оғриқ ҳуружлари безовта қилиб турган ҳар қандай беморда, айниқса кекса ва қари шахсларда ЮИК бор ёки йўқлигини тасдиқлаш учун қатор замонавий лаборатор ва асбобий текшириш тестлари ўтқазиш лозим. Қуйида уларнинг асосийларига тўхталиб ўтамиз.

Юрак ишемик касаллигини даволашга умумий тавсиялар:

✓ ЮИК ва унга олиб келувчи хавф омиллари тўғрисида тушунча бериш ва уни самарали даволаш усуллари ишлаб чикилганлигини беморга тушунтириш;

✓ беморда мавжуд бўлган хавф омилларни аниқлаш ва уларни бартараф этиш йўлларини тушунтириш (хайвон ёғлари ва ош тузи миқдори чегараланган мева-савзавотларга бой парҳезга риоя қилиш, зарарли одатлардан воз кечиш, соғлом турмуш тарзини олиб бориш, тана вазнини камайтириш, касаллик оғирлигидан келиб чиқиб жисмоний машғулотлар билан шуғулланиш);

✓ эмоционал ҳолатлар ва атрофдаги келишмовчиликлардан тез таъсирланувчи беморларга психотерапия ўтказиш;

✓ беморга стенокардия хуружини олдини олиш ва уни бартараф этиш усулларини ўргатиш.

Дорилар билан даволаш. Дорилар билан даволашдан мақсад стенокардия хуружларини бартараф этиш, касалликни авж олиши ва асоратланишини олдини олишдан иборатдир. Ҳозирги вақтда амалиётда ЮИК муолажасида қўлланиладиган 300 дан ортиқ турли дори воситалари ва даволаш усуллари мавжуд. Лекин улардан жуда камчилигининг самараси кўп марказли текширувлар асосида исботланган. УАВ ўз иш фаолиятида самараси исботланган даволаш усулларини қўллаши лозим. ЮИК билан оғриган беморлар касаллик хуружи оғирлиги даражасидан келиб чиққан ҳолда амбулатория ёки даврий равишда шифохона шароитида даволаниб туришлари лозим. Қуйида стабил сенокардияни шифохона шароитида даволашга кўрсатмалар келтирилган:

✓ амбулатор даво яхши самара бермаганда;

✓ касалликни авжланишига (НС) ёки МИ га шубҳа туғилганда;

✓ асоратлар (ўткир ёки сурункали юрак етишмовчилигини авжланиши, ўпка шиши, юрак ритми ва ўтқазувчанлиги бузилиши, тромбоэмболиялар) ривожланганда;

✓ гипертония касаллиги билан бирга кечган ЮИК да гипертоник кризлар кузатилганда;

Асоратланмаган стабил зўриқиш стенокардиясининг I –II ФС да бемор ҚВП ёки ОП шароитида даволанади. Уни авжланишини олдини олиш мақсадида УАВ назорати остида қуйидаги дори воситаларни мунтазам равишда қабул қилиш тавсия этилади:

аспирин 150 мг. кунига 1 марта овқатдан кейин ёки стазекс (клопидогрель);

✓ оғриқ хуружлари вақтида нитроглицерин таблеткаси ёки дозаланган аэрозоли (изокет) тил остига;

✓ тавсия этишга кўрсатма бўлганда β-адреноблокаторлар ёки узоқ таъсир этувчи нитратлар.

✓ ААФИ;

✓ статинлар (симгал, липидекс, лавостатин).

Зўриқиш стенокардиясининг III, IV ФС да ҳамда юқорида келтирилган кўрсатмалар мавжуд бўлганда, беморлар кардиология бўлимларида даволанадилар ва аҳволлари яхшилангандан сўнг, УАВ назоратида муолажа амбулатор шароитида давом эттирилади. Дори воситалар касалликнинг клиник-лаборатор текширишлар натижасига асосланган ҳолда танланади ва қуйидагиларни буюриш тавсия этилади:

➢ *оғриқ синдроми бартараф этилгунча узоқ таъсир қилувчи нитратлар билан бир қаторда вена ичига изокет ёки перлинганит (ҚБ ни назорат қилган ҳолда) изотоник эритмада томчилаб юборилади;*

➢ *аспирин 150 мг кунига 1 марта овқатдан кейин ёки стазекс (клопидогрель);*

➢ оғриқ вақтида – нитроглицерин (таблеткаси тил остига ёки дозаланган аэрозоль);

➢ кўрсатмалар бўлганда β-адреноблокаторлар (тахикардия, АГ, қўзғалувчанлик) ёки кальций антагонистлари (АГ, Принцметал стенокардияси).

Ушбу гуруҳ беморларида миокард реваскулизациясига (баллон коронар ангиопластика, стентлаш ёки коронар шунтлаш) кўрсатмалар бор ёки йўқлигини ҳал қилиш мақсадида коронар ангиография ўтказилади.

Стенокардия хуружида биринчи ёрдам. Стенокардия хуружи вақтида тез ёрдам сифатида қуйида санаб ўтилган дори воситаларидан бири қўлланилади.

✓ нитроглицерин -300-600 мкг. тил остига;

✓ изосорбид динитрат ҳар 5 дақиқада тил остига 5 мг дан (3 мартагача) 15 дақиқа давомида;

✓ нитроглицерин дозаланган аэрозоль, 1-2 нафас олганда (3 мартагача) 15 дақиқа давомида;

✓ нитрат қабул қила олмаганда – ҚБ ва пульсни назорат қилган ҳолда нифедипин, 5 мг тил остига ёки чайнашга, β-блокатор гуруҳидан (эгилок, метапрополол) қабул қилиш тавсия этилади.

Шифохонагача бўлган босқичда узоқ давом этувчи стенокардия хуружини бартараф этиш учун юқорида санаб ўтилган дори воситалари билан бир қаторда, баъзан тез ёрдам сифатида анальгин 50% - 2 мл , димедрол 1% - 1 мл ва папаверин 2% -2 мл аралашмаси ёки баралгин 5 мл, спазмальгон 5,0 м/о юборилади

Коронороген огрик идентификация килиб олингандан кейин тафовутлаш куйидагича олиб борилади:

Ностабил стенокардия деганда зўриқиш стенокардияси хуружлари давомийлигининг узайиши ва оғирлашиши, оғриқлар характерининг ўзгариши, беморни жисмоний зўриқишга чидамлилигининг кескин сусайиши, хуружларнинг тинч ҳолатда

ҳам пайдо бўлиши, нитратларга сезувчанликни пасайиши тушунилади. Бу ҳолатда миокард инфаркти ривожланиш хавфи юқоридир. Ностабил стенокардиянинг бир нечта турлари фарқланади:

1 Бирламчи пайдо булган стенокардия

2 Кучайиб борувчи стенокардия

3 Вазоспастик (Принцметал)

4 Эрта постинфаркт

5.Операциядан кейин эрта

6. *Биринчи бор пайдо бўлган стенокардия* - бемор ҳаётида илк бор жисмоний зўриқишда, кейинчалик эса одатий ҳаракатда ҳам оғриқ хуружларининг (пайдо бўлган вақтдан 1 ойгача) пайдо бўлиши. Бу гуруҳдаги беморлар шу вақтгача ўзларини соғлом деб билганликлари, касаллик тўғрисида маълумотларга эга эмасликлари сабабли, ўз вақтида шифокорга мурожаат қилмайдилар ва шунинг учун улар орасида МИ ҳамда тўсатдан ўткир коронар ўлим ривожланиш хавфи юқори;

7. *Авж олиб борувчи стенокардияда* оғриқ давомийлигининг узайиши, характери ва иррадиациясининг ўзгариши, беморни жисмоний зўриқишга чидамлилиги кескин пасайиб, хуружларнинг тинч ҳолатда ҳам пайдо бўлиши, антиангинал дори воситаларга сезувчанликнинг сусайиши тушунилади.

8. *Вазоспастик (Принцметал ёки вариантли) стенокардия* - йирик коронар артериялари спазми натижасида юзага келиб, оғриқлар бирон-бир сабабларсиз тинч ҳолатда, аксарият ҳолларда куннинг маълум бир вақтида (тунда ёки эрта тонгда) пайдо бўлиб, даврий равишда (хафтда 2-3 ва ундан кўпроқ) кузатилади. Бу турдаги сенокардияда хуруж вақтида ЭКГ да ST сегментини ўрта чизиқдан юқорига (МИнинг ўта ўткир даврига ўхшаш) кўтарилиши ва хуруж бартараф этилгач, уни ўз ўрнига қайд этилди.

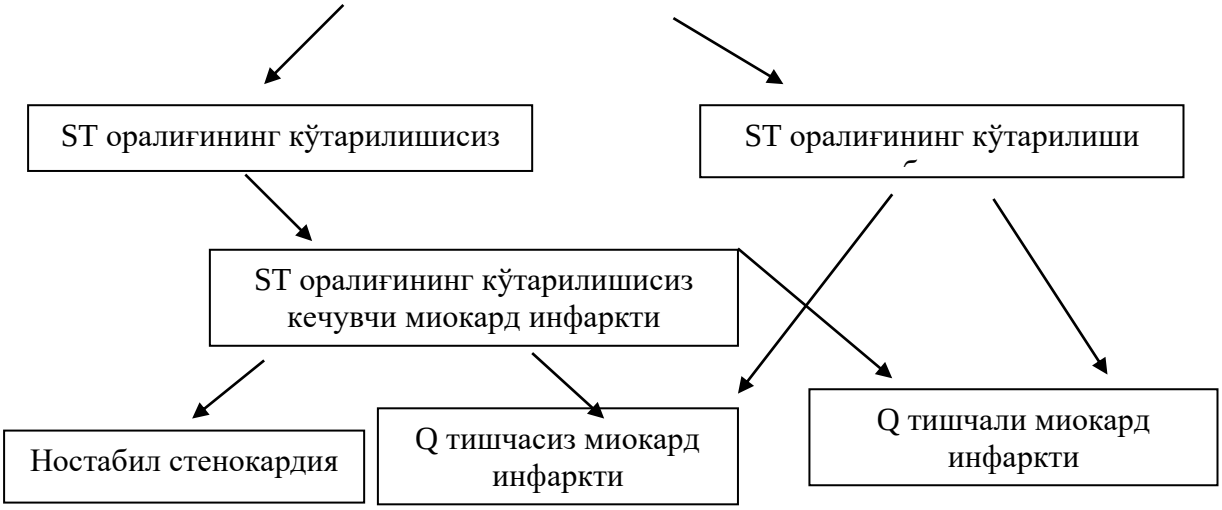
9. *Миокард инфарктидан кейин эрта пайдо бўлган стенокардия* - оғриқ хуружлари МИ ривожлангандан кейинги 2-3 ҳафтада ёки бемор шифохонадан чиқиши билан (8 хафта оралиғида) кузатилади.

10. *Операциядан кейин пайдо бўлган стенокардия* - оғриқ хуружлари ЮИК ни фаол даволаш усулларидан (аорта-коронар шунтлаш (АКШ), стентлаш, транскоронар ангиопластика (ТКА)) сўнг 2-4 ҳафта давомида ёки ундан кейин пайдо бўлиши тушунилади.

Ўткир коронар синдром (ЎКС) - бу илк бор юзага келган стенокардиядан тортиб, узоқ муддат давом этувчи ва нитроглицирин қабул қилганда ҳам йўқолмайдиган, натижаси ноаниқ, йирик ўчоқли МИ ёки тўсатдан ўлимга олиб келиш эҳтимоли юқори бўлган, тинч ҳолатда ҳам узлуксиз зўрайиб борувчи давомли стенокардияларни ўз ичига олади. Бу ташҳис вақтинча қўйилиб, шифокор касаллик кечишига, лаборатор-асбобий текширувлар натижасига асосланиб, 24 соат ичида клиник ташҳис қўйиши ва келгуси даволаш тактикасини белгилаши лозим.

Қуйидаги 2 ва 3-чизмаларда ЎКСнинг категориялари ҳамда унга чалинган беморларни олиб бориш алгоритми келтирилган.

Ўткир коронар синдром



2-чизма. **Ўткир коронар синдромнинг категориялари**

Ушбу чизмадан кўринадики, ST оралиғининг кўтарилишисиз кечувчи ЎКС Q тишчасиз МИ ёки ностабил стенокардияга, ST оралиғининг турғун кўтарилиши билан кечувчи ЎКС эса аксарият ҳолларда Q тишчали, баъзан Q тишчасиз МИга ассоцияланади.

3-чизма. **Ўткир коронар синдром билан касалланган беморларни олиб бориш алгоритми**

Бирламчи профилактика

ЮИКнинг бирламчи профилактикаси чора тадбирларида хавф даражасини баҳолаш муҳим. Шу максадда бир неча рискометрлар ишлаб чикилган. Улардан бирида якин 6 йилда ЮИК эҳтимоллиги (ўлим ва ўлим юз бермаган коронар ҳолатлар) ҳисоблаб чиқилган. Бунинг учун жинс, чекиш, систолик АКБ ва қондаги умумий холестерин миқдорини ҳисобга олиш керак. Юқори (хавф 20% дан кўп) ва ўрта ва паст хавф (хавф 20% дан кам) гуруҳларига ажратилади.

Хавф 5% дан кам

Абсолют хавф 5% дан кам ва умумий холестерин миқдори 5 ммоль/лдан кўп бўлганда ҳаёт тарзини ўзгартириш борасида чора- тадбирлар олиб борилиб, холестерин микдори 5 ммоль/л (190мг%) ва ПЗЛП 3ммоль/л (115мг%) дан пастга туширилади ва ҳар 5 йилда назорат қилинади

Хавф 5% дан кўп

Юрак қон томир касалликларидан ўлим 5% дан кўп бўлганда қондаги умумий холестерин ва ПЗЛП, триглицеридлар миқдорини аниқлаш керак. Кейинчалик 3 ой мобайнида ҳаёт тарзини ўзгартириш чора тадбирлари тўғрисида маслаҳат бериш ва қондаги липидлар миқдорини қайтадан текшириш керак. Умумий холестерин миқдори 5 ммоль/л(190мг%) дан кўп ва/ёки ПЗЛПлар 3 ммоль/л (115мг%) дан кам бўлганда номедикаментоз даво чораларини сақлаган ҳолда антигиперлипидемик воситалар билан давони бошлаш зарур. Умумий холестерин миқдори 5 ммоль/л дан ва ПЗЛП 3 ммоль/л (115%) дан кам бўлганда қондаги липидлар микдорини 1 йилда 1 марта назорат килган ҳолда ҳаёт тарзини ўзгартириш чора тадбирларини олиб бориш керак.

Иккиламчи профилактика

ЮИК бор беморда иккиламчи профилактика ҳаёт тарзини ўзгартириш, хавфли омилларга таъсир кўрсатиш, дори воситаларини қўллаган ҳолда олиб борилади.

Ҳаёт тарзини ўзгартириш

- ✓ Суткалик овқат таркибида ҳайвон ёғлари миқдорини 30%га камайтириш
- ✓ Умумий ёғ микдоридан туйинган ёгларни 1/3 гача камайтирш.
- ✓ Холестерин микдори суткасида 300мг.дан ошмаслиги керак.
- ✓ Тўйинган ёгларни тўйинмаган ўсимлик ва денгиз маҳсулотлари ёғларига алмаштирш керак.
- ✓ Сабзавот, мевалар ва ёрмаларни купрок истеъмол килиш.
- ✓ Ортиқча тана массасида умумий калория микдорини камайтириш.
- ✓ Туз ва спиртли ичимлик истеъмолини камайтириш.

Жисмоний фаолликни ошириш. Қуйидаги жисмоний машқлар тавсия килинади: тез юриш, югуриш, сузиш, вилосипедда ва чангида учиш, теннис, волейбол, аэроб жисмоний рақслар. Бу вақтда юрак ритми маскур ёш учун максималдан 60-70% дан ошмаслиги керак. Жисмоний машқлар давмийлиги 5- минутни ташкил қилиши керак. 5-10 минут разминка. 20-30 минут аэроб фаза, 5-10 минут якуний фаза. Машқлар ҳафтасида 3-5 марта доимий такрорланиб туриши керак (узоқ давом этадиган машғулотларда ҳафтасида 2-3 марта).

Вазиятли масала: Бемор К. 32 ёшда юрак сохасида хуружсимон оғрик безовта килади, нитроглицеринда бартараф бўлмайди, хансираш, юрак уриб кетиши, кузгалувчанлик, бош огриши, тез чарчаш, огиз куриши,АБ кутарилишига. Максимал АБ 200/120 мм.сим.уст. юкори АБ харорат билан кечади, бугилиш, калтираш. Анамнезидан 6 йилдан бери шу касаллик билан огрийди. 10-15 мин дан сунг АБ камаяди,1 таб ичгандан сунг. заксон ва 20 мг эналаприл ва полиурия билан бирга келади. Аускультацияда: юрак тонлари бугиклашган, аорта устида 11 тон акценти ,чуккида систолик шовкин.ЮУС ва пульс 88 та 1 мин.ЭКГ да чап ккоринча гипертрофияси белгилари.

1 Камида 5 та касалликни айтинг,

2. Сизнинг тахминий ташхисингиз;

3.Ташхисни тасдиклаш учун зарур лаборатор-инструментал текширувлар.

4. УАШ Тактикаси эффектив гипотензив препаратлар курсатилган дозалари билан .

Жавоби:

2. Бемор М. 43, клиникага бош огриги симптоми билан тушди, тез-тез ва куп сийдик ажралиши, айникса кечки пайт, бирданковик бушаш симптоми, огиз куриши, оёк ва кулларда тиришиш, АБ кутарилган. 3-йилдан бери узини бемор деб хисоблайди. Курганда бемор ахволи урта огирликда. Мушаклар тонуси сусайган. Юз бир озгина шишинкираган. Юрак - чегараси 2 см чапга силжиган, тонлар бугиклашган, ритмик, аортада 11 тон акценти . Пульс 100 та 1 минда, АБ 200/130 мм. сим. уст. 2-та анализда хам сийдик 1005-1007, ишкорий реакцияси, эритроцитлар -2-3/1, лейкоцитлар 2-5/1, оксалаты тузлари+.

1.Сизнинг тахминий ташхисингиз;

2. АГ биан 5 та касаллик диф- диагностикаси;

3. Ташхисни тасдиклаш учун куйидагилардан кайси текширувлар утказиш мумкин:

а) Бир сутка давомида сийдик билан ажралган катехоламинлар ва ванил-бодом кислоталар;

б) Коннинг ишкорий резервини аниклаш

в) Бир кунлик сийдикда ва конда альдостерон хамда канд микдкорини аниклаш

г) Кон плазмасидаги ренинни аниклаш

ж) Сийдикдаги К ва На коэффициентини аниклаш На/К;

з) Кунлик сийдикдаги17-кетостероидлар ва 17- оксикортикостероидлар;

4 Дозалари билан келтирилган гипотензив препаратлар

3. 62 ёшли бемор С. УАШ га каттик бош огриги билан шикоят килди, айникса чакка сохасига, кунгил айниш,базан кусиш, куриш пасайиши, АБни кутарилишига 160/100 мм.сим.уст., тананинг унг тамонида холсизлик, озиш,умумий холсизлик, тана хароратини периодик 37,6^{0}С гача кутарилишига. Анамнезидан узини 2 йилдан бери касал деб билади. Невропатолог ва терапевтдан ноадекват даво олган. Ичган препаратлари кам эффектив.Объектив: Бемор гипоастеник тана тузилишда.Чакка мушаклари регидлиги ва огриклилиги. Кернинг симптоми мусбат.юрак тонлари бугиклашган, ритмик. АБ 140/90 мм.сим.уст. Пульс 78 та 1 минда. Корин бушлиги аьзолари тамонидан узгаришлар йук. УКТ: Нв -90г/л, эр.- 3,0х10^{12}/л, лейкоц.- 7,4х10^9/л, СОЭ -54 мм/соат.

1. Камида 5 та касалликни сананг, юкоридаги симптомларга асосланиб.
2. Сизнинг тахминий ташхисингиз
3. Ташхисни тасдикловчи зарур лаборатор ва инструментал текширувлар.
4. УАШ тактикаси.

4. Бемор Р., 36 ёш, йук кутарувчи, УАШ га кукрак ккафасининг пастки кисмидаги огрикларга, юрак сохасида, айникса огир йук кутарганда,олдинга эгилганда, овкатлангандан сунг горизантал холатда, охирги пайтда ахволи ёмонлашган,огриклар кукрак сохасида ва эпигастрийда.Анамнезида бемор ияки азоларда узгаришларни инкор этди.Отаси ИБС ва ГБ билан огриган. Объектив: бемор юкори озикланган, тер ива шиллик каватлари одатдагидек, тоза. Юрак–тонлари бугиклашган, ритмик. Пульс 70 та.1 минда. АБ 120/70 мм.сим.уст. Корни юмшок, эпигастрия сохаси сезувчан. Жигар ва талок катталашмаган.
1. Камида 5 та касалликни сананг, юкоридаги симптомларга асосланиб.
2. Сизнинг тахминий ташхисингиз
3. Ташхисни тасдикловчи зарур лаборатор ва инструментал текширувлар.
4. УАШ тактикаси.

5. Бемор 36 ёш, УАШ га чап кукрак ккафасида нафас олганда ва харакат килгандаги огрикларга, хансираш, юрак уриб кетиши, тана хароратининг $37,7^0$ С гача кутарилишига йутал,кийин ажралувчи ёпишкок балгам.Касаллигини иш жойидаги чарчаш ва совкотиш билан боглайди. Объектив:Бемор ахволи урта огирликда, лабда цианоз,ёноклари кизарган. Упкада: перкутор товушчапда ва пастда тумтоклашган.Аускультатця; жарангли майда пуфакчали нам хириллашлар ешитилади. нос-30 та/мин. Упкада 2-тон аксенти, ЮУС ва пульс 120 та/мин. Аб 110/70 мм сим.уст УКТ: Нв-130 г/л; ц/п-0,9; лейк.-17,0х10^9/л. СОЭ-34 мм/соат. Кукрак кафаси Рентгеноскопия – упканки чаоки паст булагида 5-овурга оралигида гомаген соя аниланади.
1. Камида 5 та касалликни сананг, юкоридаги симптомларга асосланиб.
2. Сизнинг тахминий ташхисингиз
3. Ташхисни тасдикловчи зарур лаборатор ва инструментал текширувлар.
4. УАШ тактикаси

5. Бемор.Б 37 ёш кукрак кафасида нафас олганда кучли огрига, кайд килиш, терлаш. Тана харорати 38˚С гача кутарилган. Объектив: умимий ахволи урта огирликда, упкада визикуляр нафас хириллаш йук, аускультацяда юрак сохасида абсалют бугик товуш перикарднинг ишкаланиш шовкини эшитилади, пульс 96 та мин, ритмик. Аб 120/70 мм. сим.уст нафас олиш системаси ва корин бушлиги аъзоларида узгаришлар йук. УКТ: лейкоцит 9,8х10^9/л, СОЭ 39 мм/соат. ЭКГда: ст сегментни 2-2,5 мм га ча кутарилиши. Қайта ЭКГ олинганда 2 кундан кейин барча тармокларда ST сегмент асосий тишга дисконкордант.
1. Камида 5 та касалликни сананг, юкоридаги симптомларга асосланиб.

2. Сизнинг тахминий ташхисингиз
3. Ташхисни тасдикловчи зарур лаборатор ва инструментал текширувлар.
4. УАШ тактикаси

6. 58 ёшли бемор бир неча хафта давомида юрак сохасидаги огрик кукрак ккафасининг оркасига узатилишига, ачишиш хиссига. Огриклар доимий булиб жисмоний йукламага боглик булмаган. Кийим текканда огрик кучайиши. Бемор курик ватида бемор узгалган, унда миокард инфаркт бор деб хисоблаяди. бемор сузига кура: кун давомида бемор кондиционер бор жойда ишлаган Объектив: умумий ахволи коникарли, нормостеник, чап кукрак кафаси нафас олишдан оркада колади. Температура 37,8^{0}С. пальпацияда чапда 5–6- ковургалар оралигида кучли огрикли. Упкада визикуляр нафас хириллашлар йук, юрак тонлари бугиклашган. Ритмик ЮУС 76 зарба/мин, АКБ 130/80 мм.сим.уст
Жигар ва талок катталашмаган.
1. Камида 5 та касалликни сананг, юкоридаги симптомларга асосланиб.
2. Сизнинг тахминий ташхисингиз
3. Ташхисни тасдикловчи зарур лаборатор ва инструментал текширувлар.
4. УАШ тактикаси.

Назорат саволлари

1. ЮИК да асосий хавф омиллари.
2. Дифференциал диагнозтика ФС стенокардия.
3. Стеникардияда огрик синдроми характери.
4. ЮИК да асосий лабаратор асбобий текширишлар курсаткичлари.
5. Стенокардиянинг турли босқияларида УАВ тактикаси.
6. Нитратларни таъсир механизми
7. Гипотензив препаратларни асосий группаси.
8. Диуретиклар таьсир механизми .
9. В-блокаторлар таьсир механизми .
10. АПФ ингибиторлар таьсир механизми .
11. Стенокардияда бирламчи ва иккиламчи профилактика

17- мавзу. Юрак сохасида оғриқ. Стенокардиялар ва миокард инфарктида оғриқ синдромини таққослама ташхислаш (клиник, лаборатор белгилар). Миокард инфарктининг турли клиник шакллари ва босқичларини таққослама ташхислаш.ЭКГ диагностикаси. УАШ тактикаси.

Машғулот вақти 6 соат	Талабалар сони : 10-12 тагача
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Ўқув дарс структураси	• Ўқув тематик хона. • ЭКГ хонаси • Ўқув жиҳозлари, фантомлар, муляжлар, тарқатма материаллар, вазиятли масала ва

	тестлар тўплами. • Телевизор, видео аппаратлари, мультимедиа
Дарс максади: УАВ ларга МИ ни замонавий ташхислаш ва қиёсий ташхислаш асосилари, асосий физикал курсаткичлари ва УАШ нинг «Квалификацион характеристикаси» га асосан согликни саклашни биринчи бугинида килинадиган чора тадбирлар тўғрисида тўлиқ маълумотларни бериш	
Машгулот вазифалари: **1.**МИ ни босқичларидан келиб чиққан холдла ташхислаш масалаларини кўриб чиқиш. **2.**Миокард инфаркти билан оғриган беморларини намойиш этиш. 3.МИ да кузатиладиган клиник-лаборатор текширишлар ва уларнинг натижаларини мухокама қилиш. 4. МИ ни ЭКГ ташхислашни ўргатиш. 5.УАВ квалификацион характеристикасига тегишли масалаларни мухокама қилиш. 6.Касалхонагача бўлган босқичда кўрсатиладиган даво чораларини кўрсатиш. 7.ҚВП ва ОП шароитида (касалхонадан чиққач) даволаш (нео медикаментоз ва медикаментоз) тамоилларини мухокама қилиш. 8.ҚВП ва ОП шароитида беморларни олиб бооpиш, кузатиш ва мониторинги принсипларини таҳлил қилиш. 9. Ушбу касалликни бирламчи, иккиламчи, учламчи профилактикаси.	**Ўқув жараёни натижалари:** **<u>УАШ билиши керак:</u>** • МИ ривожланиш механизмлари. • МИ ни босқичидан келиб чиққан холда унинг клиник белгилари • Миокард инфарктини ташхислаш. • Кўкрак қафасидаги оғриқ билан кечадиган касалликларни жумладан стенокардия ва МИ ни қиёсий ташхислаш. • ҚВП ва ОП шароитида (касалхонадан чиққач) даволаш (номедикаментоз ва медикаментоз) тамоилларини мухокама қилиш. • ҚВП ва ОП шароитида беморларни олиб бооpиш, кузатиш ва мониторинги принсипларини таҳлил қилиш. • Ушбу касалликни бирламчи, иккиламчи, учламчи профилактикаси. **<u>УАШ бажара олиши керак:</u>** • МИ ни ташхишлашда бемор шикояти ва анамнезини тахлиш қилиш. • Клиника ва лаборатор-асбобий текширишлар асосида стенокардия ва МИ ни қиёсий ташхислаш. • ЭКГ асосида МИ мавжудлигини аниқлаш. • Касалхонагача бўлган босқичда тиббий ёрдам кўрсатиш. • Самараси исботланган дори воситаларини танлаш • Дори воситалари билан даволаш бўйича маслахат бериш. • ҚВП ва ОП шароитида беморларни олиб бооpиш, кузатиш ва мониторинг

	қилиш.
Ўқитиш методи	“стол **уртасида** ручка” усули, баҳс, суҳбат, вазиятли масала ва тестларни ечиш.
Ўқув жараёнинг ташкилий шакли	Якка, гуруҳли, коллектив, аудиториядаги ва аудиториядан ташқари ишлар.
Ўқитиш воситалари	Тарқатма материаллар, муляжлар, касаллик тариҳлари, жадваллар, ўқув қўлланмалар, беморлар ЭКГси.
Қайта боғлашнинг усул ва воситалари	Блиц – сўров, тест, дарс натижаларини намойиши, касллик тариҳини тўлдириш, амлий кўникмаларини бажариш, “профессионал сўров”

1.2. Амалий машғулотнинг технологик картаси.

№	Амалий дарснинг босқичлари	Дарс шакли *Ўтиш жойи*	Машғулот давомийлиги 200
1	Кириш қисми(асосий мавзу)		10
2	Амалий машғулот мавзусини таҳлил қилиш замонавий педагогик теҳналогиялар (“асалари уяси”) дан фойдаланиб шунингдек, материаллар (касллик тариҳи, жадвал, плакат, рентгенограмма) ни намойиш қилиш орқали. Дастлабки кўсаткичларни аниқлаш	Сўров, муҳокама *Ўқув ҳонаси, палата*	40
3	Муҳокама натижалари		10
4	Амалий қисм учун машқни аниқлаштириш-профессионал сўров. Вазиятни тушунтириш ва касаллик тариҳини тўлдириш ҳақида рекомендатсиялар бериш.	Муҳокама	20
5	Ўқитувчи бошчилигидаги дарснинг асосий амалий қисми.	Поф. сўров. Беморлар билан суҳбат ва касаллик тариҳини тўлдириш, вазиятли масала. *Палаталарда беморларни кўриги*	20

6	Бемор текширув малумотларининг интерпритацияси -шкоятлар, кўрув, палпация, перкуссия, аускултация, ҳамда УСТ, УҚТ ва биокимёвий таҳлиллар ва ташхис қўйиш.	Касаллик тариҳи, вазиятли масаладаги лаборатор маълумотлар	25
7	Талабаларнинг назарий ва амалий билимларини тахлил қилиш маълумотларни мустаҳкамлаш, билимни ўзлаштириш даражасини баҳолаш.	Оғизаки жавоб, тестлар, муҳокамалар, амалий кўникмаларни аниқлаш *Ўқув ҳонаси*	55
8	Амалий дарс бўйича ҳулоса, 100 баллик система бўйича баҳолаш ва уларни еълон қилиш.. Келгуси дарсга уйга вазифа(саволлар тўплами).	Мустақил иш учун саволлар, маълумот. *Ўқув ҳонаси*	25

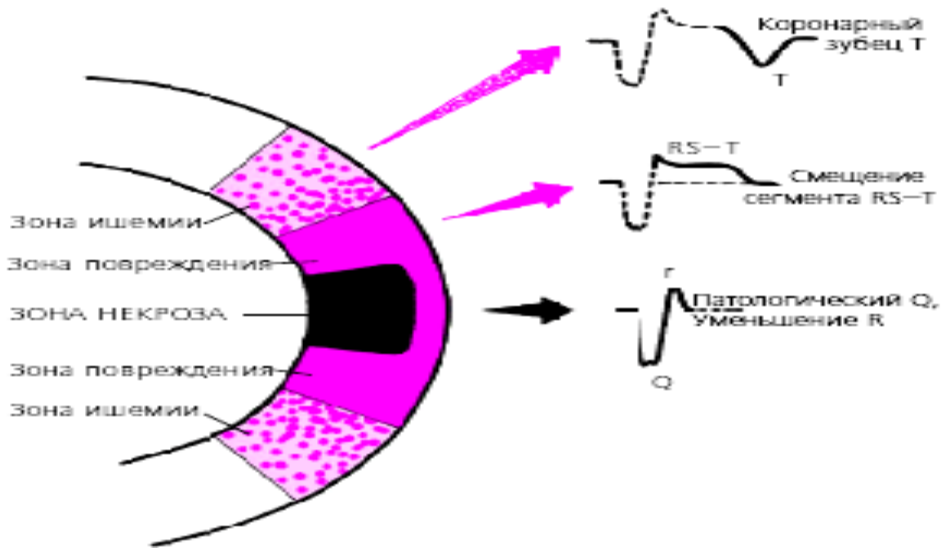
Миокард инфаркти. МИ юрак мушакларининг чегараланган некрози бўлиб, унинг қон билан таъминланиши ва талаби ўртасидаги мувозанатнинг ўткир бузилиши натижасида юзага келади. Унинг асосида тож артерияларининг атеросклерози (аксарият ҳолларда), спазми ва атеросклеротик пилакчаларга қон қуйилиши ётади.

МИга хос бўлган умумий белгилар:

- нитроглицерин билан бартараф этилмайдиган, узоқ вақт (30 дақиқадан кўпроқ) давом этувчи ангиноз оғриқлар;
- кардиоспецифик ферментларнинг (тропанин 1 ва Т, креатинфосфокиназанинг (КФК) МВ фракцияси) ишончли даражада ошиши;
- ЭКГ даги ўзгаришлар (ST сигментининг депрессияси ва патологик Q тишчасининг пайдо бўлиши).

Некроз ўчоғининг миокард қаватларига тарқалиши ва чуқурлигига кўра қуйидаги МИ турлари тафовутланади:

- ***кичик ўчоқли - Q тишчасиз*** (субэндокардиал, субэпикардиал ва интрамурал). ЭКГ да асосан ST сегменти ва Т тишчасида ўзгаришлар кузатилади;
- ***катта ўчоқли - Q тишчали*** (трансмурал бўлмаган миокард қаватларининг 50 % шикастланган) – ЭКГда патологик Q тишчаси пайдо бўлиб, ST сегменти ва Т тишчасида ўзгаришлар кузатилади ҳамда R тишчаси сақланиб қолади;
- ***трансмурал - Q тишчали*** (некроз ўчоғи миокарднинг маълум бир соҳасидаги барча қаватларни шикастлаган)– ЭКГ да QRS комплекси QS кўринишида бўлади ҳамда ST сегменти ва Т тишчасида ўзгаришлар кузатилади.



36-расм. Бейли буйича миокард инфарктида ЭКГ узгаришлар.

Клиник кечиши бўйича касалликнинг 5 даври фарқланади:

6. ***продромал*** (инфарктдан олдинги давр) - бир неча соатдан бир ойгача, баъзан бўлмаслиги ҳам мумкин. Ушбу даврда ностабил стенокардиянинг клиник белгилари кузатилади. Аксарият ҳолларда ЭКГ да ST сегменти ва Т тишчаси ўзгаради;

7. ***ўта ўткир даври*** – 30 дақиқадан 2 соатгача давом этади. Ушбу даврга яққол намоён бўлган оғриқ синдроми (атипик турларида- уларга хос клиник белгилар) хос;

8. ***ўткир даври*** – 2-14 кун давом этади. Бу даврда клиник белгилар мўътадиллашади (оғриқ камаяди ёки йўқолади) ва айни вақтда резорбцион- некротик синдром пайдо бўлади. Касалликнинг ўта ўткир ва ўткир даврларида беморларда ўткир юрак етишмовчилиги белгилари ҳамда ритм бузилишлари кузатилиши мумкин;

9. ***ўткир ости даври*** – касаллик бошланганидан 4-8 ҳафта давом этади. Беморда оғриқ симптоми кузатилмайди, лекин СҚАЕ белгилари пайдо бўлиши мумкин;

10. ***чандиқланиш (МИ дан кейинги) даври*** - 3-6 ой давом этиб, касаллик асоратланмаганда, бемор ҳеч қандай шикоятлар билдирмайди.

МИ ривожланган беморларда касалликнинг турли даврларида эрта ва кечки асоратлар кузатилиши мумкин. Ушбу асоратлар ўз вақтида аниқланмаса ва монанд ёрдам кўрсатилмаса, ёмон оқибатларга олиб келади. Шунинг учун УАВ улар тўғрисида батавсил маълумотга эга бўлиши лозим.

Стабил ва ностабильной стенокардия, Q тишчали миокард инфаркт дифференциал диагностикаси

Клиник белги	**Стабил**	**Ностабил стенокардия**	**Q тишли МИ.**
Давомийлиги	Бир нечта ойдан, бир нечта йилгача	Илк пайдо булган (давомийлиги 30 кун) ёки прогрессияланувчи	Илк пайдо бўлган ёки стенокардия фонида

Оғриқ характери	Стереотипли	янги оғриқларни пайдо булиши ёки тинчликдаги стенокардия	Чўзилувчи оғриқ
Оғриқ интенсивлиги	Ўзгармайди	Тўлқинсимон кучайиб боради	Қийин қабул қилувчи
Оғриқ давомийлиги	2-10 мин	10-20 мин	20-30 мин ва кўп
Оғриқ пайдо булиши учун шароит	Бемор учун аник	Ўзгаради, янги пайдо бўлади	Тинч пайтдаги огрик
Хуружлар частотаси	ўзгармайди	ошади	Ангинозли ёки Астматик статус
Нитроглицерингга кунлик эҳтиёж	ўзгармайди	тез ошади (15-20 табл.ва ундан куп)	Нитроглицерин Ёрдам бермайди
Жисмоний юкламага толерантлик	ўзгармайди	Тез пасаяди	Жисмоний юкламани кўтаролмайди
ЭКГ	Стабил ўзгаришлар	ST сегмент – динамикаси кузатилади	ST, Q тиш динамикаси
Биохимик кўрсаткичлар	ўзгармайди	Ошади, аммо нормадан 15% ошмайди	Биринчи 2 соат давомида миоглобин ва МВ КФК, кейин Тропонлар1, АСАТ, ЛДГ ва бошқ.
Олиб бориш тактикаси	клиника-функционал синфга боглик холда антиангинал дориларни танлаш	Махсус булимларга шошилинч госпитализация, интенсив давони бошлаш (антиагрегантлар, антитромботик терапия)	Махсус булимларга шошилинч госпитализация, интенсив давони бошлаш (антиагрегантлар, антитромботик терапия) + тромболитик терапия
Якин ташхис	Стабил холат	Аник булмаган, 12—16% беморларда МИ ривожланиши мумкин.. Улим хафи..	Асоратлар ривожланиши мумкин:аритмиялар, юрак етишмовчилиги, Бирданига улим хафи.

Эрта асоратлар:

- ***юрак ритми*** (хилпилловчи аритмия, экстрасистолиялар, параксизмал тахикардиялар, фибрилляциялар) ва *ўтқазувчанлигининг* (АВ блокадалар) бузилиши. Ушбу асорат МИ га чалинган беморларнинг деярли барчасида ва касалликнинг ҳамма

даврида кузатилади. Уни ташҳислашда клиник белгилар билан бир қаторда ЭКГ текшириш натижаларига асосланилади;

- ***кардиоген шок*** -миокард инфарктининг кўп учрайдиган ва огир асоратларидан ҳисобланади, қоидадай хаста ликнинг ўта ўткир даврида ривожланади ва 10-15 фоиз беморларда кузатилади. Мазкур хасталик ривожланиши асосида юрак мушаклари қисқариш фаолиятининг пасайи-ши, юракнинг систолик ва дақиқалик ҳажмининг камайиши ётади, бу ҳолат артерия системасининг қон билан таъминланиши етишмовчилигига ва артерия босими пасайишига олиб келади. Миокард кискариш фаолиятининг пасайиши зарарланган ўчоқлардан рефлектор таъсирланиши ва чап қоринча фаолият кўрсатаётган миокард массасининг камайиши натижасида вужудга келади. Шокда ҳаётий аҳамиятга эга бўлган ҳамма аъзоларга қон кам келади, шу сабабли жигарда некроз, меъда-ичак деворларида яра пайдо бўлади. Буйрак филтрацион фаолиятининг кескин пасайиши азотемияга олиб келади. Бунда артериаолларнинг мушак тонуси пасаяди, микроциркуляция ва тўқима метаболизми бузилади. Бир вақтда тож артерияларда ҳам қон оқиши камаяди; бу ҳолат юрак мушаклари озиқланишини ёмонлаштиради ва унинг қисқариш фаолиятини пасайтиради. Некрозлашган юрак мушакларининг парчаланиш маҳсулотлари гистамин хусусиятига эга ва артериоллар мушак тонуси пасайишини вужудга келтириш мумкинлигини инкор қилиб бўлмайди. Метаболик бузилишларнинг оғирлашуви, микроциркуляция шикастланишининг ривожланиши кардиоген шокка хос бўлган ацидозга олиб келади. систолик ҚБ 80 мм.сим.уст. дан, пульс босими 20-25 мм.сим.уст. пасайиши, ўткир юрак етишмовчилиги белгиларини (нафас сиқиши, акроцианоз, тахикардия, кичик қон айланиш доирасида димланиш белгилари, яъни нам хириллашлар, қон туфлаш) пайдо бўлиши, шокнинг периферик белгилари (тери қопламини оқариши, тананинг совуқ, ёпишқоқ тер билан қопланиши, қўл–оёқларнинг музлаши), олиго (соатига 20 мл.дан кам) ва анурия ривожланиши билан намоён бўлади

Тромбоэмболик асоратлар– МИ га олиб келган асосий сабаб ҳамда у туфайли қон айланиши бузилиши натижасида турли соҳадаги қон томирларида (бош мия, ўпка, буйрак, мезентериал ва бошқа артерияларда) тромб ҳосил бўлиши ва шу аъзода ишемия ва инфаркт ривожланиши мумкинМиокард инфарктида тромбоэмболия вужудга келишида антикоагулянт (кон ивишига қарши) система депрессияси (фаолиятининг сусайиши), конда коагулянтлар (қон ивиш жараёнини кучайтирувчилар) микдорининг кўпайиши, қон айланиш етишмовчилигида аъзо ва тўқималарда қон айланишининг бузилиши мухим роль ўйнайди. Шунингдек, артерияларда ривожланадиган маҳаллий атеросклеротик ўзгаришлар ҳам катта аҳамиятга эга. Кўпинча ўпка артерияси ва унинг шахобчалари тромбоэмболияси кузатилади. Бу асоратнинг клиник манзараси кўп ҳолларда шикатланган кон томирнинг катта-кичиклигига боғлик. Кўпинча бу жараёнда тромблар ўпка артериясида тиқилиб қолади. Ўпка артерияси тромбоэмболиясида тўсатдан вужудга келадиган ўткир юрак етишмовчилиги хасталикка хос белги ҳисобланади ва ҳансираш, тахикардия, акроцианоз билан ифодаланади. Баъзи ҳолларда ўпка шиши, юрак ритми бузилиши (пароксизмал тахикардия), хилпилловчи (мерцательная) аритмия ривожланади. Тромбоэмболия одатда кўкрак қафасида тўсатдан пайдо бўладиган ва чуқур нафас олганда кучаядиган орриқ, ҳансираш, йўтал, қон тупуриш билан кузатиладиган ўпка инфарктига

олиб келади. Рентгенограммада ўпкада асоси плевра томонига қараган учбурчак шаклдаги қора доғ аниқланади.

Юрак астмаси ва ўпка шиши чап қоринчанинг ўткир етишмовчилиги натижасида ривожланади. Чап қоринча фаолияти сусайиб кетишидан чап бўлмачада ва ўпкада кон димланади, кичик қон айланиш доирасидаги капиллярлар ўтказувчанлиги ошади. Қоннинг суюқ қисми ўпка тўқималарига, алвеолаларга сингиб кетиб, ўпка шишини юзага келтиради. Миокард инфарктида астма хуружи ҳаво етишмаслиги, нафас қисиши, бўғилиш билан бошланади. Қўрқув, ваҳима пайдо бўлади. Бемор ҳавони огзи билан ютишга ҳаракат қилади, ўрнида ўтириб олади (ортопноэ ҳолат). Нафас олиши тез-тез ва юзаки. Шовқинли нафас бронх шиллиқ парадасининг шишганлигидан далолат беради. Шиш кучайиши оқибатида ўпкада хириллаш пайдо бўлади, балғам ажралади, ҳансираш ва кўкариш кучаяди, алвеола шиши кўпаяди, у ҳатто масофада ҳам эшитилади (нафас хириллаши, "қайнаётган самовар" товуши). Бемор йўталади, кўпикли, қизил рангли балғам тупуради. Ўпканинг алвеола шиши хасталикнинг оғир кечишини кўрсатади ва оқибатини ёмонлаштиради: ўлим хавфи ўртача 50 фоизни ташкил қилади. нафас сиқиши, акроцианоз, тахикардия, кичик қон айланиш доирасида димланиш белгилари, яъни аввал қуруқ, кейин пушти ранг кўпикли балғам ажралиши билан кечадиган йўтал, нам хириллашлар, ўпка артерияси устида II тон акценти, юрак чўққисида ва аорта устида систолик шовқин пайдо бўлиши кузатилади. Унинг оғирлик (енгил, ўрта ва оғир) даражасига кўра ушбу белгилар бир оз ёки яққол намоён бўлиши мумкин

- **Юрак мароминнг бузилиши** йирик ўчоқли миокард инфарктининг кўп учрайдиган ва хавфли асоратларидан ҳисобланади, аксарият, қоринча экстрасистолияси, кам ҳолларда бўлмача хилпиллаши юзага келади. Аритмия, аксарият, хасталикнинг ўта ўткир даврида, айниқса ангиноз хуружидан кейинги биринчи соатларда ривожланади. Кўпинча кўп сонли маром ва ўтказувчанлик бузилишлари кузатилади. Одатда улар жуда беқарор, хаотик ҳолатда бир-бири билан алмашадилар, оз муддатга (дакика, соат) йўқолиб, яна янгидан пайдо бўлишлари мумкин. Бундай беқарорлик сабабини ўткир тож артериялар етишмовчилигида ривожланадиган морфологик, метаболик, гемодинамик ўзгаришларида қидириш керак. Аритмиянинг вужудга келиши миокард инфарктининг кечишини ва оқибатини огирлаштиради, чунки аритмия кўпгина гемодинамик бу-зилишларини, авж олиб борувчи юрак етишмовчилигини чақиради ва кўпинча юрак тўхташига ҳам олиб келади.

Юрак қоринча деворининг ёрилиши йирик ўчоқли трансмурал миокард инфарктида касалликнинг 2- ва 10-кунлари орасида вужудга келади. Хасталикнинг клиник манзараси тўсатдан коллапс билан намоён бўладиган оғрик хуружи билан ифодаланади: бемор бўзаради, веналари бўртиб чиқади, юрак чегаралари катталашади, юрак товушлари йўқолади, томир уриши сезилмайди, артерия босими аниқланмайди, бир неча дакиқалардан кейин хушдан кетади ва юрак тампонадаси натижасида нобуд бўлади.

Ўткир юрак аневризми катта трансмурал миокард инфарктининг биринчи хафтасида 20 фоиз беморларда ривожланади. Мазкур жараён чап қоринчанинг олдинги де-ворида жойлашганда юрак соҳасида патологик юрак тепиши аниқланади, гоҳида систолик шовқин эшитилади. ЭКГда динамик ўзгариш йўқлиги ("котиб қолган" ЭКГ) - S-T

оралигининг 2 ой мобайнида ўрта тўғри чизиғда тушмаслиги ташхисни тасдиқлайди. Рентген текширишида чап қоринчанинг бўртиб чиқдан жойи кўзга ташлайади.

Дресслер синдроми - бир вақтда перикард (юрак олди халтаси), плевра (ўпка пардаси) ва ўпканинг яллигланиши билан ифодаланади. ***дресслер синдроми***- касалликнинг 2-8 ҳафталарида ривожланиб, плеврит, пневмонит, перикардит белгилари билан намоён бўлади. Шунингдек, беморларда иситмалаш, эозинофилия, полиартрит, ЭЧТ нинг ошиши кузатилади. Бу асоратнинг асосида иммун яллиғланиш жараёни ётганлиги сабабли, даволашда асосий гуруҳ дори воситалари билан бир қаторда кичик дозада преднизолон (15-20 мг.) ва НЯҚВ қўллаш яхши самара беради

Перикардит кўкрак қафасида оғрик, перикард ишкаланиш шовқини, ҳарорат кўтарилиши, лейкоцитоз, ЭЧТ ортиши билан намоён бўлади. Перикард бўшлигига суюқлик йиғилса ҳансираш пайдо бўлади, юрак чегараси кенгаяди, перикард ишқаланиш шовқини йўқолади, тонлар жарангдорлиги пасаяди.

- Инфарктдан кейинги синдромда **плеврит** қуруқ ёки нам бўлиши мумкин. Ўпка пардасининг қуруқ яллиғланишида шунга хос плевранинг ишқаланиш шовқини эшитилади.
- Ўпкада **зотилжам** ривожланганда майда пуфакли нам хириллаш эшитилади, қонда лейкоцитлар кўпайгани, ЭЧТ тезлашгани аниқланади.

➢ ***тромбоэндокардит*** – ҳолсизлик, кўп терлаш, турғун, узоқ давом этувчи тахикардия ва тана ҳароратининг кўтарилиши (антибиотиклар самара бермайди), юрак чўққисида систолик шовқин пайдо бўлиши ҳамда тромбоэмболик синдромлар билан намоён бўлади;

➢ ***юракни ўткир ва сурункали аневризмаси*** учун чап томонда 3-4 қовурғалар оралиғида, юрак чўққи турткисига мос келмайдиган перикардиал пулсация, унинг чегараларини кенгайиши, юрак чўққисида I тон сустлашиб систолик шовқин пайдо бўлиши ҳамда ўпка артерияси устида II тон акценти, ўткир ёки сурункали қон айланиши етишмовчилиги белгилари пайдо бўлиши, тромбоэмболик синром, ЭКГда МИ даврларига хос динамик ўзгаришларнинг кузатилмаслиги (ST оралиғининг ўрта чизиқдан юқорида сақланиб қолиши) хос. ЭхоКГ ўтказиш ташҳисни аниқлашда мухим аҳамиятга эга;

➢ ***юракнинг ички ва ташқи ёрилиши,*** ташқи ёрилишида беморда тўсатдан оғриқ пайдо бўлади, ҳушидан кетади, пульси ва ҚБ аниқланмайди, кўз қорачиғи кенгаяди, агонал нафас пайдо бўлади, бўйин томирлари бўртиб чиқади, тананинг бир қисмида кўкаради ва бу ҳолат қисқа вақт ичида ўлим билан тугайди. Ички ёрилиш ривожланганда беморда дори воситалар ёрдамида бартараф этиб бўлмайдиган кучли оғриқ, ҳансираш билан бир қаторда, қисқа вақт ичида ўнг қоринча етишмовчилиги белгиларининг ривожланиши кузатилади. Объектив кўрикда юрак чегарасини ўнгга силжиши аниқланади, унинг барча эшитиш нуқталарида, эпицентри тўш суягининг ўртасида ва чапда 4-5 қовурғалар оралиғида бўлган систолик шовқин эшитилади;

➢ МИ нинг эрта даврида юқорида келтирилган асоратлардан ташқари сийдик ажралишининг ўткир бузилиши, ошқозон-ичак тизимида ўзгаришлар (ўткир яралар, қон кетиш, парезлар) ва руҳий бузилишлар ривожланиши мумкин. Ушбу асоратлар МИ нинг

кечки даврларида ҳам кузатилишини УАВ ёдда тутишлари лозим. Шу билан бир қаторда, кечки асоратларга Дресслер синдроми ва СҚАЕ ҳам киради.

- ***сурункали қон айланиш етишмовчилиги.***

Миокард инфарктини лаборатор ташхислаш

Миокард инфарктини лаборатор ташхислаш қуйидагиларга асосланган: 1) тўқима некрозини носпецифик кўрсатгичлари ва миокардда яллиғланиш белгилари; 2) гиперферментемия ва 3) қон таркибида миоглобин ва тропонинлар миқдорини ошиши.

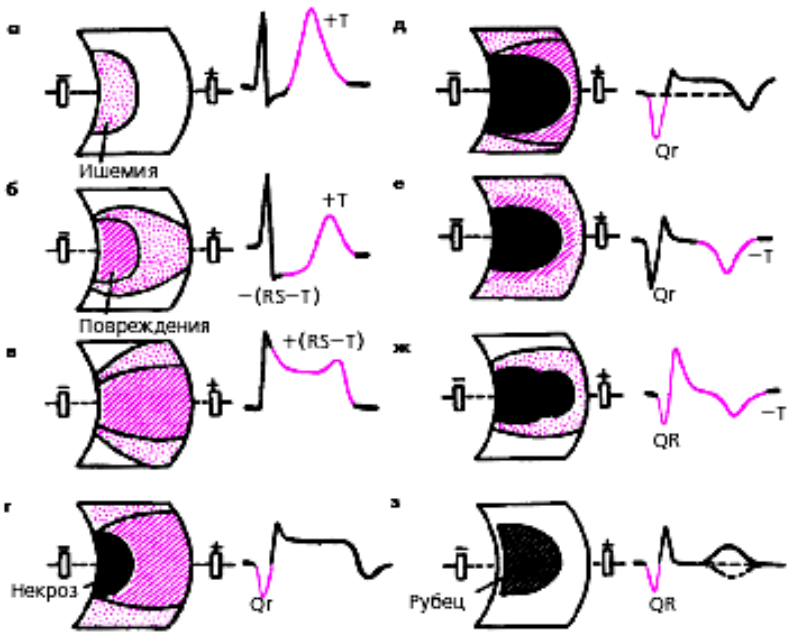
МИ ривожланганда организмни носпецифик реакцияси биринчи навбатда мушак толаларини шикастланиш даражасига, қон таркибидаги парчаланган оқсил махсулотларини қайта сўрилиши ва асосан инфаркт атрофидаги юрак мушагида махаллий асептик яллиғланишга боғлиқ. Ушбу жараённи қуйидаги асосий клинико –лаборатор белгилар акс ади:

1. Тана хароратини кўтарилиши (субфебрил кўрсатгичлардан 38,5-39^{0}С гача).
2. Лейкоцитоз, аксарият ҳолларда 12-15 х10^9/л гача.
3. Анэозинофилия.
4. Қон формуласини бир оз (таёқчаядролилар томонга) чапга силжиши.
5. ЭЧТ ошиши.

Ушбу лаборатор белгиларнинг намоён бўлиш даражаси некроз ўчоғи кенглиги ва чуқурлигига боғлиқлигини, унча катта бўлмаган инфарктда ушбу ўзгаришлар кузатилмаслиги мумкинлигини такитлаб ўтиш лозим. Шу билан бир қаторда бу носпецифик кўрсатгичлар клиник ва ЭКГ белгилар билан асосланган ҳолда таҳлил қилиниши керак.

Ҳар бир соха ЭКГда қуйидаги ўзгаришларни шакиллантиради:

1. ***Некроз сохаси –*** патологик Q тишча (давомийлиги 30 мс дан кенг, чуқурлиги ≥1/3 - 1/4R) пайдо бўлиши R тишча амплитудасини пасайиши ёки QS комплекс;
2. ***Ишемик шикастланиш сохаси*** - RS-T оралиқни ўрта чизиқдан юқорига кўтарилиши (трансмурал МИ да) ёки пастга тушиши (юрак мушакларини субэндокардиал шикастланишида);
3. ***Ишемия сохаси***- коронар (тенг елкали, ўткир учли) Т тишча (субэндокардиал МИ да юқори мусбат, ва трансмурал МИ да– манфий).



37-расм. Q тишчали миокард инфарктида ЭКГ ўзгаришлар динамикаси (а-е –ўткир, ж-ўткир ости, з- чандикланиш даври)

Миокард инфарктининг турли жойлашишларида ЭКГ тармоқларида кузатиладиган ўзгаришлар

№	Некроз ўчоғининг жойлашиш соҳаси	ЭКГ тармоқлари	
		Тўғридан- тўғри белгилари	Реципрок белгилар
		Патологик Q, (QS); RS-T оралиқ элевацияси; Манфий коронар Т	RS-T оралиқ депрессияси; баланд мусбат Т; баланд R (орқа девор МИ да)
I. Олдинги девор МИ			
1	Олдинги-тўсиқ	V1-V3	
	Олдинги-чўққи	V3, V4	
2	Олдинги-ён девор	I, aVL, V5, V6	
3	Олдинги базал (олдинги юқори соха)	V24- V26 ва/ёки V34- V36	
4	Олдинги тарқалган (олдинги-тўсиқ соҳаси ва олдинги-ён девор)	I, aVL, V1- V6	III, aVF, II
II. Орқа девор МИ			
1	Орқа -диафрагмал	III, aVF, II	
2	Орқа - базал	V1-V3 да R тишчанинг баландлашиши. V7-V9	V1-V3

		тармоқларда QRS комплекси ва Т тишчаси деформацияси.	
3	Орқа – ён девор	III, aVF, V5, V6	V1-V2
4	Орқа-тарқалган (орқа –диафрагмал ва орқа – ён девор)	III, aVF, II, V5-V9. V1-V3 да реципрок ўзгаришлар.	V1-V3
III	Ён девор МИ	V5, 6	

Миокард инфарктининг атипик шакллари - 20 фоиз инфарктда кузатилади. Хасталикнинг у ёки бу белгиларининг устунлигига қараб қуйидаги клиник вариантлар тафовут қилинади.

- **Гастралгик (абдоминал) тури** – огриқ хуружи қорриннинг юқори қисмида (эпигастрия соҳасида) вужудга келиши ёки шу соҳага тарқалиши билан характерланади. Хасталикнинг мазкур тури кўпинча чап қоринчанинг орқа девори ёки орқа ён деворининг пастки қисмида жойлашган миокард инфарктида кузатилади ва ўткир миокард инфарктининг 2-3 фоизини ташкил қилади. Тўш суяги орқасидаги ёки юрак соҳасидаги оғриқ эса, аксарият, чап қоринчанинг олдинги ёки олдинги - ён девори миокард инфарктида юз беради. Бир вақтда диспепсик шикоятлар: ҳаво билан кекириш, ҳиқичоқ тутиш, кўнгил айниши, қусиш, қориннинг дам бўлиши, ич кетиш вужудга келади. Қоринни пайпаслаганда эпигастрия соҳасида огриқ мавжудлиги, мушак қаватининг таранглaниши аниқланади. Баён қилинган меъда-ичак фаолиятининг бузилишлари, меъда яра ёрилиши, ўт касаллиги хуружи, ўткир панкреатит ва холецистит ёки овқат билан заҳарланнш нотўгри ташхис қўйишга олиб келиши мумкин; шу билан бирга бу хасталикларда ҳам ҳарорат кўтарилиши ва лейкоцитоз аниқланади. Ташхис қўйишда янглишмаслик учун ҳар хил қорин оғриғида ЭКГ текширишини ўтказиш шарт.
- Миокард инфарктининг **астматик тури** - 5-10 фоиз беморларда аниқланади ва юрак астмаси ҳамда ўпка шиши билан намоён бўлади, одатда кексаларда, айниқса семиз одамларда ва ифодаланган коронарокардиосклерозли беморларда, қайталанган миокард инфарктида кузатилади. Чап қоринча қисқариш фаолиятининг кескин пасайиши ва миокард инфарктининг бошланғич соатларидаги артерия босимининг ўткир кўтарилиши юрак астмасига ва ўпка шишига олиб келади. Хасталикнинг бу тури жуда огир кечиши, инфаркдан кейинги қон айланиш етишмовчилигининг ривожланиши ва ўлимнинг юқорилиги (40-60 фоизгача) билан характерланади. Мазкур турдаги 50 фоиз беморларда бўгилиши кўкракдаги огриқсиз юзага келади. Объектив текширишда чап қоринча ўткир етиш мовчилигининг клиник белгиларидан ташқари митрал қопқоқ етишмовчилигининг аускултатив симптоматикаси аншутанади. Бу ҳолатда нисбий митрал етишмовчилиги ривожланиши билан кузатиладиган, ўткир юрак декомпенсациясига олиб келадиган, сўрғич мушаклар инфаркти ташхисини қўйишга асос мавжуд.
- Миокард инфарктининг **церебрал тури** - ёйилган ёки учокли мия ишемияси натижасида вужудга келадиган мия қон айланишининг етишмовчилиги ва психика ўзгаришлари белгилари билан ифодаланади. Миокард инфарктининг мазкур тури асосида

ўткир вужудга келган аритмия, юракнинг систолик ва дақиқалик хажмининг камайиши сабабли миянинг қон билан таъминланишининг бузилиши ётади. Миокард инфарктида мияда қон айланишнинг бузилиши белгилари ҳар хил бўлиши мумкин: бир гуруҳ беморларда бош мия ишемиясининг жуда равшан бўлмаган белгилари кузатилади (кўнгил айниши, қусиш, бош айланиши, бош огриги, қисқа муддатли бехушлик), бошқаларда - бош мия томонидан кескин ифодаланган ўчоқли белгилар (гемипарез, афазия) - улар одатда ўткинчи характерда бўладилар ва миокард инфарктини ўткир давридан кейин йўқолади.

- Миокард инфарктининг **аритмик тури** ҳаётга хатар (қўрқинч) соладиган юрак аритмиялари (хилпилловчи аритмия, қоринчанинг навбатдан ташқари қисқариши, вакти-вақти билан юрак уришининг тезланиши ёки ўткир вужудга келадиган ўтказувчанликнинг бузилиши - атриовентрикуляр ёки қоринча ичидаги блокада) ривожланиши билан характерланади. Юрак мушакларининг метаболизм жараёнлари бузилишлари, электролитлар ўзгариши билан кузатиладиган микроциркуляциянинг издан чиқиши хатар туғдирадиган аритмиялар сабабчиси бўлиб ҳисобланади. Юрак мароми (ритми) бузилишининг клиник манзараси юрак уришининг тезлашиши, юракнинг нотекис уриши, кўкрак босилиши сезгиси кўринишида ифодаланади. Бу ҳолатда миокард инфаркти ташхисини аниқлаш бир мунча кийинчилик тугдиради ва динамикада клиник-электрокардиографик кузатув ўтказишни талаб қилади.
- Миокард инфарктининг **белгисиз (оғриқсиз, "соқов")** тури ривожланиши тож артерияларнинг аста-секин бекилиши ва компенсатор механизмлар таъсири, хусусан коллатераллар юзага келиши натижасида миокард инфарктининг суст тезликда шаклланиши билан боғлик. Хасталикнинг мазкур турида оғриқ билинмаслиги мумкин, кўкракда нохуш ҳолат, сабабсиз беҳоллик, кайфият бузилиши сезилади. Текширишда экстрасистолия, тахи - ёки брадиаритмия, артериал гипотензия, юрак товушларининг бўгиқлашганлиги, ўпкада димланиш хириллашлари аниқланиши мумкин. Амалиётда ЭКГ ягона ишончли ташхис усули ҳисобланади, бунда тасодифан ўткир ёки чандиқли миокард инфаркти аншуганади. Миокард инфарктининг атипик шакллари орасида белгисиз тури 1-10 фоизни ташкил қилади.
- Миокард инфарктининг **шишли тури -** шиш ва асцит билан кузатиладиган ўнг қоринча етишмовчилигининг тезда ривожланишидир.

Қайталанувчи миокард инфаркти - олдинги миокард инфарктининг чандиқланиши ҳали бошланмасданоқ янги некроз ўчоқлари ҳосил бўлиши билан ифодаланади ва кечиши давомли бўлади. Шу билан бирга, бирламчи некроз ўчоғи ривожланишига сабабчи бўлган артериялар ҳавзасида (кўпинча давомли тромбоз натижасида) янги зарарланиш соҳалари вужудга келади. Қайталанувчи миокард инфарктининг клиник манзараси тўш суяги орқасида тез-тез хуружсимон огриқ пайдо бўлиши билан характерланади. Миокард инфарктининг мазкур тури ташхиси клиник маълумотларни такрорий гемограмма ўзгаришлари, биокимёвий кўрсаткичлар, қонда ферментлар (АсАТ, ЛДГ, алдолаза ва ҳоказолар) ва ЭКГ текширишлари билан солиштиришга асосланади.

Такрорий миокард инфаркти. Кўпинча биринчи марта миокард инфаркти ўтказгандан кейин 2-3 ой ўтгач вужудга келади, кечиши огир ўтади. Хасталикнинг мазкур тури ривожланиши бирламчи некрознинг бевосита сабаблари билан боғлиқ эмас, мустақил характерга эга ва тож артерияларнинг бошқа шахобчалари хавзасида юзага келади.

Миокард инфарктини даволаш. МИга шубҳа қилинганда, беморни тезда интенсив даволаш бўлимига ётқизиб, керакли чора-тадбирларни кўриш касалликнинг асоратланишини ва ўлим хавфини камайтиради. Касалхонагача бўлган босқичда беморга юқорида келтирилган, ностабил стенокардияни даволашдаги чора-тадбирлар олиб борилади. Касалликнинг биринчи дақиқаларидан бошлаб бемор қаътий ётоқ тартибига риоя қилиши ва ЭКГ монитор кузатуви остида бўлиши лозим. Бу даврда коринчалар фибрилляцияси ва антриовентрикуляр блокада хавфи юқори бўлганлиги сабабли дефибрилятор ҳамда электрокардиостимулятор тайёр туриши керак.

Интенсив даволаш бўлимида олиб бориладиган даво чоралари оғриқ синдромини тўлиқ бартараф этиш, юрак ритми ва ўтқазувчанлиги бузилишини олдини олиш ҳамда некроз ўчоғини чегаралашга қаратилган бўлиши лозим. Бу мақсадга эришиш учун МИ чалинган беморларга тромболитиклар (стрептокиназа, стрептодеказа), антикоагулянтлар (гепарин, фраксипарин, клепсан), антиагрегантлар (аспирин, кардиомагнил, стазекс (клопидогрель), нитратлар (нитросорбид, нитронг-форте, моносан, оликард), β-блокаторлар (атенолол, эгилок, небилет), ААФИ (берлиприл, прендоприл, лизинатон), антиаритмик (кордарон, β-блокаторлар, аллопинин) воситалар бемор ҳолатидан келиб чиққан ҳолда индивидуал дозаларда тавсия этилади. Уларни тавсия этишда кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар мавжудлигини инобатга олиш лозим.

МИ ривожланган беморларда оғриқ синдромини бартараф этиш учун:

Шифохонада ўтказиладиган кейинги чора – тадбирлар:

- ✓ бемор биринчи 24-28 соат давомида мажбурий ётоқ тартибига риоя қилиши;
- ✓ парҳезга риоя қилиш (енгил овқатланиш);
- ✓ 7-12 кундан кейин беморни доимий фаол ҳаракатланиш ҳолатига қайтариш (асоратсиз кечганда);
- ✓ қон зардобида мунтазам электролитлар миқдорини аниқлаш;
- ✓ тинчлантирувчи дори воситаларини тавсия этиш;
- ✓ тромбоэмболик асоратлар, жумладан, чап қоринча тромбоэмболияси ривожланиш хавфи юқори бўлганда, хилпилловчи аритмияда, беморлар узоқ вақт ётоқ ҳолатида бўлганда, юрак қон отиш ҳажми паст ҳолларда варфарин буюриш;
- ✓ юрак етишмовчилиги белгилари пайдо бўлганда ААФИ билан бир қаторда диуретиклар (верошпирон, фуросемид, гипотиазид) бериш.

Шифохонадан жавоб беришдан олдин:

- ✓ чекишни ташлашни, тана вазнини камайтиришни, фаол жисмоний ҳаракат билан шуғулланишни (масалан, кўпрок пиёда юриш) тавсия этиш;
- ✓ жисмоний юклама билан ЭКГ синамаси ўтқазиб, беморни жисмоний зўриқишга чидамлилигини аниқлаш;
- ✓ доимий равишда β-блокаторлар (2 йилдан кам бўлмаган даврда), аспирин 100-150 мг ёки стазекс (клопидогрель) 75 мг кунда 1 марта ичиб туришни тавсия этиш;

✓ айрим ҳолатларда варфарин (3 ойдан кам бўлмаган даврда) ва ААФИ ни буюриш;

✓ СҚАЕда доимий равишда ААФИ ва кўрсатмаларга кўра диуретиклар қабул қилишни тавсия этиш;

✓ кўрсатмалар бўлганда (баъзан зудлик билан) беморни коронарография ўтказишга юбориш ва кардиохирурглар билан ҳамкорликда инвазив (баллон коронар ангиопластика, АКШ, стентлаш) даволаш усулини танлаш;

✓ беморни мунтазам равишда ОП ва ҚВП шароитида кузатиш.

Профилактика:

Юрак ишемик касаллигига олиб келувчи хавфли омилларни бартараф этиш:

✓ чекишдан воз кечиш;

✓ тана вазнини камайтириш;

✓ таркибида ҳайвон ёғлари кам бўлган парҳезли овқатларни истеъмол қилиш;

✓ АГ ҳамда ҚД даволаш, сийдик кислотали диатез ва гиперхолестеринемияни мўътадиллаштириш.

Юқорида келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, қўкрак қафасидаги оғриқларга сабаб бўлувчи коронароген ўзгаришлар аксарият ҳолларда бемор ўлимига ёки уни ногирон бўлиб қолишига олиб келувчи асосий омиллардан биридир. Шунинг учун УАВ улар тўғрисида батафсил маълумотга эга бўлиши лозим. Шуларни инобатга олган ҳолда биз ушбу гуруҳ касалликларига батафсил тўхталиб ўтдик.

Вазиятли масала:

1. Қабул бўлими шифокорига мурожаат қилган 50 ёшли аёл чап қўли ва паски жағига узатилувчи кўкрак қафасининг чап томонидаги босувчи ва сиқувчи оғриқларга, бош айланишига ва кескин умумий холсизликка шикоятлар безовта қилишини айтди. Анамнезидан аёл 3 йилдан буён ЮИК билан касал. Юрак сохасида оғриқлар безовта қилганда 1 та таблетка нитроглицерин қабул қилган. Ахволи асабийлашгандан кейин ёмонлашган. Қабул қилинган бир нечта нитроглицерин таблеткаси ва мушак орасига юборилган анальгин билан димедрол яхши самара бермаган. Объектив кўрикда бемор қўзғалувчан. Тери қоплами оқарган ва нам. Юрак тонлари бўғиқлашган, ритмик. ҚБ 160/90 мм.сим.уст. ЭКГ да: ритм синусли, ЮУС бир дақиқада 88. В I, aVL, V5-6 тармоқларда баланд R, III, aVF, V1-3 да эса чуқур S тишчаси, ST сегмент ўрта чизиқда, Т тишчаси икки фазали, QRS комплекс давомийлиги 0,10 сек.

1. Сизнинг тўлиқ тахминий ташхисингиз.
2. Қабул бўлими шифокори тактикаси
3. Ташхисни аниқлаш учун ўтказилиши лозим бўлган қўшимча асбобий текшириш усуллари
4. АКШ га кўрсатма.

Жавоблар

1. ЮИК. Ўткир коронар синдром ST сегмент силжишисиз. Гипертония касаллиги III бос. АГ II др. Хавф юқори.
2. Кардиореанимация бўлимига ётқазиш
3. Динамикда ЭКГ, ЭхоКГ коронарография, радионуклидли текшириш, сцинтиграфия

4. а) асосий чап коронар артериясини 50% дан кўпга торайиши; б) дистал қон томирлар ўтқазувчанлиги қониқарли бўлиб, 2-3 та коронар артерияларни 70% дан кўпга торайиши; в) жисмоний зўриқишга толерантлиги паст, консерватив давога рефрактер оғир кечувчи зўриқиш стенокардияси; г) Олиб борилган даво чораларига қарамасдан 24-48 соат давомида авж олиб борувчи ностабил зўриқиш стенокардияси.

---

2. 64 ёшли беморни коронар шунтлаш ўтказилгандан кейин 20 кун ўтгач, 2 қаватга кўтарилганда чап қўл ва курак остига узатилувчи, тўш ортида симмилловчи оғриқлар безовта қила бошлади. Оғриқ 3-7 дақиқа давом этиб, 1-2 та таблетка нитроглицеринни тил остига қабул қилгач ўтиб кетади. Анамнезида: 10 йилдан буён ГК ва ЮИК билан касал. Вақти- вақти билан амбулатор ва стационар даво олиб турган. Кўрик вақтида: ҚБ 140/90 мм.сим.уст, пульс бир дақиқада 100 та, ритмик. Сог – тонлари бўғиқлашган, аорта устида II тон акценти. Периферик шишлар йўқ.

1. Сизнинг тўлиқ тахминий ташхисингиз- 30 балл.
2. Текшириш режаси- 20 балл.
3. Даволаш учун қўлланиладиган асосий гурух воситаларини (биттадан номоёндасини кўрсатинг) санаб беринг- 25 балл.
4. Коронарография ўтказишга қарши кўрсатмалар-25 балл.

3. 71 ёшли эркак тананинг эпигастраль кисмидаги кучли огрикдан эрталаб уйгониб кетди, огрик кукрак кафаси ва умуртка погонасига иррадация беради. Кейинчалик умумий холсизлик кунгил айниш кайт килиш жигилдон кайнаши овкат ейиш пайтида пайдо булди. Огрик давомий эди. Но-шпа аналгин димедрол кабулидан кейин хам огрик колмади. Бемор охирги 20 йил ичида гипертоник касааллик билан огриган. Охирги йилларда юрак кисмида огрик сезган ва нитроглицелин яхши тасир курсатган. Беморнинг умумий ахволи огир.Тери кавати тоза,окарган,нам,совук.Юрак; тони паст,артим,пулс 110 мар. минутига ,босими паст. АД 150/90 мм рт.ст. Корин буш,эпигастр кисмида огрик йук.

1. Юкорида курсатилган симптомларга асосан камида 5 та касалликни аникланг.
2. Сизнинг тахминий ташхисингиз
3. Урганиш режаси. “ Иккинчи кун” асосий симптомларни курсатинг.
4. Ушбу касалликнинг келгуси асоратларини курсатинг.
5. Даволаш.

---

4. Бемор 58 еш,кант касаллиги ва гипертаник касаллик билан огриди. Чекади. Охирги хафтада ахволи огирлашган. Стрессдан кейин огиз куруши ва бош огриги кузатилди. Бугун эрталаб соат 4да кучли йутал ва юрак атрофида огрик огиз бушлиги курук булиб уйгонган,улим куркувини хис килган.тез ердам билан реанимация булимига олиб келинди. Кузатув вактида ; -упкада хар хил калибрдаги нам хилилдаш эшитилди. Упка артериясида 2 тон кучланиши кузатилди. Чсс 120 уд.мин. АД 160/100 мм рт. ст. на ЭКГ ; синус тахияритми. I, II, aVL, V4- V 6ST.4мм изолиниядан юкори

1. Юкорида курсатилган симптомларга асосан камида 5 та касалликни ва ЭКГ узгарцшларни аникланг.
2. Сизнинг тахминий диагнозингиз
3. Текшириш режаси.
4. Фоннинг кандай холатларида патологиянинг ушбу формалари кузатилади.
5. Даволащ

5. 65 ешли бемор докторга холсизланиш ,етганда нафас кисиши, курук йутал сабабли мурожат килди.охирги 10 йил давомида кант касаллигидан азиат чеккан ва охирги 3 йил давомида ИБСдан. Охирги 2 кунда ахволи огирлашди. Узининг касаллигини иши ва ишдаги хаво танкислиги билан боглиди. ЧСС ва пулс 100 мар. мин. АД- 130/80 мм.рт.ст. ЭКГ натижалари; ритми синусли, Qчукур ва кенг, STнинг интервали V1-V4 ваА дан ошиши.

1. Юкорида курсатилган симптомларга асосан камида 5 та касалликни ва ЭКГ узгарцшларни аникланг.
2. Сизнинг тахминий ташхиснгиз
3. Текшириш режаси.
4. УАШ тактикаси ва режали даволаш.

---

6. Бемор Д. 62 еш. Бош огриги, бош айланиши, кулокда овоз, онемения, чап томон сезгиси пасайиши, хотира пасайиши, алахсираш, жисмоний харакатда юра куруши тезлашиши сабаблари билан мурожат килган. Анамнезадан ;охирги 8 йил давомида ГБ ва ИБСдан кийналиш. Давомий даволанмаган. Ахволи емонлашиши сабаби рухий ва жисмоний зурикиш деб бди. Курик мобайнида; тери яллигланиши, намлиги,аортада акцент II тон. АД –170/100 мм.рт.ст. Ps – 100 уд. в мин., ритмли. ЭКГда ; ритм синусли ,ST сегментининг кутарилиши ва чукурлашиши, зубец Q в I, II, a VL, V5-6,инкорли T нинг формалашиши.

---

1. Юкорида курсатилган симптомларга асосан камида 5 та касалликни ва ЭКГ узгарцшларни аникланг.
2. Сизнинг диагнозингиз
3. Текшириш режаси.
4. УАШ тактикаси ва режали даволаш
5. Метаболик синдромларда дислипедимиянинг хусусиятлари.

«Балик скелети»

Назорат саволлар

1.МИ патогенези.
2. ИМ даври.
3. ИМ клиник белгилари
4.УМИ ни клиник турлари.
5.МИ га хос булган огрик белгилари.
6.МИ ни ЭКГ- ташхислаш.
7.Стенокардия ва миокард инфарктини киёсий ташхислаш.
8. МИ ни лаборатор ташхислаш.
9. МИ билан огриган беморларни даволаш ва реабилитация.

18-мавзу.Юрак соҳасида оғриқ. ЎАТЭ, аорта аневризмаси, кардиоген шок, ўпка шиши, Дресслер синдромини қиёсий ташхислаш. Турли этиологияли миокардит ва миокардиодистрофия, перикардитни таққослама ташхислаш. УАШ тактикаси.

Таълим бериш технологиясининг модели

Машғулот вақти 6 соат	Талабалар сони : 10-12 тагача
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Дарснинг тузилиши	1. Ўқув тематик хона. 2. ЭКГ хонаси 3. УАШ хонаси. 4. Ўқув қўлланмалар, фантомлар, муляжлар,

	тарқатма материаллар, вазиятли масалалар тўплами ва тестлар. 5. Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа
Ўқув дарсининг мақсади: УАШни “Умумий амалиёт шифокорининг квалификацион характеристикаси”да назарда тутилган талабларга мос равишда стенокардия, миокардитлар ва миокардиодистрофияларнинг турли кўринишлари билан касалланган беморларни тиббиётнинг бирламчи бўғинида ўз вақтида эрта ташҳислаш ва қиёсий ташҳислаш, даволаш, хамда олиб бориш тамойилларига ўргатиш.	
Машгулот режаси: 1. Перикардит, аорта аневризмаси ва ЎАТЭсини ташхислаш хусусиятлари 2. Перикардит, аорта аневризмаси ва ЎАТЭсини ташҳислаш масалаларини кўриб чиқиш. 3. Перикардит, аорта аневризмаси ва ЎАТЭсининг лаборатор инструментал текширувлар натижаларини муҳокама қилиш 4. Перикардит, аорта аневризмаси ва ЎАТЭсида қиёсий ташҳислаш ўтказиш 5. Перикардит, аорта аневризмаси ва ЎАТЭсининг диагностик критерийларини аниқлаш 6. Перикардит, аорта аневризмаси ва ЎАТЭсининг олиб бориш тамойилларини мухокама қилиш. 7. Даволаш тамойилларини мухокама қилиш (номедикаментоз ва медикаментоз). 8. Олиб бориш тамойилларини, кузатувни ва беморлар мониторинги ҚВП ва ОП шароитида мухокама қилиш. 9. Юқоридаги касалликларда бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика чора тадбирларини мухокама қилиш. 10. Миокардиодистрофия, миокардит билан оғриган беморларни намойиш қилиш.	**Ўқитиш фаолиятининг натижалари:** **<u>УАШ билиши шарт:</u>** 1. Перикардит, аорта аневризмаси ва ЎАТЭсининг этиологияси, таснифи ва патогенези. 2. Перикардит, аорта аневризмаси ва ЎАТЭсини клиник белгилари 3. Перикардит, аорта аневризмаси ва ЎАТЭсини қиёсий ташҳисланиш 4. Перикардит, аорта аневризмаси ва ЎАТЭсини даволашда ишлатиладиган дори моддалар рўйхати 5. Перикардит, аорта аневризмаси ва ЎАТЭсини билан оғриган беморларни диспансер кузатуви ва мониторинги тамойиллари 6. Юқоридаги касалликларда бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика тамойиллари. **<u>УАШ қила олиши керак:</u>** 1.Шикоятлар ва анамнез ахборотларини перикардит, аорта аневризмаси ва ЎАТЭга мос равишда тахлил қила олиши. 2. Перикардит, аорта аневризмаси ва ЎАТЭсининг лаборатор-инструментал текширувлар натижаларига монанд ташҳислаш ва қиёсий ташхислаши лозим. 3.ЭКГ олиш техникасини намойиш қилиш ва уни тахлил қила олиш. 4.Исботланган таъсирга эга препаратларни танлай олиш. 5.Номедикаментоз даво усуллари бўйича маслахат бера олиш. 6.ҚВП ва ОП шароитида мониторинг ўтказа олиш.

Ўқитиш услублари	Усул «муаммони ечими », намойиш қилиш, бахс, сухбат, тестлар ва вазиятли масалалар ечиш.
Ўқитиш фаолиятини ташкил қилиш шакллари	Индивидуал тарзда иш юритиш, гурухларда ишлаш, аудитор, аудиториядан ташқари вазифалар бажариш.
Ўқитиш ускуналари	Тарқатма визуал ўқув материаллар, муляжлар, , жадваллар
Қайта алоқа услуб ва ускуналари	Блиц-сўров, тест, ўқув вазифасини бажарилиш натижаларини намоён қилиш, тиббий хариталарни тўлдириш ва “мутахассис сўрови” амалий кўникмасини бажариш.

Машғулотнинг технологик харитаси

№	**Амалий дарс босқичлари**	**Дарс шакли** ***Ўтказилиш жойи***	**Дарс давомийлиги 200**
1	Кириш қисми (мавзуни асослаш)		10
2	Мавзуни янги педагогик интерфаол услубларни қўллаган ҳолда муҳокама қилиш (усул «заиф бўғин»), ҳамда демонстрацион материалларни тақдим қилиш (тиббий хариталар комплектлари, плакатлар, рентгенограммалар), бошланғич билим даражасини аниқлаш.	Сўров, мухокама *Дарс хонаси, УАШ хонаси*	40
3	Мухокама натижасини чиқазиш		10
4	Амалий қисмни амалга ошириш учун вазифа аниқлаш- мутахассис сўрови. Тиббий хариталарни тўлдириш бўйича қоидалар ва маслаҳатларни тушунтириш.	Мухокама *УАШ хонаси*	20
5	Амалий қисмни ўқитувчи назорати остида ўзлаштириш.	Мутах. Сўрови. Беморлар билан мулоқот ва тиббий хариталарни тўлдириш, муаммоли масалалар. *Беморларни поликлиникада қабул қилиш, уйга чақирик вақтида беморларни кўриги.*	20

6	Бемор ҳақидаги ахборотлар интерпретацияси: шикоятлар, кўрик, перкуссия, аускультация, ҳамда УҚТ, УСТ ва биокимёвий таҳлиллар ва ташҳисни шакллантириш.	Касаллик тарихи, лаборатор тахлиллар, муаммоли масалалар.	25
7	Талабаларнинг назарий ва амалий билимларини муҳокама қилиш, материални ўзлаштириш, ўзлаштириш кўрсаткичини баҳолаш.	Оғзаки сўров, тестлар, мухокама, амалий кўникмаларни аниқлаш. *Поликлиникадаги ўқув хонаси*	55
8	Амалий дарс мавзуси бўйича хулоса қилиш, 100 балли тизимда баҳо қўйиш ва баҳони эълон қилиш. Кейинги дарсни уй вазифаси сифатида бериш (саволлар тўплами).	Ахборот, мустақил иш учун саволлар. *Поликлиникадаги ўқув хонаси*	25

- **Фанлараро ва фан ичидаги ўзаро боғлиқлик.**

Анатомия, Гистология, Биология, Нормал физиология, Биохимия, Патологик анатомия, Патологик физиология, Топографик анатомия ва оператив хирургия, ички касалликлар пропедевтикаси, Туберкулез, Онкология, Эндокринология, Факультет терапия, Госпитал терапия

- **Талаба базис билимини бахолаш учун саволлар:**

1. Перикардитларга олиб келувчи асосий омилларни санаб утинг?
2. Перикардитнинг келиб чикиш сабабларига кўра таснифлаб беринг;
3. Ревматик перикардитларнинг кечиши хакида маълумот беринг.
4. Инфекцион перикардитлдарнинг кандай турлари куп учрайди?
5. Перикардитларнинг эпидемиологияси хакида кандай маълумотларга эгасиз?
6. Перикардитларга таъриф беринг.
7. Перикардитларни таснифлаб беринг.
8. Юрак тампонадаси деб нимага айтилади.
9. Перикардитларнинг келиб чикиш сабабларига кура киёсий ташхисланг.
10. Курук перикардитларда ЭКГда кандай узгаришлар кузатилади?
11. Панцирли юракка хос таъриф беринг.
12. Перикард касалликларида амалга ошириладиган кушимча текшириш усулларини санаб утинг.
13. Констриктив перикардитларда кандай гемодинамик ўзгаришлар кузатилади?
14. “Стокс ёкаси”, “консул боши”, “вактидан олдинги” асцит (Пик псевдоциррози), “Бертман позаси” кайси касалликларга хос?
15. Констриктив перикардитнинг боскичларини санаб беринг?

Мавзунинг баёни:

Перикардитлар.

Перикардит – перикарднинг яллигланиши булиб, айрим касалликларнинг махаллий белгиси сифатида (ревматизм, туберкулёз, бириктирувчи тукиманинг диффуз касаллликлари) ёки эндокард ва миокард касалликларида йулдош касаллик сифатида юзага келади. 3 – 6% холларда яширин кечиб, аутопсия вактида аникланади. МКБ 10 да – перикардит 130 уткир, 131 – перикарднинг бошка касалликлари, юракнинг бошка касалликлари (130 - 152).

Эпидемиологияси: актив перикардит перикардитни бошдан кечирган беморларда 3 – 4% холларда аутопсияда аникланади. Кичик ва урта ёшдаги аёллар эркакларга нисбатан 3 марта куп перикардит билан касалланади. Инфекцион перикардитнинг энг куп таркалгани туберкулёзли ва вирус этиологиялисидир. 1-2% холларда пневмонияси бор беморларда перикардит учрайдт (купрок унг томонли зарарланишда).

Этиологияси: перикардитнинг сабаблари бўлиши мумкин: сил, ревматизм, баъзи бир инфекциялар, бактериал микроорганизмлар (корин тифи, дизентерия, вабо), вируслар, риккетсиялар шулар каторида аутоиммун жараёнлар (бириктирувчи тукиманинг диффуз касалликлари, аллергик реакция), кон касалликлари (геморрагик диатезлар, лейкоз), моддалар алмашинувининг бузилиши (уремия, подагра), усма касалликлари (бирламчи ва метастаз берган), травмалар. Айрим беморларда перикардит идиопатик характерда булади.

Классификация:

Этиологиясига кура булинади:

- Инфекцион
- Ноинфекцион (асептик).

Бундан ташкари идеопатик ёки уткир яхши сифатли перикардит, этиологияси тасдикланмаган перикардитлар тафовут килинади. Бундай перикардит диагнози, касаллик этиологияси текшириш методлари оркали аникланмаган холларда хар доим хам асосли тарзда куйилмайди.

Клиник кечиши буйича перикардитлар ўткир ва сурункали, клиник – морфологик жиҳатдан – фибриноз (қуруқ), экссудатив (серозли, сероз-фибринозли ёки ёки геморрагик экссудатли), йирингли, чирикли (гнилостный), экссудатив-адгезив, адгезив, фиброз (чандиқли) перикардитларга бўлинади.

Сурункали адгезив ва фибринозли перикардитлар симптомсиз (қон айланиши бузилишисиз), констриктив ёки босувчи перикардит шу қаторда массив перикардит (панцирное сердце), перикардит эсктраперикардиал сабаблар билан кечувчи перикардитлар кўринишида кечади.

Клиник кечиши бўйича:

1. Перикард шикастланиши синдроми
2. Уткир фазали бузилиш синдроми
3. Иммун бузилиш синдроми
4. Бошка касалликлар фонида ривожланадиган перикардит.

Фибринозли перикардит – юрак сохасидаги огрик билан характерланади. Аускультацияда перикард ишкаланиш шовкини эшитилади. Яллигланиш процесси миокарднинг субэпикардиал кисми хам жалб килинади, бу ЭКГ да намоён булади.

ЭхоКГда фибринозли жараёнда иштирок этувчи перикардда кам микдорда суюклик йигилгани куринади.

Экссудатив перикардит – фибринозли перикардитдан кейин ривожланиши мумкин, тез ривожланадиган тотал перикардитлар (аллергик)дан ва бирламчи сурункали касалликлардан (сил, усма) лардан кейин ривожланади. Перикардда секинлик билан суюкликнинг тупланиши ташки перикард пардасининг кенгайишига олиб келади, бу уз навбатида перикард халтасининг упкани таъсирлашига ва натижада трахея ва бронхларнинг босилиши белгилари (хансираш, йутал), суюклик хажми 2- 3 л га етгунча гемодинамикади бузилишлар аникланмайди.

Юрак тампонадаси – перикард бушлигида 50 – 60 мм. сув. уст. га тенг босим юзага келиши хисобидан юрак диастоласининг чегараланиши ва натижада гемодинамикада бузилишлар юзага келишидир. Юрак тампонадаси симптомо-комплекси: туш оркасида кучли огрик, коллапс, тахикардия, парадоксал пульс. Юкори ковак венада босимнинг ошиши бемор юзида куйидагича намоён булади: “Стокс ёкаси”, “консул боши”. Пастки ковак вена босимининг ошиши гепамегалияни келтириб чикаради, “вактидан олдинги”” асцит (Пик псевдоциррози), “Бертман позаси” характерли. Бемор тез – тез хушини йукотиб туриши, перикардни пункция килишга курсатма булади.

Адгезив перикардит – кушувчи тукиманинг яллигланиши натижасида чандик тукиманинг хосил булиши билан характерланади. Куп холларда адгезивли перикардит йирингли, туберкулёзли, геморрагик перикардитлар окибатида келиб чикади. Перикард бушлигининг тулик битишмаси (спайка) юрак кискаришларини чегараламайди. Катъий шикоятлар ва функционал бузилишлар рефлектор механизм билан юзага келиши мумкин.

Констриктив перикардитлар – кенгайган ва силлик капсуланинг хосил булиши юрак коринчалари диастолик тулишини чегаралайди, гиподиастола ривожланади ва тургун гемодинамик бузилишлар юзага келади. Клиникаси симптомлар триадаси билан характерланади:

- Юкори веноз босим
- Асцит
- “кичик тинч юрак”

Констриктив перикардит 3 стадияда юзага келади:

- Бошлангич
- Яккол
- Дистрофик.

Панцирли юрак – бу рентгенологик текширувда, юракни МРТ, КТда текширганда яккол куринади. Сурункали касалликларда (сил) юзага келади.

Киёсий ташхисот: суюкликли перикардит перикард бушлигида яллигланиш характерида булмаган суюкликнинг йигилиши (гидроперикард, гемоперикард). Суюкликли перикардит билан гидроперикарднинг энг ишончли фарки факатгина пункция килиб олинган суюкликни лабораторияда текшириш оркали аникланади. Гидроперикардда экссудат таркиби: рангсиз, коннинг шаклли элементлари кам микдорда, паст солиштирма огирликда (1018 дан паст) ва (3%дан кам) микдорда оксил саклайди. Этиологик диагноз экссудатив перикардитда асосий касалликнинг йулдош белгилари асосида ва баъзи

перикардит этиологиясини аниклашда перикард пункция килиниб, биопсия олинади. Бу амалиёт стационар шароитда амалга оширилади.

Туберкулёзли перикардит диагностикасида якин орада актив туберкулезни бошидан утказган беморларда, баъзида юрак сохасида огриклар кузатилади ва бу огриклар унчалик кучли булмайди. Беморларда субфебрил тана хароратининг кутарилиши, терлаш, курук йутал кузатилади. Сил синамаси ута мусбат булади. Касалликнинг кечиши узок давом этиши ва торпидлиги билан характерланади., перикард ичидаги суюклик маълум хажмгача йигилади, лекин юрак тампонадаси юзага келмайди.

Ревматик перикардитнинг биринчи белгилари бугим огриклари бошланган кундан 1 – 2 хафта утиб, ривожланади, рецидив полиартритда кечки, яъни 3 – 4 хафта утиб ривожланади.

Юрак тампонадаси катта ёшли ахоли уртасида учрайди. Кон айланиши бузилиши куп холларда ревматик миокардитда юзага келади.

Вирусли этиологияли перикардитни тахминлаш учун кушилиб келган – фарингит, ринит, герпес, учокли ёки интерстициал пневмония, миалгия, плеврит, серозли минингит, лимфа тугунларининг катталашиши, жигар ва талок катталашиши, тошма тошиши, (инфекцион мононуклеоз); баъзан диагностикада лейкопения, коннинг мононуклеар реакцияси ахамиятга эга.

Диагностикаси: типик клиник кечишида диагностикаси клиник – морфологик формаларида (курук, экссудатли ва констриктив перикардит) диагнозини поликлиника шароитида хам куйиш мумкин.

Курук перикардит: огрик синдроми, перикард ишкаланиш шовкини ва ЭКГдаги характерили белгилар. Перикард ишкаланиш шовкини – юкори специфик симптом. Перикардитдаги типик шовкинлар хам систола хам диастола фазасида эшитилади. Типик перикардитда огрик юрак чуккисида сезилади, доимий характерга эга, тана холати узгарганда, асосан чукур нафас олганда кучаяди. ЭКГ да: S-T сегменти конкордант кутарилади (асосан II стандарт тармокда). Перикардитда ЭКГда динамик узгариш характерли, яъни 1 -2 кундан кейин S-T сегментининг изолинияга тушиши аникланади. Т – тишча манфий ёки икки фазали. Т – тишнинг манфий булиб колиши узок вактгача сакланади.

ЭхоКГда перикард варакларининг калинлашганлиги, улар орасида куп булмаган суюклик, баъзан каватма – кават структурани аниклаш мумкин.

Рентгенологик курук перикардитда ноинформатив.

Курук перикардитда этиологик ташхис куйиш кийин эмас, чунки у асосий касаллик негизида ривожланади. Масалан: системали кизил волчанка, ревматизм, пневмония, плеврит, сил касалликлари шулар жумласидандир.

Экссудатив перикардит - юрак тампонадаси белгилари пайдо булгунга кадар перкуссия, рентгенологик, ЭхоКГ воситасида наиклаш мумкин. Характерли белгилари: юрак перкутор тумтоклиги интенсивлигининг ошиши, чегараларининг хамма томонлама катталашуви перкутор чегар конфигурацияси узгариши аникланади. ЭКГда тишчалар вольтажининг пасайиши, коринчалар комплекси электрик алтернацияси аникланади. Эрта рентгенологик белгилари: перикарднинг орка пастки бурчаги кенгайишини куриш

мумкин. Бу узгариш КТ текширувида янада яккол куринади. Томир тутами кенгайганлиги, юкори ковак вена кенгайганлиги хисобидан юзага келади.

Рентгенографияда экссудатив перикардитнинг энг ишончли белгилари куринади, яъни юрак контури сохасида пульсациянинг йуклиги аникланади.

ЭхоКГда перикард вараклари орасидаги суюклик яхши куринади, суюкликнинг хажми хам аникланади.

КТ – экссудатив перикардит хамда бошка юрак касалликларидаги дилятацияни дифференциация килиш учун энг кулай усул хисобланади.

Констриктив перикардит – систем веноз гипертензия, жигар катталашуви ёки асцитда юрак аускультациясида перикард тони узгаришларикузатилганда касаллик хакида уйлаш керак. Ташхисни асослаш учун ЭКГ, рентгенологик текшириш, ЭхоКГ утказилади.

***ЭКГ д*а**- констриктив перикардитда баланд Р –тишча, кичик вольтажли QRS комплекси, манфий Т – тишча триадаси аникланади. QRS формаси узгариши: кенгайиши, тишчалар пайдо булиши, Q тиш чукурлашувининг кузатилиши патологик жараёнга миокард кушилганлигидан далолат беради. Р- тишчанинг катталашуви QRS комплекси кичик вольтажли булиши кузатилмаганда гипертрофия белгилари сифатида кабул килинади.

Упка артерияси тромбоэмболияси

Кўпинча кичик кон айланиш доирасида. Бу пайтда эмболлар упка артериясига оёк веналари тромбофлебитидан ва чанок веналари тушуши мумкин.

Асорат купинча беморлар узок муддат ёток режимдан кейин юра бошлагандан юзага келади.

Белгилари: упка артерияси тромбоэмболияси: коллапс, упка гипертензияси, упка артерияси устида II тоннинг кучайиши билан, тахикардия, унг булимлар зурикиши, Гисс тутами унг оёкчаси блокадаси, текшириш: ангиопульмонография,Профилактикаси: беморни фаол олиб бориш.

Ўткир бошланиб, беморнинг ахволи ута огирлашади, уткир туш оркасидаги огриклар кукрак кафасини кенг камраб олади, бугилиш хуружи, диффуз цианоз, Эмболия сабаблари: хипилловчи аритмия, тромбофлебит, кичик чанок органларида утказилган операциялар ва б.к, купинча унг упка артерияси эмболияси кузатилади. Шунинг учун огрик чапга эмас, балки унг томонга таркалади.

Кўпинча упка инфарктига олиб келади: хириллашлар, плевра ишкаланиш шовкини ,кам холларда кон тупуриш ва Рентгенда- канотсимон куриниши, купинча унг упка томонида.

Каватланувчи аорта аневризмаси.

Аневризма – бу аорта деворининг локал халтачасимон шишиб чикиши ёки бутун аортанинг нормага нисбаттан 2 барравар диффуз кенгайишидир. Асосий сабаблари: атеросклероз, травмалар, Марфана синдроми, сифилис, кистозли медионекрозлардир**.**

Уткир каватланиш – аорта билан боглик булган энг куп шошилинч холатлардан хисобланилади. Купинча эркакалар орасида учрайди.

Клиникаси: бунда тўсатдан кўкрак соҳасида бошланган огрик ва бу оғрик аорта йўли бўйлаб, ҳамда орқага иррадиация беради. Огриғнинг характери тўлкинсимон бўлиб, бу касаликнинг кечишини кўрсатади, яъни кейинчалик ҳам аортада каватланиш давом

этаверишини кўрсатади. Шунинг учун ҳам оғриқнинг локализицияси ва ирридиацияси ўзгарувчндир. Беморларнинг ахволи жуда огир, шок холатини эслатадиган даражада булади, лекин шокдан фаркли равишда бунда К/Б олдин баланд булади (кон босимнинг баланд булиши- аортани каватланишининиг сабабаларидан далолат берадиган белгидир). Агарда аортани каватланиши таркок булса, унда юрак тампонадаси билан биргаликдаги гемиперикард, аортал клапанларнинг узилганлиги сабабли аортал клапани етишмовчилиги ва турли органлардаги ишемиялар кузатилади. Купгина холаларда оёк ва куллардаги пульс ва кон босимини асимметрияси кузатилади.

Касалликда ташхис куйиш да бизга динамик рентгенография ёрдам беради (аорта соясини кенгайиши, иккиланган контур), компьютер томографияси, магнит-резонансли томография, эхокардиография, допплерография, аортография оркали аниклаб оламиз. Аортанинг кукрак кисмини каватланишини аниклашда юкори ташхисли, яъни 90% гача аниклаб олишимиз мумкин булган текширишларга, кизилунгач оркали килинадиган эхокардиографиядир. Бу усулнинг сезувчанлиги ва махсуслиги 90% ни ташкил килади.

Кечиши буйича: ўткир - соатлар, ним ўткир - кунлар (кам ҳолларда 2-4 хафта), сурункалиси – ойлар давом этади. 70% беморлар даволанмаса 2 хафта давомида улим билан тугайди, 50%гача булган беморлар эса бир йил давомида ўлиши мумкин. Улимнинг энг кўп сабабалридан бири бу аортанинг ёрилишидир.

Даволаш: хирургик – шошилинч ҳолда аортага протез қўйиш. Касалликнинг бошида операциягача консерватив даволаш лозим. Қон босими юқори бўлган беморларга бетта-адреноблокаторлар, олдин вена ичига, кейинчалик ичишга берилади. Кейин нитропруссид натрий буюрилади. Қон босими нормада бўлганларга чап қоринчанинг қисқарувчанлигини яхшилаш мақсадида бетта-адреноблокаторлар билан монотерапия қилинади. Оғрик атипик, наркотиклар фойда бермайди, ЭКГда миокард инфаркти белгилари йўқ.

Миокардитлар - юрак мушакларини яллиғланиш касаллиги. Миокардитлар бирламчи ва иккиламчига фарқланади. Бирламчи миокардитларни кўпроқ турли қўзғатувчилар (бактериялар, вируслар, замбуруғлар, содда хайвонлар, гельминтлар) чақиради. Қўзғатувчи турига қараб миокардитлар специфик ва носпецифик бўлади. Юрак мушакларини жарохатланиши камроқ радиация, токсик моддалар,травмалар таъсирида юзага келади. Бундан ташқари миокардитлар коллагенозларда (тизимли қизил волчанка, ревматоид артрит, дерматомиозит), ревматизм-ларда, ўткир пневмонияларда, дори воситалар касалликларида ривожланади. Кўрсатилган касалликларда ёки жарохатланишларда миокардит ривожланиши касалликни асосий белгиси бўлмайди.

Миокардитларнинг этиологик классификацияси.

1. Вирусли миокардитлар.

Этиофакторлар вируслар: Коксаки А ва Б, полиомиелитнинг, эпидемик паротитнинг, қизамиқнинг, қизилчанинг, грипп (АваБ), Денге иситмаси, сувчечак, ўраб олувчи темиратки, оддий герпеснинг, Эпштейн -Барр, ВИЧ, цитомегаловирус.

2. Бактериал миокардитлар.

Специфик ва носпецифик касаллик қўзғатувчилари этиофакторлари : ревматизмнинг, скарлатинанинг, тошмали ва қорин тифининг, сальмонеллезнинг, менингококкли инфекция, туберкулез, захм, бруцеллезнинг ва бошқалар.

3. Замбуруғли миокардитлар (қўзғатувчиси Cryptococcus neoformans).
4. Миокардитлар, содда хайвонлар чақирган: Лайм касаллиги, токсоплазмоз, хламидиаз.
5. Гельминтлар чақирган миокардитлар (трихинеллез, эхинококкоз).
6. Нурли миокардитлар.
7. Токсик миокардит.
8. Посттравматик миокардит.
9. Аллергик миокардит (дорили ва паразитар генезли).
10. Коллагенозларда миокардитлар .

Оғир миокардитларнинг алохида шакли фарқланади - Абрамов-Фидлер идиопатик миокардити (миокардитнинг псевдокоронар варианти).

Миокардитларнинг диагностикаси. Юрак жарохатланиш клиник белгилари ва қўшимча текшириш усуллари натижаларига асосланган.

7. Периферик симптомлар: рангпарлик, лаб цианози, температура кўтарилиши.
8. Юрак қон томир тизими жарохатланиш симптомлари:

ε) Оғриқ симптомлари (давомий тўмтоқ, нитратлар самара бермайдиган юракдаги санчувчи оғриқлар);

ϕ) Юрак турткисини сусайиши,юрак чегарасини кенгайиши,диастолик от дупури ритми ёки систолик шовқин,юрак тонларини бўғиқлашиши,артериал босим пасайиши,юрак харакати ритми ва частотасини бузилиши;

γ) Чап қоринча типидаги ёки ўнг қоринча типидаги юрак қон томир етишмовчилиги белгилари (хансираш,бўйин веналарини бўртиши,ўпкада нам хириллаш эшитилиши,жигар катталашиши,оёқларда шишлар);

Продромал даврда этиофактор билан боғлиқ касалликлар.

Юрак жарохатланишини тасдиқловчи қуйидаги қўшимча текшириш усуллари:

-ЭКГ: ST сегментида ўтувчи ўзгаришлар ва Т тишида ўзгаришлар;

-ЭхоКГ ва юрак рентгенографияси - юрак ўлчамларини катталашиши;

-Ўткир фаза кўрсаткичлари: СОЭ ошиши, эозинофилия, нейтрофил лейкоцитоз, сиал кислоталари, фибриноген ошиши, С-реактив оқсил мусбат, диспротеинемия глобулин фракциялари ошиши билан, юрак изоферментларини миқдорини ошиши.

-Миокардитларнинг кечишини клиник шакллари:

-Ўткир,ўткир ости,сурункали кечиши.

Миокардитларнинг диагностик меъзонлари.

(Кардиологларнинг Нью-Йорк ассоциацияси 1973)

1. Синусли тахикардия.
2. I тон сусайиши.
3. Ритм бузилиши, бедана ритми билан бирга.
4. ЭКГ ўзгариши: бўлмача-қоринча ўтказувчанлигини секинлашиши, (ST-T) реполяризация бузилиши.

5. Кардиомегалия.
6. Аспартатаминотрансферазалар (АсАТ) ошиши.
7. Юрак етишмовчилиги.

Миокардитларнинг асоратлари:

– Ўткир юрак етишмовчилиги (юрак астмаси, ўпка шиши);
– Пароксизмал ритм бузилиши юрак етишмовчилиги билан;
– атриовентрикуляр блокада юрак тўхташи билан;
– перикардит;
– дилятацион кардиомиопатиялар ривожланиши;

Асорат кўпроқ идиопатик миокардит Абрамов-Фидлерда кузатилади (мерцал аритмия, тромбоэмболик синдром, прогрессирланувчи юрак етишмовчилиги).

Миокардитларни қиёсий ташхислаш.

Миокардитларни қиёсий ташхислаш юракни органик ва функционал жарохатланиши билан ўтказилади:

1.ревматик миокардит;
2.аллергик миокардит;
3. коллагенозлардаги миокардит;
4.кардиомиопатиялар;
5.перикардит;
6. миокард дистрофиялари (эндокринопатиялар, анемиялар, алкоголли ва климактерик кардиомиопатиялар);
7.инфаркт миокард ёки стенокардиялар;
8.кардионеврозлар;
9.чап бўлмача ёки қоринча миксомаси;
10.Турли этиологияли эндокардитлар;
11.Қоринча аневризмаси;
12.Туғма юрак нуқсонлари.

Миокардитларни даволаш. Пархез стол №10 Певзнер бўйича, оғриқ синдроми ва юрак етишмовчилиги белгилари йўқолгунча ётоқ режими.Аниқ этиологияда этиотроп даво ишлатилади. Применяется этиотропное лечение при известной этиологии. Ревматик миокардитда қўлланилади- салицилатлар, баъзида преднизолон; аллергик миокардитнинг описторхознинг эрта фазалари фонида празиквантел патогенетик даводан сўнг, тизимли қизил волчанкада - преднизолон ёки преднизолон билан циклофосфан (метатрексат). Нурли миокардит преднизолон билан даволанади. Симптоматик терапия юрак қон томир етишмовчилигини даволашда, аритмияни профилактикаси ва даволашда, метаболик терапия,ўчоқли инфекциясини санациясида қўлланилади.

Оқибати: тузалиш; миокардитик кардиосклероз ритм бузилиши билан ёки юрак етишмовчилиги, дилятацион кардиомиопатия ривожланиши.

Диспансеризация. Миокардит ўтказган беморлар кардиолог ёки терапевт кузатувида бўлади,кузатув сони касаллик оғирлигига,ёндош касалликларга боғлиқ.Текширув ўз ичига олади:Умумий қон анализи, ЭхоКГ ва ЭКГ,қолган

текширишлар ва маслахатлар кўрсатмага кўра ўтказилади.Миокардитларда бирламчи ва иккиламчи профилактика ўтказилади.

4. *“Миокардиодистрофия»* ***тушунчасидан миокарднинг метаболизми бузилиши тушунилади ва юракни қисқарувчи ва бошқа функциясини бузилиши билан кечади. « Миокард дистрофияси» тушунчасини Г.Ф. Ланг (1936 й.) киритган, қайсики юрак мушаклари яллиғланиш характерига хам эга эмас ва коронароген табиатга хам эга эмас токи шу кунгача турли терминлар билан аталган: кардиомиопатия, «миокардоз», «юрак миодегенерация» ва б.***

Касалликни ривожланишига боғлиқ этиологик омиллар :

-авитаминозлар (бери-бери, цинга, рахит, пеллагра),

-анемиялар (ўткир ва сурункали),

-эндокрин алмашинув бузилишлари (қандли диабет, тиреотоксикоз, гипотиреоз, сурункали буйрак усти бези етишмовчилиги, феохромоцитома, семизлик, патологик климакс), инфекциялар,

-эндоген интоксикациялар (буйрак ва жигар етишмовчилиги, ракли интоксикация, сур.йирингли жараён),

-экзоген интоксикациялар:

а) ўткир (барбитуратлар, юрак гликозидлари, амитриптилин, дихлорэтан.);

б) сурункали (никотин, алкоголь);

в) профессионал (қўрғошин, бензол, олтингугуртуглерод);

-жисмоний зўриқиш (ўткир ва сур.); дисметаболик таъсир (ферментопатия, гемохроматоз, овқатланиш бузилиши);

-физик омиллар (ионли радиация, вибрация, кўкрак қафаси жарохатлари, юқори частотали токлар ва б.);

-нерв- мушак касалликлари (миастения, дистрофик миотония);

-нейроген таъсир (стресс, симпатикотония);

-туғруқдан кейинги таъсир.

Миокардиодистрофияни кечишига кўра бўлинади:ўткир,сурункали ва миодистрофик кардиосклероз.

Миокард дистрофияси диагностикаси

Миокардитнинг клиник белгиси турлича–яширин кечишидан то оғир юрак етишмовчилигигача.

Миокарднинг ўткир дистрофияси жисмоний зўриқиш натижасида,катта ва кичик қон айланишида АҚБни тўсатдан ошишидан ривожланади(гипертоник криз, ўткир нефрит, ТЭЛА).

Миокардиодистрофиянинг сурункали кечишининг эрта босқичига яққол клиник белгилар хос эмас. Фақатгина юрак етишмовчилиги ривожлангандагина бемор хансирашга, жисмоний харакатда юрак уриб кетишига,тез чарчашга, мехнат қобилиятини пасайишига,юрак сохасида нохушлик хисси ва оғриққа шикоят қилади. Бироқ баъзи миокардиодистрофияларда масалан стенокардияга хос даврий оғриқда ЮИК билан қиёсий ташхис ўтказишни талаб этади.

Миокардиодистрофия юрак ритми бузишини, юрак нотекис уришини ва юрак тез уришини сабаби бўлиши мумкин. Шикоятлар билан бир вақтда, гипертрофия ва дилатация сабабли юрак чегараларнинг кенгайиши, юрак тонлар, отчопар ритми, юқориги қисмида ва Боткин нуқтасида систолик шовқинлпрининг бўғиқланиши, одатда суст эшитилиши, юмшоқ ва ўзгарувчан тембрда қайд қилинган. миокардиодистрофия клиник холати носпецифик, у кўпроқ холатда миокардит ва кардиосклерознинг атеросклеротик ва миокардитик кўринишга ўхшайди. Шунинг учун ушбу касалликлар учун ўзаро қиёсий ташхис ўтказилади.

Миокардиодистрофияни клиник босқичларининг тансифи (В.Х. Василенко, С.Б. Фельдман, Н.К. Хитров, 1989 й.)

Босқичлар	Клиник симптомлари	ЭКГ ўзгариши	Циркуляция тури
I-нейрофункционал	Субъектив: Юрак соҳасида транзитор, сабасиз, санчиқланувчи ёки тортиқли оғриқлар, юрак уриб кетиши, ҳаво етишмаслик хиссиёти, ҳолсизлик, бош оғриқлар, ёмон уйқу, асабийлашиш, кўп терлашлик. Объектив : совуқ нам кафтлар, юрак чегаралари меъёрида, жарангдор товушлар, кучсизсистолик шовқин юрак чуккисида, тахикардия, кон босимининг ўртача кўтарилиш.	Р-Q интервалини кискариши, Q-Т узайиши, эгри усувчи ST сегменти, Т тиши уткир киррали	Гипердина мик
II- алдамчи – структуравий (органик ўзгариш босқичлари) Компенсация даврлари Декомпенсация даври	ЮЕ IIА боскичига мос ЮЕ IIБ боскичига мос.	Чап коринчани гипертрофиясининг белгилари, коринча ичи блокадаси, Т тишчанинг инверсияси ва текисланиши, ST сегментининг пасайиши, аритмия.	Гиподина мик
III- юрак етишмовчилиги	ЮЕ дистрофик боскичига мос	II-босқичдаги каби ва яккол намаён бўлиши	Гиподина мик

метаболик шакли			

Миокардиодистрофияни асосий ташхис усули ЭКГ тадқиқот. ЭКГда миокардиодистрофия ўзига хос ўзгариш кузатилади: дигиталисдан заҳарланиш сабабли ST сегментини қайиқсимон депресияси, манфий Т тишча ва Q-T оралиқ масофани кискарилиши, синусли брадикардия, ритм ва ўтказувчанлик бузиш билан кечади. Миокардиодистрофияни айрим шаклларда масалан феохромацитомада чуқур манфий Т тишча пайдо бўлиши мумкин.

Алкогол миокардиодистрофия. Узоқ муддат катта миқдорда спиртли ичимликларни истеъмол натижасида вужудга келади:

1. Классик шакл : сурункали алкоголизмни барча кўриниши, жигар катталашиши, кардиалгия, айниқса кечалари, нафас қисиш, юрак уриши, нотекис уриш, ёмонлашиш ҳолати катта миқдор спиртни истеъмолидан кейин 2-3 кундан кузатилади.
2. Псевдоишемик шакл : кўпроқ юрак сохасидаги оғриқлар, субфебрилҳарорат, кардиомегалия, ритм бузилиш, ЮЕ клиникаси.
3. Аритмик шакл МА белгилари, экстрасистолия, пароксизмал тахикардия, нафас қисиш ва кардиомегалия.

Алкогол миокардиодистрофияни клиник босқичлари
(В.Х.Василенко ва бош. 1989)

I босқич. (бошланғич) 10 йил давом этади НЦД клиникаси эслатади

II босқич. Спирт билан10 йилданортиқроқ суиистеъмол қилаётганларда ривожланади. Шикоятлари: нафас қисиш, йўтал, оёқларда шиш.,акроцианоз, юз керикиши, кичик кон доирасида кон тутилиши клиникаси. Юрак чегаралари кенгайган, тонлари бўғиқ, аритмия III босқич ЮЕ дистрофик босқичига мос

Миокардиодистрофияли беморни даволаш.

Даво миокардиодистрофияга олиб келган ассосий касалликни даволашдан бошланади. Олиб келган сабаблар бартараф этилади чекишдан ва спиртли ичимликлардан вас кечиш, жисмоний ва рухий зўрикишдан этиёт бўлиш. Беморнинг кун тартиби ЮЕ даражасига караб белгиланади. Даволаниш мавжуд бўлганэлектролит алмашувини коррекциясига ўйллатирилади. Юракга адренергик тасир кучайиш натижасида келиб чикан миокардиодистрофияларда, В- адреноблокаторлар тавсия этилади. Юракда метаболик жараёнини кучайтириш учун рибоксин, инозин, В гр витаминлар., анаболик стероидлар тавсия қилинади.

Миокардиодистрофияни бирламчи профилактикаси уз вақтида даволниши ва кассаланишни олдини олишга ўйлантирилади. СТТ тарғиботи.

Иккиламчи профилактика анемияни, эндокрин касалликларни, ўткир ва сурункали инфекцияларни, интоксикацияларни ўз вақтида даволаш. Сурункали инфекция учоқларини ўз вақтида санацияси факаткина олдини олиш эмас, балки дистрофик ўзгаришни орқага кайтаришга олиб келади.

Зўриқиш стенокардияси, НЦД, миокардит ва миокардиодистрофияларни қиёсий ташхиси

Критериялар	Зўриқиш стенокардияси	НЦД	Миокардит	Миокардиодистрофия
Сабаблар	коронар артерияларни атеросклерози. бемор кўпроқ эркаклар, одатда 40 ёшдан кейин	ақлий ва жисмоний зўриқиш, БМШ, гормонал даврлар қайта қуришни ва т. д. асосан бемор аёллар, ёшликда	Инфекция коллагенозлар, васкулитлар, Аллергик реакциялар.	камқонлик, семизлик, кам овқатлантириш, эндокрин система касалликлари, интоксикациялар.
Клиника	Кўкрак саҳасидаги оғриқ кисувчи, босувчи, хуружсимон (жисмоний зўриқиш билан боғлик), чап елка, қўлига, таркалади 15-20 дак. камроқ давом этиши, нитроглицерин қабулдан кейин оғриқлар тўхтатиш, хуружвақтида ни бемор кимирлашга қўрқади, кучли қўрқув.	Жуда куп шикоят. Кардиалгия НЦДга хос. Оғриқ турли хил симирловчи, санчилувчи, кесувчи, кемирувчи. Кўпроқ юрак чўқиси соҳасида бир ненча дакиқадан, бир неча соатгача давом этади. Оғриқ безовталаниш, жисмоний ва руҳий зўрикиш, ва об-ҳаво ўзгаришида кузатилади	Юрак соҳасидаги оғриқларўтқазилган инфекция билан боғлайди оғриқ доимий, симирловчи, санчилувчи, кесувчи, кемирувчи давомли-лик бир неча дакика-дан бир неча кунгача. Оғриқлар – юрак чуқисида, оғриқ нафас олганда кучаяди, таркалиши хос эмас, нитратлар билан огриқ колмайди. нафас қисиш, юрак уриши, тана ҳарорати кўтарилиш безовта калади	Эрта босқичларда тез чарчашлик ишлаш қобилиятини, пасайтириш ташвишлантиради Кардиалгия-огрик юрак чўқисида, жисмоний зўриқиш билан боглиқ эмас, нитратлар билан бартараф этилмайди. Оғриқлар бесабаб лекин кўпроқ жисмоний ва руҳий зўриқишдан кейин бир қанча вақт ўтгач кузатилади.

				Кечки босқичларда нафас қисиш, ҳаво етишмаслиги, юрак уриши, безовта қилади
Объектив	Юзида кўркув ифодаси, тери рангпар, ЮИК ҳафв омиллари аниқланиши мумкун. Юрак тонлари бўғик. Хуруж вақтида II товушни уч паллали маром, ёрилишни эшитмоқ мумкин	Гиперкинетик типда систолик шовқин эшитилади. Горизонтал ва тик турган вазиятда пульс фарқи жуда хос нормо ва брадикардия в горизонтал, тахикардия тик турган вазиятда	оғир шаклда тинч холатда нафас қисиш, мажбурий ҳолат(ортопноэ), акроцианоз, буйин веналар бўртиши. Аускультатив - юрак тонларини буғиқлашиши, айниқса I товушни, упка артериясида II товуш акценти	I тонни заифлаши, тахикардия, қисқа систолик шовқин. кейинчалик ритм ва ўтказувчанлик, бузилиши шаклланади ЮЕ шакилланади.
Лаборатор-инструментал кўрсаткичлар	Липид спектр аҳамиятга эга (ХСЛПНП, умумий холестеринни ошиши, ХСЛПВПпасаиши), коагулограммадаги ўзгариш - ПТИ, тромботест кутарилиши. ЭКГ : сегмент S-T ўзига хос ўзгариши ва T (горизонтал ёки косонисходящее силжиш S-T, салбий ва симметрик T)	ЭКГ : коринча мажмуани охириги қисмида ўзгариш негатив T (носимметрик), айниқса ўнг томондаги кўкрак отведенияларда, қоринчаларни эртаги реполяризация с-ми. Синама ўтказилишда ўзига хос ьность T ва S-T лабиллиги	Оғир, ўрта оғир шаклда ОАК : лейкоцитоз, СОЭ ошиши ; Биохим. маълумотлар : ЛДГ, КФК кўтарилиш, ўткирфаза синовлар ; R-ген : юрак чегараларнинг катталаштириш лар. ЭКГ : турғунлик S-T ва текисланган ёки салбий T вужудга келиш бир неча отведенияларда, ҳар хил ритм ва ўтказувчанлик бузилиш ва	ЭКГ : T вольтажи пасайтириш ва текисланиши, ўнг томондаги кўкрак отведенияларда ҳаммасидан кўра ифодаланган, қоринчалараро ўтказувчанлигини бузилиши. Ташхисни аниқлаш мақсада фармокологик синовлар бажарадилар

			ЭКГвольтажи, пасайтириши.	
Даволаш	Антиангинал воситалар (нитратлар , В-блокаторлар, кальций антогонистлари), антиагрегантлар, гиполипидемик воситалар, Ҳавф омиларни бартараф этиш	Ҳавф омиларни бартараф этиш транквилизаторлар , антидепрессантлар , ноотроплар, цереброангиопротекторлар.	Этиотроп: вирусга карши, антибактериал, замбурyгга карши.Систем касалликларда: НПВС, ГКС, цитостатиклар асоратларни даволаш: ЮЕ, ритм ва ўтказувчанлик бузилиш, тромбоэмболия ва бошқалар	Этиотроп - асосий жараённи бартараф этиш метаболиклар, микроциркуляцияни яхшилаш, электролит балансни мувофиқлаштириш. Симптоматик даво

Юрак ишемик кассаликлари бор беморларни ишга лаёқатлигини экспертизи.

Вактинчалик ишга лайёкатсизлигини вактини аниқлаш:

1. I-II ФС– 10-15 кун.
2. III ФС – 20-30 кун, иш жойига караб МСЭ юборилиши мумкун.
3. IV ФС(зўриқишсиз стенокардия) – 40-60 кун, МСЭ.

Диспансеризация

Бемор ҳар 3 ой врач кўригига бориши керак, бунда УАШ:

Касаллик зураиши олдини олиш максадида анамнез ва шикоят йиғиш ва аниқлаш

Беморни физикал текшириш.
ЧДД, ЧСС, АД ўлчаш
давони баҳолаш ва уни коррекциялаш.
лаборатория кўрсатгичларни баҳолаш (гемоглобин, қондаги қанд, липид спектр).
Стабил стенокардия билан бемор кайта ташрифга келганида бериладиган саволлар:
1. Бемор олдинги ташрифга нисбатан ўз жисмоний фаоллигини камайтирдими?
2. Олдинги ташрифга нисбатан хуруж сони ёки оғирлиги кўпайдими?
3. Бемор буюрулган давони кандай кўтараяпти?
4. Канчалик беморнинг ЮИК ҳакида тушунчаси ошди ва канчалик бошкариладиган ҳавф омилларини бошкара олаяпти?
5. Ёндош касалликларни хуружи стенокардия хуружига сабаб бўляптими?

Профилактика

Профилактик чора – тадбирларга биринчи бўлиб беморнинг ҳаёт тарзини оптимизацияси, жисмоний, руҳий, социал реабилитация, липид алмашувини ва бошка ҳавф омилларини номедикаментоз ва медикаментоз коррекцияси. Бирламчи ва иккиламчи профилактикани ажратиш зарур.

Бирламчи профилактика вазифаси – юрак касалликларини олдини олиш.
1. Чекишни ташлаш.
2. ЮИК мавжуд бўлган беморларда тана вазнини ва дислипидемияни пасайтириш.
3. КБ контроли.
4. Гиподинамия билан курашиш.
5. Соглом турмуш тарзини тарғибот қилиш.

Иккиламчи профилактика вазифаси – ЮИК ривожланишини олдини олиш.
1. Рационал атеросклерозга карши даво ўтказиш.
2. Оғриқ синдромини адкват давоси.
3. Юрак ритми ва ўтқазувчанлигини бузилиши адекват давоси.
4. ЮЕ адекват давоси.

Кардиомиопатияси мавжуд беморларни ишга лайёқатлигини экспертизаси

Касалликни бошланиш босқичида ЮЕ белгилари мавжуд бўлмаса бемор ишга тўла лойиқ (агарда профиссионал омиллари касалликни зўриқитириш олиб келмаса) ЮЕ белгилари кучайган ҳолаттида, уни ФСга қараб таксимланади ва ногиронлик гурухи аниқланади.

Диспансеризация

Беморлар УАШ тамонидан диспансер назоратга олинади ва ҳар 3 ойда ЭКГ назорат, 1 йилда – ЭхоКГ, ритм бузилиши эҳтимолида – ЭКГ мониторирование ўтқазилади. Зарур бўлганида кардиолог кўригива кейинги даво тактикаси аниқланади, ЮЕ белгилари ошиб борганида, стационар даво тафсия этилади. Шу нарсани ёдда тутиш зарур: юндош касалликлар (грипп, пневмония ва бошқалар) кўшилганида ЮЕ белгилари кескин ошиб кетади.

Яллиғланган кардиомиопатияси мавжуд беморларни ишга лайёқатлигини экспертизаси(миокардит)

Ишга лаёқатсизлик дари индивидуал аниқланади.
Енгил кечиши – 21 кун.

Ўрта оғир кечиши – 28-35 кун.
Оғир кечиши – 1,5-2 ой.
ЮЕ белгилари сақланган ҳолда МСЭ қарорига кура ногиронлик гуруҳи аниқланади.

Диспансеризация

Беморлар УАШ тамонидан диспансер назоратга олинади, 1 йилда – 2 марта клиника-лаборатор текширув ўтқазилади.

Профилактика

Гриппга, гепатитга карши вакцинация, сурункали инфекция ўчоқларини санацияси, инфекцион касалликларини ўз вақтидава адекват даволаш.

Вазиятли масалалар:

1. УАШ қабулида 57-ёшли бемор бир йил давомида ҳар ой 1-2 марта тонга яқин кўкрак соҳасида сиқувчи ва курак сохасига ўтувчи , нитроглицирин истемолидан кейин ярим соат ичида қолувчи оғриқларга шикоят қилиб келди. Объектив кўрикда ички аъзолари томонидан узгаришлар аниқланади. Холтер мониторированияси натижасида хуруж вақтида ST сегментни V 2-5 тармоқларда кутарилиши ва V 3-4 тармоқда максимумга чиқанлиги аниқланди.Эртаси кунда ST сегменти изоэлектрик чизиқда жойлашиб, динамик назоратда олдинги ЭКГ солиштирганда фарқ аниқланмади.

1. Таҳминий ташхис;
2. Зарур бўлган текширувлар;
3. Беморнинг касаллиги кайси стенокардия тоифасига киради;
4. Шу груҳга кирувчи камида тўртта стенокадиянини бошка турларини кўрсатиб беринг.

2. 21 ёшли аёл, 2 ҳафта олдин навбатдаги ангина билан оғриб ўтди. УАШ катта бўғимдаги оғриқлар, тана ҳарорати кўтарилиши, жисмоний зўриқишда нафас сиқиши, умумий ҳолсизлик шикоятлар билан мурожат қилди. Объектив: аҳволи ўрта оғир. Тери қатламлари рангпар. КБ 100/60 мм см.уст. Юрак чўқисида майин систолик шовқин, тонлари бўғиқлашган, тахикардия. Юрак чегаралари чап ва ўнга бир мунча. Ўпкада везикуляр нафас

ЭКГ: PQ интервални узайиши.

УҚТ: Нв-105 г/л., лейк- 9,0 х 10 9/л., СОЭ – 25 мм/ч., СРБ +++

1. Таҳминий ташхис;
2. Зарур бўлган текширувлар;
3. Ушбу касалликнинг 5 та дан кам булмаган ишончли креририйларини сананг;
4. Ушбу касалликда иккиламчи профилактика кандай утказилади.

3. 42 лет ёшли аёл, оёкларида шиш,жисмоний зурикишда хансираш, холсизликдан УАШ га шикоят килиб келди. Шамоллаш утказганидан сунг умумий ахволи огирлаша бошлаган. Ревматизм касаллиги билан ревматолог хисобида туради,мунтазам бициллинотерапия олиб туради. Объектив: тери копламлари окимтир,лабларида цианоз, акроцианоз. АД 100/70 мм рт.ст. Пульс 92 марта/мин. Юрак: чегаралари юкорига ва унгга кенгайган. Аускультация: I тонкарсилловчи, чуккида систолик ва пресистолик шовкин, ритм тугри.

Упкада везикуляр нафас. Корни юмшок, жигар +1,5 см., уртача каттикликда. Оёкларида шиш.
УКТ: Нв – 100 г/л., лейк- 9,5, ЭЧТ- 19 мм/ч., СРБ + +.
1. Тахминий ташхис;
2. Зарурий текширув усуллари;
3. Ушбу беморда ЭКГ да кайси тармокларда кандай узгаришлар кузатилади. (аник курсатинг);
4. Тактика ВОП тактикаси ва даволаш тамойиллари.

4. 45 ёшли эркак, хаво етишмовчилик хисси, хансираш, юрак уриб кетиши, тез чарчашдан УАШ га шикоят килиб келди. Огриганига 1 ой булган, жисмоний зурикишдан (богда ишлаган) сунг ахволи ёмонлашган, бир неча секундга хушини йукотган. Анамнезида ревматизм ва ревматико полиартрити йук. Объектив: Умумий ахволи уртача огирликда, тери копламлари окимтир, лаблари цианотик. АД 100/70 мм рт.ст. Упкада везикуляр нафас. Юрак чуккида I тон сусайган, Боткин нуктасида систолик шовкин. ЮКС 92 марта минутига ритмик.
ЭхоКГ: КАТ 13 мм дан купрок, чап коринча гипертрофияси.
1. Юкоридаги шикоят ва симптомлар кузатиладиган 4 тадан кам булмаган касалликни сананг;
2. Тахминий ташхис;
3. Ушбу касалликни камида 2та формасини айтинг;
4. УАШ тактикаси ва даво тамойиллари;
30 ёшли бемор оилали, уй бекаси 1та фарзанди бор. Умумий холсизлик, доимий уювчи характердаги юрак сохасида яккол ривожланган огрикдан,даврий равишда юрак уриб кетиши,озгина жисмоний зурикишда хансирашдан шикоят билан УАШ га мурожаат килди. Барча шикоятлар грипп утказилгандан сунг 6 кун утиб пайдо булди. Безовта. Анамнези1 йил олдин онаси миокард инфаркти касаллигидан улган: Объектив: юрак чегаралари чапга бироз силжиган, чуккида I тон сусайган, пастрок систолик шовкин. PS 92марта/мин, АД 100/ 70 мм рт.ст.
УКТ: Нв-110 г/л., лейк.- 9,6* 10^9, ЭЧТ- 18 мм/ч. Кон биохимияси: АСТ микдори ошган, α ва γ -глобулин, грипп вирусига антитела титри бирмунча ошган. ЭКГ: барча тармокларда Т тишча вольтажи пасайган, АВ блокада I дараж.
1. Юкоридаги шикоятлар кузатиладиган 4 тадан кам булмаган касалликни сананг;
2. Тахминий ташхис;
3.Этиологияси ва кечишига караб касаллик вариантларини курсатинг;
4. УАШ тактикаси ва даво тамойиллари.

6. 47 ёшли бемор, эпигастрия сохасида куйдирувчи характердаги огрик, кунгил айниши, кеча тунда кусиш безовта килгани сабаб УАШ га мурожаат килган. Уйда бикарбонат натрий ва но-шпа кабул килган лекин самараса бермаган. Талабалик йилларида эрозив гастрит билан огриган. Кузгалувчан. Объектив: окимтир, терлаган. Пульс тез, 100 марта 1 мин. АД 90/60 мм рт.ст.

ЭКГ: синусли тахикардия. II, III, AVF тармокларда ST сегменти2 мм га кутарилган.

1. Юкоридаги шикоятлар кузатиладиган 4 тадан кам булмаган касалликни сананг;
2. Тахминий ташхис;
3.Ушбу касалликни кечиш даврлари ва давомийлигини курсатинг;
4. УАШ тактикаси ва даво тамойиллари

График органайзер: «каскад»

Кукракдаги огрик. ЮИК, миокардит ва миокардиодистрофияларни таккосий ташхислаш.

ЮИК

Инфаркт миокард (ИМ) – уткир коронар кон айланиш бузилиши миокард эхтиёжини кондира олмаслиги натижасида миокарда ишемик некроз юзага келишидир.

40 ёшдан ошган кишиларда куп учрайди.

МИ кечишида 5 та давр фаркланади.

МИ кечиши уткир бошланиши огир асоратлар бериши ва улим бериши юкорилиги билан характерланади. Улим одатда биринчи соатларда шифохонагача булган даврда юз беради.

Миокардиодистрофия

Сурункали миокардиодистрофия эрта боскичларида клиник белгилар яккол ривожланмаган. Факат юрак етишмовчилиги кушилганда беморлар хансираш, жисмоний зурикишда юрак уриб кетиши, тез чарчаш, иш кобилиятининг пасайиши, юрак сохасида нохушлик ва огрикдан шикоят килади.

Баъзи миокардиодистрофиялар, масалан климактерик огриклар, стенокардияни эслатиши, сабабли уларни ЮИК билан таккосий ташхислашни талаб этади. Миокардиодистрофия юрак ритми бузилиши юрак уриб кетишлари, юрак уриб кетиш хуружлари сабаби булиши мумкин. Бир вактнинг узида гипертрофия сабабли ва дилатацияси,юрак тонларининг бугиклиги, ритм Галоп, юрак чуккисида ва Боткин нуктасида систолик шовкин эшитилади.

Миокардит

Миокардиты – юрак мушакларининг яллигланиш касаллиги.Бирламчи ва иккиламчи миокардитлар фаркланади. Бирламчи миокардитла асосан (бактерия, вируслар, замбуруглар, гельминтлар). кузгатувчилар сабабли юзага келади. Кузгатувчи турига караб специфик ва и носпецифик миокардитларга булинади Кам холларда юрак зарарланиши радиация таъсирида, токсик моддалар таъсирида, жарохатлар сабабли пайдо булади.Бундан ташкари миокардитлар коллагеноз касалликларда (тизимли кизил бурича, ревматоид артрит, дерматомиозит), ревматизм, уткир пневмонияларда. Миокардит ривожланиши юкорида курсатилган касалликлар ёки зарарланишлар касалликнинг асосий белгиси хисобланмайди.

Назорат саволлари.

ЮИК, миокардит ва миокардиодистрофия этиология ва патогенези.
ЮИК беморларни амбулатор давоси УАШ тактикаси.
ЮИК бирламчи ва иккиламчи профилактикаси.
Кардиомиопатиялар классификациси. Кардиомиопатияларда юрак куриниши ўзгаришлари.
Миокардиодистрофияда кардиомегалиялар куринишлари.
Алкогол миокардиодистрофия клиника ва диагностикаси.
Миокардиодистрофияларни этиологиясига караб стандарт даво принциплари.
Миокардитлар классификацияси.
Миокардитнинг диагностик критерялари.
Миокардитларни даволаш принциплари.

1. **ЮИК,миокардит ва миокардиодистрофияли беморларни диспансер назорати.**

19-мавзу.Юрак шовқинлари ва кардиомегалия. Функционал (миокардиал, анемик, қон ўзгаришларида, иситмада) ва органик (юрак нуқсонларида) шовқинларни баҳолаш ва қиёсий ташҳислаш. УАШ тактикаси.

Таълим бериш технологиясининг модели

Машғулот вақти 6 соат	Талабалар сони : 10-12 тагача
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Ўқув жараёнини структураси	• Ўқув хона. • ЭКГ хона. • Ўқув қўлланмаси, фантомлар, муляжлар, тарқатма материал, ситуацион масалалар ва тестлар тўплами. • Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа
<u>Дарс беришдан мақсад:</u> УАШни ўз вақтида диагностика ва дифференциал диагностикага қилишга, юракдаги шовқинлар ва кардиомегалия билан кечувчи касалликлар ривожланганда оптимал даволаш турини аниқлашга ва “УАШ квалификацион тавсифномаси” талаблари назарда тутган соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғинида беморларни олиб боришга ўргатиш.	
Машгулот вазифалар: 1. Юракдаги шовқинлар ва кардиомегалия ўзгариши яьни турли кардиомегалия диагностика масалаларини кўриб чиқиш. 2. Юракдаги шовқинлар ва кардиомегалия ўзгариши билан	**Таълим бериш жараёнининг натижаси:** **<u>УАШ билиши шарт:</u>** • Юрак чўққисида эшитилувчи функционал (анемик, қон оқимининг ўзгариши, иситмада) ва органик (митрал клапан етишмовчилиги, митрал ёриқ стенози, митрал клапан пролапси) шовқинларнинг қиёсий ташхиси • Юрак чўққи турткисида эшитилувчи функционал ва органик шовқин касалликларининг клиник намоён

кечадиган касалликга чалинган беморларни кўрсатиш. 3. “УАШ квалификацион тавсифномаси”га асосан бундай беморларни олиб боришни кўриб чиқиш. 4. Дорисиз ва дорилар ёрдамида даволашни кўриб чиқиш. 5. ҚВП ва ОП шароитида беморларни кузатиш ва мониторингини олиб бориш. Бундай касалликларда бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикани мухокама қилиш.	бўлиши. • Юрак чўққисида органик шовқинлари бўлган касалликларни клиник намоён бўлиши. • Юрак чўққисида функционал касалликларни ташхиси. • Юракнинг турли орттирилган митрал нуқсонларини дифференциал ташхиси. • Юракни митрал нуксонида УАШ тактикаси. • Хирургик даволашга кўрсатма ва қарши кўрсатма. **<u>УАШ бажаралиши шарт:</u>** • Юрак чўққисидаги функционал ва органик шовқин билан кечувчи касалликларни ташхислаш мақсадида анамнез ҳамда шикоятларни таҳлил қилиш. • Юрак чўққисидаги функционал ва органик шовқин билан кечувчи касалликларни ташхислаш. • Юрак чўққисидаги функционал ва органик шовқин билан кечувчи касалликларни клиникаси ва лаборатор инструментал текширув маълумотлар бўйича ддифференциация қилиш. • Юрак чўққисидаги функционал ва органик шовқин билан кечувчи касалликларни ҚВП ва ОП шароитида олиб бориш тактикаси.
Ўқитиш усуллари	«кичик гуруҳда иш» усули, кўргазма, видеокузатув, дискуссия, суҳбат, тестларни ва ситуацион масалаларни ечиш
Ўқитиш жараёнининг ташкилий шакллари	Индивидуал ва гуруҳларда ишлаш, коллективли, аудиторияли, аудиториядан ташқарида.
Ўқитиш воситалари	Тарқатма ва визиуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, касаллик таърихи, жадваллар, стендлар.
Қайта боғланувнинг воситалари ва усуллари	Блиц-сўрови, тест ўтказиш, касаллик тарихини тўлдириш, амалий кўникмаларни бажариш «касбий сўроқ»

Дарсни технологик харитаси

№	**Амалиёт дарсининг босқичлари**	**Дарс шакллари** ***Ўтказиладиган хона***	**Давомий лиги 200**
1	Кириш қисми (дарс мавзуси)		10

2	Дарсни янги педагогик технологиялардан фойдала-ниб ўтказиш ва кўргазмали қуроллардан фойдала-ниш (жадваллар, плакатлар, рентгеногра-ммалар,ЭКГ)	*Сўраб суриштириш, мухокама Амалиёт хонаси*	40
3	Мухокама хулосалари		10
4	Амалий қисимни бажариш учун топшириқ олиш–касбий сўраш. Касаллик тарихини тўлдириш, ўқитувчи бошлигида	Мухокама *Ўқув хонаси*	20
5	Дарснинг амалий қисмини эгаллаш	Проф. куриги. Беморлар билан сухбат ва касаллик тарихини тўлдириш ва масалалар ечиш. *Кардиология, ревматология бўлимларида*	20
6	Шикоятлари, курув, пальпация, перкуссия, аускультация, УҚТ, УСТ,балғамни микобактерияга текшириш	Касаллик тарихи, лаборатор натижалар, вазиятли масалалар	25
7	Талабаларнинг назарий ва амалий билимларни мустахкамлаш учун мухоамалар қилиш.	Оғзаки сўров, тестлар, мухокама, амалий куникмаларни аниқлаш.	55
8	Дарс бўйича хулосаларни ясаш ва 100 балли системада баҳолаб баҳоларни эълон қилиш. Кейинги дарсни уй ишига бериш.	Маълумотлар, мустақил ишлаш учун саволлар. Ўқув хонаси	25

Кардиомегалия-юрак массасини ва хажмини ошишига айтилади. Камералари 1таси ёки бир нечта камераси катталашиши мумкин. Юракнинг катталиги ва конфигурацияси жинс ва ёшга боғлиқ. Шунинг учун кардиомегалия нисбий хисобланади.

УАШ кўп холарда кардиомегалия билан кечадиган касалликлар билан учрашига тўғри келади. Шунинг учун бу хақида чуқур билимга эга бўлиши керак. Турли касалликлар ва холатлар юрак чегараларини кенгайишиги олиб келиши мумкин.

Чин кардиомегалиянинг сабаблари:

ЮИК, ПИКС, МИ, чап қоринча аневризмаси, ГК, КМП, тўғма ва ортирилган юрак нуқсонлари, миокардит ва перикардит.

Миокардиодистрофии, эндокрин касалликлар оқибатида юзага келгани.

Электролит бузилишлари билан юзага келганлар.(фосфор ва магний етишмовчилиги)УСКлари, юрак усмалари, оғир анемиялар. СБЕ.

Ўпкада қон айланиши ўзгармаган нуқсонлар - юрак жойлашуви аномалиялари, аорта равоғи аномалиялари, унинг катта ёшдагилар типидаги коарктацияси, аорта стенози, аортал қопқоқча атрезияси; ўпка ўзани қопқоқчаси етишмовчилиги; митрал стеноз, қопқоқча атрезияси ва етишмовчилиги; уч бўлмачали юрак, юрак қон томирлари ва ўтказувчанлик тизими нуқсонлари

Кичик қон айланиш доираси гиперволемияси нуқсонлари-

1) эрта цианоз билан кечмайдиган – очиқ артериал оқим, бўмачалараро ва қоринчалараро тўсиқлар кемтиклари, Лютамбаше синдроми, аортоўпка оқма яраси, аортанинг болалар шаклидаги коарктацияси;

2) цианоз билан кечувчи – қоринчалараро тўсиқнинг катта кемтики билан кечувчи трикуспидал атрезия, яққол намоён бўлган гипертензия ва қон ўпка ўзанидан аортага оқувчи очиқ артериал оқим (проток)

Кичик қон айланиш доираси гиповолемияси-лик нуқсонлари- 1) цианоз билан кечмайдиган – ўпка ўзанинг яккаланган стенози;

2) цианоз билан кечувчи – Фалло триадаси, тетрадаси ва пентадаси, ўпка ўзанининг торайиши ёки қоринчалараро тўсиқнинг майда кемтиги билан кечувчи трикуспидал атрезия, Эбштейн аномалияси (трикуспидал қопқоқча тавақаларининг ўнг қоринчага кўчиши), ўнг қоринча гипоплазияси.

Юракнинг турли бўлимлари ва йирик томирлар муносабатларининг бузилиши билан кечувчи комбинирланган нуқсонлар- аорта ва ўпка ўзанининг транспозицияси (тўлиқ ва корригирланган), уларнинг қоринчаларнинг биридан кўчиши, Тауссиг – Бинг синдроми. Умумий артериал ўзан, битта қоринчали учкамерали юрак ва ҳ. к.

Физиологик кардиомегалия сабаблари:

Хомиладорлик ва спортчилар юраги

Псевдокардиомегалия сабаблари:

Перикартга суюқликни еғилиши, диафрагмани юқори жойлашиши.

Экссудатив плевритлар.

Тўғри бел синдромида (умуртқа поғонасини кўкрак қисмини эгрилигини йўқолиши.

Митрал қопқоқчалар етишмовчилиги

Митрал қопқоқчалар етишмовчилиги – бу коринчалар систоласи вактида қопқоқчаларнинг тўлиқ бекилмаслиги сабабли, қоннинг чап қоринчадан чап бўлмачага регургитациясидир. Митрал қопқоқчалар етишмовчилиги якка ҳолда ҳамма юрак нуксонлари орасида тахминан 5-10% учрайди.

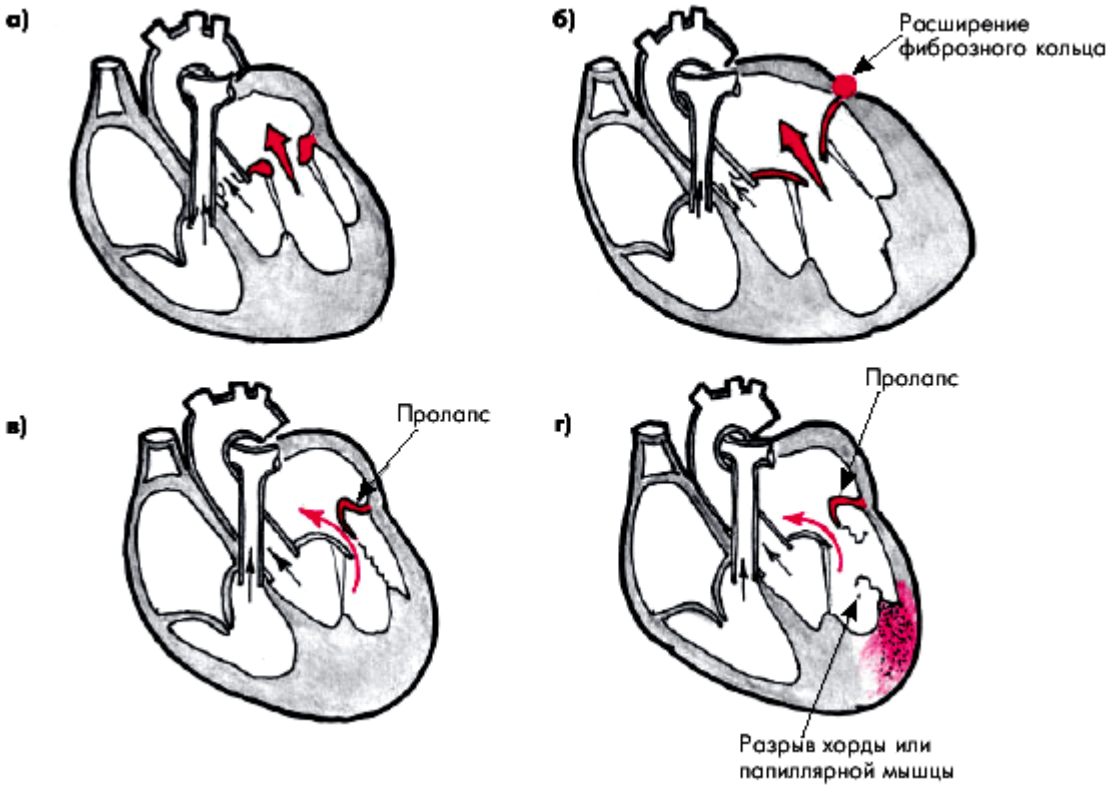
Этиологияси:

Митрал қопқоқчалар етишмовчилигининг 2 та шакли тафовут қилинади: органик ва функционал.

Органик етишмовчиликда митрал қопқоқчалар тавақалари бужмаяди ва кичраяди, уларда кальций тузлари тўпланади ва қопқоқ ости структуралари ўзгаради (расм. 10. а). Митрал қопқоқчалар етишмовчилигининг айнан шу шаклида, яъни қопқоқчаларнинг дағал органик зарарланиши бўлса, юракнинг ҳақиқий нуқсони дейилади. Органик митрал етишмовчили-гининг энг кўп учрайдиган сабаблари:

- ✓ ревматизм (тахминан 75% холатларда);

- ✓ инфекцион эндокардит;
- ✓ атеросклероз;
- ✓ бириктирувчи тўқима тизим касалликларида.



Расм 10. Митрал копкокчалар етишмовчилигининг органик (а) ва учта нисбий (функционал) вариантлари.

б — фиброз халканинг кенгайиши; в — митрал қопқоқ тавакаларининг пролапси; г — хорда ёки папилляр мускул узилиши

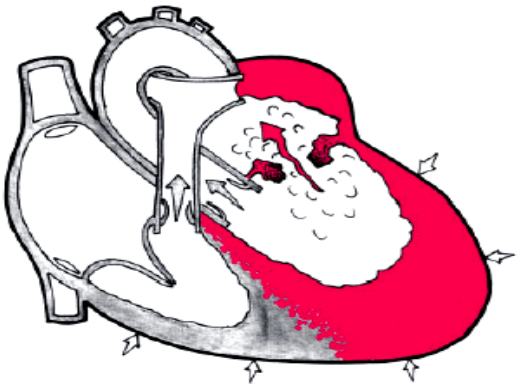
Функционал митрал етишмовчилик қопқоқ тавақаларининг ўзгаришисиз унинг структураси (фиброз халка, папилляр мускул, хордалар) ва функциясининг ўзгариши хисобланади**.**

Функционал митрал копкок етишмовчилигининг сабаблари:

1 Кучли гемодинамик зурикиш билан кечадиган чап қоринча касалликлари (ЧҚ), фиброз халқа кенгайиши ва қопқоқ аппаратининг дисфункцияси:

- ✓ артериал гипертензиялар;
- ✓ юрак аортал нуксонлари (“митрализация”);
- ✓ дилатацион кардиомиопатия (ДКМП);
- ✓ ЮИК, айникса инфарктдан кейинги кардиосклероз ва б.к.

Митрал қопқоқ етишмовчилигининг клиник манзараси биринчи навбатда чап қоринчадан чап бўлмачага (ЧБ) қайтиб оққан қоннинг ҳажмига боғлиқ булиб, бу нуқсон кейинчалик бир неча муҳим гемодинамик оқибатларнинг ривожланишига олиб келади.



Расм. 11. Митрал қопқоқ етишмовчилиги (схема). Чап қоринчадан қоннинг чап бўлмачага регургитацияси ва чап бўлмача ва қоринчанинг эксцентрик гипертрофияси аниқланади.

1.Узоқ муддат мавжуд органик митрал қопқоқ етишмовчилигининг гемодинамик оқибатлари ҳисобланади:

- ЧҚ ва ЧБ гипертрофияси ва дилатацияси;
- юрак хайдаш фаолиятининг пасаяйиши;
- кичик қон айланиш доирасида димланиш ва кучсиз намоён бўлган ўпка веноз гипертензияси (доимо эмас).

2. Якка митрал копкок етишмовчилигида чап ва унг коринча етишмовчилиги белгилари камдан –кам ривожланади.

3. Касалликнинг энг кўп учрайдиган асоратлари бўлмачалар фибрилляцияси ва трепетанияси ҳисобланади; юрак ичи тромбози ва тромбоэмболиялар нисбатан кам учрайди.

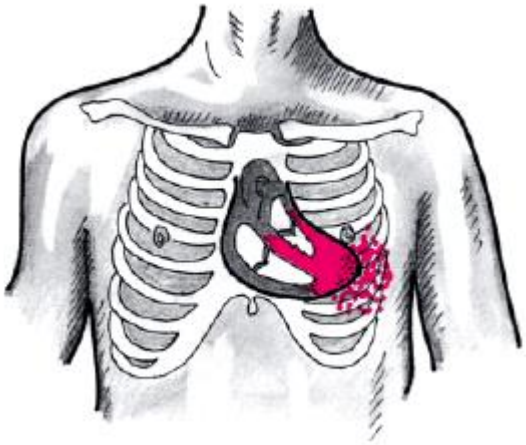
4.Ўткир ривожланган митрал қопқоқ етишмовчилик (масалан, миокард инфаркти ёки инфекцион эндокардитда папилляр мускул ёки хордалар узилиши) учун чап бўлмачада ва ўпка веналарида тез ва кескин босимнинг кўтарилиши ва юрак ҳайдаш кучининг критик пасайиши характерли хисобланади.

Клиникаси: Компенсация босқичида шикоятлар йўқ. **Декомпенсация босқичида** - ҳансираш, юрак уриб кетиши, нотўғри уруши ва юрак соҳасида оғриқ, ўпкада димланиш ривожланганда – йўтал, қон тупуриш, юрак астмаси хуружи, оёқларда шишга шикоят килади.

Кўздан кечирганда: акроцианознинг пайдо бўлиши (лаб, бурун учи, бармоқлар ва б.қ. цианози), баъзан ёноқларда тиниқ цианотик қизариш (facies mitralis)., «юрак букури» (болали-гида нуксон ривожланган бўлса), чўққи турткисининг чап томонга силжиши кузатилади.

Ортопноэ ҳолати (тўшакда ўтирган ёки ярим ўтирган ҳолат) чап қоринча ривожланганлиги ва кичик қон айланиш доирасида анча димланиш юз берганлигидан далолат беради. Ўнг қоринча етишмовчилигида оёқларда шиш, бўйин веналарининг бўртиши, асцит ҳисобидан қоринннинг катта бўлиши каби белгилар аниқланади.

Перкуссияда: юрак тумтоқлигининг бирмунча чапга ва юқорига кенгайиши.

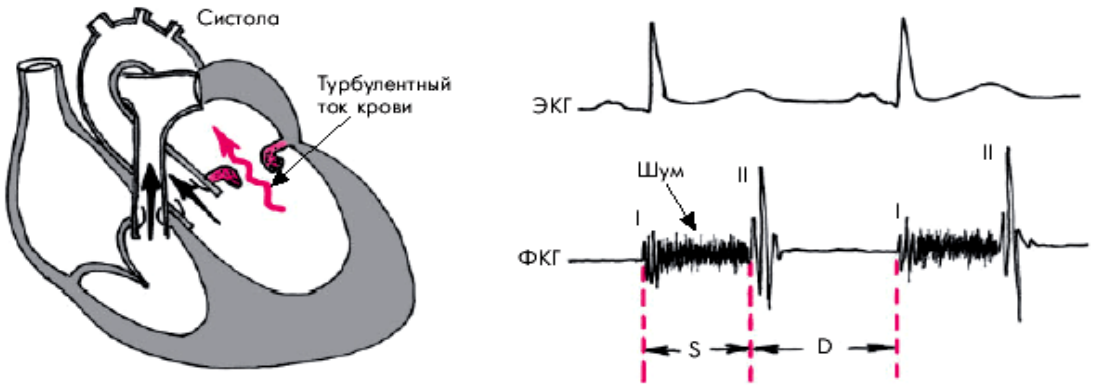


Расм. 12. Митрал қопқоқ етишмовчилигида чўққи турткисининг кучайиши, чапга силжиши ва тарқалиши.

Аускультатцияда: I тоннинг ўзгариши. Органик митрал қопқоқ етишмовчилиги учун чўққида I тоннинг пасайиши ёки баъзан унинг бутунлай йўқолиши характерли бўлиб, қоринчаларнинг изоволюмик қисқариш фазасида ЧКнинг герметиклигининг (қопқоқлар беркилиш давринг йўқлиги) йўқлиги характерли. Бироқ қопқоқ нуқсони катта бўлмаса, ЧҚ систолик функцияси сақланса I тоннинг кучли пасайиши бўлмайди ва узоқ муддат ўзининг ба-ландлигини сақлайди.

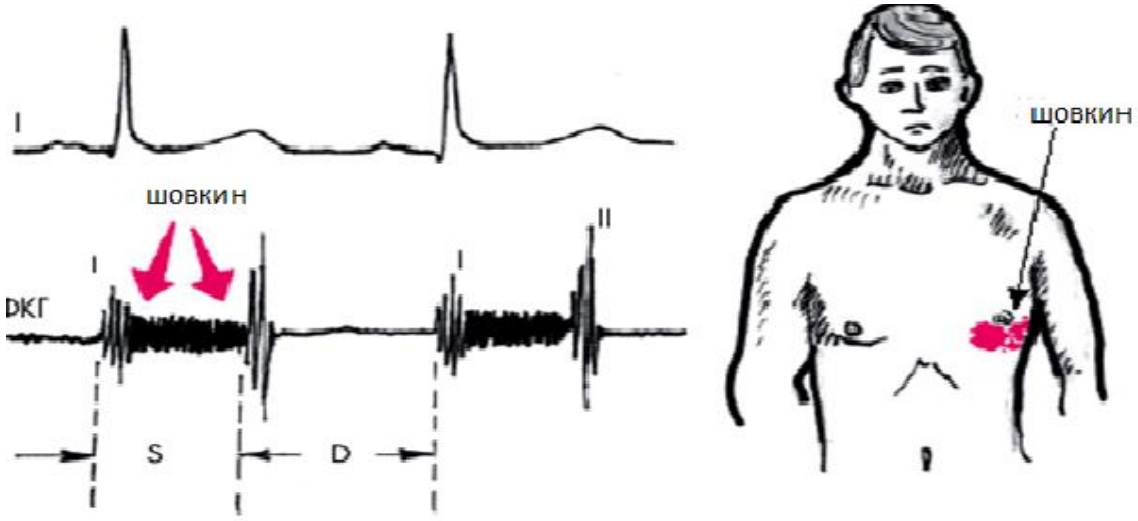
II тоннинг ўзгариши. Митрал қопқоқ нуқсони унча катта бўлмаган беморларда II тон ўзгармайди. II-тоннинг ўпка артериясида акценти касал-ликнинг кечки боскичларида чап коринча етишмовчилиги ва ўпка гипер-тензияси юзага келганда кузатилади. Баъзан (камдан-кам) II–тоннинг икки-ланиши эшитилади.

Патологик III тонни баъзан митрал қопқоқ етишмовчилигида эшитиш мумкин. У ЧҚнинг ҳажмли зўриқиши билан боғлиқ. III тон нафас чиқариш фа-засида яхши аниқланади. Унинг йўқлиги митрал қопқоқ етишмаслиги нук-сонини инкор килмайди, факат нуқсон кам намоён бўлганлигини билдиради.



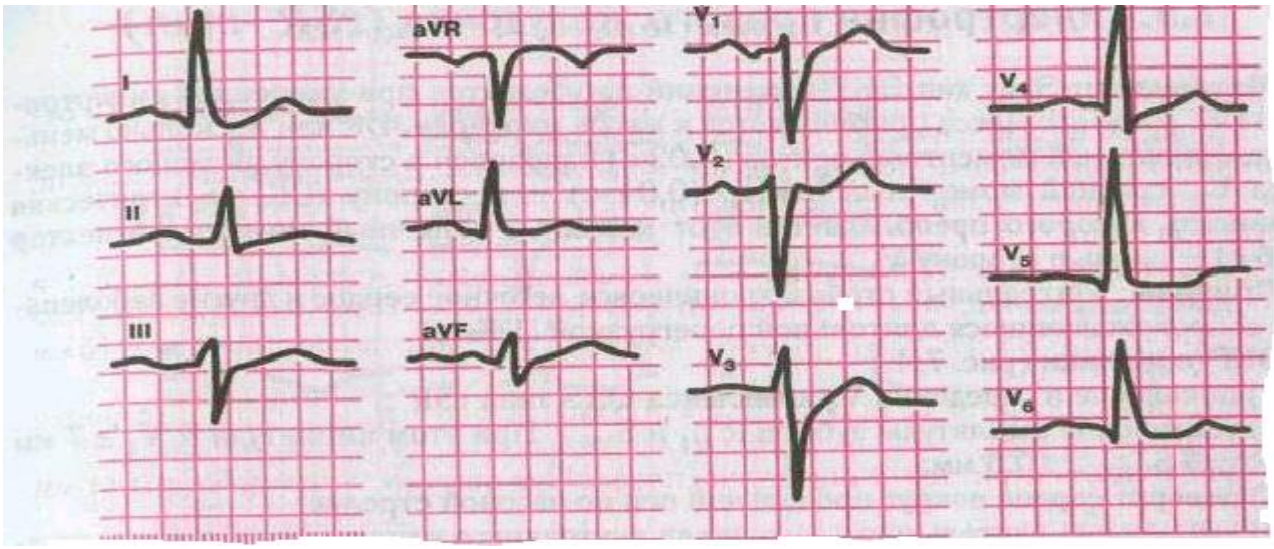
Расм.13.Митрал копкок етишмовчилигида ФКГдаги ўзгаришлар (юрак чўққисида): I тоннинг пасайиши, систолик шовкин лентасимон характерда булиб, бутун систолани эгаллайди. S - систола; D-диастола. Чапда шовкинни ҳосил бўлиш механизми кўрсатилган. (Қоннинг турбулент окими)

Юрак чўққисидаги систолик шовқин – митрал қопқоқчалар етишмовчилигининг энг муҳим аускультатив белгиси ҳисобланади. У қонни чап қоринчадан чап бўлмачага ҳайдаш даврида турбулент оқими сабабли пайдо бўлади. Систолик шовқиннинг йўқлиги деярли бутунлай органик характердаги митрал қопқоқ нуқсонини инкор қилади. Систолик шовкин I-тондан кейин дарҳол келади ёки у билан қўшилиб кетади. У лентасимон шаклида бўлиб, систола даврининг 2/3 ёки ҳаммасини эгаллайди. Шовкин юрак чўққисида эшитилади ва қўлтиқ остига тарқалади. Систолик шовқиннинг тембри қон окими йулида анатомик структура шаклининг ўзгаришига боғлиқ. Шовқин қанчалик дағал бўлса, шунчалик органик митрал қопқоқ етишмовчилиги боғлиқлиги тасдиқланади.



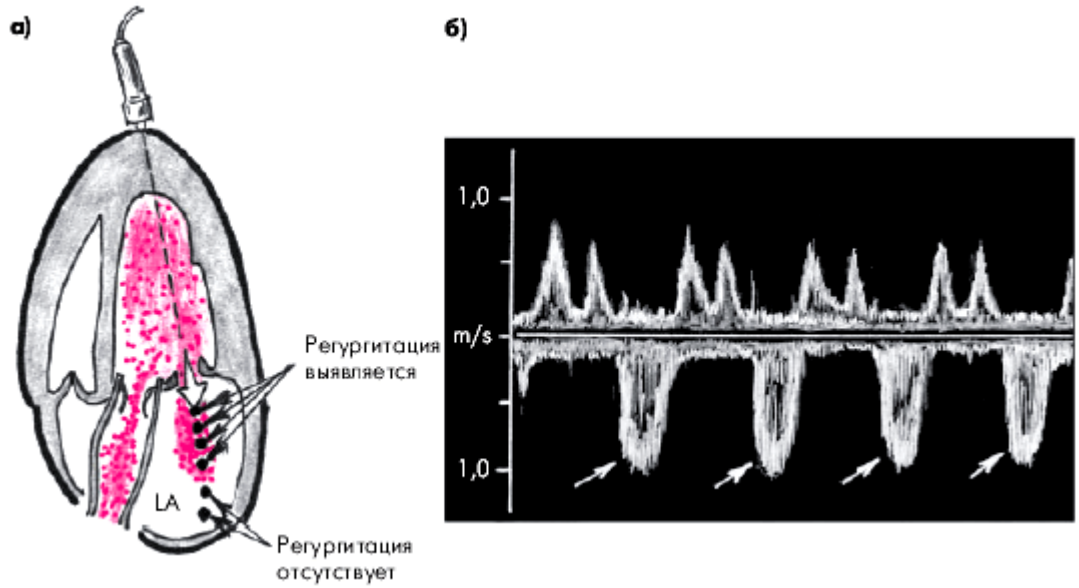
Расм. 14. Митрал копкок етишмовчилигида систолик шовкин эшитиш нуқтаси ва тарқалиши.

Рентгенография олди-орқа проекцияда: юрак чап контурининг тўрт бурчаксимон қайрилиши, биринчи қийшайиш тўрт бурчакли буралишда ва чап ёнбош проекциялар (қизилўнгач ёйини оғиши радиус бўйича 6 см ошиши). **Рентгеноскопия**: систолик экспансия симптоми – кучли митрал етишмовчиликда чап бўлмача бўртиши, бу контрастланган қизилўнгачни катта радиус бўйлаб равоқсимон силжиши сифатида кўринади. Шунингдек, юрак ўнг контурида чап бўлмача қулоқчаси бўртиши феномени, чап бўлмача соҳаси чап қоринча контури билан бирга шайнсимон (коромислосимон) ҳаракати, ўпка илдизи кенгайиши ва контури ноаниқлиги кабиларни аниқлаш мумкин.



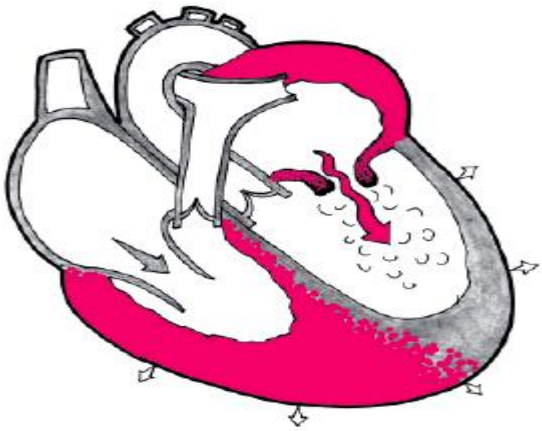
Расм 15. ЭКГ – ЧҚ ва ЧБ гипертрофияси.

ЭхоКГ - олд ва орқа тавақаларнинг ҳаракати дискордантлиги, фиброз ва калсиноз белгилари. Олд тавақани ҳаракат тезлиги ортиши, фиброз белгилари топилади.



Расм 16.Эхокардиографиядаги узгаришлар.

Митрал қопқоқ стенози – Митрал стеноз- бу чап атриовентрикуляр тешикнинг торайиши бўлиб, чап бўлмачанинг (ЧБ) кийин бўшашига ва ЧБ билан ЧҚ орасидаги диастолик босим градиентининг ошишига олиб келади.



Расм.17. Чап атриовентрикуляр тешик торайиши (митрал стеноз). Схема.Чап бўлмачадан чап қоринчага диастола вақтида турбулент қон оқими, чап бўлмача ва ўнг қоринчанинг эксцентрик гипертрофияси кўрсатилган.

Этиология: ревматик эндокардит Лютембаше касаллиги компоненти.

Митрал қопқоқнинг ревматик эндокардитда зарарланишида:

- ✓ Митрал қопқоқ тавақаларининг қалинлаши (ялликланиш шиши кейинчалик фиброз тўқима ривожланиши);
- ✓ Комиссуралар битиши;
- ✓ Қопқоқ хордаларининг битиши ва калта бўлиши;
- ✓ Тавақалар кальцинози, фиброз ҳалқа ва қопқоқ ости структуралари ва бошқа белгиларнинг ривожланиши.

Митрал стенознинг муҳим гемодинамик оқибатлари ҳисобланади:

- ✓ чап бўлмача гипертрофияси ва дилатацияси;
- ✓ ўпка гипертензияси (“веноз” ва “артериал”) кичик кон айланиш доирасида димланиш билан ва ўпка артериясида босимнинг баланд бўлиши;
- ✓ ўнг қоринча гипертрофияси ва дилатацияси;
- ✓ “фиксацияланган” ҳайдаш ҳажми.

2. Касалликнинг кечки босқичида нуқсон декомпенсациясида иккала қон айланиш доирасида димланиш кузатилиб, чап ва ўнг қоринча етишмовчилиги клиник манзараси ривожланади.

3. Митрал стеноз асоратлари:

- ✓ Бўлмачалар фибрилляцияси ва титраши;
- ✓ Юрак ичи тромблари ва катта қон айланиш доираси артерияларида тромбоэмболия ҳосил бўлиши;
- ✓ Уч тавақали қопқоқнинг нисбий етишмовчилиги;
- ✓ Ўпка артерияси қопқоқларининг нисбий етишмовчилиги.

Митрал стенознинг клиник манзараси чап бўлмача-қоринча тешигининг торайиш дара-жасига, чап бўлмача ва қоринча ўртасидаги босим градиенти катталигига, ўпка гипертензияси намоён бўлишига боғлиқ. Митрал тешик майдонига қараб митрал стенознинг бир неча дара-жаси тафовут килинади:

- ✓ енгил митрал стеноз -тешик майдони 2,0 см²дан то 4,0 см²;
- ✓ яққол митрал стеноз -тешик майдони 1,0 см²дан 2,0 см²;
- ✓ оғир митрал стеноз- тешик майдони 1,0 см²дан кам.

Шикоятлари

Ҳансираш- касалликнинг эрта симптомларидан бири ҳисобланади. У кичик қон айланиш доирасида димланиш ва ўпка гипертензияси билан боғлиқ. Ҳансираш бошланишида жисмоний ёки рухий эмоционал зўриқишларда, иситмада, яъни симпатоадренал тизим (САТ) фаоллашуви билан кечадиган ҳолатларида ва тахикардияда пайдо бўлади. Тахикардияда диастола даври қисқаради ва яна кўпроқ ЧБнинг тўлиқ бўшамаслигига, унда босим янаям ошишига олиб кела-ди. Бу эса кичик қон айланиш доираси веналарида босим ошишига ва ўпка вентеля-циясининг бузилиши билан кечади.

Кейинчалик ҳансираш кичик зўриқишларда ва ҳамда тинч ҳолатда пайдо бўлади. Кичик қон айланиш доирасида димланиш билан кечадиган бошка юрак касалликларида бўлгани каби, митрал стенози бор беморларда хансираш ***ортопноэ*** кўринишини олиб, горизонтал ҳолатда пайдо бўлади ёки кучаяди ва бемор ўтирганда камаяди ёки йўқолади.

Баъзан бу ҳолатларда ***қуруқ йўтал*** пайдо бўлиб, асосан бемор чалқанча ётганда безовта килади. Бу хусусият бемор горизонтал ҳолатида қон оқимининг юрак ўнг бўлимларига ошиши ва кичик қон айланиш доираси қон билан тўлиши билан боғлиқ бўлади.

Буғилиш хуружи митрал стенози бор беморларда ўпкада кучли қон димланиши сабабли ва интерстициал (юрак астмаси) ёки ўпка альвеоляр шиши пайдо булади.

Юрак астмаси (“пароксизмал тунги ҳансираш”) кўпинча кечқурун бемор горизонтал холатни эгаллаганда, юракка қон оқими кучайганда ва ўпка капиллярлари кўпрок тўлганда пайдо булади. Бемор тўшакда ўтириб олади, бу ҳолат нафас олишни енгиллаштиради ва кўп ҳолларда хуружни камайишига ёки тўхташи мумкин. Оғир холатларда альвеоляр ўпка шиши ривожланади.

Қон тупуриш митрал стенози бор беморларда кўп учрайди**.** У кичик қон айланиш доирасида кучли димланиш бўлганда пайдо бўлади ва юқори ўпка веноз гипертензияси таъсирида ўпка-бронх аностомозларни узилиши билан боғлиқ. Кўпинча беморлар балғамда қон томчилари ёки қон лахталари пайдо бўлганига аҳамият берадилар.

Шуни таъкидлаш лозимки, митрал стенози бор беморларда қон тупуриш ўпка артерияси тромбоэмболияси ва ўпка инфаркти сабабли юз бериши мумкин. Қон тупуриш билан кечадиган бу иккала холатни (ўпкада веноз димланиш ва упка инфаркти) даволаш усуллари турлича, шунинг учун киёсий ташхис ўтказиш муҳим ҳисобланади.

Ўта ҳолсизлик, мускул холсизлиги, жисмоний зўриқишда пайдо бўлиб, митрал стенознинг эрта ва энг характерли белгисидир.

Юрак тез ва нотекис уриши – митрал нуксонларнинг энг кўп учрайдиган белгилардан бири ҳисобланади. Бу белгилар тахикардия (САТнинг рефлектор фаоллашуви) ва бўлмачалар фибрилляцияси ва титраши, ҳамда қоринча усти экстрасистолияси билан боғлиқ.

Юрак соҳасида оғриқ. Бунга асосан ўпка гипертензияси сабабли пайдо бўлади. Оғриқ кўпинча тумтоқ, босувчи, узоқ давом этувчи ва жисмоний зўриқиш билан боғлиқ эмас.

Бошқа ҳолатларда оғриқ ўткир суқулувчи характерда бўлиб, стенокардия хуружи билан қиёсий ташхис ўтказиш керак**.** Нитроглицерин, оғриқни қолдирмайди..

Шикояти: шишлар, ўнг қовурга остида огриқ, касалликнинг кечки босқичларида, ўнг қоринча етишмовчилиги ва катта қон айланиш доирасида веноз димланиш ривожланганда диспептик бузилишлар (анорексия, кунгил айниш, кусиш ва б.к.) характерли ҳисобланади.

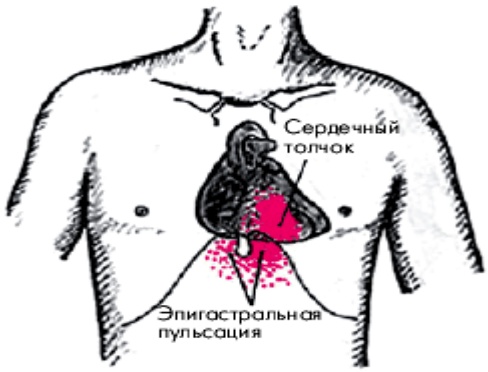
✓ Ташқи кўриниш – митрал юз (facies mitralis): бемор лаблари кўкимтир ва ёноқлари қизил.

✓ Пульс – пульс тўлқинининг ошиб бориш тезлиги меъёрида, тўлиқлиги суст.

✓ Бўйин веналари – ўнг қоринча етишмовчилиги йўқлигида ўзгаришсиз.

✓ Чўққи турткиси – жойлашиши ва тезлиги одатдагидай. Жойидан силжиши МЕ ёки аортал порок қўшилганлигидан далолат беради.

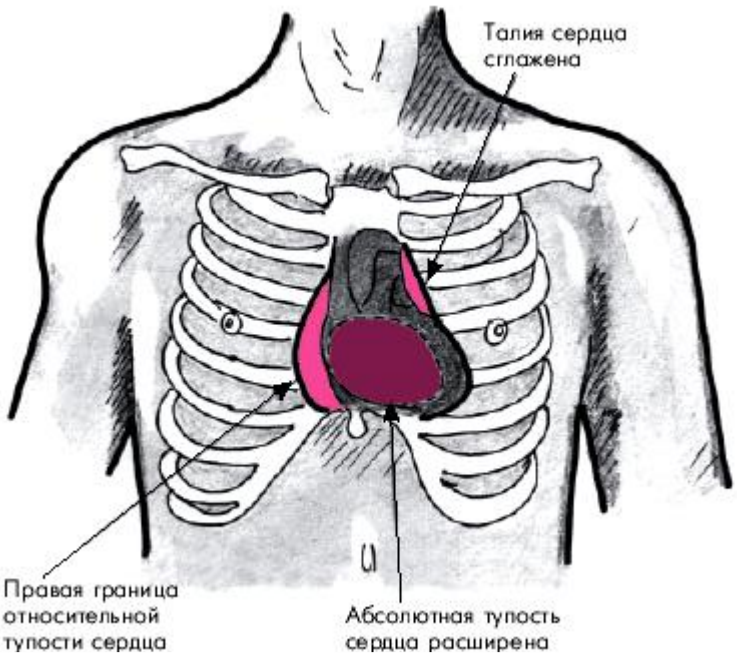
✓ Баъзи ҳолларда диастолик титраш аниқланади (“мушук хириллаши” симптоми).



Расм. 18. Митрал стенози бор беморда кучайган ва тарқалган юрак турткиси ва эпигастрал пульсация.

Юрак перкуссияси

Юрак перкуссияси ўнг қоринча дилатацияси сабабли ўнг нисбий чегарасининг, чап бўлмача дилатацияси сабабли юкори нисбий чегарасининг силжиши аникланади. Энг харак-терли белги юракнинг митрал конфигурацияси хсобланади: юрак белининг силлиқлаши (ЧБ дилатацияси) ва юрак ўнг контурининг ўнгга силжиши. Перкуссияда юрак ўнг абсолют тумтоқлигининг ўнг қоринча дилатацияси сабабли силжиши аниқланади. (расм.19).



Расм. 19. Митрал стенозда юрак абсолют чегарасининг кенгайиши ва митрал конфигурация. Чап бўлмача дилатацияси ҳисобидан юрак бели силлиқлашган ва ўнг қоринча дилатацияси сабабли юрак ўнг чегараси ўнгга силжиган.

Аускультация. Тонлар.

✓ I тон – кучайган (“қарсилловчи”). Аниқ фиброз ўзгаришларда, тавақалар оҳакланиши ёки деформацияси кучайишида I- тон йўқолиши мумкин.

✓ II тон –ўпка гипертензияси кузатилмаса ўзгаришсиз Ўпка гипертензиясида ўпка артерияси устида II тон акценти эшитилади.

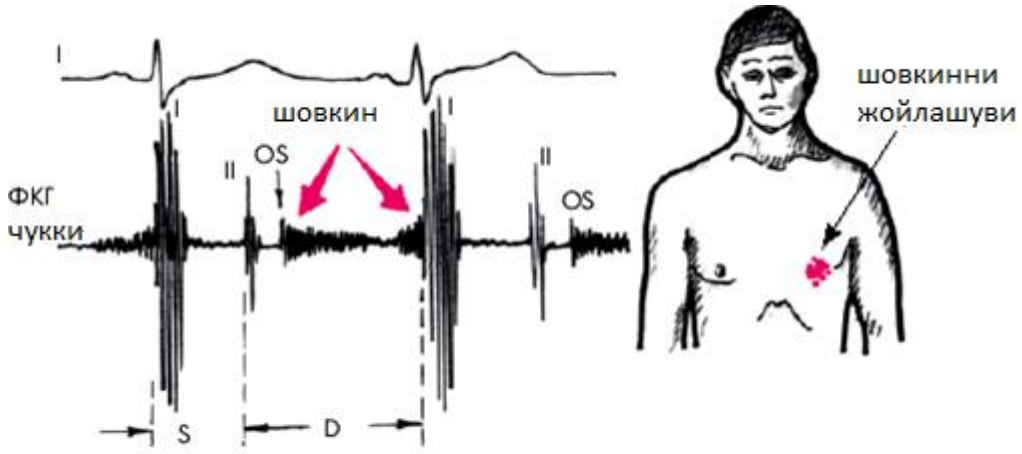
✓ III тон – эшитилмайди.

✓ IV тон – эшитилмайди.

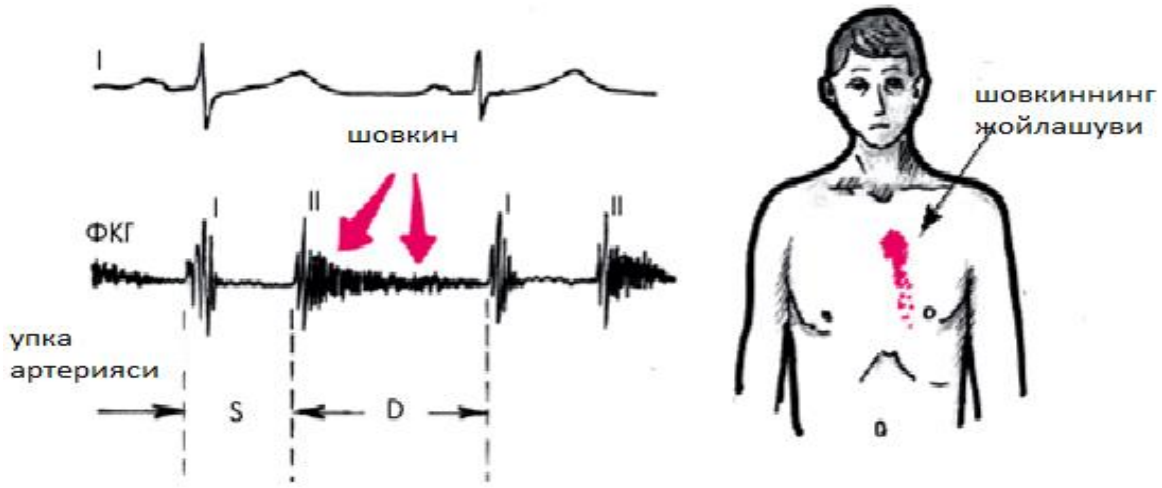
✓ Митрал клапан очилиш (“чертиш”) тони (диастола вақтида).

✓ Кучайган I-тон, зўрайган II-тон ва митрал клапан очилиши тони биргаликда «бедана ритми»ни пайдо қилади.

✓ Шовқинлар. Диастолик шовқин – паст частотали, декрешшено характерли, митрал клапан очилиши тонидан кейин дарров юзага келади, жисмоний зўриқишдан сўнг кучаяди. Чап ён бошига ётганда яхши эшитилади.

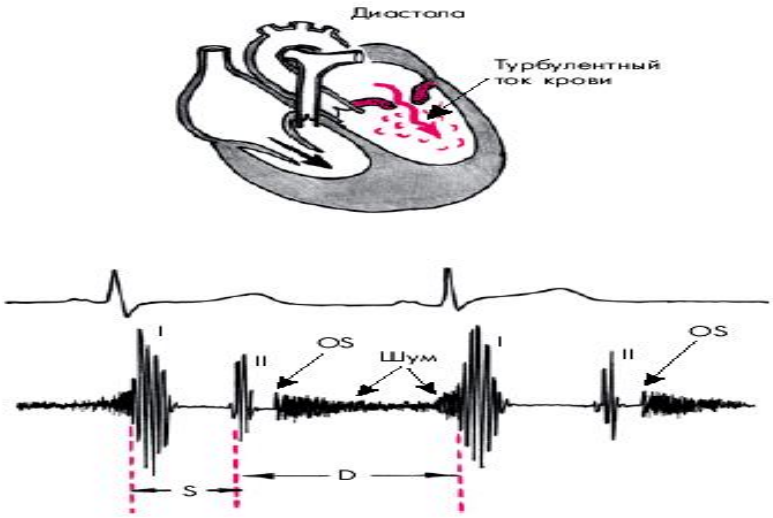


Расм. 20. Митрал стенозда диастолик шовқин эшитилиш нуқтаси. S - систола; D - диастола; OS – митрал қопқоқ очилиш тони



Расм. 21. Митрал стенозда, кучайган ўпка артериал гипертензияси ва ўпка артерияси дилатацисида функционал диагностик Грэм Стил шовқини. Ўнг томонда Грэм Стилл шовқинини эшитиш нуқтаси

Диастолик шовқин (Грэм Стилл шовқини)– ўпка артерияси етишмовчилиги шовқини (расм.21).

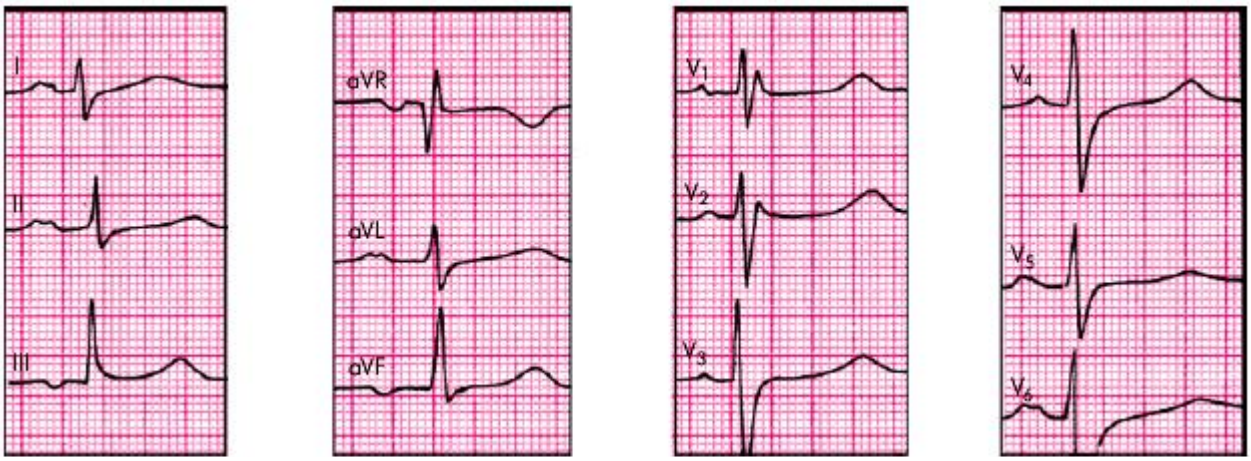


Расм. 22. Митрал стенозда ФКГдаги ўзгаришлар (юрак чўққиси): I- кучайиши тон, митрал қопқоқ очилишидан сўнг пайдо бўладиган диастолик шовқин, (OS), пасайиб борувчи характерга эга. Шовқиннинг пресистолик кучайиши бўлмачалар систоласи вақтида чап бўлмачадан чап қоринчага қон оқимининг тезлашишиши билан боғлиқ.

Электрокардиография

Митрал стенозда бемор электрокардиограммасида ЧБ ва ЧКнинг гипертрофияси белгилари, хамда турли ритм ва утказувчанлик бузилишлари аниқланади.

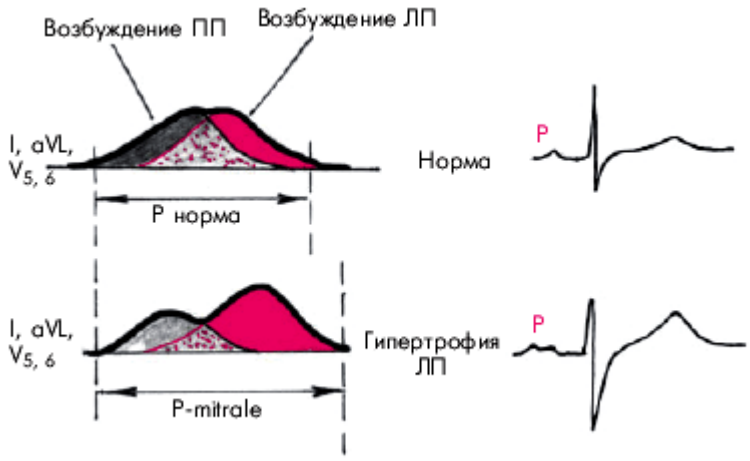
Чап бўлмача гипертрофияси. ЧБ компенсатор гипертрофиясининг ЭКГ-даги ўзгаришларининг 3 та асосий белгиси (расм. 22):



Расм 23. Чап булмача гипертрофияси.

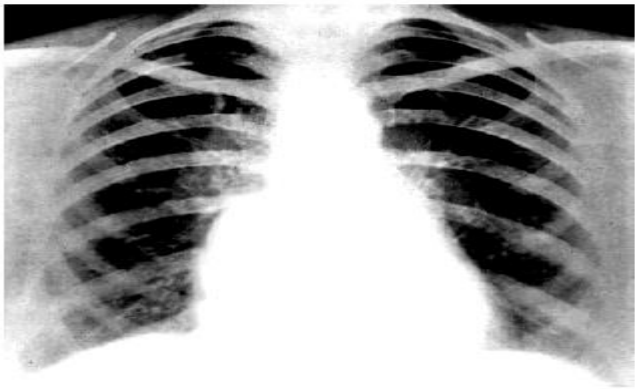
1. I, II, aVL, V5, V6-тармоқларда Р тишчасининг иккиланиши ва амплитудасининг ошиши (P mitrale);
2. V1 (камдан-камV2) тармоқда Р тишчаси манфий фазасининг (чап бўлмача) амплитудаси ва давомийлигининг ошиши;
3. Р тишчаси давомийлигининг ошиши (0,10 с.дан кўп).

Юқоридаги ўзгаришлар сабаби: гипертрофияланган чап бўлмачадан импульс ўтказилишининг секинлашиши булиб, Ртишчаси давомийлиги ошиши ва икки ўркачли шаклни олади (расм. 23).



Расм. 24. Чап бўлмача гипертрофиясида икки ўркачли ва кенг Р тишчасининг шаклланиши (P-mitrale)) Юқорида соғлом одамда Р тишчасининг шаклланиши.

Рентгенографияда: қизилўнгач контрастли текширувида ён проексияда юракни митрал конфигурацияси, кичик радиус бўйлаб қизилўнгач силжиши, чап қоринча равоғини ноаниқлиги.



Расм. 25 Митрал стенозда юрак рентгенограммасининг тўғри проекцияси. Юрак «бели»нинг силлиқлашиши ва юрак ўнг контурининг ўнгга силжиши.

ЭхоКГ – диастола олдида митрал клапан тавақаларини бир томонлама ҳаракати, олд тавақани эрта диастолик очилиш тезлиги пасайиши, олд тавақа ҳаракати амплитудаси пасайиши, чап қоринча кенгаймаган,чап бўлмача гипертрофияси, кичик қон айланиш доирасида димланиш. Бу усул стеноз даражаси, фиброз ва кальциноз борлигини топишга ёрдам беради.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМАЛАР

✓ Кардиолог билан дори терапияси ва хирургик давонинг зарурлиги ҳақидаги масалалар бўйича маслаҳатлашиш лозим.

✓ Кардиолог маслаҳати қуйидаги ҳолларда беморларни даволаш тактикасини белгилашда зарур.

✓ Трансторакал ЭхоКГ бўйича ўртача ёки оғир митрал порок.

✓ Клиник яққол митрал порок.

✓ Клиник кўриниш ва ЭҳоКГ дан олинган маълумотларнинг мос келмаслиги.

✓ Илгари бўлган симптомларнинг динамикаси ва янгиларининг пайдо бўлиши.

✓ Митрал порок чап қоринча дисфункцияси билан.

✓ Кардиолог маслаҳатига батафсил кузатишни талаб қиладиган касаллиги авж олган беморларни шунингдек инвазив муолажалар қўлланиб текширишни давом эттириш зарур ёки порокни операция усули билан даволаш режалаштирилган беморларни юбориш лозим.

КЕЙИНГИ КУЗАТИШ

✓ Митрал порокли беморлар устидан батафсил тузилган динамик кузатиш графиги функционал статусни назорат қилиш ва хирургик даволаш учун оптимал вақтни белгилашга имкон беради.

✓ Текшириш сони ва ҳажми клиник белгилар мавжудлиги ва динамикаси билан белгиланади.

✓ Енгил МС ёки ўртача МЕ ли ва клиник белгилари бўлмаган беморлар шикоятлар анамнезни физикал текшириш маълумотлари, кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси ва ЭКГ ни жамлаган баҳони ўз ичига олган ҳар йилги режа асосидаги текширишдан ўтишлари керак. Клиник статусда ўзгаришлар бўлмаганда бу тоифадаги беморларда йил сайин ЭхоКГ ўтказиш керак эмас.

✓ Оғир МЕ ли ва клиник белгилари йўқ беморлар ҳар 6 ойда ЭхоКГ қўлланилиб, текширишдан ўтишлари керак.

ПРОГНОЗИ

✓ Прогнози клиник белгилари борлигига кўра аниқланади.

✓ Касаллик табиий кечганда прогнози ёмон: кутилган ҳаёт давомлилиги (даволаш ўтказилмаганда) одатда клиник белгилар ривожлангандан бошлаб 2 – 5 йилни ташкил қилади.

✓ Клиник белгилари бўлган МЕ табиий кечганда 5 йил мобайнида 30 дан 55% гача беморлар нобуд бўладилар.

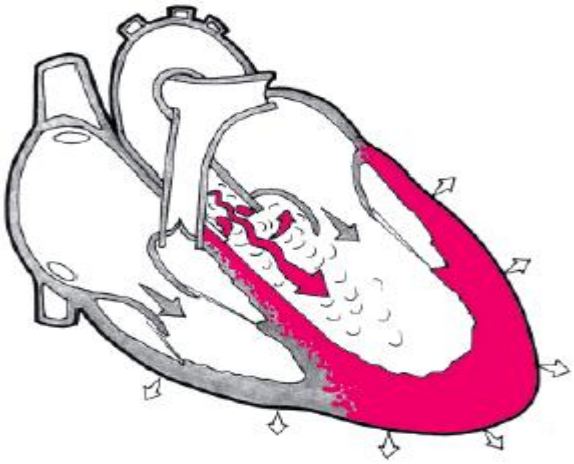
Митрал клапан пролапси- митрал клапанни тавақаларини чап бўлмачага бир ёки иккала тавбакани бўртиши, ағдарилиши.

Клиника:субектив намоён бўлиши: юрак соҳасида оғриқ, кўпроқ ҳаяжонланишда. У физик зўриқишга боғлиқ емас, нитроглицериндан қолмайди, доимий характерга эга: юрак уриб кетиши. Аускултацияда: изолирланган мезодиастолик ёки кечки систолик шовқин, ёки уларни бирга келиши. Бу шовқинлар вертикал ҳолатда кучаяди, горизонталда камаяди.

Қўшимча текширувлардан ФКГ ва ЭхоКГ ҳам қилинади.

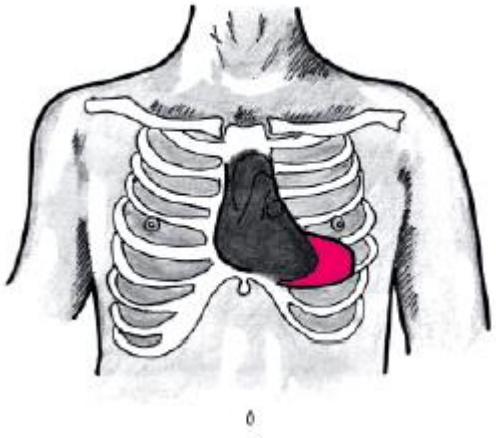
УАШ тактикаси. Хусусий нуқсонни даволаш фақат хирургикдир. Бундай давога кўрсатмани аниқлаш учун ўз вақтида кардиохирург мутахасисига кўрсатиш керак. Консерватив даво асосий касалликни ва уни асоратини олдини олиш ва даволаш, юрак етишмовчилиги ва юрак ритми бузилишини олдини олиш ҳамда даволашга қаратилган. Беморни касбга лаёқатлигини сақланиши катта аҳамиятга эга. Медикаментоз даво кам самарали. Кечки босқичларда – нитратлар, калций антоганистлари берилади. Хирургик даволашдан комиссуротомия, сунъий клапан имплантацияси кабиларни ўтказиш мумкин.

Аорта клапани етишмовчилиги - патологик ҳолат бўлиб, яримойсимон клапанлар тўлиқ ёпилмайди ва қон оқими аортадан ЧҚга қайтади. Субстрат – яримойсимон клапанлар деформацияси ёки фиброз халқанинг кенгайиши.



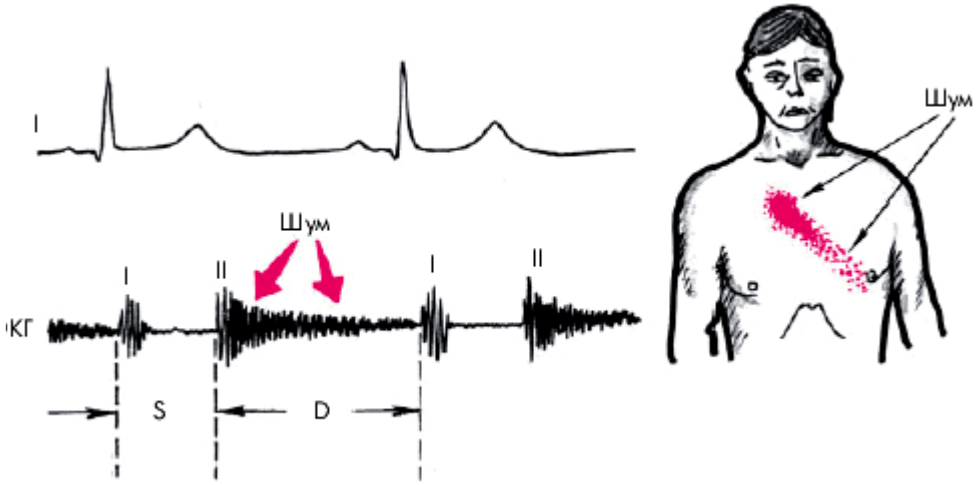
Расм. 26. Аортального қопқоқ етишмаслиги (схема). Диастола вақтида қоннинг аортадан чап қоринчага регургитацияси, ҳамда чап қоринча экцентрик гипертрофияси кўрсатилган.

Этиология: ревмокардит, захм, атеросклероз, аортани қаватланувчи аневризмаси.
Клиника: Субъектив белгилар: юрак соҳасида оғриқ, турткини сезиш, бўйин соҳасида, бошда пульсация, бош оғриғи, бош айланиши, ҳушдан кетиш; декомпенсацияда эса, хансираш, ўнг ковурға ёйи остида оғрик, шиш ва ҳолсизлик.
Кўрув: тери қоплами рангпар, декомпенсацияда - акроцианоз, оёқда шишлар, ҳансираш, йирик артериялар пулсацияси, бошни чайқатиш (Мюссе симптоми), кўкрак қафасини юрак соҳасида чайқалиш ва систолик тортишиш ёки тўлқинсимон ҳаракатни кузатилиши, кора-чиқнинг систолада торайиши ва диастолада кенгайиши (Ландолф симптоми) , капилляр пульс. Юрак соҳаси пальпацияси – энергик, резистент, кутарилувчи, 6-7 ковурға оралиғида гумбаз-симон чўққи турткиси, юрак чегараларининг чапга ва пастга кенгайиши.



Расм. 27. Аортал қопқоқ етишмовчилигида юрак аортал конфигурацияси
Аускультацияда Аортал етишмовчиликка гумон бўлганда қўйидаги белгиларга аҳамият бериш керак.

✓ Юқори частотали эрта сўнувчи диастолик шовқин, диастоланинг бир қисмини ёки ҳаммасини эгаллайди. Шовқин эпицентри тўш суягининг чап тарафида III – IV қовурғалар орасида (Боткин – Эрба нуқтасида). Баъзи ҳолларда шовқин фақат бемор ўтирган ва олдинга эгилган ҳолатида, нафас чиқаришда нафасини тутиб турганида аускультация қилинганда эшитилади.

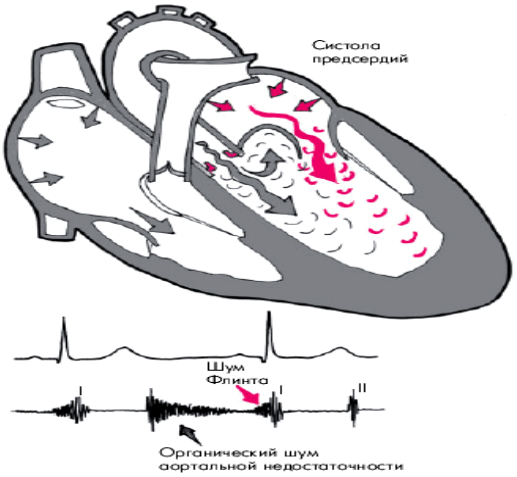


✓

Расм.28. Аортал қопқоқ етишмовчилигида диастолик шовкин эшитиш нуқтаси.

✓ Қисқа систолик шовқин эпицентри шу жойнинг ўзини аускультация қилганда.

✓ Юрак чўққисида диастолик (ўрта диастолик ёки пресистолик) юмшоқ паст частотали шовқин (Остин- Флинт шовқини) митрал клапан тешигининг ўртача стенозида.

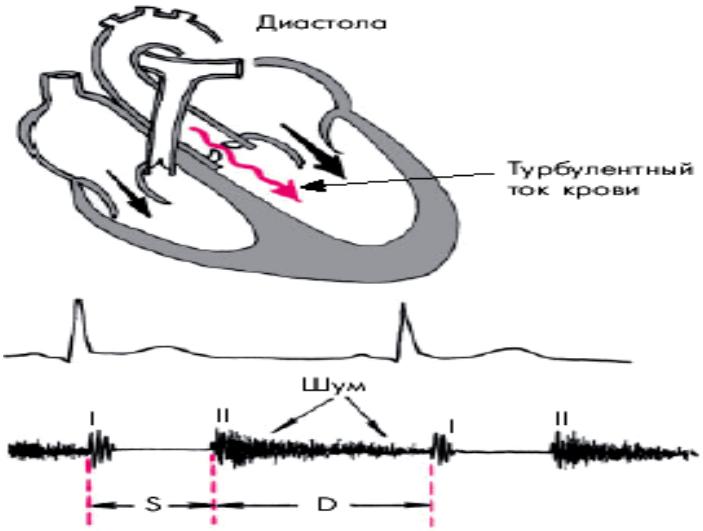


Расм. 29. Функционал пресистолик шовкин, органик аортал копкок етишмовчилигида чап атривентрикуляр тешик нисбий стенозида эшитилади (Флинт шовкини).

✓ Юрак I – II тонларининг заифлашуви.

✓ III тон (чап қоринча етишмовчилиги ривожланганда) ва IV тонлар (чап қоринча гипертрофияси яққол намоён бўлганда) борлиги.

✓ Диастолик артериал босимнинг пастлиги, пульс босимининг катталиги.



Расм. 30. Аортал копкок етишмовчилигида ФКГдаги узгаришлар. I ва II тонлар пасайиши, II – тондан кейин дарров пасайиб борувчи диастолик шовкин пайдо булиши ва бутун диастоланинг эгаллаши. (голодиастолик).

✓ Билак артериясидаги босимдан, тизза ости ёки тақим артериясида артериал босимининг баланд бўлиши (30 мм. сим. уст. ва ундан катта) (Хилл симптоми).

✓ Пульс тўлқинларининг характерли ўзгаришлари (puesus celer, altus et magnus).

✓ Аниқ аортал етишмовчиликда бир қатор кўргазмали, аммо кам ахборот берувчи периферик симптом аниқланади. Бу беморларда чап қоринчада регургитация қонининг кўплиги, артериал оқимдаги артериал босим ўзгарувчанлиги туфайли юзага чиқади.

✓ Де Мюссе симптоми – юрак циклининг (систола ва диастолада) фазаларига мос равишда бошнинг олдинга ва орқага тебраниши. Уйқу артерияларининг яққол пульсацияси («каротид рақси»).

✓ Квинке симптоми («капилляр пульс») – лабларнинг ёки тирноқ ўрни ранггининг артериялар томир уришига мос равишда уларни тиниқ ойна билан босилганда «томир уришига мос ўзгариши».

✓ Дюрозье симптоми. Сон артерияси босиб турилганда аускультация қилинган жойга яқинроқ систолик шовқин ва сон артерияси босиб турилганда аускультация қилинаётган жойдан узоқроқда диастолик шовқин эшитилади.

✓ Траубе қўшалоқ тони – баланд («пушкасимон») қўшалоқ тонлар (систола ва дистолага мос равишда) сон артерияси устида.

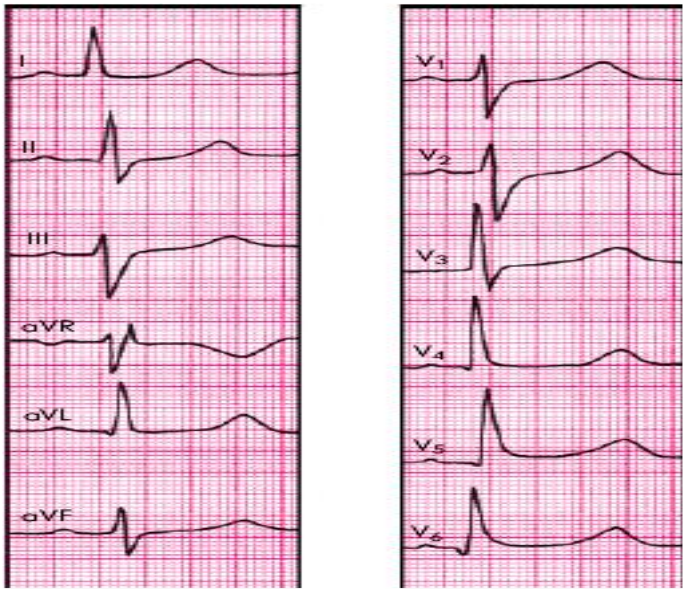
✓ Физикал текширув натижаларининг сурункали аортал етишмовчиликка хослигини таъкидлаш керак. Ўткир аортал етишмовчиликда бу маълумотлар кўпинча бўлмайди ёки кўриниши ўзгар-ган ҳолда бўлади ва бошқача клиник кўриниш беради.

✓ Физикал текширув ёки кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси кўрсаткичлари бўйича юрак ўлчамлари меъёрида.

✓ Пульс босими катталашмаган бўлиши мумкин, чунки систолик АБ пасайган, аортадаги босим чап қоринчадаги ошган диастолик босим билан тезда тенглашиб олади.

✓ Аортал етишмовчиликка хос шовқин етарлича яхши эшитилмаслиги мумкин, чунки аортадаги босим ва чап қоринчадаги босим тезда мувозанатга эришади. Бу қисқа, юмшоқ, баъзан тутиб бўлмайдиган диастолик шовқин пайдо бўлишига олиб келади.

✓ Жуда кўп ҳолларда сурункали аорта клапани етишмовчилиги учун хос бўлган симптомлар аниқланмайди.



Расм.31. Аортал қопқоқ етишмовчилигида ЭКГдаги ўзгаришлар.

Кўкрак қафаси R_0 - скопияси: юракни аортал конфигурацияси, ЧҚ катталашуви, кўтарилувчи аортани кенгайиши, ЧҚ ва аортани чуқур ва тез пульсацияси.

Расм. 32.Тўғри проекциядаги аортал қопқоқ етишмовчилигида бемор ренгенограммаси.

ЭхоКГ – ЧҚ бўшлиғи кенгаяди, КАТ экскурсиясини ва ЧҚ миокардини орқа деворини катталашади, аорта илдизи диаметри кенгаяди. Аорта ёриғида диастола вақтида клапанни

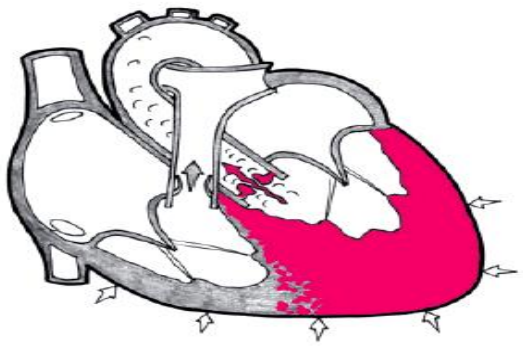
диастолик туташиши ва титраши аниқланади. Аорта деворини амплитудали харакати ошади, диастолада МК олдинги тавақаларини шакли узгарган булади ва диастолада унинг вибрацияси аниқланади.

Аортал стеноз. Бу касалликнинг қанчалик оғирлиги аорта клапани тешиги майдонининг қанчага торайганлиги билан аниқланади:

✓ Нормада аорта клапани тешигининг майдони 2 $см^2$ дан 3,5 $см^2$ гача. Аорта клапани тешигининг майдони 1,5 $см^2$ дан катта бўлса, стеноз енгил ҳисобланади. Аорта клапани тешигининг майдони 1 дан 1,5 $см^2$ гача бўлса, стеноз ўртача, агар майдон 1 $см^2$ дан кичик бўлса оғир ҳисобланади.

✓ Аортал стенознинг оғирлигини аниқроқ баҳолаш учун аорта клапани тешигининг майдонини тана юзаси майдонига индексация қилиш билан аниқланади: енгил – 0,9 $см^2$ / $м^2$ дан катта, ўртача оғирликда – 0,6 дан 0,9 $см^2$ / $м^2$ гача, оғир – 0,6 $см^2$ дан кичик.

✓ Систолик градиент чўққисини (нормада 3 – 10 мм. сим. уст) ҳисоблаш асосида порокнинг оғирлигини баҳолаш унчалик аниқ эмас, аммо градиент 50 мм. сим. уст. дан катта бўлса, аорта стенози оғир деб ҳисобланади.



Расм. 33. Аорта оғзи стенози (схема). Чап коринчадан систолик қон оқимининг аортага қийинчилик билан ўтиши. Чап қоринчанинг кучли намоён бўлган концентрик гипертрофияси.

ДИАГНОЗИ

АНАМНЕЗ

✓ Юрак аортал пороклари узоқ вақт клиник кўринишларсиз кечиши билан характерланади.

✓ Беморларни сўраб – суриштирганда кўкрак қафасида оғриқ эпизодлари бўлишини, синкопал ҳолатларни, жисмоний зўриқишда нафас қисишини, олдинги текширувларда юракда шовқинлар эшитилганлигини сўраб билиш керак.

✓ Аортал стенознинг энг кўп намоён бўладиган клиник кўриниши – стенокардия хуружлари (50 – 70 %), синкопал ҳолатлар (15 – 30 %) ва сурункали юрак етишмовчилиги белгилари (ёши катталарда кўпайиб боради). Камроқ тарқалган белгиси бўлиб, тўсатдан ўлим ҳолати кузатилади (1 % га якин), ошқозон – ичаклардан қон кетиши (ангиодисплазия натижасида), юрак ритмининг бузилиши ва катта қон айланиш доирасида эмболия бўлиши.

✓ Аортал етишмовчиликнинг асосий клиник белгиси – нафас қисиши. Бундан ташқари, тез чарчаб қолиш, юракнинг тез уриш ҳисси ва кўкрак қафасининг чап тарафида нохушлик сезиш.

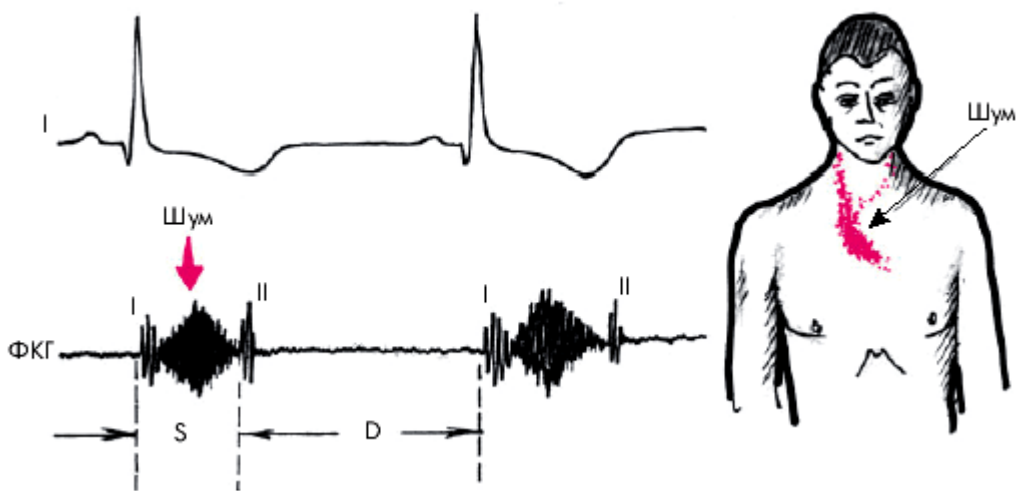
✓ Аортал етишмовчилигигига шубҳа қилинганда унинг ўткир ёки сурункали эканлигини аниқлаш муҳимдир. ўткир аортал етишмовчилигига клиник белгиларнинг тез ўсиб бориши хосдир, йўтал, тиниқ балғам ажралиши (баъзан қон ипчалари билан), жисмоний зўриқишга толерантликнинг сезиларли пасайиши ва кўкрак қафасида оғриқ бўлиши.

ФИЗИКАЛ ТЕКШИРУВ

Аортал стенозга гумон қилинганда қўйидаги белгиларга эътибор қаратиш лозим.

✓ Дуксимон шаклдаги ҳайдаб чиқарувчи систолик шовқин (crecendo – decresendo), эпицентри аорта проекцияси устида ва уйқу артерияларига ўтадиган кечки диастоланинг максимал интенсивлиги билан.

✓ Юрак чўққисида эшитиладиган юқори интенсивликдаги систолик шовқин (Галаверден симптоми).

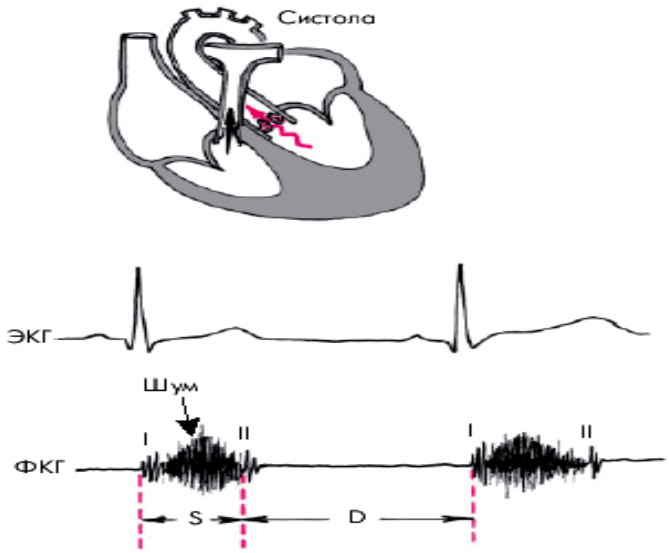


Расм. 34. Аорта огзи стенозида систолик шовкин эшитиш нуктаси.

✓ Аортада II тоннинг заифлашуви (клапан тавақаларининг аниқ кальцинозида беморларда клапан тавақалари ҳаракатчанлигининг йўқолиши, аортал компонентнинг заифлашувига олиб келади).

✓ Аортада юрак II тонининг кучайиши ва ҳайдаш систолик «черткиси» - клапаннинг ревматик зарарланиши ёки икки тавақали аортал клапан (кальцификатсиз) бўлган беморларда.

✓ Чап қоринча гипертрофияси яққол бўлган беморларда юрак IV тонининг бўлиши.

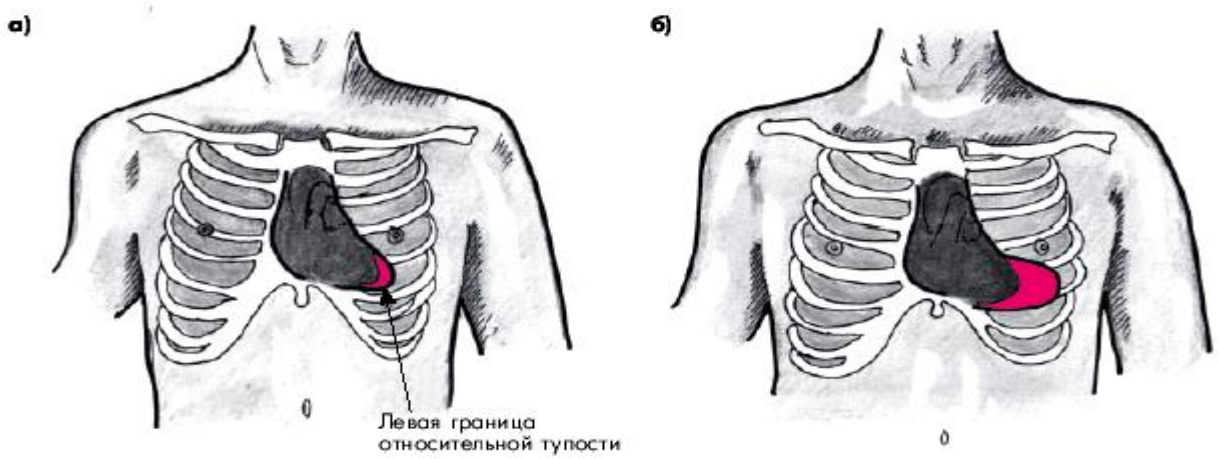


Расм. 35. Аорта оғзи стенозида ФКГдаги ўзгаришлар. (ўнг томонда иккинчи қовурға оралиғи): I ва II тонларнинг пасайиши, юкориамплитудали систолик шовкин ромбсимон характерда,бутун систолани эгаллаган. S - систола,
D - диастола. Юқорида шовқиннинг ҳосил бўлиш механизми (турбулент қон оқими)

✓ Баъзи беморларда пульснинг классик ўзгариши (pulsus parvus et tardus); кўпинча ёши катта беморларда аорта деворларининг ва йирик артериялар эластиклигининг пасайиши натижасида каротид пульс эгри чизиғининг юқорига кескин йўналган тиззаси аниқланади.

✓ Бўйин венаси пульсациясини аниқлаганда А тўлқинининг кучайиши кузатилади (Бернхайм феномени).

✓ Чап қоринча дисфункцияси қўшилганда, Вальсальва синамаси ўтказилганда, изометрик зўриқишда, бемор тик турган ҳолатида ва вазопрессорлар қўлланилганда шовқин интенсивлиги камаяди, бемор чўккалаб ўтирганда шовқин интенсивлиги кучаяди.

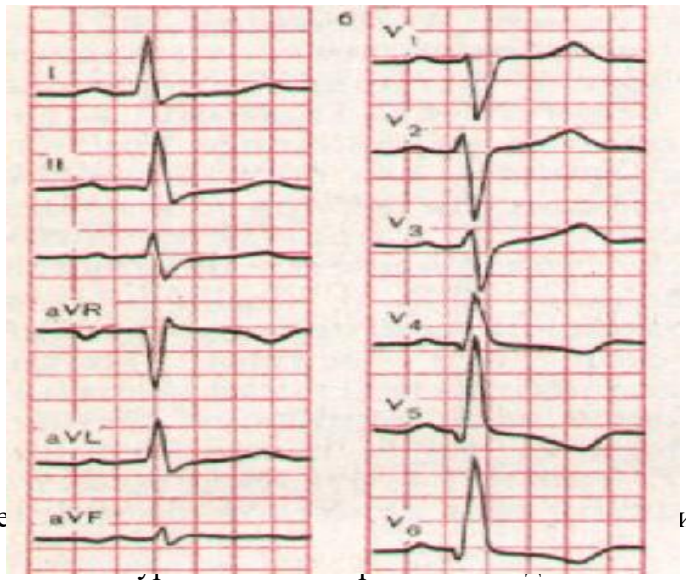


Расм. 36. Аортал стенози беморда юрак нисбий тумтоқлиги чегаралари : а- компенсация боскичи

(ЧҚ дилатацияси кам намоён бўлган); б - декомпенсация босқичи (аортал конфигурация).

Электрокардиография

ЭКГда чап қоринча кучли намоён бўлган гипертрофияси систолик зўриқиш белгилари аниқланади. Чап кўкрак тармокларда (V5, 6) R тишчаси ва унг кукрак тармокларда (V1, 2) S тишчаси амплитудаси ошади. Кўпинча V5,6, I, aVL тармоқларда чап қоринчанинг систолик зўриқиши RS–T депрессияси ва манфий асимметрик ёки икки фазали (- +) T тишчаси кўринишида намоён бўлади. (расм. 37).



Расм. 37. Аортал сте ияси унинг систолик

Рентгенологик текшириш

Расм. 38. Аортал стеноз билан бемор рентгенограммасининг тўғри проекцияси. Юрак чап контурининг кенгайиши ва «белининг» аниқ (аортал конфигурация) билиниши. Аортанинг постстенотик кенгайиши.

Аортал нуксонларни дифференциал диагностикаси .

Аортал клапан етишмовчилигини аниқлашда Боткин нуқтасида ёки аортада диастолик шовқин булганда, ЧҚ катталашганда ва нуқсонни у ёки бу периферик симптомлари булганда (пульс босими юқори, сон ва елка артериясидаг босимлар фарқи 60 -100 мм.сим.уст., пульсни характерли ўзгаришлари бўлганда) қийинчилик туғдирмайди. Лекин

Боткин нуктасида ДШ функционал хам бўлиши мумкин, масалан, уремияда. Юракни қўшилиб келган нуқсонларида ва унча катта бўлмаган аортал етишмовчиликда нуксонни аниклаш қийин. Бу холатда ЭхоКГ – доплерокардиография билан текширув ёрдам беради. Энг куп қийинчилик нуқсоннинг этиологиясини аниқлашдан келиб чикади. Ревматизм: кўпрок аорта стенози ва митрал нуқсонни бирга келиши.

Қоринчалар аро тўсиқ дефекти (Толочинова-Роже касаллиги).

Клиника: физик юкламада ҳансираш, тез чарчаш, юрак соҳасидаги оғриққа шикоят қилади. Кўрикда: юрак букри, юрак соҳаси устида систолик дириллаш, перкутор юрак ўнг чегараси кенгайган.

Аускультацияда: тўш чап тарафида 2-4 қовурғалар оралиғида баланд еписентрли пансистолик шовқин. ЎА устида II тон аксенти, ўпка артерияси клапани нисбий етишмовчилиги ҳисобига кўпинча диастолик шовқин қўшилади (Грехем Стил). Уч тавақали клапан нисбий стенози, ўнг қоринчадан қайтадан чапга қон қайтиши. ФКГ: тўш чап тарафи 4 қовурға оралиғида тасмасимон пансистолик шовқин, шовқин шакли ўпка гипертензиясига боғлиқ.

ЭКГ: қоринчалар комбинирланган гипертрофияси, атриовентрикуляр ўтказувчанлик бузулиши.

ЭХОКГ: М режимда текширилганда қоринчалар аро тўсиқни узлуксиз емаслиги асосий аҳамиятга ега. ҚАТД нинг билвосита белгиларидан: хос гемодинамик ўзгаришлар, ЧҚ ва ЧБ бўшлиғи ҳажми кенгайиши аниқланади. ЎА да босим ошганда ЎҚ дилятацияси ва ЎҚ олд девори гипертрофияси аниқланади. Рентгенологик текширувда ЎҚ кескин кенгайиши, ЧҚ кескин кенгайиши, аорта торайиши, ЧБ ни ўртача кенгайиши аниқланади. Аниқ ташхис юрак бўшлиқларини зондлаш ва ангиокардиография қилиш натижасида қўйилади.

Субаортал стеноз.

Обструктив кардиомиопатияда морфологик ҚАТни кескин кенгайиши ва ЧҚ га мушак массасини бўртиши, оқим йўлини торайиши, бўлмача кенгайиши, гипертрофияси аниқланади. Клиника: ҳансираш, юрак сиқиши ҳуружлари, ҳолсизлик кучайиши, бош айланиши ва қисқа муддатли ҳушдан кетиш, юрак уриб кетишига шикоят қилади.

Кўрикда — чўққи турткиси чапга силжиган, кучайган, чўққида ва тўш чап қирғоғи бўйлаб ИИИ-ИВ қовурға оралиғида обструксияга боғлиқ ҳолда систолик дириллаш.

Аускултацияда: I тон нормал, кўпинча ундан олдин IV тон , II тон одатда бўлинган, асосий аускултатив белги кучли систолик шовқин, ФКГ да шовқин ромбсимон шаклда, пастга таркалади. Систолик шовқин торайган тешикдан қон қандай ўтишига, шунингдек, митрал етишмовчилигига боғлиқ. Валсалва синамасида, тахикардияда, турган ҳолатда, нитроглицерин қабул қилганда систолик шовқин кучаяди. Чўккалаб ўтирганда, β-блокатор қабул қилганда, шовқин сусаяди.

ЭКГ – юқори волтажли ҚРС ли ЧҚ гипертрофияси, СТ-Т депрессияси, ҳилпилловчи аритмия бўлиши мумкин. Рентгенограммада – ЧҚ гипертрофия белгилари бўлиши мумкин. ЭХО КГ да – ЧҚ гипертрофияси, диастола охиридаги ҚАТни ЧҚ бўшлиғига нисбати 1:3. иккинчи белгиси – олдинги митрал тавақани ҚАТ га ҳаракати ва ЧҚ дан қон оқиш йўлини янада торайишидир.

Ангиографияда: ЧҚ бўшлиғи торайиши, систолада қум соати шаклини олади.
Асосий даво β- блокаторлар, жисмоний зўриқишни камайтиришдан иборат.

Бўлмачалар аро тўсиқ дефекти.

Клиника: жисмоний зўриқишда ҳансираш, ҳолсизлик, пневмонияга мойиллик, ўпка гипертензияси ва стенокардитик оғриқлар ривожланиши. Кўрикда хос хусусиятлари йўқ.
Аускультацияда: тўш чап тарафи ИИ –ИИИ қовурға оралиғида баланд бўлмаган систолик шовқин, ўпка артерияси устида ИИ – тон акценти. Оғир ўпка гипертензиясида ҳансираш ҳуружлари ва кескин сианоз (Эйзенменгер синдроми), бундай ҳолатда ҳирургик коррексияни иложи йўқ.
Митрал клапан стенози белгилари асосида Лтамбаш синдроми аниқланади, охирги бошқичларда декомпинсирланган БАТ дефекти шаклланади.
ФКГ: ИИ-ИИИ қовурға ораси еписентрида овал систолик шовқин, II тон амплитудаси кучайиши, II тон иккиланиши. ЭКГ: ЧҚ гипертрофияси, Гисс ўнг оёқчаси блокадаси. Рентгенограммада кескин ЧҚ кенгайиши, ЎА устуни чап тармоғи бўртиши, узунлашиши, артериал томир тармоқлари кенгайиши, гиперволемия, сўнг кичик қон айланиш доирасида гипертензияси, аорта равоғи кичрайиши.
ЭХО КГ М сканирлашда: артериовеноз қон оқими натижасида ЎҚ нинг ҳажмли зўриқиши белгилари, ЎҚ бўшлиғини сезиларли кенгайиши, ҚАТ ни пароксизмал ҳаракати, систола даврида ҚАТ ҳаракатига параллел равишда ЧҚ орқа девори ҳаракати ёки систола даврида ҳаракат юзакилашган, учтавақали клапан олд тавапаси екскурсияси кучайиши, митрал клапан олд тавақаси очилиш ҳаракати тезлиги ва амплитудаси сусайиши. Ўпка гипертензияси пайдо бўлганда ҚАТ парадоксал ҳаракати белгилари йўқолади. Юракни зондлаш ҳал қилувчи аҳамиятга ега.

Ўпка артериясининг изолирланган стенози.

Клиника: шикоятлари кескин ҳолсизлик, чарчаш, бош айланиши, юрак соҳасида оғирлик ҳисси, ҳансираш. Кўрик: жисмоний ривожланишдан ортда қолиши, юрак букри, перкутор юрак бўғиқлик чегараси ўнгга силжиши, суст пулс, АБ пасайиши.
Аускултацияда: тўш чап тарафи 2-3 қовурға оралиғида қўпол систолик шовқин, ЎА устида II тон сусайиши. ФКГ да: ЎА устида систолик шовқин, II тон амплитудаси сусайиши.
ЭКГ: ЎБ, ЎҚ гипертрофияси, Гисс тутами ўнг оёғи блокадаси. Рентгенограммада – юрак соясини ўнг қирғоғида қолиши керак бўлган ЎҚни яққол кенгайиши, ўпка илдизида ўпка артерияси тармоқларининг яққол торайиши, ўпка суръатини сусайиши.
ЭХО КГ : ЎА клапани орқа тавақаси ЭХО сида А тўлқинларнинг чуқурлшиши, тавақалар очилиши нормадан олдин бўлади, шу билан бирга ЎҚ дан чиқиш йўли торайиши, ЎҚ деворлари гипертрофияси, ЎҚ кенгаймаган, уни кенгайиши ЎҚ етишмовчилигида бўлади, 2 ўлчамли ЭХО да систола даврида тавақаларни ЎА бўшлиғига бўртиши, тавақаларни кенгайиши аниқланади. Аниқ ташхис билвосита ангиографияда қўйилади.

Фалло тетрадаси туғма юрак нуқсони, унинг таркибига ҚАТ дефекти, ўпка артерияси стенози, ўнг қоринча гипертрофияси, аорта декстрапозицияси киради. Шикоятлари: ҳансираш, зўриқишда ҳушдан кетишгача кучаяди.

Кўрикда: цианоз, дастлаб зўриқишда, кейинчалик тинч ҳолатда ҳам, бармоқлар "барабан таёқчаси", юрак букри, юрак ўнг чегарасини кенгайиши.

Аускультацияда: тўшдан ўнгда II қовурға ораси еписентрида қўпол систолик шовқин, ўпка артерияси устида II тоннинг йўқолишигача сусайиши.

ЭКГ – ўнг қоринча гипертрофияси ва зўриқиши, ўнг бўлмача гипертрофияси.

рентгенограммада – юрак митрал шаклда, ўнг бўлма кенгайиши, ўнг қоринча кенгайиши, ўпка артерияси бўртиши ва узунлашиши, ўпка расми сусайиши.

ФКГ – : тўшдан ўнгда II қовурға ораси еписентрли қўпол ромбсимон систолик шовқин, II тон амплитудаси сусайиши.

Юрак ангиографияси ва зондлаш, ЭХО КГ да аорта илдизи кенгайиши, юрак ўнг қисми кенгайган, ЎҚ чиқиш йўли торайиши, бу айниқса икки ўлчамли текширувда аниқ кўринади, визуал ЎА, унинг клапани, аорта транспозисияси аниқланади, йирик ҚАТД и аниқланади.

Чап парастернал соҳа бўйлаб худди юқорида ҚАТ да ўтиргандек аортани қисқа ўқли кесмаси – аорта декстрапозицияси кўрилади. Ўпка артерияси нормал жойлашган, лекин ўнгга силжиган. Инфундибуляр соҳа чап парастерналда қисқа ўқли кесмасида ўнг қоринча торайиши кўринишида аниқланади, бу доплер текширувда ҳам тасдиқланади.

Очиқ артериал йўл– туғулгандан кейин аорта ва ўпка артериясини боғловчи йўлни битмаслиги.

Шикоятлари: ҳансираш,ҳолсизлик, тез чарчаш, кардиалгия. *Кўрикда:* тери рангпарлиги, систолик дириллаш, пулс босимининг катталиги. *Аускултацияда:* систоло- диастолик шовқин, еписентри ИИ қовурға оралиғи тўшдан чапда, нафас олганда кучаяди, кучганда сусаяди. ***ФКГда*** - II қовурға оралиғи тўшдан чапда узлуксиз систоло- диастолик шовқин, систола охири ва диастола бошида уни интенсивлиги баландроқ, ўпка артерияси устида II тон кучайиши. ***ЭКГда*** - ЧҚ гипертрофияси. *Рентгенограммада*- юрак митрал шаклда, ЧБ кенгайиши, ЧҚ гипертрофияси, аорта кенгайиши, гипертензияда–ЎБ кенгайиши, чап ЎА устунлари узунлашиши ва бўкиши, гиперволемия.

ЧҚ ни ҳажмли зўриқиши белгилари: ЧҚ бўшлиғини кенгайиши, ҚАТ ва ЧҚ орқа девори миокарди екскурсияси ортиши.

Аорта коарктацияси.

Патологик субстрат – аорта бўйин қисми торайиши, торайган соҳадан қон ўтиши қийинлашиши билан кечадиган туғма нуқсон.

Клиника: бош оғриғи, бош айланиши, ҳансираш, юрганда оёқларини тез чарчашига шикоят қилади. ***Кўрикда:*** тананинг юқориги ва пастки ярмида пулсацияни фарқланиши, кураклар ораси, қўлтиқ ости шоҳаси, қовурға ораси соҳасида коллатерал пулсацияловчи томирлар аниқланади, қўлда босимни баландлиги, оёқда босим паст ёки йўқлиги аниқланади.

Аускултацияда: юрак чўққисида ёки юракнинг ўнг асосида систолик шовқин. Аорта устидаII тон амплитудаси кучайиши. *ЭКГ*– ЧҚ гипертрофияси. Рентгенограммада – ЧҚ ни

кенгайиши, аорта кенгайиши, қовурға орқа кесими пастки контурида узурациялар (рентген текширувида қовурға пастки қирраси едирилиши аниқланади). Кўп юзали рентгеноскопия ва КТ да аорта торайиш жойи оптимал проексияси аниқланади. Якуний аниқ ташхис ангиокардиография, аортографияда қўйилади.

Туғма юрак нуқсонига шубҳа бўлганда бирламчи диагностик текширув сифатида албатта юрак ва ўпкани ЭКГ ва рентгенография қилиш керак. Ушбу текширувлар кўпгина ҳолатларда айрим нуқсонларни бевосита (ЭХОКГ) ва билвосита белгиларини аниқлашга ёрдам беради. Изолирланган ягона клапан нуқсонини аниқлашда орттирилган юрак нугсонибилан қиёсий ташхислаш керак. Кардиохирургик стационарда тўлиқроқ диагностик текширувлар– ангиокардиография ва юрак камераларини зондлаш ўтказилади. Даво фақат хирургик. Операцияни иложи бўлмаса беморга декомпенсация муддатини узоқлаштириш учун жисмоний зўриқишни чегаралаш буюрилади, юрак етишмовчилиги ривожланганда кўпроқ симптоматик даволанади. Бир қанча туғма юрак нуқсонлари махсус даво талаб қилмайди.

Қоринчалар аро тўсиқ дефекти – ташхиси рангли доплер ЭХОКГ, чап томонлама вентрикулография ва юракни зондлаш асосида қўйилади. Дефект ўлчамига ва ўпка гипертензия даражасига қараб ЭКГ ва рентгенологик ўзгаришлар турлича бўлади. Улар иккала қорнчани яққол гипертрофияси ва кичик қон айланиш доираси гипертензиясида тўғри ташхис қўйиш учун ёрдам беради. Ўпка гипертензиясиз дефектни даволаш талаб етилмайди. Дефект орқали ўпка қон оқимини 1/3 ҳажмидан кўпроқ қисмини ўтиши хирургик даволашга кўрсатма ҳисобланади. Операция ўртача 4-12 ёшда ўтказилади (агар ертароқ шошилинч кўрсатма бўлмаса). Кичик дефектлар тикилади, каттароқ дефектлар полимер матодан ёки аутоперикарддан ясалган пластинка билан ямалади. Операция бўлганларининг 95% и тузалади. Ёндош аортал клапан етишмовчилигида уни протезлаш ўтказилади.

Бўлмачалар аро тўсиқ дефекти– ташхиси ўнг қоринча яққол гипертрофия белгилари (ЭХОКГ ва ЭКГ), рентгинологик кичик қон айланиш доирасида гиперволемия белгилари (ўпкани артериал расми кучайиши) ва ўпка илдизини хос пулсацияси асосида қўйилади. Рангли доплер ЭХОКГ ни ташхислашда аҳамияти катта. Қиёсий ташхислаш кўпинча бирламчи ўпка гипертензияси (ўпка суръати сусайишисиз) митрал стеноз билан ўтказилади. Митрал стеноздан фарқи: БАТД да чап бўлмача дилатацияси аниқланмайди, шунингдек митрал стенозни ЭХОКГ билан ишончли инкор қилиш мумкин. Якуний ташхис бўмачани катетеризацияси, чап бўлмачани контастли ангиокардиографияси асосида тасдиқланади.

Даволаш – дефектни тикиш ёки пластика қилиш. Операция қилинмаган беморлар ўртача 40 йил яшайди.

Аорта кораркtацияси – кардиохирургик стационарда ташхис аортаграфия ва аорта катетеризацияси билан уни кўтарилувчи ва тушувчи қисмини АБ ини фарқини аниқлаш орқали тасдиқланади. Даво аорта торайган жойини кесиб, учма-уч улаш ёки протез қўйишга асосланади. Операция қилиш учун оптимал вақт нуқсон яхши сифатли кечганда 8-14 ёш.

Очиқ артериал (боталлов) йўл – ташхиси аортаграфия, юрак ва ўпка устунларини катетерлаш (босим ошиши ва ўпка артериясини кислород билан тўйиниши аниқланади) кабилар асосида тўлиқ тасдиқланади, шунингдек, доплер ЭХОКГ (шунт йўли қайд етилади) ва рентген текширувлари билан ҳам қўйиш мумкин. Рентгенологик артериал томирлар ҳисобига ўпка расми кучайиши, ўпка устунлари ва аортани кенгайиши, уларни пулсациясини кучайиши, чап қоринчани катталашиши аниқланади.

Фалло триадаси – кардиохирургик стационарда ташхис юрак катетеризацияси (ўнг қоринча ва ўпка устунлари орасидаги босим градиентини ўлчаш) ва ўнг вентрикулографияси асосида тасдиқланади. Даволаш – бўлмача аро алоқани ёпиқлиги билан келадиган Фалло триадасида валвулопластика қилинади. Валвулотомия ефективлиги паст.

Фалло тетрадаси – ангиокардиография ва юрак катетеризацияси асосида якуний ташхис қўйилади. Даво паллиатив – аорто-ўпка артерияси анастомози қўйиш. Радикал давода стенозни йўқотилади ва ҚАТД ини беркитилади.

Вазиятли масалалар:

1. Бемор 37 ёш, УАШга тана ҳароратининг 2 ҳафта давомида 38,5^{0}С гача кўтарилиши, ҳансираш, бироз жисмоний ҳаракатда юракнинг тез уриб кетиши, йирик бўғимларда оғриқ, оёқлардаги шишга шикоят қилиб келди. Анамнезидан 20 йилдан бери ревматизм билан касалланган. Охирги 2 йил давомида юрак ритми бузилиши кузатилади. Кўрикда умумий аҳволи ўртача оғирликда. Аускультацияда иккала ўпка пастки бўлакларида майда пуфакчали нам хириллашлар эшитилади. НОС 24 та мин. Юрак тонлари бўғиқлашган, аритмик, чўққида систоло диастолик шовқин эштилади , юрак қисқариш сони 132 та пульс 110 минутага. АҚБ 90/60 мм.см.уст.тенг. ЭКГда : Р тишча йўқ юрак электр уқи унга силжиган R-R оралиғи хар хил. V1 V6гача манфий Т тиш аниқланади.

1.Сизнинг тулиқ тахминий ташҳисингиз;

2. Ташҳисни аниқлаш учун қандай текширувларзарур;

3. Функционал шовқинларнинг камида 3та белгисини санаб беринг;

4. Дифференциал ташҳис;

5. Беморни олиб бориш тактикаси;

6. мазкур беморни даволаш учун самараси исботланган асосий гурух дориларни санаб беринг.

№	Жавоблар
1	Қайталама ревматик иситма. Юрак митрал нуқсони стеноз устунлиги билан. Ревматик миокардиосклероз ритм бўзилиши билан: хилпилловчи аритмия тахисистолик шакли. Асорати: ҚАЕ IIБ (ФС III)
2	УҚТ, УСТ. коагулограмма, уткир фаза синамалари, кукрак қафаси рентгенографияси, ЭхоКГ, ЭКГ динамикада
3	Шовқин юмшоқ, хеч қаерга узатилмайди, жисмоний зуриқишдан кейин кучаймайди.
4	ЮТН. ҚАТН.Инфекцион эндокардит.Аортал нуқсонлар

5	Терапевтик (кардиологик ёки ревматологик) булимга госпитализация, кардиохирург консультацисия. Стационардан чиқарилгандан сўнг ҚВП ёки ОП шароитида доимий кўзатув
6	НЯҚВ, диуретиклар, АБ, юрак гликозидлари, ИАПФ АБ назоратида

2. Бемор 19 ёш. Шикоятлари буғимларда оғриқ, жисмоний зуриқишда ҳансираш ва юракнинг тез уриб кетиши, кечкурунги қуруқ йутал, тана хароратини кутарилиши. Болалигидан сурункали тонзилит билан касалланган. Объектив: тери қопламлари рангпар. Ёноқларида қизариш, лабларида цианоз, акроцианоз.Упкаларда сусайган везикуляр нафас фонида пастки бўлакларида ягона майда пуфакчали нам хиррилашлар эштилади.Юрак чегаралари юқорига ва унга силжиган. Аускультацияда: юрак тонлари буғиклашган, чуққида қрсилловчи биринчи тон, протодиастолик шовқин, упка артериясида иккинчи тон акценти ва иккиланиши. ЮҚС ва пульс 120та/мин, ритмик, АБ 90/70 мм с.уст . Қорин юмшоқ оғриқсиз. Жигар ва талоқ пайпасланмайди.

1. Сизнинг тахминий тулиқ ташҳисингиз;
2. Ташҳисни аниқлаштириш учун қандай текширувлар зарур;
3. Диастолик шовқинларнинг турларини ва унинг юрак тонларига нисбатан пайдо бўлиши вақтини айтиб беринг;
4. Беморни олиб бориш тактикаси ва даволаш

3. Бемор 25 ёш. Шикоятлари: йирик буғимларда оғриқ ва шиш, жисмоний зуриқишда ҳансираш ва юракнинг тез уриб кетиши, юрак сохасидаги куйдирувчи оғриқ. Анамнезидан тез тез шамоллаган. Объектив: умумий ахволи нисбатан қониқарли. Упкаларда везикуляр нафас хиррилашлар йуқ. Юрак чегаралари чапга силжиган. Аускультацияда: юрак тонлари буғиклашган, чуққида биринчи тон сусайган ва систолик шовқин, қўлтиқ ости сохасига ўзатилади упка артериясида иккинчи тон акценти. Пульс 84та/мин, ритмик, АБ 120/70 мм с.уст . Қорин юмшоқ оғриқсиз. Жигар ва талоқ пайпасланмайди. УҚТ: гемоглобин 110 г/л, эритроциты $3,8x10^{12}$/л лейк. $9,5x10^{9}$/л; ЭЧТ – 30 мм/соат. Серомукоидлар – 100 ммоль/л, АСЛО –1:500 АЕ.

1. Юрак чуққисида функционал ва органик шовқинлар билан кечувчи камида 5 касалликни санаб беринг.
2. Сизнинг тахминий ташҳисингиз;
3. Ташҳисни аниқлаштириш учун қандай текширувлар зарур;
4. УАШ тактикаси ва даволаш;

4. 35 ёшли аёл УАШ га эмоционал ва жисмоний зуриқишдан кейиин юрак сохасидаги санчувчи даврий равишда пайдо бўлувчи оғриқлар . юракнинг тез уриб кетиши. Хаво етишмаслик хисси, умумий холсизлик ва бош айланишига шикоят қилибкелди. Анамнезидан сурункали пиелонефрит билан касалланган, турмушга чиққан, 4 хомиладорлик ва туғруқ. Объектив: умумий ахволи нисбатан қониқарли, упкаларда

везикуляр нафас, хириллашлар йўқ. Юрак чегаралари : унг чегараси туш унг қиррасида, юқори чегараси 3 қовурға оралиғи чапда, чап чегараси урта умров чизиғидан 1см ичкарида 5 қовурға оралиғида. Аускультацияда: юрак тонлари буғиклашган, чуққида қисқа систолик шовқин. Пульс 78та/мин, ритмик, АБ 100/60 мм с.уст . Қорин юмшоқ оғриқсиз. Жигар ва талоқ пайпасланмайди. УҚТ: гемоглобин 86 г/л, эритроциты $2,6x10^{12}$/л лейк. $6,5x10^{9}$/л; ЭЧТ –12 мм /с. $3,8x10^{12}$/л.

1. Юқоридаги симптомлар билан кечувчи камида 5 касалликни санаб беринг.
2. Сизнинг тахминий ташҳисингиз;
3. Ташҳисни аниқлаштириш учун қандай текширувлар зарур;
4. УАШ тактикаси ва даволаш;

5. 28 ёшли эркак УАШга : хаяжонланганда юрак сохасидаги, давомли, сиқувчи жисмоний зуриқиш билан боғлиқ булмаган ва нитроглицерин билан йуқолмайдиган оғриқларга, юракнинг тез уриб кетиши, жисмоний зуриқишдаги хансирашга шикоят қилиб келди. Хозирги вақтгача узини соғлом деб ҳисоблаган, спорт билан шуғулланади. Объектив: умумий ахволи қониқарли, упкаларда везикуляр нафас, хириллашлар йўқ. Юрак чегаралари : меёрида. Аускультацияда: юрак тонлари аниқ, чуққида систолик шовқин. Пульс 80та/мин, ритмик, АБ 120/70 мм с.уст . Қорин юмшоқ оғриқсиз. Жигар ва талоқ пайпасланмайди. Периферик шишлар йуқ.

1. Юқоридаги симптомлар билан кечувчи камида 5 касалликни санаб беринг.
2. Сизнинг тахминий ташҳисингиз;
3. Ташҳисни аниқлаштириш учун қандай асбобий текширувлар зарур;
4. Беморнинг тана ҳолатига боғлиқ холда систолик шовқиннинг ўзгариш характери;
5. УАШ тактикаси.

Назорат саволлари

1. Митрал ва аортал нуқсонларнинг этиопатогенези.
2. Митрал ва аортал стенознинг клиник ва диагностик белгилари.
3. Митрал ва аортал қопқоқлари етишмовчилигининг клиник ва диагностик белгилари
4. Митрал қопқоғи пролапсининг клиник ва диагностик белгилари
5. Юрак чуққисидаги ва аорта устида органик ва функционал шовқинларни дифференциал диагностикаси.
6. Комиссуротомияга курсатмалар ва қарши курсатмалари.
7. УАШ тактикаси

20-мавзу. Юрак шовқинлари ва кардиомегалия. Кардиомиопатиянинг турли хил клиник формалари (дилятацион, рестриктив, гипертрофик, ўнг қоринчанинг аритмоген дисплазияси)нинг Ўткир ва сурункали юрак етишмовчилиги.таққослама ташхислаш. УАШ тактикаси.

Билим бериш технологияси

Машғулот вақти 6 соат	Талабалар сони : 10-12 тагача
Машғулот шакли	Амалий машғулот

Ўқув жараёнини структураси	1. Ўқув хона. 2. ЭКГ хона. 3. Ўқув пособияси, фантомлар, муляжлар, тарқатма материал, ситуацион масалар ва тестлар тўплами. Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа
<u>Дарс беришдан мақсад</u>: УАШни ўз вақтида диагностика ва дифференциал диагностикага қилишга ва юрак конфигурацияси ўзгариши яъни турли кардиомиопатиялар билан кечувчи касалликлар ривожланганда оптимал даволаш турини аниқлашга ва “УАШ квалификацион тавсифномаси” талаблари назарда тутган соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғинида беморларни олиб боришга ўргатиш.	
Педагогик вазифалар: • Юрак конфегурацияси ўзгариши яъни турли кардиомиопатияларда диагностика масалаларини кўриб чиқиш. • Юрак конфегурацияси ўзгариши билан кечадиган касалликга чалинган беморларни кўрсатиш. • “УАШ квалификацион тавсифномаси”га асосан бундай беморларни олиб боришни кўриб чиқиш. • Дорисиз ва дорилар ёрдамида даволашни кўриб чиқиш. • ҚВП ва ОП шароитида беморларни кузатиш ва мониторингини олиб бориш. • Бундай касалликларда бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикани мухокама қилиш.	**Таълим бериш жараёнининг натижаси:** **<u>УАШ билиши керак:</u>** ✓ Юрак конфигурациясини ўзгариш (кардиомиопатия) механизмини. ✓ Юрак конфигурациясини ўзгариши (кардиомиопатия) билан кечувчи касалликларнинг клиник намоён бўлишини. ✓ Юрак конфигурациясини ўзгариши (кардиомиопатия) билан кечувчи касалликларни дифференциал ташхисини. ✓ Юрак конфигурациясини ўзгариши (кардиомиопатия) билан кечувчи касалликларнинг физикал белгиларини. ✓ УАШ тактикасини. ✓ Ушбу холатда касалликларни дорисиз ва дорилар ёрдамида даволаш принципларини. • ҚВП ва ОП шароитида беморларни диспансер кузатиш ва мониторингини олиб бориш принципларни. • Касалликни бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикасини принципларини. **<u>УАШ бажара олиш керак:</u>** ✓ Юрак конфегурацияси ўзгариши билан кечадиган касалликларда шикоят ва анамнезини анализ қилиш. ✓ Юрак конфегурацияси ўзгариши билан кечадиган турли касалликларни клиникаси ва ЭКГсига қараб ташхислаш ва дифференциал ташхислашни. ✓ Юрак конфегурацияси ўзгариш касалликларида тўғри дори воситаларни танлашни. ✓ Эффективлиги исботланган дори воситаларни

	танлашни. ✓ Дориларсиз даволаш усуллари бўйича хам тавсиялар беришни. ✓ ҚВП ва ОП шароитида мониторинг ўтказишни.
Ўқитиш усуллари	«галерея бўйлаб саёхат» усули, кўргазма, видеокузатув, дискуссия, сухбат, тестларни ва ситуацион масалаларни ечиш
Ўқитиш жараёнининг ташкилий шакллари	Индивидуал ва гурухларда ишлаш, коллективли, аудиторияли, удиториядан ташқарида.
Ўқитиш воситалари	Тарқатма ва визиуаль материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, касаллик тарихи, жадваллар, стендлар.
Ўайта боғланувнинг воситалари ва усуллари	Блиц-сўрови, тест ўтказиш, касаллик тарихини тўлдириш, амалий кўникмаларни бажариш «касбий сўроқ»

Машғулот технологик харитаси

№	**Амалий дарс қадамлари**	**Дарс шакли** ***Ўтказилиш жойи***	**Дарс давомийлиги** **200**
1	Кириш қисми (мавзуни асослаш)		10
2	Амалий дарсни янги педагогик технология «ролли ўйин» усулида, яна кўргазмали материаллар ёрдамида(касаллик тарихи, жадвал, плакат, рентгенограмма) ёрдамида мухокама қилиш.	Сўроқ, мухокама *Дарс хонаси, бўлим палатаси*	40
3	Мухокамадан хулоса		10
4	Амалий кўникмани бажариш учун задания аниқлаштириш яни касбий сўроқ. Клиник холатни тушунтириш ва касаллик тарихини тўлдириш.	Мухокама Бўлим палатасида	20
5	Дарснинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида ўрганиш	Проф. Сухбати, беморлар билан сухбат ва касаллик тарихини тўлдириш, вазиатли масала	20
6	Касалларнинг шикоятлари, кўрик, пальпацияси, перкуссияси, аускультацияси ва УҚТ ва УСТ, қон биохимиясини ва беморга қўйилган ташхисни интерпретация қилиш.	Касаллик тарихи, вазиатли масаланинг лобаратор натижалари	25

7	Студентларни билим савиясини аниқлаш, назарий ва амалий билимларни бахолаш, утган мавзуни янада мустахкамлаш.	Оғзаки сўров, тестлар, мухокама, амалий куникмани аниқлаш, *Ўқув хонаси*	55
8	Амалий дарс бўйича хулосаларни аниқлаштириш, 100балли системада бахо қўйиш ва эълон қилиш, кейинги амалий дарснинг ўй вазифаси(саволлар мажмуаси).	Малумот, мустақил ишлаш учун саволлар. *Ўқув хонаси*	25

КАРДИОМИОПАТИЯЛАР (КМП) – Юрак мушакларининг патологияси булиб, бирламчи ёки иккиламчи булиши мумкин.

- ✓ дилатацион,
- ✓ Гипертрофик
- ✓ Рестриктив турлари фаркланади.

ДИЛАТАЦИОН КАРДИОМИОПАТИЯ (ДКМП) – юрак улчамларининг катталашуви, систолик дисфункция ва юрак етишмовчилиги билан характерланади.

Клиник картинаси.

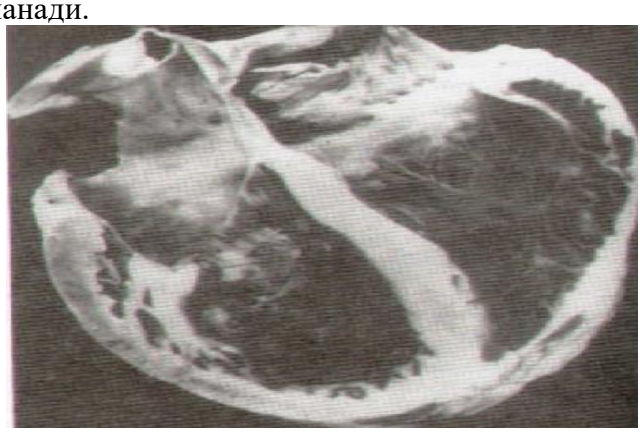
- ✓ Секин ривожланади (ойлаб, йиллаб белгисиз кечади,).
- ✓ Рентгенография ёки эхокардиография-да чап коринча дилатацияси аникланади.

Эрта белгилар:

- ✓ Тез чарчаш, холсизлик,
- ✓ Кейинчалик хансираш пайдо булади. У аввалига зурикишда, кейинчалик эса ортопноэ холарлари хам кузатилиши мумкин.
- ✓ Периферик шишдар ва гепатомегалия – кечки ва мухим белгилар эмасдир.
- ✓ Кардиалгия куп учраса, кам холларда стенокардия учрайди.
- ✓ Тромбоэмболия
- ✓ Курганда – тери совук, систолик ва пульс босимининг пасайиши, юрак чегараларининг чапга силжиши, чап коринча пульсацияси, кечки боскичларда эса унг коринча пульсацияси.
- ✓ Аускультацияда –систолик шовкин, Галоп ритми, ритмнинг бузилиши.
- ✓ Хайдаш фракцияси камаяди.

Диагноз асосланади:

- ✓ ентгенография, ЭКГ, эхокардиографии, радионуклид вентрикулография,
- ✓ коронар ангиография, иокарда биопсияси.
- ✓ Биопсийда таркалган интер-стициал ёки периваскуляр фиброз, айрим вактларда кальцинат учоклари аникланади.



Даволаш.

- ✓ Харакат ва туз чекланади
- ✓ Антикоагулянт терапия (варфарина 10 мг/сут)
- ✓ Аритмияни даволаш учун гипоксияни, электролитлар бузилишини, кмслота-асос бузилишини коррекция килиш керак (калий препаратлари, антиоксидантлар),
- ✓ ЮЕ даволанг.

ГКМП – юракнинг тарқалган генетик касаллиги (тахминан 1:50 нисбатда кузатилади) ва популяцияда 0,2% ни ташкил қилади.

СКРИНИНГИ

- ✓ ГКМП скринингини ёш спортчиларда уларнинг мусобақаларда қатнашишлари олдидан ўтказиш зарур.
- ✓ Скринингни ГКМП диагнози аниқланган беморнинг қариндошлари орасида ҳам олиб бориш лозим.
- ✓ Асосий скрининг усули – юрак аускультацияси ҳисобланади ва шовқин аниқланганда беморни ЭКГ ва ЭхоКГга юбориш керак.

ГКМП анатомик классификацияси (Maron B.J бўйича)

- ✓ I тури (10%) қоринчалараро тўсиқ олдинги бўлимининг гипертрофияси.
- ✓ II тури (20%) қоринчалараро тўсиқнинг олдинги ва орқа бўлимлари гипертрофияси.
- ✓ III тури (50%) қоринчалараро тўсиқ гипертрофияси ва чап қоринча олдинги – ён деворининг бўшлиғи.
- ✓ IV тури қоринчалараро тўсиқ олдинги бўлими гипертрофиясининг йўқлиги, чап қоринча чўққисининг алоҳида жалб қилинганлиги билан (осиё апикал тури) характерланади.

ДИАГНОЗИ

АНАМНЕЗИ

- ✓ ГКМПга чалинган беморларда клиник белгилар кузатилмайди ва диагноз бошқа сабаблар туфайли текширилаётганда тасодифан қўйилади.
- ✓ Касаллик ҳар қандай ёшда бошланиши мумкин, бироқ кўпинча дастлабки клиник белгилари 30-40 ёшларда пайдо бўлади.
- ✓ Кўп учрайдиган шикоятлар:
- ✓ Нафас қисиши (75%)
- ✓ Кўкрак қафасида оғриқлар (75%)
- ✓ Бош айланиши (20%)
- ✓ Ҳушни йўқотиш ҳолатлари (20%)
- ✓ Юрак ишида камчиликлар ёки унинг уришини сезиш (20%)

✓ Касалликнинг биринчи клиник белгиси баъзан тўсатдан юрак сабабли ўлим юз бериши (тахминан 1%)

✓ Анамнезда беморнинг яқин қариндошлари орасида 55 ёшгача тўсатдан ўлим ҳоллари бўлганлигини суриштириш.

ФИЗИКАЛ ТЕКШИРИШ

✓ ГКМП обструктив шаклида беморни бевосита физикал текшириш натижалари кам маълумот беришини ҳисобга олиш лозим.

✓ Физиал текшириш ўтказишда қуйидаги белгилар борлигига аҳамият бериш зарур.

✓ Пульс тўлқинининг тез ўсиб бориши, тўлиқлиги.

✓ Бўйин веналари ҳолати.

✓ Чўққи турткиси – юқори, туташ.

✓ Аусультацияда тонлар:

✓ I тон одатда ўзгармаган

✓ II тон аксарият меъёрида, оғир обструкцияли беморларда – пародоксал парчаланиш.

✓ III тон эшитилмайди.

✓ IV тон одатда эшитилади.

✓ Аускультацияда шовқинлар.

✓ Систолик шовқин – паст тўлқинли, тўшнинг чап чети бўйлаб эшитилади ва қоринча ичи босимини оширадиган омиллар таъсири остида кучаяди: вертикал ҳолатга ўтиш, динамик жисмоний юклама, тахикардия, овқат қабул қилиш, вальсальва синамаси, вазодилататорларни қабул қилиш.

✓ Митрал регургитация шовқини (митрал юрак нуқсонлари ва бошқалар).

✓ ГКМП ёш ва кекса ёшдаги беморларда кечиш хусусиятлари жадвалда келтирилган.

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРИШЛАР

✓ ГКМПли ҳамма беморларда стандарт умумий ва биокимёвий қон анализларини ўтказиш зарур (қандли диабетга скрининг, гиперхолестеринемия, жигар ва буйрак функциялари ҳолатига баҳо бериш), бу кейинчалик мўлжалланган оператив даволашда айниқса муҳим.

✓ Ирсий мойиллик мавжуд бўлган ҳолларда, диагнозни тасдиқлаш ва прогнозни аниқлаш учун генетик текширув ўтказиш кўрсатилган.

МАХСУС ТЕКШИРИШЛАР

✓ ГКМПли ҳамма беморларда 12 стандарт тармоқда ЭКГ олиш ва унда қуйидаги белгиларга аҳамият бериш зарур:

✓ Клиник белгилари бўлган 95% беморларда ГКМП хос специфик ўзгаришлар бўлмаса ҳам ЭКГ ўзгаришлар аниқланади.

✓ Чап қоринча гипертрофияси мезонлари 60% беморларда кузатилиб, қоринчалар комплексининг охирги қисмида ўзгариш учрайди.

✓ Алоҳида апикал гипертрофияли беморларда гигант манфий Т тишчалари хос.

✓ 25-50% беморларда одатда II, III, aVF ✦ ва чап кўкрак (V_5, V_6) тармоқларда патологик Q тишчалар бўлиши.

✓ Беморларнинг учдан бир қисмида юрак электр ўқининг чапга силжиши ва кўпинча Гисс тутами чап оёқчасининг нотўлиқ блокадаси.

✓ Аксарият ҳолларда P-R оралиғининг қисқариши ва Q – T оралиғининг узайиши.

✓ ГКМПга шубҳа қилинган барча беморлар ЭхоКГ текширувларидан ўтишлари зарур (ГКМП диагностикасининг асосий усули) ва бу чап қоринча ассиметрик гипертрофиясини аниқлашга имкон беради.

✓ Чап қоринча деворининг қалинлиги эркакларда 1,5 см. дан ва аёлларда 1,3 см. дан кўпроқ.

✓ Қоринчалараро тўсиқ қалинлигининг чап қоринча орқа девори қалинлигига нисбатини 1,3 дан ортиқлиги.

✓ Чап қоринча чиқув йўлининг динамик обструкцияси борлигида (тинчликда, юкламада), митрал клапан олдинги табақаси систолик характерига ва митрал регургитацияга баҳо бериш.

✓ ЭхоКГ сифатсиз тасвир олинганда юрак МРТсини ўтказиш.

✓ ГКМПли беморларда ЭКГни Холтер бўйича кеча–кундузлик мониторинги.

✓ Беқарор қоринчалар тахиардиясининг белгисиз учраш ҳоллари борлиги прогностик томондан салбий ҳисобланади.

✓ Беморларнинг бир қисмида ГКМП ва WPW синдромининг бирга келиши кузатилади.

✓ ГКМПли беморларда кўрсатмалар бўлганда жисмоний юклама билан синама ўтказиш лозим.

✓ Жисмоний юкламага гипотензив реакция ҳамда миокард ишемияси – ноҳуш прогностик омил. ГКМПли ва кўкрак қафасида оғриқ белгиси бўлган беморларда таллий изотопи билан юкламали миокард сцинтиграфиясини ўтказиш кўрсатилган.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОЗИ

Миокард чап қоринчаси гипертрофияси кўпгина сабабларга кўра ривожланиши мумкинлигини назарда тутиш лозим

✓ АГ (юракнинг гипертоник зарарланиши)

✓ “Спортчи юраги”

✓ Аортал стеноз

✓ Фридрайх атаксияси ва юракнинг бошқа генетик касалликлари

✓ Юракнинг инфильтратив зарарланишлари (амилоидоз).

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМАЛАР

✓ ГКМПли беморларни қуйидаги ҳолларда диагнозни аниқлаш ёки тасдиқлаш мақсадида кардиолог маслаҳатига юбориш лозим.

✓ Клиник текширишларнинг шубҳали ёки кам маълумот берадиган натижаларида.

✓ ГКМП бошқа касалликлар билан бирга келганда.

✓ Оилавий анамнез бўйича тўсатдан юрак фаолияти ёмонлашганлигидан ёш шахсларда ўлим кузатилганда.

✓ Обструкция даражасига баҳо бериш ва тўсатдан юрак касаллигидан ўлим хавфини аниқлаш учун.

ДАВОЛАШ

ДАВОЛАШ МАҚСАДЛАРИ

- ✓ Клиник белгиларни бартараф қилиш.
- ✓ Юрак ритми бузилишларини даволаш.
- ✓ Юқори хавф тоифасига кирадиган беморларда юракдаги ўзгаришлар натижасида тўсатдан ўлимнинг олдини олиш.

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШГА КЎРСАТМАЛАР

- ✓ ГКМП негизида мерцал аритмия пайдо бўлиши (дорилар танлаш ёки электр кардиоверсияси учун).
- ✓ Синкопал ҳолатлар борлиги.
- ✓ ГКМПнинг стенокардия ёки сатандарт давога чидамли юрак етишмовчилиги билан бирга келиши.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

- ✓ Беморлар спорт мусобақаларида катнашмасликлари, шунингдек катта зўриқиш билан билан алоқадор жисмоний фаолликдан ўзларини эҳтиёт қилишлари керак.
- ✓ Беморлар алкогол ичишдан ва тамаки чекишнинг ҳар қайндай туридан воз кечишлари зарур.
- ✓ Беморларга тана оғирлигини меъёр кўрсаткичларида сақлаб туришни тавсия этиш лозим.

РЕСТРИКТИВ КАРДИОМИОПАТИЯ – эндокард ва миокардда морфологик ўзгариш-лар натижасида юракнинг диастолик функцияси бузилади. Бунда юрак улчамлари одатда кичраяди. Ўнг қоринчанинг аритмоген кардиомиопатияси-бу ўнг қоринчанинг миокардини прогресияланиб фиброз-ёғ тўқима билан алмашиниши бўлиб одатда чап қоринчани жарарланиши мумкин. Бу касаллик одатда оилавий касллик хисобланади.

Дилатацион кардиомиопатия- бу чап қоринчанинг ёки иккала қоринчанинг делетацияси ва қисқарувчанлик функцияларини бузилиши билан кечадиган касалликдир. Этиологиясига қараб оилавий, генетик, вирусли, иммун, алкоголли(токсик), идиопатик (ноаниқ этиологияли) ёки аниқланган юрак-қон томир касалликлари билан ассоциирланган бўлиши мумкин ва бунда миокарднинг дисфункцияси номаълумлигича қолади.

Гипертрофик кардиомиопатия- бу чап ёки ўнг қоринчани миокардини гипертрофияси билан кечиб кўпинча асимметрик бўлиб, қоринчалараро тўсиқни жараёнга қўшилиши билан кечадиган касаллик. Кўп беморларда саркомернинг қисқарувчи оқсилини синтезида иштирок этадиган генни мутацияси билан боғлиқ.

Рестриктив кардиомиопатия-бу битта ёки иккита қоринчани систолик функциясини нормал ёки нормалга яқин холатида диастолик босимини пастлиги тушунилади. Идиопатик ёки бошқа касалликлар билан боғлиқ бўлиши мумкин. (мисол учун, амилоидоз, эндомиокардиал касаллиги).

Ўнг қоринчанинг аритмоген кардиомиопатияси- бу ўнг қоринчанинг миокардини прогрессияланиб фиброз-ёғ тўқима билан алмашиниши бўлиб одатда чап қоринчани жарарланиши мумкин. Бу касаллик одатда оилавий касллик хисобланади.

Касаллик бошларида беморлар хеч нимага шикоятлари бўлмайди. Одатда тўсатдан биринчи симптом бўлиб, юракнинг бутун юзаси бўйлаб, кўпроқ юрак чўққисида ва

Боткин зонасига узатиладиган систолик шовқинни эшитилиши билан аниқланади. Ёшлар оарсида агар кардиалгиялар, хансирашларга шикоят қилиб келса кўпроқ юрак тўғма нуқсонлари хақида ўйлашга мажбўр қилади. Кардиалгиялар, хансираш чўқур манфий Т тишлар билан келса ёки тўсатдан инфарктли ЭКГ шикоятларсих бўлса биринчи шу хақида ўйлаш керак.

Дилатацион кардиомиопатиянинг симптомсиз даври 1 ёшдан токи 10ёшгача давом этиб,ўртача 3-5 ёшга тўғри келади. Бу даврида дилатацион кардиомиопатия ёшлар ва ўрта ёшлилиларда тўсатдан рентгенда, ЭКГда, ЭхоКГда кардиомегалия белгилари билан аниқланиб қолиши мумкин агар ЮИК, ГК ва юрак клапанли нуқсонлари истисно қилинган бўлса. КМП ва юрак нуқсонлари, ЮИК, ГКлардан дифференциал ташхиси қўйидаги критерияларга асослади: шикоятлари, беморнинг ёши, касаллигининг бошланиши, клиник намоён бўлиши, физикал текширувлар ва лаборатор маълумотларига.

КВП, ШВП даражасида ташхисот

Юрак ва кон томир аъзоларининг касалликларида КВП ва ШВП шароитида УАВ қўйидаги тоифали хизмат кўрсатиш бўйича беморларда ташхислаш ва ёрдам кўрсатишни ташкил этади.

1 - тоифа хизматлари .

ҚВП ва ШВП шароитида УАВ одатдаги вазиятларда купинча тула ва мустакил равишда бажара оладиган айрим холатлар ва касалликларни аниклаш , тугри ташхислаш ва самарали даволашни амалга ошириш : факат беморнинг аҳволи яхшиланмаган баъзи ҳоллардагина беморлар, қўшимча консультация олиш ёки тўла даволаниш учун консультантга ёки бошқа муассасанинг (поликлиника, касалхона) мутахассисига юбориш лозим.

2 - тоифа хизматлари.

ҚВП ва ШВП шароитида УАВ томонидан имконият даражасида тўғри ташхислаш, баъзи бир ҳолларда имкон ва эҳтиёж бўлса, ўткир ҳолатларни аниқлаш, тўғри даволашни тавсия этиш хамда тўғри ташхислаш, қўшимча консультация ёки тўла даволаниш учун беморларни бошқа муассасанинг (поликлиника,касалхона) консультанти ёки мутахасисига юбориш.

3 - тоифа хизматлари .

ҚВП ва ШВП шароитида беморларни тўла ва зарурий муолажалар, манипуляциялар ҳамда текширувлардан ўтказиш, худди шундай ишларни бажара оладиган бошқа муассаса-ларга юбориш орқали амалга ошириш УАВ бундай кўрсатмалар ва уни бажарадиган тиббий муассасалар ҳақида керакли маълумотларга эга бўлиши зарур.

1. ЭКГ
2. ЭКГ ни юрак синамалари билан ёзиш
3. ЭКГ- мониторинг
4. ФКГ
5. Кизилўнгачга контраст юбориб рентгенография қилиш
6. Кардиостимуляция (вақтинча ва доимий)
7. Электроимпульс терапия
8. Юракни ангиография ва катетеризация килиш

4 - тоифа хизматлари.

ҚВП ва ШВП еки бошқа муассасаларда даволанган ва саломатлиги узоқ муддат бузилган, махсус парвариш ва назоратга муҳтож бўлган беморлар учун реабилитация ва диспансеризация тадбирларини амалга ошириш.

1. Реабилитация: миокард инфаркти, миокардит
2. Диспансеризация

- ✓ ЮИК, стенокардия, инфарктдан кейинги кардиосклероз
- ✓ Гипертония касаллиги
- ✓ Юрак нуқсонлари
- ✓ Ритм ўтказувчанлигининг мураккаб бузилиши
- ✓ Кардиомиопатиялар
- ✓ Қон айланишнинг бузилиши
- ✓ Юрак қон томир системасида ўтказилган операциялардан сўнг

5 - тоифа хизматлари .

Соғлом одамлар ва беморларга турли сабаблар туфайли, айникса хусусий хавф хамда эҳтиёж омилларига дуч келган шахсларга индувидуал профилактик ва маърифий ёрдам (ўқитиш, консультация ўтказиш ва ҳ.к.) кўрсатиш

ҚВП ва ШВП даражасида ёрдам

Юрак нуқсонлари ёки кардиомиопатия билан оғриган беморларга касалликнинг ком-пенсация босқичида КҲМ ва ШҲМ даражасида УАВ томонидан ёрдам кўрсатилади. Кўрсатила-диган ёрдам бемор умумий аҳволини яхшилашга, меҳнат қобилиятини сақлашга, касаллик компенсация босқичини чўзишга қаратилган бўлиб, индивидуал танланиши лозим.

Даво муолажалари асосий касалликнинг қўзиш эҳтимоли бўлган баҳор ва кузда ўтказилади. Касалликнинг субкомпенсация босқичида беморлар мутахасисга жарроҳлик йўли билан даволаниш учун юборилади.

Касалликнинг декомпенсациясида кон айланишдоирасида димланиш бўлганда, юрак фаолиятининг оғир бузилишларида беморлар консерватив даволанади:

- ✓ юрак гликозидлари;
- ✓ сийдик ҳайдовчилар;
- ✓ кальций антогонистлари воситалари буюрилади.

Кардиомиопатиянинг дастлабки даврларида беморларни хеч нима безовта килмайди ва беморлар ҚХМ, ШҲМ УАВига муражат килмайди. Касаллик профилактик кўрикларда, тиббий кўрикларда тўсатдан аниқланади ва бемор мутахасисга юборилади.

Келиб чиқиши вақти бўйича ҚАЕ 2 хил бўлади. Ўткир ҚАЕ бу бир неча минутдан ва бир неча соатлар ичида ривожланишига айтилади. ҚАЕнинг сурункали турида бир неча хавфта ва бир неча йил ичида ривожланишига айтилади. Бундан ташқари ҚАЕнинг юрак ва қон томирларнинг зарарланиши натижасида ҳам ривожланиши мумкин. Бундай ҳолатда асосий ўринга қон томир компонент чиқади.

Ўткир юрак етишмовчилиги.

Юрак астмаси(ЮА) ва упка шиш(УШ) – упка тўқимасига сероз суюқликнинг йиғилиши интерстициал(ЮА) шиш ва альвеолага трансудатнинг йиғилиши УШга олиб келади ва нафас олишни пароксизмал шаклда бузилишлари кузатилади.

ЮА ва УШнинг сабаблари бу бирламчи уткир чап қоринча етишмовчилиги (ИМ, ЮИКнинг уткир ва уткир ости турлари, гипертоник криз, уткир нефрит, миокардиопатияларда уткир чап қоринчанинг етишмовчилиги) ва сурункали чап қоринча етишмовчилигининг уткир намоён бўлиши (митрал ва аортал нуқсонлар, юракнинг сурункали аневризмаси, ЮИКнинг бошқа сурункали турлари).

Симптомлари, кечиши: 1. Даракчилар: хансирашнинг кучайиши, ортопноэ. Нафас сиқиши, йўтал ёки горизонтал холатга ва енгил жисмоний харакатларда тўш ортида енгил сиқувчи нохушликлар. Одатда — нафасни сусайиши ва кураклярнинг пастки қисмларида хрипларнинг эшитилиши.

2. Юрак астмаси: йўтал билан нафас сиқиши, хуштаксимон нафас. Ортопноэ, нафаснинг форсирланган тезлашиши. Қўзғалувчанлик ва ўлим хавфи. Цианоз, тахикардия, кўпинча — АД ошиши. Аускультацияда — нафас сусайиши фонида қуруқ ва майда пуфакчали нам хириллашлар. Оғир холатларда — совуқ тер ажралиши, «кулранг» цианоз, бўйин веналарининг бўртиши. Бронх шиллиқ қаватини шиши бўлиб бронх ўтказувчанлигини ўзгариши («аралаш астма»).

3. Ўпка шиши: ЮА натижасида тўсатдан юзага келади. ЮА да майда ва ўрта калибрдаги нам хириллашлар упканинг олдинги юқори қисмларига тарқалади. Упка шишида кўпиксимон алвон рангдаги балғам ажралиши билан кечади. Хириллашлар масофадан эшитилади. Оғир упка шишида ортопноэ, совуқ тер босиши хос. Тезлик билан кечиши (бир неча минутларда ўлимнинг содир бўлиши), уткир (хуружлар 30 мин.дан токи 2-3 соатларгача давом этади) ва чўзилган (бир неча суткалар давом этади).

Сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ)

СЮЕги бир неча хавфта ва бир неча йиллар натижасида ривожланади.

Симптомлар, юрак етишмовчилиги босқичлари ва шаклларида турли хил бўлади.

Клиник шакллари:

1. Чап қоринчанинг димланишли етишмовчилиги митрал нуқсонга, ЮИКнинг оғир формаларига хос. Намоён бўлиши: хансираш, ортопноэ, аускультатсияда упканинг димланиш белгилари (қуруқ хриплар, куракдан пастларгида жойи ўзгариб турадиган нам хриплар) ва рентгенологик белгилар, ЮА ва УШ, иккиламчи упка гипертензияси, тахикардия.

2. Чап қоринча зарб хажми етишмовчилиги аортал нуқсонлар, ЮИК, ГКга характерлидир. Намоён бўлиши: мияда қон айланишнинг етишмовчилиги (бош айланиши, кўз одининг қоронғулашиши, ҳушидан кетишлар), коронар етишмаслик, зарб ҳажмининг сфигмографик ва эхокардиографик белгилари. Оғир ҳолатларда Чейна — Стокс нафас, альтернирлашган пульс (кам), пресистолик галопа ритми (патологик IV тон), чап қоринчанинг етишмовчилигининг клиник белгиларини намоён бўлиши. Терминал холатларида ўнг қоринчанинг етишмовчилиги қўшилади.

3. Димланишли ўнг қоринчанинг етишмовчилиги-митрал ва трикуспидал клапанларни етишмовчилиги ва констриктив перикардитга хос. Чап қоринча етишмовчилиги

димланишига қўшилади. Намоён бўлиши: бўйин веналарининг бўритши, веноз босимнинг юқорилиги, акроцианоз, жигарнинг катталашиши, субиктериклик, бўшлиқ ва периферик шиш.

4. Ўнг қоринчанинг жарб хажмининг етишмовчилиги-упка артериясининг стенозида, упка гипертензиясида кузатилади. Асосан рентгенологик усуллар билан аниқланади (упканинг переферик қон томир расмини сусайиши). Яна бошқа белгилари намоён бўлиши мумкин: хансираш аниқ бир кучли жисмоний харакатларида намоён бўлиши, ўнг қоринчанинг гипертрофияси — пальпация билан, ЭКГ- «босим зўриқиши» (ўнг кўкрак бўлимлари *юқори R тиш ва Т тишларни пасайиши*). Жуда оғир ҳолатларида тери кулранг рангда.

5. Дистрофик шакли. Бу ўнг қоринчанинг етишмовчилиги терминал босқичи хисобланади. Вариантлари: а) кахектик; б) шиш-дистрофик шакли, шишлар — тарқалган ёки чегараланган, харакатчанг, гипоальбуминемияни кузатилиши, кўп холларда анасарка; в) тузли етишмовчиликлар.

Н.Д. Стражеско ва В.Х. Василенко бўйича СЮЕ классификацияси.

I босқич: ҚАЕнинг яширин етишмовчилиги, хансираш, юрак уриб кетишлари, жисмоний харакатларда чарчаш, тинчлик пайтида гемодинамика ўзгармайди.

II А босқич: тинчлик пайтида ҚАЕлиги етишмовчилиги белгилари кам ривожланган, жисмоний зўриқишда толерантлик пасайган, катта ёки кичик қон айланишда ўзгаришлар бўлади.

II Б босқич: тинчлик пайтида юрак етишмовчилиги белгилари аниқ номоён бўлиши, катта ва кичик қон айланиш доираларида кучли гемодинамик етишмовчилиги.

III босқич: гемодинамик бўзилишлар дистрофик босқичи, моддалар алмашинувининг ва аъзо ва тўқималарнинг қайтмас ўзгаришлари.

Юрак етишмовчилигининг Нью- Йорк классификацияси кардиологлар ассоциасияси (NYHA):

С	Таьриф	Терминология
I	Юрак касаллиги борлар лекин жисмоний фоаллиги ўзгармаганлиги.	Чап қоринчанинг симптомсиз дисфункцияси
II	Унча кўп жисмоний фаолияти чегараланмаган юраги хаста беморлар	Енгил юрак етишмовчилиги
III	Билинарли даражада жисмоний фаолияти чегараланган юраги хаста беморлар	Ўрта даражадаги юрак етишмовчилиги
IV	Салгина жисмоний харакат дискомфорт чақирадиган юраги хаста беморлар.	Оғир юрак етишмовчилиги

СЮЕда шишлар секин асталик билан ривожланади, симметрик жойлашади ва асосан тупиқ ва болдирда кузатилади. Ўринда ётадиган беморларда шишлар белда ва думғаза устида ривожланади. Териси совуқ, цианотик, эластиклиги пасайган. Юрак боғлиқ шишлар қаттиқроқ, босгандан кейин бармоқ изи қоладиган тана ҳолати ўзгарганда шишлар ўзгаради. Шишларни пайдо бўлишидан олдин хансирашлар кузатилади. Одатда тери ва тери ости ёғ қавати шишлар асцит, гидроторакс(кўпроқ ўнг томонлама) билан намоён бўлади. Булардан ташқари СЮЕнинг бошқа белгилари кузатилади – бўйин

веналарини бўртиши, жигарнинг каталашиши. Юракни текширганда юракда қандайдир ўзгаришлар аниқланади (ўлчамларини ўзгариши, аритмиялар аниқланади, юракда шовқинлар).

Юрак шишлари сийдикни ўзгаришисиз кечиши мумкин. Баъзан бўйрак димланган бўйрак белгилари аниқланади. Сийдикда протеинурия, 1тадан кам промиллелар, чукмасини қисман ўзгариши аниқланади.

Юрак астмасида ва упка шишини даволаш.

Упка шишининг интерсциал ва альвеоляр турларини даволаш принциплари бир бирига ўхшаш: бунда патогенетик даволаш яьни юракка қайтувчи қон миқдорининг камайтириш, кичик қон айланиши доирасида гидростатик босимни ошириш. Альвеоляр упка шишида купикларни парчалашга ққаратилган. Упка шишида реанимацион чора тадбирларга мухтож.

Даволаш дастури:

1. Руҳий статусни яхшилаш ва гиперкатехоламинемияни, гипервентеляцияни нормаллаштириш.
2. Преднагрузкани камайтириш (юракка қайтувчи веноз қонни камайтириш): беморни ўтиргизиш.
3. Диуретиклар ёрдамида кичик қон айланишида босимни камайтириш.
4. Кичик ва катта қон айланиш доираларида босимни камайтириш.
5. Оксигенотерапия.
6. Альвеолаларда купикни парчалаш
7. Миокарднинг қисқарувчанлик кучини ошириш.

Агар упка шиши пароксизмал ритм бузилиши(хилпираш, бўлмачаларни титраши, қоринчалар тахикардияси)да электроимпульс терапия.

Кардиоген шокни даволаш қуйидагиларни ўз ичига олади:

- ✓ Оғриқсизлантириш;
- ✓ Оксигенотерапия;
- ✓ Тромболитик даво;
- ✓ Гемодинамикани мониторинг қилиш.
- ✓ Вена ичига суюқликлар қуйиш (қарши кўрсатмалар бўлмаганда);
- ✓ Периферик вазодилататорлар ва инотроп воситаларни қўллаш;
- ✓ Электр импкльсли даво ёки электрокардиостимуляторидан (юрак ритми ва ўтқазувчанлиги бузилганда) фойдаланиш;
- ✓ Артерия ичи балонли контрпульсацияси;
- ✓ Жарроҳлик йўли билан даво (зудлик билан коронароангиопластика ёки аорта коронар шунтлаш, қоринчалар аро тўсиқ ёрилишини, сўрғичсимон мушак дисфункцияси ва узилишини жаррохлик йўли билан бартараф этиш).

Кардиоген шок ва ўткир чап қоринча етишмовчилигини даволаш

Ўткир чап қоринча етишмовчилиги билан асоратланган МИ ни даволаш клиник, лаборатор, ЭхоКГ ва гемодинамик кўрсатгичларни () доимий равишда назорат қилган ҳолда олиб борилиши лозим. Бу гурухдаги беморларни интенсив даволаш ДЗЛА (ўпка артериясида диастолик босим), МВБ, юрак индекси, АБ ва юракни отиб бериш

фракциясини аниқлаш билан бирга тўлиқ гемодинамик мониторлаш асосида олиб борилади. Гемодинамикани назорат қилиш мақсадида юракни ўнг томонини Свана - Ганц катетери билан катеризациялаш мумкин. Мабодо унинг имконияти бўлмаса қуйидаги кўрсатгичларга асосланилади:

- ✓ Клиник белгилар – бемор ахволини оғирлик даражаси, нафас олиш ва юрак уриш сони, ўпкада қон димланишини аускультация белгилари ҳамда периферик гипоперфузия белгиларини намоён бўлиши;
- ✓ Тизимли қон босими кўрсатгичи;
- ✓ Марказий веноз босим кўрсатгичи;
- ✓ Динамикада ЭхоКГ кўрсатгичлари;
- ✓ Диурез миқдори.

Ўпка шишини даволаш.

Миокард инфарктида ўпка шишини даволаш ДЗЛА (ўпка артериясида диастолик босим), кичик қон айланиш доирасида димланиш белгиларини бартараф этиш ва юрак индексини мувозанатлашга йўналтирилган.

Агар беморни систолик босими меъёрида ёки бир оз пасайган (100-110 мм.сим.уст. дан юқори), ўпка артериясида диастолик босим 18-20 мм.сим.уст. (меъёрда 8-12 мм.сим.уст) бўлса, бўғилиш ва ўпкада нам хириллашлар аниқланса, юрак индекси ва марказий веноз босим ўзгармаган ҳамда периферик гипоперфузия белгилари кузатилмаса қуйидаги даволаш муолижалари қўлланилади:

Сийдик ҳайдовчи дори воситалари. Фуросемид (лазикс) 20-80 мг в/и бир ёки бир неча марта (кунлик максимал доза 2000 мг). Фуросемид кучли диуретик восита бўлиб қисқа вақт ичида айланиб юрган қон ҳажмини, АБ ни, олдинги ва сўнги юкламани, ҳамда ДЗЛА (ўпка артериясида диастолик босим) ни камайтириб ҳансираш ва ўпкадаги хириллашларни бартараф этади. Икки- уч кун давомида фуросемидни вена ичига юбориб кейин кунига бир марта 40-80 мг ичишга тавсия этиш мақсадга мувофиқ.

Фуросемид билан даволаганда систолик АБ 90 мм.сим.уст. дан пасайиши, юрак индекси камайиши натижасида тож томирлар перфузияси ёмонлашиши ҳисобига некроз соҳаси кенгайиши, ҳамда гипокалиемия (аритмия ривожланиш хавфи) ҳолати юзага келиши мумкин. Шу сабабли гемодинамикани мунтазам назорат қилиб бориш керак.

Вазодилататорлар (нитроглицерин - изокет, перлинганит), нитропруссид натрий ва бошқалар) ўпка шиши билан асоратланган миокард инфарктини даволашда асосий дори восита ҳисобланади (систолик босим 90 мм.сим.уст. бўлганда). Никтроглицерин вена томирларини кучли кенгайтирувчи хусусиятга эга бўлиб, қисқа вақт ичида юракка келаётган қон миқдорини- олдинги юкламани, ҳамда чап қоринчани қон билан тўлишини камайтириб, кичик қон айланиш доирасидаги димланиш белгиларини бартараф этади. Бундан ташқари нитроглицерин артериал томирлар, жумладан тож томирлар тонусини камайтириб умумий периферик қаршиликни, чап қоринчага келаётган сўнги юкламани пасайтиради ва коронар перфузияни оширади. Нитропруссид натрий кўпроқ артериолаларга таъсир этади.

АГ ли ва ўпка шиши билан асоратланганда МИ билан оғриган беморларни даволашда нитропруссид натрий тавсия этиш мақсадга мувофиқ. Чунки ушбу препарат ДЗЛА ва тизимли АБ ни ҳам пасайтиради.

Нитроглицерин (1 % ли спиртли эритма) 0,9 % ли натрий хлоридда томир ичига томчилаб юборилади. Препаратни юбориш дақиқада 5-10 мг дан бошлаб ҳар 10 дақиқада тезлиги аста -секин ошириб борилади. Мўлжалланган гемодинамик самарага эришилгандан сўнг 24-72 соат давомида “ушлаб турувчи” дозада юбориш давом эттирилади ва кейин таблетка кўринишда одатий миқдорда ичишга буюрилади.

Морфин (2-5 мг вена ичига оқим билан) нафас марказини ортиқча фаоллигини камайтириб *тахипноэни* бартараф этади. Бундан ташқари у периферик қон томирларни кенгайтириш хусусиятига эга бўлиб, юракка қайтиб келаётган веноз қон ҳажмини, ДЗЛА ни ва олдинги юкламани камайтиради.

Оксигенотерапия ўпка шиши ривожланган барча беморларга қўлланилади. Бурун катетери ёки махсус маска орқали намланган кислород билан нафас олиш нафақат марказий асаб тизими гипоксиясини ва метаболик ацидозни камайтиради, балки ўпкани механик хусусиятини ҳам яхшилайди. Кислород концентрациясини ошиши синокоротид ва бошқа хеморецепторларда афферент импульсни пасайтириб тахипноэни секинлаштиради.

Альвеолар шишда кўпик чўктирувчи воситалар жумладан спирт парлари қўлланилади. Яққол намоён бўлган ўпка шишида, тез авж олиб борувчи нафас етишмовчилиги эс – ҳушни ёмонлашиши, кучли цианоз, кўз қорачиғи ўлчамини ўзгариши, ҳансираш, нафас олишда ёрдамчи мушакларни фаол қатнашиши билан кечганда бемор зудлик билан нафас йўллари кўпикдан тозаланиб ташқаридан бошқариладиган сунъий нафас аппаратига ўтқазилади.

Агар беморда ўпка шиши белгилари нафақат ўпка артериясида диастолик босим (≥20 мм.сим.уст.) ва марказий веноз босим юқорилиги, балки юрак индекси ва систолик артериал босим пастлиги билан кечса бу чап қоринчанинг насос фаолиятини кескин ёмонлашганлигидан далолат беради. Аксарият ҳолларда у периферик гипоперфузия (олигоурия, қўл – оёқларни музлаши, артериал гипотония), яъни кардиоген шокнинг бошланғич белгилари билан бирга келади. Ушбу ҳолатда вазодилататорлар инотроп таъсирга эга бўлган воситалар билан бирга қўлланиши лозим. Добутамин (добутрекс) β-адренергик рецепторларни селектив стимулятори бўлиб, кучли инотроп таъсирга эга. У умумий периферик ва ўпка томирлари қаршилигини ҳамда чап қоринча тўлиш босимини пасайтиради. Айни вақтда тизимли артериал босим мутлақо ўзгармайди. Добутамин 2,5-10 мкг/кг/дақиқа тезликда томир ичига томчилаб юборилади. Допамин миокардни қисқарувчанлигини, юракни қон отиб беришини оширади ва миокардга сезиларли даражада хронотроп таъсир қилиб юрак қисқаришлари сонини кўпайтиради. Добутаминдан фарқли равишда допамин умумий периферик қаршиликни ва артериал босимни оширади. Допамин оғир чап қоринча етишмовчилиги гипотензия билан кечганда қўлланилади. Препарат вена ичига бир дақиқада 5-10 мкг/кг дан томчилаб юборилади.

Маълумки симпатомиметиклар миокардни кислородга бўлган талабини оширади. Шу сабабли уларни узоқ қўллаш миокарддаги ишемия жараёнини кучайтириб юборишини

унутмаслик лозим. Шу сабабли уларни миокард инфаркти билан оғриган беморларга қўллаганда гемодинамик кўрсатгичларни мунтазам назорат қилиб бориш керак.

Микроциркуляциядаги ўзгаришларни мувозанатлаш ва тож томирларда яна тромб ҳосил бўлишини олдини олиш мақсадида беморларга гепарин ва антиагригантлар (клопидогрель, аспирин ва бошқалар) буюрилади.

СЮЕда шишларни даволаш.

ААФ ингибиторлари СЮЕ ни даволашда “олтин стандарт” хисобланади. Уларни қўллаш беморлар умрини узайтириши ва ҳаёт сифатини яхшилаши кўп марказли кузатувлар натижасида исботланган.

ААФИ, РААТ ни блоклаб, ангиотензин II ҳосил бўлишини камайтиради, артерия ва веналарни кенгайишига (дилатация) сабаб бўлади. Бунда ААФИ ни гуморал РААТ ва тўқима РАТ га таъсири назарда тутилган. Олдинги ва кейинги юкламаларни камайтириб, юракнинг систолик ва диастолик фаолиятини яхшиланишига олиб келади. Бунда тизимли вазоделатацияга жавобан тахикардия кузатилмайди.

СЮЕ да ААФИ самарадорлиги биринчи навбатда тўқима РАТ фаоллашини бартараф этиш билан боғлиқ бўлиб қуйидагича намоён бўлади:юрак, томир ва бошқа аъзолани ремоделланиш жараёнини секинланиши;миокард гипертрофиясини орқага қайтиши;ЧҚ дилатацияланиш жараёнини бартараф этиш; миокардда интерстициал фиброз шакилланишини камайиши;коронар вазодилатация;буйрак, бош мия, скелет мушаклари ва бошқа аъзоларда регионар қон айланишини яхшиланиши;аритмия ривожланиш хавфини камайиши.

Бундан ташқари ААФИ ни гуморал (эндокрин) РААТ таъсири ва айланиб юрган ангеотензин II ҳосил бўлишини камайиши қуйидаги натижаларга олиб келади:

1. Ангеотензин II таъсири камайиши хисобига қон томирларни кенгайиши (асосан артериола ва веналар); ААФИ бир вақтни ўзида калликреин – кинин тизими фаолиятини мувозанатлаб, қонда брадикинин концентрациясини оширади ва томирларни кенгайишига олиб келади. Брадикинин ўз навбатида, томирларни кенгайтириш ва антиагригантлик хусусиятига эга бўлган бўшашиш эндотелиал омили (PGI, NO, ЭГПФ) секрециясини кучайтиради. Натижада умумий периферик қаршилик, тизимли АБ ва ЧҚ сўнги юклама камайиши билан кечувчи артериал вазодилатация ривожланади. ААФИ таъсирида веноз томирларни кенгайиши юракка келаётган қон миқдорини камайтириб, тўлишиш босимини пасайишига, яъни сўнги юкламани камайишига олиб келади.
2. ААФИ таъсирида буйрак усти безида альдостерон синтези камаяди ва унга боғлиқ ҳолда буйракни дистал каналчаларида Na^+ ва туз реабсорбцияси пасаяди. Бир вақтни ўзида K^+ секрецияси камаяди.
3. ААФИ қонда айланиб юрган ангиотензин II миқдорин камайтириб, унга боғлиқ ҳолда буйракни проксимал каналчаларида Na^+ ва туз реабсорбцияси пасаяди. Натижада айланиб юрган қон хажми камайиб, юракка келадиган олдинги юклама камаяди.
4. ААФИ ангиотензин II таъсирида норадриналин ҳосил бўлишини камайтиради ва ўз навбатида САТ фаоллиги пасаяди.

ААФИ лари касаллик этиологияси ва босқичидан қаътий назар СЮЕ билан оғриган барча беморларга (қарши кўрсатмалар бўлмаганда) тавсия этилади.

Деярли барча ААФИ (фозиноприлдан ташқари) танадан буйрак орқали чиқарилади, шу сабабли СБЕ мавжуд бўлган ҳолларда тавсия этилаётган дори дозаси 2-3 мартага камайтирилиб, қондаги креатинин миқдори ва протеинурия синчковлик билан кузатиб борилади. Буюриладиган дорининг оптимал миқдори: *капотен (каптоприл)* кунига 25 мг дан 3 марта, *эналаприл* 2,5- 5дан 10-20 мг гача 2 марта, *лизиноприл* 5-20 мг- 1 марта, *рамиприл* 2,5 5 мг -1 марта, *беназеприл* -5-10 мг дан 1-2 марта, прендоприл 2-4 мг- 1 марта буюрилади. Лекин ҳар бир ҳолатда бемор аҳволи, ҚБ кўрсаткичи ва мавжуд ёндош касалликлардан келиб чиқиб дори дозаси индивидуал танланади. ААФИ яхши самара бермаганда ёки уларни қўллашга қарши кўрсатма бўлганда, **ангиотензин II рецепторлари антагонистлари** (АРА): *лазартан* 25-100 мг. кунига 1-2 марта, *валсартан* 80-320 мг. кунига 1 марта, *тевитен* 600 мг. кунига 1 марта, *кандесартан* 4-32 мг. кунига 1-2 марта қўлланилади.Қарши кўрсатма: хомиладорлик;препаратни индивидуал кўтаролмаслик; икки томонлама ёки яққол намоён бўлган бир томонлама буйрак артерияси стенози;яққол намоён бўлган артериал гипотензия (систолик АД 85-90 мм.сим.уст. дан паст); яққол намоён бўлган буйрак етишмовчилиги, азотемия;аортал ва митрал стеноз, ГКМП (обструктив тури).

Сийдик ҳайдовчи воситалар буйракка таъсир қилиб, каналчаларда Na^+ ва туз реабсорбцияси камайтиради ва диурезни оширади**.** Улар нафақат шишларда, жигар катталашганда, ўпкада яққол димланиш белгилари, балки яширин шишлар мавжуд бўлган ҳолларда ҳам қўлланилади. СЮЕ да улар айланиб юрган ва юракка келадиган қон ҳажмини камайтириб олдинги ва кейинги юкламаларни пасайтиради. Одатда сийдик ҳайдовчи воситалари ААФИ, β- блокаторлар ва юрак гликозидлари билан бирга қўлланилади. Уларни кўп миқдорда бериш ётоқ тартиби шароитида ўтказилади.

Коптокчаларга таъсир этувчи диуретиклар гуруҳига *теофиллин* ва *эуфиллин* киради. Улар буйракда қон томирларни кенгайтириб коптокчалар фильтрациясини оширади ва натижада диурез кўпаяди. Жумладан, юрак гликозидлари ҳам коптокчалар фильтрациясини оширади, проксимал каналчаларда натрийни қайта сўрилишини камайтиради ва натижада сийдик кўпроқ ажралишига олиб келади.

Проксимал каналчаларга таъсир этувчи диуретиклар: карбонгидраза ингибиторлари – *диакарб* (ацетозаламид, фонурит, диамокс) 0,15 ва 0,25 г. таблеткада, 0,5 капсулада кунига 1-1,5 таблеткадан 5 кун давомида ичилади ва кейин 2-3 кун дам олинади. У ўпка юрак етишмовчилигида, глаукома, эпилепсия, салицилатлар ва барбитуратлар билан заҳарланганда қўлланилади. Диакарб кучсиз сийдик ҳайдовчи дори восита бўлиб, уни СЮЕ да Генли халқасига таъсир қилувчи ва тиазид гурухидаги диуретиклар кўп қўлланилганда юзага келган метаболик алкалозни тез корекциялаш мақсадида қўлланади.

Осмотик диуретиклар қон зардобида ва каналчалардаги суюқлик таркидида осмотик фаол моддалар концентрациясини ошириб, проксимал каналчаларда қайта сўрилиши керк бўлган моддалар реабсорбциясини камайтиради ва натижада Генли халқасида ва дистал каналчаларда суюқлик миқдори ва тезлиги ошади. Бу ўзнавбатида осмотик градиент хосил бўлишини олдини олади, дистал каналчаларда ва йиғувчи трубкаларда сувни факультатив реабсорбциясини камайтиради. Бу холат осмотик диурез дейилади. *Маннит (маннитол*) 10-20% ли эритма кўринишида 0,5 г/кг миқдорда буюрилади. *Мочевина (карбамид)* 30%

эритма 10%ли глюкозада 1 г/кг миқдорда дақиқада 60-80 томчидан в/и га томчилаб юборилади. У камдан- кам ҳолларда СЮЕ да бошқа диуретиклар таъсирини ошириш мақсадида қўлланилади, кўпинча мия шишини олдини олиш, бошдаги босимни пасайтиришда фойдаланилади.

Генли қовузлоғига таъсир этувчи диуретиклар коптокчалар фильтрацияси ва буйракда қон айланишини оширади, антидиуретик гормонлар таъсирини камайтиради. Бундан ташқари улар в/и юборганда қисқа вақт ичида веналарни кенгайтириб, диуретик таъсиридан аввал юракка келадиган олдинги юкламани камайтиради. Бу хусусияти ўпка шишини даволашда яхши самара беради. Улар СЮЕ, жигар, буйрак эндокрин касалликларидаги шишларни даволашда, гипертоник кризлар, ўпка ва мия шишини бартараф этишда қўлланилади. Ушбу гурухга кирувчи воситалар коптокчалар фильтрацияси дақиқада 30 мл гача камайганда ҳам самара беради. *Фуросемид (лазикс)* 0,04 г таблетка ҳолида ёки парентерал (2мл 1% лазикс эритмаси) қабул қилинганда, 4-6 соат давомида кўп миқдорда сийдик ажралишига олиб келади. Унинг бошланғич дозаси 20-60 мг, кунлик максимал миқдори шиш синдромининг ривожланиш даражасига кўра 20-240 мг дан 600 мг гача. Қайта в/и ҳар 4-6 соатда юбориш мумкин. *Этакрин кислота (урегит)* таблетка 0,05 г. якка ҳолда ёки калий сақловчи диуретиклар билан бирга 1-3 таблеткадан ҳафтасига 1-2 марта эрталаб овқатдан кейин, қисқа курслар (2-4 кун ичилиб 2-3 кун танаффус қилинади) билан қабул қилиш тавсия этилади. *Буметанид (буринекс)* – 0,0015 ва 0,005 г, кунига 1 та таблетка ёки ампулада 10 мл 0,05%ли эритма кунига 2-5 мг хисобида в/и га 500 мл изотоник эритмада 0,5-1 соат давомида томчилаб юборилади.

Тиазидли ва тиазидга ўхшаш диуретиклар ҳар қандай шиш синдромида, жумладан, СЮЕ да, қандсиз диабетда қўлланилади. Улар сульфаниламид унумлари хисобланади. Каналчаларни дистал қисмига таъсир этиб, фосфодиэстеразани ингибирлайди ва сийдик билан Na^+, K^+, Cl^+, гидрокорбонатлар, фосфотлар ва магний чиқиб кетишини кучайтиради. Тиазидли ва тиазидга ўхшаш диуретиклар самараси генли халқасига таъсир этувчи диуретикларга нисбатан камроқ. Коптокчалар фильтрацияси дақиқада 40 мл гача камайганда улар самараси сезиларги пасаяди, 30 мл бўлганда эса умуман таъсир қилмайди. Максимал самараси 1 соатдан кейин бошланиб, 12 соат давомида таъсир қилади. Қон босимни кескин тушириши мумкин.

Дихлортиазид (гипотиазид, гидрохлортиазид) 25 ва 100 мг таблеткада чиқарилади. Уни 1 таблеткадан эрталаб нонуштадан кейин бир марта 3 кун давомида кейин ҳафтада 2-3 марта қабул қилиш тавсия этилади. *Циклометиазид (навидрекс)* 0,5 мг, кунига 1-4 таблеткадан хафтада 2-3 марта; Индапамид (арифон) - 2,5 мг, кунига 1-3 таблеткадан ичиш тавсия этилади.

Калий сақловчи диуретиклар СЮЕ, бирламчи гиперальдостеронизм ва паст ренинли ва оғир АГ ларни ҳамда турли сабабли юзага келган гипокалиемия ҳолатларини даволаш комплексига киради. Шуни таъкидлаш лозимки, калий сақловчи диуретиклар СЮЕ ни даволашда қўлланиладиган самараси исботланган дори воситалари мажмуасига кириб, уни алоҳида кўринишда ёки бошқа диуретиклар самарасини ошириш мақсадида қўллаш мумкин. Ушбу гурух воситалари йиғувчи трубкада Na^+ реабсорбциясини ва K^+ секрециясини камайтиради, шу сабабли диурезни кўпайиши асосида гипокалиемия

ривожланмайди. *Спиронолактон- верошпирон* (25, 50, 100 мг) альдостеронни ингибирлаш хусусиятига эга. Уни генли халқасига таъсир этувчи ва тиазидли диуретиклари билан даволашда гипокалиемияни олдини олиш мақсадида, ҳамда гиперальдостеронизмни даволаш комплексида қўлланилади. Верошпирон бемор аҳволидан келиб чиққан ҳолда кунига 75-100 мг дан (СЮЕ нинг сўнги босқичлари ва жигар циррозининг декомпенсация даврида 300-500 мг гача) ичиш тавсия этилади. Қабул қилингандан 48-72 соат ўтгач таъсир қила бошлайди. *Триамтерен* капсулада 0,05 ва 0,1 г дан чиқарилади, кунлик дозаси 100-300 мг. Бу гуруҳдаги дори воситалар тиазидлар ва генли қовузлоғига таъсир этувчи диуретиклар билан бирга қўлланилганда яхши самара беради. Амалиётда комбинацияланган диуретиклар кўп қўлланилади. Улардан *альдактазид* – 25-50 мг таблеткада, таркиби альдактон ва дихлотиазиддан иборат. *Триампур композитум* – 25 мг триамтерен ва 12,5 мг дихлотиазид. *Диазид* – 50 мг триамтерен ва 25 мг дихлотиазид. Калий сақловчи диуретиклар га қарши кўрсатма:буйракни оғир шикастланиши (олигоурия); ҳар қандай генезга эга бўлган гиперкалиемия;хомиладорлик ва лактация; сийдик тош касаллиги ва сийдик оқимини қийинлаштирувчи бошқа сабаблар.

β-адреноблокаторлар (БАБ)**.** СЮЕ ни даволашда ўтган асрнинг 90-йилларидан бошлаб кенг қўлланилади ҳамда самараси исботланган дорилар гуруҳига киради. Улар САТ фаоллигини камайтиради. СЮЕ АГ, ЮИК ва ГКМП асосида ривожланиб, хилпилловчи аритмиянинг тахисистолик тури ва синусли тахикардия билан бирга келганда БАБ қўллаш яхши самара беради. БАБ минимал дозадан бошлаб ҳар 2-4 ҳафтада миқдори кўтариб борилади. Уларни узоқ вақт қабул қилиш юракни насос фаолиятини яхшилайди, отиб бериш хажмини оширади.

СЮЕ ни даволашда БАБ ни самараси:Манфий хронотроп таъсир- юрак ритмини секинлаштиради;

1. Миокардни тўғридан -тўғри катехоламинларни токсик таъсиридан химоя қилади, жумладан:

антиаритмик таъсир;кардиомиоцитлар нобуд бўлишини камайтиради (некроз ва апоптоз хисобига);қоринчалар фибриляцияси эхтимолини камайтиради; Юракни ремоделланишини секинлаштиради ёки тўхтатади (гипертрофияни қайтиши, юрак бўшлиқлари ўлчамини кичрайиши);

2. Юракни диастолик фаолиятини яхшилайди;
3. Антиишемик таъсир кўрсатади (миокардни кислородга бўлган талабини камайтиради, фаол кардиомиоцитларда гипоксия ва гибернацияни пасайтиради);
4. В- аденорецепторларни ташқи бошқарувчилар таъсирига сезувчанлигини тиклайди;
5. Юракни насос фаолиятини яхшилаб, отиб бериш хажмини оширади.

Метопролол (кунига 12,5-25 мг, 200 мг.гача ошириб борилади), *бисопролол* (кунига 1,25 мг-10 мг/кунига), *карведилол* (кунига 25 мг 2 марта).

БАБ ни қўллашга қарши кўрсатмалар:ўпкани обструктив касалликлари (бронхиал астма, сурункали обструктив бронхит ва бошқа);СЮЕ NYHA бўйича IV ФС;СЮЕ декомпенсацияси, ЮЕ белгилари кескин кучайиши (ўпка шиши, кардиоген шок, шиш синдромини кўпайиши);Яққол намоён бўлган брадикардия (ЮУС бир дақиқада 60 тадан

кам);Артериал гипотензия (систолик АБ 100 мм.сим.уст. дан паст);АВ ва СА блокадалар;Синус тугуни ҳолсизлиги синдроми;Хомиладорлик.

Шу билан бир қаторда БАБ ларни қандли диабет, СБЕ, жигар фаолияти ўзгарганда ва портал гипертензияда, ҳамда периферик қон айланиши бузилган (Такаясу касаллиги ва Рейно синдроми (карведилолдан бошқа)) беморларда қўллашда жуда эхтиёт бўлиш лозим.

Чап қоринча мушакларининг пасайган қисқарувчанлик хусусиятини кучайтириш мақсадида юрак гликозидлари (ЮГ) дан кўрсатмаларга асосланган ҳолда фойдаланилади.

ЮГ таъсири: мусбар инотроп самара (миокардни қисқарувчанлигини оширади);манфий хронотроп самара (ЮУС камайтиради); манфий дромотроп самара (Гисс тутамида ва унинг оёқчаларида ўтқазувчанлик сақланган холда АВ тугундан электрик импульсларни ўтишини секинлаштиради);нейромодулятор таъсир (САТ ва РААТ фаоллигини пасайтиради).

ЮГ беришга кўрсатмалар:

- СЮЕ II- IV ФС (NYHA бўйича) ЧҚ ни систолик дисфункцияси белгилари (ОФ <40%) (абсолют кўрсатма) ва бўлмачалар фибрилляцияси тахисистолик тури. Ушбу холатда ЮГ ни клиник самараси манфий дромотроп ва хронотроп таъсири хисобига АВ ўтқазувчанлик пасаяди, парасимпатик асаб тизими тонуси ошиши хисобига ЮҚС камаяди. Мусбат инотроп таъсири бир оз намоён бўлади. ЮГ лари ичишга тавсия этилади;
- СЮЕ II- IV ФС (NYHA бўйича) сақланган синусли ритм ва ЧҚ ни ОФ< 30-35%, агар юракда III тон эшитилса ва кардиоторакал индекс > 0,55;
- Қоринча усти тахиаритмияси (бўлмачалар хилпиллаши ва титраши, суправентрикуляр пароксизмал тахикардия), ЮЕ белгилари бўлишидан қатъий назар. Ушбу холатда ЮГ лари томир ичига юборилади.

ЮГ беришга қарши кўрсатмалар: обструктив гипертрофик кардиомиопатия, оғир гипо ва гиперкалиемия, гиперкальциемия, АВ блокада, WPW-синдроми, синус тугуни сустлиги синдроми, тез-тез, жуфтлашган, политоп қоринчалар экстрасистолиялари ва аллоритмиялар ҳамда қоринчалар пароксизмал тахикардиясида қўллаш мумкин эмас. ЮГ элиминацияси камайганда (СБЕ, қарияларда) бемор аҳволини мўътадил ушлаб турувчи миқдори 2-3 мартага камайтирилади ва имкон қадар қон зардобидаги гликозид ва креатинин кўрсаткичи назорат қилинади.

СЮЕ билан оғриган беморларни ЮГ лари билан даволашнинг замонавий концепцияси асоси гликозидлардан захарланиш ва аритимлар ривожланиши хавфини олдини олишдан иборат. Шу саббли СЮЕ узоқ вақт давомида ЮГ билан даволашнинг биринчи ва асосий принципи – бу препаратни кам дозада бериш. ЮГ ларини юқори дозада қўллаш ҳаётга хавф солувчи қоринча усти ва қоринча аритмиялари, ҳамда ЮГ ларидан захарланиш ривожланиши хавфи ошиши тасдиқланган. Хозирги кунда ЮГ ларини даволашнинг биринчи кунидан бошлаб ушлаб турувчи дозада қўлланилади. Мўътадил ушлаб турувчи дори миқдори беморнинг аҳволидан келиб чиққан ҳолда тавсия этилади. Бунда томир уриш тезлиги тинч ҳолатда 1 дақиқада 60-68 та, оддий жисмоний ҳаракатда эса 90-100 мартадан ошмаслиги керак.

Зарурият бўлганда ва кўрсатмаларга асосланган холда ЮГ лари в/и қуйидаги дозаларда қўлланилади: *строфантин* - 0,05% 0,5- 1 мл (0,25-0,5 мг гача), *корглюкон* 0,06% - 1 мл (0,6 мг гача), *дигоксин* (0,25 мг таблетка) 0,025% - 1-2 мл (0,25-0,5 мг гача). Бундан ташқари қуйидаги ЮГ лари хам амалиётда қўлланиб турилади: *ацедоксин* (ацетилдоксин) 0,2 мг. таблетка, 0,01% - 2 мл, *ланитоп* (β-метилдигоксин) 0,1 мг таблетка, эритмаси 0,01% - 2 мл, *целанид* (изоланид) 0,25 мг таблетка, эритмаси 0,02% - 2 мл, *дигитоксин* (кардиотоксин) 0,1 мг таблеткада ва 0,15 мг шамча кўринишида. Барча эритмалар натрий хлоридни изотоник эритмасида оқим билан ёки томчилаб в/и га юборилади. СЮЕ билан оғриган беморларни даволашда ЮГ лари билан бирга ААФИ, диуретиклар, зарурият бўлганда БАБ лар бериш тавсия этилади. Бундай усул дорилар миқдорини камайтиришга ва жожўя таъсирларини олдини олишга имкон яратади.

Гликозидлардан заҳарланиш белгилари:

1. Диспептик бузилишлар (иштахани пасайиши, кўнгил айниш, қайт қилиш, кам холларда диарея)- ЮГ лари узунчоқ мияни қўзғатиши хисобига юзага келади.
2. Неврологик бузилишлар (тез толиқиш, бош айланиши, яққол намоён бўлган уйқучанлик ёки уйқусизлик, тунда қўрқинчли тушлар ўриш, қўзғалувчанлик, эс хушни хиралашиши, психоз ва делирия). Кўришни бузилиши –предмет атрофидасариқ ёки сарғиш – яшил халқани пайдо бўлиши (ксантоксия), айниқса ёруғлик манбаъйига қараганда, кўриш ўткирлигини пасайиши, предметларни кичрайтирилган ёки катталаштирилган ўлчамда кўриш.
3. Кардиал бузилишлар – хаётга хавф солувчи ритм ва ўтқазувчанлик бузилиши (бигемения ёки тригеминия кўринишидаги, ҳамда политоп, жуфтлашган қоринчалар экстрасистолияси, қоринчалар тахикардияси (жумладан “пируэт” турдаги полиморф қринчалар тахикардияси), қоринчалар фибрилляцияси, қоринча усти параксизмал ва нопараксизмал тахикардияси, АВ-блокада II ва III даража, яққол намоён бўлган брадикардия (ЮУС бир дақиқада <60). СА –блокада, синус тугуни тўхташи, бўлмача хилпиллаши ва титраши).
4. ЭКГ ўзгаришлар: юқорида санаб ўтилган тирм ва ўтқазувчанлик бузилишларидан ташқари RS- T оралиқни ўрта чизиқдан тоғорасимон силжиши, текисланган, икки фазали ёки манфий Т тишчаси, Q-T оралиқни қисқариши кузатилиши мумкин.

Айрим холатларда ЮГ лари билан захарланиш СЮЕ белгиларини кучайиши, тана вазнини камайиши, гинекомастия ва неврооғик бузилишлар билан бошланиши мумкинлигини ёдда тутиш лозим.

Юқорида санаб ўтилган белгиларнинг бирортаси пайдо бўлганда дори миқдорини камайтириш билан чекланиб қолмай, уни қабул қилиш тезда тўхтатилади. Енгил гликозидли захарланиш дорини тўхтатгандан кейин ўзи ўтиб кетади. Гликозидлардан оғир заҳарланишда эса унитиол эритмаси аввал 5-20 мл 5% в/и га, кейин 5 мл 3-4 марта м/о га юборилади. Кўрсатмага кўра антиаритмик дори воситалари, АВ блокадада атропин (0,1% - 1,0 мл в/в ёки тери остига) қўлланилади, заруқият бўлганда дезинтаксикацион даво олиб борилади.

Заҳарланиш белгилари йўқолгандан 2-3 кун ўтгач, (дигоксинда 2-4 ҳафтадан кейин) даволашнинг кунлик миқдори 25-75%га камайтирилган ҳолда давом эттирилади.

СЮЕ мавжуд бўлган беморларни даволашда юракка тушадиган олдинги ва кейинги юкламани камайтириш учун периферик вазодилататорлар тавсия этилади. *Веноз вазодилататорлар – нитратлар* (нитросорбит 0,01 г 3-4 марта, молсидамин (корватон, сиднофарм) 0,002 г, 1-2 таблеткадан 2-3 марта ва изокет -10 мл изотоник эритмада в/и га томчилаб, нитронг–форте 6,5 мг 3 марта, оликард 20-60 мг 1-2 марта ва бошқалар) юқори миқдорда қоринчалар тўлиш босимини пасайтиради ва димланишли юрак етишмовчилигида яхши самара беради. СЮЕ юқори қон босим билан бирга кечганда кейинги зўриқишни камайтириш мақсадида *артериал вазодилататор - апрессин* (гидралазин) 0,025 г 1 та таблеткадан кунига 3-4 марта (миноксидил 0,005 г, тропафен 2% ли 1 мл изотоник эритмада в/и томчилаб) буюрилади; Заруқият бўлганда а*ралаш таъсирга эга бўлган вазодилататор- нитропруссид натрий* (0,25 ва 0,05 г изотоник эритмада в/и га томчилаб), *празозин* (кунига 2-10 мг, илк миқдори 0,5-1 мг, қисқа муддатли даво учун) буюрилади. Бу гуруҳдаги дори воситалар ЮГ ва диуретиклар яхши самара бермаган оғир ҳолларда, СЮЕ кескин чап қоринча гипертрофияси ва гипертензион синдром билан кечганда қўлланилади.

СЮЕ мавжуд бўлган беморларни даволаш комплексига тромбоэмболик асоратларни олдини олиш мақсадида **антикоагулянтлар ва антиагрегантлар** қўллаш тавсия этилади. Гепаринни кунига 5000 ТБ дан 4 марта т/о юбориш, *ацетилсалицил кислота* 50-320 мг ёки стазекс 75 мг (клопидогрел) кунига бир марта овқатдан сўнг ичиш буюрилади. *Варфарин* (витамин К антагонисти, кунлик ушлаб турувчи миқдор 2-10 мг.) таъсири 2-3 кундан кейин намоён бўлишини ҳисобга олиб даволаш аввал гепарин кунига 5000 ТБ дан 4 марта тери остига юборишдан бошланади. Бу гуруҳ дори воситалири қўлланилганда қоннинг ивиш вақти ва коагулограммани назорат қилиш лозим. Шу ўринда сўнгги йилларда антиагрегантлар ва ААФИ бирга қўлланилганда сўнгги гуруҳ дориларини самарадорлиги камаяди деган маълумотлар борлигини эслатиб ўтмоқчимиз.

Гликозид бўлмаган инотроп воситалар юрак гликозидларига нисбатан кучлироқ мусбат инотроп таъсирга эга ва СҚАЕ нинг оғир босқичларида тавсия этилади. Уларнинг икки гуруҳи амалиётда кенг қўлланилади:

1. бетта-адренергик рецепторларни қўзғатувчилар (допамин, добутамин, ибопамин, преналтерол, ксамотерол);
2. фосфодиэстераз ингибиторлари (амринон, милринон, эноксимон, пироксимон, феноксимон, питобензан, адибензан).

Бетта-адренорецепторларни қўзғатувчи воситаларнинг қуйидагиларидан кенг фойдаланилади:

Допамин 40 мг, 200 мл. 5% глюкоза ёки натрий хлорнинг изотоник эритмасида в/и томчилаб 2-4 мкг/кг/мин тезликда.

Добутамин β_1-адренорецепторларни танлаб қўзғатиши ҳисобига миокарднинг қисқарувчанлигини оширади. Артериал гипертензиясиз кечаётган оғир юрак етишмовчилигини даволашда юракнинг зарб ҳажмини ошириш мақсадида қисқа муддатли добутамин билан даволаш курслари тавсия этилади. Добутамин назначают короткими

курсами для повышения сердечного выброса у больных с тяжелой сердечной недостаточностью при отсутствии артериальной гипотензии. Препарат выпускают во флаконах по 20 мл стерильного раствора, в 1 мл которого содержится 12,5 мг добутамина. Содержимое флакона растворяют в 500 мл 5% раствора глюкозы и вводят со скоростью 2,5 мг/кг/мин.

Фосфодиэстераз ингибиторлари қон томирларни кенгайтириш хусусиятига эга бўлиб, олдинги ва кейинги зўриқишларни камайтиради, миокарднинг қисқарувчанлигини кучайтиради ва СЮЕ да зарб ҳажмини оширади.

Амринон лактат–(*инокор*) - оғир кечаётган СЮЕ бўлган беморларда ЮГ, диуретиклар ва вазодилататорларга сезувчанлик бўлмаганда кўлланилади. Бунда 100 мг. препарат изотоник эритмада в/и томчилаб юборилади.

Ксамотерол (карвин)— классический частично селективный β_1 - адреностимуляторов. Применяется при нетяжелой сердечной недостаточности, особенно в сочетании с ИБС или мерцательной аритмией. Препарат противопоказан при артериальной гипотензии, периферических отеках, остром отеке легких, увеличении печени, высоком венозном давлении, при тахикардии (ЧСС более 90 уд/мин. в покое) при бронхиальной астме, беременности. Препарат принимают в/в в начальной дозе 200 мкг 1 раз в день, через неделю при необходимости дозу повышают до 200 мкг 2 раза в день.

Гликозид бўлмаган инотроп воситалар асосан ўткир ЮЕ ни, жумладан, миокард инфаркти бўлган беморларда кардиоген шокни даволашда, енгил ёки оғир СЮЕ нинг тўсатдан оғирлашганда, диуретиклар, ААФИ, дигоксин, периферик вазодилататорларни биргаликда бериш яхши самара бермаган ҳолларда қўлланилади.

Масала:

37 ёшли бемор П..ни 2 йилдан бери хансирашлар, енгил жисмоний харакатда юрагини уриб кетишлари, оёқларидаги шишлар, ўнг қовўрға ёйида оғирлик хисслари, юрагини уриб кетишлари безовта қилади. Регуляр дигоксин, сийдирувчи дорилар,кардарон, аспирин ичади. Бугун тўсатдан жисмоний ишдан кейин, тўш ортида оғриқлар, хансираш, йўтал, қон туфлаш, цианоз, совуқ тер, бош айланиши бошланган. Тез ёрдам чақирган. ЭКГда чап ва ўнг қоринчанинг гипертрофияси, ўнг қоринчанинг зўриқиши, Гисс тутамининг ўнг оёқчасини тўлиў блокадаси бор. ЭхоКГда миокарднинг диффуз қисқарўвчанлигининг пасайиши, симметрик барча қоринчаларининг кенгайиши, зарб хажмининг камайиши бор. Диагноз. Ташхис. УАШ тактикаси.

Масала:

Бемор 68 ёш, бир неча йиллардан бери стенокардия билан оғрийди. Хуружларни хар куни 1-2марта кунига юрганда сезарди. Госпитализациясигача 1 хавфта олдин оғриқларнинг кучайгани ва интенсивлигини кучайганини сезган. Хуружларининг сони кунига 10-15 тагача етган ва бу оғриқ олдин ўзи ўтган бўлса, энди бу оғриқлар нитроглецерин ичганидан кейин ўтадиган бўлиб қолган. Шифокорларга мурожжат қилмаган ва хеч фандай антиангинал препаратлар ичмаган. Госпитализация бўлган куни кўчада тўсатдан ангиноз характердаги оғриқлар, хансираш ва йўтал кўпиксимон балғам билан ва хушдан

кетиш билан бошланган. Бунда қон босими 80/60 мм. сим. уст. Пасайган. ЭКГда ST сигментини I, II, aVL, V1-6гача кўтарилган. Ташхис. Даволаш.

Масала:

Бемор 50 ёш, шикоятлари бошини теппа энса қисмидаги оғриқлар, юрганда хансирашларга, тинчлик пайтида хаво етишмасликка, юрагини уриб кетишлари, қон бисимини 10 йилдан бери ошиб туришига. Курганда хансираш, кўпикли балғам билан йўтал, тўш ортида босўвчи оғриқлар. АД 245/135. Ахволи оғир, тери оқ ва нам. Ўпкада нафас сусайган, икки томонлама нам хириллашлар.юрак чегаралари чап томонга 2 см катталашган, аорта устида II тон акценти, чўққида систолик шовқин. Юрак тонлари ритмик ва бўғиқ, тахикардия 140та. Жигар 2см чиқиб турибди. Шишлар йўқ. ЭКГда ритм синусли, чап қоринчанинг гипертрофияси. Тўлиқ клиник ташхис. Текшириш режаси. Даволаш.

Масала:

Бемор 16 ёш. Охирги 2-3 йилдан бери холсизликка, хароратини 38.7^0 С гача ошиши, хансираш, жисмоний харакатда юрагини уриб кетиши. Курганда кўз тагларини шишганлиги, кўзини атрофида қора халқа, тери нам, кўкрагида унча катта бўлмаган юрак бўкри бор. Юрак чегаралари кўндалангига кенгайган. Пульс 92та. Қулида АД 125/50, оёқларида эса 130/80 мм.сим.уст.га тенг. ФКГда тўш суягидан чапда II чи қовурға оралиғида қўппол систоладиастолик шовқин эшитилади. ЭКГда чап қоринчанинг гипертрофияси белгилари. Рентген текширувида эса артериал русла хисобига упка суръати кучайган ва юракнинг ўнг чегаралари ва чап бўлмача кенгайганлик белгилари. Жигар 3см қовурға ёйидан чиқиб турибди. УҚТ: Гемоглобин- 96 г/л, эр 3,1; мм/ч. лейкоцитоз ($9x10^9$/л) лейко формулани чапга силжиши билан, ЭЧТ-50. Танглайдан олинган суртмада стрептококк аниқланган. В мазке из зева зеленящий стрептококк. ҚБА: гиперпротеинемия, диспротеинемия, фибриногенни ошиши, ДФА ва тимол синамалар, СРП- мусбат. Ташхис. Текширув режаси.

Масала:

Бемор 57 ёшда тез ёрдамда олиб келинди. Шикоятлари: тўш ортидаги босўвчи характердаги оғриқ, чап қўлга узатилиши билан, ўлим қўрқуви, умумий холсизлик. Оғриқ 3 соатдан бери давом этади. Нитроглецирин ёрдам бермаган. Курувда: тери рангпар, юзи совуқ ёпишқоқ тер билан қопланган. Лабларида цианоз. тери қопламларини мрамирсимонлиги. Упкаларнинг устида везикуляр нафас. Пастки қисмларда димланиш. Юрагида: чап чегараси 2см ўрта ўмров чизиғидан чапда. Ўнг чегараси эса тўшнинг ўнг қирғоғида. Юқориги чегараси 3 қовўрғалар оралиғида. Тонлари бўғиқ. Пульс ва ЮУС– 120 та мин.га. юмшоқ ва норитмик. АД – 70/40 мм.сим.уст. қорни салгинашишган, оғриқсиз. Жигар ва талоқ катталашмаган. t – 36,6 С, иккинчи куни температура - 38 С. УҚТ: эр – 4,5 Hb -116 г/л, L-10,2, ЭЧТ – 18 мм/ч. ПТИ – 109 %, АСТ – 1,8, АЛТ – 0,9 ммоль/л, альдолаза – 12 ед/мл. Диурез камайган.

ЭКГда – ритм синусли, II, III, aVF тармоқларида кенг ва чуққур Q тиш, манфий Т тиш, ST изолиниядан анча юқорида. Политоп экстрасистолялар. Ташхис. УАШ тактикаси. Даволаш.

Масала:

Бемор 50 ёш. Шикоятлари: бош оғриқлари, юрак соҳасида сиқўвчи чап қўлаг узатилувчи оғриқларга, сал харакатда хансирашларга, ётганда нафас сиқишларига, юрагини уриб кетишига, АДни ошишига. Анамнезидан 10 йилдан бери хафақон касаллиги билан оғрийди. Кўрувда: тўсатдан тўш ортида оғриқлар бошланган, кўпиксимон балғамли йўтал, нафас сиқиши. Беморнинг ахволи оғир, тери қопламлари рангпар, нам, акроцианоз. Упкасида икки томонлама нам хириллашлар эшитилади. Нафас сони-28та. Юрагида чегаралари чапга силжиган. Аускультацияда: тонлари бўғиқлашган, аритмик. ЮҚС- 140 та/мин. АД- 245/135 мм.сим.уст. қорни юмшоқ. Жигар 2см каталашган. Переферик шишлар аниқланмади. ЭКГда хуружгача: Ритм синусли эди, ЧҚГси ва жўриқиши билан. Политоп экстрасистолялар. УҚТ:ўзгаришларсиз. Тўлиқ диагноз. Даволаш.

Масала:

Бемор 20 ёшда. 6 ой аввал шамолашдан кейин юзага келган хар кунги бош айланишлар, хушидан кетиш олди холатлари муносабатлари билан текширишларга жунатилган. t – 38,2 С. Юрак тонлари бўғиқ, аритмик, ЮҚС -60 та/мин. АД 120/80 мм.сим.уст. УҚТ: эр – 4,5 Hb -116 г/л, L-10,2, ЭЧТ – 25м/ч., ЭКГда: атриовентрикуляр блокада II даражада. УСТ: зичлиги 1020, оқсил-0,033%, лейкоцитлар 3-4/1.

Тахминий ташхис. Текширув режаси. УАШ тактикаси.

Назорат саволлари

1. Юрак конфигурацияси ўзгариши биланкечадиган касалликларни сананг.
2. КМП классификацияси (ВОЗ).
3. ДКМПнинг клиникаси ва диагностикаси.
4. ГКМПнинг клиникаси ва диагностикаси.
5. КМПларнинг даволаш принциплари.
6. РКМПнинг клиникаси ва диагностикаси.
7. Юрак конфигурацияси ўзгариши билан кечадиган касалликларда УАШ тактикаси.

Пульмонология

Амалий машғулот №21

Йўтал ва балғам ажралиши. ЎРК, ЎРВИ, ўткир бронхит ва зотилжамни таққослама ташҳислаш. Ўпкани касалхонадан ташқари ва касалхона ичи пневмониясининг таққослама ташхиси. Зотилжамни келиб чиқишига кўра турлари (бактериал, вирусли, микаплазмозли). УАШ тактикаси. ҚВП шароитида респиратор касалликларни даволаш ва профилактикаси

Машғулот вақти 4 соат	Талабалар сони : 10-12 тагача
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Ўқув дарси таркиби	1. Тематик ўқув хонаси. 2. ЭКГ хонаси 3. Ўқув қўлланмалар, тарқатма материаллар, фантом, муляжлар, вазиятли масалалар тўплами,

	текширувчи тест саволлари. 4. Телевизор, видео аппаратуралар, мультимедиа воситалари. 5. Касалхона хоналари.
Ўқув дарси мақсади:УАШ ни йўтал билан кечувчи касалликлар замонавий ташхисоти ва қиёсий таққослаш саволлари билан ўқитиш.	
Педагогик саволлар: 1. УАШ га ўпканинг сегментар ва бўлакли зарарланиши диагностикасини, касаллик босқичлари ва этиологиясига кўра турлича кечишини ўргатиш. 2. УАШ га ўпканинг сегментар ва бўлакли зарарланиши билан кечувчи касалликлар қиёсий ташхисотини ўтказишин ўргатиш. 3. УАШ ни инфекцион ва ноинфекцион характерли сегментар ва бўлакли зарарланиши билан кечувчи ҚВП ва ОП шароитида даволаниши мумкин бўлган касалликлар билан тагништириш. 4. УАШ малакавий даражасидаги олиб бориладиган вазифаларга тегишли саволларни тахлил қилиш. 5. Медикаментоз ва номедикаментоз даволаш чораларини тахлил қилиш. 6. ҚВП ва ОП шароитидаги беморларни олиб бориш тактикаси, назорати ва мониторинги принцпларини тахлил қилиш. 7. Ушбу касалликларнинг бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикаси.	**Ўқув ишлари натижаси:** **<u>УАШ билиши лозим:</u>** Ўпка инфаркти, бўлакли пневмония, инфилтратив туберкулёз ва ўпка инфаркти клиник белгиларини (касалликлар кечишида ўзига хосликлари). Ушбу касалликларнинг ўзаро қиёсий ташхисоти. УАШ тактикаси. ҚВП ва ОП шароитида беморлар диспансер назорати ва мониторинги. Ушбу касалликларнинг бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикаси. **<u>УАШ килиши лозим:</u>** Ўпка инфаркти, бўлакли пневмония ва инфилтратив туберкулёз ксалликларини ташхислаш учун бемор шикоятлари ва анамнез маълумотларини қайта ишлаш. Ўпка инфаркти, бўлакли пневмония ва инфилтратив туберкулёз ксалликларини клиник лаборатор ва рентген текширув натижаларига асосланиб қиёсий таққослаш ва ташхисялаш. Номедикаментоз даволаш бўйича беморларга маслахатлар бериш. ҚВП ва ОП шароитида мониторинг ўтказиш.
Ўқитиш услублари	Услуб : «галерея бўйича сайр». Намойиш этиш, видеокўрсатмалар, ўзаро мунозара, тест саволларини ва вазиятли масалаларни хал этиш.
Ўқув жараёни шаклини ташкиллаштириш	Якка тартибда, гурухли тартибда, жамоавий, аудитор ва ноаудитор тартипда ишлаш.
Ўқитиш воситаси	Ўқув тарқатма қўлланмалари, кўргазмали ашёлар, видеофилмлар, муляжлар, график органайзерлар, балғам суртмалари, тиббиёт карталари, стендлар,

	таблицалар, рентгенограммалар.
Қайта боғлов усуллари ва воситалари	Блиц-сўроқ, бажарилган ўқув дарсини натижаларини презентация қилиш, касаллик тарихини тўлдириш, амалий кўникмаларни бажариш «профессионал сўров»

Ўқитиш технологияси

Дарснинг технологик картаси

№	Амалий машғулат босқичлари	Машғулотшакли *Ўтказилиш жойи*	Машғулот вақти
1	Кириш қисми (мавзуни ёритиш)		10
2	Амалий машғулотмавзусини янги педагогик технологиялар ёрдамида мухокамақилиш (услуб «галерея бўйлаб саёхат»), шу билан бирга кўргазмали ашёлар (касаллик тарихи, жадваллар, суратлар,рентгенограммалар), даражани аниқлаш.	Сўров, мухокама *Ўқув хонаси ва беморхона*	40
3	Мухокама хулосаси		10
4	Амалий қисм учун топшириқни аниқлаш – профессионал расспрос. Касаллик тарихини тўлдириш учун тушунтириш ва маслахатлар бериш.	Мухокама	20
5	Ўқитувчи бошчилигидаги асосий амалий қисм.	Проф. сўроқ. Беморлар билан мулоқот, тиббий карталарни тўлдириш, вазиятли топшириқларни хал этиш. *Беморхоналарда тематик беморларни куўриш.*	20
6	Бемор текширув натижалари: шикоятлари, кўрик, пальпация, перкуссия, аускультация, УҚТ, УБТ, УСТ, рантген тасвири, балғам экмаси, қон биокимёвий текширувларига асосланиб ташхис қўйиш.	Касаллик тарихи, лабаратор маълумотлар, вазиятли топшириқлар.	25

7	Талабалар амалий ва назарий билимларини мухокама қилиш, билимларни мустахкамлаш, ўзлаштириш даражасини бахолаш.	Оғзаки сўроқ, тестлар, мухокама, амалий кўникмаларни аниқлаш *Ўқув хона*	55
8	Амалий машғулотмавзуси бўйича хулосалар чиқариш, 100 баллик тизи бўйича бахолаш ва бохоларни эълон қилиш. Кейинги мавзу бўйича уйга вазифани тайинлаш (саволлар жамланмаси)	Мустақил таёрланиш учун маълумот ва саволлар. *Ўқув хона*	25

Йўталли беморлар муаммоларини хал этиш учун талаба <u>билиши лозим</u>:

№	**Билимлар рўйхати**	**Пойдевор даражаси**
1	Йўтал билан кечувчи касалликлар рўйхати	Талаба камида 10 та кўп учрайдиган касалликларни билиши керак
2	Йўтал билан кечувчи бир мунча хавфли касалликлар рўйхати	Талаба камида 5 та касалликни билиши керак
3	ҚВП ва ОП шароитида олиб бориладиган касалликлар рўйхати (1-тоифа)	УАШ малакавий хусусиятларига асосланган холда
4	Тор мутахасис маслахати еки госпитализацияга мухтож касаллар рў+йхати (2-тоифа)	УАШ малакавий хусусиятларига асосланган холда
5	ҚВП ва ОП шароитидаги текширув усуллари рўйхати (3.1-тоифа).	УАШ малакавий хусусиятларига асосланган холда
6	ҚВП еки ОП имкониятларидан ташқари ўтказиладиган текширув усуллари рўйхати (3.2-тоифа).	УАШ малакавий хусусиятларига асосланган холда
7	Йўтал билан кечувчи касалликларни ташхислашда хал қилувчи вазиятлар.	Талаба хар бир касаллик белгиларини ва улранинг ўзаро фарқли белгиларини, шу билан бирга касалликлар диагностик мезонларини билиши керак.
8	Юрак астмаси еки ўпака шиши белгилари.	Талаба симптомларни санаб ўтиши керак.
9	Бронхиал астма белгилари	Талаба симптомларни санаб ўтиши керак.
10	Қон айланиши етишмовчилиги белгилари	Талаба симптомларни санаб

		ўтиши керак.
11	Нафас етишмовчилиги белгилари	Талаба симптомларни санаб ўтиши керак.
12	Ички аъзолар зарарланиши белгилари	Талаба зарарланиш белгиларини билиши керак.
13	«Светофор» принципи	Талаба максимал нафас чиқариш тезлигини билиши керак (МНТ)
14	Лабаротор – инструментал текширув нанижалари.	Талаба билиши лозим: Меёрий кўрсаткичлар ва уларнинг патологик ўзгаришларини.
15	Даволаш тактикаси	Талаба даволаш усуллари ва принцпларини билиши лозим. (шу билан бирга номедикаментоз даволаш усулларини).
16	Бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика принцпларини.	Талаба бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика учун зарур чора – тадбирларни билиши лозим.
17	ҚВП ва ОП шароитида беморлар реобилитацияси ва диспансеризацияси принциплари (4-тоифа)	Талаба реобилитация ва диспансеризация бўй+ича аоси+й чора тадбирларни санаб бериши лозим.

Йўталли беморлар муаммоларини хал этиш учун талаба <u>билиши лозим</u>:

№	Кўникмалар рўйхати	Пойдевор кўникмалари
1	Бемор ва бемор қариндошларини сухбатдан ўтказиш.	• Талаба ташхисни шакиллантиришда катта ахамият касб этувчи саволларни бера олишни билиши лозим. • Талаба бемор шикоятларини мақсадга йўналтирилган равишда суриштириши ва аниқлай олиши лозим. • Талаба касаллик анамнезидан касаллик бошланишини, биринчи симптомларини, нима билан боғлиқлигини ва касаллик ривожланиш динамикасини анализ қила олиши лозим. • Талаба бемор хаёт анамнезидан хавф омиллари таъсирини, ота – онаси ва яқин қариндошлари соғлиғи хақида керакли маълумотларни йиға олиши

		лозим.
2	Хавф омилларини аниқлаш.	Талаба бемор хавф омилларини анамнез маълумотларига ва шу билан бирга умумий кўрикка асосланиб аниқлай олиши лозим.
3	Тана вазни индексини хисоблаш.	Талаба аниқлай олиши лозим: - вазн танқислигини - тўла вазинликни
4	Артериал қон босимни ўлчаш.	Талаба қон босим ўлчаш техникасини қадамба – қадам принципида билиши лозим.
5	Тери қопламлари кўригини ўтказиш.	Талаба қуйидагиларни аниқлай олиши лозим: -рангпарликни - цианозни - тошмалар борлигини
6	Томоқ кўриги	Талаба томоқ кўригини қадамба – қадам принципи асосида ўтказа олиши ва ангина аломатларини аниқлай олиши лозим.
7	Кўкрак қафаси кўриги ва пальпациясини ўтказиш.	Талаба бажара олиши лозим: - кўкрак қафасиэкскурсиясини бахолаш - овоз дириллашини бахолаш - кўкрак қафаси эластиклигини бахолаш - даформацияларни аниқлаш
8	Нафас аъзолари перкуссиясини ўтказиш.	Талаба бажара олиши лозим: Ўпка товуши ўзгаришларини аниқлаш ва уларни интерпретация қилиш
9	Нафас аъзолари аускультациясини ўтказиш.	Талаба бажара олиши лозим: Везикуляр ва бронхиал нафасни бахолаш, бундан ташқари патологик шовқинлар ва хириллашларни интерпретация қилиш
10	Юрак сохаси пальпациясини ўтказиш.	Талаба бажара олиши лозим: - юрак туртикиси - систолик ва диастолик тебраниш Талаба чўққи турткисини бахолай олиши лозим.
11	Юрак перкуссиясини ўтказиш	Талаба бажара олиши лозим: - юракнинг нисбий ва обсалют бўғиқлик чегараларини - томирлар чегараларини - юрак кўндаланги -юрак конфигурацияси Талаба аниқлай олиши лозим: - юрак қисмлари гипертрофияси белгиларини - митрал конфигурациясини

		-аортал конфигурациясини
12	Юрак аускультациясини ўтказиш	Талаба аниқлай олиши лозим: - I ва II тон сусайганлигини - чўққида I тон кучайишини - ўпка артерияси ёки аортада II тон акцентини - систолик ва диастолик шовқинларни фарқлаш ва улирнинг тарқалиш нуқтасини аниқлаш. Функционал юрак шовқинларини органик шовқинлардан фарқлаш. - перикард ишқаланиш шовқини
13	Тана охирларини кўздан кечириш	Талаба тана охирларини куздан кечириши ва қуйидагиларни аниқлай олиши лозим: - махаллий ва умумий шишлапр. Бармоқ билан оёқ кафти юзасини босиб кўриб шишларни аниқлай олиши: - чуқурча хосил бўладими ёки йўқми.
14	Суяк бўғими - тизими кўригини ўтказиш	Талаба аниқлай олиши лозим: - бўғим синдроми мавжудлигини
15	Қалқонсимон без кўригини ўтказиш	Талаба қалқонсимон безни кўриши ва пайпаслаб ундаги катталашиш аломатларини ва шу билан бирга без ўлчамларига қараб буқоқ даражаларини ажрата олиш
16	Пикфлоуметрия ўтказиш	Талаба қадамба – қадам принципи асосида пикфлоуметрияўтказа олиши
17	Пикфлоуметрия натижаларини интерпретация қилиш	Талаба билиши лозим: - бемор ёши, жинси ва тана тузилишидан келиб чиқиб стандарт таблица ва диаграммалардан фойдалана олиш. - бемор ёши, жинси ва тана тузилишини хисобга олиб ПСВ фоиз тафовутларини хисоблай олиш. - олинган натижаларни анализ ва прогназлаш
18	Офтальмоскопия ўтказиш	Талаба қадамба – қадам принципи асосида офтальмоскопияўтказа олиши
19	Клиник, инструментал ва биохимик натижаларни интерпретация қилиш	Талаба меёр ва патологик ўзгаришлар чегарасини аниқлай олиши лозим
20	Ўпканиг рентген тасвирини интерпретация қилиш	Талаба қуйидаги холатлар аломатларини аниқлай олиши лозим: - пневмония - пневмоторакс - плеврит

		- ўпка раки ва туберкулез - сурункали бронхит - ЎАТЭ (ТЭЛА)
21	ЭКГ оилш ва уни тахлил қилиш	Талаба ЭКГ нинг қадамба – қадам принципи асосида тушира олиши лозим Талаба ЭКГ тахлилини ўқий олиши ва қуйидагиларни аниқлаши лозим: - юрак бўлимлари гипертрофияси - ритм бузилишлари
22	Йўтал билан кечувчи касалликларни ўзаро фарқлаш	Талаба касалликларни ўзига хос хусусиятларидан келиб чиқиб фарқлаши (анамнез, умумий кўрик ва лаборатор – инструментал текширувлар). Талаба обектив маълумотларга асосланиб бронхиал астмани юрак астмасидан фарқлай олиши лозим. Талаба объектив маълумотларга асосланиб қон айланиш етишмовчилигини нафас етишмовчилигидан ажрата олиши лозим.
23	Номедикаментоз маслахатлар бериш	Талаба билиши лозим : - беморларга ўз – ўзини бошқаришни ўргатиш - диета столлари бўйича маслахатлар бериш - соғлом турмуш тарзини олиб бориш бўйича тўғри маслахатлар бериш
24	Госпитализациягача бўлган ёрдам кўрсатиш	Талаба бронхиал астма, спонтан пневмоторакс, юрак астмаси ва миокард инфарктида госпитализациягача бўлган ёрдамни кўрсата олиш.
25	Плевра пункциясини бажариш	Талаба спонтан пневмоторакс холатида плевра пункцияси ўтказиш техникасини мукаммал билиши лозим.
26	Йўтал билан кечувчи касалликларни даволашда дори препаратларидан рационал фойдаланиш	Талаба самараси исботланган дори воситаларини танлаб буюришни билиши лозим. Дори воситасини ьтанлаш вақтида талаба билиши лозим: - эффективлигини - хавфсизлигини - нормал қабул қилинишини - тежамлилигини
27	Беморлар кузатуви ва мониторинги	Талаба қуйидагилар мониторингини ва назоратини олиб бориши керак: - УҚТ - умумий балғам тахлили - рентген

		- пикфлоуметрия

Амалий машгулот баёни

Йўтал – беморларни УАШ хузурига етакловчи шикоятлардан биридир. **Йўтал** организмнинг химоя реакцияси бўлиб, юқори нафас йўлларидан ёд жисмларни, балғамни, чанг зарраларини, инфилтратларни чиқаришга қаратилган ва баъзан эса пастки нафас йўлларининг тез – тез учровчи касалликлари белгиси хисобланади.

Йўтал – мураккаб рефлектор жараён бўлиб кўкрак қафаси ичи босимининг бирдан кўтарилиши билан борувчи жараёндир.

Йўтал хаммадан кўп ўпканинг касалликлари билан бирга намоён бўлади. Йўтал рефлекси адашген нерв толасидан бошланади. Плевра ёки нафас йўлларида жойлашган рецепторлар қитиқланиши натижасида узунчоқ мияда жойлашган йўтал марказига импулс узатилади. У ерда ретикуляр тизим полисинаптик йўллари орқали бронхлар, диафрагма, ютқин кординирланган реакцияси юзага келади. Кўкрак қафаси босими 140 мм.сим.уст. етади. Хаво оқими тезлиги 20-30 баробар ортади, йирик бронхларда 30-40м/сек, урилиш тезлиги 12л/с гача етади. Йўтал рефлекси бош мия пўстлоқ ости марказлардан назорат қилиниб, айрим касалликларда йўтал специфик симптом бўлиб хисобланади. Шунинг учун беморлардан сўраш вақтида йўтал бошланиш вақтига, давомийлиги ва ажралаётган балғам характерига катта ахамият бериш керак.

Пневмония – ўткир инфекцион – яллиғланишли касаллик бўлиб, бактериал этиологияли нафас йўллари яллиғланиши билан кечувчи касалликдир. Бунда алвеолаларда эксудация ривожланиб, атроф бронхлар, қон томирлар ва плеврага тарқалувчи жараёндир.

Пневмониянинг маиший тиббий ахамияти: касалланиш йилига 1000 тадан 10-15 кишига тўғри келади;

Пневмония давомийлиги:

- Енгил кечишида – 2-3 хафта;
- Ўрта оғир кечишида – 4-5 хафта;
- Оғир кечишида – 6-8 хафта;

ПНЕВМОНИЯ КЛАССИФИКАЦИЯСИ (1995)

1. Этиологияси бўйича:

- бактериал,
- микоплазмали,
- хламидияли,
- вирусли,
- замбуруғли,
- паразитар,
- аралаш этиологияли,
- Ноаниқ этиологияли.

Бактериал флора гурухидан:

- грам+: пневмококк, тилла ранг стафилококк, йирингли стрептококк А гурухи, энтерококк ва бошқалар.;
- анаэроб грам+: пептококклар, пептострептококклар ва бошқалар;
- грам–:Фридлендер таёқчалари, (Klebsiella pneumoniae), Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosae, Legionella (хужайра ичи), протей ва бошқалар.;
- анаэроб грам–: бактероидлар, фузобактериялар, Branchamella catarrhalis, Moraxella catarrhalis.

2. Келиб чиқишига қараб:

- касалхонадан ташқари,
- касалхона ичи (госпитализациядан кейин 48-72 соат ўтгач),
- атипик,
- аспирацион,
- иммун танқисли беморларда,
- нейтропенияли беморларда.

Касалхонадан ташқари кучли қўзғатувчилари: пневмококк, Haemophilus influenzae, Legionella; касалхона ичи қўзғатувчилари: Staphylococcus aureus, Klebsiella pneumoniae, Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosae, Proteus, Bacteroides.

Хаво айлантириш тизимларида ривожланучи гурух хам тафовут қилинади – ЎСВ (кўпинча St.aureus ва бошқалар.).

3.Жойлашиши бўйича:

ўнг, чап, икки томонлама, тотал, бўлакли, сегментар, марказий, («илдиз олди»).

4. Оғирлик даражалари бўйича:

- оғир кечеши;
- ўрта оғир кечиши;
- енгил кечиши.

5. Асоратларига кўра (ўпка ва ўпкадан ташқари).

6. Касаллик фазалари бўйича (энг юқори, енгиллашиши, реконвалесценция, чўзилган кечиши).

Пневмония оғирлик даражалари

Симптом	Оғирлик даражаси		
	Енгил	Ўрта	Оғир
НС	25 дан кўп эмас	30 та отрофида	40 ва ундан ортиқ
PS	90 дан кам	100 тагача	100 тадан кўп
t^o	38^oгача	39^oгача	40^oва ундан юқори
Гипоксемия	Цианоз йўқ	Цианоз кам ифодаланган	Цианоз кучли ривожланган
ҚАЕ*	Йўқ	Кучсиз	Ёрқин
Зарарланиш кенглиги	1-2 сегмент	Икки томонлама 1-2 сегмент ёки бутун бўлак.	1 бўлакдан кўп, тотал; полисегментар.

Асоратлари:

- Ўпка:
- қон туфлаш;
- парапневмоник плеврит;
- бронхиал обструкция синдроми;
- ўткир нафас етишмовчилиги;
- юрак қон томир тизими томонидан (ўпкадан ташқари):
- коллаптоид холат (айниқса тик холатда);
- Ўткир ўпка - юраги;
- ДВС-синдроми;
- шок;
- анемия.

Чўзилган пневмония – бу ўпканинг ўткир инфекцион – яллиғланиш касаллиги бўлиб, асосан инфилтрат сўрилиши муддати (4 хафта), секинроқ 5-8 хафт ва соғайиш билан тугайди.

Атипик пневмония – бу хужайра ичида кўпаювчи микроорганизмлар: легионелла, хламидия, микоплазмалар томонидан чақирилувчи шаклидир. Бу шакл пневмония одатий клиник ва рентгенологик инфилтратив белгиларсиз кечади. Патогензи бўйича иккиламчи, антибиотиклардан пенициллин ва цефалоспорин қатори препаратлариги кам таъсирчандир.

КЛИНИКА

Характерли синдромлар:

- ўткир интоксикация синдроми (холсизлик, иштаха пасайиши, бош оғриғи, миалгиялар, хансираш, юрак уриб кетиши, рангпарлик, хуш бузилиши ва қон босими тушиб кетиши);
- Ўпка тўқимаси яллиғланиши синдроми (локал бронхит, ўпка тўқимаси зичланиши, плеврани жараёнга тортилиши);
- умумий клиник яллиғланиш белгили синдром (тана харорати кўтарилиши, қалтираш, тунги кучли терлашлар);
- Ўткир фазали кўрсаткичлар ўзгариши (нейтрофил лейкоцитоз чапга силжиш билан, ЭЧТ ортиши, α_2-глобулинлар миқдори 10% дан ортиши, СРБ пайдо бўлиши).

Асосий рентгенологик аломатлар:

Катта бўлмаган ўлчамдаги (12-15 ммгача) алвеолага суюқлик йиғилишидан хоси бўлувчи юмалоқ сояланишлар, қуйилиши ҳам муммкин (ўчоқли – қуйилувчи соялар);

Шакли бўйича:

Юмалоқ (тиниқ контурли);

Булутсимон (нотекис контурли);

Лобит кўринишида (бўлакли);

Перисциссурит кўринишида (бўлакларо тирқиш томондан контурлари тиниқ, паренхима томондан– нотекис).

Иккиламчи рентгенологик аломатлар.

ўпка сурати патологик ўзгаришлари синдроми (интерстициал тўқима зичлашиши, ўзгариши, кучайиши, бойиши, деформацияси, нотиниқлиги);

зарарланган томонда ўпка илдизининг кенгайиши (2-4 қовурғалараро сохада);
Лимфа тугунлари каттталашиши (асосан бўлмайди);
Плевра реакцияси (қалинлашаш, чандиқлар, шварталар, парапневмоник плеврит).
Биринчи 2 кунда рентгенограммада фақатгина ўпка сурати кучайиши (томирлар), инфекция ўчоғи 2–3 хафтада пайдо бўлиб, 5–7–10 кун давомида сақланиб туради. Тугаганидан кейин ўрнида ўпка суратидаги ўзгаришлар қолади, секинлик билан пневмосклероз, карнификация ривожланади.

Этиологиясига кўра:

Бўлакли ва кўп бўлакли инфекция – кўпинча пневмококк, баъзан легионелла, анаэроблар;
Ўчоқли ва ўчоқли- қуйилувчи – пневмококк, стафилококк, легионелла;
Милиар – замбуруғлар, туберкулез микобактерияси;
Кўп сонли перибронхиал абсцесслар – стафилококк;
Юқориги бўлакда битта юмалоқ абсцесс – Фридлендер таёқчаси;
этиологик қидириш мақсадида имкон қадар балғам экмасини, оғир пневмонияда эса қонни тозалликка текшириш ўтказиллиши лозим.

Қиёсий таққаслаш:

ўткир бронхит (ёки қўзғалиш даври);
бошқа этиологияли экссудатив плевритлар;
ўпка туберкулёзи;
Ўпка раки ёки (кўпинча) ўпкага метастазлар;
Ўпка инфаркти;
Ўпка эозинофилли инфилтрат;
Ўпка ателектази;
Димланишли ўзгаришлар;
Инструментал диагностика: КТ, биопсия.

УАШ тактикаси: беморни стационарга юбориш.

Ўткир пневмонияларни асосий даволаш принциплари.

Антибактериал дори воситаларини танлаш бевосита қўзғатувчини ва унинг сезгирлигини аниқлашга боғлиқ.

I. *Пневмококклар.*

1970- йилгача пенициллин препарати идеа хисобланаган, кейинчалик пенициллин ва цефалоспоринларга нисбатан резистент пневмококклар ажратилган. Турғунликнинг асосий механизми бактериялар томонидан бета-лактам халқасини бузувчи бета- лактам ферментини ишлаб чиқаришидир.

Охирги йилларда бета-лактамаза ингибиторларидан - сульбактам ва клавулонов кислотасидан кенг фойдаланила бошланди. Улар ампициллин ва амоксициллин комбинацияси таркибига киради. Ампициллин + сульбактам – уназин билан, 1,5-3 г.дан кунига 3-4 марта қабул қилишга. Клавулон кислотаси амокициллин – амоксиклав билан комбинацияси.

Иккинчи қатор цефалоспорин препаратлари

Биринчи генерация: цефазолин (кефзол) 4-6 г гача; цефалексин per os 1-2 гр суткасига. Бу препаратлар стафилококклар, стрептококклар, ичак таёқчалари, клебсиеллаларга нисбатан юқори таъсирчан хисобланади.

Иккинчи генерация: цефаклор (цеклор) - 750 мг кунига 2 марта; цефуроксим (зиинат) - 500 мг кунига 2 марта. Бу препарат бета – лактамаз гурухига чидамли бўлган гемофил таёқчаларига хам юқори таъсир кўрсатади.

Учинчи генерация: клафоран - кунига 3-6 гдан; дардум (цефаперазон) - кунига 2-4 г дан 2 махал вена ичига; фортум - 3 гдан 3 марта қабул қилишга, фақат парентерал; роцефин (цефтриаксон) - кунига 1-2 гдан (бир марта қабул қилиш) вена ичига ёки мушак орасига.

Учинчи қатор препаратлари - макролидлар: эритромицин - 200 мг дан 2-3 марта кунига вена ичига (суткада 1 г гача), per os 250-500 мг кунига 4 марта; рокситромицин (рулид) - 150 мг кунига 2 марта; кларитромицин – 250 - 500 мг кунига 2 марта.

II. Стафилококклар: катта 20 млнЕД гача пенециллин, полусинтетик пенициллинлар (оксациллин, метициллин); иккинчи қатор: линкомицин - 500 мг кунига 3 марта, аминогликозидлар: гентамицин - 80 мг кунига 3 марта, канамицин - 500 мг кунига 3 марта. Ичак таёқчалари, кўк йиринг таёқчаси, протей (касалхона ичи инфекцияси): полусинтетик пенициллинлар, аминогликозидлар, левомицетин кунига 1 г гача.

IV. Клебсиелла (Фридлендер таёқчаси): аминогликозидлар+левомицетин ёки тетрациклин билан (доксациклин гидрохлорид), узайтирилган схема – биринчи кун 200 мг (100 мг дан кунига 2 марта), сўнгра 100 мг дан кун ига 1 марта 5-10 кун давомида.

V. Хламидиялар, легионеллалар, микоплазма: макролидлар (эритромицин, рулид, кларитромицин), тетрациклинлар (доксациклин гидрохлорид).

VI. Анаэроблар : пенициллин, линкомицин (500 мг дан кунига 3-4 марта, вена ичига томчилатиб кунига 600 мг 250 мл физиологик эритмада 2-3 марта кунига).

Фторхинолонлар. Ушбу гурух препаратларига шартли равишда антибактериал воситалар сифатида ёндошиш мумкин. Ушбу препаратларни цефалоспоринлар билан бирга бактериалинфекцияни даволашда кенг қўлланилмоқда. Фторхинолонлар: хужайра ичига яхши киради, грам+ ва грам-, анаэроб бактериялар, гемофил таёычаси, стрептококк, стафилококкларга нисбатан юыори тасиркщрсатади.

Клиникада : ципрофлоксацин (ципролет, ципробай) 250-500 мг дан кунига 2 марта 7-10 кун давомида, 200 мг вена ичига кунига 2 марта 1-2 хафта давомида; офлоксацин (таревид) 200-400 мг кунига 2 марта (тилларанг стафилококка нисбатан анча таъсирчан).

VII. Замбуру-лар: амфотерецин В (кунлик доза - 250 ЕД/кг вена ичига томчилатиб кун ора ёки 2 марта хафтасига 4-8 хафта давомида).

VIII. Вирусли - интерферон.

Ўпка инфильтратив туберкулези бир қанча яллиғланиш реакцияларини бирлаштириб, ўлчамлари 10 мм ва ундан катта бўлган перифокал яллиғланиш ўчоғли, ўткир кечувчи ва тез прогрессировланиш хусусиятига эга. Касаллик симптомлари кескин ривожланмаган, инфилтрат йиғилиши ва перифокал инфилтрат кўринишида юзага чиқади.Текширув жараёнида ва ташхис қўйиш чоғида туберкулин синамаси хамда балғамдан МБТ таёқчалари топилишига катта ахамият берилади. 3 ёки 4 туберкулезга

қарши препаратлар комбинацияси ва кортикостероид гормонлари билан узоқ муддат даволаш яхши самара беради.

Ўпка инфаркти - кўпинча турли оператив муолажалар, травмалар ва ўпка артерияси тромбоэмболияси натижасида юзага келиши мумкин бўлган оғир холатдир. Кўпинча гипертония касаллиги билан оғриган беморларда юзага келувчи хилпилловчи аритмиялар фонида тромб ларнинг ўпка артериялари тармоқларида туриб қолишидан ўпканинг маълум қисми инфаркти ривожланади. Касаллик клиник белгилари тромб тиқилган томир хажмига қараб намоён бўлади. Йирик томирлар эмболияси кутилмаган кўкрак сохасидаги кучли оғриқлар, хансираш, тахикардия, цианоз ва коллапс белгилари билан намоён бўлади. 24-48 соатдан сўнг ўпка инфаркти ривожланиб, кам миқдордаги қон туфлаш, тана хароратининг кўтарилиши ва склера сарғайиши билан намоён бўлади.Перкутор товуш тўмтоқлашган, майда хириллашлар ва плеврани ишқалқниш шовқини эшитилади.

Ренгенологик усул ёрдамида ўпканинг пастки бўлакларидаги инфаркт аниқланади. Рентгенологик симптом: -овал ёки учбурчак шаклдаги соя аниқланади.

Пневмонияни даволашда қўлланиладиган антибиотикларнинг дозаси

Антибиотиклар номи	Чиқарилиш дозаси	Қўлланилиши
Табиий пенициллин: бензилпенициллинни натрийли тузи	1 000 000 – 2 000 000 Б	Ҳар 6-8 соатда (м/о, в/и)
Аминопенициллинлар: Ампициллин Амоксициллин	1,0 – 2,0 г 500 – 1000 мг	Ҳар 6-8 соатда (м/о, в/и, ичишга) Ҳар 8 соатда (ичишга)
Ҳимояланган пенициллинлар: Ампициллин+Сульбактам Аугментин (Амоксициллин+клавуланат кислота)	1,5 – 3,0 (1,0 г ампиц. + 0,5 г сульбактам.) (500 мг амоксиц. + 125 мг клав. кислота) 625 мг	Ҳар 6-8-12 соат (м/о, ичишга) Ҳар 12 соатда (ичишга)
Пиперациллин/тазобактам Тикарциллин+клавуланат к-та Оксациллин	150-300 мг/кг 1,2 г (1,0 г тикар. + 200 мг клав. кислота) 0,5 г	Ҳар 8-12 соатда (м/о, в/и) Ҳар 8 соатда (м/о, в/и) Ҳар 4-6 соатда (ичишга, м/о, в/и)

Цефалоспоринлар I-авлоди:		
Цефазолин (кефзол)	0,5-1,0 г	Ҳар 6-8 соатда (м/о, в/и)
Цефалотин (кефлин)	0,5-1,0 г	Ҳар 4-6 соатда (м/о, в/и)
Цефалоридин (цепорин)	0,5-1,0 г	Ҳар 6 соатда (м/о, в/и)
Цефапирин (цефадил)	0,5-1,0 г	Ҳар 6 соатда (м/о, в/и)
Цефалексин (цепорекс, орацеф)	0,25 г	Ҳар 6 соатда (ичишга)
Цефадроксел (дурацеф)	0,2 г	Ҳар 12 соатда (ичишга)
Цефалоспоринлар II -авлоди:		
Цефуроксим-натрий	0,75-1,5 г	Ҳар 6-8 соатда (м/о, в/и)
Цефуроксим-аксетил (зиннат)	0,5 г	Ҳар 12 соатда (ичишга)
Цефамандол	0,5-1,0 г	Ҳар 6 соатда (м/о, в/и)
Цефоранид	0,5 г	Ҳар 12 соатда (м/о, в/и)
Цефаклор (цеклор, панорал)	0,5 г	Ҳар 6-8 соатда (ичишга)
Лоракарбеф	0,4 г	Ҳар 12 соатда (ичишга)
Цефалоспоринлар III-авлоди:		
Цефотаксим (клафоран)	1,0-2,0 г	Ҳар 6-8 соатда (м/о, в/и)
Цефтриаксон (лонгацеф)	1,0-2,0 г	Ҳар 12-24 соатда (м/о, в/и)
Цефтазидим (фортум)	0,5-1,0 г	Ҳар 8-12 соатда (м/о,в/и)
Цефтизоксим (цефизон)	0,5-1,0 г	Ҳар 8 соатда (м/о,в/и)
Цефтибутен	0,4 г	Ҳар 12 соатда (ичишга)
Цефиксим (супракс, цефспан)	0,2 г	Ҳар 12 соатда (ичишга)
Цефалоспоринлар IV-авлоди:		
Цефепим	2,0 г	Ҳар 12 соатда (м/о,в/и)
Цефпиром (кейтен)	1,0-2,0 г	Ҳар 24 соатда (в/и)
Аминогликозид:		
Гентамицин	80 мг	Ҳар 8 соатда (м/о,в/и)
Макролидлар:		
Азитромицин	500 мг	Ҳар 24 соатда (ичишга)
Кларитромицин	250 мг (4-8 мг/кг)	Ҳар 12 соатда (в/и)
Рокситромицин	150-300 мг	Ҳар 12-24 соатда (ичишга)
Эритромицин	0,5 г	Ҳар 6-8 соатда (ичишга)
Фторхинолонлар:		
Перфлоксацин	400 мг	Ҳар 12 соатда (ичишга, в/и)
Ципрофлоксацин	500 мг	Ҳар 12 соатда (ичишга)
Офлоксацин	200-300 мг	Ҳар 8-12 соатда (ичишга)
Гатифлоксацин	400 мг	Ҳар 24 соатда (ичишга)
Левофлоксацин	500 мг	Ҳар 24 соатда (ичишга, м/о)
Тетрациклинлар:		
Доксициклин	100 мг	Ҳар 24 соатда (ичишга)
Миноциклин	100 мг	Ҳар 24 соатда (ичишга)
Бошқа препаратлар:		
Рифампицин	600 мг	Ҳар 12-24 соатда (в/и, ич.)
Клиндомицин	150-300 мг	Ҳар 6 соатда (ичишга)
	300-600 мг	Ҳар 6-8 соатда (в/и)
Метронидазол	0,5 г	Ҳар 6-8 соатда (ичишга, в/и)

Амалий машғулот №22

Мавзу: Йўтал ва балғам ажралиши. Ўпкани сояли ўзгаришлардаги таққослама ташхис. Ўчоқли зотилжам, туберкулома, ўпка абцеси, ўпка ўсмаси, ўпка эхинакокки, УАШ тактикаси.

Ўқитиш технологияси

Машғулот вақти 6 соат	Талабалар сони : 10-12 тагача
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Ўқув машғулот тузилиши	Мавзу асосида жихозланган ўқув хонаси ЭКГ хонаси Ўқув қўлланмалар қантомлар, муляжлар, тарқатма материаллар, вазиятли масалалар ва тестлар тўплами. Телевизор, видеоаппаратура, мултимедия. Шифохона палаталари.
Ўқув машғулотининг мақсади: Нам йўталда таққослама ташхис ва замонавий тахлил масалаларида УАШ га тушунча бериш. Берилган синдром касалликнинг келиб чиқиш ва даражасига кўра клиник бориш особеннонст, шунингдек соғлиқни сақлаш муассасалари шароитида беморларнинг даволаш принциплари.	

Педагогик масаллар: УАШ зотилжам туберкулома ўпка абцесси ўпка эхинакокида ташхис қўйишга ўргатиш. УАШ ўпка инфилтраи кузатилган беморларда ташхис ва таққослама ташхис қўйишга ўргати. УАШ ўпка инфилтрати билан кечадиган касалликлар рўйхати ва ҚВП ва ОПшароитларида ёки махсус стационарларда даволаниш лозим бўлган касалликлар билан таништириш. УАШ малакаси доирасида иш юритиш тактикаси масаласини мухокама қилиш. ҚВП ва ОПшароитида беморлар маниторинги ва кузатув принципларини мухокама қилиш. Кўрсатилган касалликларда бирламчи, иккиламчи, учламчи профилактика принциплари.	Ўқув жараёни натижалари: **УАШ билиши зарур:** Зотилжам, туберкулома, ўпка абцесси, ўпка ўсмаси ва эхинакокки клиник белгилари кечиш хусусиятлари даволаш. Уларда таққослама ташхис ўтказиш. УАШ тактикаси. СВП ваСП шароитида беморларни диспансер кузатуви ва мониторинг принциплари Кўрсатилган касалликларда бирламчи, иккиламчи, учламчи профилактика принциплари. **УАШ бажара олиши зарур** Ўпка инфилтрати кечадган касалликлар ташхиси учун бемор ва унинг яқинлари томонидан айтилган касалликнинг келиб чиқиши ва бориши хақида шикоятларни тахлил қилиш. Ўпка инфилтратини турли кўринишларини рентген натижалари ва лабаратория тадқиқотлари даволашда ташхис &qbi da таыыослаш. Даволашнинг дориларсиз усулларини маслахат бериш. ҚВП ва ОПшароитида маниторинг ўтказиш.
Ўқитиш усулари:	Метод “тур по галерее” Намоиш этиш, видеотасвирларни кўрсатиш, сухбат, тест ва вазиятли масалалар ечиш.
Ўқув жарвёнини ташкил этиш шакллари	Индувидуал иш, гурухларда, жамоа бўлиб, аудитория ва аудиториядан ташқари ишлар
Ўқув воситалари	Ўқув тарқатма материалари, кўргазмали материаллар, видеофилмлар, муляжлар, график органайзерлар, касаллик тарихлари, таблицалар, рентген натижалари.
Қайта алоқа воситалари ва усуллари.	Тезкор савол жаУАШлар тест ўтказиш, ўқув вазифаларини бажарилиши натижалари, касаллик тарихини тўлдириш, малакасини ошириш.

Машғулотнинг технологик картаси

№	Амалий машғулот босқичлари	Машғулот шакли ва ўтказилиш жойи	Машғулот вақти
1	Кири шқисми (Мавзуни асослаб бериш)		10

2	Машғулот мавзуси янги пед.технологияларни қўллаган холда ва кўргазмали материал (касаллик тарихи, таблицалар, плокатлар, рентген) натижалари ёрдамида мухокама қилиш	Сўров, мухокама. Ўқув хона, палата.	40
3	Мухокама хулосаси		10
4	Амалий қисмни бажариш учун топшириқлар белгилаш касбий суриштирув. Касаллик варақаларини тўлдириш бўйича топшириқлар бажариш учун тавсиялар ва йўналтиришлар хақида тушунча бериш.	Мухокама	20
5	Ўқитувчи рахбарлигида машғулотни амалий қисмини ўзлаштириш	Касбий суриштирув беморлар билан сухбат ва тиббий дафтарларни тўлжириш вазиятли топшириқлар.	20
6	Беморлар кўриги, шикоятиш, палпация, перкусия, аускултатция, ренген натижалари, умумий тахлил ва балғамни бак.экиш ва биохимик тахлил, ташхис қўйиш.	Касалик варақалари, лабаратория натижалари, вазиятли топшириқлар.	25
7	Талабаларнинг назарий ва амалий билимларини мухокама қилиш мавзуни мухокама қилиш ўзлаштирилган билимларни бахолаш орқали даража белгилаш	Оғзаки сўров тест мухокама амалий малакалар белгилаш Ўқув хонаси	55
8	Амалий машғулот мавзуси бўйича хулоса белгилаш 100 балли тизимда бахолаш ва бахоларни элон қилиш. Уйга вазифа кейинги амалий машғулот учун (топшириқлар тўплами)	Мустақил ишлар учун малумот ва саволлар Ўқув хонаси	25

Машғулот мавзуси.

Амалий маўғулотнинг назарий қисмида ўпка инфилтрати ташхисини клиник хусусиятлари кўриб чиқилади.

Клебсиелла ёки фридлендеровда ўпканинг юқори қисми орқа сигментлари ва пастки қисми юқори сигментлари кўпинча шамоллаш бутун бўлакка тарқалади. Бўлиниш қисми эрта хосил бўлади жараён диссиминация кузатилиши мумкин.

Интоксикация холати юзага келиши мумкин. Физикал ва гематологик ўзгаришлар деярли йўқ даражада. Клебсиелла оқибатида ўчоқли зотилжам сони ошиб боради. Ўчоқли зотилжам қандли диабет касаллигини кечишини ўсимта жараёни буйрак касалликлари кечишини бирмунча қийинлаштиради. Шунингдек гормонлар бактерияларга қарши

воситаларнинг узоқ вақт давомида истемол қилиниши натижасида пайдо бўлади. Капсулалар шакли, ичак шакли кўплаб вирулентнинг крупоз зотилжамига олиб келиши мумкин. Одамда зотилжам кўпинча икки томонлама ўпка абцесси шакилланиши билан оғирдашади. Гемофил таёқчалари оқибатида юзага келган зотилжам асосан сурункали ўпка касалликлари билан оғриган беморларда учрайди. Шамоллаш ўзгаришлари одатда ўпканинг пастки қисмида пайдо бўлади. Алохида ўчоқлар тез қўшилиб ўпканинг бутун бўлагини қоплаб олиши мумкин. Кўпинча оғир кечиши кузатилади. Кўкимтир йирингли таёқчалар сабабли пайдо бўлган зотилжам асосан юрак ва ўпка жаррохлик амалиётларидан кейин антибиотиклар билан узоқ вақт даволанган беморларда юзага келади.касаллик бошланиши титроқ, субфибрил хароратузоқ сақланади. Балғам кўп миқдорда шилимшиқ базида қон аралаш бўлиши мумкин.

Касаллик кўпинча обструктив синдром билан кузатилади серроз ёки геморогик плеврит билан оғирлашиши мумкин. Аспергелоз зотилжам ўткир бошланади биринчи кунларидаёқ абцидирования кузатилади. Юқори истма биқинда оғриқ қон аралаш балғамли йўтал кузатилади. Бемор холати оғирлашади. Озиш камқонлик кузатилади. Хламидиялар келтириб чиқарадиган зотилжамлар мустақил касаллик сифатида ривожланиши мумкин ёки зооноз хламидиозлар кўринишида учраши мумкин. Жигар ва талоқнинг катталашиши асосий симптом хисобланади. Юқори СОЭ соатига 60 мм билан характерланади.

Клиник кўриниши: крупоз ва ўчоқли зотилжамнинг клиник кўринишлари ўз хусусиятларига эга. Хозирги замон тиббиёт амалиётида кам учрайди. Крупоз зотилжамнинг клиник кўриниши ўпка тўқималаридаги шамоллаш орқали юзага келадиган ўзгаришларга мос келади. Касаллик ўткир бошланади интоксикация бегилари пайдо бўлади юқори харорат биринчи кунларидаёқ махимал даражага етиши мумкин қалтироқ биқинда оўриққуруқ йўтал иситмадан қизариш, цианотик лаблар, бурун қанотлари хам нафас олганда шишиади. Кўкрак қафаси бир томони нафас олишдан орқада қолади. Бемор ўзини аяб, қўли билан ушлаб туради. Шикастланган томотда перкутор товуш тимпаник тус олади. Нафас олиш биринчи кунларида везикуляр лекин плевра ва беморниниг нафас олишида харакатларнинг чеклаш натижасида кучсизланган кўриниши мумкин.

Эксудатнинг сўрилишига қараб нафас қаттиқ кейин везикуляр кўпинча бу даврда овозли хўл бўғилиш эшитилади. Йўтал бошида қуруқ, кўкракда бирданига орик билан кузатилади. Касалликнинг иккинчи кунидашилимшиқ қон аралаш шиша тусли балқам пайдо бўлади. Тана харорати юқорига кўтарилиб доимий бўлиб қолади. Кўп холларда тана хароратини пасайиши литический юз беради. Ўртача истмалаш даври 10-11 давом этиши мумкин. Ўчоқли зотилжамда шамоллаш ўчоғи шикастланган сигментларда ривожланиши турли босқичларда жойлашади. Юқори қисмларининг шикастланиши кўпроқ устки язикавой бронхологик сигментларни қамраб олади. Пастки қисмларда кўпроқ юқорилатерал базал жалб этилади. Инфекция ўчоғини ўпкка юзасидан 4 см дан кўрпроқ чуқурликда жойлашганда ва уларнинг марказида жойлашганда овоз титроқни кучайиши ва перкутор овознинг бўғилиши аниқланмаслиги мумкин.

Нафас олиш азолари сили бу юқумли касаллик бўлиб организмнинг умумий реакцияси билан ифодаланадиган организмнинг шикастланган тўқималарда пайдо бўладиган махсус шамоллаш ўчоқлари билан ифодаланиди.

Кўпинча иқтисодий ривожланган мамлакатларда жумладан Рассияда сил билан касалланган ва унинг оқибатида ўлим сезиларли кмайган. Шунга қарамай сил кўп тарқалган касаллик бўлиб қолмоқда.

Этиологияси: қўзғатувчиси сил микобактерияси юқиқшининг асосий манбаси беморлар касалланган одам ёки уй хайвонлари кўпроқ сигирлар. Кўпроқ беморларда нафас чиқарганда хаво билан ажраладиган майда балғам томчилари орқали антиген йўл билан юқади. Бундан ташқари организмга инфекция сут гўшт тухум истемол қилганда тушиши мумкин.

Бундай холларда инфекция ўпкага ёки халқум танглай ёки лимфатик ва қон томир йўллари билан ичакдан ўтиши мумкин.

Патогенези: бемор организмга тушган сил микроблари турли йўллар билан лимфаген, гематоген, бронхоген орқали тарқалади. Бунда турли азоларда асосий лимфа тугунлар ўпкалрда алохида ёки кўп эпителиоид ва гиганд хужайраларга хамда творогсимон некрозга эгалиги билан характерланади. Бир вақтнинг ўзида манту синамаси билан аниқланадигантуберкулинга ижобий тасир пайдо бўлади. Субфибрил харорати лимфа тугунлари гиперплазияси меёрий лимфапения ва лейкоцитар формулани чапга силжиганикўпинча СОЭ ўзгаради. Қон зардобларини белковий фракция кўзга ташланиши мумкин. Керакли миқдорни органзм қаршилик ва оз миқдорда сил микроблари юққанда сил ўчоқлари сурилиб кетади. Кўп миқдорда инфекция бошқа кўнгилсиз факторлар тасирида бошланғич сил ривожланади. Бу бронхоаденит бошланғич комплекси кам ёки кғпроқ миқдордаги диссиминация ўпкада ва бошқа азоларда эксудатив плеврит бошқа серроз пардаларнинг яллиғланаши кўриниши да кечиши мумкин. Бунда кўп холларда организмнинг юқори даражадаги сезувчанлиги ва тугунсимон эритема кўринишида гиперергик тасирларга моиллиги кўрилади. Бошланғич туберкуло болаларда ўсмирлада базида ёшларда ва кам миқдорда қарияларда учрайди. Ўпкалардаги лимфа тугунлардаги сил ўчоқлари ва бўлакларида сил микроблари уйғониши ва кўпайиши мумкин. Бунда эски касаллик ўчоқларида перифакал яллиғланиш пайдо бўлади. Уларнинг капсулалари бутунлиги бузилади казиоз некрознинг бўлимлари текисланади ва инфекция лимфаген гематоген ва бронхоген йўллар билан тарқалади. Кейинги вақтда қарияларда сил билан касалланиш камайган. Уларда касалликнинг клиник кечиши кўпинча ўзига хос бўлмаган холда кечади. Жараённинг эвалютив шакли узоқ вақт давомида сезилмасдан кечиши мумкин. Лекин базида хавфли касалликлар ёки азолар яллиғланиши билан ўхшашликларга эга бўлиши мумкин бу ёшдаги беморларнинг миллиар сил в ўпкадан ташқари шикастланишлар кузатиди. Бу стероид сил жадал ривожланиши тенденциясига эга бўлиб кўпинча асосий касалликни хусусияти сифатида хато бахолашади 1974 йилда қабул қилишган таснифга нафас йўллари силининг қуйдаги шакллари мавжуд.

1. Бирламчи сил комплекси
2. Кўкрак ичи лимфа тугунлари сили
3. Диссиминерланган ўпка сили

4. Ўчоқли ўпка сили
5. Инфилтратив ўпка сили
6. Ўпка туберкуломаси
7. Кавернали ўпка сили
8. Фиброз-кавернали ўпка сили
9. Цирротик ўпка сили
10. Туьеркулез плеврити
11. Нафас олиш азоларининг сили.

Бундан ташқари жараён ўпканинг бир жойда ейилмасдан ўпканинг у ёки бу қисми ёки сигментларида кузатилиши, фазаси, ривожланиши бактериялар ажратиш хусусиятига эгалиги билан характерланади. Базида касаллик яширин характерга эга бўлади лекин кўпинча оғир холда бошланади ва тананинг субфебриал харорати кўп терлаш толиқиш озроқ қуруқ йўтал билан кўринади. Касалликни оғир бошланишида бошланғич даврида юқори хароратли зотилжам кўринишида йўтал кўкракда оғриқ базида нафас қисиши лейкоцитар формуласининг чапга сурилиши билан кечадиган лейкоцитоз билан кечади. Кам миқтордаги бринчи касаллик зарари еткизилганда ўпкада одатда жисмоний ўзгаришлар аниқланмайди. Янада кўпроқ яллиғланишда (бўлаклар) перкутор тоннинг ўтмас бўлаклари кузатилади, везикулобронхиал нафас, хўл майда пуфаксимон бўғилиш учрайди. Бази беморларда кўпинча устки лимфа тугунлари катталанади. Туберкулик синамаси 30-50 % гача аниқ ифодаланади. Ўпка тўқимаси бўлинмаганда балғамда ва бронхларни чайқаш сувларида сил микроблари топилмайди. Бундай холларда бронхларда трахеобронхоскапияда махсус ўзгаришлар кузатилмайди. Лекин ўпка кавернаси шакилланишида ёки кўкрак ичи лимфа тугунлари жарохатининг тарқалиши ва бронхоген обсоменения кўринади. Шу вақтда сил микробал аниқланиши мумкин. Рентген кўриниши кичик лобуляр ва сигментар фокус кўринишида биполярност симптомининг пайдо бўлиши билан характерланади.

Базида қисман зотилжам ва ўпка илдизида катталанган кўкрак ички лимфа тугунлари гурухи уўринади. Жараённинг яхши кечиши замонвий усулларидан фойдаланилганда бирламчи комплекс секин соғаяди. (даволанади) фақатгина бир неча ой базида касаллик бошланганда 12 йилдан сўнг сурилиш ёки инкапсуляцияси элементларининг йўқолиши юзага келади. Касаллик оғир кечганда бирламчи ўпкадаги узоқ бўлиниши вакаверна хосил бўлиши мумкин. Базида эксудатив плеврит юзага келади. Бирламчи силнинг энг доимий шакли кўкрак ички лимфа тугунлари сили касалликнинг клиник белгилари кўринишлари организимнинг тезкорлиги лимфа тугунларининг тарқалишига боғлиқ. Агар уларда алохида ва кичик некроз ўчоқлари перифакал яллиғланиши сиз хосил бўлса умумий тезкорлик аста секин пасайса бундай кичик жараён шакли яширин яни бироз интаксикация билан кечиши мумкин. Кўпроқ инфилтратив ва бронхоаденитлар юқори истма умумий холсизлик тер терлаш ишга яроқлик пасайиши жўшқинлик кучаяди Доимий симптом қуруқ йўтал. Чақалоқ ва илк ёшларда болаларда йирик бронхларнинг ва средостепия азолари эзилиши оқибатида катталашган лимфа тугунлари йўтал жарангли бўлади.

Катталарда бу симптом кам кузатилади. Жисмоний тадқиқоқларда айниқса ёки катта беморларда лимфа тугунлари катталанувчини аниқлаш қийин ёки мумкин эмас. Базида кўкрак ўртаси бўшлиғида перкуссияда учбурчак ўтмас бўлиш юзани аниқлаш мумкин эшитганда ўзхгарган нафас ва кам миқдордаги қуруқ сийрак хўл майда пуфаксимон бўғилиш аниқланиш мумкин. Катталарда болалардаги каби кўп холларда бўйин ва қўлтиқ ости лимфа тугунлари катталашади. туберкулин реакциялари нисбатан доимий лекин хардоим хам аниқ тез аниқланмайди. Қондаги лейкоцитлар сони меёрда ёки чапга сурилиш натижасида кўпайган катталашган СОЭ кўтарилган туберкулин аниқланади. Рентгенда бир ўпка базида иккла ўпка илдизи кенгайиши аниқланади сояси нам структурали танли ўзгариши айниқса кўп миқдордаги gthbajyfk яллиғланишда кўпроқ учрайди. Бронхопулмонал ва бошқа гурух лимфа тугунлари бирдан катталашуви илдиз чегаралари характерга эга бўлади. (ўсмасимон бронхоаденит) интоксикация симптомлари СОЭ катталанувчи гипергик туберкулин реакциялари узоқ сақланиши мумкин, тезкор махсус даволаниш кўринишида хам. Секин аста перифонал яллиғланиш ўпка илдизи атрофида сўрилиши ва уларнинг торайиши кузатилади. Фақат касалликнинг аниқланиши ва даволанишидан 1-2 йилдан сўнг лимфа тугунларидан обиствелиние бўлаклари пайдо бўлади. Касаллик казеоз ўчоғи калцинацияси болаларда катталарга қараганда тезроқ кечади. Касаллик кўпинча бронхларнинг махсус шкастланиши билан оғирлашади.

Саркоиз - келиб чиқиши аниқ бўлмаган тизимли касаллик бўлиб, эпителиоид хужайралари ва алохида Пирагов- лангхас ёриқ хужайраларидан тузилган тўқимларда зич тугунча кўринишидаги яллиғланиш учоғи хосил бўлиши билан характерланади. грануломалар бир тупда юмалоқ атрофини ўраб турган тўқималардан аниқ чегараланган бўлади. Сил ўпкалардан фарқли ўлароқ уларда казеоз некрози йўқ. саркаидоз кўпроқ аёлларда. Амалда деярли барча азолар шкастланади, айни пайтда лимфа тугунлари ўпкалар тери кўз суяклар ва бошқалар. Кўпинча нафас олиш азолари шкастланиши кузатилади.

Симптомлар касалликнинг бориши.

Биринчи босқич кўкрак ички лимфа тугунларининг катталашуви билан характерланади. Иккинчи босқичда шу билан бирга интерстициал ўзгаришлар ва ўпканинг ўрта ва пастки бўлимларида турли катталикдаги касаллик ўчоғи белгиланади. Учинчи босқичда ўпкада анчагина диффузли фиброз ва йирик хажимлик фокуслар шунингдек буллез нодистафик ва бронхоэктопик сохалар ва плеврал торайиш билан эмфизема аниқланиши мумкин. 1 ва 2 босқичларида беморларда субектив бузилишлар кузатилмайди ва касаллик рентгенографик тадқиқотлар давомида аниқланади. Касаллик сурункали базида тўлқинли холсизлик сезилади субфибрелит кўкракда оғриқ қуруқ йўтал иштаханинг йўқолиши кузатилади. Ўпкаларда бўғилиш базида оз миқдорда эшитилади. Базида саркаидоз юқори харорат билан қўл оёқ бўғинлари припухание тугунли эритеманинг пайдо бўлиши асосан терида голен лимфа тугунларининг катталашуви кузатилади. Қонда лимфопения ва моночитозга мойиллик гох гохида эозинофилия СОЭ меёрида яни аста секин катталашуви кузатилади. Характерли белгиси умумий ва местнитуберкулинга сезувчанликнинг пасайиши бунинг натижасида манту синови одатда салбий. Квемймга айниқса характерга эга. Шикастланган лимфа тугунларининг гомогенат

тўқимаси тўқима гомоген тери остига юборилади. Бир ойдан сўнг юборилган жойда грануломалар шакилланадилар. Учинчи босқичда бу белгилар кўпроқ даражада кўринади аста секин нафас қисиши ва цианоз қон кислороди тўйинмаслиги натижасида тери ва шиллиқ парданинг кщкимтир тусга кириб моматалоқ бўлиши юзага келади.

Касаллик бир неча ойдан кўп йиллар давом этиши мумкин. Клиник рентген кўринишдан ташқари лимфа тугунлари тери шибронхларни шиллиқ пардаси ва ўпка тўқимасининг гистологик ва цитологик тадқиқотлар натижалари ташхисини тасдиқлайдилар. Шу йўл билан саркаидозни туберкулезда ўпкадаги диссеминация ва бошқа касалликлардан ажратиб олишга эришиш мумкин. Даволаш махсус эмас биринчи навбата глюкокартикоидлар ишлатадилар.

Спонтан согайиш имкониятини хисобга олган холда ГКС ни одатда 3-5 ойлик кузатувдан сўнг буюрилади. Агар жараён спонтан инвалюцияга мойил бўлмаса.

Гармонал терапия полиартрит тугунли эритема нафас олиш золари функциялари бузилиши аниқ ва равшан жадаллануви жараёнинг генерилизацияси кўз буйрак тери юрак томир ва асаб тизми шкастланиши билан боғлиқ касалликларни оғир бошланишида кўринади. Одатда суткасига 30-40 мг преднизалон берилади. Даволашни аста секин камайиб борувчи дозада 6-8 ой базида узоқроқ давом эттириш мумкин. Гормонотерапияни қўлаш имконияти бўлмаганда ёки етарлича самарали бўлмаган тақдирда 0,25 г суткасига 12 марта хингамин 300 мг/сут. Витамин Е ишлатилади. Шунингдек диетатерапия, физиотерапия муолажалар плазмаферез қўллайдилар. Муолажа натижалари кўпинча кўнгилдагидек бўлади. Учинчи босқичда ўпка юрак етишмовчиликнинг секин ошиб бориши натижаси ўлим билан тамомланиши мумкин.

Пневмаканиозлар узоқ давомида чанг ютиш натижасида юзага келадиган интерстициар диффуз фибрознинг ўсиш билан характерланадиган ўпка касалликларидир. Тоғ-руда кўмир асбест машинасозлик ва саноатнинг бошқа сохалари ишчиларида учраши мумкин. пневмаканиоз ютилган чангни физикохимик хусусиятларига боғлиқ.

Пневмаканиозларнинг клиник кўриниши бир қатор ўхшаш томонларга эга кўпинча мехнатга лаёқат лиликнинг бузилишига олиб келадиган жадалашни тенденцияси билан секин сурункали давомийлик ўпкалардаги склеротик ўзгаришлар. Пневмаканиозларнинг профилактика принциплари хам умумий. Аввало ишчилар хоналарида хавонинг чангланишни максимал камайишига қаратилган техник ва санитар гигеник тадбирлар олдиндан ва вақти вақти билан тиббий кўрикларини ўтказилиши. Даврий тиббий кўрик 2 маротаба ёки 2 йилда 1 маротаба ўтқазиш мажбурий хисобланди. Бу ишлаб чиқаришни потенциал хавфлилигига боғлиқ. Кўрикни терапевт отоларинголог (кўкрак бўшлиғи) азолари рентгенаграфияси ташқи нафас функцияси тадқиқотлари ўтқазиш орқали амалга оширадилар.

Профилактиканинг биологик методлари организмнинг реактивлиги олиши ва ундан ганглит чиқариб юборилишини тезлаштиришга йўналтирилган. Умумий ултрабинфша нурланиш итолация умумий ва нафас олиш машқларини қўллаш тавсия этилди. Махсус овқатланиш ташкил этилади. Бу оқсил алмашинувининг нормаллашуви ва каниотик жараёнининг оқсашига йўналтирилади.

Пневмаканиознинг қуйидаги асосий турларини ажратадилар, силиноз силикатозлар металлоканиозлар карбониозлар турли аралаш чангдан пневмаканиозлар ва органик чангдан пневмаканиозлардир .

Силиноз - пневмаканиозларнинг энг кўп тарқалган ва оғир кечувчи тури бўлиб узоқ вақт чанг ютиш натижасида ривожланади. Асосан турли қонларни ишчилари цехи ишчилари сопл буюмлар ва оловга чидамли махсулотлар саноат ишчиларида учрайди.

Организмнинг индивидуал хусусиятлари ва чанг фактори тасирининг давомийлиги ва ютиладиган чангнинг агрессивлигига боғлиқ бўлган сурункали касаллик бўлиб оғирлиги ва ривожланиши турига бўлиши мумкин.

Патогенези

Нафас йўллари эпителийси аста секин атрафияси нафас олиш азоларидан чангнинг табий ажралиб чиқишини бирданига камайтиради, алвеолаларда уни тохталишига ёрдам беради. Ўпканинг интерстициал тўқилмасида бирламчи реактив склероз жадал ривожланади. 12 мкм хажимдаги қисми бўлакчалар агрессивлик касб этиб бронхиал дарахтнинг янада чуқурроқ тарқалиш хусусиятига эга бўлиб ўпка паренхимасига етиб унда ушланиб туради. Ўпка тўқимасини токсикохимик шкастланиши катта ахамиятга эга. Бироқ чангнинг фаолиги асосан кристалл тузимини ва кристалларни оқсилларни адсорбцияланиши сўрилиши хусусиятига боғлиқ бу уларниниг юзасида силанол гурухларини мавжудлигига боғлиқ. Бу фагоцитларнинг катта миқдорда йўқ бўлишини таминлайди липопротеид табиятли моддаларни чиқариб юборишига ва преципитация билан реакцияга кришадиган антителолар хосил бўлишига олиб келади.

Асоратлари: ўпка юраги, етишмовчилиги зотилжам оструктив бронхит астма, базан бронхоектатик касалликлар. Силикоз тўқима силга айланиб касалликнинг аралаш шаклига айланиб силинатеберкулозга олиб келади. Силикознинг таққослама ташхисида интоксикация симптомлари мавжуд эмаслиги жисмоний симптомлар ва шикоятларнинг нисбатан ифодаланиши катта ахамият касб этади.

Ўпка инфакти: ўпка артериялари тармоқлари тромбига ёки эмболиясига асосланган касалликдур. Ўпка инфаркти 10-20% холларда ўпка артерияси тромбоэмбалияси ривожланади деб хисобланади.

Этиология ва патогенези

Касаллик асосан катта қон айланишнинг веналар тромбози асосида ривожланади. Переферик фикотромбоз ривожланишига жаррохлик амалиётлари туғрукдан сўнг давр сурункали юрак етишмовчилиги найсимон суяклар синиши хавфли ўсма давомли иммобилизация сабаб бўлиши мумкин.

Ўпка томирлари тромбози ўпкалардаги қон юришини секинлашуви ва қотиб қолиши ўпка гипертензияси стабиллашиши ўпка васкулити олиб келиши мумкин. Томир обструкцияси ўпка артерияси тизимида рефлектор тизм жумладан тромбоцитлардан биологик актив моддалар ажралиши оқибатида юрак бўлимлари зўриқишига ва ўпка гипертензиясига олиб келади. Ўпка инфаркти веноз туриб қолиши ва ўпка веналарида қайта қон оқиши тизимлараро анастамозлар орқали оқию ўтадиган ўпка тўқималарига бронхиал артериялардан қўшилиши хисобига гемарагик характерга эга бўлади. Ўпка инфарктининг томир обструциясидан 1 суткадан кейин шаклланади унинг тўлиқ

ривожланиши 7 суткалардан тугайди. Сиптомлар касалликнинг бориши лакализацияси калибрли билан комренсатор механизмлар холати билан юрак ва ўпка патологияси аниқланади.

Энг кўп учрайдиган белгилар: бирданига пайдо бўладиган нафас қисилиши кўкракдаги оғриқ терининг кулранг тусли оқариши минутига 100 дан ортиқ юрик қисқараши тахикардия базида юрак ритмнинг бузулиши коллапсга олиб борувчи артериал гипертензия хушдан кетиш. Тана хароратини кўтарилиши қон аралаш ёки шилимшиқ қон тупуриш.

Эмболия.вақтида кўпинча яққол нафас қисиши ва ўпкалардаги аускултатив кўриниш ўртасида мос келмаслик кузатилади ўпка инфаркти шаклланишида перкутор товушнинг бўғиқланиш аниқланиши мумкин. Плеврани қўшилиши чегараланган ўлимида нам хириллаш бир томонлама эксудатив плеврит базида ичакда парез харакатнинг сақланиб қолиши ўнг қовурға остида оғриқ билан кўринадигин абдоминал синдром кузатилади. Фақаткина ўпка артериясини йирик томирлари обтурациясида ўпка гипертензияси ва юракнинг ўнг бўлимларини зўриқиш белгилари кузатилади. ТЭЛА манбаси переферик флеботрамбоз белгиларнинг кўрсатиш мумкин. Келтирилган белгиларнинг турли белгилари бўлиши мумкин. Кўринишларнинг турли даражалари ТЭЛА нинг ташхисини ва ўпка инфарктини бир зумда қийинлаштириш мумкин. Ташхис қўйишда юракнинг ўнг бўлимларида ўткир зўриқишнинг ЭКД да аниқланиши ёрдам беради. Рентген ўпка илдизини кенгайиши унинг деформацияси ва чандиқланиши. Ўпка хужайраси бўлимларининг томирлар томонидан камайиши учбурчак шаклини қоронғилашуви шунингдек аниқланиши мумкин. Пастки веналари УЗД доплер текширкви оёқ қўллар чуқур веналари тромбозига ташхисдан ўтказишга ёрдам беради. Эхокардиография ўнг бўлмача зўриқиш белгилари аниқланади.

Гепарин тромбоситар серотонин ва гистаминни, бронх ва томирларни қисқартирувчи хусусиятини сусайтириб шу билан ўпка гипертензиасини хам камайтиради. Гепарин флеботромбозга яхши тасир қилиб УАТЕ га профилактик тасир қилади. Оғриқни қолдириш ва ўпка гипертензиясини камайтириш мақсадида наркотик аналгетиклар берилади (масалан, 1 мл 1% морфина в/и). Ўпка инфаркти ривожланганда кўкрак қафасидаги оғриқ плеврал хусусиятга эга бўлади, бу холатларда антибиотиклар ва наркотик бўлмаган аналгетиклар бериш мақсадга муофиқ хисобланади.(масалан, в/и 2 мл 50% анальгина). Ўнг қоринча етишмовчилиги ва шок каби касалликни асоратлари келиб чиққада вазопрессорлар билан терапия қилинади.(допамин, добутамин). Бронхоспазм ва қон босими кўтарилганда 10 мл 2,4% эуфиллин бериш керак бўлади. Эуфилин бронхларни кенгайтирувчи, ўпка гипертензиясини камайтирувчи ва антиагрегатцион хусусиятга эга.Статсионарда коагулограмма назорати остида гепаринотерапияни давом эттирилади (суткалик доза — 30 000 ЕД). Гепаринотерапияни 7-10 кун давомида бажарилади. Антикоагулянтлар билан узоқ даволаш флеботронбоз ва УАТЕ ни ретседивланувчи турида тромботест назорати остида буюрилади. Ўпкани кичик артериялари тромбоэмболияси холатларида антиагрегант билан даволаш мақсадга муофиқ бўлади. Шу мақсадда аспирин, тиклонидин (тиклид), тренталдан фойдаланилади. Ташхис

тасдиқлангандан кейин тромболитик мақсадда стрептокиназа ёки кўрсатмага биноан хирургик даво бажарилади (тромбэктомия, пастки кавак венага филтр ўрнатиш).

Ўпка симптомлари – сил симптолари

Хозирги кунда хар йили туберкулез билан касалланиш ортиб бормоқда. Бунга кўпкина сабаблар мавжуд. Бунга сабаб ахолини хаёт сифатини яхши эмаслигидир лекин яхши яшайдиган одамлар хам бу касалликдан холи бўла олмайди.

Сил Кох таёқчаси чақирувчи ўпка касаллиги хисобланади. Агар сиз чексангиз, алкогол истемол қилсангиз ва соғлом турмуш тарзига риоя қилмасангиз сиз бу касалликни симптомларини билишингиз керак бўлади, чунки сиз хавф гурухига кирасиз.

Яна бир гурухга кирувчилар булар мегаполисда яшайдиганлардир чунки улада сил билан касалланиш кичик шахарда яшайдиганларга нисбатан ярим маротабадан каттадир. Уларда ўпкани захарли газлар билан зарарланиши кўпроқ бўлади, бу эса сил микобактериясини ўпкада кўпайиши учун қулай шароит яратилишига ёрдам беради.

Ўпка силини асосий симптомлари – булар:

1. Физик юклама қилганда хосил бўладиган ўпкани зарарланган сохасидаги оғриқлар;
2. узоқ ўтиб кетмайдиган қон аралаш балғамли йўтал;
3. хансираш;
4. холзизлик ;
5. тана хароратини эпизодик 37,5С ^{0} гача кўтарилиши.

Флюорографиява туберкулин синамаси ёрдамида ташхис тасдиқланади. Сил касаллигини эрта босқичларида ташхислашда флюорография текшируви самарали натижа беради.

Ўпка онкологияси симптомлари

Ўпка онкологиясидан ўлим – бу ачинарли холат чунки беморлар ўз вақтида шифокорга мурожат қилганда уларни қутқариб олиш мумкин эди, лекин 90% ўпка ракидан ўлган беморлар шифокорга жудаям кечки босқичларда мурожат қилади.

Ўпка онкологияси симптомлари – эрта босқичлардабелгилари бўлмайди. Кам холларда вақти вақти билан тана хароратини кўтарилиши. Лекин тери қопламаларини рангпарлиги, тез юрганда хансираш ва узоқ давом этувчи йўтал каби белгилари билан аниқлаб олиш мумкин.

Агар сизни қуйидаги белгилар безовта қилса шифокорга мурожат қилинг:

1. Хансираш;
2. Йўтал ;
3. Сабабсиз тана хароратини кўтарилиши;
4. Иштаха йўқлиги;
5. Доимий холсизлик, бўшашиш, тез чарчаш;
6. Кўкрак қафасида оғриқ.

Мавзу 23. Йўтал ва балғам ажралиши. Сурункали бронхит ва бронхоэктатик касалликни таққослама ташҳислаш. Ўпкани диффуз касалликларини таққослама ташхиси. Ўпка сили ва унинг турли шакллари, пневмокониоз, ўпка метастазида қиёсий ташхислаш. УАШ тактикаси.

Ўқитиш технологияси

Машғулот вақти 6 соат	Талабалар сони : 10-12 тагача
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Ўқув машғулот тузилиши	Мавзу асосида жихозланган ўқув хонаси ЭКГ хонаси Ўқув қўлланмалар қантомлар, муляжлар, тарқатма материаллар, вазиятли масалалар ва тестлар тўплами. Телевизор, видеоаппаратура, мултимедия. . Шифохона палаталари.
Ўқув машғулотининг мақсади: Нам йўталда таққослама ташхис ва замонавий тахлил масалаларида УАШ га тушунча бериш. Берилган синдром касалликнинг келиб чиқиш ва даражасига кўра клиник бориш особеннонст, шунингдек соғлиқни сақлаш муассасалари шароитида беморларнинг даволаш принциплари.	
Педагогик масаллар: УАШ зотилжам туберкулома ўпка абцесси ўпка эхинакокида ташхис қўйишга ўргатиш. УАШ ўпка инфилтраи кузатилган беморларда ташхис ва таққослама ташхис қўйишга ўргати. УАШ ўпка инфилтрати билан кечадиган касалликлар рўйхати ва ҚВП ва ОПшароитларида ёки махсус стационарларда даволаниш лозим бўлган касалликлар билан таништириш. . УАШ малакаси доирасида иш юритиш тактикаси масаласини мухокама қилиш. . ҚВП ва ОПшароитида беморлар маниторинги ва кузатув принципларини мухокама қилиш. . Кўрсатилган касалликларда бирламчи, иккиламчи, учламчи профилактика принциплари.	Ўқув жараёни натижалари: **УАШ билиши зарур:** Зотилжам, туберкулома, ўпка абцесси, ўпка ўсмаси ва эхинакокки клиник белгилари кечиш хусусиятлари даволаш. Уларда таққослама ташхис ўтказиш. УАШ тактикаси. СВП ваСП шароитида беморларни диспансер кузатуви ва мониторинг принциплари . Кўрсатилган касалликларда бирламчи, иккиламчи, учламчи профилактика принциплари. **УАШ бажара олиши зарур** Ўпка инфилтрати кечадган касалликлар ташхиси учун бемор ва унинг яқинлари томонидан айтилган касалликнинг келиб чиқиши ва бориши хақида шикоятларни тахлил қилиш. Ўпка инфилтратини турли кўринишларини рентген натижалари ва лабаратория тадқиқотлари даволашда ташхис &qbi da таыыослаш. Даволашнинг дориларсиз усулларини маслахат бериш. ҚВП ва ОПшароитида маниторинг ўтказиш.
Ўқитиш усулари:	Метод “тур по галерее” Намоиш этиш, видеотасвирларни кўрсатиш,

	сухбат, тест ва вазиятли масалалар ечиш.
Ўқув жарвёнини ташкил этиш шакллари	Индувидуал иш, гурухларда, жамоа бўлиб, аудитория ва аудиториядан ташқари ишлар
Ўқув воситалари	Ўқув тарқатма материалари, кўргазмали материаллар, видеофилмлар, муляжлар, график органайзерлар, касаллик тарихлари, таблицалар, рентген натижалари.
Қайта алоқа воситалари ва усуллари.	Тезкор савол жаУАШлар тест ўтказиш, ўқув вазифаларини бажарилиши натижалари, касаллик тарихини тўлдириш, малакасини ошириш.

Машғулотнинг технологик картаси

№	Амалий машғулот босқичлари	Машғулот шакли ва ўтказилиш жойи	Машғулот вақти
1	Кири шқисми (Мавзуни асослаб бериш)		10
2	Машғулот мавзуси янги пед.технологияларни қўллаган холда ва кўргазмали материал (касаллик тарихи, таблицалар, плокатлар, рентген) натижалари ёрдамида мухокама қилиш	Сўров, мухокама. Ўқув хона, палата.	40
3	Мухокама хулосаси		10
4	Амалий қисмни бажариш учун топшириқлар белгилаш касбий суриштирув. Касаллик варақаларини тўлдириш бўйича топшириқлар бажариш учун тавсиялар ва йўналтиришлар хақида тушунча бериш.	Мухокама	20
5	Ўқитувчи рахбарлигида машғулотни амалий қисмини ўзлаштириш	Касбий суриштирув беморлар билан сухбат ва тиббий дафтарларни тўлжириш вазиятли топшириқлар.	20
6	Беморлар кўриги, шикоятиш, палпация, перкусия, аускултатция, ренген натижалари, умумий тахлил ва балғамни бак.экиш ва биохимик тахлил, ташхис қўйиш.	Касалик варақалари, лабаратория натижалари, вазиятли топшириқлар.	25
7	Талабаларнинг назарий ва амалий билимларини мухокама қилиш мавзуни мухокама қилиш ўзлаштирилган билимларни бахолаш орқали даража белгилаш	Оғзаки сўров тест мухокама амалий малакалар белгилаш Ўқув хонаси	55

8	Амалий машғулот мавзуси бўйича хулоса белгилаш 100 балли тизимда бахолаш ва бахоларни элон қилиш. Уйга вазифа кейинги амалий машғулот учун (топшириқлар тўплами)	Мустақил ишлар учун малумот ва саволлар Ўқув хонаси	25

Кўкрак қафасида оғриги бор касалларнинг муаммосини ечиш асосида талабаларни ўқитиш жараёнида билимга, билиш қобилиятига ва малакасига қўйиладиган талаблар

Мақсад*: Кўкрак қафасида оғриги бор касалларнинг синдромдан кейинги муаммоси чорасини кўришга, ҳамда УАВ малакали таснифи доирасида соғлиқни сақлаш бирламчи бўғини шароитларида уларни амалга ошириш асосларига талабаларни ўргатиш*

Ўқитишнинг асосий вазифалари:

- Талабаларни кўкрак қафасида оғриқ бўлган муаммони ечишга ургатиш;
- Кўкрак қафасида оғриқ билан боғлиқ муаммо мавжудлигида талабаларни замонавий ўз вақтида ўтказиладиган диагностика қилишга ўргатиш.
- Кўкрак қафасида оғриқ билан бирга кечадиган касалликларни табақалаштиришга ўргатиш.
- Кўкрак қафасида оғриқ бўлган беморларнинг муамоларини ечишда зарур бўлган билимни, маҳоратни ва амалий кўникмаларни такомиллаштириш (маълумот тўплаш, муаммони аниқлаш ва жисмоний кўздан кечириш, ҳамда лаборатория-инструментал тадқиқотларни ўтказиш усулларини асосли тайинлаш);
- Талабаларни қўллаш услубини асосли танлашга ўргатиш;
- Талабаларни даволаш-олдини олиш чораларни асосли қўллашга ва ҚВП ҳамда ОП шароитларида кўздан кечиришга ўргатиш.

Касаллардаги ушбу муаммони билимни баҳолашнинг асосий омиллари билан таҳлил қилишда талабалар:

- Касалларнинг хаёти сифатига таъсир кўрсатган асосий муаммони ажратиш қобилияти.
- Оқилона анамнез (бемор касали ҳақида маълумот) бўйича қўшимча саволлар бериш қобилияти.
- Ҳавф-хатар омиллари мавжудлигини ажратиш қобилияти.
- Ушбу муаммога сабаб бўлиши мумкин бўлган холатни ёки касалликларни айта билиш қобилияти.
- Асосли равишда жисмоний кўздан кечириш қобилияти.
- ҚВП ёки ОП шароитларида лаборатория текширишни асосли равишда тайинлаш қобилияти.

- ҚВП ёки ОП чегараларидан ташқарида қўшимча тадқиқотлар ўтказиш муҳимлигини ажрата билиш қобилияти.
- Олинган маълумотлар асосида ушбу муаммонинг асосий сабабини (ташхис қўйиш) ўрнатиш қобилияти.
- УАВ малакали таснифи асосида иш юритиш усулини аниқлаш қобилияти.
- Дори-дармонларга оид бўлмаган маслаҳатлар бериш қобилияти.
- Тасдиқланган тиббиёт асосида дори-дармонларга оид бўлган даволашни аниқлаш қобилияти
- Соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғини даражасида олдини олиш чораларини аниқлаш қобилияти.
- ОП ёки ҚВП шароитларида касалларни диспансеризация қилиш ва соғликни тиклаш асосларини аниқлаш қобилияти.

Кўкрак қафасида оғриги бор беморларнинг муаммоларини ечишда талаба <u>нималарни билиши керак:</u>

№	Билимлар рўйхати	Бошланғич даража
1	Кўкрак қафасида оғриқ билан бирга кечадиган касалликлар рўйхати	Талаба камида 10 та энг кўп учрайдиган касалликни билиши лозим
2	Кўкрак қафасида оғриқ билан бирга кечадиган ўта ҳавфли касалликлар рўйхати	Талаба камида 5 та касалликни билиши лозим
3	ҚВП ёки ОП (1-тоифа) шароитларида амал қилишни талаб қиладиган вазиятлар рўхати	УАВ нинг малакали таснифига биноан
4	Тор ихтисосли мутахассис маслаҳати ёки касалхонага ётқизиш лозимлиги вазиятлари рўйхати (2-тоифа)	УАВ нинг малакали таснифига биноан
5	ҚВП ёки ОП шароитларида ўтказилиши лозим бўлган тадқиқотлар рўйхати (3.1- тоифа)	УАВ нинг малакали таснифига биноан
6	ҚВП ёки ОП доирасидан ташқаридаги лозим бўлган йўналишларни тадқиқот қилиш рўйхати (3.2-тоифа)	УАВ нинг малакали таснифига биноан
7	Кўкрак қафасида оғриқ билан бирга кечадиган касалликларни диагностика қилишнинг асосий қисмлари (омиллар)	Талаба ҳар бир касалликнинг ўзига ҳос аломатларини ва кўринишларини, ҳамда уларни диагностика қилишнинг омилларини билиши лозим.
8	Юракнинг ишемик касаллиги таснифи	Талаба касалликларни санаб билиши керак.
9	Ички аъзоларнинг шикастланиш аломатлари	Талаба юракнинг, ўпканинг, жигарнинг, қоражигарнинг, ошқозоннинг, 12 бармоқли

		ичакнинг шикастланиш аломатларини билиши лозим.
10	Лаборатория-инструментал тадқиқотлар усулларининг кўрсаткичлари (шу жумладан, ЭКГ)	Талаба: - Норматив кўрсаткичлар ва касалликларнинг кутилган ўзгаришларини билиши лозим
11	Даволаш усули	Талаба даволашнинг усулларини ва асосларини билиши лозим (шу жумладан, дори-дармонларга оид бўлмаган)
12	Олдини олишнинг бирламчи, иккиламчи ва учинчи босқичли асослари	Талаба олдини олишнинг бирламчи, иккиламчи ва учинчи босқичли турлари бўйича асосий тадбирларни билиши лозим
13	ҚВП ёки ОП шароитларида касалларни диспансеризация қилиш ва қайта тиклаш асослари (4-тоифа	Талаба диспансеризация қилишнинг ва қайта тиклашнинг асосий тадбирларни келтира билиши лозим

Кўкрак қафасида оғриқ бор беморларнинг муаммосини ечишда талаба <u>нималарни билиши керак:</u>

№	Кўникмалар рўйхати	Бошланғич даража
1	Касалдан ва унинг қариндошларидан сўраб суриштириш	• Талаба эҳтимолий ташхис қўйишда ёрдам берадиган оқилона савол, аниқ савол бера билиши керак. • Талаба беморнинг шикоятларини мақсадли равишда аниқлаб билиши ва баҳолаб билиши керак. • Талаба касалликнинг анамнезини таҳлил қила билиши керак: касалликнинг бошланиши, биринчи аломатлари, уларнинг узвий боғлиқлиги ва ривожланиш динамикаси. • Талаба хаётнинг анамнезини таҳлил қила билиши керак: ҳавф-хатар омилларини, ота-она ва яқин қариндошлар соғлигини таҳлил қилиш.
2	Ҳавф-хатар омилларини аниқлаш	Талаба ҳавф-хатарнинг бошқариладиган ва бошқарилмайдиган омилларини касалдан сўраб билиш ҳамда объектив ёндашиш орқали аниқлай билиши керак
3	Вазн/тана индексини ҳисоблаш	Талаба қуйидаги аломалатларни аниқлай олиши лозим:

		- вазннинг камлиги - вазннинг ҳаддан ташқари кўплиги.
4	Қон босимини ўлчаш.	Талаба босқичма-босқич асосни инобатга олган холда тонометрия ўтказишни билиши керак.
5	Терини кўздан кечириш	Талаба қуйидаги аломалатларни аниқлай олиши лозим: - бел темиратки тошмасига хос бўлган. Талаба совуқ, хўл ва рангсиз терининг мавжудлигини аниқлай олиши керак
6	Уйқу, нурли ва сонли қон томирларида томир уришини текшириш	Талаба қуйидагиларни аниқлай олиши лозим: - томир уришнинг мавжудлиги ёки йўқлиги Талаба нурли қон томири ҳусусиятларини баҳолаб билиши керак.
7	Қўл-оёқларни кўздан кечириш	Талаба қуйидагиларни аниқлай олиши лозим: - шишлар -оёқ-қўллар кўктомирларининг варикоз кенгайиши
8	Сут безларини кўздан кечириш	Талаба сут безларини пайпаслаб кўриши ва ўсимталарнинг (тугунларнинг) борлигини аниқлай олиши керак.
9	Кўкрак қафасини қўл билан пайпаслаш	Талаба қуйидагиларни: - кўкрак-қовурғали бўғимлар соҳасида оғриқли маҳаллий нуқталарни аниқлай олиши лозим.
10	Нафас олиш аъзоларини бармоқлар билан пайпаслаш, уриш ва эшитиб кўриш	Талаба қуйидагиларни баҳолай олиши лозим: - Кўкрак қафасини экскурсия қилиш - товушли қалтираш - ўпка товушининг ўзгариши ва уларни шарҳлаш - нафас олиш турлари - нафас олишда товушлар ва хириллашлар борлиги
11	Юрак-қон томир тизимини бармоқлар билан пайпаслаш, уриш ва эшитиб кўриш	Талаба қуйидаги аломалатларни аниқлай олиши лозим: - юрак бўлимларининг катталашиб кетиши Талаба қуйидагиларни баҳолай олиши керак: - юрак шовқинлари; - Юрак товушлари мавжудлигида уларнинг пайдо бўлиш марказини аниқлаш, юрак фаолияти босқичига нисбати (систолик ёки диастолик шовқин); - юракнинг функционал шовқинларини табиий шовқинлардан ажрата олишни билиши керак. - перикарда ишқаланиш шовқини

12	Қорин бўшлиғи аъзоларини бармоқлар билан пайпаслаш, уриб кўриш ва эшитиб кўриш	Талаба қоринни юзаки ва чуқур пайпаслашни билиши лозим Талаба қуйидагиларни аниқлай олиши лозим: - қаттиқ қорин - гепатомегалиява спленомегалия. Талаба қорин бўшлиғидаги барча мавжуд ўсимталарни баҳолай олиши керак
13	Умуртқани баҳолаш (кўздан кечириш ва пайпаслаш, шунингдек функционал синаб кўриш)	Талаба босқичма-босқич асосни инобатга олган холда умуртқани текшира билиши лозим. Талаба қуйидаги аломатларни ёки белгиларни аниқлай олиши лозим: - Патологик лордоз ёки кифоз - умуртқанинг қийшайиши - функционал бузилишлар -умуртқа остеохондрозига хос бўлган
14	Неврологик кўздан кечириш.	1. Талаба босқичма-босқич асосни инобатга олган холда сезилувчан соҳани баҳолай олиши ва аломатларни аниқлай олиши керак: - сезилувчанликнинг бузилиши (аналгезия, гипалгезия, гипостезия, анестезия, парастезия, дизестезия ва бошқалар). 2. Талаба рефлексларни (неврологик болғачадан фойдаланган холда) ва қуйидаги аломатларни аниқлай олиши керак: - гиперрефлексия - гипорефлексия - арефлексия 3. Талаба ҳаракатланиш функцияларини ва уларнинг бузилишларини баҳолай олиши керак 6. Талаба орқа миянинг шикастланиш аломатларини кўрсата олиши лозим.
15	Офтальмоскопияни ўтказиш	Талаба босқичма-босқич асосни ҳисобга олган холда офтальмоскопия ўтказишни билиши ва кўз тубини текшириш, ҳамда қуйидаги аломатларни аниқлай олиши керак: - кўктомирга оид қон томирларнинг кесишганлигини
16	ЭКГ га тушириш ва уни ўқий олиш.	1. Талаба босқичма-босқич асосни ҳисобга олган холда ЭКГ ни қайд қилишни билиши керак. 2. Талаба ЭКГ натижаларини ўқий олиши ва қуйидаги аломатларни аниқлай олиши керак:

		- миокард ишемияси - миокард инфаркти - юрак бўлимларининг кенгайиши.
17	Клиник ва биокимевий таҳлилларни шарҳлай олиш	Талаба қуйидаги аломалатларни аниқлай олиши лозим: - гликемиянинг оч қоринда бузилишини аниқлаш - глюкозага нисбатан сабр-тоқатнинг бузилиши. - дислипедемия
18	Ўпкани рентгенга тушириш суратларни изоҳлаш	Талаба қуйидаги аломалатларни аниқлай олиши лозим: - пневмония - пневмоторакс - плеврит - ўпка сили ва туберкулез
19	Кўкрак қафасида оғриқ билан бирга кечадиган касалликларни табақалаштириш	Талаба ўзига хос ҳусусиятлар асосида касалликларниажрата олишни билиши керак (анамнез, объектив кўздан кечириш ва лаборатория-инструментал тадқиқотлар)
20	Дори-дармонларга оид бўлмаган маслаҳатлар бериш	Талаба қуйидагиларни билиши лозим: - касаллар ўзларини назорат қилишга ўқитиш - парҳез бўйича маслаҳат бериш - соғлом ҳаёт кечириш бўйича маслаҳат бериш
21	Кўкрак қафасида оғриқ билан кечадиган касалликларни даволашда дори-дармонлардан оқилона фойдаланиш.	3. Талаба самарадорлик билан тасдиқланган дори-дармонларни танлай ола билиши керак. 4. Дори-дармонни танлашда талаба қуйидагиларни баҳолай олиши лозим: - самарадорлик - ҳавфсизлик - мақбуллик - тежамкорлик.
22	Касалларни мониторинг қилиш ва кўздан кечириш	Талаба мониторинг ва назорат қилишни билиши керак: - қон таркибида глюкоза даражаси - қон босими даражаси. - қон таркибида липидлар даражаси - ЭКГ назорати

Мавзу баёни:

Сурункали ўпка обструктив касалликлари(СЎОК) – бу термин, икки хил тушунча беради.

Биринчидан, СЎОК – бу йиғма тушунча, респиратор системани сурункали касалликларни группага жамловчи, орқага СЎОК қайтмас прогрессирловчи бронхиал обструкция билан характерланувчи ва сурункали нафас етишмовчилиги ўсиши билан кечади.

Энг асосий хавф омили(80–70% ҳолатларда) СЎОК– чекиш. Чекадиганлар ўлим ҳолатларини энг юқори кўрсаткичларига эга, уларда СЎОК ни маълум белгилари ва орқага қайтмас обструктив нафас функциясини ўзгаришлари тезроқ ривожланади. СЎОК демографияси чекишни тарқалганлигини кўрсатади. Кўп ҳолатларда (70% атрофида) СЎОК ни сабаби СОБ ҳисобланади, 1% атрофида эса ЎЭ (а1- антитрипсин дефицита ҳисобига,қолган фоизларда БА га тўғри келади.СОБ ни алоҳида нозологик формага ажратиш эрта ташҳислаш ва даволаш позициясидан чиққан бронхиал обструкцияни орқага қайтувчи компоненти босқичида сақланиши аҳамиятга эга,қачонки,касаллик ўзига хослигини йуқотмаган пайтида ва касалликни ривожланишини тўхтатиш имкониятини борлиги бронхиал обструкцияни орқага қайтувчи компонентига таъсирида бўлади. Биринчи белгиларидан,беморлар шифокорга мурожаат қилганда,йўтал ва нафас қисиши ҳисобланади,баъзида хуштаксимон нафас балғам ажралиши билан келишади. Бу симптомлар кўпроқ эрталаб яққол намоён бўлади. Эрта симптомларидан ҳаётнинг 40–50 ёшларида пайдо бўладиган йўтал. Бу вақтда совуқ пайтида респиратор инфекцияни бошланиши ,битта касаллик билан боғлиқмаслиги. Нафас қисиши ,олдинига жисмоний зўриқишдан кейин,ўртача 10 йилдан кейин йўтални пайдо бўлиши.

Балғам кам миқдорда (60 мл/кунига камроқ) асосан эрталаб ,шиллиқли характерда ва йирингли бўлиши фақат инфекцион жараён авжига чиққан вақтида,яъни касаллик қўзиган пайтда.

СОБ билан касалланган беморларни физикал текширувлар натижалари бронхиал обструкция кўриниши босқич даражасига,ўпка гиперинфляция оғирлигига ва тана тузилишига боғлиқ. Касалликда йўтал ривожланишига қараб,хуштаксимон нафас қўшилади, тезлашган нафас чиқаришда сезиларли билинади. Аускультацияда қуруқ ҳар хил тембрли хириллашлар аниқланади. Нафас қисиши кенг маънода бўлади: стандарт жисмоний зўриқишдан кейин хаво етишмовчилиги ҳиссидан тортиб оғир нафас етишмовчилигигача бўлади. Бронхиал обструкцияни ўпка гиперинфляцияси ривожланиши ва ўсишига қараб,ўпкани олдинги кўкрак қафаси размери ўсиб кетади. Диафрагма ҳаракати чегараланган , аускультатацияда кўриниши ўзгаради: хирилашлар камайган,нафас чиқариш давомли.

Физикал метод сезувчанлиги СЎОК ни оғирлик даражасини аниқлаш катта эмас. Айтиш мумкинки ,классик белгилар ичида хуштаксимон нафас чиқариш ва нафас чиқариш вақти узун (>5 сек), ўз навбатида бронхиал обструкция тўғрисида гувоҳ беради.Шундай қилиб , СЎОК ни ривожланиши ва авжига чиқиши хавф омилларини таъсири натижасида бўлади,секин –аста ривожланиб бошланишибилан характерланади. СЎОКни биринчи (эрта)белгиси бўлиб,йўтал ҳисобланади. Қолган белгилар касаллик ривожланиши билан қўшилиб боради,шу билан бирга касаллик секин аста тезлашиб ривожланади.

СЎОК да физикал текшириш касаллик ташҳис қўйишга камлик қилади,фақатгина кейинги ташҳис учун йўналтирувчи бўлиб текширувларни асбобий ва лаборатор усулларни қўллаб давом эттиришга йўлланма беради. Шартли барча ташҳисий усулларни бўлиб,мажбурий усуллар барча беморларда қўллайдиган (умумий қон таҳлили,сийдик,кўкрак қафаси рентгенография си,ташқи нафас функцияси текшируви(ТНФ), ЭКГ)ва қўшимча усуллар ,фақатгина махсус кўрсатма асосида қўлланилади.

СОБ билан касалланган беморлар клиник ишида умумий клиник текширувлар қаторида ТНФ текшируви тавсия этилади, (ОФВ1, ўпкани форсирланган ҳаётий хажмини ёки ЎҲХ) , бронходилататорлар билан тест (b2-агонистлар ва холинолитиклар), кўкрак қафаси рентгенографияси. Қолган текширувлар касаллик оғирлиги ва ривожланиш характерига боғлиқлигига қараб махсус кўрсатма асосида қўллаш тавсия этилади.

Кундалик амалиётда СОБ беморларда бронходилататорлар билан тест (b2-агонистлар ва холинолитиклар)қўлланилади, бронхиал обструкция регрессияси тез ривожланиши қобилияти маълум миқдорда характерланиб,бошқа сўз билан айтганда “қайтувчи” обструкция компонентини характерлайди. ОФВ1 ни тест давомида 15% га бошланғич кўрсаткичига нисбатан ошиши орқага қайтувчи обструкцияни шартли равишда характерлаш мумкин.

1. Чекишни тўхтатиш ва ташқи хавф факторларини таъсирин чегаралаш.
2. Беморларни ўргатиш.
3. Бронходилатировчи терапия.
4. Мукорегулятор терапия.
5. Инфекцияга қарши терапия.
6. Нафас етишмовчилиги коррекцияси.
7. Реабилитацион терапия.

СЎОК ли беморлар даволаш тактикаси ва стратегиясини шакллантиришда 2та даволаш схемаси ажратилади:касаллик қайталамаганда (қўллаб қувватловчи терапия) ва СЎОК ни қайталаганда даволаш.

Ўпка абсцесси – инфекция натижасида ўпка тўқимасида чегараланган бўшлиқ бўлиб, унга йиринг тўпланиши билан характерланади.

Ўпка гангренаси – оғир жараён бўлиб, ўпка тўқимасининг жонсизланиши ва чириши, бадбўй балғам ажралиши билан кечади.

Ўпка абсцесси 20-50 ёшли эркаклар орасида умумий аҳолига нисбатан 3-5 марта кўп учрайди. Охирги 40 йил ичида ўпка абсцесси сони 10 марта, ундан ўлим эса 5-10% га камайди. Сўнгги йилларда ўпка абсцесси ва гангренаси "деструктив пневмония" атамаси билан аталади.

Этиологияси ва патогенези. Анаэроб микрофлоралардан Peptostreptococcus (анаэроб грам-манфий кокк), Fusobacterium nucleatum, Fusobacterium necrophorum ва бошқалар, аэроб микрофлоралардан Staphylococcus aureus, Escherichia coli, Klebsiella pneumonia, Pseudomonas aeruginosa ва бошқалар, кам ҳолларда пневмококк ўпка обцасси ва гангренасини чақиради. Касалликнинг келиб чиқишида организм ҳимоя қобилиятининг пасайиши, алкоголизм, наркотиклар қабул қилиш, умумий анестезия, узоқ вақт қайт қилиш, неврологик бузилишлар, эпилепсия, қандли диабет, иммунтанқис ҳолатлар аҳамиятга эга.

Таснифи. Деструктив пневмонитнинг клиник-морфологик хусусияти бўйича:
- ✓ йирингли абсцесс;
- ✓ гангреноз абсцесс;
- ✓ ўпка гангренаси.

Патогенези бўйича тўртта гуруҳга бўлинади:
- ✓ бронхоген (аспирацион, постпневмоник, обтурацион);
- ✓ гематоген;
- ✓ травматик;
- ✓ қўшни аъзо ва тўқималардан йирингнинг ўтиши.

Ўпка абсцессининг кечиши бўйича – ўткир ва сурункали (касаллик давомийлиги 2-3 ойдан кўп), турлари фарқланади.

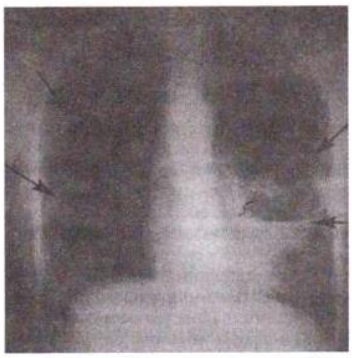
Клиникаси. Зотилжамдан кейин абсцесс 10-12 кунда шаклланади. Кўп ҳолларда ўпка абсцессининг ёрилгунча ва ёрилгандан кейинги даврлари фарқланади. Ёрилгунча бўлган даврда касаллик ўткир бошланади, юқори ҳарорат, қалтираш, терлаш, қуруқ йўтал, баъзан қон туфлаш, ҳансираш ва шикастланган томонда кўкрак қафасида оғриқ, интоксикация белгилари, иштаҳа йўқолиши кузатилади. Нафас тезлашган, бир дақиқада 30-40 та, пульс 120-140 та, қон босими тушиб кетади. Ўпка гангренасида юқоридаги белгилар яққол ривожланган. Бу давр ўртача 7-10 кунни ташкил этади ва рентгенда интенсив инфильтратив соя аниқланади (*53-расм*). Ёрилгандан кейинги даврда "оғиз тўла" ҳидли, қон аралаш йирингли балғам ажралади (500 мл ва ундан кўп). Шундан сўнг бемор аҳволи енгиллашади, ҳарорат тушади.

53-расм. *28 ёшли беморнинг ўнг ўпка юқори ва ўрта бўлагида массив интенсив соя*

Беморни кўздан кечирганда ёрилгунча бўлган даврда юзида бироз цианоз, шикастланиш катта бўлса, кўкрак қафасининг шу томони нафас олишда орқада қолади.

Бемор шикастланган томон билан мажбурий ҳолатда ўтиради. Сурункали абсцессда бармоқларда "барабан таёқчаси" шаклида, ўнг қоринча етишмовчилиги, тахипноэ ва тахикардия ривожланади. Пайпаслаганда касал томонда қовурғалар оралиғида оғриқ, субплеврал жойлашган абсцессда товуш дириллаши кучайган, перкуссияда бошланишида қисқа товуш, абсцесс чуқур жойлашганда перкутор товуш ўзгармайди, ёрилгандан кейин перкутор товуш пасаяди. Аускультацияда ёрилгунча бўлган даврда қаттиқ нафас, баъзан қуруқ ва нам хириллашлар негизида бронхиал ва сусайган нафас эшитилади.

Лаборатор-асбобий текширишлар. Лаборатор текширишларда умумий *қон таҳлилида* лейкоцитлар формуласининг чапга силжиши билан нейтрофилли лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши кузатилади.

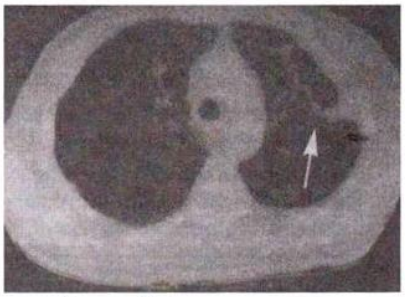


54-расм. *Рентгенографияда горизонтал шаклда жойлашган суюқликнинг кўриниши*

Қон таҳлилида темир танқислиги камқонлиги, гипоальбуминемия қайд этилади. Умумий сийдик таҳлилида лейкоцитлар аниқланиши мумкин. Балғамни микроскопик текширганда нейтрофиллар, бактериялар топилади. Балғам йиғиб қўйилганда юқори қават – кўпикли сероз суюқлик, ўрта – суюқ бўлиб, кўплаб лейкоцит, эритроцит, бактериялар сақлайди, пастки қават – йирингли бўлади.

Рентген текширишда кўкрак қафасининг олд ва ён томон проекцияси кўрилганда ёрилгунча бўлган даврда четлари ноаниқ, интенсив соялар аниқланади. Ёрилгандан кейинги даврда инфильтратнинг камайганлиги, бўшлиқнинг чегараси аниқ, горизонтал суюқлик кўринади (*54-расм*).

КТ бўшлиқнинг аниқ жойлашганлигини, суюқлик миқдорини, плевра ҳолатини аниқлаш имконини беради (*55-расм*).



55-расм. *Компьютер томографияда суюқликнинг кўриниши*

Бундан ташқари, ўпканинг ташқи нафас фаолиятини текширганда аралаш ёки рестриктив типдаги вентиляцион бузилишлар аниқланади. Бронхоскопия усули ташхислаш ва даволаш мақсадида ўтказилади.

Асорати. Йирингли-деструктив жараёнда плевра эмпиемаси ёки пиопневмоторакс (9,1-38,5%), қон туфлаш, ўпкадан қон кетиши ва оқибатда ўткир камқонлик, гиповолемик шок, респиратор дистресс-синдром ривожланади.

Солиштирма ташхис кавернали сил, ўпка ўсмаси, паразитар киста, ўпка саркоидози билан ўтказилади.

Даволаш. Ўпка абсцессини даволаш шифохона шароитида олиб борилади. Беморга кунига 3000 ккал, оқсилга бой (110-120 г/кунига) овқатлар, ёғни бироз чегаралаш (80-90 г/кунига), А, С, В гуруҳ витаминларига бой маҳсулотлар, кунда 6-8 г туз истеъмол қилиш тавсия этилади.

Дорилар билан даволашда антибиотиклар балғамни бактериологик текшириш, қон ва микроорганизмнинг антибиотикка сезувчанлиги аниқланиб буюрилади. Таҳлиллар натижаси олинганга қадар кенг таъсир доирасидаги антибиотиклардан макролидлар, фторхинолонлар тавсия этилади. Шу билан бирга дезинтоксикацион ва симптоматик даво олиб борилади. Бронхларнинг дренаж фаолиятини яхшилаш мақсадида тебранма массаж, постурал дренаж, даволовчи бронхоскопия ўтказилади. Жарроҳлик усулида даво 10% ҳолларда антибиотикотерапия самара бермаганда, ўпкадан қон кетганда, абсцесс ўлчами 6 см дан катта бўлганда, плевра эмпиемасида ва сурункали абсцессда ўтказилади.

Профилактикаси – соғлом турмуш тарзини ташкил этиш, нафас аъзоларининг сурункали яллиғланишли касалликларини ўз вақтида ташхислаш ва даволаш, инфекция ўчоқлари санацияси, организмни чиниқтириш каби тадбирлардан иборат.

Бемор шифохонадан чиққандан кейин пулмонолог ва умумий амалий врачи назоратида бўлиб, 3 ойдан кейин қайта рентген текшируви ўтказиш лозим.

Ташхис қўйиш намуналари

✓ Ўнг ўпка ўрта бўлагининг пневмониядан кейинги йирингли абсцесси, ўрта оғир кечиши.

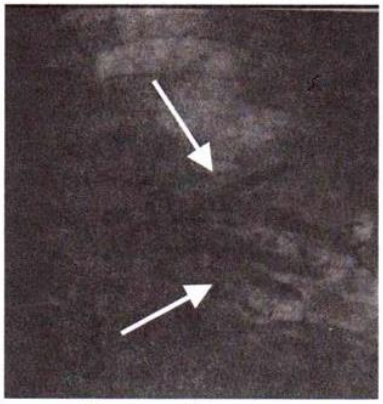
Асорати: Ўпкадан қон кетиши.

✓ Чап ўпка пастки бўлагининг аспирацияли абсцесси, оғир кечиши.

Асорати: Чегараланган плевра эмпиемаси. Ўткир нафас етишмовчилиги III даража.

Бронхоэктаз касаллик

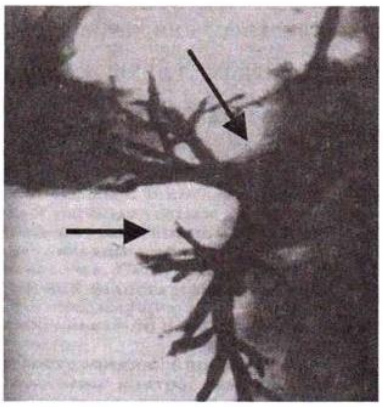
Бронхоэктаз касаллиги – бронхларнинг қайтмас патологик кенгайиши ҳисобланиб, инфекцияга боғлиқ яллиғланиш жараёнининг вақти-вақти билан қўзиб туриши ва йўтал ҳамда йирингли балғам ажралиши каби клиник белгилар билан намоён бўлади. Бронхоэктазлар эркакларда аёлларга нисбатан 3 марта кўп кузатилади. Уларнинг цилиндрсимон, халтасимон ва варикоз шакллари фарқланади. Амалиётда цилиндрсимон бронхоэктазлар кўпроқ учрайди. Бунда бронх диаметри унинг проксимал қисми диаметридан 30% га яқин ортиқ цилиндр кўринишида узунасига кенгайган бўлади. Цилиндрсимон бронхоэктазлар асосан VI–X тартибдаги бронх шохлари дамида жойлашади (*56-расм).* Халтасимон бронхоэктазлар диаметри 1 дан 10 см гача ва ундан катта каваксимон думалоқ тузилмалар шаклида бўлиб, IV тартибдаги бронхлар дамида кузатилади. Варикоз бронхоэктазлар нисбатан кам учраб, бронхнинг узунасига, худди мунчоқ доналари каби туташиб турадиган кавак тузилмалар ҳисобланади ва IV-X тартибдаги бронхларга тарқалган бўлади (*57-расм).*



56-расм. *Цилиндрсимон бронхоэктазлар*

Унинг учала шакли ҳам битта беморда учраши мумкин. Кўпроқ ўпканинг чап бўлаги, пастки қисми зарарланади.

Этиологияси ва патогенези. Туғма ва орттирилган бронхоэктазлар фарқланади. *Туғма* (бирламчи) бронхоэктазлар қориндаги бола ўпкасининг ривожланишида камчилик борлиги туфайли шаклланади. Ўпкадаги наслий дефектлар, сурункали инфекциялар (Эпштейн-Барр вируси), иммунтанқислик ҳолатлар, Картагенер, Уильямс-Кемпбелл синдромлари (бронх тоғайларининг туғма бўлмаслиги), Швахман-Дайемонд синдроми (синусит ва бронхоэктазлар, меъда ости бези етишмовчилиги) ва муковисцидоздан кейин юзага келиши мумкин. Ўпка ривожланишидаги энг кўп кузатиладиган нуқсон бронхларнинг кистоз гипоплазияси бўлиб, барча ўпка нуқсонларининг 50-60% ни ташкил этади. *Орттирилган* (иккиламчи) бронхоэктазлар бола 3-6 ёшли пайтида бактериал инфекциялар, қизамиқ, кўкйўтал, бўғма, аденовирус инфекцияси билан оғриганда, катталарда нафас йўллари ўсмаси оқибатидаги обструкция, ошқозон-қизилўнгач рефлюкси, нафас йўлларига ошқозон аралашмаларининг тушиши, нафас аъзоларининг сурункали касалликлари, пневмония ва бронхитларнинг тез қайталаниши, аспергиллёз, сил, иммунтанқислиги ҳолатларидан кейин ривожланади. Биринчи навбатда нафас йўллари девори зарарланади ва ҳимоя механизми (мукоцилиар клиренс, иммун реакция) пасаяди, уларнинг шиллиқларни эвакуация қилиш хусусияти йўқолади ва инфекцияга берилувчан бўлиб қолади. Инфекция таъсирида яллиғланишнинг қайталаниши бронхлар деворидаги эластик тўқимани шикастлайди ва нафас йўллари бўшлиғининг кенгайиши юзага келади.



57-расм. *Варикоз бронхоэктазлар*

Таснифи:

1. Анатомик жиҳатдан:
- цилиндрсимон;
- халтасимон;
- варикоз.

2. Патоморфологик жиҳатдан:
- атрофик;
- гипертрофик.

3. Этиопатогенетик жиҳатдан:

- туғма бронхоэктаз;
- орттирилган бронхоэктаз;
- ателектатик бронхоэктаз;
- деструктив бронхоэктаз;
- бронхитдан кейинги бронхоэктаз;
- бронхостеноздан кейинги бронхоэктаз.

4. Кечиши бўйича:

- қўзиш даври;
- ремиссия даври.

5. Асорати бўйича:

- қайталанувчи пневмония;
- қон туфлаш ва қон кетиши;
- ўпка эмфиземаси;
- нафас ва ўпкали-юрак етишмовчилиги;
- иккиламчи амилоидоз.

Клиникаси. Беморлар эрталаблари безовта қиладиган сурункали йўталга, тана ҳолатини ўзгартирганда йўтал билан йирингли балғам ажралишига, касаллик қўзиганда тана ҳарорати 38-39°С га кўтарилишига шикоят қиладилар. Балғам миқдори кунига 150-200 мл, оғир ҳолларда ва тарқалган жараёнда 500 мл ва ундан кўп бўлиши мумкин. 30-50% беморларда вақти-вақти билан қон туфлаш, кам ҳолларда нафас олишда кўкрак қафасида оғриқ, ҳолсизлик, тана вазнининг камайиши кузатилади.

Умумий кўрикда кўкрак қафаси бочкасимон (айниқса, ателектатик бронхоэктазда, эмфизема ривожланганда), тирноқлари "соат ойнаси" ва бармоқлари "барабан таёқчаси" кўринишини эгаллайди. Перкуссияда ўпка пастки қирраси ҳаракатининг чегараланганлиги, зарарланган жойда тўмтоқ, яққол ривожланган эмфиземада қутича товуши, аускультацияда дағал нафас негизида жарангсиз нам хириллашлар эшитилади. Йўталгандан кейин хуружларнинг характери ўзгаради, интенсивлиги камаяди, перибронхиал пневмоник инфильтрат ривожланганда нам хириллашлар жарангли бўлади.

Лаборатор-асбобий текширишлар:

- умумий қон таҳлилида лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши, камқонлик белгилари;
- балғам қолдирилганда уч қаватли бўлади. Уни бактериологик текширганда турли хил микрофлоралар (Haemophilus influenza, Streptococcus pneumonia, Staphylococcus aureus, анаэроблар, сил микобактериялари, замбуруғлар) топилади;
- қон зардобида α1-фракциялари (α1-антитрипсин етишмовчилиги) пасаяди (эмфизема ривожланган беморларда);
- кўкрак қафаси рентгенографиясида зарарланган сегментда перибронхиал фиброз, ателектаз, кўплаб кистоз ҳосилалар, томирлар сурати деформацияси аниқланади;
- бронхография инфекция қўзғалмаган даврда ўтказилади (бронхлар секрети контраст моддани тўсиб қўймаслиги учун). У бронхоэктазларнинг жойлашиши, тарқалганлиги, шакли, пневмосклероз бор-йўқлигини аниқлашга имкон беради;
- КТ бронхоэктазларни ташхислашни аниқлашда ишончли инвазив бўлмаган усул ҳисобланади;
- ташқи нафас фаолиятини текшириш бронхообструктив синдромни эрта аниқлашга ёрдам беради. Бунда рестриктив ва рестриктив-обструктив вентиляцион бузилишлар ривожланади, гипоксемия шаклланади.

Бронхоэктаз касаллиги ўпкани сурункали обструктив касаллиги ва сил билан қиёслаш қийинчилик туғдирмайди. Бунда синчковлик билан йиғилган анамнез, рентгенография, бронхография ва КТ ёрдам беради.

Даволаш. Консерватив даволашда *парҳезга риоя қилиш* муҳим ҳисобланиб, юқори калорияли (3000 ккал/кунига), оқсилли (110-120 г/кунига) таомлар миқдорини кўпайтириш ва ёғларни камайтириш (80-90 г/кунига) тавсия этилади. А, В, С гуруҳ витаминлар сақловчи овқат ва мевалар истеъмол қилиш, кўп суюқлик ичиш буюрилади.

Касаллик қўзиган даврда 1-2 ҳафта антибиотиклардан амоксициллин кунда 1500 мг ёки амоксициллин+клавуланат кислотаси, амоксициллин+сульбактам буюрилади. Ҳар сафар қўзиш даврида антибиотиклар гуруҳи алмаштирилиб турилади. Кейинги қўзиганида фторхинолонлар азитромицин, кларитромицин, левофлоксацин 500 мг ёки моксифлоксацин 400 мг кунига бир марта ичишга ёки цефалоспоринларнинг учинчи ва тўртинчи авлоди тавсия этилади.

Бронхлар санациясини тиклаш мақсадида вибрацион массаж ва электр вибромассаж қўлланилади. Бемор мунтазам гимнастика билан шуғулланиши лозим. Мукорегулятор ва муколитиклар (ацетилцистеин 600 мг кунига бир марта, амброксол 30 мг уч марта ичишга) буюрилади. Обструкцияда ипратропиум бромид 40 мкгдан уч марта ёки тиотропиум бромид 18 мкг кунда бир марта тавсия этилади. Бронхларда шиллиқли обтурация ёки йирингли тиқинлар бўлганда даволовчи бронхоскопия, бронх ва трахеяни микродренажлаш ўтказилади. Интоксикацияни камайтириш мақсадида дезинтоксикацион терапия ўтказилади.

Дориларсиз даволашда мунтазам жисмоний бадантарбия машқлари, нафас гимнастикаси буюрилади ва улар беморлар реактивлигини ҳамда бронх ўпка тизимининг функционал ҳолатини оширади, касалликнинг кечишини енгиллаштиради. Кўкрак қафаси массажи ўпканинг дренаж фаолиятини яхшилаб, балғам чиқишини осонлаштиради. Санатор-курорт даволаш касалликнинг ремиссия даврида йилнинг иссиқ фаслида тавсия этилади.

Хирургик даволаш яққол ривожланган ателектазда, қон кетишда, халтасимон бронхоэктазларда ўпканинг тегишли соҳаси резекцияси амалга оширилади.

Профилактикаси. Иккиламчи бронхоэктаз шаклланмаслиги ва бронхоэктаз касаллиги қўзимаслиги учун қуйидаги профилактика тадбирлари олиб борилади:

- чекишни ташлаш;
- пневмонияни монанд даволаш;
- вирусли инфекцияга қарши иммунизация (грипп, кўкйўтал), моновалент ва поливалент бактериал вакцина қабул қилиш (масалан, пневмококк, гемофил таёқчасига қарши).

Дипансеризация. Бемор яшаш жойида умумий амалиёт врачи ва пулмонолог назоратида бўлади. Бронхоэктаз касаллигида чегараланган ўзгаришлар бўлиб, кам қўзиса (йилига 2 марта) қуйидаги тадбирлар ўтказилади:

✓ йилда 3 марта, умумий амалиёт врачи кўриги;

✓ пулмонолог, торакал хирург, қулоқ, томоқ ва бурун касалликлари шифокори, стоматолог кўриги йилда бир марта, кўрсатма бўлганда фтизиатр кўриги.

✓ умумий қон, сийдик ва балғам таҳлили, сил микобактериясига текшириш, флюорография йилда 2 марта;

✓ ўткир фазали яллиғланиш кўрсаткичлари;

✓ йилда бир марта ЭКГ; бронхоскопия, томография кўрсатма бўлганда;

✓ балғамни қўзғатувчига ва антибиотикка сезувчанликка текшириш;

✓ ўткир вирусли инфекция қўшилганда касалликнинг авж олмаслиги учун йилига 2 марта (куз ва баҳор) комплекс даво ўтказиш.

✓ Бронхоэктаз касаллиги йилда 3 марта қўзиганда ва тарқалган ўзгаришлар мавжуд бўлганда қуйидаги тадбирлар ўтказилади:

✓ умумий амалиёт врачи ва бошқа мутахассислар кўриги йилда 4 марта;

✓ юқорида кўрсатилган лаборатор текширишлар ва қонда умумий оқсил, глюкоза, креатинин, мочевина, протеинограмма йилда бир марта;

✓ касалликнинг авж олмаслиги учун такрор юқорида келтирилган даво курси ўтказилади.

Ташхис қўйиш намуналари

✓ Бронхоэктаз касаллиги, чап ўпка пастки бўлакларининг цилиндрсимон бронхоэктазлари, ўрта оғирликда кечиши, қўзиш даври.

✓ Асорати: Қайталанувчи пневмония.

✓ Бронхоэктаз касаллиги, чап ўпканинг пастки ва юқори бўлакларида тарқалган, икки томонлама цилиндрсимон ва халтасимон бронхоэктазлар, оғир кечиши, қўзиш даври.

Ёндош: Иккиламчи сурункали обструктив бронхит, қўзиш даври.

Асорати: Ўпка эмфиземаси. Иккиламчи амилоидоз. Сурункали нафас етишмовчилиги III даража.

Мавзу 24: Ҳансираш, нафас сиқиши. Бронхообструкция билан кечувчи касалликлар. Бронхиал астма, ЎСОК, эмфизема, пневмосклерозни Юрак ва ўпка патологиясида хансирашни қиёсий ташхислаш. таққослама ташҳислаш. Сурункали нафас етишмовчилиги. УАШ тактикаси.

Ўқитиш технологияси

Машғулот вақти 6 соат	Талабалар сони : 10-12 тагача
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Ўқув дарсини таркибий қисми	1. Кафедра ўқитиш тематик хонаси 2. Ренгонологик тасвирлар қўлланма материаллари 3. Касалхона хоналари 4. Телевизор, видео ускуналари
Ўқув дарсини мақсади: Бронхиал астма ва ЎСОК ни замонавий дифференциал диагностика саволларини УАШ га ўргатиш. “УАШ квалификатция характеристикаси” да кўрсатилган касалликларни олиб боришни бирламчи тиббий тизимга ўргатиш.	
Педагог вазифалари 1. УАШ ни ЎСОК клиник кечиши диагностикасини ўргатиш. 2. Хансираш бўғилиш билан кечувчи ўпка касалликларини дифференциал диагностикасини ўргатиш. 3. ҚВП шароити ва ихтисослаштирилган статционарларда даволанадиган хансираш ва бўғилиш билан кечувчи касалликлар хақида малумот бериш. 4. УАШ квалификатция характеристикаси” да талуқли саволларни хал қилиш. 5. Даволаш хусусятларини ўргатиш. (номедикаментоз ва медикаментоз).	**Ўқув жараёнини натижалари:** ***Талаба билиши лозим:*** 1. ЎСОК, ЎЭ, БА ни клиник номоён бўлиши . 2. ЎСОК,Дифференциал диагностикаси. 3. Уларни дифференциал диагностикаси 4. Нафас етишмовчилик белгилари. 5. УАШ тактикаси 6. Ушбу касалликда даволаш принцплари (медикаментоз ваномедикаментоз) 7. ҚВП ва ОП шароитида беморларга диспансер кузатув ва маниторинг ўтказиш принцплари. ***8.*** Ушбу касалликда бирламчи, иккиламчи, учламчи профилактика ўтказиш принцплари. ***Талаба билиши лозим:*** Хансираш ва бўғилиш билан кечадиган касалликларни шикоят ва анамнезини диагностика учун мухокама қилиш..

6. ҚВП ва ОП шароитида беморларни кузатиш ва моииторинги хусусятларини мунозара қилиш. **7.** Ушбу касалликларда бирламчи иккиламчи учламчи профилактика хусусятлари.	ЎСОК турларини клиника лабаратор текширувлар ренгенограмма натижалари бўйича дифференциал диагностикалаш.. Пикфлоуметрия ўтказиш. Пикфулометрия натижаларини интерпритатция қилиш - беморлар ёши бўйи жинси дан келиб чиққан холатда пикфулометрия нормал кўрсаткичларидан тўғри фойдаланиш - беморлар ёши бўйи жинси дан келиб чиққан холатда пикфулометри нисбатларини тўғри кўрсатиш - олинган натижаларни тўғри прогноз ва анализ қилиш. Самараси исботланган дорилардан буюришю. Номедикаментоз даволаш усулларини маслахат бериш.. ҚВП ва ОП шароитида маниторинг ўтказиш.
Ўқитиш методлари	Ўқитиш методлари “мия хужуми”, ёш органейзр видео дискуссия сухбат тест ва вазиятли масала.
Ўқув формалари	Индивидуал ишлаш,гурухларда, хамкасблар, аудиториада ва аудиториадан ташқари ишлаш.
Ўқув анжомлари	Тарқатма визуал материаллар,видео филм,муляж, график органейзр, касаллик тарихи, жадваллар, стентлар, ўқув материаллари, касаллар ЭКГ си.
Қайта боғлов усуллари	Блиц сўроқ, тест ўтказиш, ўқув вазифалари натижалар презентатциялари, касаллик тарихини тўлдириш, амалий кўникмани бажариш.

Машғулот технологик харитаси

№	**Амалий машғулат босқичлари**	**Машғулотшакли** ***Ўтказилиш жойи***	**Машғулот вакти**
1	Кириш қисми (мавзуни ёритиш)		10
2	Амалий машғулотмавзусини янги педагогик технологиялар ёрдамида мухокамақилиш (услуб «галерея бўйлаб саёхат»), шу билан бирга кўргазмали ашёлар (касаллик тарихи, жадваллар, суратлар,рентгенограммалар), даражани аниқлаш.	Сўров, мухокама *Ўқув хонаси ва беморхона*	40

3	Мухокама хулосаси		10
4	Амалий қисм учун топшириқни аниқлаш – профессионал расспрос. Касаллик тарихини тўлдириш учун тушунтириш ва маслахатлар бериш.	Мухокама	20
5	Ўқитувчи бошчилигидаги асосий амалий қисм.	Проф. сўроқ. Беморлар билан мулоқот, тиббий карталарни тўлдириш, вазиятли топшириқларни хал этиш. *Беморхоналарда тематик беморларни куўриш.*	20
6	Бемор текширув натижалари: шикоятлари, кўрик, пальпация, перкуссия, аускультация, УҚТ, УБТ, УСТ, рантген тасвири, балғам экмаси, қон биокимёвий текширувларига асосланиб ташхис қўйиш.	Касаллик тарихи, лабаратор маълумотлар, вазиятли топшириқлар.	25
7	Талабалар амалий ва назарий билимларини мухокама қилиш, билимларни мустахкамлаш, ўзлаштириш даражасини бахолаш.	Оғзаки сўроқ, тестлар, мухокама, амалий кўникмаларни аниқлаш *Ўқув хона*	55
8	Амалий машғулотмавзуси бўйича хулосалар чиқариш, 100 баллик тизи бўйича бахолаш ва бохоларни эълон қилиш. Кейинги мавзу бўйича уйга вазифани тайинлаш (саволлар жамланмаси)	Мустақил таёрланиш учун маълумот ва саволлар. *Ўқув хона*	25

Талабаларни беморларнинг ҳансираш ёки нафас сиқилиши билан боғлиқ муаммоларини ҳал этиш асосида ўқитишда уларнинг билими, қобилияти ва кўникмаларига қўйиладиган талаблар

Мақсад:*Талабаларни беморларнинг ҳансираш ёки нафас сиқилиши билан боғлиқ муаммоларини синдромига қараб ҳал қилишга, шунингдек УАШ малакавий характеристикаси доирасида бирламчи соғлиқни сақлаш бўғини шароитларида бундай беморларни кузатиб бориш тамойилларига ўргатиш.*

Таълимнинг асосий вазифалари:

- Талабаларни ҳансираш ёки нафас сиқилиши билан боғлиқ муаммони ҳал этишга ўргатиш;
- Талабаларни ҳансираш ёки нафас сиқилиши билан боғлиқ муаммо мавжуд бўлганида, ўз вақтида ташҳис қўйишга ўргатиш;

- Талабаларни ҳансираш ёки нафас сиқилиши билан бирга кечадиган касалликларни фарқлашга ўргатиш;
- Беморлардаги ҳансираш ёки нафас сиқилиши билан боғлиқ муаммоларни ҳал этишда зарур бўладиган билимлар, қобилиятлар ва амалий кўникмаларни такомиллаштириш (маълумот тўплаш, муаммони аниқлаш ва физикал кўрик, шунингдек тадқиқ қилишнинг лаборатор-инструментал усулларини асосли равишда тайинлаш қобилияти);
- Талабаларни беморни кузатиб бориш тактикасини асосли равишда танлашга ўргатиш;
- Талабаларни даволаш-профилактика чораларини асосли равишда амалга оширишга ҳамда қишлоқ врачлик пункти (ҚВП) ва оилавий поликлиника (ОП) шароитларида кузатиб боришга ўргатиш.

Беморлардаги ушбу муаммони таҳлил қилишда қуйидагилар талабаларнинг билимини баҳолаш бўйича муҳим жиҳатлар ҳисобланади:

- Беморлар турмушининг сифатига таъсир қилган асосий муаммони ажратиб олиш қобилияти.
- Рационал анамнез бўйича ёрдамчи саволларни бера олиш қобилияти.
- Хавф омилларининг мавжудлигини ажрата олиш қобилияти.
- Ушбу муаммонинг сабабчиси бўлиши мумкин бўлган касалликлар ёки ҳолатларни санаб ўтиш қобилияти.
- Физикал кўрикни асосли равишда ўтказиш қобилияти.
- ҚВП ёки ОП шароитларида лаборатория тадқиқотларини асосли равишда тайинлаш қобилияти.
- ҚВП ёки ОПдан ташқарида қўшимча тадқиқотлар ўтказиш заруратини ажратиб кўрсатиш қобилияти.
- Олинган маълумотлар асосида ушбу муаммонинг асосий сабабини аниқлаш (ташҳис) қобилияти.
- УАШ малакавий характеристикаси асосида беморни кузатиб бориш тактикасини белгилаш қобилияти.
- Дори-дармонсиз ёрдамни кўзда тутадиган маслаҳатларни бериш қобилияти.
- Исботланган тиббиёт асосида дори-дармонлар билан даволашни белгилаш қобилияти.
- Бирламчи соғлиқни сақлаш бўғини даражасида профилактика чораларини белгилаш қобилияти.
- ҚВП ёки ОП шароитларида беморларни диспансеризация ва реабилитация қилиш тамойилларини белгилаш қобилияти.

Беморларнинг ҳансираш ёки нафас сиқилиши билан боғлиқ муаммосини ҳал этишда талаба нималарни *<u>билиши шарт</u>*:

№	Билимлар рўйхати	Базавий даража

1	Ҳансираш ёки нафас сиқилиши билан бирга кечадиган касалликлар рўйхати	Талаба кўп учрайдиган касалликларнинг камида 10 тасини билиши лозим
2	Ҳансираш ёки нафас сиқилиши билан бирга кечадиган энг хавфли касалликлар рўйхати	Талаба шундай касалликларнинг камида 5 тасини билиши керак
3	ҚВП ёки ОП шароитларида кузатиб боришни талаб этувчи ҳолатлар рўйхати (1-тоифа)	УАШ малакавий характеристикасига мувофиқ
4	Тор соҳа мутахассисининг маслаҳатини ёки госпитализацияни талаб этувчи ҳолатлар рўйхати (2-тоифа)	УАШ малакавий характеристикасига мувофиқ
5	ҚВП ёки ОП шароитларида ўтказишни талаб этувчи тадқиқотлар рўйхати (3.1-тоифа)	УАШ малакавий характеристикасига мувофиқ
6	ҚВП ёки ОПдан ташқарига йўлланишни талаб этувчи тадқиқотлар рўйхати (3.2-тоифа)	УАШ малакавий характеристикасига мувофиқ
7	Ҳансираш ёки нафас сиқилиши билан бирга кечадиган касалликлар ташҳисининг асосий жиҳатлари (мезонлари)	Талаба ҳар бир касалликнинг фарқли белгиларини ва намоён бўлиш аломатларини, шунингдек уларга ташҳис қўйиш мезонларини билиши лозим
8	Юрак астмаси ёки ўпка шишининг белгилари	Талаба ташқи аломатларни санаб бериши керак
9	Бронхиал астма белгилари	Талаба ташқи аломатларни санаб бериши керак
10	Қон айланиши етишмовчилигининг белгилари	Талаба касалликнинг намоён бўлиш аломатларини билиши керак
11	Нафас етишмовчилигининг белгилари	Талаба касалликнинг намоён бўлиш аломатларини билиши керак
12	Ички органлар зарарланишининг ташқи аломатлари	Талаба зарарланиш аломатларини билиши керак
13	«Светофор» тамойили	Талаба светофор рангига қараб, нафас чиқаришнинг энг юқори тезлиги даражаларини билиши керак.
14	Лаборатория тадқиқотлари натижаларининг кўрсаткичлари	Талаба: - нормал кўрсаткичлар ҳамда патология бўлган тақдирда уларнинг силжишларини билиши керак.
15	Даволаш тактикаси	Талаба даволаш усуллари ва

		тамойилларини билиши керак (шу жумладан дори-дармонсиз даволаш усулларини ҳам).
16	Бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика тамойиллари	Талаба бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика учун зарур бўлган асосий тадбирларни билиши зарур.
17	ҚВП ёки ОП шароитларида ҳансираш ёки нафас сиқилиши билан бирга кечадиган касалликлар диспансеризацияси ва реабилитациясининг тамойиллари (4-тоифа)	Талаба диспансеризация ва реабилитация бўйича асосий тадбирларни санаб ўтиши керак.

Талаба беморларнинг ҳансираш ва нафас сиқилиши билан боғлиқ муаммосини ҳал этишда нималарни *қила олиши зарур*:

№	Кўникмалар рўйхати	Базавий даража
	Бемор ва унинг қариндошларидан сўраб-суриштириш	• Талаба эҳтимолий ташҳисни қўйишда ҳақиқатан ҳам ёрдам берувчи қисқа ва аниқ саволларни беришни билиши лозим. • Талаба беморнинг ҳолатини мақсадли равишда аниқлай олиши ва унинг шикоятларини баҳолашни билиши зарур. • Талаба касаллик анамнезини таҳлил қила олиши лозим: касалликнинг бошланиши, илк аломатлари, уларнинг бир-бири билан ўзаро сабабли алоқаси ва ривожланиш динамикаси. • Талаба бемор турмушининг анамнезини таҳлил қила олиши керак: хавф омилларини аниқлаш, ота-онаси ва яқин қариндошларининг саломатлиги.
	Хавф омилларини аниқлаш	Талаба беморни ҳам сўраб-суриштириш, ҳам холис ёндашув асосида бошқариладиган ва бошқарилмайдиган хавф омилларини аниқлашни билиши лозим
	Тана/масса индексини ҳисоблаш	Талаба қуйидаги белгиларни аниқлай олиши керак: - вазн етишмовчилиги - ортиқча вазн.
	Артериал босимни ўлчаш.	Талаба қадам-ба-қадам тамойилини ҳисобга олган ҳолда тонометрияни ўтказишни билиши лозим.
	Терини кўрикдан ўтказиш	Талаба қуйидагиларнинг бор-йўқлиги аниқлай олиши керак: -рангпарлик

		- цианоз, -тошмалар
	Уйқу, билак ва сон артерияларидаги томир уришини тадқиқ қилиш	Талаба қуйидагиларни топа олиши керак: - томир уришининг борлиги ёки йўқлиги Талаба билак артериясининг хусусиятларини баҳолашни билиши лозим.
	Қалқонсимон безни кўрикдан ўтказиш	Талаба қалқонсимон безни кўрикдан ўтказишни, уни пайпаслашни ва катталашганининг белгиларини аниқлашни билиши, шунингдек қалқонсимон безнинг ўлчамига қараб буқоқ даражасини фарқлай олиши лозим.
	Кўкрак қафасини пайпаслаш	Талаба қуйидагиларни қила олиши лозим: - кўкрак қафаси экскурсиясини баҳолаш - овознинг титрашини баҳолаш - кўкрак қафасининг эластиклигини баҳолаш.
	Нафас олиш органларининг перкуссиясини ўтказиш	Талаба буни қила олиши лозим: ўпка товушининг ўзгаришини аниқлаш ва уни изоҳлаш.
	Нафас олиш органларини аускультация қилиш	Талаба буни қила олиши лозим: везикуляр ва бронхиал нафас олишга баҳо бериш ҳамда патологик шовқинлар ва хириллаш мавжуд бўлганида уларни изоҳлаш.
	Юрак соҳасини пайпаслаш	Талаба қуйидагиларни аниқлай олиши керак: - юрак зарбаси - систолик и диастолик титраш Талаба юракнинг тепа қисмидаги зарбага баҳо беришни билиши зарур.
	Юрак перкуссиясини ўтказиш	Талаба: - юракнинг нисбий ва абсолют тўмтоқ уриш чегарасини, - томирлар тараминиг чегарасини, - юракнинг кўндаланг ўлчамини, - юрак конфигурацияси ва белини аниқлашни билиши керак. Талаба: - юрак бўлимлари гипертрофиясининг белгиларини, - митралконфигурациясини, - аортал конфигурациясини аниқлашни билиши керак.
	Юрак аускультациясини ўтказиш	Талаба: - I ва II тоннинг заифлашганини,

		- юракнинг тепа қисмида I тоннинг кучайганини, - аорта ёки ўпка артериясида II тоннинг акцентини, - систолик ва диастолик шовқинни ҳамда уларнинг марказини аниқлай олиши керак. Талаба функционал юрак шовқинларини органик шовқинлардан, - перикард ишқаланишидан ҳосил бўладиган шовқиндан фарқлашни билиши керак.
	Қорин бўшлиғи органларини пайпаслаш, уларнинг перкуссиясини ўтказиш	Талаба қоринни юзаки ва чуқур пайпаслай олиши лозим. Талаба: - гепатомегалияни,спленомегалияни аниқлай олиши керак.
	Қўл-оёқларни кўрикдан ўтказиш	Талаба қўл-оёқлар ва танани кўрикдан ўтказишни билиши ҳамда маҳаллий ёки генераллашган шишни аниқлай олиши керак. Бармоқлари билан оёқ кафтининг орқа томонига босишни билиши ҳамда чуқурча ҳосил бўлиши ёки бўлмаслигини аниқлай олиши керак.
	Суяк-бўғим тизимини кўрикдан ўтказиш	Талаба бўғим синдроми бор-йўқлигини аниқлашни билиши лозим.
	Томоқни кўрикдан ўтказиш	Талаба қадам-ба-қадам тамойилини ҳисобга олган ҳолда томоқни кўрикдан ўтказишни ҳамда ангина аломатларини аниқлашни билиши керак.
	Пикфлоуметрияни ўтказиш	Талаба қадам-ба-қадам тамойилини ҳисобга олган ҳолда пикфлоуметрияни ўтказишни билиши лозим.
	Пикфлоуметрия натижаларини изоҳлаш	Талаба: - беморларнинг жинси, ёши ва бўйига қараб нафас чиқаришнинг энг юқори тезлиги нормал ўлчамларининг жадваллари ва диаграммаларидан тўғри фойдаланишни билиши; - беморларнинг жинси, ёши ва бўйига қараб нафас чиқаришнинг энг юқори тезлигининг тегишли катталигидан фоиздаги нисбатини ҳисоблаб чиқаришни билиши; - олинган натижаларни таҳлил қилишни ва прогнозлашни билиши керак.
	Клиник, инструментал ва биокимёвий таҳлилларни изоҳлаш	Талаба нормадан четга чиқишларни аниқлай олишни билиши лозим.
	Ўпканинг рентген	Талаба қуйидагиларнинг белгиларини аниқлашни

	тасвирини изоҳлаш	билиши керак: - зотилжам - пневмоторакс - плеврит - ўпка саратони ва сил
	ЭКГ қилиш ва уни ўқиш	3. Талаба қадам-ба-қадам тамойлини ҳисобга олган ҳолда ЭКГни қайд этишни билиши керак. 4. Талаба ЭКГ натижаларини ўқий олиши ва қуйидагиларнинг белгиларини аниқлай олиши лозим: - миокард ишемияси - миокард инфаркти - юрак бўлимларининг гипертрофияси -ритм ва ўтказувчанликнинг бузилиши
	Ҳансираш ёки нафас сиқилиши билан бирга кечадиган касалликларни фарқлаш	Талаба фарқланувчи хусусиятларига қараб касалликларни фарқлай олиши керак (анамнез, холис кўрик ва лаборатор-инструментал тадқиқотлар). Талаба объектив маълумотлар асосида бронхиал астмани юрак астмасидан фарқлашни билиши лозим. Талаба объектив маълумотлар асосида қон айланиши етишмовчилигини нафас етишмовчилигидан фарқлашни билиши керак.
	Дори-дармонсиз даволаш бўйича маслаҳатларни бериш	Талаба: - беморларни ўз-ўзини назорат қилишига ўргатишни билиши; - парҳез бўйича маслаҳатлар беришни билиши; - соғлом ҳаёт тарзини юритиш бўйича маслаҳатлар беришни билиши зарур.
	Номедикаментоз даволаш маслахатларини бериш	Талаба билиши керак: - беморга ўзини назорат қилишни ўргатиш - диета хақида малумот бериш - соғлом турмуш тарзини тўғри олиб бориш хақида малумот бериш
	Шифонагача бўлган ёрдам	Миокард инфаркти, ўпка шиши, юрак астмаси, спонтан пневмоторакс, ва бронхиал астма хуружларида талаба шифохонагача бўлган ёрдамни билиши лозим
	Плевральпункцияни утказиш	Талаба спонтанном пневмотораксда плевральпункцияни бажариш техникасини билиш

		керак
	Бугилиш ва хансираш касаллиги даврида дори препаратларини уз вактида кабул килиш	Талаба самараси исботланаган дори препаратларини танлашни билиши зарур Талаба танлаш мобайнида уни бахолашни билиши лозим - Самарадорлик - Хавфсизлик - Арзонлиги - Тежамкорлиги.
	Беморларда кузатиш ва мониторинг утказиш	Талаба мониторинг килишни ва бошкаришни билиш керак: - УҚТ - А/Б курсаткичи. - рентген - ПСВ

Машғулот баёни

Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги: Эпидемиологияси. Бугунки кунда, ўпканинг сурункали касаллиги (ЎСОК) аҳоли касалланиши ва ўлими асосий сабабларидан биридир.

ЎСОК тарқалиши дунё бўйлаб тобора ортиб бормоқда. Шуни ҳам қайд этиш мумкинки, киши ёши улғайган сайин унда ушбу хасталикнинг ривожланиш хавфи ошади. Агар ЎСОК 10 ёшларда 3-6 фоиз учраса, 70 ёшга бориб, бу кўрсаткич 24,1 фоизгача ошади.

Ўзбекистонда аҳоли нафас органлари касалликлари сон жиҳатдан биринчи ўринни эгаллайди. Сўнгги 10 йил ичида носпецифик ўпка касалликлари бўйича касалланиш кўрсаткичи 2,5 баравар ошди, шифохонага ётқизилган пульмонологик хасталилиги бор беморлар сони, юрак-томир ва эндокрин хасталиклар билан оғриган ётоқли беморлар сонидан ошиб кетди. Республикада сурункали носпецифик ўпка касалликлари (СНЎК)дан ўлим ҳоллари кўпайиб бормоқда. Қишлоқ ҳудудларида сурункали носпецифик ўпка касалликларидан ўлим кўрсаткичи айниқса юқоридир.

Сурункали нафас органлари касалликлари орасида энг кўп тарқалган касаллик сурункали оддий бронхитдир. Сурункали бронхит билан хасталанган беморларда 2 йил давомида, камида 3 ой мунтазам йўтал, ҳамда балғам ажратиш билан кўринади. Бунда нафас олиш марказий ҳаво йўллари сатҳида жойлашган патологик жараён асосан йирик бронхларда бўлиб, ушбу хасталик “проксимал бронхит” деб номланади. Оддий бронхитда- трахеобронхиал субмукоз безлар гипертрофияси ва шиллиқ парда трахеобронхиал ҳужайраларнинг (қадаҳсимон ва ҳилпилловчи эпителий ҳужайралари) гиперплазияси, шиллиқ парданинг яллиғланиши кузатилади. Бундай ҳолат нообструктив бронхитга хос бўлиб, у сурункали бронхитга эга беморларнинг қарийб 3/4 қисмида

кузатилади. Бу тур бронхитларда бемор умумий аҳволи турғун қониқарли бўлиб, унда иш қобилияти ҳам сақланиб қолади.

Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги (ЎСОК) замонавий пульмонологияда долзарб муаммо саналади.

ЎСОК- бронх шиллиқ пардасининг сурункали ноаллергик яллиғланиши бўлиб, зўрайиб борувчи нафас етишмовчилигига олиб келадиган нафас йўллари обструкцияси натижасида ўпка вентиляцияси ва газ алмашинувини бузилиши билан намоён бўлади.

ЎСОК-йиғинди тушунча бўлиб, ўзида сурункали ўпка касалликларини, чунончи сурункали обструктив бронхит ўпка эмфиземаси, Буюк Британия ва АҚШ да эса муковисцидоз, облитерловчи бронхиолит ва бронхоэктатик касалликларни ҳам ўз ичига олади.

ЎСОКнинг этиологияси

ЎСОКнинг ривожланишида асосий хавф солувчи омиллари:

1.Тамаки чекиш.

а) чекиш (актив ва пассив);

Сурункали обструктив ўпка касалликлари келиб чиқишида тамаки чекиш жуда зарарли омиллардан ҳисобланади. Тамаки тутуни 4000 ортиқ заҳарли моддани ўз ичига олиб, уларнинг кўпчилиги инсон учун хавфлидир. Ҳар куни, ҳафталаб, ойлаб, йиллаб чекувчи одамларни танасига астраномик миқдорда заҳарли моддалар киради. Бу моддаларнинг асосий зарбаси нафас аъзоларига берилади. Олинган маълумотларга қараганда тамаки таркибидаги моддалар ўпканинг турли тўқималарига таъсир кўрсатади. Тамаки таркибидаги никотин мойсимон томчилар шаклида майда нафас йўллари ва альвеолаларда йиғилиб, тезгина қонга шимилади ва 8 секунд давомида мияга етиб боради ва чекишни тўхтатгандан сўнг 20-30 секунддан кейин камаяди.

Шунингдек, никотин катта қон томирлари эндотелиал ҳужайраларнини зарарлаб, уларда қоннинг ивиб қолишига, тромблар ҳосил бўлишига олиб келиши мумкин.

Кадмий ва фармальдегит ҳужайраларга нисбатан кучли заҳарли таъсир этади ва никотиннинг заҳарли таъсирини кучайтиради.

Тамакида бўладиган полоний, уретан, бензопирин ва винил хлориди хатарли ўсма касаллигини келтириб чиқаради. Шунинг учун ўпкада ракнинг келиб чиқишида уларнинг ўрни беқиёс эканлигига ҳеч қандай шубҳа қилмаса бўлади. Тамаки чекиш ўпка тўқималарида ўзгаришлар келтириб чиқариши оқибатида ўпка эмфиземаси, сурункали бронхит ва нафас йўллари майда тўқималарининг ўзгаришига сабаб бўлади.

б). **Пассив чекиш** бронх эпителийси деструкциясига олиб келади. Тамаки тутуни-нейтрофиллар хемотаксисининг ингибитори ҳисобланади. Тамаки тутуни билан узоқ вақт контактда бўлиш Т-лимфоцитлар фаоллигининг пасайишига асосий синф антителаларнинг синтезининг пасайишига, иммуноглобулин Е синтезини стимуляция қилади, адашган нерв фаоллигини оширади. Юқоридагилар кўпинча гўдакликнинг 1 ёшгача бўлган даврида кўпроқ кузатилади. Ота-онасидаги алкоголизм ҳам асосий омиллардан саналиши мумкин. Шу нарса исботланганки, алкогол патоген микробларни чиқиш тезлигини пасайтиради, яллиғланиш ҳимоя реакцияларини тормозлайди.

2.Ўпканинг ўсиши ва ривожланиши. Ёш болалик даври иммунологик жараёнлари охиригача шаклланмаган бўлиб: юқори нафас йўлларидаги интерферон ҳосил бўлишиниг пасайганлиги, зардоб иммуноглобулин Аси, секретор иммуноглобулин А Т тизимидаги функционал фаооллигининг пасайиши кузатилади. Ундан ташқари ҳомиладорликдаги токсикоз, асоратланган туғруқлар, туғруқдаги гипоксияси, чала туғилишлар, оиласидаги аллергологик анамнез бронхларнинг гиперреактивлиги, рахит, дистрофия, тимус гиперплазияси, перинатал энцефалопатия, эрта сунъий овқатлантириш, 6-12 ойлигида ўтказилган респиратор касалликлар сабаб бўлиши мумкин.

3).Профессионал чанг ва кимёвий моддалар. Касбий заҳарли моддаларнинг таъсири (чанг, кимёвий поллютантлар, кислота ва ишқор буғлари) ва ишлаб чиқариш поллютантлари (S02, K02, қора тутун ва б.қ);

4).Хонадонларнинг ички муҳити ва атмосфера ҳавосининг ифлосланиши. Атмосфера (аммиак, хлор, турли кислоталар, углерод оксиди, озон), ноорганик чанглар (кўмир, кварцли, цементли ва б. қ) ҳавосининг заҳарланиши ва уй рўзғор (овқат тайёрлашдаги ва органик маҳсулотларнинг тутунлари) ҳавосининг заҳарланиши;

5). Ирсий мойиллик (альфа антитрипсиннинг етишмовчилиги); ёшлигикдаги бошидан ўтказилган нафас органлари касалликлари, туғилишдаги массанинг етишмовчилиги.

Эпидемиологик текширишлар шуни тасдиқлайдики, ЎСОК ларига олиб келувчи энг хавфли юқоридаги омиллардан фаол тамаки чекиш ҳисобланади, қолган омиллар эса 10%ни ташкил қилади.

ЎСОКнинг морфологик таснифи

0-босқич – Сурункали нообструктив бронхит

Катарал яллиғланиш, шиллиқ ости қаватнинг гиперплазияси ва гипертрофияси, диаметри 2 мм дан катта бронхларда шиллиқ ишлаб чиқаришнинг ортиши.

1-босқич – ЎСОК енгил кечиши

Катарал яллиғланиш, диаметри 2 мм дан катта бронхларда шиллиқ ишлаб чиқаришнинг ортиши, сўнгра диаметри 2 мм дан кичик бўлган бронхиолаларда продуктив яллиғланишни пайдо бўлиши, аммо ацинуслар зонасида ўзгаришлар йўқлиги.

2-босқич – ЎСОК ўрта оғир кечиши

Диаметри 2 мм дан кам бўлган бронхиолалардаги кучли продуктив яллиғланиш пайдо бўлиши, бронхиолалар деворининг қалинлашиши, бронхиолоэктазлар ва полипоз бронхиолитлар ривожланиши, ўпканинг юқори бўлакларида центролобуляр эмфизема пайдо бўлиши, капилляр оқимининг пасайиши, интима пролиферацияси ҳисобига капилляр девори қалинлашиши, эмфизема зоналарида эса артериолаларнинг мушак қаватини қалинлашиши.

3-босқич – ЎСОК оғир кечиши

1 ва 2 босқичларда кузатиладиган ўзгаришларга қўшимча тарзда бронхиолоэктазлар ва полипоз бронхитни шаклланиши. Ўпканинг катта ҳажмини эгаллаган центролобуляр эмфизема вужудга келиши, капиллярда умумий оқимнинг пасайиши, кўп сонли капиллярларнинг интимаси пролиферацияси ва мушак қавати қалинлашиши ҳисобига девори қалинлашиши. Кардиомиоцитларнинг мозаик гипертрофияси ўнг қоринчанинг сўрғичсимон ва трабекуляр мушакларида ривожланиши.

4-босқич – ЎСОК ўта оғир кечиши

1 ва 3 босқичлардаги ўзгаришларга қўшимча обструктив бронхиолит, икки томонлама центролобуляр, панлобуляр ёки иррегуляр эмфиземани, артериал ўпка гипертензиясини ривожланиши. Ўпкали юракни декомпенсация даврида бўлиши.

ЎСОК диагностикаси

ЎСОК мустақил касаллик бўлиб, ривожланиб борувчи сурункали обструктив бронхит нинг охирги босқичи хисобланиб бронхларнинг обструкцияси қайтмас характерга эга бўлади.

ЎСОК классификацияси

Оғирлик даржасига кўра 4 та босқичга бўлинади. Халқаро кўрсатмаларга асосан (ўпканинг обструктив сурункали касалликлари глобал хулосаси- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), 2003) ЎСОКларининг босқичларга бўлинишидаги умумийлик КНЧҲ (1 сек ичида кучайтирилган нафас чикариш ҳажми) ЎҲКС(ўпканинг кучайтирилган ҳаёт сиғими < 70 %, нисбатидир, бу эса экспиратор нафаснинг чегарасини характерлайди. Қўйида ЎСОКлари даражалари:

I босқич: ЎСОКларининг енгил кечиши. КНЧҲ /ЎҲКС < 70 %. Бемор бунда ўпка функциясининг бузилганлиги ҳақида сезмайди. Обструктив бузилишлар сезиларли эмас. КНЧҲ > 80% ташкил килади. ЎСОКги сурункали йўтал ва балғам продукцияси билан намоён бўлади. Шунинг учун 25% ҳолатларда касалликка ўз вақтида ташҳис қўйилади.

II босқич: ЎСОКнинг ўрта оғир кечиши. КНЧҲ / ЎҲКС < 70 %. Бу босқичда беморлар тиббиёт бирлашмаларига ҳансираш ёки касалликнинг қўзиши, обструктив бузилишларнинг ортганлиги (50 % < КНЧҲ 1 < 80 % ташкил килади). Касаллик белгилари ва ҳансирашнинг физик зўри-қишдан сўнг кучайганлиги кузатилади.

III босқич: ЎСОКнинг оғир кечиши. КНЧҲ / ЎҲКС < 70 %. Кейинчалик ҳаво оқими чекланишининг ортиши билан намоён бўлади, яъни (30 % < КНЧҲ, < 50 % ташкил килади), ҳансирашнинг кучайиши, тез-тез хуружларнинг тутиши кузатилади.

IVбосқич: ЎСОКнинг ўта оғир кечиши. КНЧҲ / ЎҲКС < 70%. Бу босқичда беморнинг ҳаёт тарзи жуда ҳам ёмонлашади, хуружларнинг бўлиши ҳаёт учун жуда хавфли ҳисобланади.Касаллик ногиронликка олиб келиши мумкин.Ўта оғир бронхиал обструкция (КНЧҲ < 30 % ташкил килади ёки КНЧҲ, < 50 % нафас етишмовчилиги билан бирга) билан характерланади. Шу босқичда ўпка- юрак ривожланиши мумкин

ЎСОК диагнози касаллик тарихи (анамнез), клиник белгилари, функционал ва лаборатория тестларини комплекс баҳолашга асосланган**.**

Анамнезидан, ЎСОК билан касалланган беморларнинг асосий қисми сурункали чекувчилардир. (айниқса 40 ёшдан ошганлар). Анамнез йиғиш давомида қуйидагиларни аниқлаштириш лозим:

- Йўтал ва ҳансираш беморни качондан буён безовта қилади;
- Бемор аҳволи ёмонлашуви давомийлиги;
- Нафас қисиши ва йўтал ҳуружларининг учраш сони;
- Кундалик фаолликнинг чекланиш даражаси;
- Ўтмишда ҳуружлар бўлганлиги, шу жумладан касалхонада даволаниш талаб қилинган ҳолатлар;

- Қўлланилган даво муолажалари ва дори воситалари;
- Қондаги газлар миқдори ва КНЧҲ нинг таққослама кўрсаткичлари катта аҳамиятга эга, чунки уларнинг асл кўрсаткичи ўзгаришларни яққол намоён қилмаслиги мумкин;
- Хавф омилларининг таъсирини сўраб суриштириш: чекиш, пассив чекувчилик, иш жойида чанг ёки кимёвий моддалар билан ишлаш, иситгичлардан ва овқат тайёрлашда органик ёқилғилардан ажралиб чиқувчи тутунлар таъсирини аниқлаш. Йўтал, балғам кўчиши, ҳансираш (гоҳо ҳуштаксимон нафас олиш билан ўрин алмашинадиган) ЎСОКли беморларнинг асосий шикоятлари саналади. Касаллик бошланганда балғам асосан эрталаб ажралиб, кам миқдорда бўлиши, кейинчалик балғамнинг кўпайиши (бир кеча кундузда 30 мл дан ортиқ) ва инфекция қўшилганда йирингли бўлиши, ҳансираш, ҳуштаксимон нафас олиш.билан характерланади.

Объектив текширувда кўкрак қафаси шаклиниг ўзгарганлиги (кўкрак девори ва, айниқса, униг орқа-ён бўлимларининг бочкасимон кенгайганлиги, қовурға оралиқларининг катталашиши), диффуз цианоз, нафас олишда қўшимча мушаклар иштироки қайд этилади. Обструкция симптомлари: везикуляр нафаснинг сусайиши, қуруқ ҳуштаксимон хириллашларнинг борлиги, нафас чиқаришнинг узайганлиги кузатилади.

Перкуссияда қутичасимон товуш эшитилади. Диафрагма экскурсияси ҳам камаяди. Аускультацияда, нафас олишнинг заифлашганлиги, кўпроқ қуруқ ҳуштаксимон хириллашлар, баъзан ўртача ва йирик пуфакчали нам хириллашлар иккала ўпкада ҳам эшитилади. Юрак томонидан ҳам ўзгаришлар кузатилиб, булар қўйидагилар бўлиши мумкин: юрак тонла-рининг ханжарсимон ўсимта ёки эпигастрал соҳада яхшироқ эшитилиши, шунингдек ўпка артерияси устида 2 тон акценти эшитилади.

КНЧҲ$_1$га асосланган ЎСОК кечишининг даражасига баҳо бериш

(Европа респиратор жамияти тавсиялари)

ЎСОКлигининг даражалари	Зарур бўлган қийматдан, фоизларда КНЧҲ$_1$ (FEV_1)
Енгил	> 70
Ўрта	50-69
Оғир	< 50

Қондаги газлар босими ўзариши кўрсаткичларини аниқлаш муҳим ҳисобланади.

PaO_2 нинг мазкур ёш учун керакли ҳажмдагидан 80 мм Hgдан ортиқ камайиши гипоксемия борлигини кўрсатади. PaO_2нинг 45 мм Hgга кўпайиши гиперкапния ҳолатини англатади.

Юқорида кўрсатиб ўтилганидек, обструкциянинг қайтарилувчан тури ЎСОК билан оғриган беморларда вентиляцион бузилишларнинг шаклланишида бирмунча катта аҳамиятга эга. Бронхолитиклар (B_2 агонистлари ва холинолитиклар) билан ингаляцион синамалар ўтказилганда ана шу турни тавсифлаш ва унинг қайтарилувчанлик даражасини аниқлаш мумкин бўлади.

Беморда симпатомиметиклар ингаляциясидан кейин ЖНҲ$_1$ кўрсат-кичлари 15 фоиз ва юқори кўтарилса, обструкция қайтарилувчан ҳисоб-ланади.

ЎСОКдаги асосий клиник симптомлар: сурункали йўтал, балғам ажралиши, ҳансираш.

Йўтал. Йўтал касалликнинг энг эрта белгиларидан бири бўлиб, 40-50 ёшлардаги кишиларда пайдо бўлади. Йўтал сурункали тарзда беморни доимо ёки даврий равишда безовта қилади. Асосан йўтал кун давомида, кам ҳолларда кечаси кучаяди. Йўтал касалликнинг асосий клиник белгиларидан бири бўлиб, унинг йўқолиб бориши йўтал рефлексининг пасайганлиги ҳақида далолат беради, бу эса ўз ўрнида хавф белгиси сифатида қабул қилиниши керак.

Сурункали балғам ажралиши касалликнинг бошланғич даврларида жуда кичик миқдорларда кузатилади. Балғам шиллиқ характерли бўлиб, асосан эрталабки вақтда

ажралади. Аммо касаллик авж олиган даврларда, балғам ажралиши кучаяди, йирингли характерга ва балғам қуюқ консистенцияга эга бўлиб қолади.

Ҳансираш касаллик мобайнида авж олиб боради ва персистирловчи характерга эга. Касаллик ривожлана борган сари нафас етишмаслиги турлича ифодаланади: одатий бўлган жисмоний зўриқиш вақтида ҳаво етишмаслик хиссидан то оғир нафас етишмовчилигигача ўзгариб туради. Жисмоний зўриқиш вақтида нафас етишмаслиги йўтал пайдо бўлганидан 10 йил муддат ўтгач ривожланади (камдам – кам холларда касаллик нафас етишмаслигидан бошланади). Ўпка фаолияти сусайиб борган сари нафас етишмаслиги авж олиб боради. ЎСОК да нафас етишмаслиги хусусиятлари: ривожланиб бориш (доимий ўсиш), доимий (ҳар куни) жисмоний зўриқишда кучайиши, респиратор инфекцияларда авж олиш. Нафас етишмаслигини беморлар турлича изоҳлайдилар: “нафас олганда куч ишлатиш”, “оғирлик”, “ҳавога тўймаслик”, “нафас олишнинг қийинлашуви”..

ЎСОК ни оғирлик даражасига кўра таснифи.(GOLD, 2003)

Оғирлик даражаси	**Асосий клиник белгилар**	**Функционал кўрсаткичлар**
Енгил	Доимий бўлмаган йўтал, ҳансираш фақатгина оғир жисмоний юкламадан сўнг ёки умуман кузатилмайди, балғам ажратилиши кузатилади, лекин доимо эмас	КНЧҲ 1>80%, КНЧҲ1/ЎКҲС<70% ҳажм кўрсаткичлари меъёрда.
Ўрта	Доимий йўтал, айниқса эрталаб кучаяди. Кам ҳажмдаги балғам. Чекланган жисмоний юкламада ҳансираш. Тарқоқ қуруқ хириллашлар.	КНЧҲ 1>50%, лекин 80% дан кам, КНЧҲ1/ ЎКҲС <70%, 50%< КНЧҲ1<80% Ўпкадаги қолдиқ ҳажм катталашган. Жисмоний зўриқишдан сўнг гипоксиянинг транзитор эпизодлари. Юракнинг ўнг бўлимларининг зўриқиши белгилари.
Оғир	Доимий йўтал. Тинч ҳолатда ҳансираш. Цианоз. Нафас олишда ёрдамчи мушакларни иштирок этиши. Масофадаги хириллашлар. Ўнг қоринча етишмовчилиги белгилари.	КНЧҲ меъёрий кўрсаткичларнинг 30%дан кам қисмини ташкил қилади. КНЧҲ / ЎКҲС <70%, Гипоксия, гиперкапния. Ўпка-юракнинг клиник белгилари. Нафас мушакларнинг зўриқиши.
Ўта оғир	Сурункали нафас етишмовчилиги ёки ўнг қоринча етишмовчилиги белгилари.	КНЧҲ/ ЎКҲС <70% КНЧҲ <30 ёки КНЧҲ 1<50% меъёрий кўрсаткичлардан. нафас етишмовчилиги билан бирга келган ҳолда.

Бундан ташқари, ЎСОКнинг даражасини авж олиш даврининг оғирлиги бўйича клиник белгиларнинг ўзгариши асосида таснифлаш мумкин:

- Кучайиб борувчи ҳансираш, кўкрак қафасида оғирлик ҳисси билан кузатилади. Бундай ҳансирашнинг энг юқори намоён бўлган даражаси бўғилиш ҳисобланади.
- Йўталнинг жадаллиги ва балғамнинг ажралиш ҳажми, балғамнинг ранги ва қуюшқоқлиги ошади.
- Тана ҳароратини ошади.
- Носпецифик белгилар: умумий ҳолсизлик, уйқунинг бузилиши, тез чарчаш, кучсизлик, депрессия пайдо бўлади.

ЎСОК оғирлик даражасига боғлиқ ҳолда авж олиш даври ҳам оғир кечади. ЎСОКнинг ўта оғир авж олиш даврларида нафас етишмовчилигининг клиник белгиларини баҳолаш зарур: қўшимча мушакларнинг нафас ҳаракатларида иштирок этиши, кўкрак қафасининг парадоксал ҳаракатлари, марказий цианознинг пайдо бўлиши ва чуқурлашиши, периферик шишлар ва тахикардия кабилар.

ЎСОК КЛИНИК ШАКЛЛАРИ

Ўрта, оғир ва оғир кечаётган ЎСОК иккита клиник шаклга фарқланиши мумкин (1-жадвал) – эмфиземали (панацирли эмфизема, “пушти пуфлагичлар”) ва бронхитик (марказий ацинар эмфизема, “зангори бўртмачалар”). Ўпкали юракни декомпенсация даври ЎСОКнинг бронхитик шаклида эмфиземали шаклига нисбатан эрта босқичларда рўй беради.

ЎСОКга чалинган беморларни текшириш объектив унинг оғирлик даражасини аниқлашда кам маълумот беради. Лекин уларга асосланган ҳолда бемор лаборатор ва асбоб – ускуналар билан қўшимча текширишга юборилади.

1 – жадвал

ЎСОК ўртача оғирликда ва оғир кечишининг клиник хусусиятлари.

Белгилар	**Бронхитик шакли**	**Эмфиземали шакли**
Асосий белгилар нисбати	Йўтал >ҳансираш	Ҳансираш > йўтал
Бронх обструкцияси	Ифодаланган	Ифодаланган
Ўпка гиперинфляцияси	Кучсиз ифодаланган	Кучли ифодаланган
Тери - шиллиқ қопламлари	Кўкимтир	Пушти – кулранг
Йўтал	Балғам кўп миқдорда	Миқдори кам
Рентгенограммада ўзгариш	Диффуз пневмосклероз	Ўпка эмфиземаси
Ўпкали юрак	Ўрта ва кекса ёшларда, эрта декомпенсация	Кекса ёшларда, анча кеч декомпенсация
Полицитемия, Эритроцитоз	Кўп ҳолларда ифодаланган; Қон қуюқлашган	Хос эмас
Кахексия (ориқлаш)	Хос эмас	Мавжуд
Бемор вазни	Семиз	Вазни паст
Функционал бузилишлар	НЕ ва ДЮЕ авж олиб бориши белгилари	НЕ устун

Ўлим	Ўрта ёш	Кекса ёш

ЛАБОРАТОР ВА АСБОБ – УСКУНАЛАР БИЛАН ТЕКШИРИШ

ЎСОК да мажбурий текширувлар.

- Балғамни ҳужайравий текширув
- Яллиғланиш жараёни хусусияти ва унинг ифодаланиши
- Атипик ҳужайралар аниқланиши – кекса ёшли беморда онкологик эҳтиёткорлик

Қон клиник таҳлили Касаллик зўрайганда таёқча ядроли нейтрофилли лейкоцитоз ва ЭЧТ тезлашади. Полицитемик синдром (эритроцитлар сонининг ортиши Нв миқдорининг баландлиги, ЭЧТ пасайиши, гематокрит кўтарилиши аёлларда >47%, эркакларда >52 %, қон қуюқлашуви) – гипоксемиядан далолат беради. Рентгенографияда Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги енгил даражасида рентгенда ўзгаришлар бўлмайди. Клиник кечиши бўйича ЎСОК га ўхшаш ҳасталикларни (ўпка раки, сил) истисно қилиш мақсадида бирламчи рентген текшируви. ЎСОК диагнози қўйилган бўлиб, касаллик зўрайганида зотилжом, спонтан пневмоторакс, плевра бўшлиги суюқлигини истисно қилиш мақсадида бажарилади.

Балғамни текширганда: гистологик ҳолат яллиғланиш тури ва босқичини ойдинлаштириш имконини беради; инфекцион агент сабабли хасталик қўзиганда балғамда нейтрофиллар, эпителиал ҳужайралар, макрофаглар ва бевосита қўзғатувчиниг ўзини ҳам аниқласа бўлади. Микробиологик текшириш кўпинча яллиғланиш жараёнининг авж олиш жараёнида ёрдам беради, касалликнинг одатдаги кечишида бунга эришиб бўлмайди. Бундай ҳолларда брохальвеоляр суюқликни иммунологик текшириш мақсадга мувофиқдир. Электрокардиография: ЎСОКги чўзилиб кетган беморларда ЭКГда қўйидаги ўзгаришлар аниқланади: юрак электр ўқининг ўнгга силжиши (S_1 ва R3, S-AVL), ўнг бўлмачанинг зўриққанлиги (P- pulmonale, II, III, AVF тармоқларида) (V_5 ,V_6 тармоқларида чуқур S- тишчаси).

Ўпкада ўтказиладиган функционал тестлар ташҳис қўйиш, патологик жараён оғир-енгиллигини баҳолаш ва унда зўрайиш бор-йўқлигини билиш учун зарур ҳисобланади.

Ташқи нафас функцияси (ТНФ) кўрсаткичларига баҳо бериш ЎСОКда обструкция, альвеоляр девор деструкцияси даражаларини аниқлашга хизмат қилади.

Энг кўп ахборот берадиган тестлар КНЧҲ $_1$ ва КНЧҲ $_1$/ ЎКҲС нисбатларидир. КНЧҲ $_1$ касаллик оғир енгиллигини баҳолаш учун юқори сезувчан кўрсаткич ҳисобланади.(1-жадвалга қаранг).

Пикфлоуметр ёрдамида нафас чиқаришнинг энг юқори тезлигини мониторинги ҳам обструкциянинг даражасини аниқлаш имконини беради. Пикфлоуметр ёрдамида НЧМҲТ, яъни нафас чиқаришнинг максимал ҳажмли тезлиги аниқланади ва бу кўрсаткич литр/мин бирлигида ўлчанади (илова 1).

Пикфлоуметрия нафас чиқариш чўққисидаги тезликни (НЧЧТ) аниқлашга имкон беради, яъни максимал тўлиқ нафас олишдан сўнг, жадал нафас чиқариш пайтидаги ҳаво оқимининг нафас йўлларидан чиқишдаги максимал тезлигини билдиради.

Шу билан бирга пикфлоуметрия ЎСОК билан касалланишга хавфи бор гуруҳларни аниқлашда скрининг усули бўлиб ҳисобланади. ЎСОКда НЧЧТнинг аниқланиши касалликнинг авж олиш даврида ва айниқса реабилитация вақтида зарурий назорат усули ҳисобланади. Беморни НЧЧТсини бемор бўйи, жинси ва ёшига монанд тайинланган меъёрий кўрсаткичлар билан таққосланади. Бронхиал ўтказувчанлик бузилганда НЧЧТ меъёрдан паст бўлади. НЧЧТ кўрсаткичи КНЧҲ 1 кўрсаткичи билан узвий боғлиқдир.

Пикфлоуметрияни ҚВП ёки ОП шароитида, ҳамда беморларнинг уй шароитида ҳам ўтказиш маслаҳат берилади. Чунки беморлар бу йўл билан ўзидаги бронхиал ўтказувчанлик ҳолатини мониторинг қилиш, бронходилятаторлар таъсирини баҳолаш учун зарурдир.

Рентген-радиологик текшириш усули билан ЎСОКда эмфизема даражасини ва кичик қон айланиш доирасидаги гипертензия бор-йўқлиги аниқланади.

Ўпка гипертензияси рўй берганда пастга тушувчи ўнг ўпка артерияси 16 ммдан ошади, юрак сояси ҳам ўзгарган бўлади. Эмфизема ўпка тиниқлигининг ошиши, диафрагманинг силлиқлашуви, қовурғалараро оралиқларнинг кенгайиши билан характерланади.

Компьютерли томография (*КТ*). КТ сканерида эмфиземада камайган ўпка зичлиги намоён бўлиши, буллёз ўзгариш бор-йўқлиги ва эмфизема тури (центрилобуляр ва панлобуляр)ни фарқлаш мумкин.

Эхокардиография ва кардиал катетеризация. Эхоплеврография ЎСОК оғир кечганда ўпка гипертензиясига тааллуқли ўзгаришларни аниқлаш имконини беради. Ўнг кардиал катетеризацияда ўпка циркуляциясини баҳолаш мумкин. Лекин бу усулни ЎСОК оғир кечганда тавсия этиб бўлмайди.

ДАВОЛАШ

Дориларсиз даволаш

Чекишни тўхтатиш-.Чекишни тўхтатиш-ЎСОК ривожланиши хавфини камайтирувчи ва касаллик зўрайишини олдини олувчи ягона самарали усулдир.Чекишни тўхтатишга қаратилган қисқа маслаҳатлар ҳам яхши натижалар беради ва шифокор бу имкониятдан доимо фойдаланмоғи лозим. Чекишни тўхтатиш ўпка фаолиятини меъёрига келтирмайди, лекин КНЧҲ$_1$ бузилишини авж олишини секинлаштиради. Бемор чекишни давом эттирар экан ўтказган муолажалар ҳеч қандай наф бермайди. Дори воситалари билан даволаш чекувчиларда фақат субъектив яхшиланишни юзага келтиради ва оғир ҳолларда белгиларни енгиллаштиради.

Дорилар билан даволаш

АҲВОЛИ ТУРҒУН БЎЛГАН ЎСОК БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ

Дори воситалари билан даволаш касалликни олдини олиш ва белгиларини назорат қилиш, асоратлар оғирлиги ҳамда сонини қисқартириш, бемор умумий аҳволини яхшилаш ва жисмоний зўриқишга чидамлиликни ошириш мақсадида қўлланилади. ЎСОК ни даволаш учун қўлланиладиган ҳеч бир восита аъзонинг сусайиб бораётган фаолиятига таъсир кўрсата олмайди.

- ЎСОК симптоматик даволашнинг асосини бронхолитик воситалар ташкил этади. Барча бронхолитиклар КНЧҲ$_1$ ўзгаришлар бўлмаган тақдирда ҳам жисмоний юкламага чидамлиликни оширади. Афзал усули ингаляция ёрдамида улардан фойдаланишдир.
- ЎСОК барча босқичларида зарур: хавфли омилларни ман қилиш, ҳар йили гриппга қарши эмлаш ва заруриятга кўра қисқа муддат таъсир этувчи бронходилататорлар. Одатда бронходилататорлар ҳар 4-6 соатда қабул қилинади. ЎСОКда монотерапия сифатида қисқа муддат таъсир этувчи β_2-агонистларини мунтазам равишда қўллаш тавсия этилмайди.
- ЎСОК енгил даражаси (I босқич) ва касаллик белгилари бўлмаган ҳолларда бемор мунтазам дори воситалари қабул қилишига зарурият йўқ.
- Касаллик белгилари вақти-вақти билан юзага келиб турса, беморга β_2-агонистлар ингаляцияси ёки қисқа таъсирга эга М – холинолитиклар буюрилади.
- Бронхиал астмага шубҳа қилинганда глюкокортикоидлар билан синов терапияси ўтказилади .
- Ингаляцияли бронходилататорлар бўлмаган ҳолларда узоқ муддатли таъсирга эга теофиллинларни тавсия этиш мумкин.
- ЎСОК ўртача оғир, оғир ва ўта оғир (II – IV босқичлар) кечганида антихолинергик ДВ биринчи танлов воситалар ҳисобланади.
- Бронхолитик самараси бўйича қисқа муддатли таъсирга эга β – агонистга нисбатан айнан шундай таъсир кучга эга бўлган М-холинолитик (ипратропий бромид) узоқроқ муддат таъсир этади.
- Тиотропий бромид узоқ муддат таъсир этувчи антихолинергик ДВ тегишли. Холиноблокаторлик самараси бўйича миқдорланган кукунли ингалятор "HandiHaler" ёрдамида юборилувчи тиотропий бромид ипратропий бромидга нисбатан 10 баробар кучли ва бронходилаторлик самараси давомийлиги энг юқори – 24 соатдан ортиқ.
- ЎСОК II – IV босқичи билан ҳасталанган беморларни антихолинергик воситалар билан даволаш вақтида касаллик кечишини аниқ назорат қилиш имкони бўлмаганда, қўшимча даво сифатида узоқ муддатли таъсирга эга ингаляциядаги β_2-агонистлар билан (салметерол ёки формотерол) мунтазам даволаш тавсия этилади.
- ЎСОК турғун кечганида антихолинергик ДВ қисқа ёки узоқ муддат таъсирга эга β_2 – агонистлар билан биргаликда қабул қилиш яхши самара беради. Бу воситалардан ҳар бирини алоҳида қабул қилиш кўнгилдагидек самара бермайди. ЎСОК оғир ва ўта оғир (III – IV босқич) келганида, айниқса касаллик зўрайган вақтда даволаш яхши натижа берганда бронхолитик билан небулайзер терапия ўтқазилади. Небулайзер терапия ўтқазишга кўрсатмаларни аниқлаш учун даволаш билан бирга НЧЮТ 2-ҳафта мобайнида кузатиб борилади ва унинг кўрсаткичлари яхшиланган тақдирда ҳам терапия давом эттирилади.
- ЎСОК ўрта оғир, оғир ёки ўта оғир кечиб, беморда қисқа ёки узоқ муддат таъсирга эга антихолинергик воситаларга нисбатан шахсий таъсирчанлик мавжуд бўлганда β_2 – агонистлар ёки узоқ муддат таъсир этувчи теофиллинлар билан биргаликда тавсия этилади.
- Касаллик оғир ва ўта оғир кечиб сўнгги 3 – йил мобайнида тез – тез қайталанганда мунтазам равишда ГКС ингаляцияси билан даволанади. ГКС ингаляцияси билан даволаш

(айниқса узоқ муддатли таъсирга эга β_2 – агонистлар билан бирга), зўрайишлар сонини камайтириши ва бемор ҳаёти сифатини яхшилаши мумкин.

- Даволаш самараси ГКС ингаляцияда қабул қилина бошлангандан 6 – 12 ҳафта ўтгач спирометрия маълумотлари бўйича бахоланади. Постбронходилататор синама натижаларига кўра КНЧҲ$_1$ нинг бошланғич кўрсатгичга нисбатан 15 % ёки 200 мл дан кўпроқ ўсиши буюрилган терапияни давом эттиришга асос бўлади. ГКСнинг қисқа муддатли давр курсида аниқ маълумотлар олиб бўлмайди. ЎСОК турғун кечганида тизимли ГКС буюриш тавсия этилмайди.
- Балғамни эритувчи препаратлар фақат у ёпишқоқ бўлган беморларгагина буюрилади. Бундай беморларга касаллик зўрайишлари сони ва кечишини енгиллаштириш мақсадида ацетил цистинини 3 – 6 ой мобайнида буюриш тавсия этилади.

ЎСОК оғирлик даражасиги қараб даволаш режаси қуйида келтирилган (GOLD, 2003, қўшимчалар билан).

Барча даражалар (1даража – енгил, 2 даража – ўрта оғир, 3 даража – оғир, 4 даража – ўта оғир)

1.Хавфли омилларни йўқ қилиш

2.Ҳар йили гриппга қарши эмлаш

3.Қуйидаги препаратлардан бирортасига зарурият бўлганда ингаляциялар ўтказиш: сальбутамол 200 – 400 мкг., фенотерол 200 – 400 мкг., ипратропий бромид 40 мкг., фенотерол ва ипратропий бромиднинг тайёр аралашмаси – 2 миқдор.

2, 3, 4, даражалар (лекин 1 даражада эмас):

Мунтазам ингаляциялар (ипратропий бромид 40 мкг. кунига 4 марта ёки тиотропий бромид 18 мкг. кунига 1 марта; саллегетрол 50 мкг. кунига 2 марта; формотерол 12 мкг. кунига 2 марта); теофилин 0,2 – 0,3г. кунига 2 марта ичилади ёки фенотерол + ипратропий бромиднинг тайёр аралашмаси 2 миқдор кунига 4 марта, ёки салметерол 50 мкг. кунига 2 марта ёки фармотерол 12 мкг. кунига 2 марта; теофиллин 0,2 – 0,3г. кунига 2 марта ичишга буюрилади.

Реабилитация тадбирлари

3 ва 4 даражалар (лекин 1 ва 2 даражада эмас):

Мунтазам ингаляциялар: Беклометазон кунига 1000 – 1500 мкг. ёки будесонид 800 – 1600 мкг. (ёки флутиказон 250 – 1000 мкг.) ёки салметерол 50 мкг. + флутиказон 250 мкг. тайёр аралашмаси 1 – 2 миқдор кунига 2 марта (ёки формотерол 4,5 мкг. + будесокид 160 мкг. 2 – 4 миқдор кунига 2 марта): булар сўнгги 3 йил мобайнида касаллик йилда бир марта ёки ундан кўп қўзиганда ва функционал жавоб ижобий бўлганда буюрилади. Даволаш самараси 6 – 12 ҳафта ўтгач бронходилатацияли синов ёрдамида бахоланади.

Реабилитация тадбирлари

ЎСОК қўзиган даврда беморларни амбулатор даволаш

1.Касаллик қўзиши енгил кечганида бронхолитик дори воситалар миқдори ва қабул қилиш сонини ошириш зарурияти туғилади.

2.Агар даво илгари антихолинергик воситаларсиз олиб борилган бўлса, у ҳолда муолажага улар ҳам қўшилади. Кўпроқ бронходилататорларнинг ингаляцияли аралашмалари буюрилади (аптихолинергик воситалар + қисқа муддат таъсирга эга β_2 – агонистлар).

3.Дори воситалар ингаляциясини турли сабабларга кўра қўллаш имкони бўлмаганда ёки улар самара бермаганда теофиллин буюриш мумкин.

4.Касаллик зўрайиши бактериал сабаблар билан боғлиқ бўлганда (йирингли балғам ажралиши, йўталнинг кучайиши, тана ҳарорати кўтарилиши, умумий холсизлик) қўйидаги антибиотиклардан бири буюрилади: амоксициллин ёки макролидлар (азитромицин, кларитромицин).

5.Касаллик қўзиши ўрта оғир даражада кечганда (йўтал кучайиши, йирингли балғам миқдори ошиши, ҳаво етишмаслик, тана ҳарорати кўтарилиши, умумий холсизлик) бронхолитик давони кучайтириш билан бирга беморнинг клиник ҳолати баҳоланади. Қўзиш бактериал сабабга боғлиқ бўлганда амоксициллин-клавуланат, 2 авлод цефалоспоринлар (цефуроксин) ёки респиратор фторхиноланлар (левофлоксацин, моксифлоксацин) буюрилади. Антибактериал воситалар билан даволаш муддати 10 кундан кам бўлмаслиги керак.

6.КНЧҲ$_1$ меъёрга нисбатан <50 % га камайганда бронхолитик терапия билан биргаликда тизимли ГКС преднизолон кунига 40 мг. ёки бошқалари шунга эквивалент миқдорида 10 кун мобайнида буюрилади.

ЎСОК қўзиган даврида беморларни шифохонага ётқизишга кўрсатмалар

1.Клиник белгилар кучайши (масалан, тинч ҳолатда тўсатдан нафас етишмаслиги)

2.ЎСОК бошланишидан оғир кечиши, жумладан, узоқ муддат тизимли ГКС қабул қилувчи беморда

3.Нафас ва юрак етишмовчилиги даражасини ифода этувчи янги белгиларнинг (цианоз, переферик шишлар) пайдо бўлиши

4.Амбулатория шароитидаги даво ижобий натижа бермаганда ёки унинг асосида бемор аҳволи ёмонлашганда

5. Юрак ритми бузилиши илк маротаба кузатилганда

6.Диагноз қўйишдаги мураккабликларда

7.Катта ёшдаги беморлар

8.Уй шароитида даволаш имкони йўқлиги.

ЎСОК қўзиган даврида беморларни шифохона шароитда даволаш

Оксигенотерапия ҳар минутда 2 – 5 л. кунига 18 саотдан кам бўлмаслиги керак, ҳар 30 минутдан сўнг қоннинг газ таркиби назорати.

Бронхолитик терапия.

1.Қабул қилиш сони ва миқдорини ошириш. Кислородли небулайзер орқали ипратропий бромид 0,5 мкг. эритмаси (2 мл. : 40 томчи) сальбутамол 2,5 – 5 мл. ёки фенотерол 0,5 – 1,0 (0,5 – 1,0 : 10 – 20 томчи) эритмалари билан биргаликда ҳар 6 – соатда

ёки кислород билан небулайзер орқали фенотерол ва антихолинергик воситаларнинг тайёр аралашмаси 2 мл. (40 томчи), сўнг 1,5 – 2 мл. (30 – 40 томчи) дан ҳар 6 – соатда кун мобайнида юборилади.

2.Метилксантинларни в/и юбориш (зарурият бўлганда). Аминофиллин 240 мл./соатига, кунига эса 960 мл. в/и юбориш тезлиги 0,5 мл/кг/соатига, ЭКГ назорати остида.

3.Тизимли ГКС (в/и юборилади ёки ичилади). Дозаси 0,5 мл/кг/кунда ичиш учун (преднизолон 40 мл/кунда ёки бошқа ГКС эквивалент миқдорда 10 – 14 кун мобайнида).

Ичиш имконияти бўлмаганда – парентерал 3 мг/кг/кунда. Преднизолон 10 – 14 кун мобайнида қабул қилингандан сўнг миқдори ҳар 4 кунда 5 мг.дан пасайтириб бориб тўхтатилади.

4.Антибактериал даво (бактериал инфекция белгилари мавжуд бўлса оғиз орқали ёки в/и).

ЎСОК қўзиган даврида антибактериал даво ўтказиш тартиби қўйида келтирилган.

ЎСОКнинг оддий (асоратланмаган) қўзиши. Нафас етишмаслиги зўрайиши, балғам миқдори ва таркибидаги йирингнинг кучайиши. Қўзғатувчи инфекциялар: *H influenzae, H parainfluenzae, S.pneumoniae, M.catarrhalis, Enterobacteriacae,* β – лактамларга чидамлик бўлиши мумкин. Танлов препарати: амиксициллин 0,5 – 1,0 кунига 3 марта (7 – 14 кун) ичилади.

Қўллаш мумкин бўлган бошқа воситалар: амоксициллин/клавуланат 625 мг.дан кунига 3 марта (7 – 14 кун) ичилади ёки: кларитромицин СР 500 мг.дан кунда 1 марта ёки кларгитромицин 500 мг. кунда 2 мартат ёки азитромицин 500мг. кунда 1 марта ёки 500 мг.биринчи кун, сўнг 250 мг.дан 5 кун давомида, ёки левофлоксацин 500 мг. кунда 1 марта (7 – 14 кун), максифлоксацион 400 мг. кунда 1 марта ичиш учун.

ЎСОК нинг асоратланган қўзиши. Нафас етишмаслиги, балғам миқдори ва таркибидаги йирингнинг кўпайиши. Касаллик тез – тез зўрайиши (йилига >4 марта). Ёши >65, КНЧХ$_1$ <50 %. Қўзғатувчи инфекциялар: *H influenzae, H parainfluenzae, S.pneumoniae, M.catarrhalis.* β – лактамларга чидамлик бўлиши мумкин.

Танлов препарати: амоксициллин / клавуланат 625 мг.дан кунига 3 марта (7 – 14 кун) ичилади ёки левофлоксацин 500 мг. кунда 1 марта, моксифлоксацин 400 мг.кунда 1 марта ёки в/и 3 – 4 кун давомида, цефотаксим 1 г. кунига 3 марта, цефтриаксон 1 – 2 г. кунига 1 марта, сўнг цефуроксим (4 – 6 кун) 750 мг. ҳар 12 соатда ёки цефиксим 400 мг. 24 соатда ёки в/и 3 – 4 кун давомида, ципрофлоксацин 400 мг. кунига 2 – 3 марта, сўнг ципрофлоксацион 400 мг.дан (4 – 6 кун) кунда 2 – 3 марта ичишга.

ЎСОК қўзиганлиги сабабли шифохонага ётқизилган беморларни у ердан чиқариш тартиби

- Қисқа муддатли таъсирга эга ингаляцион β_2 – агонистларни қўллаш зарурияти 4 – 6 соатдан ошмаслиги
- Бемор умумий аҳволи сўнгги 24 соатда яхши бўлиши
- Қондаги газлар миқдори ёки унинг кислород билан тўйинганлик кўрсатгичи сўнгги 24 соатда турғун
- Бемор шифохона бўйлаб ҳаракат қила олади, мустақил овқат қабул қилади ва уйқу вақтида нафас етишмаслиги камроқ безовта қилади
- Бемор ва унинг оила аъзолари даво тартиби зарурийлигини тўлиқ тушунадилар
- Уй лозим бўлган кузатув ва парвариш шароитлари билан таъминланган.

Беморни шифохонадан чиқариш олдидан у билан касалликнинг зўрайиши олдини олиш чора тадбирлари мухокама қилинади, бунда гриппга қарши эмлаш, буюрилган даво ва ингаляцияларни бажариш, касалликнинг зўрайганлигидан далолат берувчи белгиларни баҳолай олишга алоҳида эътибор берилади. Зўрайишлар сонини камайтирувчи давони давом эттириш зарур. Меҳнатга яроқсизлик ҳолати тўғрисидаги ижтимоий масалалар кўриб чиқилади. Шифохонадан чиққандан сўнгги даво: чекишни қайта бошламаслик,

спирометрик кўрсаткичларни ва даво самарасини назорат қилиб бориш. ЎСОК билан касалланган беморлар учун, (даражасидан қатъий назар) жисмоний юкламага чидам-лиликни ошириш ва нафас етишмаслигини камайтириш имконини берувчи реабилитация тадбирларини турли мураккабликларда (камида 2 ой мобайнида) ўтказиш керак бўлади.

БЕМОРНИ ЎРГАТИШ

Чекишни касаллик кечишига салбий таъсир этиши ва ундан воз кечиш кераклигини беморга тушунтириш.

- ЎСОК билан касалланган беморлар хасталикнинг табиати, зўрайишига олиб келувчи хавфли омиллар, даволанишда яхши самарага эришиш учун шифокорнинг ва шахсан ўзининг иштирокини тўла – тўкис тушуниши шарт. Ўргатиш бемор ва унинг атрофидагилар талабларига мослаштирилган, яшаш шароити ва сифатини яхшилашга қаратилган, амалга ошириш қулай, оддий ва бемор ҳамда уни парвариш қилаётган кишиларнинг ижтимоий ва ақлий ҳолатига мос бўлиши керак.
- Ўргатиш дастурига қуйидагиларни киритиш тавсия этилади: чекишни ташлаш, ЎСОК тўғрисида маълумот; терапия асослари, давонинг ўзига хослиги (қисман, ингаляция дори воситаларидан тўғри фойдаланиш; касаллик қўзиш вақтида қарор қабул қила олиш ва ўз – ўзини назорат қилиш [пикфлорметрия]). Беморларга ўргатиш дастуридан иловалар тарқатиш, турли семинар ва машғулотларда касаллик тўғрисида маълумот бериш ҳамда уларни махсус кўникмаларга ўргатиш.

Прогнози

Касалликнинг прогнозини ифодалашда, ЎСОК нинг тез авж олиб бориш хусусиятга эга эканлигини ҳисобга олиш зарур. КНЧҲ$_1$ нинг йилига 50 мл. дан кўпроқ камайиб бориши касалликнинг тез авж олиш хусусиятга эга эканлигининг яққол исботидир. ЎСОК нинг оғир ва ўта оғир кечиши меҳнатга яроқсизлик холатини ҳамда ҳаёт учун хавфни юзага келтиради.

БРОНХИАЛ АСТМА (БА) – нафас йўлларининг сурункали касаллиги бўлиб, унинг патогенетик механизми асосида яллиғланиш ҳисобига пайдо бўлган бронхларнинг гиперреактивлиги ётади. Клиник кўрнишининг асосини шиллиқ қават гиперсекрецияси, шиши ва бронхоспазм оқибатида келиб чиқувчи нафас сиқиш хуружи ташкил этади (экспиратор устунлигидаги).

Нафас сиқиш хуружи ва БАга хос бўлган, йўтал, кўкрак қафасидаги «тўлиқлик» ҳисси» баъзан маълум масофадан эшитулувчи қуруқ хуштаксимон хириллашлар кечки ёки эрталабки вақтларда пайдо бўлади ҳамда бронхиал обструкциянинг қисман ёки тўлиқ орқага қайтиши билан кузатилади (спонтан ёки даволаш мобайнида).

Эпидемиологияси

Дунё аҳолисини 5% БА га чалинган. Ёш болаларда касалланиш 30% гача.

Х а в ф л и о м и л л а р

наслий мойиллик, аллерген билан контактда бўлиш

Т р и г г е р л а р (п р о в о к а т о р л а р)

нафас йўллари инфекцияси (аввалambор ўрви), β-адреноблокаторлар қабул қилиш, поллютантлар (so2, no2 и др.), совуқ ҳаво, жисмоний зўриқиш, «аспиринли» бронхиал астмали беморларда ацетилсалицилат кислотаси ва бошқа яқнв, психологик, экологик и

профессионал омиллар, ўткир ҳидлар, чекиш фаол на нофаол), ёндош касалликлар: ошқозон-қизилўнгач рефлюкси, синуситлар, тиреотоксикоз ва бошқ.

П а т о г е н е з

БА патогенези асосини сурункали яллиғланиш ташкил этади.

- Астма учун бронхлар яллиғланишининг уларнинг гиперреактивлиги (турли носпецифик таъсирларга сезувчанликнинг меъёридан ортиқ бўлиши) шаклланишига олиб келувчи алоҳида шакли хосдир; яллиғланишда эозинофиллар, семиз ҳужайралар ва лимфоцитлар муҳим ўрин тутади.
- Яллиғланган гиперреактив бронхлар триггерлар таъсирига ҳансираш ва бўғилиш хуружлари билан намоён бўлувчи обструктив синдромга олиб келувчи нафас йўллари силлиқ мушакларининг спазми билан, шилимшиқнинг гиперсекрецияси билан, нафас йўллари шиллиқ қаватининг шиши ва ҳужайрали яллиғланиш инфильтрацияси билан жавоб беради.

Б А оғирлик даражасини аниқлаш

Поғоналари	Даволашдан олдинги клиник кўриниши	Керакли медикаментоз даво
4 поғона. Оғир персистирловчи астма	Доимий симптомлар тез-тез қайталаниш Тез-тез тунги симптомлар жисмоний фаоллик чекланган НЧАТёки КНЧХ1 меъёрнинг ≤ 60% сутка давомида ўзгариши > 30%	Узоқ превентив даво: Юқори дозада ингаляцион сте-роидлар, узоқ давом этувчи бронхолитик препаратлар ва узоқ давом этувчи курслар билан перорал глюкокортико-стероидлар
3 поғона. Ўрта даражадаги персистирловчи астма	Ҳар куни кузатиладиган симптомлар Касалликнинг қўзиши фаоллик ва уйқуни бузади Тунги симптомлар ҳафтасига 1 мартадан ортиқ кузатилади Қисқа вақт таъсир этувчи β2-агонист-ларни ҳар куни қабул қилиш НЧАТ ёки КНЧХ 1 • меъёрнинг 60 дан 80% гача • ўзгарувчанлик > 30%	Кундалик превентив даво: ингаляцион кортикостероид-лар ва узоқ таъсир этувчи бронходилататорлар (айниқса тунги симптомларда)
3 поғона. Ўрта даражадаги персистирловчи астма	Ҳар куни кузатиладиган симптомлар Касалликнинг қўзиши фаоллик ва уйқуни бузади Тунги симптомлар ҳафтасига 1 мартадан ортиқ кузатилади Қисқа вақт таъсир этувчи β2-агонист-	Кундалик превентив даво: ингаляцион кортикостероид-лар ва узоқ таъсир этувчи бронходилататорлар (айниқса тунги

	ларни ҳар куни қабул қилиш НЧАТ ёки КНЧХ 1 • меъёрнинг 60 дан 80% гача • ўзгарувчанлик > 30%	симптомларда)
2 поғона Енгил персистирловчи астма	Симптомлар ҳафтасига 1 марта ёки кўпроқ, ёки кунига 1 мартадан кам Касалликнинг қўзиши фаоллик ва уйқуни бузиши мумкин Астманинг тунги симптомлари 1 ойда 2 мартадан кўп кузатилади НЧАТ ёки КНЧХ 1 • меъёрнинг ≥ 80% • ўзгарувчанлик - 30%	Яллиғланишга қарши бирор- бир препарат. Узоқ таъсир этувчи бронхо-дилататорлар қўшиш мумкин (айниқса тунги симптомларда)
1 поғона Интермиттирловчи астма	Симптомлар ҳафтасига 1 мартадан кам. Касалликнинг қисқа вақтга қўзиши (бир неча соатдан бир неча кунгача) Тунги симптомлар 1 ойда 2 марта ва ундан кам Қўзиш даврлари орасидаги вақтда симптомлар кузатилмаслиги ва ўпкалар фаолиятининг меъёрида бўлиши НЧАТ ёки КНЧХ 1 • меъёрнинг ≥ 80% • ўзгарувчанлик < 20%	Фақат лозим бўлганда тайин-ланадиган препаратлар, кечик-тириб бўлмайдиган ёрдам кўрсатиш учун қисқа вақт таъсир этувчи ингаляцион β2-аго-нистлар Давонинг интенсивлиги қўзиш даврининг оғирлик даража-сига боғлиқ: таблеткалар кўринишидаги кортикостероид-лар қўлланилиши мумкин

Б а н и н г а с о с и й п а т о г е н е т и к в а р и а н т л а р и

(Г.Б.Федосеев томонидан тўлдирилган тасниф бўйича)

1. инфекцион-боғлиқ
2. атопик
3. аутоиммун
4. дисгормонал
5. диэовариал
6. асабий-руҳий
7. адренергик дисбаланс
8. холинергик
9. жисмоний зўриқишдаги астма
10. аспирин астмаси (триада)

Б р о н х и а л а с т м а к е ч и ш и о ғ и р л и г и д а р а ж а с и

1. енгил кечиши
2. ўртача оғирликда кечиши
3. оғир кечиши

Б р о н х и а л а с т м а к е ч и ш ф а з а л а р и

1. қўзиш
2. ностабил ремиссия
3. муқим ремиссия (2 йилдан узоқ)

А с о р а т л а р и

ўпка томонидан: ателектаз**,** пневмоторакс, ўпка етишмовчилиги ва бошқ.

ўпкадан ташқари: ўпка-юрак, юрак етишмовчилиги.

Касаллик тури:

Атопик тури. Уй чанги (асосан «чанг канаси»), кутубхона чанги, сувараклари ўлдиришда қўлланиладиган воситалар, шунингдек уй ҳайвонлари ва қушлар эпидермиси, моғор замбуруғи, ўсимлик чанги, кам ҳолатларда – озиқ овқат ва дори аллергенларига сенсибилизациялашгандан сўнг пайдо бўлади.

Инфекцион аллергик тури. БА инфекцион аллергик турининг шаклланишида аллергенларга нисбатан организмда сенсибилизация мавжудлиги аҳамиятга эга (нейссери, стафилакокки).

Аспиринли тури. Арахидон кислота метаболизмини бузилиши ва лейкотрин ишлаб чиқишини ошиши БАнинг аспиринли тўрини келиб чиқишида асосий роль ўйнайди. Бу ҳолатда бурун полипози (бурун олди бўшлиғи), ацетилсалицилат кислотасига ва бошқа ЯҚНДВ аллергия бўлишидан ташкил топган аспиринли учлик (триада) шаклланади. Ушбу келтирилган учлик БА билан касалланган беморларнинг 4,2% ида кузатилади. Баъзи ҳолларда учликнинг бир компоненти яъни бурун полипози кузатилмайди. Уларда инфекцион ёки инфекцига боғлиқ бўлмаган аллергенларга ҳам сенсибилизация бўлиши мумкин

Диагностикаси

БА диагностикасида унинг нозологик бирлиги (махсус диагностика қилиш мақсадида) этиология ва имкон қадар патогенетик механизмларини аниқлаш мақсадида махсус текширишлар ўтказилади.

Шикоятлари

- Нафас қисиш хуружи (одатда, нафас чиқаришнинг қийинлашуви билан) – қисқа вақтли, тез бартараф этилувчи ёки чўзилган, даволаш чоралари самара бермайди.
- Нафас қисиш хуружидан олдин қуйидагиларни сезиши мумкин: бурун атрофида ва халқум соҳасида қичишиш, томоқ қичиши, акса уриш, бурунни битиши ёки ринорея, тери қичиши ва бошқалар.
- Ажралмали ёки кам ажралмали хуружсимон йўтал, агарда диагностикани тасдиқловчи текшириш натижалари бўлса у нафас қисиш хуружининг эквиваленти деб қаралади (астманинг йўталли варианти).
- Шовқинли хуштаксимон нафас
- Ҳансираш
- Юрак уриб кетиши

- Меҳнат қобилиятининг пасайиши.

Анамнез: Бемордан ёки ота-онасидан сўранг:

- қайталанувчи хириллашлар эпизодлари
- кечаси ва эрта тонгда изтиробли йўтал ва хириллашлар
- жисмоний зўриқишдан сўнг йўтал ва хириллашлар
- аллерген ёки поллютантлар билан контактдан кейин йўтал, хириллашлар ёки кўкрак қафасида оғирлик ҳис қилиш
- тумов, кейинчалик «кўкракка тушади» ёки 10 кундан ортиқ давом этади
- астмага қарши дорилар қабул қиладими? агар қабул қилса, қанча вақт оралиғида
- имконият бўлса нафас фаолиятини спирометрия ёки пикфлоуметрия ўтказиб текширинг.

Аллергик анамнези

- Касалликнинг биринчи белгиларининг пайдо бўлиш тарихи (қайси ёшда, қайси фаслда, ўша вақтда бемор қандай шароитда бўлганлиги).
- Касалликнинг фаслга боғлиқлиги, белгиларининг неча марта такрорланганлиги ва оғирлиги.
- Касаллик белгилари куннинг қайси вақтида безовта қилиши.

Белгиларнинг ривожланишига олиб келувчи омиллар

- Аллергенлар билан алоқа ДВ қабул қилиши (антибактериал, ЯҚНДВ, β адреноблокаторлар ва бошқалар)
- Баъзи озиқ - овқатларни истеъмол қилиш
- Носпецифик қўзғатувчиларнинг таъсири –ўткир ҳидлар, атир-упалар, лак, бўёқ, совуқ ҳаво, кимёвий моддалар шунингдек жисмоний ва психоэмоционал зўриқиш, ЎРВИ ва респиратор йўлларининг бошқа яллиғланиш касалликлари (бронхит, пневмония ва бошқалар).
- Касбий зарарли таъсирлар бўлиши.
- Яшаш шароити (уй ҳайвонлари, паррандалар ва бошқалар).
- Бемор ва унинг қариндошларида аллергик касалликлар бўлиши.
- Илгариги бемор касалликлари-тарихини таҳлили. Тиббий ёрдамг.а ва шифохонага ётиш учун мурожаат қилганлиги, ўтказган касалликлари (пневмония, бронхит, бурун ва гаймор бўшлиқлари поллипози ва бошқалар).

Физикал текширувлар

Физикал текширувдаги кўринарли ўзгаришлар касалликнинг босқичи ва БАнинг оғирлик даражаси билан боғлиқ.

БАнинг ремиссия даврида ва унинг асоратлари бўлмаганда кўрсаткичлар меъёрида бўлади.

Касалликнинг декомпенсация даврида қуйидаги ўзгаришлар кузатилиши мумкин:

- Нафас олиш ва ЮУСнинг тезлашиши
- АҚБнинг кўтарилиши
- Нафас олиш вақтида кўкрак нафасидаги ёрдамчи мушаклар иштироки
- Ўпкаларнинг пастки чегараси ҳаракатчанлиги пасайиши
- Перкуссияда: перкутор қутисимон товуш аниқланиши

- Аускультацияда: дағал нафас, ҳар хил баландликдаги қуруқ ҳуштаксимон хириллашлар асосан нафас чиқариш вақтида, баъзан турли хилдаги нам хириллашлар
- Бронхиал секрет характери шиллиқли ёки шиллиқ йирингли баъзида кўп миқдорда сувли ёки қуюқ ёпишқоқ.

Лаборатор ва инструментал текширув

- Қоннинг клиник таҳлили (авж олиш даврида эозинофилия кузатилиши);
- Балғамнинг умумий таҳлили (эозинофилия, Куршман спираллари, Шарко-Лейден кристаллари);
- Балғамнинг муҳит ва антибиотикларга сезгирлигини бактериологик текширув.

Қўшимча лаборатор текширувлар

- Қон зардобида оқсил фракцияларини;
- Қон зардобида иммуноглобулин A,M,G лар миқдорини.
- Қон таҳлили: тизимли таъсир қилувчи ГКС олаётган беморлар учун – кортизол, АКТГ миқдорини аниқлаш.
- Зарур аллергологик текширувлар: атопик ва инфекцион аллергенлар билан тери синамалари ўтказиш.

Қўшимча аллергологик текширувлар

- Аллергенлар билан чақирилувчи (провакацион) ингаляция синамалар.
- Дори воситаларини кўтара олмасликни аниқловчи синамалар: лейкоцитларни табиий эмиграцияси тўхтатувини чақирувчи (провакацион) тил ости синамалари.
- Қон зардобида умумий Jg E нинг миқдорини текшириш (иммунофермент таҳлили).
- Қон зардобида специфик Jg E нинг миқдорини аниқлаш (радиоаллергосорбент синамали).
- Аллергия чақирув (провакацион) синамалари фақат махсус шифохона ёки хоналарда аллерголог томонидан бажарилиши керак.

Бажарилиши шарт бўлган инструментал текширув

- Кўкрак нафаси аъзолари рентгенографияси.
- Бурун ёндош бўшлиқлари R-графияси, ЭКГ.
- Ташқи нафас функциясини текшириш (ТНФ).

Қўшимча инструментал текширув

- Диагностик бронхоскопия.
- Бронхомотор синамалар
- Бронхолитиклар билан ўтказиладиган (β2-агонистлар-сальбутамол, фенотерол; холинолитиклар - ипратропин бромид) синамалар бронхиал обструкциянинг қайтишини тиклаш учун қўлланилади
- НЧЮТ ва ФХЎС1ни нисбий баҳолаш синаманинг таъсиригача ва ундан 5-20 минутдан кейин ўтказилади
- ФХЎС ва НЧЮТнинг 29% дан кўпроқ ошиши синама мусбатлиги ва бронхиал обструкциянинг йўқолишини кўрсатади
- Бронхоконстрикторлар (метахолин, гистамин) билан ўтказиладиган синама
- Бронхларнинг реактивлик даражасини акс эттириб, бронхиал обструкциянинг ўсиб бориш тезлигини қайд этади
- Жисмоний зўриқиш ортиши билан ўтказиладиган синама

- Бемор умумий аҳволини (бронхоспазмнинг мавжудлигини) баҳолаш учун жисмоний зўриқиш тўхтатилгач 2-3 минутдан сўнг ўтказилади.

Дифференциал диагностикаси

Дифференциал диагностика анамнестик маълумотлар, аллергологик ва умумклиник текширувлар асосида ўтказилади.

1.БАнинг дифференциал диагностикасини ўтказишда қўйидаги касалликлар билан таққосланади

- ўпканинг сурункали обструктив касалликлари
- юрак етишмовчилиги
- респиратор вирусли инфекциялар
- бронхиолитлар
- аспергиллёз ва бошқа эозинофилияли бронх ўпка аллергик касалликлари.

БА турли шаклларини дифференциал диагностикаси:

1.Атопик БА

- касаллик одатда 20-30 ёшгача юзага чиқади
- белгилари атопик аллергенлар (уй чанги, гул чанги ва ҳакозалар) билан боғлиқ бўлади
- элиминация синамасидан кейинги натижа яққол кўринади – аллерген юкламани камайиши ва касаллик белгиларининг йўқолиши орасидаги боғлиқлик
- атопик аллергенлар билан ўтказиладиган тери ва ингаляцияли синамаларнинг мусбатлиги
- қон зардобида умумий ва махсус Jg E миқдори ошади
- периферик қон таҳлили ва балғамда эозинофилия кузатилади
- ёндош аллергик касалликларнинг (аллергик ринит, коньюктевит, атопик дерматит) мавжудлиги
- Оилавий анамнезда аллергик касалликлар мавжудлиги.

2.Юқумли - аллергик БА

- Илк маротаба касалликни 30-40 ёшда келиб чиқиши
- Тери синамаларининг юқумли аллергенлар билан мусбатлиги
- 48 % ҳолларда юқумли аллергенлар билан инголяцион синамалар мусбатлиги
- Юқумли аллергенларга юқори сезгирлик бўлганда лаборатор текширувларда мусбат натижа
- Аллергологик наслий мойиллик атопик БА га қараганда камроқ
- кечиш ўрта оғирликда ёки оғир даражада
- Эмфизема ва пневмосклероз шаклланиши атопик БА га қараганда кўпроқ
- Элиминация самараси борлиги хос эмас
- Бурун ёнбош бўшлиқларини патологияси: атопик БА га қараганда кўпрок учрайди.

3.Аспиринли БА

- Илк маротаба касаллик 30-40 ёшдан сўнг пайдо бўлади
- «аспиринли учлик» мавжудлиги: БА, ацетил салицил кислотани кўтара олмаслик ва қайталанувчи бурун полипози (гаймор бўшлиқларнинг). 65 % ҳолларда полипоз бўлмайди аммо БА бошқа шаклларига нисбатан бу шаклда кўпроқ учрайди
- Аспиринли ва бошқа НЯКДВ қабул қилиш натижасида бўғилиш хуружларини ривожланиши

- атопик ва юқумли аллергенларга нисбатан сенсебилизация юзага чиқиши мумкин
- Кечиши: ўртача оғирликда ёки оғир бўлади.
- Текширув натижалари ва касаллик анамнези маълумотлари солиштирилгандан сўнггина диагноз қўйилади.

Мутахассислар маслаҳатига кўрсатмалар

1.Спецефик аллергологик текширувларни ўтказиш ва диагнозни тасдиқлаш учун аллерголог-иммунолог маслаҳати керак.

2.Дифференциал диагностика ўтказиш мақсадида қўшимча текширувлар ва асоратларни аниқлаш учун отолоринголог ва пульмонолог маслаҳати зарур.

Даволаш

Даволашдан мақсад:

- Қўзиш даврини бартараф этиш.
- Монанд базис терапияни танлаш, уни қўллаш натижасида касаллик белгиларини камайтириш ёки тўлиқ йўқотиш.
- Беморларни зарур ахборот билан таъминлаш ва пик флоуметр ёрдамида «ўз ўзини назорат қилиш»га ўргатиш.

Шифохонага ётқизишга кўрсатмалар

- ✓ БА нинг қўзиш даври.
- ✓ Аллерген-специфик иммунотерапия ўтказиш (иммунотерапия ўтказган даврда сабаб бўлувчи аллерген билан алоқани инкор этиш мумкин бўлмаганда).

Дориларсиз даволаш

- Сабабчи аллерген билан алоқани йўқотиш. Аллергенни элеминация қилиш бемор сенсибилизация даражасига монанд ҳолда тавсия этилади.
- Аспиринли БА ли беморда ацетил салицил кислота ва бошқа НЯҚДВ ларни қабул қилиш ман қилиш.
- β адреноблокаторлар қабул қилишни тақиқлаш (БА турига қарамасдан).
- Специфик бўлмаган қўзғатувчиларни таъсирини чеклаш: чекиш, касбий зарарлар, поллютантлар, ўткир ҳидлар ва бошқалар. Зарур ҳолатларда – жисмоний ва психоэмоционал зўриқишларни олдини олиш.
- Шифобохш жисмоний тарбия (ШЖТ). Ҳар бир беморга жисмоний зўриқиш идивидуал танланган бўлиши керак.
- Физеотерапевтик даво усуллари.
- Уқалаш (БА хуружлари сўнганда).
- Климатотерапия (санатор - курорт даволаш). Энг қулай иқлимли шароит ўрта тоғли ҳудуд (денгиз сатҳидан 900-1000 м) илиқ, қуруқ иқлимли доимий об-ҳаволи, шунингдек, намлик даражаси паст бўлган денгиз атрофи ҳудудлари кўрсатма бўлиб ҳисобланади.

Дорилар билан даволаш

БА ни дорилар билан даволаш касалликни авж олишда хуружларни бартараф қилиш шунингдек базисли давога қаратилган. БА атопик турида патогенетик даво - аллерген-спецефик иммунотерапия ҳам қўлланилади.

Хуружларни бартараф қилиш

- Қисқа муддатли таъсир этувчи β_2 агонистлари (сальбутамол, фенотерол).
- Узоқ, ва тез таъсир этувчи β_2 агонистлари (формотерол).
- Комбинацияланган ДВ, холинолитиклар ва β_2 агонистлари (ипратропий бромиди ва фенотерол).
- Қисқа таъсир этувчи метилксантиллар (аминофиллин).
- Системали ГКС (преднизолон, дексаметазон).

Касалликнинг авж олишини бартараф этиш

- Терапевтик даво меъёри беморни объектив текширишлар натижасига боғлиқ.
- Инфузион дори воситаларни қўллаш самарали. Асосий хусусиятлари: тез таъсирга эгалиги, ошқозон ичак йулига ножўя таъсирга эга эмаслигини билган ҳолда ва бемор умумий аҳволидан келиб чиқиб дозани танлаш.
- Бемор аҳволини яхшиланишига қараш ифузион дориларни юбориш дозаси ва давомийлиги тайинланади. Системали таъсир этувчи ДВ бошланғич миқдордан 25-30 % аста секинлик билан ҳар куни камайтирилади. Инфузион дори воситалар юбориш сони ва дозасини камайтириб бориш билан бирга уларни ингаляция (яққол бронхиал обструкция белгилари бўлмаганда) ва таблетка турига алмаштириш.
- Оғир ҳолларда (астматик статусда) оксигенация кўрсатма бўлади. Юрак қон томир системасида асоратлар бўлишини ҳисобга олган ҳолда ЭКГ мониторинг ўтказиш. Ўткир нафас етишмовчилиги эҳтимоли бўлганда интубация қилиш.
- БА авж олишни бартараф этиш учун қуйидаги дори воситалар қўлланилади:
- ГКС-системали препатарлар (инфузион шаклда): преднезалон дексаметазон.
- Қисқа таъсир этувчи β_2 агонистлари ингаляции шакли (фенотерол, сальбутамол).
- Узоқ муддат таъсир этувчи β_2 агонистларни (сальметерол, формотерол) дозасини ошиб кетишига йўл қўймаслик.
- Холинолитикларни ингаляция шакли (ипратропин бромид, тиотропиумбромид).
- Қисқа ва узоқ таъсир этувчи метилксантинларнинг таблетка шакли (аминофиллин, теофилин). Уларнинг дозасини ошиб кетишига йўл қўймаслик.
- Нафас йўлларининг харакат фаолияти стимуляторлари ва секретолитиклари (per os ёки инголяторлар- ацетилцистеин, бромг.ексин, амброксол).
- Ўткир даврда антигистамин дори воситаларни (НІ- блокаторлар) қўллаш мумкин эмас чунки улар бронхиал секретни дренажини қийинлаштиради.
- Асоратлар бўлганда (пневмония, бронхит, гайморит) антибактериал ДВ билан бирга замбуруғларга қарши ДВ қўлланилади.
- Ингаляцияни яхшилаш учун бронхолитиклар, балғам кўчирувчилар ва яллиғланишга қарши ДВ ни небулайзерда қўллаш.
- Даволаш давомида қондаги газлар нисбати, кислота- ишқор мувозанати, Ташқи Нафас Фаолияти (ТНФ) кўрсаткичларни ва ЭКГ мониторингини назорат қилиш.

Поғоналар	Узоқ таъсир этувчи назорат дори воситалар	Хуружни бартараф килиш учун воситалар
4 поғона. Оғир персистирловчи астма	**Ҳар куни:** 1.Ингаляцион кортикостероидлар, 800-2000 мкг ва ундан ортиқ; 2.Узоқ таъсир этувчи бронходилататорлар: ингаляцион β2-агонистлар ёки теофил-линлар ва/ёки β2-агонистлар таблеткалар-да ёки сиропда; узоқ вақтга перорал кортикостеродлар	Лозим бўлганда: қисқа вақт таъсир этув-чи бронходилататорлар - ингаляцион - β2-агонистлар
3 поғона. Ўрта даражадаги персистирловчи астма	**Ҳар куни:** 1.Ингаляцион кортикостероидлар 800-2000 мкг; 2.Узоқ вақт таъсир этувчи бронходи-лататорлар, айниқса тунги симптомларла: ингаляцион β2-агонистлар ёки теофил-линлар, ёки β2-агонистлар таблеткаларда ёки сиропда	Лозим бўлганда (лекин кунига 3-4 мар-тадан кам): қисқа вақт таъсир этувчи бронходилататорлар - ингаляцион β2-агонистлар
2 поғона Енгил персистирловчи астма	**Ҳар куни:** 1.Ингаляцион кортикостероидлар 200-500 мкг, кромоглинат ёки недокромил, ёки узоқ вақт таъсир этувчи теофиллинлар; 2.Лозим бўлса, ингаляцион кортико-стероидлар дозасини ошириш. 3.Агар кортикостероидларнинг дои-мий дозаси 500 мкг бўлса, уни 800 мкг гача кўтаринг ёки узоқ вақт таъсир этувчи бронходилататорлар қўшинг (айниқса тунги симптомларда): ингаляцион β2-аго-нистлар, теофиллинлар, ёки β2-аго-нистлар таблеткаларда ёки сиропда	Лозим булганда (кунига 3-4 мартагача): киска вакт таъсир этувчи бронходилата-торлар –ингаляцион β2-агонистлар
1- поғона Интерминттирловчи астма	ингаляцион кортикостероидлар кўрсатилмаган	ҳафтасига 1 мартадан кўп бўлмаган симптомлар мавжудлигида қисқа вақт таъсир этувчи бронходилататорлар: ингаляцион β2- агонистлар даволаш ин-тенсивлиги касаллик қўзишининг оғирлик даражасиги боғлиқ ❖ ингаляцион β2-агонистлар жис-моний юкламадан ёки аллерген

		билан контактдан олдин кромогликат

Профилактика мақсадида узоқ вақт қабул қилиш учун керакли дорилар

Номи (қавсларда қўлланилиши мумкин бўлган бошқа дори кўрсатилган)	Генерик номи	Таъсир механизми
К*ортостероидлар* (адренокортикоидлар, глюкокортикоидлар)	***Ингаляцион:*** беклометазон будесонид флунизолид флютиказон триамцинолон	***Яллиғланишга қарши дорилар*** Яллиғланиш хужайраларининг фаоллиги ва миграциясининг олдини олади ёки пасайтиради; бронхиал девор шиши, шилимшиқ ишлаб чиқарилиши ва микроваскуляр ўтказувчанликни камайтиради, бронхлар силлиқ мускулатураси β2-рецепторлари сезувчанлигини оширади
Натрий кромогликат (кромолин, кромолиннатрий, кромонлар)		***Яллиғланишга қарши дорилар*** Яллиғланиш ҳужайралари фаоллигини ва улардан медиаторлар ажралишини пасайтиради
Недокромил (кромонлар, натрий-недокромил)		***Яллиғланишга қарши дорилар*** Яллиғланиш ҳужайралари фаоллигини ва улардан медиаторлар ажралишини ингибирлайди
Узоқ вақт таъсир этувчи β2-агонистлар (узоқ вақт таъсир этувчи β-адренергик препаратлар сим-патомиметиклар)	***Ингаляцион*** сальметерол формотерол ***таблетка кўринишида*** тербуталин сальбутамол	***Бронходилататорлар*** Бронхлар силлиқ мускулатурасини бўшаштиради, мукоцилиар клиренсни кучайтиради ва томирлар ўтказувчанлигини камайтиради
Узоқ вақт таъсир этувчи теофиллинлар (амиинофиллин, метилсантин, ксантин)		***бронходилататорлар*** Яллиғланишга қарши таъсир этиши мумкин: аллергенга бўлган эрта ва кечки жавобни ингибирлайди
Кетотифен		***Аллергияга карши препарат***

Патогенетик терапия

Атопик БА билан касалланган беморларга айнан шу касалликка олиб келган аллерген ёрдамида махсус аллергик иммунотерапия ўтказиш кўрсатилган.

Беморни ўргатиш

Беморда кўникмаларни шакллантириш учун улар билан касаллик табиати ҳақида суҳбат ўтказиш, БАнинг хуружларини олдини олиш чора тадбирларини ўргатиш, касалликни авж олиш ва тинч давридаги даволаш усуллари, астмага қарши воситаларнинг ўз вақтида ва тўғри қўллашга (шу билан бир қаторда ингаляция дори воситаларини), пикфлоуметрия кўрсатгичлари асосида ўзларини назорат қилишга ўргатиш зарур.

Мутахассис маслаҳатига кўрсатмалар

Аллерголог-иммунолог маслаҳати симптоматик ва патогенетик даволаш чора-тадбирларини мос равишда танлаш мақсадида тавсия этилади.

Беморни кейинги олиб бориш

БА билан касалланган беморларга асосий ва патогенетик терапияларнинг самарадорлигини баҳолаш мақсадида умумий амалиёт врачи билан бир қаторда шифокор-аллерголог-иммунологнинг динамик кузатуви тавсия этилади.

Асоратлари

БАни асоратлари иккига бўлинади: ўпка ва ўпкадан ташқари

- **Ўпкадаги асоратлар:** сурункали бронхит, гиповентиляция натижасида пневмония, ўпка эмфиземаси, пневмосклероз, нафас етишмовчилиги, бронхоэктазлар, ателектазлар, пневмоторакс.
- **Ўпкадан ташқари асоратлар:** ўпкали-юрак, юрак етишмовчилиги, миокард дистро-фияси, аритмиялар, узоқ вақт тизимли таъсирга эга бўлган ГКС воситаларни қабул қилган беморларда ушбу дори воситаларининг ножўя таъсири ривожланиши мумкин.

ЎПКА РАКИ

Тарқалиши: Ўпка ракини 75-79 ёшли шахсларда кўп тарқалганлиги аниқланган. **Ўпка ракини илк босқичида скрининги**. Ўтказилган кенг миқёсдаги текширувларга кўра кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси ва/ёки балғамни ҳужайравий текшириш ўпка ракининг скрининги тўғрисида тўлақонли маълумот бермайди. КТ билан скрининг текшируви тўлиқрок маълумот беради, лекин кенг кўламдаги текширувлар ўтказилма-ганлиги сабабли, беморнинг умумий аҳволига қандай таъсир этиши аниқланмаган. Биомаркерларни текшириш тўғрисида ҳам шуларни айтиш мумкин.

Профилактикаси

- Ўпка раки 80 % ҳолларда кашандалик билан боғлиқ эканлигини ҳисобга олсак, касалликни олдини олишда асосий йўналиш шубҳа туғдирмайди
- Радионуклид ва асбест билан боғлиқ корхона ишчиларини узоқ муддат давомида назорат қилиш тавсия этилади, аммо бундай кузатувнинг самарадорлиги аниқлан-маган
- Касбий касалликка шубҳа туғилганда (ўпка раки мезотелиома, пневмофиброз ва экссудативли плеврит) беморга махсус касб касалликлари бўлимида ёки пульмо-нология клиникасида текширувдан ўтиш тавсия қилинади

- Радионуклид ва асбест таъсири натижасида (касбий касалликлар) келиб чиққан касалликлар билан хаста беморлар мунтазам клиник текширувдан ўтишлари ва ке-ракли даво олишлари зарур
- Кўп мамлакатларда хавфсизлик қоидаларига кўра асбест билан ёпик хоналарда иш-лаш таъқиқланади
- Хонадонларда таркибида асбест тутган моддаларни қайта ишлаш ва қўллаш уму-ман маън этилади.

Диагностикаси:

Диагноз қуйиш учун ракнинг клиник ва анотомик шакллари тўғрисида аниқ тушунча бўлиши зарур. Улардан ҳар бири ўз «ниқобига» эга, буни «илк алоқадаги шифокор» аниқламоғи лозим. Белгилар 3 гуруҳга бўлинади: бирламчи ёки маҳаллий (йўтал, қон туфлаш, кўкракда оғриқлар, нафас етишмаслиги), ўсманинг бирламчи тугуни ўсаётганлиги билан ифодаланади. Ўпкадан ташқари торакал белгилар ўсма қўшни аъзоларга ўсиб кириши ва атрофдаги метастазлар ўсиши натижасида юзага келади (овоз буғилиши, афония, ковак вена синдроми, дисфагия). Биринчи гуруҳ белгиларидан фарқли ўларок, кўкракда иккиламчи оғрик ва нафас етишмаслиги белгилари ўсманинг кўкрак девори ва кўкс оралиғи аъзоларига ўсиб кирганлиги, шунингдек плевра бўшлиғида суюқлик борлигидан юзага келиши мумкин.

Кўкракдан ташқари белгилар патогенезидан келиб чиққан ҳолда қўйидаги кичик гуруҳларга бўлинади:

- Узоқдаги метастазлар юзага келтирган (бош оғриғи, гимеплегия, суякларда оғриқ, иккиламчи ҳажмли ўчоқлар ўсиши)
- Ўсманинг таъсиридан келиб чиқадиган умумий бузилишлар (ҳолсизлик, тез чар-чаш, ориқлик, меҳнат қилиш қобилиятини пасайиши, атроф-муҳитга қизиқишнинг сусайиши, иштаҳа пасайиши)
- Ўсманинг онкологик бўлмаган асоратлари (тана ҳароратини кўтарилиши, тунги терлаш, совуқ қотиш)
- Ўсманинг гормонал ва метабиологик фаоллиги (паранеопластик синдромлар - ревмотоидли полиартрит, асаб-мушак бузилишлари, Мари-Бамбергер гипертрофик остеоартропатияси, гинекомастия ва ҳоказо).

Марказий рак бронхлар обтурацияси ва пневмонит билан юзага чиқиб, оддий зотилжамдан умуман фарқ қилмайди, шу сабабдан диагноз қўйишда қийинчилик келиб чиқади. Периферик рак илк босқичларда ҳеч қандай белгисиз кечади. Бу шакли одатда бошқа сабабга кўра рентген текшируви ўтказилганда тасодифан аниқланади. Касаллик белгилари бирламчи ўчоқ ўлчами 6 см.га етганда, шунингдек атроф-тўқималарда метастазлар пайдо бўлганда юзага чиқади. Ўпка тўқимаси ва висцерал плевра оғриқ сезиш хусусиятига эга эмас.

Панкост раки ўпка тўқимасига эмас, балки кўпроқ юқори бўлак соҳасида кўкрак деворига тарқалади. Ўсма елка чигали, симпатик занжир, юқори қовурғалар, умуртқаларнинг тана ва ўсимталарига жуда эрта ўсиб киради. Бу Бернар-Хорнер синдроми: рентгенда-ўпка чўққисида соя, елкада атрофга тарқалувчи кучли оғрик билан ифода-

ланади. Бу беморлар баъзан узоқ муддат невропатолог шифокорида нотўғри диагноз билан даволанадилар.

Диагноз қўйишнинг илк босқичлари

Нисбий эрта белгилари (50% ҳолларда)

- Йўтал ёки унинг хусусиятининг ўзгариши.
- Қон туфлаш.
- Оғриқ (кўкракда ёки кўкрак қафасидан ташқарида).
- Нафас етишмаслиги.
- Иштаҳа йуқолиши, тана вазни камайиши.

Физикал ва инстументал текшириш маълумотлари

- Кўкрак қафаси аъзолари рентгенограммасида соялашган соҳалар.
- Бўйин, ўмров усти, қўлтиқ ости лимфа тугунларининг катталашуви.
- Метастазлар бош мияда, суяк, жигар, буйрак усти безларида.
- Аускультацияда ўзига хос хириллашлар ва (йирик бронхнинг ўсма оқибатида торайиши) стридор.

Белгилари

Ўпка белгилари: балғамда қон аралаш йўтал, обструктив зотилжам (эндобронхиал ўсмага хос), нафас етишмаслиги, кўкракда оғрик, плевра бушлиғида суюқлик, овоз буғилиши (қайтувчи ҳалкум асаб толасининг медиастинал ўсма билан эзиб қўйи-лиши), тана ҳарорати кўтарилиши, қон туфлаш, стридор, юқори ковак венасини эзилиш синдроми, кўкрак қафаси веналари кенгайиши, юзнинг кўкариши ва шиши, мия ичи босими ортиши билан биргаликда (венанинг кўкс оралиғи ўсмаси таъсири оқибатида торайишидан келиб чиқади). Касаллик белгиларсиз кечиши мумкин.

Ўпкадан ташқаридаги белгилар: метастазлар, тана вазни камайиши, ҳолсизлик, МАТ зарар-ланиши белгилари (эпилипсиясимон тутқаноклар, мия қобиқлари карцинаматози белгилари), суякларда оғриқ, жигар ўлчамлари катталашуви ва ўнг қовурға ости соҳасида оғриқлар, гиперкалъциемия билан давом этади.

Паранеопластик белгилар (метастазлар билан боғлиқ бўлмаган ўпкадан ташқари белгилар) ўсма ишлаб чиқарган гормон ва унга ўхшаш моддалар таъсири оқибатида иккиламчи юзага келади. Буларга Кушинг синдроми, гиперкалъциемия, остеоартропатиялар, гинекомастия киради. АКТГ эктопик ишлаб чиқарилиши, К миқдори камайиши ва мушаклар бўшашишига, антидиуретик гормон ишлаб чиқарилиши бузилиши эса Na миқдори камайишига олиб келади.

Панкост ўсмаси елка чигали ва симпатик ганглий зарарланиши оқибатида юзага келадиган белгиларни вужудга келтириши мумкин; ўсма ўсиб кириши натижасида умуртқалар емирилиши эҳтимоли бор. Қўлда оғриқ ва ҳолсизлик, шиш, Горнер синдроми (птоз, миоз, энофтальм ва ангидроз, симпатик нерв буйин қисми зарар-ланиши билан боғлиқ).

Амбулатор босқич

Амбулатор босқичда қўйидаги саволларга жавоб топиш зарур:

1. Беморда қандай касаллик - ўпканинг майда ҳужайрали бўлмаган раки ёки майда ҳужайрали рак?

2. Радикал хирургик даволаш ўтказиш мумкинми?

3. Умуман (келажакда) ва қандай шароитларда хирургик амалиёт ўтказиш имкони бўлмаган беморда радикал даволаш ўтказиш мумкинми?

Ўпка ракига шубҳа қилинаётган барча беморлар мажбурий текширувлардан тўлиқ ўтишлари керак, булар касалликни назорат қилиш, ҳозирги босқичда тадбирлар рўйҳати ва прогнозни аниқлашга хизмат қилади. Ўсманинг босқичи ва бемор умумий ҳолати - ЎМБР ҳамда ЎМРнинг прогнозида энг фойдали кўрсаткичлардир. Бундан ташқари, оддий биокимёвий синамалар кейинги текширувлар йуналишини танлашда қўл келади. Ўпка раки диагнози тасдиқланган ёки касалликка шубҳа туғилган барча беморлар қатор текширувлардан ўтишлари керак:

- Касаллик тарихини тўплаш ва физикал текширув (барча аъзоларлар).
- Умумий аҳволи, тана вазни ва ориқлаш даражасини баҳолаш.
- Кўкрак қафаси рентгенографияси.
- Диагнозни ҳужайравий текширув асосида тасдиқлаш (балғам таҳлили, бронхоскопия).
- Гематологик ва биокимёвий текширув, қон зардобидаги Са миқдори ва жигар фаолиятини кўрсатувчи синовлар.

ЎМБР билан хаста беморда касалликнинг *таҳминий* босқичини иложи борича амбулатор шароитда аниқланиши мақсадга мувофиқ.

Ўпка раки авж олиб борганида касалликка хос бўлган асоратлар

Ҳансираш

Ҳансираш – ўпка раки билан касалланган беморларнинг кўп қисмида эрта ёки кеч юзага келади.

Трахея ва бош бронхлар окклюзияси нафас фаолиятининг кескин бузилишлари билан юзага чиқади. Ўсма асосан экзофит ўсган ҳолларда, унинг бронх ичидаги қисми олиб ташланиши, бемор умумий аҳволининг кескин яхшиланишига олиб келади. Бронхнинг торайган қисмида ўлган тўқималар, қуюқ шиллиқ, қон лахтаклари тўпланиб қолиши оқибатида келиб чиққан обтурацияли зотилжам ва бронх тўлиқ беркилмаган ҳолларда лазерли деструкция ижобий самара беради**.**

- Ўсманинг инфилътратив ўсиши аста-секин трахея (ёки бош бронх) эзилишига, оғир нафас етишмаслиги янги ҳолатини юзага келтирганда, қўйидаги тадбирлар ўтказилиши зарур:
- Глюкокортикоидлар ичишга ёки м/о инъекциялари буюрилади (улар шуниннгдек кортиноматоз лимфангит тарқалишини секинлаштиради). Бу препаратлар бронхоспазмни тўхтатади, ўрта девор метастазлари ва ўсманинг бирламчи ўчоғидаги шишни камайтиради. Дексаметазон 8 мл/кунда миқдорда қўллаш тавсия этилади, шу билан бирга керакли доза бемор ҳолатини ҳисобга олиб танланади.
- Ўпка раки билан хаста барча беморларни амбулатор шароитда умумий амалиёт врачи кузатиб боради, онколог-пулъмонолог маслаҳат беради. Одатда бемор текшируви илк 2 йил давомида - ҳар 3 ой, 5 йилгача - ҳар 6 ойда, сўнг - 1 йилда 1 марта ўтказилади.

Асосий текширув усуллари

- Ўпка аускультацияси, лимфа тугунлари пайпаслашси
- Кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси
- Жигар ферментлари фаоллигини аниқлаш, ЭЧТ, умумий қон таҳлили

- Умумий аҳволини баҳолаш, тана вазни назорати.

Даволашдан сўнгги натижаларни поликлиника ёки диспансерда баҳолаш қўйидагиларни ўз ичига олади.

1. Умумий умр кўрганлик.
2. Касаллик қайталанишисиз умр кўриш.
3. Ҳаёт сифати.

Прогнози

• **Майда ҳужайрали бўлмаган рак.** Умумий 5 йиллик умр куриш 5-10 % дан ортмайди (барча касалланганларни ҳисобга олганда). Радикал даво ўтказилгач ўртача 25% бемор, I - II боскичларда эса 50-70% бемор 5 йил умр кўради.

• **Майда ҳужайрали рак.** Муваффаққиятли кимё терапияси ўтказилиши (баьзан хирургик ёки нурлантириш билан биргаликда) оқибатида тўлик ремиссиядан сўнг, икки йиллик умр кўриш 20% ни ташкил этади. ЎМР билан касалланган беморларнинг асосий қисми 8 ой муддат ичида вафот этадилар.

Мавзу 25. Кўкрак қафасидаги оғриқ. Қуруқ ва экссудатив плевритларни ташхислаш тамойиллари. УАШ тактикаси. "Йўтал" синдроми бўйича муаммоли-йўналтирилган ўқитиш. Тор мутахасисга ёки шифохонага йўлланма. ҚВП ёки ҚОП шароитида даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш. Профилактика тамойиллари. Мавзуни ўқитиш тамойиллари.

Ўқитиш технологияси

Машғулот вақти 6 соат	Талабалар сони : 10-12 тагача
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Ўқув дарсини таркибий қисми	5. Кафедра ўқитиш тематик хонаси 6. Ренгонологик тасвирлар қўлланма материаллари 7. Касалхона хоналари 8. Телевизор, видео ускуналари
Ўқув дарсини мақсади: Бронхиал астма ва ЎСОК ни замонавий дифференциал диагностика саволларини УАШ га ўргатиш. "УАШ квалификатция характеристикаси" да кўрсатилган касалликларни олиб боришни бирламчи тиббий тизимга ўргатиш.	
Педагог вазифалари 8. УАШ ни Қуруқ ва экссудатив плевритларни клиник кечиши диагностикасини ўргатиш. 9. Хансираш бўғилиш билан кечувчи ўпка касалликларини дифференциал диагностикасини	**Ўқув жараёнини натижалари:** ***Талаба билиши лозим:*** 9. Қуруқ ва экссудатив плевритларни ни клиник номоён бўлиши . 10. Қуруқ ва экссудатив плевритларни Дифференциал диагностикаси. 11. Уларни дифференциал диагностикаси

ўргатиш. 10. ҚВП шароити ва ихтисослаштирилган статционарларда даволанадиган хансираш ва бўғилиш билан кечувчи касалликлар хақида малумот бериш. 11. УАШ квалификатция характеристикаси” да талуқли саволларни хал қилиш. 12. Даволаш хусусятларини ўргатиш. (номедикаментоз ва медикаментоз). 13. ҚВП ва ОП шароитида беморларни кузатиш ва моииторинги хусусятларини мунозара қилиш. **14.** Ушбу касалликларда бирламчи иккиламчи учламчи профилактика хусусятлари.	12. Нафас етишмовчилик белгилари. 13. УАШ тактикаси 14. Ушбу касалликда даволаш принцплари (медикаментоз ваномедикаментоз) 15. ҚВП ва ОП шароитида беморларга диспансер кузатув ва маниторинг ўтказиш принцплари. ***16.*** Ушбу касалликда бирламчи, иккиламчи, учламчи профилактика ўтказиш принцплари. ***Талаба билиши лозим:*** Хансираш ва бўғилиш билан кечадиган касалликларни шикоят ва анамнезини диагностика учун мухокама қилиш.. Қуруқ ва экссудатив плевритларни клиника лабаратор текширувлар ренгенограмма натижалари бўйича дифференциал диагностикалаш.. . Пикфлоуметрия ўтказиш. . Пикфулометрия натижаларини интерпритатция қилиш - беморлар ёши бўйи жинси дан келиб чиққан холатда пикфулометрия нормал кўрсаткичларидан тўғри фойдаланиш - беморлар ёши бўйи жинси дан келиб чиққан холатда пикфулометри нисбатларини тўғри кўрсатиш - олинган натижаларни тўғри прогноз ва анализ қилиш. . Самараси исботланган дорилардан буюришю. . Номедикаментоз даволаш усулларини маслахат бериш.. . ҚВП ва ОП шароитида маниторинг ўтказиш.
Ўқитиш методлари	Ўқитиш методлари “мия хужуми”, ёш органейзр видео дискуссия сухбат тест ва вазиятли масала.
Ўқув формалари	Индивидуал ишлаш,гурухларда, хамкасблар, аудиториада ва аудиториадан ташқари ишлаш.
Ўқув анжомлари	Тарқатма визуал материаллар,видео филм,муляж, график органейзр, касаллик тарихи, жадваллар, стентлар, ўқув материаллари, касаллар ЭКГ си.
Қайта боғлов усуллари	Блиц сўроқ, тест ўтказиш, ўқув вазифалари натижалар презентатциялари, касаллик тарихини тўлдириш, амалий кўникмани бажариш.

Машғулот технологик харитаси

№	Амалий машғулат босқичлари	Машғулотшакли *Ўтказилиш жойи*	Машғулот вакти
1	Кириш қисми (мавзуни ёритиш)		10
2	Амалий машғулотмавзусини янги педагогик технологиялар ёрдамида мухокамақилиш (услуб «галерея бўйлаб саёхат»), шу билан бирга кўргазмали ашёлар (касаллик тарихи, жадваллар, суратлар,рентгенограммалар), даражани аниқлаш.	Сўров, мухокама *Ўқув хонаси ва беморхона*	40
3	Мухокама хулосаси		10
4	Амалий қисм учун топшириқни аниқлаш – профессионал расспрос. Касаллик тарихини тўлдириш учун тушунтириш ва маслахатлар бериш.	Мухокама	20
5	Ўқитувчи бошчилигидаги асосий амалий қисм.	Проф. сўроқ. Беморлар билан мулоқот, тиббий карталарни тўлдириш, вазиятли топшириқларни хал этиш. *Беморхоналарда тематик беморларни куўриш.*	20
6	Бемор текширув натижалари: шикоятлари, кўрик, пальпация, перкуссия, аускультация, УҚТ, УБТ, УСТ, рантген тасвири, балғам экмаси, қон биокимёвий текширувларига асосланиб ташхис қўйиш.	Касаллик тарихи, лабаратор маълумотлар, вазиятли топшириқлар.	25
7	Талабалар амалий ва назарий билимларини мухокама қилиш, билимларни мустахкамлаш, ўзлаштириш даражасини бахолаш.	Оғзаки сўроқ, тестлар, мухокама, амалий кўникмаларни аниқлаш *Ўқув хона*	55
8	Амалий машғулотмавзуси бўйича хулосалар чиқариш, 100 баллик тизи бўйича бахолаш ва бохоларни эълон қилиш. Кейинги мавзу бўйича уйга вазифани тайинлаш (саволлар жамланмаси)	Мустақил таёрланиш учун маълумот ва саволлар. *Ўқув хона*	25

Плеврит - плевра варағининг яллигланиши хисобланиб унда фибрин толаларининг хосил булиши ёки суюклик йигилиши билан кечади.

Унга капиллярлар утказувчанлигинииг ошиши ёки плевра варакларининг яллигланиши, кон ва лимфа айланишининг бузилиши, усмалар ва бошка омиллар сабаб булади. Плеврада суюклик пайдо булиши доимо иккиламчи булиб, катор ички аъзо касалликларининг асорати ёки белгиси хисобланади.

Этиологияси ва патогенези. Плевра бушлиги упка тукима- сига бириккан висцерал, кукрак девори ички юзасига бириккан париетал вараклардан иборат. Плевранинг сероз кава- ти майдони 2,5 $м^2$ булиб, висцерал плевра вараки упкани ташки томондан, кукрак кафасининг ички юзасини, диафрагма ва кукс оралигини эса париетал плевра вараки коплаб туради. Унинг бушлигида озгина (2 мл) сероз суюклик булиб, у бир-бирига тегиб турадиган плевра вараки юзасини намлаб, нафас олиш вактида ортикча ишкаланишдан саклайди. Бушликда ишлаб чикариладигаи суюклик микдори соглом кишида тургун динамик мувозанатда булиб, кагга кон айланиш доираси томирлари оркали таъминлан- ган париетал плеврада амалга ошади. Реабсорбция эса катта кон айланиш тизимига теги шли бронхиал артерия ва кичик кон айланиш доирасига тегишли упка артерияси шохчаси билан таъминланган висцерал варакда юз беради. Плевранинг париетал вараки капиллярларидаги гидростатик босим (30 мм симоб устуни) t варак капиллярларидаги гидростатик босимга (11 мм симоб устуни) нисбатан юкори. Соглом кишида меъёрида хар соатда 100 мл атрофида плевра суюклиги хосил булади. Худди шу микдордаги суюклик висцерал варакда реабсорбцияланади. Плевра бушлигидаги сув макромолекула- лари, майда дисперсли оксиллар, тузлар, липидлар ва бошка элементларнинг бир кисми париетал варакда куп микдорда жойлашган лимфа томирлари оркали чикарилади. Лекин, лимфа томирлар буйлаб плевра суюклигининг реабсорбцияланиш тезлиги транскапилляр алмашинувга нисбатан 4-5 марта паст (20 мл/соат тезлик атрофида). Плевра ичи босими манфий булиб, 4-6 мм симоб устунига тенг. Плевра бушлигида ортикча суюклик тупланишида унинг иккала вараклари капиллярлари-даги онкотик босим даражаси, секреция ва сурилиш тезлиги, шунингдек, томирлар утказувчанлигинииг бузилиши сабаб булади.

Куйидаги 18-жадвалда плеврада суюклик тупланишининг асосий сабаблари ва патогенетик механизмлари келтирилган.

Плеврада суюклик йигилишининг асосий сабаблари, унинг патогенетик механизмлари ва клиник шакллари

Клиник шакллари	Асосий патогенетик механизмлари	Сабаблари
	Плевра ва унга якин баъзан узок жойлашган аъзо ва тукималардаги йирингли-яллигланиш жараёнла- ри	Инфекциялар: - бактериялар; - вируслар; - риккетсиозлар; - микоплазмалар, замбуруглар ва бошкалар. Паразитлар:

		- амёбиаз; - филяриагоз; - парагонимоз; - эхинококкоз ва бошкалар.
Яллигланиш сабабли юзага келган плевритлар	Плеврадаги аллергик яллигланиш жараёнлари	Дори аллергияси Экзоген аллергик альвеолит
	Плеврадаги аутоиммун яллигланиш жараёнлари	Инфарктдан кейинги Дресслер синдроми. Бириктирувчи тукиманинг диффуз касалликлари: - ревматизм; - ревматоид артрит; - тизимли кизил югурик; - склеродермия; - дерматомиозит; - тугунчали периартериит.
	Жарохатлар, механик, кимёвий ва бошка таъсирлар натижасида плевра варакларининг яллигланиш реакцияси	кукрак кафасини ёпик жарохати; термик куйишлар; кимёвий таъсирлар; электротравмалар; нур билан даволаш асоратлари; ферментоген плевритлар; уремик плеврит; асбестоз.
Димланиш окибатида плеврада суюклик туп-ланиши	Кон ва лимфа айланиши бузилишлари	турли сабабли юрак етишмовчилиги; упка артерияси тромбоэмболияси.
Диспротеинемик плеврал суюклик	Кон плазмаси коллоид осмотик босимининг пасайиши	нефротик синдром; жигар циррози; мальабсорбция синдроми; оксил етишмовчилиги ва бошкалар.
Усма касалликларида плеврада суюклик йигилиши	Усма ёки метастаз билан зарар-ланган плевра варакларининг ял-лигланиши	Плевранинг бирламчи усмалари: мезотелиома; саркома; метастазланган усма; гемобластозлар.
Плевра вараклари бутун- лигининг бузилиши оки-батида плеврада	Плевра вараклари таъсирланиши	спонтан пневмоторакс; спонтан хилоторакс; спонтан гемоторакс.

суюклик йигилиши		
Бошка турли сабаблар окибатида плеврада суюклик йигилиши	Капиллярларда (яллигланишеиз) утказувчанликнинг ошиши	Гипотиреоз Упка артерияси майда шохчалари тромбоэмболияси
	Лимфа томирлари гипоплазияси (плевра суюклиги резорбциясини бузилиши)	“Сарик тирнок”синдроми
	Плевра бушлигида босимни па-сайиши	Упка ателектази

Таснифи. Плевритларнинг курук (фибриноз) ва экссудатли турлари фаркланади. Куп холларда курук плеврит унинг экссудатлиси шаклланишининг бошлангич боскичи булиши мумкин.

Плевранинг париетал ва висцерал варақлари

Плевритлар этиологияси буйича:

• инфекцияга боглик - специфик булмаган (пневмококк, стафилококк, грамманфий бактерия- лар, вируслар, микоплазма ва бошкалар) ва специфик кузгатувчилар (сил микобактерияси, захм, бруцеллёз ва бошкалар);

• инфекцияга боглик булмаган плевритлар - усмалар (плевранинг бирламчи усмаси, ёмон сифатли усманинг плеврага метастази, лимфогранулематоз, лимфосаркома), бириктирувчи тукиманинг тизимли касалликлари (тизимли кизил югурик, дерматомиозит, склеродермия, ревматоид артрит, ревматизм), тизимли васкулитлар (тугунчали периартериит), жарохатлар ва жаррохлик амалиётидан кейин, упка артерияси тромбоэмболияси, упка инфаркти, панкреатит (ферментли плеврит), лейкозлар, геморра-гик диатез, инфарктдан кейинги Дресслер синдроми ва бошкалар.

Экссудат характери буйича:

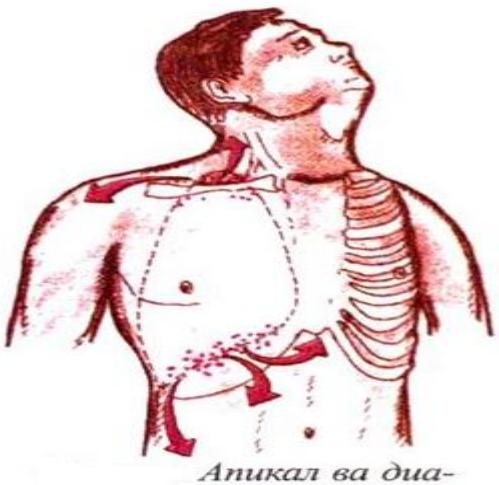
- серозли;
- фибринозли;
- сероз-фибринозли;

- йирингли;
- чириган;
- геморрагик;
- хилез;
- сохта хилез;
- эозинофилли;
- холестеринли;
- аралаш.

Жойлашиши буйича диффуз ва чегараланган (халтачасимон). Чегараланган уз навбатида куйидаги турларга булинади:

- апикал (чуккили)плеврит;
- костал (плевранинг ковурга кисми);
- костодиафрагмал;
- диафрагмал;
- парамедиастинал;
- булаклараро.

Плевритларнинг клиникаси. Плевритларнинг фибриноз (курук) ва экссудатли (нам) деб номланиши шартли булиб, куп холларда курук плеврит экссудатли плевритнинг бошлангич боскичи хисобланади. Турли сабабларга кура яллигланиш жараёни тургунлашса, плевра варакларида фибрин кават тупланади ва аста-секин яллигланиш экссудата камайиб касаллик белгилари сусайиб боради. Бундай холатлар фибриноз плевритнинг кўриниши сифатида намоён булади. Агар жараён тургунлашмаса, экссудация купаяди, плевра суюклигининг резорбцияси сезиларли пасаяди, унда суюклик хажми купайиб, экссудатли плеврит ривожланади. Фибриноз ва экссудатли плевритлар клиникаси бир-биридан тубдан фарк килади.



Апикал ва диафрагмал қуруқ плевритда оғриқларнинг жойлашиши ва узатилиш соҳалари

Фибриноз (курук) плеврит. Фибриноз плевритга олиб келадиган сабаблар куйидагилар хисобланади:

- зотилжам;

- упка сили;
- вирусли инфекция (купинча - Коксаки В энтеровируслари);
- упканинг турли йирингли-яллигланиш жараёнлари ёки якин жойлашган аъзолар (упка абсцесси, упка кистасининг йиринглаши, диафрагма ости абсцесси, упка инфаркта, медиастенит ва бошкалар).

Инфекция плеврага лимфоген ва гематоген йул билан таркалади.

Клиникаси. Кукрак кафасидаги огрик курук плевритнинг асосий клиник белгиси хисобланади. Одатда, у уткир хусусиятли ва етарли даражада кучли булиб, чукур нафас олганда, йутал ганда ва сог томонга эгилганда кучаяди. Кукрак кафасининг шикастланган томони кимирламай турганда огрик камаяди. Плевранинг яллигланган сохасига боглик холда огрик ва унинг узатилиши хам узгаради (86-расм). КУРУК фибриноз костал плевритда огрик кукрак кафасининг турли сохаларида жойлашиши мумкин. Лекин кукрак кафасининг чап томонидаги огрик давомий булиб, стенокардия хуружига >Ьалаб кетади ва шу сабабли ЮИК билан киёсий ташхис утказишни талаб килади. Апикал плевритда огрик буйин сохаси, жумладан елка бугимларига узатилади. Диафрагмал курук плевритда огрик эпигастрал сохада, унг ва чап ковургалар ёйи остида, бел сохасида жойлашиши ёки узатилиши мумкин ва холецистит, аппендицит, ошкозон ва 12 бармок ичак яра касаллиги, сийдик-тош касаллиги, пиелонефритнинг клиник куринишларини эслатади хамда баъзан ташхисий хатоларга сабаб булади. Курук булаклараро фибриноз плеврит айрим х,олларда узок давом этган зотилжам асорати булиб, купинча симптомсиз кечади. Кукрак кафасидаги огрик кескин намоён булмай, факат чукур нафас олганда пайдо булади.

Курук фибриноз плевритдаги огрик бошка ички аъзо касалликла- ридаги ушбу синдромдан фарк килиб, нафас олиш билан боглик ва унинг чуккисида тусатдан пайдо булади ёки кескин кучаяди.

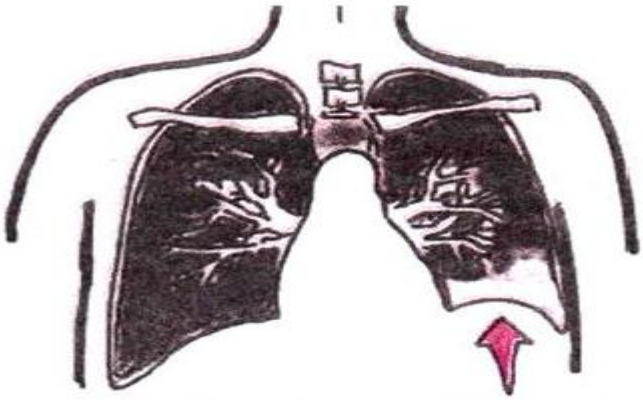
Огрикни курук; йутал плеврада куп жойлашган йутал рецепторлари шикастланиши ва сезувчанлик даражасининг пасайиши билан боглик. Йутал чукур нафас олганда, тана холати узгарганда, соглом томонга эгилганда пайдо булади ёки зураяди хамда кукрак сохасида юзага келиши ва кучайиши билан бирга кечади.

Тана %ароратининг кутарилиши асосий касаллик хусусияти билан боглик. Унинг бошланишида харорат меъёрида булади, кейинчалик курук плеврит билан асоратланган асосий касалликнинг клиник намоён булиши билан боглик холда субфебрил курсаткичларгача ошиши кузатилади.

Объектив курик. Умумий курикда аксарият холларда бемор маж- бурий холатда булиб, кукрак кафасининг огрикли сохасини куллари билан ушлаб, упканинг зарарланган томонига ётишга харакат килади. Бу холат плевра вараклари ва упканинг нафас экс-курсиясини чегаралайди хамда огрикни камайтиради. Купинча фибриноз плеврит билан огриган беморларда катта кукрак ва трапециясимон мушак пайпасланганда (Штернберг симптоми) огрик аникланади.

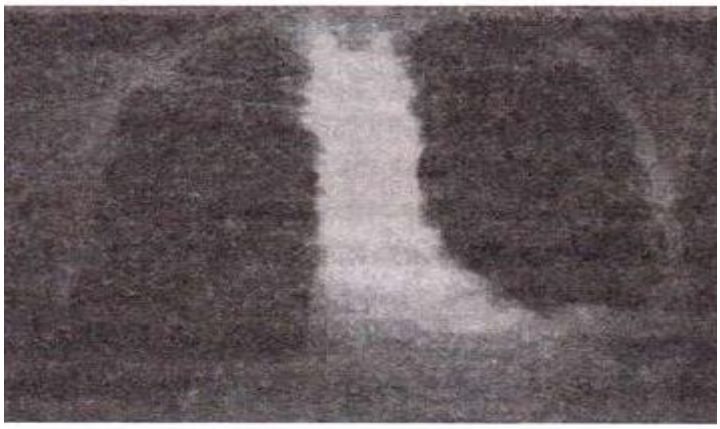
Кукрак кафаси текширилганда аксарият холларда юзаки нафас хамда зарарланган томоннинг нафас олишда оркада колиши аникланади. Огрик сабабли упканинг пастки кисмида нафас экскур- сиясининг пасайганлигига карамасдан перкуссияда аник упка товуши эшитилади. Аускультацияда везикуляр нафас аникланади ва кам холларда

зарарланган томонда нафас экскурсиясининг чега- раланиши хисобига сусайган нафас эшитилади. Курук плевритнинг ишончли объектив белгиси кукрак кафасининг чегараланган сохасида нафас олиш ва нафас чикаришда плевра ишкаланиш шовкинининг аникланиши булиб, стетоскоп билан босиб курилганда унинг кучайиши ва йутал- ганда узгармаслигидир.



Фиброз (қуруқ) плевритда диафрагма гумбазининг юқори туриши. Диафрагма гумбази устида ўпка майдони тиниқлигининг унча кўп бўлмаган пасайиши кўзга ташланади.

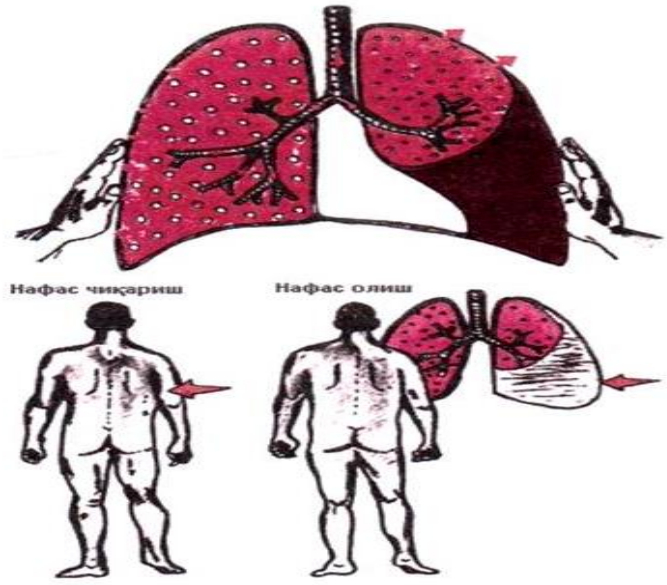
Баъзан, плевра ишкаланиш шовкини ёпик огиз ва бурун билан нафас харакатлари амалга оширилганда хам эшитилади (Вальсальва синамаси). Касаллик бошланишида шовкин - майин булиб, крепитацияни эслатади.



Плевра бўшлиғида суюқлик унча кўп бўлмагандаги экссудатли плевритда ўпка рентгенограммаси. Чап ўпка пастки қисми интенсив қорайган, кўкрак қафаси чап томони катталашган. Кўкс оралиғини силжиши кузатилмайди

Плевра варакларида фибрин экссудатлари купа- йиб бориши билан ишкаланиш шовкини дагаллашиб, кор гижирлаши ёки янги оёк кийим остидан чикадиган товушни эслатади.

Бундай холатларда плевра ишкаланиш шовкинини кукрак кафасига зич куйилган кул кафти билан хам \ис килиш мумкин.



Экссудатли плевритда овоз титрашлари (а) ва кўкрак қафаси шаклининг (б) ўзгариши. Кўкрак қафасини кўздан кечирганда кўпроқ нафас чиқаришида унинг бўртиши кўзга ташланади

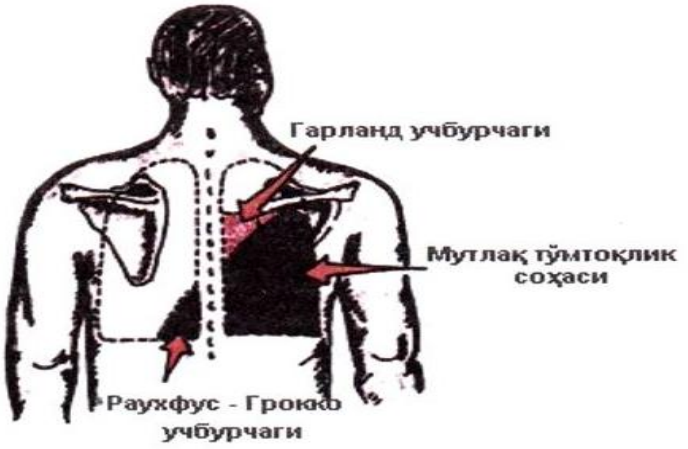
Курук, плевритнинг кечиши ва асорати асосий касалликнинг хусусиятига боглик. Плевра вараклари яллигланишининг ижобий кечишида жараённинг ортга кайтиши ва яллигланиш сохаси одатда битишмалар (тортишма, шварт) ёки плевра варакларининг калинлашиши кузатилади. Агар жараён авж олса, экссудат хосил булади ва плеврадаги суюкликнинг сурилиши кескин пасаяди хамда экссудатли плеврит ривожланади.

Экссудатли плеврит. Клиникаси. Экссудатли плеврит куп холларда юкорида келтирилган фибриноз (курук) плеврит белгилари билан бошланади ва кейинчалик касалликнинг клиник ман- зараси узгаради. Тана харорати фебрил курсаткичларгача к^лгарилиб, калтираш, кучли терлаш, кучайиб борувчи интоксикация белгилари билан бирга кечади. Аксарият холларда харорат гектик хусусиятга эга булади.

Интоксикациянинг айрим белгилари (мушаклардаги холсизлик, уйкучанлик, карахтлик, бош огриши, иштаханинг пасайиши) одатда урта даражада намоён булади. Аммо йирингли плеврит ва унинг эмпиемасида белгилар сезиларли кучаяди.

Экссудат тупланиши ва плевра варакларининг бир-биридан узоклашиши натижасида кукрак кафасидаги уткир огриклар кескин камаяди ёки бутунлай йуколади. Бунда беморлар зарарланган томонда огирлик сезадилар ва «тулик тикланмаган» упкага шикоят киладилар. Плевра варакларининг таркок яллигланишида хатто куп микдордаги экссудат йигилиши- га карамасдан кукрак кафасида уткир огриклар сакланиб колади. Куп холларда аускультацияда эшитиладиган плевра ишкаланиш шовкини яллигланган плевра вараклари бириккан сохасидаги суюклик сатхида эшитилади. Экссудат йигилиш даражасига караб беморда авж олиб борувчи нафас етишмовчилиги белгилари ва трахея хамда кукс ора- лигининг силжиши кузатилади. Кам жисмоний зурикишда ва тинч холатда хам кузатилувчи хансираш пайдо булади. Экссудатнинг микдори куп булмаганда хансираш

тахипноэ хусусиятга эга булади. Суюклик куп микдорда йигилганда инспиратор хансираш кузатилади ва у нафас мушаклари ишининг кучайиш белгилари билан бирга кечади.
Экссудатли плеврит билан огриган куп беморларнинг плевра вараклари зарарланиши ва трахея силжиши билан изохланувчи рефлектор курук огрикли й^ал безовта килади.
Беморни куздан кечирганда узига хос мажбурий холат - улар бир оз эгилган ёки ярим утирган холатни эгаллашга, баъзан соглом томонга ётишга харакат киладилар. Бундай холат кон оксигенациясининг яхшиланишига ва хансираш- нинг камайишига олиб келади (decubitus lateralis холати). Нафас етишмовчилигининг тез авж олиши диффуз “кулранг” цианоз пайдо булиши билан бирга кечади. Кукс оралигининг сезиларли силжишида ёки юракнинг ёндош касалликларида цианоз аралаш характерга эга булади.
Зарарланган томонда кукрак кафаси хажми- нинг ошиши ва унинг нафас олишда ортда колиши (Гувер симптоми) кузатилади. Ковургалараро ора- ликлар текисланган ва нафас олганда тортилиш аникланмайди (Литен симптоми). Зарарланган томонда тери шишинкираган ва сот томонга нисбатан бурмаларнинг куплиги (Винтрих симптоми) кузга ташланади. Зарарланган томонда суюклик сохасида овоз дириллаши кескин пасаяди.
Агар плеврадаги суюклик микдори 300-400 мл дан ошса, оддий перкуссия ёрдамида уни аниклаш мумкин. Шу сохада перкутор товуш сезиларли бугиклашган, экссудат катлами калин булганда -бутунлай бутик товуш эшитилади. Камрок микдордаги экссудатда бугик товуш Эллис-Дамуазо чизиги юкори чегарасида аникланади.



Экссудатли плевритда перкутор товушни ўзгариши. Плевра суюқлиги проекциясига тўғри келувчи кўкрак қафасидаги мутлақ тўмтоқлик соҳаси кўрсатилган, Гарланд (босилган ателектаз соҳаси) ва Раухфус – Грокко (кўкс оралигини оғиши) учбурчаклари.

Бу чегаранинг энг юкори нуктаси орка култик ости ёки курак чизигида жойлашади. Ушбу ердан у эгри чизик буйлаб пастга, оркада умуртка погонаси билан кесишади, олдинда V ковурга сатхида урта умров чизигига етади.
Экссудатли плевритда суюкликнинг энг юкори сатхи кукрак кафасининг орка - ён булимларида жойлашади. Шу сабабли плеврадаги суюклик хажмини бахолаш максадида товуш тумтоклашиш чегарасини бу сохада синчковлик билан текшириш лозим. Олд томондан урта-умров чизиги буйлаб тумтоклик, орка томондан юкори чегараси куракнинг уртасига етганда аникланади ва бу 2-3 л плеврал суюклик миадорига тугри келади.

Экссудат юкори чегараси сатхининг упканинг турли кисмларида фаркланиши биринчи навбатда силжишнинг йуналиши ва упканинг пастдан юкорига ва олдиндан оркага компрессияси, яъни упка илдизи томон йуналиши буйлаб изохланади. Бундай холатда упканинг орка-ён булимлари камрок силжийди. Шунинг учун бу сохдда суюклик энг юкори сатхга етади. Экссудат микдори 3-4 л дан ошганда, бугиклик юкори чегараси деярли горизонтал булади. Оркада тумтоклик- нинг юкори чегарасида кисштган упка сохасида компрессион ателектаз зонаси жойлашади. Бу Гарланд учбурчагини хосил килиб, умуртка пого- наси, Эллис-Дамуазо чизиги ва унинг юкори нуктасидан кесиб утувчи горизонтал чизикдан ташкил топган. Перкуссияда бу сохада бугиклашган тимпаник товуш эшитилади. Агар плевра бушлигида куп микдорда экссудат тупланса (4 л дан ошик), перкуссияда бугик товуш аникланади. Бу кукс оралигининг сог томонга силжиган проекциясига (Раухфус-Грокко учбурчаги) мос келади. Ушбу учбурчак умуртка погонаси ва Эллис-Дамуазо чизиги давоми билан чегараланган. Траубе бушлиги юзасида тимпаник товуш йуколиши чап томонлама суюклик тупланишининг эрта физикал белгиси хисобланади. Бугик перкутор товуш сохасида аускультацияда кучсиз нафас сезиларли сусайган ёки умуман эшитилмайди. Гарланд учбурчагида, яъни орка кукрак девори компрессион ателектаз проекцияси сохасида кучсиз бронхиал нафас, баъзан крепитация аникланади. Баъзи холатларда суюкдикнинг юкори чегарасида плевра ишкаланиш шовкини эшитшшб, бу яллигланишнинг унинг варакларига таркалганлигини билдиради.

Унг томонлама парапневмоник плевритда кукс оралиги чапга силжийди. Бунда чукки турткиси олдинги аксилляр чизик сатхида жойлашади. Ушбу холларда сезиларли тахикардия - бир дакикада 120- 140 марта, акроцианоз ва юрак етишмовчилигининг бошка белгилари юзага келади. Чап томонлама экс-судатли плеврит юракнинг нисбий бугиклик чегара- сининг унг томонга силжиши билан бирга кечади.

Кукс оралиги сезиларли силжиганда пастки ковак венанинг диафрагмага утиш жойида эгилиш юзага келиб, юракка веноз кон кайтишининг кучли чегараланиши, юрак зарб хажмининг пасайиши ва тургун артериал гипотензия ривожланади.

Экссудатнинг кайта сурилиши одатда касаллик бошланганидан 1-1,5 ойдан сунг кузатилади. Согайгандан кейин яллигланган соха варакларида сезиларли калинлашиш сакланиб колади ва баъзан плеврал битишмалар хосил булади.

Лаборатор-асбобий текширишлар. Кон тахлили. Инфекция таъсирида плеврада яллигланиш кузатилганда коннинг умумий тахлилида яллигланиш синдромининг специфик булмаган куйидаги белгилари аникланади: лейкоцитлар формуласининг чапга силжиши, нейтрофилли лейкоцитоз ва ЭЧТ ошиши. Огир холларда токсик донадор нейтрофиллар, шунингдек, лейкемоид реакция белгилари аникланади. Купинча сезиларли нормохром камконлик ривожланади.

Коннинг биокимёвий тахлилига хос булган узгаришларга сезиларли диспротеинемия, альбумин микдорининг, а, ва а, глобулинларнинг ошиши киради. «Яллигланишнинг уткир фазаси» оксил- ларининг таркиби - С-реактив протеин, гаптоглобин, серомукоид, сиал кислота микдори ошади.

Инфекцияга боглик булмаган асептик плевра суюклигида кон тахлилидаги узгаришлар плеврит билан асоратланган асосий касалликка хос булади.

- зарарланган томонда диафрагма гумбазининг юкори туриши;
- чукур нафас олганда упка пастки чегараси ва диафрагма гумбази харакатчанлигини чегара- ланиши;
- диафрагма устида ва ковурга - диафрагма синуси сохасида упка майдони тиниклигининг пасайиши.

I I**Экссудатли плевритда суюклик тупланишининг эрта** рентген белгиларига суюклик сатхининг эгилган юкори чегараси билан бирга уткир ковурга диафрагма бурчагининг текисланиши киради. Плевра бушлигида экссудат хажмининг ортиб боришига кура рентгенограммада упка ташки бурчагининг ва диафрагманинг юкорига кутарилиши хамда бир хил корайиш куринади. Корайишнинг юкори чегараси купинча юкоридан пастга ва ташкаридан ичкарига караб кийшик жойлашади. Тана холати узгарганда суюклик жойлашиши билан боглик холда корайиш ва унинг юкори чегараси уз шаклини узгартиради. Плевра бушлиги- даги мавжуд куп микдордаги экссудат суюклиги упканинг пастки ён булагида сезиларли тупланганда ташки юкори ва ички пастки эгри чизикли учбурчак соя хосил килади. Бунда диафрагма гумбази текисланади, кукс оралиги эса соглом томонга силжийди.

Плеврада кам микдорда суюклик булганда (100-150 мл атрофида) уни аниклашда латерография - яъни беморни зарарланган томонга ёнбошлатиб ёткизиб утказиладиган рентген текшириш кулланилади. Плевра бушлигида чегараланмаган кобиксиз эркин суюклик булса, девор олдида тор тасмасимон соя куринади. Кобикли суюклик плевра битишмалари негизида ривожланганда, унинг сояси- нинг чегараси аник ва юкорига буртган булади. Булаклараро плевритларда чегараланган соя узунчок шаклни эгаллаб, булаклараро ёрикнинг чегарасига тугри келади.

Экссудатли плевритда кукрак кафаси рентгенографиясини плевра пункциядан олдин ва кейин утказиш максадга мувофик. Суюкликни текшириш патологик жараён (зотилжам, сил, усма ва бошкалар) сабабини аниклаш имконини беради.

Плевра суюклигини текшириш плеврит сабабини ташхис лаш учун мухим ахамиятга эга. Текшириш плевра суюклиги турини (экссудат, транссудат), ундаги патологик жараённи (йи- ринг-яллигланиш, асептик, усма, сил ва бошкалар), кузгатувчи- сини ажратишга ва антибиотикларга сезувчанлигини аниклашга имкон беради. Куп микдорда суюклик тупланган беморларда ва сезиларли нафас етишмовчилигида даволаш максадида плевра бушлигидан суюкдикни тезкор олиб ташлаш лозим.

Плевра пункциясини утказиш техникаси (торакоцентез). Плеврада суюклик тупланганда пункция ташхислаш ва даво максадида утказилади. Латерография текширувида плеврал бушликда эркин суюклик сояси 10 ммдан куп булса, ташхислаш максадида торащцентез килинади. Агар плеврада суюклик микдори кам булса текшириш УТТ назоратида утказилади. Торакоцентез утказишга монеъликлар:

- ✓ кон ивишининг сезиларли бузилишида ва тромбо- цитар-томир гемостази;
- ✓ портал гипертензия, плевра веналарининг варикоз кенгайиши;
- ✓ беморнинг огир холатда булиши (плеврада куп микдорда суюклик йигилиши натижасида келиб чиккан нафас ва юрак етишмовчилиги, компрессион ателектаз ёки кукс оралигнинг силжиши).

Торакоцентез махаллий огриксизлантириш йули билан утказилади. Одатда VII ковурга оралиги (VIII ковургадан пастга тушмаган холда) орка култик ва курак чизиклари орасидан остки ковурганинг юкори кнргогидан амалга оши- рилади Чунки пастки кнргогидан ковургалараро томир ва нерв толалари утади. Игна кесиги пастга йуналган булиши керак (ковургага нисбатан). Аввал беморни чукур текшириш, суюкликнинг юкори сатхи тугрисида маълумот олиш учун рентген ёки УТТ текширувини амалга ошириш лозим. Торакоцентез муолажасини утказиш учун бемор стул суянчигига юзланиб, кулларини эркин куяди ва буйин мушакларини бушаштирган холда утказилади. Ундан олдин шифокор кукрак кафасини перкуссия килиб, яна бир марта суюклик микдорини аниклайди ва терига белги куяди.

Кейин унта антисептик восита билан ишлов берилади (одатда йоднинг спиртли эритмаси билан), сунг пункция килинадиган соха стерил материал билан уралади. Пункш1я килинадиган тери сохаси анестетик эритма билан (новокаин, лидокаин) лимон пустлоги хосил килган холда огриксизлантирилади. Сунг тукиманинг чукуррок кисмлари (тери ости клетчаткаси, суяк усти пардаси, плевра) анестезия килинади. Шприцга киритилган штт билан аста-секин ковурганинг- юкори киргоги буйлаб харакат килинади. Шприцда плевра суюклиги чикиши билан игна кимирлатилади ва йугон, узун игнали шприцда эхтиётлик билан тортилади.

Айрим холларда пункция килинганда унинг калинлашишига боглик булган тускинлик, бушлигига игна тушганида - “эркин бушлик” сезилади. Шприцда суюклик пайдо булса, у олинади ва хаво кириб кетмаслиги учун пункция килинаётган игнанинг канюласи бармок билан босилади. Игна оркали махсус утказувчи катетер куйилади, олдинги игнани олиб ташлаш учун катетер охири бармок билан беркитилади. Катетернинг канюласи вакуум-насос (Потен аппарата) билан бириктирилади ва плевра бушлигидаги суюклик олина бошланади. Муолажа тугагач, катетер олиб ташланади.

Плевра суюклигининг микдори кам булса, (20 мл) шприц билан олиш мумкин. Шприцни тортиб олаётганда пункция игнасининг конюла тешиги албатта бармок билан босилади. Торакоцентез jft-казиб булингандан кейин тешилган жой стерил боглам билан ёпилади ва колган плевра суюклиги микдорини бахолаш ва пневмоторакс ривожла- нишини инкор килиш максадида кайта рентген текшириш утказилади.

Плевра бушлигидаги суюкликнинг 1,5 л дан куп олиниши кукс оралигининг кескин силжиши ва коллапс ривожланиши билан кечиши мумкин. Крвургалараро ва бошка кон томирлар жарохат- ланганда плевра суюклигида тук-кизил раигли кон пайдо булади.

Торакоцентез асоратлари. Плевра пункциясини утказишда айрим асоратларнинг ривожланиш хавфи мавжуд булиб, уларнинг бир кисми торакоцентез техникасининг бузилиши ва ультратовуш назоратининг йуклиги билан боглик. Беморда куйидаги асоратлар кузатилиши мумкин:

- инфекциялар;
- артериал гипотензия ва коллапс;
- гипоксемия;
- хаво эмболияси;
- талок жарохатланиши;

• бир томонлама упка шишининг ривожланиши (7 кундан узокрок давом этган компрессион ателектаз ва бир вактнинг узида 1,5 л дан ортик плевра суюклиги олиб ташланганда).

Олинган суюклик тахлил килинади ва у куйидагиларни уз ичига олади:

- ✓ физик-кимёвий хусусиятларини аниклаш;
- ✓ цитологик текширув;
- ✓ микробиологик текширув.

Физик-кимёвий хусусиятини аниклаш. Физик-кимёвий хусусиятини аниклашда аввал плевра суюклигининг ташки куринишига, ранги, тиниклиги, консистенцияси ва хидига эътибор бериш лозим. Бу белгиларга асосан плевра суюклигининг куйидаги бир неча турлари фаркланади:

Транссудат - гидростатик босим ошиши (унг коринча ёки бивентрикуляр юрак етишмовчилиги) ёки кон зардобининг коллоид осмотик босимнинг камайиши (гломерулонефрит, амилоидоздаги нефротик синдром, оксил алмашинувнинг бузилиши билан кечувчи жигар циррози) натижасида плевра бушлигида хосил булувчи яллигланмаган суюклик. Ташки куринишига кура транссудат тиник саргимтир рангли ва хидсиз булади.

Экссудат - инфекцияли характерга эга булган плевра суюклиги (инфекцияга ва унга боглик булмаган). Барча экссудатлар узида оксил фибриногени саклаши ва зичлиги мутлак юкори булиши билан фаркланади.

Экссудатнинг бир неча турлари фаркланади:

1. Сероз экссудат - тиник, саргимтир ва хидсиз суюклик, ташки куринишига кура транссудатга ухшайди. Плеврада суюклик тупланишида сероз экссудат 70% холатларда учрайди. Унинг асосий сабаблари сил, зотилжам ва усма касалликларидир.
2. Йирингли экссудат - хира (куп микдордаги лейкоцитлар билан боглик), саргиш-яшимтир ёки кулранг-окиш рангли, куюк каймоксимон консистенцияли. Йирингли экссудат асосан бактериал флора келтириб чикарган плевритларда аникланади. Упка абсцесси ёки гангренасида анаэроб бак- териялар таъсирида оксиллар парчаланиши билан боглик чириган плеврал суюклик асоратларида ёкимсиз уткир хид пайдо булади.
3. Геморрагик экссудат. Кон аралашмаси ва унинг плевра бушлигида узок муддат булишига боглик холда турли интенсивликдаги кон гусига киради. Оч пушти рангдан то кунгир ранггача, хира суюклик куринишида булиб, узгарган ва узгармаган эритроцитларнинг сезиларли аралашма- сига эга булади. Уларнинг гемолизида экссудат узига хос лаксимон туе олади. Геморрагик экссудат купинча плевра ва упканинг усмали жараёнларига (плевранинг бирламчи усмаси- мезотелиома, плеврадаги усма метастазлари) хамда жарохатланиш натижасида ривожланган плеврит ва силга боглик булган плевра суюклигининг тупланишларида кузатилади.
4. Хилёз ва хилусга ухшаш экссудатлар - бу хира окиш суюклик, сутга ухшаш булиб, узида куп микдорда ёг тутиши билан характерланади. Хилёз экссудат лимфа тугунлар катталашганда ёки улар йулининг ёпилишида (жарохат, усма), лимфа окимининг кукрак лимфа йуллари усмалари билан босилиши натижасида ривожланади. Хилуссифат экссудат узида куп ёг тутади, лимфа (хилус) аралашгани учун эмас, балки хужайраларнинг куп

микдорда парчаланиши хисобига булади ва купинча сероз варакларнинг сурункали яллигланишида кузатилади.

5. Холестеринли экссудат - куюк тук-сарик ёки жигарранг тусда булиб, бир неча йиллик да- вомийликка эга булган сурункали халталанган суюкликларда кузатилади.

Шундай килиб, транссудат ва сероз экссудатлар тиник, бир оз саргиш тусли характерга эга. Йирингли, геморрагик, хилёз, хилусга ухшаш ва холестеринли экссудатлар куп холларда хира ва ранги билан транссудат ва сероз экссудатдан фаркланади. Плевра суюклигини макроскопик текширишда аникланиши мумкин булган мухим ташхисий белгилар 19-жадвалда келтирилган.

Плевра суюклигини та ищи куриниши ва макроскопикда текширганда аникланиши мумкин булган му.уим ташхисий белгилар

Белгилар	**Ташхисий ахамияти**
Плевра суюклигида кон	Усма билан боглик плеврит (44% атрофида), жарохатдан кейинги плеврит, сил плеврита, парапневмоник плеврит ва бошкалар
Белгилар	**Ташхисий ахамияти**
Плевра суюклигида кон	Усма билан боглик плеврит (44% атрофида), жарохатдан кейинги плеврит, сил плеврита, парапневмоник плеврит ва бошкалар
Ок рангли суюклик	Хилез, хилуссимон ва холестеринли суюклик
Шоколад рангли куйка	Жигар амебали абсцессининг плевра бушлигига ёрилиши
Кора рангли	Аспергиллез
Саргиш яшил рангли суюклик	Ревматоидли артригдаги плеврит
Йиринг	Плевра эмпиемаси
Чириган хидли	Плевра эмпиемаси (анаэроб кузгатувчи)
Суюкликнинг жуда ёпишкок булиши	Мезателиома
Аммиак хидли	Уремик суюклик

Транссудат ва экссудатни бир-биридан фарклаш учун утказиладиган синамалар куйидаги 20-жадвалда келтирилган.

Ривальт синамаси. Синамадан экссудат ва гранссудатларни тахминан фарклаш учун фойдала- нилади. Оксилнинг юкори концентрациясига эга булган экссудатдан бир томчисини уксус кислота- га томизганда, ранги хиралашади. 100 мл хажмдаги цилиндрга дистиллапган сув куйиб 2-3 томчи муздек уксус кислотаси томизилади, кейин унга текширилаётган суюклик томчилаб куйилади.

Бунда цилиндр тубига чукувчи ок булутсимон чукма пайдо булса, синама мусбат х,исобланади ва бу экссудатга хос. Агар томаётган томчилар тез ва изсиз йуколиб кегса, синама - манфий хисобланади ва бу транссудата хос.

20-жадвал

Транссудат ва экссудатнинг асосий фаркрари _____

Курсаткичлар	Транссудат	Экссудат

Нисбий зичлик	<1015	>1018
Суюклик РН	>7,3	<7,3
Оксил микдори, г/л	<25	>30
Оксил коэффициента	<0,5	>0,5
Ривальт синамаси	манфий	Мусбат
Фибриноген	бор	йук
Чукма	бор	кам
Глюкоза, ммоль/л	>3,3	<3,3
Суюкликда глюкозани/зардоб глюкозасига нисбати	>0,5	<0,5
ЛДГ, ммоль/хсоат	<1,6	>1,6
“Фермент коэффициента” - суюклик ЛДГсининг зардоб ЛДГ сига нисбати	<0,6	>0,6

Глюкоза. Плевра суюклиги таркибидаги глюкоза микдорини аниклашни, кон таркибидаги глюкозани аниклаш билан бир вактда утказиш максадга мувофик- Ундаги ва кондаги глюкоза нисбатининг 0.5 дан паст булиши экссудатга хос. Бундан ташкари, яллигланиш учокларида мик- роблар ва полиморф ядроли лейкоцитлар таъсири остида глюкозанинг анаэроб метаболизми фаоллашади, плевра бушлигида глюкоза микдори камаяди. сут кислотаси ва карбонат ангидрид хосил булади. Глюкоза микдорининг 3,3 ммоль/литрдан пасайиб кетиши сил, ревматоидли артрит, хавфли усмалар, зотилжам, кизилунгач ёрилиши ва тизимли кизил югурикли плевритнинг эрта боскичларида кузатилади. Глюкоза микдорининг яккол камайиши йирингли плевритнинг (плевра эмпиемаси) ривожланишида кузатилади.

Плевра суюклигида рНнинг камайиши. Ундаги рН 7,3 дан пасайиши юкорида санаб утилган патологик холатларда аникланади. Плевра суюклигида рНнинг камайиши плевригларда глюкозанинг анаэроб метаболизми кучайиши натижасида сут ва карбонат кислота микдорининг ошиши ва ацидоз ривожланиши билан тушунтирилади.

Лактатдегидрогеназа фаоллиги (ЛДГ)-плеврадаги яллигланиш жараёнининг интенсивлигини бахолашга имкон беради. Экссудатлар учун ЛДГнинг юкори даражада булиши (соатда 1,6 ммоль/л дан ортик), транссудатлар учун (соатда 1,6 ммоль/л дан кам) паст булиши хос.

Плевра суюклигида амилазапит юкори булиши ошкозон ости бези касалликларида (уткир ёки сурункали панкреатит хуружи) пайдо буладиган плевра суюклигида кузатилади. Ундан ташкари, амилаза купайиши кизилунгач ёрилиши ва кам холларда упка аденокарциномасида хам учрайди. Бунда плевра суюклигидаги амилаза микдори кон зардобидагига нисбатан хам ошиб кетади.

Иммунологик текшириш. Плевра суюклигини иммун текшириш касаллик кузгатувчисини аниклашга ёки унга нисбатан пайдо булган антитаналарни аниклашга имкон беради. Шу

максадда иммунфермент анализ ва полимераза занжир реакциясидан (ПЗР) фойдаланилади.

Микроскопик текшириш. Эритроцитлар барча плевра суюкликларида аникланади. Транссудат ва экссудатларда ушбу кон элементлари камрок учрайди ($10X10^9$лдан кам). Геморрагик экссудатларда эса улар куриш майдонини тулик камраб олади.

Лейкоцитлар хам деярли барча плевра суюкликларида учрайди, лекин аник сабабларга кура яллигланишли суюкликларда уларнинг микдори купрок (йирингли экссудатда). Транссудатда улар микдори бир курув майдонида 15 дан (10 х Ю'л) ошмайди.

Детрит - йирингли экссудатга хос ва майда донадор кулранг куйка куринишига эга.

Ёг томчилари юмалок, ёругликни синдирувчи томчилар куринишида куп микдордаги хужайра парчаланиши билан йирингли хамда хилез ва хилосифат экссудатларда аникланади.

Холестерин кристаллари - юпка кесилган пластинка куринишида купинча силли плевритда (холестеринли экссудатлар) учрайди.

Йирингли ва сероз-йирингли экссудатлар куп микдорда нейтрофилчар саклайди. Касалликнинг хавфсиз кечишида нейтрофиллар уз фаоллигини саклаб, фагоцитар функцияни бажаради. Огир йирингли плевритларда топилган нейтрофиллар сезиларли дегенератив узгаришга учрайди (токсик донадор, цитоплазма вакуолизацияси, гиперсегментация ва ядро пикнози), хатто хужайралардан детрит пайдо килувчи тулик чириш кузатилади. Сил касалликларида сероз экссудатда нейтрофиллар сони бошлангич боскичларда купаяди, кейинчалик камайиб боради. Лимфоцитлар сони ортиб боради. Касаллик огир кечганида нейтрофиллар экссудатда узок вакт сакланади. Бу холат сероз экссудат йирингли экссудатга утаётганлигидан далолат беради.

Лимфоцитлар - барча суюкликларда булади. Сероз плевра суюкликларида (масалан, силда) уларнинг микдори лейкоцитлар умумий сонининг 80-90% ни ташкил килади.

Эозинофиллар - упка ва плевранинг аллергик шикастланишидан дарак беради ва купинча ревматизм, аллергик ва паразитар касалликларда аникланади. Плевра суюклигида эозинофилларнинг сезиларли ошиши (лейкоцитлар умумий сонидан 30-40% дан ортик) эозинофилли плевритга хос ва куйидагилар бунга сабаб булиши мумкин:

Плагиатик хужайралар - травматик плевритлар ва плеврада сурункали яллигланиш холатлари.

Мезотечий хужайралари - йирик ядроли тугри шаклга эга булган йирик хужайралар (25-30 мкм). Улар яллигланишнинг бошлангич боскичларида ёки плевранинг реактив кузгалиши хамда усмаларда (мезателиома).

Атипик хужайралар усмали плевритга хос ва сезиларли полиморфизм билан фаркланади хамда комплекс холатда атипик хужайралар топилса, плевритнинг усмали шикастланишининг ишончли белгиси хисобланади.

Бактериологик текшириш. Плевра суюклиги экссудатли характерга эга булса, бактериологик тах- лил утказилади. Бу касаллик кузгатувчисини ва унинг антибиотикка сезгирлигини аниклаш имконини беради. Сил таёкчаларини аниклашда энг самарали усул махсус озука мухитига экиш хисобланади ва сил микобактериялари бактериоскопияси камдан-кам холларда мусбат самара беради.

Торакоскопия - бу ташхис ва даво максадида амалга ошириладиган плевра бушлигини эндос- копик текшириш усули. Ташхислаш максадида амалга оширилувчи торакоскопияга курсатмалар:

- ✓ номаълум этиологияли экссудатли плеврит;
- ✓ спонтан пневмоторакс;
- ✓ плевра эмпиемаси;
- ✓ плевра усмалари;
- ✓ плевра сили;
- ✓ плевра варакларининг ривожланиш нуксонлари;
- ✓ упка, кукрак деворлари, кукс оралиги субплеврал жойлашган яллигланиш ва усма жараёнлари.

Бу муолажа баъзан плевра битишмаларини ажратиш ва спонтан пневмоторакс, плевра эмпие- масини даволаш максадида утказилади.

Торакоскопияни утказишга щрши курсатмалар: кон ивиш тизимининг бузилишлари, кахексия, миокард инфаркта, ностабил стенокардия, инсульт ва терминал холатларда текшириш утказил- майди.

Плевра биопсияси. Унинг 3 хил тури фаркланади: торакоскопик; жаррохлик; пункция.

Торакоскопик биопсия юкори самарадорлиги билан ажралиб туради. Плевра усмалари ёки метастазларини 90%, плевра силини 60-93% холатларда аниклаш имконини беради.

Жаррохлик биопсияси (кичик торакотомия) - плевранинг битишмаларида, торакоскопия чтказиш мумкин булмаган холатларда амалга оширилади.

Пункцион биопсия жуда оддий булиб, шифохонада ва амбулатория шароитида утказиш мумкин. Бу усулни огир касалларда, юрак касаллиги мавжуд беморларда, нафас етишмовчилигида, плевра бушлиги облитерациясида утказиш мумкин.

Торакоскопия ва операцион биопсияга нисбатан плевранинг турли касалликларида пункцион биопсиянинг ташхисий ахамияти камрок аникликка эга булиб, 50% ни ташкил килади.

Ультратовуш ёрдамида текшириш. Упкани ультратовуш текшириш ёрдамида плевра бушлиги- даги эркин суюкликнинг кам микдорини хам аниклаш мумкин. Бунда тупланган суюклик плевра варакини иккига ажратиб, бир хил эхонегатив бушлик куринишини беради. Унинг калинлиги плеврадаги суюклик микдорига боглик. УТТ плевра бушлигида пункция килинадиган оптимал сохани топиш ва торакоцентез утказиш максадида бажарилади.

Турли сабабларга кура юзага келган плевритларнинг узига хос клиник кечиш хусусиятлари

Парапневмоиик плеврит. Зотилжамда 40% дан куп холатларда плеврада суюклик тупланиши кузатилади. Бунда касаллик клиник кечишининг огирлиги ва окибатлари кузгатувчининг хусусиятлари ва плеврадаги яллигланиш жараёнларининг у ёки бу патогенетик механизмлари- нинг устунлигига боглик холда турлича булиши мумкин. Унинг ривожланиши шартли равишда 3 боскичга булинади:

- ✓ асоратланмаган;
- ✓ асоратланган;

- ✓ плевра эмпиемаси (йирингли плеврит).

Асоратланмаган парапневмоиик плевритда плевра бушлигида нисбатан камрок суюклик тупланиши резорб- циянинг камайишига боглик. Бу уз навбатида плеврага бевосита ёндош упка тукимасининг яллигланишли шиши, субплеврал бушликнинг лимфа томирлари буйлаб суюклик чикишининг бузилиши билан изохланади. Бундан ташкари, упка тукимасидан плеврага яллигланишли шишнинг утиши хам ахамиятга эга. Парапневмоиик плеврит шакл- ланишининг бу боскичида зотилжам кузгатувчиси булган инфекция омилининг плевра бушлигига кириши, одатда кузатилмайди ва экссудат стерил булиб колади. Одатда, бундай холларда плевритнинг клиник белгилари кузатилмайди ва у факат рентген текшириши ёрдамида ташхисланади. Бунда купинча ковурга-диафрагма синусининг бироз облитерацияси аникланади. Махсус даволаш jh-казилмайди. Экссудат эса антибактериал терапия ёрдамида зотилжамни даволаш жараёнида мустакил сурилиб кетади.

Асоратланган парапневмоник плеврит - плевра бушлигига инфекция тушиши хамда унинг вараклари яллигланиши ва экссудат юзага келиши билан характерланади. Унинг учраши зотилжам кузгатувчисининг турига боглик. Клебсиелла чакирган зотилжамдан кейин 10%, стептококк ва стафилококкда 70-95%, микоплазмада 20%, риккетсиялар, коксиелла бурнети, вирусли зотилжамдан кейин 20-25% холатларда ривожланади.

Беморларда кукрак кафасида нафас олиш билан боглик уткир ва интенсив огрик, тана харорати- нинг субфебрил ва фебрил даражага кутарилиши кузатилади. Аста-секин экссудатли плевритнинг клиник ва рентген белгилари, шу жумладан, интоксикация ва у билан боглик нафас етишмовчилиги, иситмалаш, лейкоцитоз, лейкоцитлар формуласининг чапга силжиши хамда ЭЧТ 40-45 мм/с ошиши кузатилади.

Вирусли ва микоплазмали зотилжамдан кейин юзага келган экссудатли плеврит одатда тез сурилади ва ижобий якунланади.

Парапневмоиик экссудат юкори нисбий зичлиги (1,016-1,020), оксил саклаши (30-50 г/л), глюкоза концентрациясининг камайиши (3,29-2,8 ммоль/л) ва плевра суюклигининг оралигида булиши билан ажралиб туради. Баъзан, экссудатли плевритда унинг висцерал ва париетал вараклари орасида фибрин хосил булади хамда улардан чандик ривожланади ва халтали плеврит шаклланади.

Парапневмоник йирингли плеврит жуда огир кечади. Унда экссудат йирингли булиб, микроскопик ва бактериологик жуда куп микдорда лейкоцитлар ва бактериялар аникланади. Йирингли плевритдан кейин чандиклар, экссудатнинг халталаниши ва баъзан фиброторакс хосил булиши кузатилади.

Плевра эмпиемаси. Плевра эмпиемаси (йирингли плеврит ёки пиоторакс) унинг чегараланган ёки таркок яллигланиши булиб, бушлигида йиринг тупланиши, интоксикация белгиларининг пайдо булиши ва кучайиб борувчи нафас етишмовчилиги билан бирга кечади. У экссудатли плевритнинг алохида мустакил тури хисобланади.

Касаллик узига хос клиник кечади ва салбий окибатларга олиб келиб, беморлар интенсив шифохона шароитида жаррохлик амалиётига мухтож буладилар.

Куп холларда (80-85%) зотилжам ва упканинг деструкгив касалликлари (абсцесс, упка гангренаси) плевра эмпиемаси ривожланишига сабаб булади. Зотилжам билан огриган

беморларнинг тахминан 5% да, упка абсцессида 10%, упка гангренасига чалинганларнинг 90-100% да плевра эмпиемаси учрайди. Баъзан. унга упкадаги жаррохлик амалиётлари ва жарохатлар, шунингдек, корин (диафрагма ости абсцесси) ва унинг орка бушлиги аъзоларининг уткир яллигланиши сабаб булиши мумкин. Шунингдек, плевра эмпиемаси кукрак кафа- сидан ташкарида жойлашган инфекция учогининг (остеомиелит, отит, турли аъзо ва тукималарнинг абсцесси ва флегмоналари) гематоген таркалиши натижасида хамда сил, терлама, паразитлар чакирган касалликлар ва сепсисда хам кузатилади.

Сунгги маьлумотларга кура, йирингли аэроб бактериялар плевритларнинг куп учрайдиган кузгатувчилари (барча экссудатли плевритларнинг 70-80% гача) куйидагилар хисобланади:

- ✓ Граммусбат (Stafilacoccus aureus, Streptococcus pyogenes ва бошкалар).
- ✓ Грамманфий (Klebsiella spp., Eshirichia coli, Haemophilus influencae, Pstudomonas aeruginosa ва бошкалар).

Баъзи холларда уларнинг юзага келишига анаэроб микроорганизмлар (Prevotella Fusobakterium nukleatum, Bakterioides spp.. Streptococcus intermedius ва бошкалар) хам сабаб булади.

Клиник кечиши. Касаллик бошланишида эмпиема зотилжам ёки бошка упка касалликлари белгилари (иситмалаш, кукрак кафасида огрик, йутал, сезиларли интоксикация) ёки упкадаги бошка патологик жараёнлар никоби остида кузатилса хам, касаллик огир кечиш билан ажралиб туради. Одатда беморнинг ахволи 2-3 кундан сунг тусатдан огирлашади. Кукрак кафасида плевра зарарланишига хос огрик пайдо булади ва зураяди. Тана харорати 39-40°С’ га кутарилади ва бир кеча кундузда 2°С га фаркланадиган гсктик харакгерга эга булади. Иситмалаш куп холларда калтираш билан кечади хамда тез кучайиб борувчи хансираш ва йирингли интоксикация белгилари ривожланади.

Огриклар янада кучаяди ва йирингли-яллигланиш жараёнларининг кукрак девори тукималарига утиши билан доимий туе олади. Бундай холларда аксилляр сохада сезиларли шиш ва флюктуацияни аниклаш мумкин.

Агар бронхларга плевра эмпиемаси ёрилиши юз берса ва бронхоплеврал окма хосил булса, беморда тусатдан йутал бошланиб куп микдорда йирингли, баъзан кон томчилари билан балгам ажралиши кузатилади. Бундай холларда бемор сот томонга тана холатини узгартирса йугал ва балгам ажралиши зураяди.

Объектив текширувда диффуз зурайиб борувчи цианоз, куп терлаш, тахипноэ, инспиратор хансираш, тахикардия аникланади.

Умумий кон тахлилида юкори (15-20 х 10^9) лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши (50-60 мм/с), лейкемоид реакция белгилари пайдо булиш даражасидаги кон формуласининг чапга силжиши кузатилади.

Суюкликнинг нисбий зичлиги 1,030 дан юкори, йирингли экссудат pH<7,1, канд микдори >5,5 ммоль/л атрофида булади.

Ноаник ва огир холатларда албатта касаллик сабаби (сил, усма, уткир йирингли яллигланиш) хамда зарарланишнинг таркалишини аниклаш максадида торакоскопия утказилиб, биопсия олинади.

Сил плеврити. Сил плеврита - унинг клиник куринишларидан бири булиб, баъзан касалликнинг бошка куринишларининг асорати хисобланади ёки нафас аъзоларининг мустакил бирламчи сили шаклида кечади. Сил плеврити махсус гранулематоз яллигланишнинг плевра варакдарига утиши натижасида сил микобактери- ясининг лимфоген ёки гематоген диссеминацияси туфайли ривожланади. Шунингдек, инфекция контакт {1026-раем) ва упка контрикал булимида жойлашган казеоз фокуснинг плевра бушлигига ёрилиши окибатида таркалади. Гематоген диссеминация - сил плеврити ривожланишида кам ахамиятли.

Клиникаси. Унинг ривожланиш механизми ва плевра варакдарига сил таёкчаларининг таркалиши, организмнинг индиввдуал реактив- лиги ва бошка катор омилларга боглик. Касаллик купинча катгик совкотиш, уткир респиратор инфекция, яккол чарчаш ва стрессдан сунг, аста-секин, кам холларда уткир бошланади. Клиник кечишида огрик синдроми устунлик килади. Субфебрил харорат ва интоксикация белгилари, огрикли йутал кузатилади. Курук плевритга хос булган белгилардан бири аускультацияда аникланадиган плевра ишкаланиш шовкинидир.

Сил этиологияли курук плевритни ташхислашда хал килувчи текширувлардан бири туберкулин синамаси хисобланади.

Экссудатли плевритда куп холларда касаллик юкори исит- ма (38-39°С), кукрак кафасида нафас олиш билан боглик кучли огрик ва йутал, интоксикация белгилари билан бошланади. Огрик тезда пасаяди, хансираш ва кукрак кафаси зарарланган томонида огирлик хисси пайдо булади. Объектив текширишда плеврадаги суюкликнинг перкуссия ва аускультация белгилари аникланади ва бу рентгенда хам курилади. Кам холларда касаллик аста-секин бошланади. 2-3 хафта, баъзан 1-2 ой давомида интоксикация белгилари кучаяди. Холсизлик, иш кобилиятининг пасайиши, куп терлаш, иштаха пастлиги кушилади. Шу билан бирга кукрак кафасида енгил огрик, курук й$пгал, тана хароратининг субфебрил кутарилиши кузатилади. Аста-секин бемор ахволи ёмонлашади, тана харорати кутарилади, хансираш ва экссудатли плевритга хос бошка клиник белгилар пайдо булади.

Кон тахлилида лейкоцитлар сони меъёрида ва ЭЧТнинг унча баланд булмаслиги, нейтрофилли лейкоцитоз, лейкоцитлар формуласининг чапга силжиши сил плеврити ривожланишини курсатади. Аксарият холларда плевра суюклиги сероз экссудатли характерга эга булади. Эозинофилли ва сероз-геморрагик экссудат кам учрайди. Плевра суюклигида лимфоцитлар микдори куп, эозинофиллар кам, мезотелия хужайралари камайган ва 80% холларда умуман булмайди. Экссудатда сил микобактерияларини бактериологик текширишда 10-40% дан кам беморларда, торакоскопияда олинган париетал плевра биоптатида 75% холларда сил ташхиси тасдикланади. Торакоскопияда плеврал юзада турли хажмдаги сезиларли думбокчалар, варакларнинг диффуз гиперемияси ва калинлашиши, шунингдек, плеврал битишмалар аникланади. Шундай килиб, сил экссудатли плеврити учун куйидаги клиник хусусиятлар характерли:

- касалликнинг тез-тез кайталаниши ва битишмалар кузатилиши;
- кон тахлилида купинча лейкоцитлар меъёрида булиши, ЭЧТ бир оз кутарилиши;

• плевра суюклиги одатда сероз, эозинофил ва сероз-геморрагик экссудатли характерга эга булиши;
• экссудатда куп микдорда лимфоцитлар, камрок мезотелия хужайралари учраши;
• сил касаллиги сабабли юзага келган экссудатда куп холатларда сил таёкчаларининг топил- маслиги;
• плевритнинг сил этиологияли эканлиги асосан торакоскопия натижалари, плевра биопсияси ва сил синамасидан кейин куйилади.

Силдаги плевра эмпиемаси унинг бушлигига упканинг кортикал катламида жойлашган казеоз учок кириши ёки плевранинг узидаги казеоз некрознинг таркалиши натижасида ривожланади.

У яккол интоксикация, тунлари куп терлаш, кукрак кафасида огрик, зурайиб борувчи нафас етишмовчилиги белгилари билан кечади. Сил экссудатли плевритидан фаркли уларок унинг эмпиемасида кон тахлилида яккол лейкоцитоз, ЭЧТ сезиларли ошиши аникланади. Экссудат характери йирингли булиб, унда нейтрофиллар устунлик килади, мезотелия хужайралари кузатилмайди. Глюкоза концен- трацияси ва pH пасайган. Бактериологик текширувда экссудатда сил микобактериялари аникланади.

Усма касалликларида плеврада суюклик йигилиши. Усма касалликларида плеврада суюк- лик тупланиши (15-22%) куйидаги холларда учрайди.
• марказий ва периферик упка раки (72%);
• сут бези раки;
• бачадон ва тухумдонлар раки;
• плевра мезогелиомаси;
• ошкозон-ичак тизими раки;
• упка канцероматози ва плевранинг ноаник сабабли метастазланиши;
• хавфли лимфома.

Усма касаллигида плевра варакларидаги томирлар утказувчанлиги ошиши унинг бушлигида оксил ва экссудация кучайишига олиб келади. Бундан ташкари, упка ва кукс оралиги лимфа томирлари зарарланиши ва обструкцияси хамда ундан субплеврал бушликда лимфа айланиши бузилиши ва суюклик резорбцияси пасайиши, хилоторакс ривожланишига сабаб булади.

Усма окибатида юзага келган плевритнинг клиник кечиши унда тупланадиган суюклик мик- дорига боглик. Беморлар кучайиб борувчи холсизлик, озиш, иштаха пасайиши, тана хароратини субфебрил кутарилиши, хансираш, йутал, баъзан кон тупуришга шикояг килишади.

Плевра пункциясида 75-80% беморларда сероз, колган холларда сероз-геморрагик ёки гемор- рагик экссудат аникланади. Суюклик куп микдорда оксил ва мезотелия хужайраларини саклайди. Глюкоза концентрацияси ва pH пасайган. Усма хужайралари 20-25% холларда топилади ва суюк- ликнинг мутлак усма табиатли эканлигини тасдиклайди. Колган холларда усмага гумон килин- ганда торакоскопия ва париетал варак биопсияси ташхисни тасдиклашга ёрдам беради.

Мезотелиома энг аввал плевра зарарланишига хос махаллий белгилар ва якин аъзоларга усма усиб кириши хамда кейинрок ривожланадиган умумий интоксикация белгилари

(холсизлик, озиш, анорексия, харорат кутарилиши) билан фаркланади. Беморларни кукрак кафасидаги мунтазам ва секин зурайиб борувчи нафас олиш билан боглик булмаган огрик, курук йутал хуружи ва хансираш безовта килади. Мезотелиоманинг эрта ва доимий белгиларидан бири плеврада суюклик йигилиши хисобланади. Баъзи холларда усманинг перикард ва юрак бушлигига усиб кириб бориши кузатилади. Бу уз навбатида экссудатли перикардит, тез зураювчи юрак етишмовчилиги ва огир юрак ритм бузилишлари билан кечади. Усма тез усаётганлигини юкори ковак вена босилиш синдромидан билиш мумкин.

Аллергик ва аутоиммун касалликларда плевра бушлигида суюклик йигилиши. Кагор аллергик, аутоиммун касалликлар ва синдромлар плеврада асептик яллигланиш жараёнлари ривожланиши билан бирга кечади.

Инфарктдан кейинги экссудатли плеврит, яъни Дресслер синдроми аутоиммун механизмли плевра суюклиги сизиб чикишига яккол мисол булади. Дресслер синдроми инфаркт миокардига чалинган беморларда касаллик бошланганининг 2-6-хафтасида учлик симптоми - перикардит, плеврит, пневмонит ёки улардан иккитаси ривожланиши билан кузатилади. Плеврит икки ва бир томонлама булиши мумкин. Унда олдин кукрак кафасида огрик, унинг нафас олганда кучайиши, плевра ишкаланиш шовкини эшитилади. Плевра бушлигида экссудат йигилганда огриклар тух- тайди ва плевра ишкаланиш шовкини эшитилмайди. Объектив курикда перкутор товушнинг бироз тумтокдашиши ва зарарланган томонда нафас сустлашганлиги аникланади. Плеврада суюклик борлиги рентген текширишга асосланиб куйилади. Баъзи холларда кон тахлилида - лейкоцитоз ва ЭЧТ нинг ошиши кузатилади. ГКСлар ва НЯКД лар билан даволаш таъсирида 1-2 хафтада экссудатнинг асосий кисми сурилиб кетади, баъзи холларда бу жараён бир неча ой давом этади.

Бириктирувчи тукиманинг тизимли касалликларида кузатиладиган экссудатли плевритлар. Бириктирувчи тукима тизимли касалликларида плевра бушлигининг зарарланиши деярли барчасида кузатилса хам, куп (40-50%) холларда тизимли кизил югурикда экссудатли плеврит ривожланади. Баъзан, плевра бушлигининг зарарланиши ушбу касаллик клиник кечишининг биринчи белгиси булиши мумкин. Куп холларда плевра икки томонлама зарарланади. Экссудат сероз характерга эга булиб, узида куп микдорда лимфоцитлар саклайди. Биопсия килинганда плевра варакининг калинлашишига олиб келувчи сурункали носпецифик яллигланиш белгилари ва фиброз кузатилади. Тизимли кизил югурикда клиник-лаборатор текширувлар плевра суюклигида ядрога карши антитаначалар ва ЛТЕ хужайраларни аниклашга ёрдам беради. Даволашда глюкокортикоидлар яхши самара беради.

Ревматоидли артритда - 4-5% холларда экссудатли плеврит кузатилади ва кайталаниб кечади. Экссудатда куплаб лимфоцитлар ва мезотелиал хужайралар топилади. Сезиларли даражада глюкозанинг концентрацияси камаяди, ревматоид омил титри ошади.

Ревматизм касаллигида экссудатов плеврит 2-3% гача учрайди. Куп холларда артрит, перикардит, миокардит ва аутоиммун эндокардит билан бирга кечади. Сероз экссудат узида куп микдорда лимфоцитлар ва мезотелиома хужайралари тутади. Сунгги хар иккала касалликда хам торакоскопия ва биопсияда сурункали яллигланиш, фиброз ва васкулит белгилари аникланади.

Панкреатоген (ферментоген) пчевра суюцлиги. Уткир ёки сурункали панкреатит хуружи утказган беморларнинг тахминан
20-30% да панкреатоген плевра суюклиги топилади. Панкреатин ферментннинг таъсири натижасида суюклик диафрагма орка- ли лимфа томирлари буйлаб плевра бушлигига сизиб киради. Ошкозон ости безининг дум кисми ва чап диафрагма гумбази якин жойлашганлиги сабабли куп холларда чап томонлама плевра суюклиги тупланиши кузатилади. Плевра пункциясида сероз ёки узида куп микдорда амилаза саклайдиган сероз геморрагик экссудат аникланади.
Уремик плеврит. Плевра бушлигига сероз-фибриноз ёки куп булмаган хужайра элементлари ва катта микдорда креатинин тутувчи геморрагик экссудат тупланади. Уремик плевритнинг белгилари пайдо булиши буйрак етишмовчилигининг терминал боскичидан хабар беради.
Травмадан кейинги плеврит. Кукрак кафасининг ёпик механик жарохатидан бир неча кун утгач экссудатли плеврит кузатилиши мумкин. Беморларда кукрак кафасида огрик, унинг нафас олганда кучайиши, холсизлик, куп терлаш, тана харорати кутарилиши, умумий кон тахлилида бироз лейкоцитоз ва ЭЧТ ошиши аникланади.
Плевра бушлиги пункция килинганда куп холларда суюклик юкори нисбий зичликка эга, куп микдорда оксил тутади (40-50 г/л) ва геморрагик характерда булади. Экссудат таркибида лимфоцитлар устунлик килади, мезотелия хужайралари камайганлиги кузатилади. Касаллик бошлангич даврида экссудат одатда стерил. Профилактика максадида антибактериал даво утказилмаса экссудат инфекцияланиши ва касаллик бактериал плеврит характерини олиши мумкин.
Плевра бушлигида суюкликиинг яллигланиш белгиларисиз йигилиши. Димланган плевра суюклиги (гидроторакс) унг коринча ва бивентрикуляр юрак етишмовчилиги бор беморларда кузатилади. Катта кон айланиш доираси веноз окимида гидростатик босимнинг ошиши плевра суюклигининг резорбцияси бузилишига шароит яратади. Куп холларда унг томонда плевра суюклиги йигилади. Клиник кечиши юрак етишмовчилиги касалликлари билан бир хил булади (хансираш, оёкларда шиш, жигар катталашиши, цианоз, асцит ва бошкалар). Юрак етишмовчилиги бор беморларда плеврада суюклик пайдо булиши касалликнинг огир кечишига олиб келади.
Плеврал пункцияда куп холатларда (85%) сероз транссудат олинади. Унинг нисбий зичлиги 1,015 дан, оксил микдори эса 30 г/л кам, ЛДГ фаоллиги наст. Микроскопда текширилганда куп микдорда лимфоцитлар ва мезотелия хужайралари топилади. Димланган плевра суюклигида маълум сабабларга кура огрик синдроми ва плеврал битишмалар хосил булиши кузатилмайди.
Упка артерияси тромбоэмболиясидан сунг учрайдиган плевритлар. Упка артерияси тромбо- эмболиясида плевра бушлигига суюклик чикиши бир неча сабабларга боглик булиши мумкин. Жумладан, массив упка артерияси тромбоэмболиясида уткир упка ва юрак чап коринча етиш- мовчилигида катта кон айланиш доираси веноз окимида гидростатик босимнинг уткир ошиши 'мябатида суюклик ажралиб чикади. Бу холатларда плевра суюклиги типик транссудат хусусиятига -п булади. Агар упка артерияси

тромбоэмболияси билан огриган беморларда упка инфаркти ва зотилжам ривожланса плевра суюклиги экссудат характерига эга булади. Кам холларда
геморрагик хам булиши мумкин. Шунга кура хар бир холатда плеврада суюклик йигилишига олиб келадиган сабабларнинг механизмини аниклаш лозим.

Коллоид осмотик цон босими камайишида кузатиладиган плеера суюклиги. Коллоид-осмотик кон босимининг пасайиши гипопротеинемия билан тушунтирилади (асцит, гидроторакс, гидроперикард ва бошкалар). Гипопротеинемиянинг энг куп сабаблари нефротик синдром ва оксил синтези бузилиши билан кечадиган жигар касалликлари (жигар циррози) хисобланади. Бундай холатларда плевра суюклиги узида оксил ва паст нисбий зичликка эга булган экссудат ту гади. У аста-секин тупланади ва одатда асосий касалликнинг белгилари билан никобланади. Суюклик сезиларли тупланганда купинча нафас етишмовчилиги белгилари пайдо булади ва кучайиб боради.

Хилез плеврал суюклик (хилоторакс) - бу плевра бушлигида лимфа тупланиши булиб, кукрак лимфа окими босилганда ва кукс оралиги веналарининг усма билан сикилиши, катталашган лимфа тугунлари ёки кизилунгач, упка, аорта жаррохликларида лимфанинг механик шикастланиши ва кукрак кафаси жарохатларидан сунг ривожланади. Касаллик уткир бошланади, плевра бушлигига жуда куп микдорда лимфа куйилади, упка босилиши юз беради (компрессияли ателектаз) ва хансираш юзага келади. Кукрак кафасининг зарарланган томонида огирлик хисси кузатилади. Хилез суюклик окиш хира, хидсиз, таркибида куп ёг тутган сутни эслатади. Плевра суюклигининг биохимик тахлилида куп микдорда нейтрал ёглар (триглицирин), ёг кислоталари ва хиломикронлар аникланади. Триглициридлар концентрацияси 1 г/л гача ошади. Беморда хилоторакс узок муддат давом этганда ва плевра тез-тез пункция килинганда, куп микдорда лимфа билан бирга оксил, ёглар, кон хужайралари, электролитлар йукотади. Шу сабабли холсизлик кучайиб боради, иш кобилияти пасаяди, тана вазни камаяди хамда инфекциялар ривожланади.

Хилуссимон плеврал суюклик хакикий хилотораксни эслатади ва хира, тиник булмаган окиш рангда булиб узида куп микдорда липидлар саклайди. Хилотораксдан фаркди равишда плевradаги суюкликда куп микдорда холестерин булади. Триглициридлар концентрацияси 1,1 г/л дан кам, хиломикронлар умуман аникланмайди. Хилуссимон плеврал суюклик (кам холларда) сил ёки ревматоид артрит касалликларида учрайди ва унга 1-2 мл этил эфири кушилганда суюклик тиник туе олади. Хакикий хилёз суюклик булса хира куринишга эга булади.

Плеврнтларни даволаш. Плеврада суюклиги бор беморларни даволаш самарадорлиги ташхиснинг тугрилигига, касаллик кузгатувчисига ва патологик жараённинг ривожланиш механизмига, умумий ва махаллий таъсирнинг монандлигига боглик. Турли ички аъзо касалликлари окибатида юзага келган плевритда муолажалар аввало асосий касалликка каратилган булиши керак. Шунингдек, яллигланиш билан боглик булмаган плеврада суюклик (транссудатлар) йигилишида этиологик даво биринчи нав- батда юрак - кон айланиш, жигар, буйрак, калконсимон без ва кондаги коллоид осмотик босим бузилишларини мувофиклаштиришга каратилади. Асептик плевритда даво аллергик, аутоиммун ва бошка касалликнинг асосий куринишлари ётган патологик жараёнларни, шунингдек, плевра суюклигини даволашга каратилади. Агар жараён этиологияси аник

булмаса ва плевра бушлигида суюклик булса, бу уни олиб ташлашга курсатма хисобланади. Олинган суюклик ташхисга аниклик киритиш максадида лабораторияга юборилади. Суюклик олингандан кейин хансираш камаяди, аммо пневмоторакс (плевра тешилса) ёки коллапс (куп микдордаги суюклик тез олинганда) хавфидан эхтиёт булиш керак.

Клиник амалиётда кенг таркалган даво чоралари ичида инфекция окибатида юзага келган плевритларни (бактериал) даволаш асосий урин эгаллайди.

Этиотроп ва патогенетик даволаш. Антибактериал даво идеал холатда плевра суюклигини бактериологик текшириш ёрдамида касаллик кузгатувчиси ва унинг антибиотикка сезувчанлиги аниклангандан кейин тавсия этилади. Бирок аксарият холларда клиник амалиётда антибиотикларни эмперик танлаб куллашга тугри келади. Танлов препаратлари булиб, аминопенициллинлар билан р-лактам ингибиторлари (ампициллин+сульбактам, амоксициллин+клавулан кислота), цефалоспорин- ларни II-III авлодлари, респиратор фторхинолонлар (левофлоксацин, моксифлоксацин) хисобланади. Охирги йилларда нафас аъзоларининг йирингли касалликларида (упка абсцесси, плевра эмпиемаси) клиндомициннинг самарали эканлигини таъкидланмокда. Клиндомицин, линкомициннинг хлор унум- лари булгани сабабли анаэроб-аэроб инфекциялар ва бактерияларларни даволаш учун тавсия этилади. Шунингдек, клиндомицин энтерококклардан ташкари граммусбат стафилококк ва стрептококкларга нисбатан хам фаол препарат хисобланади. Клиндомициннинг метронидазол билан комбинацияси огир анаэроб инфекцияларни даволашда “олтин стандарт” хисобланади.

Эмперик антибактериал даволашда (масалан: парапневмоиик плевритларда) куйидаги препаратлар ёки уларнинг комбинацияси кулланилади:

- ✓ клиндомицин + цефалоспорин III авлоди;
- ✓ Р-лактамлар + р-лактамаз ингибиторлари;
- ✓ имипенем.

Шуни ёдда тутиш лозимки, аминогликозидлар плевра бушлигига ёмон кирганлиги сабабли экссудатли плевритларда кулланилмайди.

Сийдик уайдовчи воситаларни юрак етишмовчилиги, жигар циррози ва нефротик синдромда куллаш максадга мувофик. Диуретик сифатида фуросемид 2-3 кун давомида 20-80 мг/кунига тавсия этилади.

Яллигланишга царили воситалар инфекцияга боглик плевритлар, бириктирувчи тукиманинг тизимли касалликлари ва Дресслер синдромида буюрилади. Улар плеврадаги махаллий яллигла- нишни, томирларнинг юкори утказувчанлигини, плевра сенсибилизациясини камайтиради ва касаллик кузгатувчисига плевра варацларидаги гиперэргик реакцияни бартараф килади. Ушбу максадда яллигланишга карши воситалардан вольтарен, диклофенак, мовалис ва ибупрофен, ёки айрим холларда «яккол» гипсрергик реакция кузатилганда ГКСлар (преднизолон, метилпреднизолон 40-60 мг киска курс билан) тавсия этилади.

Плевра эмпиемасини даволашда антибиотиклар билан бирга плевра бушлигини дренажлаш талаб этилади. Агар бир неча кундан кейин дренаж ёрдам бермаса, ковурга резекцияси бажарилиб, очик дренаж куйилади.

Дезинтоксикация муолажалари плевра эмпиемаси ва экссудатив плеврит билан асоратланган беморларга буюрилади. У организмни токсик моддалардан тозалашда, коннинг реологик хусуси ятини ва микроциркуляцияни яхшилашда, оксил алмашинуви бузилишини мувозанатлашда ва бу патологияда кам учрайдиган гиповолемияда кулланилади. Ушбу максадда томир ичига изотоник, 5-10% глюкоза, шунингдек, паст молекуляр эритмалар (гемодез, неокомпенсан, реополиглюкин ва бошкалар) кулланилади.

Оксил алмашинуви бузилишини мувозанатлаш максадида оксилга бой махсулотлар ва рационал овкатланиш тавсия этилади. Огир холатларда бир неча маротаба 150 мл 10% албумин суюклиги, 200-400 мл натив плазма, шунингдек, анаболик гормонлардан (ретаболил 10-14 кунда 1 марта) фойдаланилади.

Организмнинг умумий чидамлилигини ошириш экссудатив плеврит ва плевра эмпиемасини даволашда мухим ахамиятга эга. Ушбу максадда куйидагилар тавсия этилади:

- экстракорпорал детоксикация (конга ультрабинафша ва лазер нурларини юбориш курслари, гемосорбция, плазмаферез);
- инсон поливалент иммуноглобулини 2,0 мл хар 1 -3 кунда мушак орасига (жами 3-5 муолажа);
- антитанача хосил булиши етишмовчилигида томир ичига ёки мушак орасига гаммаглобулин 1,2-1,8 мг/кг (ойда 1 марта);
- бактериофаг ва гипериммун плазма вена ичига (антистафилококкли плазма, кук йиринг таёк- чага карши плазма, протейга карши юкори антитаначалар таркибли плазма ва бошкалар) 200-250 мл 2-3 марта 3 кун оралик билан;
- фаол иммунизация (стафилококкли анатоксин 0,5-1,0 2-3 кун оралаб, 3 та муолажа);
- Т-тизим ва организмнинг специфик булмаган кучлари стимуляцияси (левамизол, тимизол, иммунал ва бошкалар).

Махаллий даво. Парапневмоник экссудатив плеврит ва плевра эмпиемасида махаллий даво плеврада суюклиги бор беморларда яллигланишга карши даволаш билан бирга олиб борилади. Махаллий даво йирингли яллигланиш экссудатларини чикаришга, плевра бушлиги санациясига, унинг битишмаларини камайтириш ва облитерациясига йул куймасликка хамда сикилган упканинг максимал тугриланишига каратилган.

Шу максадда куйидаги чора-тадбирлар утказилади:

- тизимли плеврапункция;
- плевра бушлигига антисептик суюкдиклар ва антибиотиклар юбориш;
- плевра бушлигига фибринолитик эритмалар юбориш;
- плевра бушлигига дренаж найча куйиш;
- даво торакоскопияси утказиш;
- жаррохлик торакотомияси;
- инфекция учогини жаррохлик йули билан бартараф этиш (декортикация, плеврэктомия, плевропневмоэктомия).

Кбайта торакоцентез ёрдамида плевралаги суюц.чикни олиб ташлаш.

Парапневмоник плевритли беморларда унинг бушлигининг санацияси билан бирга экссудат эвакуаци- яси ва плевра эмпиемаси ривожланишининг олдини олиш учун

фибринолитик эритма юбориш, битишма- ларни тухтатиш хдмда нафас ва юрак фаолияти бузилишларини бартараф килиш максадида утказилади.

Асоратланмаган парапневмоник плевритда куп холларда бир, икки ёки уч марта плевра пунк- цияси ёрдамида экссудатни чикариб ташлаш, антибиотикларни монанд буюриш, мунтазам кли- ник-рентгенологик ёки УТТ текширувлари назоратида плевра суюклигининг хажми, динамикаси, упканинг тикланиш даражаси, нафас хамда юрак функционал курсаткичлари назорат килинади.

Асоратланган парапневмоник плевритда кайта плевра пункцияси ёки дренаж найча куйиш ёрдамида тез-тез торакоцентез утказилади. Пункция ёрдамида плевра бушлигидан суюкликни чикариб олишда бир вактнинг узида уни 1,0 литрдан ортик чикармаслик ва коллапсдан эхтиёт булиш лозим.

Плевра эмпиемаси шаклланганда йирингли экссудат эвакуацияси, баъзан унинг пункцияси- ни кайта утказишдан бошланади. Бирок ушбу махаллий даво усулининг эмпиемани даволашда самарадорлиги 60% дан ошмайди. Беморларни даволаш махсус жаррохлик булимларида олиб борилади.

Дренаж найча ёрдамида плевра суюклигининг эвакуацияси. Йирингли характердаги плевра суюклиги (плевра эмпиемаси) дренаж найча куйишга мутлак курсатма хисобланади. Эмпиема ривожланиш хавфи юкори булганида (экссудатда pH < 7,1 ва глюкоза концентрацияси < 2,2 ммоль/л) ёки плеврал битишмалар шаклланиши белгилари ва халтали бушликлар юзага келганда дренаж найча куйиш тайлов усули булиб хизмат килади. Дренаж найча махаллий анестезия ва рентгеноскопик ёки ультратовуш текширувлар назоратида куйилади. Олдинги култик ости чизиги

VI ковургалар оралиги юзасидаги тери кесилади. Тугри куйилган дренаж найчалар плевра бушлигидан йирингнинг тулик чикишини таъминлайди.

Плевра бушлиги санацияси. Торакоцентез ва дренаж найчалар оркали экссудатлар чикарилгач, плевра бушлиги ипик фурациллин (0,1-0,2%) ёки диоксидин (0,1-0,2%) билан ювилади. Купинча антисептик эритма шприц оркали 20-60 мл юборилади. Яллигланиш жараёни кенг таркалганда плевра бушлигининг санациясида 2 та нина усули кулланилади. Рентген ва ультратовуш текшируви назорати остида бушлик тубидан плевра пункция килинади ва иккинчи нина юкори булагига куйилади. Пастки нина оркали плевра бушлигига антисептик эритма юборилади ва аста-секин тулдириб борилади. Шундан сунг юкориги нина ёпкичи ёпилади пастки нина оркали суюклик тортиб олинади. Муолажа бир неча бор такрорланади ва бунда 4-5 л антисептик эритма ишлатилади.

Фибринолитик эритма киритиш. Торакоцентез ёки дренаж найча ёрдамида бушликдан экссудат чикарилгач, унинг ичига фибринолитик препаратлар юборилади. Бу эритмалар фибринлар эришига, йирингли экссудат ёпишкоклиги пасайишига ёрдам беради. Фибринолитик эритмалар сифагида стреп- токиназа (250 000 ХБ) ва урокиназа (100 000 ХБ) ишлагилади. Фибринолитиклар дренаж найчалар ёки махсус катетер оркали 100 мл физиологик эритма билан юборилади, сунг дренаж найча учи 2-3 соатга ёпиб куйилади. Фибринолитик эритмалар 1-2 хафта давомида хар куни юборилади.

Клиник амалиётда торакоцентез вактида ва дренаж ёрдамида экссудат олингач, антибиотиклар- ни плеврал бушлигига юбориш кенг кулланилмокда.

Даволовчи торакоскопия. Даво торакоскопияси ми- нимал инвазив жаррохлик муолажаси хисобланади. Бу усул плевра бушлигини дренажлаш самара бермаганда ва унинг бушлигига фибринолитик эритмалар юборишда, куплаб плевра битишмалари ва куп камерали йирингли бушликлар пайдо булганда утказилади. Даво торакоско- пиясида назорат остида плевранинг чандик битишмалари кесилади, йиринг тулик чикарилади, бушлик санацияси килинади ва дренаж найча урнатилади. Бу муолажа умумий анестезия остида жаррохлик блокида утказилади.

Даво торакоскопияси тугагандан сунг, плевра бушлигига дренаж найча куйилади ва вакуум насосга бириктирилади. Дренажлаш 3-6 кун давом этади. Дренаж найчалардан ажралаётган суюклик бир кеча кундузда 50 мл дан ошмаса, дренаж найчалар олиб ташланади. Бу даврда дренаж найча жойлашган холатни хар куни рентген назоратидан утказиш зарур. Плевра эмпиемасида даво торакоскопияси 90% холларда самара беради.

Даволовчи торакоскопияга мутлак карши курсатмалар:

- ✓ плевра битишмалари ва куп камерали бушликлар хосил булиши натижасида плевра бушлигининг кичрайиши;
- ✓ упка сунъий нафаси ва огир нафас етишмовчилиги;
- ✓ кон ивишининг огир бузилишлари.

Зарурият булганда упкада жаррохлик плевроэктомияси кулланилади.

Физиотерапия фибриноз плевритнинг эрта боскичларида спиртли компресс, кальций хлор билан электрофорез тавсия этилади. Экссудатли плевритнинг тузалиш даврида унинг сурилишини тезлаштириш ва чандиклар хосил булишини камайтириш максадида гепарин, кальций хлор билан элекгрофорез, магнитотерапия, парафинотерапия кулланилади.

Прогноз плевра суюклигини уз вактида олиб ташлаш, антибактериал терапия ёки асосий касалликни монанд даволашга боглик.

1. Унг упка пастки булагини касалхонадан ташкари (бирламчи) пневмококкли пневмонияси, огир кечиши.

Асорати: Сероз-фибринозли экссудатли плеврит. Уткир нафас етишмовчилиги III даража.

2. Чап упка пастки булагининг касалхона ичи (иккиламчи) стрептококкли пневмонияси, урта огир кечиши.

Асорати: Йирингли экссудатли плеврит. Уткир нафас етишмовчилиги II даража.

Гастроэнтерология

Мавзу 26. Дисфагия. Эзофагит, рефлюкс-эозофагит, склеродермиядаги дисфагия ва қизилўнгач ўсмаларини, диспепсия. Ўт йўллари дискинезияси, холецистит, постхолецистектомик синдром ва жарроҳликдан кейинги меъда касаллигини таққослама ташхислаш. УАШ тактикаси.

Таълим технологияси.

Машғулот вақти 6 соат	Талабалар сони : 10-12 тагача

Машғулот шакли	Амалий машғулот
Укув машгулотининг структураси	Кафедранинг укув тематик хонаси. Укув кулланмалар,таркатма матириал , вазиятли масалалар ва тестлар туплами Бемор палатаси. Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа
УАШ га дисфагия билан келган беморларни диагностика ва дифференциал диагностика, даволашнинг оптимал вариантиларини хамда, согликни саклаш тизимининг биринламчи бугинларида «умумий амалиёт шифокорларининг квалификацион характеристикаси»ни ургатиш.	
Педагогик вазифа: 1. Дисфагия ташхиси учун саволларни яхшилаб куриб чикиш 2. Дисфагия беморини намойиш килиш. 3. Дисфагияда клиник , лаборатор ва асбобий текширувлар натежаларини мухокама килишх. ***4.*** *Дисфагияни дифференциал диагностикасини мухокама килиш.* 5. УАШ квалификацион характеристикасини мухокама килиш. 6. Даволаш принципларини мухокама килиш (номедикаментоз ва медикаментоз). 7. КВП ёки ОП шароитида беморларни кузатиш ва мониторинг килиш мухокама килиш. 8. Ушбу касаллик буйича бирламчи, иккиламчи, учламчи профилактика принципларини мухокама килиш.	**Укув фаолиятининг натижалари:** ***Талабалар билиши керак:*** 1. Дисфагия пайдо булиш механизм ива сабаблари. 2. Дисфагиянинг клиник куринишлари. 3. Дисфагияни ташхисоти. 4. дисфагиянинг дифферинциал диагностикаси. 2. УАШ тактикаси. 3. Ушбу касалликлик даволаш принциплари (медикаментоз ва номедикаментоз). 4. Беморларни КВП ёки ОП шароитида диспансер кузатуви ва мониторинг принциплари. 5. Ушбу касаллик буйича бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика принциплари. ***Талаба билиши керак:*** 1. Дисфагия диагностикаси учун бемор шикоятларини ва анамнезини анализ килиш. 2.Дисфагиянинг турли куринишларини клиникаси ва лаборатор-асбобий текширувларга асосланиб диагностика хамда дифферинциал диагностика килиш. 2. Самараси исботланган дорилар танлаш 3. Даволашнинг номедикаментоз усули буйича маслахат бериш. 4. КВП ёки ОП шароитида мониторинг утказиш.
Таълим усуллари	*«Стол устидаги ручка»;* балик скелети усуллари.
Укув фаолиятини ташкил килувчи шакл	Якка тартибда ишлаш, группа ,жамоа булиб ишлаш.
Таълим воситаси	Укув кулланма, укув материаллар,беморнинг ЭКГси слаидлар, видео ва аудиоёзувлар, касаллик тарихи.
Кайта богланиш усуллари ва	Блиц-савол, тестлар, бажарилганиукув ишларнинг

воситалари.	натежасини презентацияси, касаллик тарихини тулдириш.

Машгулотнинг технологик харитаси

№	Амалий машгулот боскичлари	Машгулот шакли ***Утказиш жойи***	Машгулот вакти
1	Кириш кисми (мавзуни асослаб бериш)		10
2	Янги педагогик технологияларни («учпогонали интервю»), хамда намойиш килувчи метериаллар(тиббий карталар туплами, жадваллар, плакатлар, рентгенограммлар)ни куллаб амалий дарсни мухокама килиш.	Суров, мухокама *Укитиш хонаси*	40
3	Мухокама хулосаси		10
4	Машгулотнинг амалий кисмини бажариш учун профессионал сураб чикиш. Касаллик тарихини тулдириш буйича тушунтириш ва тавсиялар бериш.	мухокама *Палаталар куриги*	20
5	Машгулотнинг асосий кисми укитувчи рахбарлигида утиши.	Профессионал сураш. Беморлар билан сухбат ва касаллик тарихини тулдириш, вазиятли масалалар. *Палаталар куриги*	20
6	Беморни шикоятларини,курик маълумотларини, пальпация, перкуссия, аускультациясини, УКТ, УСТ, биохимик текширувларини ва куйилган диагнозни изохлаш.	Касаллик тарихи,лаборатор маълумотлар,вазиятли масалалар.	25
7	Талабаларнинг назарий ва амалий билимларини, мустахкамловчи материаллар мухокама килиш, хамда талабаларнинг узлаштиришини бахолаш.	Огзаки саволлар,тестлар,амалий куникмаларини аниклаш *Укув хона*	55
8	Амалий дарс мавзуси буйича хулоса 100 балли тизим буйича бахолаш ва бахоларни эълон килиш. Кейинги дарс буйича уйга вазифа бериш.	Маълумотлар, мустакил иш учун саволлар. *Укув хона*	25

Дисфагияси бор беморлар муаммосини ечиш бўйича талабаларни ўқитишда билим, кўникма ва малакаларга қўйилган талаблар

Максад: *Талабаларга дисфагияси бор беморларни муоммосини синдромал ечишни, хамда согликни саклаш тизимининг бирламчи бўғинларида УАШ квалификацион характеристикаси асосида уқитиш.*

Таълимнинг асосий вазифалари:

- Дисфагия билан боглик беморларни муоммоларини ечишни талабаларга ургатиш .
- Дисфагия билан боглик беморларни мавжуд муоммоларини уз вактида диагноз кила олишни талабаларга ургатиш.
- Дисфагия билан кузатилувчи бошка касалликлар билан дифференциал диагностика килишни талабаларга ургатиш.
- Дисфагияси бор беморларни муоммоларини ечишда талабаларнинг амалий куникмаларини ва билимларини такомиллаштириш лозим (маълумот йигиш, муоммоларинианиклаш ва физикал куриш, хамда лаборатор- асбобий текширув методларини буюришини асослаб бериш кобилияти);
- Талабаларга асосий даволаш-профилактик чора тадбирларни амалга оширишни ва КВП ва ОП шароитида кузатишни ургатиш.

Ушбу бемор муаммосини тахлил килишда талабалар куйидаги калитли жихатларни билиши керак:

- Беморнинг асосий муоммоларини аниклаш ва уларни бемор хаётидан йукотиш килишни кила олиш.
- Ёрдамчи саволлар билан бемор анамнезини йигишни амалга ошириш.
- Ушбу муоммо билан боглик бошка касалликлар ёки холатлар хакида фикр юритишни амалга ошириш.
- Асосий физикал курикларни амалга ошириш.
- КВП ёки ОП шароитида асосий лаборатор-асбобий текширувларни буюришни амалга ошириш.
- КВП ёки ОП чегарасидан ташкари шароитида утказиладиган кушимча текширувларни ажратишни амалга ошириш.
- Олинган аосий маълумотлар асосида ушбу муоммони асосий сабабини (диагноз) аниклаш.
- УАШ асосий квалификацион характеристикани аниклашни.
- Номедикаментоз маслахатни беришни амалга ошириш.
- Тиббиётда исботланган асосий дорилар билан медикаментоз давони аниклаш
- Согликни саклаш тизимининг бугинларида профилактик чора тадбирларни аниклаш.
- КВП ёки ОП шароитида диспансеризация ва реабиоитация принципларини аниклаш.

Дисфагияси бор беморлар муаммосини ечишда талабалар <u>билиши шарт</u>:

№	Билимлар руйхати	Базали даражаси
1	Дисфагия билан утадиган касалликлар руйхати	Талаба камида 10 та шунга ухшаб кечадиган касалликларни билиши керак
2	Дисфагия билан утадиган хавфи купрок булган касалликлар руйхати	Талаба камида 5 та шунга ухшаб кечадиган касалликларни билиши керак
3	КВП ёки ОП шароитида учрайдиган холатлар руйхати (1-категория)	УАШ квалификацион характеристикасига мувофик
4	Тор мутахасис маслахати ёки госпитилизация килишга мухтож холатлар руйхати (2-категория)	УАШ квалификацион характеристикасига мувофик
5	КВП ёки ОП шароитида утказилишини талаб килинадиган текширувлар руйхати (3.1-категория)	УАШ квалификацион характеристикасига мувофик
6	КВП ёки ОП дан ташкарига йулланма беришни талаб киладиган текширувлар руйхати (3.2-категория)	УАШ квалификацион характеристикасига мувофик
7	Коринда огрик билан утадиган касалликларни асосий диагностик критерияларни билиш	Хар кайси касалликларнинг куринишларини ва фаркланувчи белгиларини хамда уларнинг диагностик критерияларини билиши керак.
8	Ютинишни кийинлашиши	Талаба билиши керак: - Дисфагия нима ? - Оденофагия нима ? -Ютиш вактида комкани сезиш нима эканлиги? -Фагофобия нима?
9	Беморларда дисфагияни бахолаш шкаласини билиш	Талаба ютишни бузилиш даражаси шкала буйича 0 дан 4 гача эканлигини билиши керак
10	Ютишни бузилишни локализацияси	Орофарингеал ва овкат билан боглик дисфагияни талаба билиши керак.
11	Ички органларнинг зарарланиш симптомлари	Талаба билиши керак: юрак, упка, жигар, талок, ошкозон, 12 бармокли ичак ва буйракларни зарарланиш белгиларини
12	Лаборатор-асбобий текширувларнинг натижаси курсаткичлари	Талаба билиши кеоак : - нормал курсаткичларни хамда уларни патология томон сурилганини.
13	Даволаш тактикаси	Даволаш принциплари ва методларини

		(номедикаментоз давони хам) талаба билиши керак
14	Бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика принциплари	Талаба билиши керак асосий чора тадбирларни,бирламчи,иккиламчи ва учламчи профилактикаларни
15	Дисфагия билан кечадиган касалликларни КВП ёки ОП шароитида диспансеризация ва реабилетация принциплари(4-категория)	Диспансеризация ва реабилитация буйича асосий чора-тадбирларни руйхатини туза билиши керак

Дисфагияси бор беморлар муаммосини ечишда куйидагиларни <u>бажара олиши керак:</u>

	Кўникмалар руйхати	**База даражаси**
1	Бемор ва унинг кариндошларидан билан сураб суриштириш	Талаба тахминий ташхис учун ёрдам берадиган киска лунда саволлар бериш. Талабалар аник максадга йуналтирилаган саволлар бериб бемор шикоятини йигиб, шикоятини бахолаш. Талаба касаллик анамнезини анализ килишни билиш: касаллик бошланиши, биринчи симптомлари, касаллик сабабларини ва динамикада ривожланиши. Талаба хаёт анамнезини анализ килишни билиши керак: хавф омилларни аниклаш,онасини ва якин кариндош уругларини соглиги.
2	Хавф омилларини аниклаш.	Талаба билиши керак бемор билан савол жавоб килаётганда бошкариб буладиган ва бошкариб булмайдиган хавф омилларини аниклашни
3	Тана масса индиксини хисоблаш	Тлаба билиши керак :Студент должен уметь выявить признаки: - тана масса етишмасликни - ортикча тана массасини.
4	Тери куригини утказиш	Талаба билиши керак бошлангич тери рангпарлигини, бошлангич тошмаларни,тери зичлашишини, ковоклардаги эриттемаларни ва бошкаларни.
5	Бош ва буйинни тулик текшириш	Огиз бушлиги холатини бахолашни талаба билиши керак. Томокни холатини бахолашни талабалар билиши керак. Талабалар билиши керак диккатлик билан мавжуд янги хосилалар ва аденопатиялар хакида фикр килишни

		Талабалар билиши керак умуртка погонасининг буйин кисмини холатини бахолашни. Талабалар аниклай олиши керак: Никобсимон юзни, наличие симптома «кисетного шва». Талаба билиши керак калконсимон безни куриги ва пальпациясини.
6	Неврологик курикни утказиш	Талаба кейинги холатларни бахолай билиши керак: • Йутишда иштирок киладиган бош мия нервларининг сезув ва харакат функциясини • V-уч шохли нервнинг пастки жаг тармоги –огиз тубини харакатини иннервациялайди • IX харакат – халкумни юкори кисмини, сезувчанлик – тилнинг орка кисмини • X харакат - хикилдок, кизилунгачни харакати • XII тилни харакатини
7	Нафас олиш органларини пальпация, перкуссия ва аускультацияларини утказиш.	Талаба куйидаги нарсаларни бахолай билиши керак: - кукрак кафасини экскурсиясини - овож дириллашини - упка овозини узгаришини ва уни изохлаш - нафас типини - мавжуд нафас шовкинлари ва хириллашларни
8	Юрак–кон томир тизимини пальпация, перкуссия ва аускультацисини утказиш.	Талаба куйидаги белгиларни аниклашни билиши керак: - юрак булимларини гипертрофиясини Талаба куйидагиларни бахолай олиши керак: - юрак тонларини; - мавжуд юрак шовкинларини; - юракнинг органик шовкинларидан функцианал шовкинларини дифференцировка килишни
9	Қоринни юзаки пальпациясини утказиш	Талаба билиши керак: - огрик нукталарини аниклаш - корин олд девори мускулларини таранглигини бахолаш - катталашган орган ёки усмасимон хосилани аниклаш. - Щеткина-Блюмберг тестини утказиш
10	Коринни чукур пальпациясини утказиш	Талаба билиши керак: - корин бушлигидаги хосилаларга бахо бериш
11	Клиник ва биохимик анализларни изохлаш	Куйидаги белгиларни талабалар аниклай олиши керак:

		- нормал курсаткичларни ошганлигини ёки камайганлигини.
12	Кизилунгачни рентгенологик ва эндоскопик текшируви	Талаба билиши керак олинган натежаларни изохлашни.
13	Дисфагия билан кечадиган бошка касалликларни дифферинциал ташхислаш	Талаба билиш керак касалликни дифференциялашда асосий фаркловчи хусусиятларини (анамнез,объектив курик ва лаборатор ва асбобий теширувларни)
14	Номедикаментоз даво хакида маслахат бериш	Талаба билиши керак: - беморга узини-узи назорат килишни ургатишни - рационал овкатланиш буйича маслахат бериш - соглом турмуш тарзини талкин килиш буйича маслахат бериш
15	Дисфагия билан кечадиган касалликларни даволашда рационал дори препаратлардан фойдаланиш	Талаба билиши кераксамараси исботланган препаратларни танлашни. Талаба билиши керак препаратларни танлашда куйидагиларни бахолашни: - эффективлигини - хавфсизлигини - мувофиклигини - тежамлигини.
16	Беморларни мониторинг ва кузатишни олиб бориш	Талаба билиши керак КВП ёки ОП шароитида беморларни кузатув ва мониторингни олиб боришни.

Машгулот баёни

Дисфагия кизилунгачни органик ва функционал касаллигибулиб, дисфагиянинг асосий симптомлари овкатни кизилунгачдан кийинлик билан утиши хамда ютиш фаолиятининг бузилиши булиб, у ютишнинг уч фазасидан бирор фазасининг бузилиши (**огиз бушлиги** – ютинишнинг эркин кисми, **хикилдок** – хикилдок, халкум мускулларииштироки хисобига юзагакеладиган ютиш рефлексига боглик боскич, **кизилунгач** – унинг урта ва пастки кисмидан утиши билан боглик).

Дисфагия функцианал ва органик келиб чикиши мумкин. Функцианал дисфагия булади: психоген,истерик,мия устуни инсультларида,ботулизм ва кардиоспазмларда. Функцианал формасида йутишни бузилишини асосида кизилунгач дискенизияси ётади.

Кизилунгач дискинезияси – функциянал бузилиши булиши булиб, перисталтикасини бузилиши билан намаён булиши билан. Бирламчи эзофагоспазм, у кизилунгач функциясини кортикал бошкариш бузилиши натежасида ва иккиламчи эзофагоспазм – куйидаги касаллик натежасида, эзофагит, яра касаллиги ва бошка касалликлар ёки тутканок синдроми билан кечган касалликларда пайдо булади. Эзофагоспазмни клиник куринишида дисфагия ва туш ортида огриклар булиши мумкин. Дисфагия доимий характерда булмай, узгарувчан булиши мумкин, баъзан парадоксал формада булиши

мумкин: суюк овкат истемол килганда пайдо булади ва каттик овкат истемол килганда, ёки кашага ухшаш овкатлар истемол килганда дисфагия булмайди. Диагноз кизилунгачни рентгенологик текшириш натежасида куйилади, хамда барий котраст моддаси таъсирида кизилунгачда турли шаклдаги спастик деформациялар, худди штопора куринишида ёки ёлгон дивертикуллар куринишида аникланади.

Даволашда седатив, спазмолитиклар ва холинолитик воситалар буюрилади.

Иккиламчи эзофагоспазмни даволаш учун асосий касалликни даволаш керак.

Психоген, истерик дисфагиялар неврозларда, купрок 20-40 ёшлардаги аёлларда учрайди. Дисфагияси бор беморларни объектив курилганда скелет мушакларини тонуси ошган булиши, психоген бош огриги, калтираш, хавотирли булиши,тез чарчаб колиш.

Дисфагия яна бош мия устун кисмини инсультларда хам кузатилиши мумкин, хамда кул-оёкларда парезлар, ютишни бузилиши, мияча симптомлари (кучли бош айланиши), нистагм, мускул гипотонияси ёки атонияси, скандирланган ёки дизартрик нутклар булиши мумкин. Бу симптомлар мия устуни инсультлрида узунчок миянинг латерал синдромларида учрайди.

Ботулизмда хам дисфагия пайдо булиб, сифати паст консервация махсулотларини истемол килиши натежасида пайдо булиши мумкин. Бунда шифокор этибор килиш керак беморда инфекцион шиш фонида томогида бирор нарса тикилиши, парезлар ва бошка симптомлар аниклаши керак ушбу касалликда.

Кардиоспазмда (синонимлари: кардия ахалазияси, хиатоспазм, мегаэзофагус,кизилунгачни идиопатик кенгайиши) ютиш актини бузилиши булиб, касалликнинг етакчи клиник симптомлар билан кечади. Касаллик эркакларда хам аёлларда хам бир хил учрайди, асосан 20-40 ёшларда учрайди. Асосий симптомлари дисфагия, тушда огрик ва регургитация.Дисфагия эпизодик бошланади, хамда хар овкат истемол килганда ва асосан курук овкатлар ёки яхши чайнамай ейилган овкатланганда кузатилади. Туш сохасида огрик кучайиб кетиши ва асосан тунда кучайиши кузатилади. Кизилунгач ахалазиясида куп микдорда кизилунгач сакламасини кайт килиб чикариб ташлайди (сулак, шилликлар, овкат колдиклари) кизилунгач тулиб турганда танасини энгаштирилганда. Регургитация тунда хам булиши мумкин ("нам ёстик" симптоми). Асорати булиши мумкин: кусик массаси аспирасияси натежасида кайталама пневмония ва сурункали бронхит, шунингдек сурункалкали эзофагит, кизилунгач дивертикуллари. Диагноз кизилунгачни рентгенографияси ва эндоскопик текширувлари асосида шакллантирилади.

Диафрагманинг кизилунгач тешиги чурраси кам холларда эзофагит билан бирга кушилиб келиши мумкин. Булиши мумкин аксиал кизилунгач-ошкозон чурраси ва параэзофагал типларда. Уларни Баррет кизилунгачи – тугма ёки ортирилган патологиялар кизилунгач калталиги билан булган холатлар олиб келиши мумкин.Диагноз беморни вертикал ва горизантал холатларда кизилунгачни рентгенографияси асосида куйилади. Рефлюкс-эзофагитда консерватив симптоматик даволанади. Асоратилари ривожланганда ёки консерватив даво эффектсиз булганда хирургик даво кулланади.

Эзофагит – кизилунгач яллигланаши. Эзофагит булинади: уткир, уткирости ва сурункали. Уткир эзофагит кайнок овкатлар ва суюкликлар, химик моддалар, хамда уткир

инфекцион касалликлар (кизамик, дифтерия, сепсис ва бошкалар) таъсирида кизилунгач шиллик кавати таъсирланиши натежасида пайдо булади. Уткирости ва сурункали эзофагитларнинг энг куп сабаблари ошкозон ва ичак сокларининг кизилунгачда рефлюкси натежасида кизилунгачни кардиал сфинктрини етишмаслиги ривожланиб, буни рефлюкс-эзофагит дейилади, хамда диафрагманинг кизилунгач тешигини аксиал чурраларида кузатилиши мумкин. Рефлюкс-эзофагит учун жигилдон кайнаши ва кайд килиш симптомлари кузатилади ва танани энгаштирганда ва горизантал холатда кучаяди. Энг самарали диагностик усуллардан эзофагоскопия булиб, эзофагитни аниклаш ва унинг жойлашган жойини, хамда характерини аниклаш имкониятини беради.

Кизилунгач усмаси. Кизилунгачда хавфсиз янги хосилалар кам учрайди. Кизилунгачни хавфли усмаларидан кизилунгач раки куп учрайди ва асосан эркакларда купрок, хамда асосан 40 ёшдан катталарда учрайди (аёллар 3 марта камрок учрайди. Дисфагия симптоми булиб, йутинишда кукракда огрик (асосан каттик овкатларда), тушнинг зарарланган сохада овкат утаётганда огрик булади, кизилунгачда ёт жисм туриши сезгиси булади. Вакти вакти билан пайдо буладиган дисфагиялар булганда ракни истисно килиб булмайди. Усмани кейинчалик усиши натежасида кукракда, туш ортида, оркада утмас огрик, стенокардияга ухшаш огриклар, йутал хуружлари, овози бугилиб колиши, хансираш, хамда рак касаллиги оид умумий симптомлар – холсизлик, тез чарчаб колиш, иштахани камайиши ва бошка симптомлар булади. Клиник симптомларига, кизилунгачни рентгенологик ва эндоскопик текширувларга асосланиб диагноз куйилади. Ракда хирургик ва комбинирланган даво олиб борилади. Операция килинмайдиган усмаларни нур терпия ва палиатив даво олиб борилади.

Тизимли склеродермияда кизилунгач зарарланиши бор беморларда кизилунгачдан овкат утиши кийинлашиши ва огриклар хатто суюк овкат истемол килишда хам булади. Рентгенологик текширувда кизилунгач дистал кисмини моторикаси бузилиши ва кардиал сфинктрнинг етишмаслик, овкат регургитацияси, асосан ётганда пайдо булади, рефлюкс – эзофагит хам булиши мумкин. Сурункали эзофагитнинг асосий хавфли асорати кизилунгачнинг пастки кисмини торайиши ва ифодаланган дисфагия ривожланиши мумкин.

Дерматомиозит билан касалланган беморларда хам овкат хазм килиш тизими зарарланиши мумкин. Бу беморларда ютишни бузилиши мумкин, сабаби дерматомиозитда кизилунгачнинг юкори учлигида кизилунгач мускулларининг зарарланиши натежасида мускули гипотония булади. Кейинчалик огиз бушлиги ва кизилунгач шиллик кавати некроз, шиш ва геморрагиялар хосил булади.

Дисфагиянинг сабабчиси кизилунгач дивертикул булиши мумкин. Катта улчамли дивертикулларда бироз микдорда овкат тупланиб колиши мумкин, натежа дивертикул кизилунгачни босиб куйиши мумкин ва натежада дастлаб каттик овкатлар, кейинчалик суюк овкатлар утиши кийинлашади. Овкатланиб булгандан кейин бир неча вактдан кейин тусатдан дивертикул копчасидан хазм булмаган овкат ва шиллик суюкликни регургитацияси булиши мумкин. Кизилунгач дивертикулини диагностика килиш учун контрастли рентгенологик ва эзофагоскопия текширув усулларидан фойдаланилади. пищевода возможна лишь при контрастном рентгенологическом исследовании и

эзофагоскопии. Фарингоэзофагал дивертикулни истисно килиш учун бемор буйинини куздан кечириш ва пальпация килиш керак. Агар хирургик даволашга курсатма булмаганда дивертикулда овкат массасини тупланишини профилактика килиш керак.

Дисфагия баъзи холларда калконсимон безни гиперплазияси, кукс оралиги органлари, хамда перикардни абсцесслари ва усмаларида, аорта аневрезмасида ва экссудатив плевритда кизилунгачни босилиши ёки силжиши натежасида хам пайдо булиши мумкин.

Диспепсия. Малумки, беморларни аксариятини овкат кабул килиш вактида ёки ундан сунг эпигастрал сохада огрик, огирлик, тикилиш ёки тез туйиниш хисси, кекириш, зарда кайнаши, кунгил айниш, кайт килиш, окват кайтиб чикиши, иштаха йуколиши ёки пасайиши, баъзан корин дам булиши, ич келишини бузилиши безовта килади. Юкорида келтирилган симптомлар комплекси тиббиётда диспепсия синдроми деб юритилади. Бу белгирлар хар хил куринишда кушилиб келиши, турли тизим аъзолари касалликларида кузатилиши мумкин. Уларнинг давомийлиги, интенсивлиги, пайдо булиш тезлиги турлича булиши эхтимолдан холи эмас.

Иштаханинг бузилиши (ошиш ёки пасайиши) юкумли касалликлар, моддалар алмашувининг бузилиши ва бошка касалликларда учрайди. Ошкозон касалликлари, саратонларида иштаха тулик йуколишигача (анорексия) боради. Бу касалликнинг эрта белгиларидан биридир.

Яра касаллигида, айникса яранинг ун икки бармок ичакда жойлашишида иштаха ошган булади.

Иштаха йуколишини огрикдан куркиш сабабли овкат емасликдан фарклаш керак. Бу холат ошкозон ярасида кузатилади. Иштха ошган булса хам, огрик сабабли беморлар овкатланишдан куркади.

Баъзан иштаха бузилиши мумкин. Масалан: кумир, бур егиси келади. Иштаханинг бузилиши хомиладорларда ва ахлоргидрия билан касалланганда хам кузатилади. Ошкозон ва бошка аъзолар саратонида беморлар узини гушт ейишдан тияди. Иштаханинг пайдо булиши хазм марказининг кузгалиши хисобига булади. Турли омилларни иштаха марказига таъсир этиши натижасида иштаха бузилишлари кузатилади.

Кекириш - кизилунгач ва ошкозонда тутилган хаво бирдан ва баъзан жарангли товуш билан огиздан чикиши хаволи кекириш дейилади. Атмосфера хавосини ютиб юбориш хисобига вужудга келади. Узок масофадан эшитилиб психоневрозларда кузатилади.

Агар огиз бушлигига хаво билан овкат сакланмасининг бир кисми чикса овкатли кекиришдеб айтилади. Кекириш кардия тешигининг очик турган вактида ошкозон мушакларининг кискаришидан вужудга келади.

Ошкозоннинг харакат фаолияти бузилганда чириш, бижгиш холатлари юзага келади, куп газ хосил булади. Шу сабабли юкорида келтирган холатларда хидсиз кекириш кузатилса, чириш, бижгиш холатларида айниган тухум хидини эслатадиган хидли кекириш намоён булади. Палагда тухум хидини эслатадиган кекириш привратник торайишига хос.

Кислотали кекириш ошкозон гиперсекрецияси ва яра касаллигида кузатилади. Аччик таъмли кекириш утни ун икки бармок ичакдан ошкозонга утиши ва юкори кислотали пептонларнинг аччик таъми хисобига намоён булади.

Зарда кайнаши – эпигастрал сохада туш ортида ачишиш сезилиши. Зарда кайнаши ошкозон-кизилунгач рефлюксида, ошкозон кислотаси ошганда (яра касаллиги, холецистит), диафрагма кизилунгач тешигининг чуррасида ва баъзан хомиладорларда кузатилади.

Кунгил айниши – рефлектор акт булиб, эпигастрал сохасида узига хос босим сезгисининг булиши билан ифодаланади. У адашган нервни кузгалиши хисобига юзага келади. Кунгшил айниши купинча кайтдан олдин пайдо булади. Уткир ва сурункали гастрит, ошкозон саратони каби касалликларда кузатилади. Ошкозон касалликларида кунгил айниш уткир овкат егандан кейин содир булади. Баъзан кунгил айниши ошкозон секретор етишмовчилигида хам кузатилади.

Кайт – мураккаб рефлектор акт булиб, кайт марказининг кузгалиши хисобига вужудга келади. Кайт вактида ошкозон сакланмасини кизилунгач, хиккилдок ва огиз бушлигига беихтиёр чикиши намоён булади. Кайт ошкозон рецепторларининг яллигланиш жараёнидаги таъсирланишида (уткир, сурункали гастрит), ошкозон эвакуатор фаолиятини бузилганида (привратник спазми ва торайиши) ошкозондан овкат лукмаларини ун икки бармок ичакга утиб булмагани сабабли вужудга келади. Кислотали эрталабки кайт ошкозоннинг кечкурунги гиперсекрециясидан далолат беради. Овкат хазм булаётганида 2-3 соатдан кейин кузатиладиган кайт ошкозон яраси учун хос. Ун икки бармок ичак ёки привратник ярасида кайт овкатдан 4-6 соатдан кейин кузатилади. Яра касаллигида кайт огриклар чуккисида булади.

Огрик. Ошкозон касалликларида эрта огрик овкат егандан 30-40 минутдан кейин кузатилади. Кечки огриклар овкат кабул килгандан 1-5 соатдан кейин кузатилади. Кечки огриклар оч коринга кечкурунлари безовта килади. Овкат егандан сунг огрик сусаяди. Касалликнинг даврийлиги яра касаллиги учун хос. Доимий огриклар сурункали гастрит кузишида кузатилади.

Диспепсияни хар хил таснифлари мавжуд. Таснифларда органик ва функционал (ярасиз) диспепсия келтирилган. Функционал диспепсия деб эпигастрал сохада огрик, нохуш сезги, овкатдан сунг тикилиш хисси, тез туйиниш, корин дам булиши, кунгил айниш, кайт килиш, кекириш, зарда кайнаши, овкат кайтиб чикиши, егли овкатни сингдираолмаслик каби симптомларни уз ичига олган ички аъзоларда органик шикастланишсиз (яра касаллиги, сурункали гастрит, дуоденит, ошкозон раки, рефлюкс-эзофагит) кечадиган симптомокомплексга айтилади (Tytgat, 1992). Агар юкорида санаб утилган функционал диспепсия симптомлари 3 ойдан ортик давом этса сурункали диспепсиядеб айтилади.

Функционал диспепсияни куйидаги вариантлари фаркланади:

- Ярасимон
- Рефлюкссимон
- Дискинетик
- Носпецифик

Беморларда диспепсик бузилишларни пайдо булиши организмни барча ташки таъсирларга жавоб реакцияси булиб, ошкозон-ичак тизими аъзоларини турли учокли ёки диффуз

касалликларида юзага келади. Масалан, ошкозон хамда ун икки бармок яра ва эрозиялари, гастроэзофагеал рефлюкс касаллик, Барретт кизилунгачи, кизилунгач, ошкозон, ошкозон ости бези, жигар, жигар ичи ва ташкари ут йуллари, ут копи, ичак ёмон сифатли зарарланишлари, ут тош касаллиги, холецистит, тухумдон кисталари ва бошкалар. Бу касалликларни авж олиши овкат утишини бузилишига олиб келади. Ошкозонни бушанишини ёмонлашиши каскадли ошкозони бор беморларда кузатилади.

Функционал ярасиз диспепсияда беморларда эпигастрал сохада огрик, овкат вактида ёки ундан кейин тез туйиниш, тикилиш хисси, кунгил айниш, кайт килиш учрайди. Бунда органик диспепсиядан фаркли уларок ошкозон-ичак тизимини органик касалликлари топилмайди. Функционал диспепсияда учрайдиган купгина клиник симптомлар органик диспепсияда хам кузатилади. Аммо бу симптомлар комплекси, уларниг пайдо булиш тезлиги, вакти, интенсивлиги, давомийлиги хар бир беморда хар хил кечади. Купинча 1-2 симптом учрайди.

Диспепсиянинг этиопатогенези

Ярасиз функционал диспепсияни, унинг симптомларини сабабларини, келиб чикишини адабиётларда ёритишга харакат килинган. Аммо бугунги кунгача бу савол охиригача ечимини топмаган. Барча клиник симптомлар ва функционал бузилишларнинг бир бирига таъсири, богликлиги хозиргача аник эмас.

Диспепсик белгиларнинг пайдо булишини овкат кабул килиш тартиби, ритмини бузилиши, сифатсиз овкат махсулотларини, спиртли ичимликларни кабул килиш, овкат аллергияси, физик ва рухий узгаришлар, кислота ажралишини бузилиши, бошка омиллар, чекиш, ностероид яллигланишга карши дориларни кабул килиш билан боглашади. Лекин беморнинг ёши, Helicobacter pyloriни борлиги диспепсияни чакирувчи омилларга кирмайди. Уз кузатувларимизга ва адабиётларга асосланган холда шуни айтиш мумкинки, баъзи бир диспепсия симтомлари орасида богликлик бор. Масалан овкат кабул килгандан сунг пайдо буладиган дискомфорт ва ошкозон атонияси уртасида. Айрим овкат махсулотларини кабул килгандан сунг диспепсия симптомларини пайдо булиши адабиётларда келтирилган. Аммо бу белгиларни кандай овкат ёрдамида бартараф килиш кераклиги ёритилмаган. Ошкозон ва ун икки бармок ичакларни китикловчи махсулотлар ва ошкозонни кислота ишлаб чикиш фаолияти хамда диспепсик симптомлар орасида параллелар аникланмаган.

Сурункали гастрити бор беморда рухий таъсирчанлик диспепсик бузилишларни кучайишига олиб келади. Балки бу холат ташки таъсирлар натижасида рухий эмоционал статус ва ошкозон секретор, мотор фаолиятини уртасида узвий богликлик билан тушинтирилади.

Диспепсияни яна сабабларидан бири сурункали гастрит, гастродуоденит хисобланади. Лекин шуни айтиб утиш лозимки, болалар ва усмирларда гастритнинг морфологик белгиларисиз хам функционл диспепсия учраб туради. Бундан ташкари сурункали гастрити бор беморларнинг аксарияти диспепсик шикоятлар келтиришмайди.

Шундай килиб, бугунги кунда ярасиз функционал дисепсиянинг юзага келишида асосий омил булиб ошкозон ва ун икки бармок ичакларнинг харакат фаолиятини бузилиши (сусайиши) хисобланади. Натижада ошкозондан ун икки бармок ичагига овкат

лукмаларини утиши секинлашади, беморни эпигастрал сохада «сурункали» доимий ёки даврий огрик ва катор диспепсик симптомлар безовта килади.

Ташхислаш. Диспепсияларда киесий ташхислаш куйидаги касалликларида утказилади:

Энг асосй сабаблари

Ярасиз диспепсия

Рефлюкс - эзофагит

Кизилунгач моторикасини бузилиши, масалан эзофагоспазм

Энг хавфли сабаблари

Ёмонсифатли усмалар

- Ошкозон раки (саратони)
- Ошкозон-ости бези раки

Юрак-кон томирлар касалликлари:

- ЮИК
- Юрак етишмовчилиги

Панкреатит

Ошкозон ва 12 бармокли ичак яра касаллиги

Нотугри ташхис сабаблари

ЮИК

Овкатланишдан кейинги аллергия

Хомиладорлик

Ут йуллари дискинезияси

Ут йуллари бошка касалликлари

Ваготомиядан кейинги синдром

Кам учрайдиган сабаблар

- Гиперпаратиреоз
- Сурункали мезентериал кон айланишини бузилиши
- Золлингер-Эллисон синдроми
- Сурункали буйрак етишмовчилиги

Рухий бузилишлар ва симуляция

Диспепсияни хаяжонланиш ва таъсирланган ичак синдроми чакириши мумкин

Ташхислашда аввало анамнезга ахамият берилади ва шикоятлар чукур урганилади. Пайдо буладиган симптомларни овкат истеъмол килиниши билан богликлигини урганиб чикиш керак. Барча озик овкатлар диспепсияни чакиради ё йукми? ЮИК касалликларини хавфли омилларини аниклаш керак.

Куйидаги асосий саволлар берилиши мумкин:

- Курсатинг огрик каерда булади ва каерга таркалади?
- Кураклар орасида, елкада, томокда огриклар йукми?
- Качон огриклар кучаяди ва камаяди?
- Овкат истеъмол килиниши, сут,антацидлар, кофе, пиёз, саримсок пиёз кабул килиниши ахволига кандай таъсир курсатади?

- Куп микдорда овкат, алкоголь истеъмол килиниши, жисмоний зурикишлар ахволига кандай таъсир курсатади?
- Ковурилган, ёгли, иссик ва аччик овкатлар кабул килгандан кейин ахволи ёмонлашмайдими?
- Кечаси нохуш хисслар безовта килмайдим? Уйкуга халакит бермайдими?
- Энгашканингизда ёки ётганингизда ахволингиз ёмонлашмайдими?
- Нохуш хисслар сизни доимо безовта киладими?
- Уйда ёки ишхонада нохушликлар булмайдими?
- Тез овкатланисизми?
- Овкатни яхши чайнаб ютасизми?
- Спиртлик ичимликларни истеъмол киласизми? Канча микдорда?
- Чекасизми?
- Симптомлар пайдо булишини нима билан боглайсиз?
- Аксарият холларда сизни кабзият ёки ич кетиш безовта?
- Коринда дам булмайдими?
- Охирги вактда озмадингизми?

Огрикларни жойлашиши ва таркалиши

Ташхислаш учун огрикларни жойлишиши ва таркалиши катта ахамиятга эга. Масалан кураклар орасидаги огриклар эзофагоспазмда,, холециститда ва уникки бармокли ичак яра кассалигида кузатилади, туш ортидаги огриклар - ЮИК ва кизилунгач касалликларида, эпигастрал сохада эса огриклар ут йуллари, ошкозон ва уникки бармокли ичак касалликларида кузатилади.

Огрикларни хуссусиятлари

Куп касалликларда огриклар бир-бирига ухшаб кетади, лекин баъзида узига хослигини билиб огриклар сабабини тахмин килишимиз мумкин:

- Куйдирувчи, ачитувчи огриклар - рефлюксни
- Сикивчи огриклар - ЮИК ёки эзофагоспазмни
- Чукур огриклар - ошкозон ва уникки бармокли ичак яра касаллигини
- Кучли, тумток огриклар -рухий бузилишларини

Огриклар качон кучаяди ва нимадан кейин сусаяди

- Ошкозон яра касаллигида овкат пайтида огриклар кучаяди, ун икки бармокли ичак ярасида камаяди
- Ковурилган ва ёглик овкатлар ярасиз диспепсияда, ут йуллари ва кизилунгач касалликларида ахволини ёмонлаштиради
- Энгашганда огрикларни кучаиши рефлюкс эзофагитга хос
- Алкогол истеъмол килиниши эзофагитда, гастритда, ошкозон ва ун икки бармокли ичак яра касаллигида ахволини ёмонлаштиради

Диспепсия билан кечадиган куйидаги ёндош симптомлар кузатилиши мумкин:

- Дисфагия - кизил унгач касалликларида
- Томокда ед модда хиси (истерик) - рухий бузилишларда

- Кекириш
- Ошкозон - кизил унгач рефлюкси, диафрагманинг кизил унгач тешигини чурраси, ошкозон ва 12 бармокли ичак яра касаллиги
- Анемия белгилари- сурункали эзофагит ёки гастрит, ошкозон ва 12 бармокли ичак яра касаллиги ошкозон ёки йугон ичак раки
- Метеоризм, ич келишни бузилиши - таъсирланган ичак синдроми
- 30 дакика овкатдан кейин ич кетиши - сурункали мезентериал кон айланишини

Ташхислаш учун физикал, лаборатор ва асбобий текширишлар утказилади.

Физикал текширувларида беморнинг куриги, пальпация билан утказилади. Анемия ва сариклик белгиларига ахамият берилади. Корин пальпациясида енгил диффуз огриклик ва аортанинг корин кисми пульсацияси функционал ва органик бузилишларида кузатилади. Эпигастрал сохада огриклар асосан ошкозон ва 12 бармокли ичак яра касаллигида, ут пуффаги проекциясида холециститда кузатилади. Эпигастрия сохасида катта хажмли хосила ошкозон ракида аникланади.

Лаборатор ва асбобий текширувлар диспепсияларда кам маълумотли. Шунинг учун 40 ёшгача булган беморларга, диспепсия симптомлари аник ифодаланган булмаса, анамнезга асосланиб унинг сабаларини функционал деб тахмин килиниб беморга кушимча текширувлар утказилмасдан антацидлар, хаёт тарзини овкат кабул килиш тартибини узгартириш тавсия килинади.

Узок муддат давом этган ва огир диспепсияларида лаборатор асбобий текширишларини утказиш ута зарур. Диспепсия сабабларини аниклаш учун куйидаги текшириш услублари утказилади:

- ✓ Умумий кон тахлили (гемоглобин микдори)
- ✓ Конда темир микдори
- ✓ ЭЧТни аниклаш
- ✓ Нажасни яширин конга текшириш
- ✓ Корин бушлиги УТТ
- ✓ Корин бушлиги КТ
- ✓ УТТ нисбатан киритиш учун афзалликлари куп эмас
- ✓ Асосан УТТда узгаришлар аникланса, уларга аниклик
- ✓ Холесцинтиграфия
- ✓ ут йуллари обструкциясини ташхислаш учун ёрдам беради
- ✓ Кизилунгач ва меъда рентгеноконтраст текшируви
- ✓ Моторика бузилишларини диагностикаси учун
- ✓ Эзофагогастродуоденоскопия
- Эдоскопик ретроград холангиопанкреатография (сарикликда) 85% холларда сариклик сабабларини аниклашда ёрдам беради

- Кизилунгач манометрияси утказиш
- Усмалар маркерларини аниклаш

Жигар ракига шубха булганда - ά - фетопротеин теширилади

Ошкозон харакат фаолиятини сусайишидан келиб чиккан холда диспепсияни даволаш максадида прокинетиклар (***домперидон ва метоклопрамид***) кенг кулланилади. Бу дорилар ошкозон мотор фаолияти, кизилунгач кискариш амплитудаси, унинг пастки сфинктери сохасида босим ошишига таъсир килади. Кизилунгач пастки сохасида кислота клиренсини яхшилайди. Ошкозон кизилунгач рефлюкс хажмини камайтиради, ошкозонни ун икки бармок ичагига бушанишини тезлаштиради, антрал ва дуоденал кискаришларни синхронлаштиради. Бугунги кунда домперидон (мотилак) энг хавсиз прокинетиклардан бири. Домперидон - самарали селектив дофамин антагонисти булиб, унинг асосий таъсири дофамин рецепторларини блокадаси, кизилунгач перистальтикасини кучайтириши, кизилунгач пастки сфинктери тонусини ошириши, ошкозон мотор фаолиятини яхшилаши, ун икки бармок ичак перистальтикасини кучайтириши, ошкозонни ун икки бармок ичагига бушанишини тезлаштириши, антродуоденал координацияни яхшилаши хисобланади. Домперидонни метоклопрамиддан ва бошка нейролептиклардан фарки гематоэнцефалик тусикдан утиб периферик таъсир курсатишида. Сурункали гастрит, панкреатит, ун икки бармок яра касаллиги ремиссия дарларида домперидон 30 мг дозада ичилади. Суюк овкат махсулотларини ошкозондан ун икки бармок ичагига утишини тезлаштиради. Бу дорининг экстрапирамид ножуя таъсирлари йук.

Диспепсик бузилишларни даволаш

Ярасиз функционал диспепсияни даволаш самарасини ошириш максадида функционал диспепсияни хар хил клиник вариантлари ва уларни даволаш схемалари таклиф этилганди. Аммо бу клиник вариантларни таснифларга кура аник фарклашда кийинчиликларга дуч келамиз. Айрим холларда беморда куп симптомлар бирданига учраганда клиник вариантини аниклаш мумкин.

Функционал диспепсияни даволаш программаси

1. Асаб-рухий омилларни ва стресс холатларни бартараф этиш, оила ва ишда муносабатларни яхшилаш, мехнат ва дам олиш тартибини рационаллаштириш.
2. Рационал рухий даво, баъзан психотерапия утказиш.
3. Тез-тез, булиб-булиб, кам-камдан овкатланиш. Кийин сингувчи ва ёгли махсулотларни кабул килмаслик.
4. Чекишни, спиртли ичимликлар ичишни, ностероид яллигланишга карши дориларни кабул килишни тухтатиш.
5. Антацид ва Н2 –гистамин рецепторлар блокаторларини (функционал диспепсияни рефлюкссимон ва ярасимон турларида) куллаш.
6. Беморларда хеликобартерияли инфекция аникланганда хеликобактерияга карши даволаш утказиш (ошкозон ва ун икки бармок ичак яра касаллигини давоси).
7. Прокинетиклар билан даволаш: метоклопрамид (церукал, реглан), домперидон (мотилиум). Бу дорилар допамин рецепторлар блокаторлари гурухига киради.

Метоклопрамид гематоэнцефалик тусикдан утиши сабабли уни узок вакт ичиб булмайди. 20% беморларда уйкучанлик, чарчок, нотинчликни чакиради.

Янги прокинетик ***цизаприд*** (препульсид, координакс) холинергик тизими оркали уз таъсирини курсатади, бу билан биргаликдла янги якинда аникланган серотонин рецепторларни фаоллаштиради. Пастки кизилунгач сфинктер тонусини метоклопрамидга

нисбатан купрок оширади, кизилунгач перистальтикасини кучайтиради, гастроэзофагеал рефлюксни камайтиради, кизилунгач ичи pH курсаткичини меёрда тутади, ошкозон ва ингичка ичак кискариш фаолиятини яхшилайди. Ошкозон хлорид кислотасини ишлаб чикишига, марказий асаб тизимига таъсир курсатмайди, кондаги пролактин микдорига таъсир курсатмайди.

Цизаприд 5-10 мг 3-4 марта кунига овкатдан олдин буюрилади. Функционал диспепсияда бошка прокинетиклар таъсир килмаганда мусбат терапевтик таъсир курсатади. Цизаприд функционал диспепсияни рефлюкссимон, дискинетик ва носпецифик вариантларида яшши самара беради. Ярасимон турида кам самарали хисобланади.

Ярасиз функционал диспепсияни даволашда касалик симптомларига таъсир килиш тамойилига риоя киламиз. Бу симптоматик даволаш принципи узини оклади ва хозирги кунга янги эмас. Масалан гастроэзофагеал рефлюкс касаллигини (ГЭРК) даволашда ***протон насос ингибиторларини*** куллаймиз – (***омепразол, рабепразол*** ёки ***эзомепразол***).

Бу дорилар гурухини куллашдан максад огрик ва зарда кайнашиди бартараф этиш. ГЭРК даволашда яхши натижаларга эришамиз.

Даволаш тактикасини танлаш касаллик, унинг асорати, касалликнинг клиник манзараси, диспепсия симптомларига боглик. Органик диспепсияда беморлар субъектив ва объектив холатини яхшилаш максадида медикаментоз даво тавсия этилади. Даволашнинг асосий йуналиши - асосий касалликни даволаш, бу билан биргаликда ошкозон фаолиятини яхшилаш ва диспепсия симптомларини бартараф этиш. Симптоматик даво сифатида ошкозон харакатини тиклаш ва диспепсияни йукотиш учун стеноз булмаса прокинетиклар максадга мувофик. Диспепсия белгилари кузатиладиган бемор кайсидир ошкозон ичак тизими аъзолари касалликлари (стеноз булмаса) туфайли режали жаррохлик довалашга тайёрланаётган булса хам операция олди даврда симптоматик дори сифатида прокинетик домперидон ишлатилади.

Домперидон гастроэнтерит, гастрит, ацетонемияда ва овкат кабул килгандан кейинги кайтни йукотишда самарали деб топилган.

Домперидонни авзаллиги бошка дори воситалар чакирган диспепсия симптомини йукатишида. Масалан Паркинсон касаллигида кунгил айниш, кайт килиш сабаби бромкриптинни кабул килиш билан боглик. Домперидонни куллаш бромкриптиннинг дозасини оширишга ёрдам беради. Домперидон леводопа кабул килиш билан боглик булган ошкозон ичак симптомларини бартараф этишда самарали хамда тугрукдан кейин лактацияни яхшилаш учун фойдалидеб топилган.

ГЭРК бор беморларда домперидонни куллаш зарда кайнаш, кекириш, ошкозон фаолятини бузилиши билан боглик симптомларни йукотади, антацидларга ва ошкозонда кислота хосил булишини сусайтирувчи дориларга эхтиёжни камайтиради.

Охирги йилларда согликни саклаш тизимида фаолият курсатаётган турли мутахассисларда Россияда ишлаб чикилаётган юкори сифатли хисобланувчи ***мотилак*** (домперидон) дори воситасига кизикиш ошди.

Бу дори периферик ва марказий допамин рецепторлар антагонисти хисобланиб, ошкозон антрал кисмини ва ун икки бармок ичакни перистальтик кискариш давомийлигини оширади, кизилунгач ва ошкозон бушанишини тезлаштиради, кизилунгач пастки

сфинктерини тонусини оширади. Мотилак дистал йуналишда кизилунгач, ошкозон ва ун икки бармок ичак перистальтикасини тезлаштиради, бу билан биргаликда ошкозон чикиш сохаси мушакларини бушаштиради, окибатда ошкозонни бушаниши енгиллаштиради. Зарда кайнашига олиб келувчи антиперистальтик тулкинларни камайтиради.

Мотилак ичилгандан сунг ошкозон ичак тизимида тез сурилади. Конда юкори концентрацияси 1 соатдан сунг аникланади. Плазма оксиллари билан 91-93% богланади. Дори ичак девори хамда жигарда интенсив метаболизмга учрайди. Ярим чикиш даври 7-9 соат. Ичак (66%) ва буйрак (10%) билан, узгармаган холда –10% ва 1% чикарилади Гематоэнцефалик тусикдан кийин утади.

Мотилак ярасиз функционал диспепсияни даволашда рационал, хавсиз ва самарали дори хисобланади. Диспепсияда (стеноздиз) куланиладиган антацид, антихолинергик дорилар, хамда суст транквилизаторларга кушимча равишда ишлатилинади.

Мотилакни терапевтик дозаси: катталарда 10 мг дан 3 махал овкатдан 15-30 минут олдин, керак булса кунига 4 махал –10 мг кечкурун ухлашдан олдин; болаларда 20-30 кг гача – 5 мг кунига 2 махал, 30 кг юкори вазнда – 10 мг кунига 2 махал. Буйрак етишмовчилигида кабул килиш сонини камайтириш лозим.

Шундай килиб, умумий амалиёт шифокори куп учрайдиган ошкозон ичак тизими касалликларига катта эътибор беради, уларни даволашни уз вазифаси деб билади. Лекин шу касалликларда учрайдиган, арзимасдек туюладиган, назаримизда ахамиятга эга булмагандек дисфагия ва диспепсияларни четлаб утади, бемор шикоятларига деярли эътибор бермайди. Ва холанки бу клиник белгилар нафакат ошкозон ичак касалликларида балки барча ички касалликларда хам кузатилиши мумкин. Баъзида бемор факат битта ёки иккита симптомга шикоят килиб келади. УАШ уз кундалик фаолятида бемор шикоятларини тугри бахолаши, уларнинг сабаларини, келиб чикишини аниклаши, киёсий ташхислаши ва дифференциялашган ёрдам курсатиши лозим.

Кардиоспазмни (кардианинг ахалазиясини) давоси

1. Пархез, тез тез, кичик порциялар билан овкатланиш, 1 кеча кундузда 6 махалгача. Ётишдан камида 3 соат олдин охирги овкатланиш булиши керак, тушликдан кейин бир оз вакт юриш тавсия этилади.
2. Салбий психоэмоционал вазиятлар бартараф этиш тавсия этилади.
3. Доривоситалар билан даво кардиянинг очилишининг яхшилашга каратилган булади. Нитратлар билан даво кизилунгач пастки сфинктерини тонусини пасайишига олиб келади. Нитросорбит 20 мг 3-4 махал 30 мин овкатдан олдин 1 ой давомида кабул килиш тавсия килинади, 1-2 танасуф билан. Нитратларни транквилизаторлар билан кабул килиш максад мувофикдир – элениум 0,01 г дан 1 кеча кундузда 1-3 махал. Баъзида спазмолитик дори воситалар яхши самара беради: но-шпа 0,04 г 2-3 махал бир кеча кундузда. Кальций антагонистларни хам кабул килиш мумкин: нифедипин 0,01 г. 2-3 махал бир 1 кунда, верапамил 0,04 г. 2-3 раза в день.
4. Физиотерапия услублари кулланилиши мумкин: ханжарсимон усимтага киска тулкинли диатермия, новокаин билан электрофорез, Щербак буйича гальваник ёка тавсия этилади.

5. Овкат билан аспирация кузатилганда нафас йулларининг санацияси ва антибактериал терапия утказилади.
6. Танлов даво хисобланади: металлик дилятатор ёки хаво билан кенгайтираладиган эластик баллон ёрдамида кизилунгачнинг кардиал кисми кенгайтирилади.

Гастроэзофагеал рефлюкс касаллигининг давоси

1. Хаёт тарзини узгартириш: уйку факат бошни камида 15 см баландликдаги уйку; чекиш ва алкоголь вос кечиш; озиш; огир ишларни килмаслик.
2. Овкат тартибини ва хусусиятини узгартириш; куп, кечаси овкатланмаслик, овкатдан кейин ётмаслик; ёгли, аччик овкатлардан, кофе, газли ичимликлардан, сарикёгдан воз кечиш.
3. Антацид дори воситалар: маалокс, фосфалюгель, алмагель, гастал, сукральфат ва х.к.. Топалкан 2 таблеткада 3 махал, 40 дакика овкатдан олдин тавсия килинади.
4. Кизилунгач шилик каватини резистенлигини яхшилаш:

Вентер (сукральфат) 0,5 г 4 махал 1 кунда, 1-1,5 соат овкатдан кейин тавсия этилади.

5. Кизилунгачга ут (сапро) ташланяпган булса урсодезоксихол кислота 250 мг кечасига ёки холестирамин (1 чой кишиги 1 стакан сувда эритилиб 3 махал) билан даво тавсия килинади.
6. Н2 гистамин рецепторларнинг блокаторлари билан даво:

Ранитидин 150 мг 2 махал; фамотидин 20 мг дан 2 махал.

7. Протон помпа ингибиторлари билан даво: омепразол 20 мг дан 2 махал.
8. Прокинетик билан даволаш: бетанехол 25 мг дан 3 махал, 30 дакика овкатдан олдин (ножуя таъсирлари - бронхоспазм, коринда огрик, ошкозон секрециясини ошириши, сийдик пуффаги спазми хисобига кам тавсия этилади). Метоклопрамид (церукал) 10 мг дан 3 махал, зо дакика овкатдан олдин (ножуя таъсирлари- уйкучанлик, кузгалувчанлик, галакторея). Цизаприд ёки мотилиум 10 мг 4 махал 1 кунда.
9. Рецидивга карши даво: юкоридаги дори воситалар гурухлари ушлаб турувчи дозада
10. Хирургик даво

Функционал диспепсиянинг давоси

1.Нерв-рухий омилларни ва стресс вазиятларни бартараф этиш, ишда ва уйда муомилаларни меъёрга келтириш, иш ва дам олиш тартибини саклаш

1. Психотерапия, гипнотерапия.
2. Тез-тез, таксимланган, кам микдордаги овкат истеъмол килиниши
3. Чекиш ва алкоголдан вос кечиш, ностероид яллигланишга карши дори воситаларни кабул килмаслик.
4. Антацид ва Н2 гистамин рецепторлар блокаторларини кабул килиш
5. Антихеликобактер терапиясини утказиш.
6. Прокинетик (церукал, реглан, мотилиум) кабул килиш.

Янги прокинетик цизаприд (препульсид, координакс)холинергик тизимига таъсир курсатади, ацетилхолин хосил булишини фаоллаштиради (холинергик таъсир), шу ватни узида кизилунгачни мушак каватининг нейронларида жойлашган серотонин

рецепторларини хам фаоллаштиради. Цизаприд метоклопрамиддан купрок кизил унгачни пстки сфинктерини тонусини оширади, кизилунгач харакатларини кучайтиради, гастроэзофагеал рефлюксини камайтиради, кизилунгач ичидаги рН курсаткичларини меёрга келтиради, меъда, ингичка ичак кискарувчанлигини оширади.

Шу вактни узида цизаприд ошкозон ширасн секрециясини оширмайдива марказий нерв тизимига таъсир курсатмайди ва конда пролактин микдорини оширмайди.

Цизаприд 5-10 мг бир кеча кундузда 3-4 махал овкатдан олдин буюрилади. Функционал диспепсияларида бошка прокинетиклар самара бермаганда цизаприд ижобий терапевтик таъсир курсатади. Айникса цизаприд рефлюкс ухшаган, дискинетик ва носпецифик функционал диспепсияларни турларида яхши самара беради.

Кизил унгач харакат фаолияти бузилишларининг давоси

1 Ошкозон-ичак харакатларига таъсир килувчи дори воситалар

а/ ошкозон - ичак харакатларини кузгатувчи дори воситалар (прокинетиклар): ацетилхолинэстеразани камайтурувчи- фихстигмин салицилат - 0,5-1,0 мл 0,1% эритма тери остига, галантамин 0,25-1,0 мл 1% эритма тери остига ёки прозерин 1,0 мл 0,05% эритма тери остига 1 кунда 1-2 махал. Дофамин носелектив антогонистлари - Метоклопрамид 10 мг 1 кунда 3-4 махал ичгани 4-12 хафта давомида ёки 10 мг парентерал 1-2 кун давомида. Кунгил айнашда, кусишда, кабзиятда кулланилади. Ножуя таъсирларидан энг хавфлиси ёмон сифатли нейролептик синдром. Тана харорати кутарилиши, мскуллар ригидлиги, эс-хуши йуколиши, уткир дистония, паркинсонизм кузатилиши мумкин.

Домперидон (мотилиум) - кизилунгач харакатларини кучайтиради, ошкозон кискарувчанлигини оширади. Сапро (ут) рефлюксини бартараф этади. Йогон ичак харакатларини хам яхшилайди. Рефлюкс эзофагитда, функционал диспепсиясида, йугон ичак таъсирчанлик синдромида, кандли диабетдаги сохта обстуктив синдромида тавсия этилади. Цизаприд 5-10 мг 1 кунда 3-4 махал овкатдан олдин. Эритромицин ошкозон бушашини яхшилаш максадида кулланилади. Ножуя таъсири кунгил айнаш, корин дам булиши.

б) Ошкозон - ичак харакатларини пасайтирувчи дори воситалар:

Антихолинэргик дори воситалар - атропин 0,5-1,0 мг 1 кунда 1-2 махал.

Кальций каналлари блокаторлари - нифедипин 10-20 мг 1 кунда 3-4 махал.

Нитратлар. Опиатлар (кодеин). Лоперамид (имодиум) 4 мг (2 таблетка).

Кизилунгач дискинезияси билан кечадиган асосий касалликлар давоси

Дисфагияларда асосий касалликлар давоси кулланилади.

Кизилунгач диффуз спазмининг давоси

Седатив дори воситалар (валериана, пустырник, корвалол, бромидлар). Транквилизаторлар (диазепам - 5-10 мг ёки феназепам 0,25-0,5 мг 2-3 махал). Нейролептиклар (френалон 5-10 мг 1-2 махал). Антидепрессантлар (амитриптилин ёки азафен 6,25 - 12,5 мг 2 махал).

Кальций антогонистлари: верапамил 40 мг ёки нифедипин 10 мг 1-2 таблетка 2-3 махал.

Антихолинергик дори воситалар (атропин 0,1% 1,0 тери остига, белладонна экстакти 10-20 мг ичгани).

Антиспастик дори воситалар (но-шпа 40 мг 2-3 махал).
Нитратлар (нитроглицерин 0,5 мг 2-3 махал).
Кизилунгачни буж ёрдамида кенгайтириш тавсия этилади

Амалий машгулот №27

Мавзу: Қориндаги оғриқ. Гастрит, дуоденит ва яра касаллиги (ўн икки бармоқли ичак ва ошқозон) таққослама ташхиси Сурункали холецистит ва сурункали панкреатитни. УАШ тактикаси. "Қориндаги оғриқ" синдроми бўйича муаммоли-йўналтирилган ўқитиш. Тор мутахасисга ёки шифохонага йўлланма. ҚВП ёки ҚОП шароитида даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш. Профилактика тамойиллари.

Ўкитиш технологияси.

Машғулот вақти 6 соат	Талабалар сони : 10-12 тагача
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Укув дарсининг тузилиши	Кафедранинг укув тематик хонаси. Укув кулланмаси, таркатма материаллар, вазиятли масала туплами ва тестлар. Беморлар палаталари. Телевизор, видео аппаратлари, мультимедиа
Укув машгулотининг максади: УАШ ни сурункали гастрит ва меъда ҳамда 12 бармоқ ичак яра касаллигида ўз вақтида ташхис қўйиш ва дифференциал ташхис ўтказиш, даволашнинг оптимал йўлларини танлаш, шунингдек "УАШ квалификацион характеристикаси" талабларида кўзда тутилган беморларни соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғинида олиб бориш тамойилларини ўргатиш.	
Педагогик мақсадлар: 1. Сурункали гастрит, меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллигини ташхислаш саволларини куриб чиқиш 2. Сурункали гастрит, меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги булган беморларни намойиш этиш. 3. Сурункали гастрит, меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллигида лаборатор-инструментал, клиник текширувларни мухокама қилиш. 4. Сурункали гастрит, меъда ва 12	**Ўқув фаолиятини натижалари:** **<u>УАШ билиши керак:</u>** 1. Сурункали гастрит, меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги механизми ва сабабини. 2. Сурункали гастрит, меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллигини клиник намоён бўлишини. 3. Сурункали гастрит, меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллигини ташхислашни. 4. Сурункали гастрит, меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллигини қиёсий ташхисини. 5. УАШ ни тактикаси. 6. Ушбу касалликларда даволаш принциплари (медикаментоз ва номедикаментоз).

бармоқ ичак яра касаллигини қиёсий ташхисини утказиш. 5. УАШ квалификацион характеристикасига асосланиб беморни олиб боришни мухокама қилиш . 6. Даволаш принципини мухокама қилиш (медикаментоз ва номедикаментоз). 7. КВП ва ОП шароитида беморни олиб бориш , кузатиш ва мониторинг ўтказиш. 8. Ушбу касалликларда бирламчи, иккиламчи, учламчи профилактикани мухокама қилиш.	7. Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллигини 3 ва 4 компонентли даволаш усуллари. 8. КВП ёки ОП шароитида беморларни диспансер кузатиш ва мониторинги принциплари. Ушбу касалликларда бирламчи, иккиламчи, учламчи профилактика принциплари. **<u>УАШ бажара олиши керак:</u>** 1. Сурункали гастрит, меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллигида шикоятлар ва анамнезни тахлил қилиши. 2. Сурункали гастрит, меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллигини клиника ва лаборатор – инструментал текширувлар асосида ташхислаш, қиёсий ташхислаш. 3. Сурункали гастрит, меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллигини даволашда медикаментоз воситаларни тўғри танлаш. 4. Даволашни медикаментоз ва номедикаментоз усуллари хақида маслахат бериш. 5. КВП ёки ОП шароитида мониторинг ўтказиш.
Ўқитиш методи	“Қорбўрон” методи, демонстрация, видеокургазма, дискуссия, бахс, тестлар ва вазиятли масалаларни ечиш.
Ўқув фаолияти шаклларини ташкиллаштириш	Индивидуал иш, гурухда ишлаш, коллективли, аудиторияда, аудиториядан ташқарида.
Ўқитиш воситалари	Тарқатма ўқув материаллари, кўргазмали материаллар, видеофилмлар, муляжлар, график органайзерлар, касаллик тарихлари, жадваллар, стендлар.
Мулоқотни усул ва воситалари.	Блиц-сўров, тест олиш, бажарилган ўқув машқи натижаларини намойиш, касаллик тарихини тўлдириш, Амалий кўникмани бажариш «профессионал сўров»

Дарснинг технологик харитаси.

№	Амалий дарс босқичлари	Дарс шакли *Ўтказилиш жойи*	Дарс вакти
1	Кириш қисми (Мавзуни асослаш)		10

2	Янги педагогик технологияларни қўллаган холда амалий дарс мавзусини («қорбўрон» усули), хамда кўразма материалини (касаллик тарихи, жадваллар, плакатлар, рентгенограммалар) ни мухокама қилиш,бошланғич даражани аниқлаш.	Сўров, мухокама *Ўқув хонаси, палаталар*	40
3	Мухокама хулосаси		10
4	Профессионал сўров – амалий ыисмни бажариш учун вазифани.Касаллик тарихини тщлдириш учун холатни тушунтириш ва рекомендация бериш.	Мухокама *УАШ хонаси*	20
5	Ўқитувчи хамрохлиги остида дарснинг амалий қисмини ўрганиш.	Проф. сўров.Беморлар билан сухбат ва касаллик тарихини тулдириш, вазиятли масалаларни ечиш. *Палаталарда мавзуга оид беморларни кўриш.*	20
6	Бемор кузатувини интерпритация қилиш – шикоятларини, курувини, палпация, перкуссия, аускультациясини, хамда УҚТ, УСТ ва биокимёвий анализларини тахлил қилиб ташхис қўйиш.	Касаллик тарихи. Лаборатор кўрсаткичлар,вазиятли масалалар.	25
7	Талабаларни назарий, амалий билимини текшириб, мавзуни мустахкамлаш, бахо билан ўзлаштириш даражасини аниқлаш.	Оғзаки сўров, тестлар, мухокама, амалий кўникмаларни аниқлаш. *Ўқув хонаси*	55
8	Амалий дарсни мавзуси бўйича хулоса қилиш, 100 балли тизим бўйича бахолаш ва бахоларни эълон қилиш. Кейинги амалий дарсни уйга вазифа қилиб бериш (Саволлар тўплами) .	Ахборот, мустақил иш учун саволлар. *Ўқув хонаси*	25

Машгулот баёни.

Умумий амалиёт врачининг кундалик фаолиятида қориндаги оғриқ беморларнинг энг кўп учрайдиган шикоятларидан бири ҳисобланади. У ерда ҳаётий муҳим аъзолар жойлашган бўлиб, (1-расм) унинг сабабларини ўз вақтида ташҳислаш, кейинги текширув режасини тузиш ва тўғри даволашни амалга оширишда катта аҳамиятга эга.

Қориндаги оғриқ синдромини таҳлил қилиш мураккаб бўлиб, ушбу сезгилар нафақат қорин бўшлиғи аъзолари касалликларида, балки анатомик жиҳатдан шу соҳа

билан боғлиқ бўлмаган ва вегетатив характердаги бир қатор бошқа касалликларда ҳам кузатилиши мумкин. Бошқа томондан, қорин бўшлиғида жойлашган кўпгина аъзо ва тизимлар (гастродуоденал, панкреатодуоденал, гепатобилиар, интестинал, сийдик чиқариш ва бошқалар) касалликларида ҳам оғриқ қорин бўшлиғида кузатилади. Бундан ташқари, оғриқ пайдо бўлиш механизми турличадир: спазм, чўзилиш, яллиғланиш, некроз, босилиш ва ҳ.к. Шуни эътиборга олиш керакки, оғриқ характери, интенсивлиги ва намоён бўлиши шахснинг руҳий типига (сангвиник, флегматик, холерик, меланхолик), беморнинг жинсига, ёшига ва ирқига (қора танлилар оқ танлиларга нисбатан оғриққа чидамсизроқ бўлади) ҳам боғлиқ. Шунингдек, қорин соҳасидаги оғриқларни асбобий текшириш чегараланганлиги ва ҳар доим ҳам амалга ошириб бўлмаслиги, ҳамда бемор шикояти агравация (ёлғон) бўлиши мумкинлигини ҳам этиборга олиш лозим.

Беморни текшириш вақтида биринчи навбатда, “ўткир қорин” белгиси билан кечувчи ва шошилинч жарроҳлик амалиёти талаб қилинадиган жарроҳлик касалликларини инкор қилиш зарур. Чунки “ўткир қорин” синдромини эрта ташҳислаш касалликларнинг асоратларини ва ўлим кўрсаткичларини камайтиради.

“Ўткир қорин” синдромининг ривожланиш патогенези турли жараёнлар билан изоҳланади:

- яллиғланиш - аппендицит, холецистит, панкреатит ва бошқалар;
- деструктив – яра касаллиги, ўсмалар;
- аъзонинг қон билан таъминланишининг бузилиши - эмболия, атеросклероз, мезентериал томирлар спазми, гиповолемия билан кечувчи артериялар тромбози, ташқаридан томирларнинг босилиши;
- обструкция - туғма нуқсонлар, ўсмалар, паразитлар, ёт таначалар, ўсманинг парчаланиш маҳсулотлари.

Таниқли олим ва умумий амалиёт шифокори Дж.Мертанинг кузатувларига кўра, УАВ иш фаолиятида катта ёшлиларда қориндаги оғриқ синдроми билан кечувчи ўткир аппендицит (31%), шунингдек, ичак, буйрак, ва ўт санчиғи (29%) энг кўп учровчи жарроҳлик касалликларидан ҳисобланади. Қоринда ўткир оғриқ билан кечувчи касалликлар 2-расмда келтирилган.

Ўнг қовурға ости соҳа

ўт пуфаги: холецистит

Ўт йўллари: ўт санчиғи

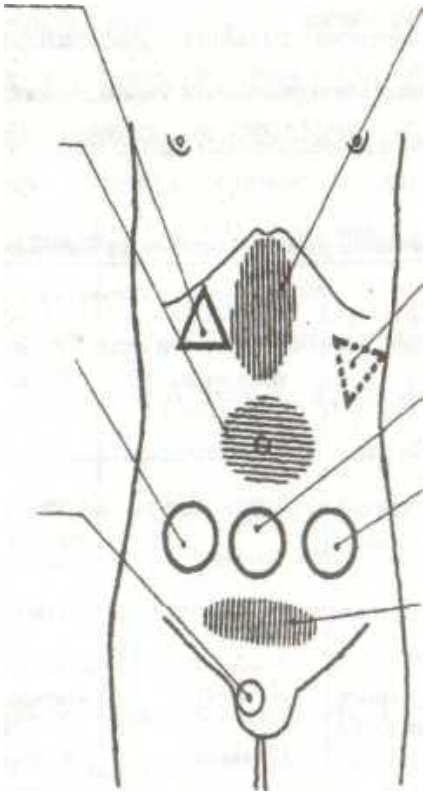
Жигар: кўтарилувчи холангит

Киндик соҳаси

Ингичка ва ёнбош ичак: ингичка ичак тутилиши

Чувалчангсимон ўсимта: аппендицит (эрта босқичи)

Аорта ва унинг тармоқлари: қорин аортаси аневризмасининг ёрилиши, мезентериал қон айланишининг ўткир бузилиши



Эпигастрал соҳа

Қизилўнгач: эзофагит

Ошқозон, 12 б.и. ярасининг тешилиши

Ўт пуфаги: холецистит

Ошқозон ости бези: панкреатит

Юрак: миокард инфаркти

(оғриқни узатилиши)

Ўпка: пастки бўлак зотилжами

(оғриқни узатилиши)

Чап қовурға ости ва бел соҳаси

Буйрак: буйрак санчиғи, сийдик йўллари инфекцияси

Талоқ: инфаркт

Ўнг ёнбош соҳа:

Гипогастрал соҳа:

Йўғон ичак: йўғон ичак тутилиши

Чап ёнбош соҳа пастга тушувчи чанбар ва сигмасимон ичак: дивертикулити

Қов усти соҳа

Сийдик пуфаги: цистит

Бачадон: эндометрит

Ортиқлари: тухумдон кистаси оёқчасининг буралиши ёки ёрилиши. Бачадондан ташқари ҳомиладорликда найларнинг ёрилиши, ўткир сальпингоофарит

Қориндаги ўткир оғриқ сабаблари

УАВ жарроҳ билан ҳамкорликда хирургик касалликларни инкор қилгандан сўнг, қуйидаги муаммоларни ҳал қилиши зарур:

- анамнез ва объектив маълумотлар асосида дастлабки ташҳисни қўйиш;
- ташҳис қўйиш учун зарур минимал, лекин етарли даражада лаборатор ва асбобий текшириш усуллари мажмуини аниқлаш;
- беморни кейинги босқичда қаерда даволашни белгилаш (ҚВП, ОП, шифохона ёки ихтисослаштирилган тиббиёт муассасаси);
- беморнинг аҳволидан келиб чиққан ҳолда зарур дориларни буюриш.

Қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир касалликларини гумон қилишга сабаб бўлувчи белгиларга қуйидагилар киради:

- бош айланиши;

- сабабсиз қайт қилиш;
- қорин дам бўлишининг кучайиб бориши;
- қориндаги оғриқнинг кучайиши;
- кучли ҳолсизлик, апатия;
- рангпарлик, совуқ тер чиқиши;
- артериал гипотония;
- хилпилловчи аритмия ёки тахикардия;
- иситмалаш;
- Шеткин-Блюмберг белгисининг мусбат бўлиши;
- олдинги қорин девори мушакларининг таранглиги;
- олигурия.

Қориндаги оғриққа шикоят қилаётган беморларни кўздан кечирганда, шифокорни хатоликларга йўл қўйишига олиб келувчи бир қатор ҳолатлар мавжуд. Масалан, перорал контрацепция қабул қилувчи ва ҳомиладорлик эҳтимоллигини қатъиян инкор қилувчи ҳамда қин орқали қонли ажралмалар (ҳайз ажралмалари билан адаштириш мумкин) кузатиладиган аёллардаги бачадондан ташқари ҳомиладорликни, қарияларда ва кортикостероидлар қабул қилаётган беморларда яра тешилишини ташҳислашдаги хатоликлар. Ёки уларни аппендецит, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги перфорациясидан сўнг беморларнинг умумий аҳволининг қисқа муддатга яхшиланишини эсда тутмасликлари.

Қориндаги оғриққа шикоят қилаётган беморларни текшириш

Австралиялик таниқли умумий амалиёт профессори Джон Мёртанинг тавсиясига кўра, қориндаги оғриқ билан мурожат қилган беморларни шикоятлари ва анамнезини аниқлашда уларга қуйидаги саволларни бериш зарур:

- кўрсатинг, қаерингиз оғрияпти?
- бошидан шу ерингиз оғрияптими ёки оғриқ бошқа ерда бошланганми?
- оғриқ доимийми ёки тўлғоқсимонми?
- оғриқнинг кучи қандай (ўн балли шкала бўйича)?
- аввал ҳам шундай оғриқ бўлганми?
- оғриқдан ташқари яна нима безовта қилади?
- оғриқни нима кучайтиради ёки енгиллаштиради?
- оғриққа овқат, сут, сода, антацидлар қандай таъсир кўрсатади?
- титраш, терлаш, сийиш вақтида оғриқ кузатиладими?
- ич кетиши ёки қабзият борми, ахлатда қон бўлганми?
- сийдик ажралишининг бузилиши кузатилганми? Сийдик ранги ўзгарганми?
- қабул қилаётган дори воситаларингизни санаб ўтинг?
- аспирин қабул қиласизми ва қанча миқдорда?
- чекасизми ва кунига нечта сигарета чекасиз? Сиз героин, кокаин, спиртли ичимликлар истеъмол қиласизми?
- сут ичасизми?
- яқинда бошқа давлатларда бўлдингизми?
- қариндошларингизда шунга ўхшаш белгилар борми?

- сўнгги вақтларда вазнингиз камайдими ва қанча килограммга?
- сизда чурра борми?
- қандай жарроҳлик амалиётини бошингиздан ўтқазгансиз? Аппендицит бўлганмисиз?
- ҳайз циклингизнинг давомийлиги қандай? Ҳайз циклининг тутилиши кузатиладими?

Объектив текшириш вақтида агар оғриқ сурункали характерда бўлса, албатта беморнинг тана вазнини ўлчаш лозим. Ўткир бошланган қориндаги оғриқларда тери қопламларининг ва шиллиқ қаватларнинг кўринишига (тана ҳарорати, рангпарлик, совуқ тер, сариқлик, тошмалар, жарроҳлик амалиётидан кейинги чандиқлар, асцит ва гематомаларнинг борлигига) эътибор бериш зарур. Пульсни аниқлаш (тахикардия, ритм бузилиши), артериал қон босимини ўлчаш (гипотония) керак. Нафас олиш (нафас олиш сони, ўпка пастки бўлаги пневмонияси, плеврит) ҳамда юрак қон-томир тизимини (ўткир миокард инфаркти) текшириш лозим. Қорин соҳаси жуда эҳтиёткорлик билан пайпасланади. Пальпация вақтида қорин бўшлиғи девори таъсирланиш – қорин олдинги девори мушакларининг таранглиги ва Шеткин-Блюмберг белгиларига аҳамият берилади. Оғриқнинг жойлашган жойи, паренхиматоз аъзоларнинг катталашиши ва ҳосилаларнинг ҳамда чурраларнинг мавжудлиги аниқланади.

Қориндаги оғриқларда унинг манбаини аниқлаш учун Карнетт усулидан фойдаланиш мумкин. У қуйидагича амалга оширилади: бемор чалқанчасига ётади, шифокор бармоқларини оғриқ соҳасига жойлаштиради ва қорин девори мушакларини таранглаштириш учун бемордан бошини кўтаришни сўрайди. Агар оғриқ қорин деворида жойлашган бўлса, мушаклар таранглашганда оғриқ кучаяди.

Кейинги босқичда қорин аускультацияси ўтқазилади. Перистальтика шовқинларининг кучайиши ва чайқалиш шовқинининг кузатилиши механик, уларни бўлмаслиги эса паралитик ичак тутилишидан далолат беради. Аёлларда, айниқса ўткир қориндаги оғриқда бимануал текширув (бачадондан ташқари ҳомиладорлик ёки бачадон найларининг ёрилиши) объектив текширувнинг энг муҳим қисми ҳисобланади. Тўғри ичакни бармоқ билан кўриш қорин соҳасини текширишдаги муҳим қўшимча ахборот берувчи усул эканлигини ёдда тутиш лозим. Унинг ёрдамида тўғри ичакдаги нажас массалари, ўсмалар ёки стриктуралар, кичик тосда оғриқли соҳалар ва ҳосилалар аниқланади. Бу текширувдан сўнг резинали қўлқопда қолган массаларга алоҳида баҳо берилади ва зарур бўлса нажас яшириш қонга текширилади.

УАВ қориндаги оғриқ билан мурожат этган беморларни текширишда қуйидаги **хавотирли белгиларни (alarm symptoms)** ёдда тутиши керак:

- дисфагия;
- қон билан қайд қилиш, мелена, гематохезия;
- сабабсиз тана вазнини йўқотиш;
- 45 ёшдан сўнг биринчи марта диспепсия белгиларининг пайдо бўлиши;
- камқонлик;
- лейкоцитоз;
- ЭЧТнинг ошиши.

Лаборатор текширишлар

Аксарият ҳолларда қоринда оғриқ билан кечувчи касалликларни бирламчи ташҳислашда лаборатор ва асбобий текширишларни энг оддий усуллари етарли бўлади. Улар беморнинг ёшига ва жинсига, асосий белгининг оғирлиги ва давомийлигига кўра танланади. УҚТ камқонликни (ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги, хавфли ўсмалар), лейкоцитоз (аппендицит, ўткир панкреатит ва ҳолецистит, пиелонефрит) ва ЭЧТнинг ошишини (хавфли ўсмалар, тизимли касалликлар, Крон касаллиги, қорин бўшлиғи абсцесслари) аниқлаш учун ўтқазилади. Қоннинг биокимёвий таҳлили билирубинлар миқдорининг ошишини (жигар ва ўт қопчаси касалликлари), амилаза фаоллиги (ўткир панкреатит, бачадондан ташқари ҳомиладорлик, ўт қопчаси эмпиемаси ҳамда ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак ярасининг ёрилиши, қорин аортаси аневризмаси) аниқлаш мақсадида ўтқазилади.

Сийдик таҳлилида гематурияга (буйрак санчиғи ва сийдик йўллари инфекцияси), лейкоцитурияга (сийдик йўллари инфекцияси, аппендексни тос соҳасида жойлашишида), кетонурияга (диабетик кетоацидоз) аҳамият берилади. Аёлларда ҳомиладорликни инкор қилиш учун сийдик тест-чизиқчалари ёрдамида текширилади ёки зарур бўлса, хорион гонодотропин миқдори аниқланади. Қориндаги оғриққа шикоят қилувчи беморларни текширишда нажасдаги эритроцитларни аниқлаш муҳим усуллардан бири ҳисобланади. Унда қон бавосил касаллигида (дефекация акти охирида янги қон томчиларининг бўлиши), ичак инвагинациясида (нажаснинг смородина желесига ўхшаш бўлиши), йўғон ичак ракида, дивертикулитда ва Крон касаллигида кузатилади.

Асбобий текшириш усуллари

Қорин бўшлиғини УТТ ёрдамида ўт ва сийдик ажратиш йўлларидаги тошларни, бачадондан ташқари ҳомиладорликни, ўсмаларни ва уларнинг метастазларини, битишмаларни, паренхиматоз аъзоларнинг ўлчамлари ўзгаришини, қорин бўшлиғида суюқлик ёки эркин газлар борлиги тасдиқланади ёки инкор этилади. Рентгенография мутахассислар томонидан буюрилса ҳам, қорин оғриғига шикоят қилган беморларга ташҳис қўйишда муҳим аҳамиятга эга. Унинг ёрдамида қорин бўшлиғида ҳаво мавжудлигини (аъзонинг перфорацияси), ичак тугунларининг тортилганлиги, суюқлик ва газ билан тўлганлигини (ичак тутилиши), сийдик ажратиш ҳамда ўт йўлларида тошлар аниқланади. Кўрсатмалар бўлганда, ЭФГД, колоноскопия, экскретор урография, ирригоскопия, компьютер томография ва бошқа текшириш усуллари тавсия қилинади.

Юқоридаги текширувлар билан бир қаторда, айрим ҳолларда эпигастрал соҳада оғриқлар билан кечувчи юрак-қон томир тизими касалликларини инкор қилиш мақсадида, беморларни ЭКГ қилиш лозим.

Овқат ҳазм қилиш тизими аъзоларининг функционал касалликлари

Овқат ҳазм қилиш тизими аъзоларининг функционал бузилишлари одатда руҳий характердаги асаб тизимининг касалликлари, яъни неврозлар натижасида келиб чиқади. Улар қуйидаги хусусиятларга эга: руҳий таъсирланиш, келишмовчилик ҳолатлари, марказий асаб тизимининг сурункали зўриқиши билан боғлиқлик, асосан соматик аъзоларда акс этувчи эмоционал вегетатив бузилишларнинг устунлиги, мия пўстлоғининг эмоционал соҳага тормозловчи ва коррекцияловчи таъсирларини сусайишига олиб келувчи асаб тизимининг ўта таъсирчанлиги, шу билан бир вақтда, руҳий

бузилишларнинг йўқлиги (васваса, галлюцинациялар, ақлий заифлик ва бошқалар), аксарият ҳолларда мавжуд ўзгаришларни ипохондрик ошириб кўрсатиш ва уларга диққатни жалб қилиш.

Касалликнинг асосий кўринишлари: бош оғриғи, уйқу ва иштаҳанинг бузилиши, хаёлпарастлик, тез чарчаш, жинсий кучсизлик, қўзғалувчанлик, сабабсиз қўрқувлар. Лаборатор ва асбобий текширувлар ўтказилиб, аъзолардаги органик ўзгаришлар инкор қилингандан сўнг касалликни функционал гуруҳга киритиш мумкин.

Овқат ҳазм қилиш тизимининг нисбатан кўп учрайдиган функционал касалликларига ошқозон ва йўғон ичак таъсирланиш синдромлари ва ўт йўллари дискинезиясини киритиш мумкин.

Ошқозон таъсирланиш синдроми (ОТС) (синонимлари: сохта ярали синдром, ошқозон неврози, функционал диспепсия ва бошқалар).

Диспепсия синдроми – эпигастрал соҳада ўрта чизиққа яқинроқ жойда (Рим мезонлари III, 2006) оғриқ ёки нохуш сезгиларни (оғирлик, тўлиш, эрта тўйиш ҳисси) ўз ичига олган бузилишлар йиғиндиси сифатида аниқланади. Ушбу синдром кузатилган беморларни текширишда яра касаллиги, ошқозон раки, сурункали ҳолецистит, сурункали панкреатит касалликлари аниқланмаса, “функционал диспепсия” ташҳисини қўйиш мумкин. У қуйидаги ҳолатларда: агар диспептик бузилишлар 12 ҳафтадан ортиқ муддат давомида сақланса, клиник кечишида дефекациядан сўнг оғриқларнинг тўхташи, ич келиш сонининг ва нажас консистенциясининг ўзгариши, яъни ичак таъсирланиш синдромига хос белгиларнинг бўлмаслиги кузатилса, тасдиқланади. Беморларда у ёки бу белгиларнинг устун келишига кўра функционал диспепсиянинг қуйидаги турлари фарқланади: ярасимон (эпигастрал соҳада оч қорнига кузатиладиган оғриқлар, айрим ҳолларда овқат истеъмол қилгандан сўнг йўқолиши), дискинетик (эпигастрал соҳада оғирлик ва овқатдан сўнг тўлиб кетиш ҳисси, эрта тўйиш ва кўнгил айниши) ва носпецифик (у ёки бу гуруҳга киритиш қийин бўлган белгилар).

Органик диспепсияни инкор қилиш учун ультрасонография, ЭФГД, қон, сийдик, нажаснинг клиник ва биокимёвий текшириш усуллари ўтқазилади. Шунда беморларда кўп ҳолларда неврозлар кузатилишини инобатга олиш зарур.

- диспепсия синдромига чалинган беморларга тез-тез ва оз-оздан овқатланиш, ўткир зираворлар ҳамда ширинликларни истеъмол қилмаслик, чекиш ва спиртли ичимликлар ичишни тўхтатиш, шунингдек, мунтазам спорт билан шуғулланиш, кўп яёв юриш тавсия килинади;
- ***дорилар билан даволаш - гипомотор дискинезиясида прокинетиклар (тегасерод, прукалоприд, мосаприд, суматриптан, метоклопрамид, домперидон), спастик дискинезияларда – миотроп таъсирли спазмолитиклар (но шпа, платифиллин, спазмалгон).***

Аэрофагия – бу овқатланиш вақтида беморнинг ўзи сезмаган ҳолда маълум миқдордаги ҳавони ютиш натижасида кузатиладиган вазият бўлиб, у бир қатор патологик ҳолатларга олиб келиши мукин. Меъёрда ҳар бир ютиниш ҳаракати давомида ҳазм қилиш тизимига 2-3 мл. ҳаво кириб, ошқозон тубида тўпланади ва баъзан кекириш ёрдамида

чиқарилади. Бундай беморларни қориннинг юқори қисмида босилиш ҳисси, айрим ҳолларда тўш ортидаги ёки юрак соҳасидаги оғриқлар (гастрокардиал синдром) ва ҳансираш безовта қилади. Бу белгилар невроз ҳамда органик касалликлари бор беморларда (айниқса улар невроз билан бирга келганда) кузатилади. Ошқозонда газ пуфаги ўлчами ва диафрагманинг туриш баландлиги камайиши сабабли овқатдан сўнг ҳаво билан кекириш одатда беморларга енгиллик келтиради. Буни ҳис қилганликлари сабабли, эпигастрал соҳада оз даражада босим ва тиқилиш сезгиси пайдо бўлиши билан уларни ўзлари кекириш чақиришади ва кейинчалик бу жараён уларга боғлиқ бўлмаган ҳолда кузатилади.

Органик касалликларни инкор қилиш мақсадида, қуйидаги текширув усуллари – қорин бўшлиғи аъзоларининг барий ёрдамида рентгенографияси, УТТ ва ЭФГД ўтқазилади. Кўп ҳолатларда чуқур текширувлар ўтказиш шарт (айниқса шифокор беморнинг овқатланишини кузатиб, унинг кекиришига ҳаво ютиши сабаб бўлаётганини аниқлаганда) бўлмайди. Бу ҳолатда даволаш аэрофагиянинг асосий сабабини йўқотишга йўналтирилган бўлиши лозим. Энг аввало, беморни тинчлантириб, касаллик хавфсиз эканлиги ва даволаш мумкинлигини тушунтириш керак. Бунинг учун унинг эътиборини ҳар бир ҳаво ютиш ҳолатига қаратиш зарур. Шу билан бирга, психотерапия курсини ўтқазиш, физиотерапия муолажаларидан фойдаланиш мумкин (илиқ ванналар, Вермель бўйича бром билан электрофорез, Шербаков бўйича гальваник ёқа, игна санчиш, даволовчи жисмоний тарбия). Гастрокардиал синдром ёки ҳансираш кузатилганда, беморга ошқозондан ҳавонинг чиқишини енгиллаштириш учун чап ёнбошга бошини орқага қилиб ва оғзини очиб ётиш тавсия қилинади. Ҳар куни доимий ичакни бўшатилиши эса ютилган ҳавонинг улар орқали чиқиб кетишига имкон яратади.

Сурункали гастрит (СГ) – ошқозон шиллиқ қаватини яллиғланиши ва дистрофик ўзгаришлари оқибатида физиологик регенерация жараёнининг бузилиши ва безлар атрофияси ҳамда унинг мотор, секретор, инкретор фаолиятининг ўзгариши билан кечадиган сурункали касаллик.

СГ аҳоли орасида кенг тарқалган касалликлар гурухига киради ва кўпрок (50-80%) катталарда урайди. Гастритнинг аутоиммун тури тахминан - 9%, хеликобактер пилори ассоциаланган - 70%, циопатик пангастрит-12%, рефлюкс гастрит -5%, лимфоцитар-2% ва қолганлари эса яна 2% ни ташкил қилади.

Этиологияси ва патогенези. Сурункали гастрит полиэтиологик касаллик бўлиб, унинг келиб чиқишида қуйидаги омиллар аҳамиятга эга:

- Алиментар сабаблар - таом истеъмол қилиш тартиби ва сифатини бузилиши (овқатланиш оралиғини узоқ муддат бўлиши, уни яхши чайнамасдан тез-тез ейиш, иссиқ суюқликлар ва қаттиқ овқатларни ошқозон шиллиқ қаватига бевосита салбий таъсири, аччиқ зираворлар ва спиртли ичимликларни суистеъмол қилиш, чекиш).
- Пилорик хеликобактер– у кўп сонли бактериологик, гистологик ва иммунологик текширишларда тасдиқланган ошқозонда дистрофик - яллиғланиш жараёнини келтириб чиқарувчи муҳим сабаб ҳисобланади. Буни қўзғатувчини дори воситалари билан йўқотиш натижасида касаллик белгиларини йўқолиши ва ремиссия юзага келиши тасдиқлайди. Инфекция манбаи касалланган одам ёки уй хайвонлари ҳисобланади.

- Эндоген, аутоиммун ва наслий детерминирланиш сабабли меъда- шиллиқ қавати хужайраларига нисбатан антитаначалар пайдо бўлади (гастрит А аутоиммун). Бу HLA, Bg, DR3, DR4 антигенларининг ошқозон шиллиқ қавати ҳужайраларига гистологик яқинлиги билан боғлиқ.
- Мунтазам равишда ошқозон шиллиқ қаватига ўт суюқлигининг рефлюкси ва меъда резексиясидан кейинги гастроэнтеростомалар, ваготомиялар, холицистоэктомия, 12 бармоқ ичак ўтказувчанлигини бузилиши каби ҳолатлар ҳам сабаб бўлади.
- Дорилар ва қишлоқ ҳўжалигида қўлланиладиган айрим воситалардан (ГКС, кислоталар, рауволфия ва бошқалар) узоқ муддат ва нотўғри фойдаланиш оқибатида ҳам ошқозон шиллиқ қавати зарарланади.

Соғлом кишида ошқозон шиллиқ қавати девори эпителияси бикарбонат секрецияси ва монанд қон билан таъминланиши сабабли тез регенерация бўлади. Юқорида қайд этилган этиологик омилларни узоқ муддат таъсири оқибатида (хеликобактер пилори, кимёвий моддалар, дори воситалари, HCL, ўт) шиллиқ қават тусиғи бўзилади ва натижада унинг яллиғланиши юзага келиб, регенерация жараёнлари ва трофикасида салбий ўзгаришлар кузатилади. Бу ҳол В ва С типдаги гастритларда кузатилади. Қон билан таъминланиш яхши бўлган ҳолларда хужайраларни нормал регенерацияси кузатилиб жараён тезда тикланади.

Хеликобактер пилори грамм манфий бактериялар гурухига мансуб булиб спирал ва қайрилган – S шаклига эга. Улар интенсив рангга бўялиб танасини бир томонида 4–6та думчалари мавжуд ва шу сабабли ошқозон ширасида эркин харакат қилади ва унинг шиллиқ пардаси билан бирлаша олади. Хеликобактер пилори вибрионлари бевосита шиллиқ қаватга цитотоксик таъсир курсатувчи қатор моддалар ажратади.Оқибатда унда ялиғланиш кузатилиб кейинроқ патологик жараён ошқозон шиллиқ қаватининг чуқур қисмларга тарқалиб без аппарати атрофиясига олиб келади. Шундай қилиб хеликобактер пилори таъсирида ривожланган гастритнинг кечки босқичларда сурункали атрофик мультифокал пангастрит шаклланади ва унинг клиник намоён булиши вибрион таъсирида юзага келган илк гастритдан кескин фарқ қилади.

Шуни таъкидлаш лозимки ошқозон шиллиқ қаватини хеликобактер пилори билан инфекцияланиши нафақат юқорида қайд этилган икки хил гастритни юзага келиши сабаб бўлади балки ўткир хеликобактерли гастрит, гигант гипертрофик сурункали гастрит (Менетрие касаллиги), пептик яраларни хам келтириб чиқаради.

Фундал гастрит (А тип) келиб чиқишида наслий мойиллик ахамиятга эга бўлиб унда хужайра оқсили, ички омил ва H^+-K^+ АТФазалар антиген вазифасини ўтаб, уларга нисбатан бемор организмида антитаначалар пайдо бўлади. Шу сабабли касалликнинг мазкур тури аутоимун сурункали атрофик гастрит номи билан юритилади. Унда шиллиқ қаватдаги патологик ўзгаришлар аксарият ҳолларда париетал ва ошқозон безлари бош хужайралари жойлашган меданинг фундал ва тана қисмида жойлашади. Маълумки ушбу хужайраларда хлорид кислотаси ва гастромукопротеин (Кастлнинг ички омили) ишлаб чиқарилади. Аутоимун сурункали атрофик гастритда уларга қарши антитаначалар ишлаб чиқарилади ва бу жараён касаллик келиб чиқишида етакчи урин тутади. Одатда гастритнинг бу тури аксарият ҳолларда В12 етишмовчилиги камқонлиги, гипопаратиреоз,

Хошимото тиреотидити, Аддисон касаллиги, инсулинга боғлиқ қандли диабет ва бошқа қатор касалликлар билан бирга кузатилади. Ошқозон шиллиқ қаватининг фундал безларига қарши антитаначаларни пайдо бўлиши, уларда жуда эрта орқага қайтмас ўзгаришлар ва атрофик жараёнлар келиб чиқишига сабаб бўлади. Оқибатида хлорид кислотаси, пепсин ишлаб чикарилиши кескин камаяди ва беморда гипохлоргидрия, ахлоргидрия хамда ахилия ривожланади. Хлорид кислотаси синтезини кескин камайиши ёки умуман бўлмаслиги ошқозонни зарарланманган антрал қисми безларидаги G хужайраларини кескин фаоллишига ва гастрин ишлаб чиқарилишига кучайишига олиб келади. Гастрин хлорид кислотаси синтезини кучайтиришига қарамасдан фундал қисмдаги мавжуд атрофик жараёнлар сабабли унинг ишлаб чиқарилишида сезиларли ошмайди.

Шу билан бир қаторда гастрин концентрациясининг ошиб кетиши оқибатида фундал безларнинг энтерохромаффинга ўхшаш хужайралари гиперплазияси ривожланади. Бу хол ошқозон аденокарциномаси юзага келиш эҳтимолини кескин оширади.

Ички Кастл омилига қарши антитаначалари мавжудлиги озиқ овқатлардаги (алиментар) витамин В12ни у билан қўшилишига тўскинлиқ қилади ва натижада В12 етишмовчилиги қамқонлиги ривожланади.

Дуоденогастрал рефлюкс кузатилганда ўт кислоталари ва унинг тузлари, панкреатик ферментлар, лизолицетин ва ўникки бармоқли ичак бошқа сақланмалари таркибий қисмларини ошқозон антрал сохасининг шиллиқ қаватига таъсири оқибатида реактив - кимёвий гастритнинг (С типдаги) шаклларидан бири ривожланади. Эпителиоцитларининг зарарланиши ошқозон шиллиқ қаватининг стереотип ялиғланиш реакциясини чақириб цитокинлар ажралишига ва зарарланган юза томонга нейтрофиллар, лимфоцитлар ва бошқа хужайра элементларини харакатланишга сабаб бўлиб шиш ва гиперемия чақиради. Бундан ташқари ишқорий реакцияга эга бўлган. Бу ўз навбатида шиллиқ қаватларда гистамин хосил бўлишини оширади ва оқибатда ундаги кичик томирларда қон айланиши бўзилишига олиб келиб шиш пайдо қилади.

Сурункали реактив гастрит юқорида тақидланганидек аксарият ҳолларда гастродуоденал рефлюкс билан бирга кузатилиб эррозия ва геморрагиялар билан кечади.

Таснифи.1990 йилда гастроэнтерологларнинг 9-чи халқаро конгрессида (Сидней, Австралия) гастритларнинг «Сидней тизими» деб аталувчи янги таснифи қабул қилинган ва унга кура касаллик қуйида 3-та асосий гурухларга бўлинади:

- ✓ Ўткир (фақат нейтрофилли инфильтрация);
- ✓ Сурункали (фаол босқичи - гранулоцитлар билан бирга кечувчи лимфоплазмоцитар инфильтрация);
- ✓ Махсус шакллари (гранулематоз (Крон, саркоидоз ва сил касалликларидаги), гигант гипертрофик - Менетрие касаллиги, эозинофилли (бронхиал астма, экзема ва атопик дерматитдаги), лимфоцитар, реактив-рефлюкс гастрит).

Ҳозир амалиётда сурункали гастритнинг “Сидней тизими” асосида 1996 йилда Хьюстонда қабул қилинган таснифидан фойдаланилади.

Сурункали гастритларнинг (Хьюстон 1996 й.) таснифи

Гастрит турлари	**Этиологик омиллар**	**Синонимлар (олдинги Сидней таснифи бўйича)**
Атрофик бўлмаган	Helicobacter pylori ва бошқа омиллар	Юзаки; Сурункали антрал гастрит - В тури; Гиперсекретор гастрит
Атрофик - аутоиммун	Иммун механизмлар	А - турдаги гастрит; Ошқозон танаси диффуз гастрити; Ошқозон танаси гастритининг витамин В12 етишмовчилиги камқонлиги ва секрециянинг камайиши билан бирга келиши
Атрофик- мультифокал	Helicobacter pylori, овқатланишни бузилиши.	А ва В аралаш гастритлар
Кимёвий таъсирлар	Кимёвий таъсир омиллари – ўт (дуоденогастрал рефлюкс) суюқлиги, носпецифик яллиғланишга қарши дорилар, глюкокортикостероидлар ва бошқалар	С - турдаги реактив гастрит; Реактив рефлюкс гастрит
Радиация	Нурдан зарарланиш	
Лимфоцитар	Идиопатик, иммун механизмлар, глютенли, Helicobacter pylori	Гастритнинг целиакия билан бирга келиши
Гранулематоз	Крон касаллиги, саркоидоз, Вегенер гранулематози	Чегараланган гранулематоз
Эозинофилли	Идиопатик, овқат аллергияси ва бошқа аллергенлар	Аллергик
Инфекциялар	Бактериялар (Helicobacter pylori дан бошқа инфекциялар), замбуруғлар, паразитлар	
Гигант гипертрофик	Менетрие касаллиги	

Эслатма: радиация, лимфоцитар, гранулематоз, эозинофилли, инфекцияларга боғлиқ, гигант гипертрофик гастритлар ташҳисда унинг алоҳида шакли сифатида кўрсатилади.

Клиник манзараси. Сурункали гастритнинг клиник намоён бўлиши уни чақирган этиологик омил ва ошқозон шиллиқ қаватидаги гистологик ўзгаришларга боғлиқ.

Сурункали атрофик бўлмаган гастрит (В тип) аксарият ҳолларда ёшлар орасида учрайди. Касаллик аксарият ҳолларда оғриқ, овқат ҳазм бўлишининг бўзилиши ва баъзан

астеноневротик синдром билан намоён бўлади. Оғриқ турлича бўлиб симилловчи, баъзан ўткир хуружсимон кўринишда кечади. Пайдо бўлиш сабаби эса аччиқ, қовурилган, ёғли таомлар ёки уларни яхши чайнамасдан истеъмол қилиш билан боғлиқ бўлиб, давомийлиги 1-1,5 соатгача бўлиши ва мустақил равишда ўз-ўзидан йўқолиши мумкин. Оғриқ аксарият ҳолларда ханжарсимон ўсимта пастида ёки пилородуоденал соҳада жойлашиб баъзан оч қоринда ҳам кузатилади. Деярли барча ҳолларда спазмолитикларни юбориб оғриқ синдромини бартараф этиш мумкин.

Шунингдек беморларни оғриқ синдроми билан бирга диспептик белгилар ҳам (оғирлик ва ошқозонни тўлиб кетиш ҳисси, жиғилдон қайнаши, нордон кекириш, камроқ ҳолларда кўнгил айниши ва қайт қилиш) безовта қилади.

Астеноневротик синдром юқори даражадаги таъсирланиш руҳиятни тез ўзгариб туриши, тез чарчаш каби белгилар билан намоён бўлади.

Беморларни объектив текшириш натижалари носпецифик бўлиб чегараланган ташҳисий ахамиятга эга бўлса ҳам айрим олинган маълумотлар сурункали гастритни, ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги, уларнинг раки ҳамда функционал диспептик ўзгаришлардан ажратиш имконини беради.

Беморларни ташқи куринишда аксарият ҳолларда ўзгаришлар аниқланмайди. Фақат ошқозон соҳасидаги ўткир тўлғоқсимон оғриқлар вақтида беморлар мажбурий ҳолатни эгаллайдилар. Уларни тили кўздан кечирилганда илдиз соҳаси оқ ёки сарғимтир оқ қараш билан қопланган. Қоринни юзаки пайпаслаганда эпигастрия ва пилородуоденал соҳада чегараланган оғриқ (баъзан бир мунча кучли)кўзатилса ҳам, яра касаллигидан фарқли ўлароқ уни олдинги девори мушакларини таранглашиши аниқланмайди.

В - типдаги гастритга чалинган бемор тилини (оқ қараш билан қопланган) кўриниши.

Чуқур сирпанувчи пайпаслашда эса йўғон ичакни турли (сигмасимон, юқорига кўтарилувчи, пастка тушувчи, кундаланг чамбар) қисмларда спастик қисқаришлар мавжуд бўлганлиги сабабли оғриқ белгилари қайд этилади ва бу йуғон ичак таъсирланиш синдроми мавжудлигидан далолат беради. Қорин аускультациясида эса ичак қисқаршлари меъёрида ёки бир мунча кучайганлиги аниқланади. Беморларда жигар ва талоқ ўлчамлари одатда ўзгармайди.

Айрим беморларда астеноневротик синдром белгиси сифатида объектив курикда яққол намоён бўлувчи ва узоқ сақланувчи тери дермографизми, артериал гипотония, томир уришининг ўзгарувчанлиги, кафтларнинг совуқ ва ҳўл тер билан қопланиши, сўлак ажралишини кучайиши каби белгилар кўзатилади. Улар билвосита вегетатив нерв тизими дисфункцияси хусусан парасимпатик тизим тонусининг устуворлигидан далолат беради.

Беморларнинг 60 % ошқозон ширасининг гиперсекрецияси, 30% ҳолларда эса унинг меъёр даражаси қайд этилади.

*Сурункали аутоиммунн гастритда (фундал А тип) ошқозонни фунд*ал ва тана қисми шиллиқ қавати шикастланиши натижасида атрофия жараёнлари эрта юзага келади. Бу ошқозон кислоталиги ва пепсин секрециясини сусайтиради. Касаллик кўпроқ ўрта ёшли кишилар ва қарияларда кузатилади. Беморларда овқатлангандан кейин қориннинг юқори қисмида оғирлик, ошқозонда тўлиш ҳисси, овқат ва ҳаво билан кекириш, оғизда ёқимсиз таъм каби белгилар кузатилади. Уларда одатда иштаҳа пасайган, метеоризм ва қоринда

шиш кузатилиши мумкин. Умумий кўрикда атрофик - “лакланган тил”, авж олиш даврида эса у оқ караш билан қопланган.

Касаллик авж олиб борган сари ошқозон шиллиқ қаватдаги атрофия жараёнлари ва секретор етишмовчилик зурайиб беморларда диареяга мойиллик туғилади (ахилик ич кетишлар) ва тана вазнининг камайиши кузатилади. Ички Кастл омилининг етишмовчилиги оқибатида витамин В12 танқислиги камқонлиги ривожланиб холсизлик, тез чарчаш юзага келади ва кейинрок уларга бош айланиши, хансираш ва тахикардия қўшилади. Тилда кузатиладиган куйишиш ундаги сезувчанлик (парестезия) бўзилганлигидан далолат беради.

Ошқозондаги ва ошқозон ости безидаги секретор етишмовчилик ҳамда овқат лукмалари харакатининг тезлашиши оқибатида ингичка ичакда сўрилиш ва девор олди хазм қилиш жараёнларнинг бўзилиши бир қисм беморларда (кўпрок ёши улуғ кишиларда) полигиповитаминоз белгилари ва инфекцияларга бўлган чидамлилик пасаяди.

Объектив кўрикда одатда беморлар озғин, тери қопламлари ва кўзга ташланадиган шиллиқ қаватлари рангпар, териси қуруқ, тирноқлари синувчанг ва оғиз бурчакларида ёриқлар кўзатилади. Қорин текширилганда эпигастрал соҳада оғриқ ошқозоннинг пастки чегарасини қуйига силжиши, дам бўлиши, йуғон ичакни пайпасланганда ғулдираш ва оғриқ аниқланади.

Атрофик мулътифокал ёки идиопатик пангастрит (А ва В тип). Бу типдаги гастритга чалинган аксарият беморларнинг анамнезида узоқ муддат тартибсиз овқатланиш (кўпроқ шўр, аччиқ ва дағал) ва мева, сабзавотларни кам истеъмол қилиш ҳолатлари аниқланади. Шунингдек, А ва В типдаги гастрит хеликобактер пилори билан зарарланган ва антрал гастритга чалинган беморларда 15-20 йил ўтгандан сўнг ошқозон антрал қисми шиллиқ қавати эпителиясидан ушбу бактерияларнинг антракардиал экспансияси оқибатида пангастрит кўринишида юзага келади ва клиник намоён бўлади. Касаллик кўпроқ ўрта ва катта ёшли аҳоли орасида учрайди ҳамда илк даврида клиник белгиларсиз кечади. Аммо аксарият ҳолатларда беморлар эпигастрал соҳадаги оғриқ, диспептик ўзгаришлар (ошқозонда оғирлик ҳисси, кекириш, кўнгил айниши, оғизда “металл” таъми, иштаҳа пасайиши ва бошқалар), ичак диспепсияси (метеоризм, диарея) ва тана вазни камайиб кетишига шикоят қиладилар. Ошқозон шиллиқ қаватида атрофик жараёнларнинг устунлик билан кечиши ва унинг безлари секретор фаолиятининг сусайиши оғриқ синдромининг ўзгаришига сабаб бўлади. Пангастритга овқат қабул қилган вақтда ёки тезда ундан сўнг интенсив бўлмаган узоқ муддат давом этувчи ва симмиловчи оғриқларнинг пайдо бўлиши характерли. Беморлар унча кўп бўлмаган таом истеъмол қилгандан сўнг ҳам ошқозон соҳасидаги оғирлик ва тулип кетиш ҳиссига шикоят қиладилар. Бошқача қилиб айтганда беморларни кўпрок диспептик ўзгаришлар безовта қилади. Уларда иштахани сусайиши, овқат ва ҳаво билан кекириш, оғизда метал таъми, кўнгил айниши, қоринда ғулдираш ва дам булиш, ич келишининг ўзгариб туриши каби шикоятлар кузатилади. Аксарият ҳолларда астено невротик синдром- ҳолсизликни кучайиши, тез чарчаш, таъсирчанлик, депрессияга мойиллик юзага келади.

Умумий курик вақтида тана вазни камайиши, тери қопламлари рангпарлиги, оғиз бурчакларида ёриқлар аниқланади. Тил одатда оқ қараш билан қопланган, яққол намоён

бўлган метеоризм оқибатида қорин дам. Пайпасланганда эпигастрал соҳада яққол намоён бўлмаган ва тарқалган оғриқ қайд этилади. Ошқозон чегараси пастка силжиган. Йуғон ичак пайпасланганда унда кўп миқдорда ҳаво ва суюқ сақламалар бўлганлиги сабабли кўп ҳолларда ғулдираш эштилади.

*Реактив – рефлюкс гастрит*нинг *(С тип) намоён бўлиши* ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак шиллиқ қавати зарарланиши билан боғлиқ. У аксарият ҳолларда ошқозон резекцияси, вагатомия, холецистэктомия, пилорик жомнинг етишмовчилиги, ичак ўтказувчанлигининг сурункали бузилиши сабабли юзага келади. Купроқ ошқозонни пилорик қисми зарарланганда беморларда оғриқ ва диспептик ўзгаришлар кузатилади. Эпигастрал ва пилорик соҳадаги оғриқлар баъзан (пилорик қисм шиллиқ қаватида эрозиялар бўлганда) интенсив ва ўткир тус олади. Улар овқат истеъмол қилгандан сўнг 1–1.5 соат утгач ёки носпецифик ялиғланишга қарши дорилар қабул қилгандан кейин пайдо бўлиб спазмолитиклар ёрдамида тез йуқолади. Бу уларнинг спастик хусусиятга эга эканлигидан далолат беради. Айрим беморларда енгиллик келтирмайдиган ўт суюқлиги билан қайт қилиш, нахорда оғизда аччиқ таъм, тана вазни камайиши ва камқонлик белгилари кузатилади. Реактив гастритга чалинган бир қисм беморларда ошқозон пилорик қисми шиллиқ қавати зарарланиши эрозив характерга эга бўлиб баъзан уларда қайталанувчи қон кетишлар оқибатида кахва қуйқаси кўринишдаги қайт қилишлар ёки бутқасимон қора нажас ажралиши (мелена) юзага келиши мумкин. Вақт ўтиши билан беморларда сурункали темир танқислиги камқонлиги ривожланади.

*Лимфоцитар гастрит*да ошқозон шиллиқ қаватида эрозиялар ва унинг эпителиясининг яққол лимфоцитар инфильтрацияси аниқланади. Соғлом кишида ҳар 100 та эпителиоцитларга 3-5 та лимфоцитлар тўғри келади. Гастрофиброскопия ёрдамида олинган ошқозон шиллиқ қавати хусусий пластинкаси гистологик теширувида бу нисбат лимфоцитар гастритда камида 100 га 30 ва ундан ортиқ бўлади. Ушбу ўзгаришлар аксарият ҳолларда глютен энтеропатияда ҳам кузатилади.

Гигант гипертрофик гастрит – Менетрие касаллиги (гигант бурмалар гастрити) амалиётда кам учрайди ва кўпроқ аллергик ҳолатлар билан боғлиқ. Беморлар қонида оқсил (50-55 г/л), ошқозондан шира ажралишининг камайиши ва секретор фаолиятнинг сусайишига мойиллик кузатилади. Улар қоринни юқори қисмидаги овқатлангандан сўнг кузатиладиган симилловчи оғриқлар ва эпигастрал соҳадаги оғирлик ҳиссига шикоят қиладилар. Айрим ҳолларда қайт қилиш, диарея кузатилади, иштаҳанинг пасайиши эса баъзан анорексия ҳолатигача олиб келади. Тана вазни 10-20 кг гача камайиши мумкин. 25-40 % ҳолларда ошқозон шираси ажралиши ва қондаги оқсиларнинг камайиши билан боғлиқ бўлган периферик шишлар кузатилади. Гипертрофик гастритга чалинган беморларнинг тахминан 10% да ошқозон карциномаси ривожланади.

Лаборатор ва асбобий текширишлар. Эзофагогастродуоденоскопия ёрдамида текшириш гастритларни ташҳислашда хал қилувчи аҳамиятга эга. Унинг ёрдамида нафақат ошқозон шиллиқ қаватидаги анатомик ўзгаришлари ўрганиш балки унинг функционал ҳолатини аниқлаш ҳамда кўрсатмалар бўлганда биопсия олиш ва баъзан касаллик этиологиясини аниқлаш мумкин.

Шунингдек гастрофиброскопия ёрдамида сўнги йилларда айрим муолажаларни ўтказиш - хусусан зарарланган соҳага дорилар юбориш, қон кетишларни тўхтатиш, паст интенсивлиги лазер нурлари билан даволаш, ёт жисмларни олиб ташлаш, полипэктомия ва даволаш самарадорлигини бахолаш учун ҳам фойдаланилади.

Юқорида таъкидланганидек эзофагоастрофиброскопия ошқозон ичак тизими касалликлари хусусан гастритлари ташҳислашда кенг қўлланилади. Лекин уни ўтказишга қатор қуйида келтирилган қарши кўрсатмалар мавжуд бўлиб даволовчи шифокор уларни яхши билиши лозим.

- Қизилўнгачни сезиларли даражада торайиши;
- Кукс оралиғида патологик жараёнлар (ўсма, медиастенит, аорта аневризмаси) мавжудлиги;
- Яққол намоён бўлган кифосколиоз;
- Юқори даражадаги юрак ва нафас етишмовчилиги;
- Бош мияда қон айланишининг уткир бўзилиши;
- Ностабил стенокардия, ўткир миокард инфаркти, III-IV синфдаги ностабил стенокардия.

Helicobacter pylori аниқлаш. Уни ошқозон шиллиқ қаватида тарқалиш даражасини аниқлашнинг қуйидаги бир неча усуллари мавжуд:

- Цитологик;
- Уреза синамаси;
- Гистологик;
- Иммунологик;

Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги – сурункали, қайталанувчи, қўзиш ва ремиссия даврлари алмашиниб келувчи касаллик бўлиб, унинг морфологик асоси – шиллиқ қаватда яра ҳосил бўлиши ҳисобланади.

Этиологияси ва патогенези: ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигининг келиб чиқиши полиэтиологик бўлиб, унда наслий, руҳий, алиментар, механик, helicobacter pylori бактерияси, зарарли одатлар ва айрим дориларни назоратсиз узоқ муддат қабул қилиш муҳим аҳамиятга эга. Ушбу қайд этилган этиологик сабаблар таъсирида агрессив ва ҳимоя омиллари ўртасидаги мувозанатнинг бузилиши оқибатида яра касаллиги ривожланади.

Тажаввузкор (агрессив) омиллар:

- Кислота-пептик – секрециянинг ортиши, уни ишлаб чиқарувчи G-ҳужайралар фаолиятининг кучайиши;
  - Ишқорий дуоденал-панкреатик шира тушишининг камайиши;
- Ошқозонда ишлаб чиқарилаётган ишқорий дуоденал-панкреатик ширалар муовозанати бузилиши;
- Ошқозонни эпителия қавати тузилишидаги ўзгаришлар (мукополисахаридлар репарация жараёнига жавобгар хисобланади);
- Ульцероген фракцияли пепсиногенлар секрециясининг ортиши.
  - Ҳимоя омиллари:

- Шиллиқ ости қаватидаги капилляр қон оқимини меёрида бўлиши;
- Ошқозон хужайралари томонидан протектор простагландинларнинг етарли даражада ишлаб чиқарилиши;
- Ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак ҳужайралари томонидан шиллиқ ишлаб чиқарилишини кучайиши ва натижада муҳитни ишқорийланишига имконият яратилиши.

1983 йилда Уоррен ва Маршалл ошқозон шиллиқ қаватида Campilobacter pylori - грамманфий спиралсимон бактерияни аниқлашди ва уни яра касаллигининг асосий сабабчиси деб кўрсатишди.

Клиникаси. Касалликнинг клиник манзараси яранинг жойлашиши, ўлчамлари, чуқурлиги, ошқозоннинг секретор фаолияти, бемор ёшига боғлик ҳолда турли-туман бўлади ва асосий белгиси оғриқ симтоми ҳисобланади.

Ошқозоннинг орқа девори ва кардиал қисми яраларида оғриқ овқат истеъмол қилгандан кейин юзага келади ва ханжарсимон ўсиқ асосида жойлашади (мусбат Мендель симптоми). Оғриқлар симилловчи, тумтоқ характерда бўлиб, кўп ҳолларда тўш ортига ва юрак соҳасига узатилади. Кичик эгрилик яраси учун овқатдан сўнг 15-60 дақиқа ўтгач юзага келадиган эпигастрал соҳадаги оғриқлар хос. Беморларда кўпроқ кўнгил айниши ва жиғилдон қайнаши кузатилади, қайт қилиш эса нисбатан кам учрайди. Антрал яраларда аниқ даврийлик ва “оч қоринга” юзага келадиган оғриқлар кузатилади. Бунда барча беморларда ошқозон секретор фаолиятининг ошиши қайд этилади ва касаллик қонашга мойиллик билан кечади. Ошқозоннинг юқори қисми яраларида оғриқлар тез-тез кузатилиб, тўш ортида ёки ундан чапроқда жойлашади ва характерига кўра стенокардия оғриқларига ўхшаб кетади.

Ўн икки бармоқли ичак яраси учун асосан кечки (овқатдан 1,5-3 соат ўтгач), оч қоринга, тунги овқат истеъмолидан кейин пайдо бўлувчи ва антацидлар қабулидан кейин ўтиб кетувчи оғриқлар хос. Улар ўнг ёнбош соҳасида, айрим ҳолларда киндик атрофида, қориннинг юқори ўнг квадратида жойлашади ва баъзан белга, тўш соҳасига узатилади. Оғриқлар асосан кесувчи, санчувчи, баъзан тўмтоқ характерга эга бўлади.

Пиёзчадан ташқарида жойлашган яраларда (кардиал ва субкардиал қисмлар) оғриқлар прекардиал соҳага, чап кўкракка, умуртқанинг кўкрак қисмига, ўн икки бармоқли ичак пиёзчаси (айниқса орқа деворида) ва пиёзча орти қисми яраларида эса оғриқ бел, ўнг кўкрак орти, куракларараро оралиқ ва айрим ҳолларда ўнг ёнбош соҳага узатилиши мумкин.

Айрим беморларда (24-28 %) яра касаллиги атипик кечади ва оғриқсиз ёки бошқа касалликларни эслатувчи оғриқлар билан намоён бўлади.

Яра касаллигининг бошқа бир муҳим белгиси унинг авж олиш чуққисида қайт қилишнинг кузатилишидир. Одатда қайт қилгандан сўнг беморлар ўзларида енгиллик сезадилар.

Диспептик бузилишлардан энг кўп учрайдигани жиғилдон қайнаши ҳисобланиб, айрим ҳолларда у касалликнинг ягона белгиси бўлиши мумкин. Шунингдек таом истеъмол қилгандан кейинги кекириш ҳам ушбу касалликка хос бўлган белгилардан бири

ҳисобланади. Одатда беморларда иштаҳа бузилмаган, қабзиятга мойиллик ва касалликнинг мавсумий авж олишлари (баҳор ва куз) кузатилади.

Хуружлар узоқ давом этганда беморларда куп ҳолларда тана вазни камайиши кузатилади. Бу таом қабул қилганда қилганда оғриқ юзага келишидан қўркиб (ситофобия феномени) овқатни кам миқдорда ва узоқ муддат баъзан эса умуман истеъмол қилмаслик билан боғлик. Қориндаги кучли оғриқ вақтида беморлар қуйидаги мажбурий холатни эгаллайдилар. Осмонга қараб ёки ёнбош ётган ҳолда қўллари билан оғриқ соҳасини ушлаб букилган тиззаларини қорингa яқинлаштирган ҳолда ётадилар. Бундай ҳолат қорин ичи босимини камайтириб бемор аҳволини енгиллаштиради.

Ошқозон деворининг орқа деворида жойлашган яралар оқибатида юзага келган кучли оғриқларда беморлар ёстиқ қуйган ҳолда оёқларини йиғиб қорин билан ётишни афзал кўрадилар .Кўздан кечирганда ва объектив курикда уларда яққол вегетатив дисфункция (ҳул ва совуқ кафтлар, яққол дермографизм, гипотонияга мойиллик ва брадикадия) аниқланади.

Кам ҳолларда беморларда узоқ муддат яра касаллигига хос бўлган белгилар умуман кузатилмаслиги (соқов яралар) ва касаллик асоратлар кўринишида (қон кетиш, перфорация, пилорик жомни чандиқли стенози) намоён бўлиши мумкин.

Лаборатор ва асбобий текширишлар. Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллигини ташҳислашда уларнинг секретор фаолиятини текшириш маълум ахамиятга эга. Ушбу усул ошқозонни фракцион зондлаш ёки интрагастрал pH – метрия ёрдамида кўп каналли зонддан фойдаланган ҳолда унинг секрецияга таъсир қилувчи дорилар билан ўтказилади (пентагастрин, гистамин).

Дорилар билан даволаш. Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллигининг ва сурункали гастритларни H.pylori ассоциирланган шаклида даво чоралари клиник белгиларни бартараф этиш, ошқозон секретор фаолиятини пасайтириш ва бактериялар ирадикациясига қаратилган бўлиши лозим. Бу мақсадда ҳозирги вақтда 2011 йилда қабул қилинган “МААСТРИХ IV КОНСЕНСУС”си алгоритмидан фойдаланилади. Бу алгоритмга кўра беморга 4-6 ҳафта давомида протон помпаси ингибиторлари (омепразол кунда 40 мг, рабепразол ёки бошқалар), амоксицилин (кунда 2 г) ва кларитромицин (кунда 2 маҳал 500 мг дан) 10-14 кун давомида буюрилади. Амоксицилин ўрнига метронидазол (500 мг дан кунда 2 маҳал) таблеткаларидан фойдаланиш мумкин. Юқорида келтирилган уч компонентли даво чоралари самара бермаганда тўрт таркибли даволаш усулидан фойдаланилади. Резерв антибиотиклар сифатида сезувчанлик аниқлангандан сўнг левофлоксацин, фуразолидон, рифаксимин, рифабутинлар ҳам тавсия этилади. Юқоридагилардан ташқари ошқозон ширасида кислоталик юқори бўлса антисекретор воситалар (антацидлар, селектив ва селектив бўлмаган холиноблокаторлар, H_2 гистамин рецептори блокаторлари ва ўраб олувчи воситалар – цитопротекторлар) қўлланилади.

Юқоридагилардан ташқари *б*еморларда оғриқ синдроми кўзатилганда уни бартараф этиш учун М-холинолитиклар (гастроцепин 25-50 мг кунда 2 марта), селектив спазмолитиклар (мебеверин - дюспаталин 200 мг кунда 2-3 марта) буюрилади. Даво курси ўтқазилгандан сўнг одатда Helicobacter pylori га қайта текширув ўтказилади ва тўла ирадикация уни тўхтатишга кўрсатма ҳисобланади.

Яра касаллиги дуоденогастрал рефлюкс билан бирга кечганда ва уткир яраларда юқорида қайд этилган даво чоралари комплекси билан бирга асоси алюмин тузлари ва октасульфат сахарозадан иборат бўлган сукральфатни (вентер, алсукрал, сукрат) 1,0 г дан кунда 3 марта 30-60 дақиқа овқатдан ва уйқудан олдин 4-6 хафта давомида буюриш яхши самара беради.

Сукральфат ошқозон шиллиқ қавати ҳимоя фаолиятини тикланишига ижобий таъсир курсатади, бикарбонат секрециясини кучайтиради, ўт кислоталари ва пепсинни адсорбирлайди. Лекин унинг асосий ижобий таъсири ошқозон шиллиқ қавати устида қобиқ хосил қилиши ҳисобланади. Натижада эрозияга учраган ва яра ҳосил бўлган сохалар агрессив омиллардан ҳимоя қилинади.

Яра касаллигининг ривожланиш механизмга таъсир этувчи ва яққол гастропротектив таъсирга эга бўлган дори воситалардан бири PG E нинг синтетик аналоги мизопростол (сайтотек) ҳисобланади. Препарат бикарбонатлар ва шиллиқ синтезини ҳамда эпителиялар пролиферациясини кучайтиради. Мизопростол ошқозон яра касаллигида шу жумладан НЯҚД чақирган яраларда ҳам юқори самарали ҳисобланади ва 200 мкг (1 таблетка) кунда 4 марта ёки 2 марта овқатдан кейин тавсия этилади. Шунингдек солкосерил ҳам гастропротектор (репаратив) таъсирга эга бўлиб яраларни ва эрозияларни битиш жараёнини тезлаштиради. Препарат касалликнинг қўзиш даврида 10 мл. дан вена ичига секинлик билан ёки 100-200 мл физиологик эритмада томчилаб кунда 1 марта 10 -14 кун давомида юборилади.

Мавзу 28. Гепатомегалия. Сурункали гепатит ва жигар циррози, Сариқлик. Ўт-тош касаллигини билиар-панкреатик соҳа ўсмалари (жигар, ўт қопи, ошқозоности бези ўсмалари) солиштирма ташхислаш. УАШ тактикаси.

Ўқитиш технологияси

Машғулот вақти 4 соат	Талабалар сони : 10-12 тагача
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Укув дарсининг тузилиши	Кафедрани укув тематик хонаси. Укув кулланмаси, таркатма материаллар, вазиятли масала туплами ва тестлар. Беморлар палаталари. Телевизор, видео аппаратлари, мультимедиа
Укув машгулотининг максади: УАШ ни жигарнинг турли этиологияли яллиғланиш касалликларида ўз вақтида ташхис қўйиш ва дифференциал ташхис ўтказиш, даволашнинг оптимал йўлларини танлаш, шунингдек “УАШ квалификацион характеристикаси” талабларида кўзда тутилган беморларни соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғинида олиб бориш тамойилларини ўргатиш.	
Педагогик мақсадлар: 1.Жигар циррози ва гепатитни	**Ўқув фаолиятини натижалари:** **<u>УАШ билиши керак:</u>**

ташхислаш саволларини куриб чиқиш 2..Жигар циррози ва жигарни яллиғланиш касалликлари булган беморларни намойиш этиш. 3.Жигар циррози ва гепатитда лаборатор-инструментал , клиник текширувларни мухокама қилиш. 4.Жигар циррози ва гепатитни қиёсий ташхисини утказиш. 5. УАШ квалификацион характеристикаси рамкасида олиб бориш тактикасини мухокама қилиш. 6.Даволаш принципларини мухокама қилиш. (номедикаментоз ва медикаментоз). 7.КВП ёки ОП шароитида беморни олиб бориш, кузатиш ва мониторинг принципларини мухокама қилиш. 8.Бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика принципларини мухокама қилиш.	1. Жигар циррози ва гепатитни механизми ва сабабини. 2. Жигар циррози ва гепатитни клиник намоён бўлишини. 3.Жигар циррози ва гепатитни ташхислашни. 4.Жигар циррози ва гепатитни қиёсий ташхисини. 5.УАШ ни тактикаси. 6.Ушбу касалликларда даволаш принциплари (медикаментоз ва номедикаментоз). 7.КВП ёки ОП шароитида беморларни диспансер кузатиш ва мониторинги принциплари. 8.Ушбу касалликларда бирламчи, иккиламчи, учламчи профилактика принциплари. **<u>УАШ бажара олиши керак:</u>** 1. Жигар циррози ва гепатитда шикоятлари ва анамнезини тахлил қилиши. 2. Жигар циррози ва гепатитни клиника ва лаборатор –инструментал текширувлар асосида ташхислаш, қиёсий ташхислаш. 3. Жигар циррози ва гепатит касаллигини даволашда медикаментоз воситаларни тўғри танлаш. 4.Даволашни медикаментоз ва номедикаментоз усуллари хақида маслахат бериш. 5.КВП ёки ОП шароитида мониторинг ўтказиш.
1. Холестатик сариқликни диагностика қилишни ўрганиш 2. Холестатик сариқликлиги бўлган беморларни кўрсатиш 3. Жигар ичи сариқлиги диагностикасини ўрганиш 4. Холестатик сариқликда клиник, лаборатор-инструментал текширувларни бахолаш 5. Сариқлик билан кечувчи касалликларни дифференциал диагностика қилиш –жигардан ташқари: холангит, холедохолитиаз, ўт йўли стриктураси, раки, меъда ости бези	***Талаба билиши керак:*** 1. Механик сариқликнинг келиб чиқиш механизми 2. Механик сариқликнинг клиникаси 3. Механик сариқликнинг диагностикаси 4. Механик сариқликнинг дифференциал диагностикаси 5. Диспансеризация ва реабилитация тадбирлари ***6.*** Бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика принциплари ***Талаба қила олиши керак:*** 1. Механик сариқлиги мавжуд беморларнинг шикоятлари ва анамнезини тахлил қила олиш

бошчаси ва ўт қопи раки, скаридоз,жигар ичи: препаратоген холестаз, бирламчи ва иккиламчи биллиар цирроз,рак 6. УАШ олиб бориш тактикасини ўргатиш 7. Номедикаментоз ва медикаментоз даволашни ўргатиш. 8. ҚВП шароитида беморлар мониторинги ва уларни кузатишни билиш 9. Бирламчи,иккиламчи ва учламчи профилактика тадбирларини билиш	2. Механик сариқлик турларини клиник ва лаборатор-инструментал текширувларга кўра диагностика ва дифференцировка қилиш **3.** Самараси исботланган дориларни танлаш **4.** Номедикаментоз давони тушунтириш **5.** ҚВП шароитида беморлар мониторинги ва уларни кузатишни билиш
Ўқитиш методлари	“айлана стол” методи, демонстрация, видеокургазма, дискуссия, бахс, тестлар ва вазиятли масалаларни ечиш.
Ўқув фаолияти шаклларини ташкиллаштириш	Индивидуал иш, гурухда ишлаш, коллективли, аудиторияда, аудиториядан.
Ўқитиш воситалари	Тарқатма ўқув материаллари, кўргазмали материаллар, видеофилмлар, муляжлар, график органайзерлар, касаллик тарихлари, жадваллар, стендлар.
Мулоқотни усул ва воситалари.	Блиц-сўров, тест олиш, бажарилган ўқув машқи натижаларини намойиш, касаллик тарихини тўлдириш, Амалий кўникмани бажариш «профессионал сўров»

Дарсни технологик харитаси.

№	**Амалий дарс этаплари**	**Дарс шакллари** ***Ўтказиш жойи***	**Дарс давомий лиги 200**
1	Кириш қисми (мавзуни асослаш)		10
2	Янги педагогик технологияларни қўллаган холда амалий дарс мавзусини («қорбўрон» усули), хамда кўразма материалини (касаллик тарихи, жадваллар, плакатлар, рентгенограммалар)ни мухокама қилиш,бошланғич даражани аниқлаш.	Сўров, мухокама *Ўқув хонаси, палатлар*	40

3	Мухокамадан хулоса		10
4	Профессионал сўров – амалий ыисмни бажариш учун вазифани.Касаллик тарихини тщлдириш учун холатни тушунтириш ва рекомендация бериш.	Мухокама *УАШ хонаси*	20
5	Ўқитувчи хамрохлиги остида дарснинг амалий қисмини ўрганиш.	Проф. сўров.Беморлар билан сухбат ва касаллик тарихини тулдириш, вазиятли масалаларни ечиш. *Палаталарда мавзуга оид беморларни кўриш.*	20
6	Бемор кузатувини интерпритация қилиш –шикоятларини, курувини, палпация, перкуссия, аускультациясини, хамда УҚТ, УСТ ва биокимёвий анализларини тахлил қилиб ташхис қўйиш.	Касаллик тарихи. Лаборатор кўрсаткичлар,вазиятли масалалар.	25
7	Талабаларни назарий, амалий билимини текшириб, мавзуни мустахкамлаш, бахо билан ўзлаштириш даражасини аниқлаш.	Оғзаки сўров, тестлар, мухокама, амалий кўникмаларни аниқлаш. *Ўқув хонаси*	55
8	Амалий дарсни мавзуси бўйича хулоса қилиш, 100 балли тизим бўйича бахолаш ва бахоларни эълон қилиш. Кейинги амалий дарсни уйга вазифа қилиб бериш (Саволлар тўплами) .	Ахборот, мустақил иш учун саволлар. *Ўқув хонаси*	25

Гепатомегалияси бор беморларни муаммосини хал қилишда талабаларни билим,кўникма ва малакаларига талаблар .

Мақсад: *Гепатомегалияси бор беиорларни муаммосини синдромал ечишни ўргатиш , хамда УАШни квалификацион характеристикаси бўйича олиб бориш принципларига ўргатиш :*

Ўқитишнинг асосий мақсадлари:

- Талабаларни гепатомегалия билан боғлиқ беморларни муаммосини ечишга ўргатиш.
- Талабаларни гепатомегалия билан боғлиқ беморларни эрта ташхислашга ўргатиш.
- Талабаларни гепатомегалия билан кечадиган касалликларни қиёсий ташхислашга ўргатиш.
- Талабаларни гепатомегалия билан боғлиқ беморларни муаммоларини ечишда кўникмаларни янгилаштириш (ахборот йиғиш, муаммоларини аниқлаш ва кўрик, лаборатор-инструментал текширув усулларини асослаш);

- Талабаларни асосланган холда олиб бориш тактикасинитанлашга ўргатиш.;
- Талабаларни асосланган холда даволаш профилактика чораларини олиб бориш ва КВП ва ОП шароитида кузатишни ўргатиш.

Ушбу мавзуни мухокама қилишда асосий урғуни бериш керак:

- Бемор хаёт сифатига таьсир қилган асосий муаммони ажратиш.
- Рационал анамнез йиғишда тўғри савол беришни билиши.
- Хавф омилларини ажратиш қобилияти.
- Ушбу муаммо сабаби булиши мумкин бўлган касалликларни санаб ўтиш.
- Асослаб физикал кўрик ўтказиш.
- КВП ёки ОП шароитида асослаган холда текширув режаларини тузиш.
- КВП ёки ОП дан ташқари текширувларни тайинлашни билиш.
- Олинган маьлумот асосида ушбу муаммони асосий сабабини (ташхис) ажратиш.
- УАШ квалификацион характеристикаси асосида олиб бориш усулини танлаш.
- Номедикаментоз маслахат бериш.
- Исботланган тиббиёт асосида медикаментоз даво бериш.
- Бирламчи звено даражасида профилактик чораларни аниқлаш.
- КВП ёки ОП шароитида диспансеризация ва реабилитация принципларини аниқлаш.

Гепатомегалия билан булган беморларни муаммосини ечишда талаба *билиши керак*:

№	Билимлар рўйхати	Бошланғич даража
1	Гепатомегалия билан кечадиган каслликлар рўйхатини	Талаба камида 10 та учраши мумкин булган касалликни билиши керак.
2	Гепатомегалия билан кечадиган энг хавфли касалликларни	Талаба камида 5 та учраши мумкин булган касалликни билиши керак.
3	КВП ёки ОП (1-категория) да олиб бориладиган холатлар	УАШ квалификацион характеристикасига асосланган холда.
4	Тор мутахасис кўриги лозим бўлган касалликлар (2-категория)	УАШ квалификацион характеристикасига асосланган холда.
5	КВП ёки ОП (3.1-категория) да ўтказиладиган текширувлар	УАШ квалификацион характеристикасига асосланган холда.
6	КВП ёки ОП (3.2-категория) дан ташқарида ўтказиладиган текширувлар	УАШ квалификацион характеристикасига асосланган

		холда.
7	Гепатомегалия билан кечадиган касалликларни асосий моментларини (критерияларини)	Талаба хар бир касалликни белгиларини фарқлаб, уларнинг критерияларини билиши керак.
8	Гепатит вирусини юқиш йўллари	Инфекция юқиш механизмини билиши керак.
9	Жигарни ва ички органларни зарарланиш симптомлари	Талаба зарарланиш белгиларини билиши керак
10	Лаборатор-инструменталтекширувлар тахлили	Талаба билиши керак: - нормалкўрсаткичларни, хамда патологияда силжишини .
11	Даволаш тактикаси	Талаба даволаш методи ва принципларини билиши керак.
12	Бирламчи, иккиламчи, учламчи профилактика принциплари	Талаба бирламчи, иккиламчи, учламчи профилактика принципларини , методларини билиши керак.
13	КВП ёки ОП шароитида диспансеризация ва реабилитация принциплари. (4-категория)	Талаба диспансеризация ва реабилитацияни асосий мероприятиясини билиши керак.

Гепатомегалия билан бўлган беморларнимуаммосини ечишда талаба *<u>қила олиши</u>* шарт:

№	Кўникмалар рўйхати	Бошланғич билим
1	Беморни ва оила азолари билан сўров ўтказиш.	Тахминий ташхис қўйишга ёрдам берадиган саволлвр бериш. Талаба мақсадга йўналтирилган холда беморни шикоятларини тахлил қила олиши. Талаба касаллик анамнезини тахлил қила билиши: касаллик бошланиши, биринчи белгилари, сабаби ва ривожланиш динамикаси. Хаёт анамнезини тахлил қила олиши керак : хавф омилларини аниқлаш, ота – онаси ва яқин қариндошларини.
2	Хавф омилларини аниқлаш	Талаба беморни сўрови давомида бошқариб бўладиган ва бошқариб бўлмайдиган хавф

		омилларини аниқлаши керак.
3	ТВИ ни хисоблаш.	Талаба қуйидаги белгиларни аниқлаши керак : - Вазн етишмовчилигини. - Вазн ортиқчалигини.
4	Тери қопламини кўрувдан ўтказиш	Талаба аниқлай билиши лозим: -рангпарликни - иктерикликни, -тошмаларни - зичлашишларни - телангиоэктазияларни.
5	Умумий кўрик	Талаба аниқлай олиши лозим: - жигар кафтлари, -гинекомастия, - кахексия.
6	Оғиз бўшлиғини кўриш	Талаба тилни бахолай олиши керак .
7	Нафас олиш тизимини пальпация, перкуссия ва аускультациясини ўтказиш.	Талаба бахолай олиши лозим: - КҚни экскурсиясини - овоз титрашини - Ўпка товушини ўзгариши ва уни интерпритациясини - нафас олиш типларини - нафас шовқинлари ва хириллашларини
8	Юрак қон томир тизимини пальпация, перкуссия ва аускультациясини ўтказиш.	Талаба қуйидаи белгиларни аниқлай олиши лозим: - Ўнг қоринча гипертрофиясини Талаба бахолай олиши керак: - юрак тонларини ; - юрак шовқинларини (систолик ёки диастолик шовқин) ва уларни эпицентрини, иррадиатциясини; - Функционал ва органик шовқинларни қиёсий ташхислай олиши керак - перикард ишқаланиш шовқинини
9	Қоринни умумий кўриги	Талаба қуйидаи белгиларни аниқлай олиши лозим: -асцит -метеоризм -қон томирли юлдузчалар - веноз коллатераллар - жарохат ва гематомалар
10	Қоринни юзаки пальпациясини	Талаба билиши лозим:

	ўтказиш	- оғриқли нуқталарни аниқлаш - Қорин мушакларини таранглигини бахолаш - Катталашган аьзо ёки ўсмасимон хосилаларни аниқлаш .
11	Қоринни чуқур пальпациясини ўтказиш	Талаба билиши лозим: - қориндаги хосилаларни бахолаш
12	Жигар перкуссиясини ўтказиш	Талаба билиши лозим: - Курлов бўйича чегараларни аниқлаш
13	Жигар ва ўт пуфаги пальпациясини ўтказиш	Талаба билиши лозим: - жигар ва ўт пуфаги хусусиятини бахолаш .
14	Талоқни пальпация қилиш	Талаба билиши лозим: - спленомегалияни аниқлаш
15	Оёқ қўлларни кўриш	Талаба оёқ қўлларни кўриб чиқиши керак ва қуйидагиларни аниқлай олиши керак: - генераллашган шиш . Босиб куриб: чукурча бор йўқлигини кўриши .
16	Клиник , инструментал ва биокимёвий тахлилларни интерпритация қила олиши керак .	Талаба қуйидаги белгиларни аниқлай олиши керак: - Нормадан ошган ёки камайганлиини.
17	ЭКГ олиб, уни тахлил килиш	Талаба қадам билан ЭКГ олиши ва уни тахлил қилиши керак. Талаба ЭКГни тахлил қилиб МИ белгиларини бор йўқлигини аниқлаши лозим.
18	Гепатомегалия билан кечадиган касалликларни қиёсий ташхислай олиши керак.	Фарқловчи белгилар асосида талаба қиёсий ташхис ўтказиши керак. (анамнез, объектив кўрик лаборатор-инструменталтекширувлар)
19	Номедикаментоз даво буюра олиш керак	Талаба билиши лозим: - Ўзини назорат қилишга ўргатиш - пархез бўйича маслахат бериш - соғлом турмуш турзига ўргатиш
20	Гепатомегалия билан кечадиган касалликларни медикаментоз даволашда рационал ёндошиши	Талаба самараси исботланган дориларни танлашни билиши керак . Препарат танлашда талаба бахолай олиши керак : - эффективлигини - хавфсизлигини - самарадорлигини - топилишини.
21	Беморларни мониторинг килиш ва кузатиш	КВП ва ОП шароитида талаба мониторинг ўтказиш ва холатни назорат қилиши керак.

Машгулот баёни.

Вирусли гепатит А (ВГА) – ўткир юқумли касаллик бўлиб, антропонозлар гуруҳига мансуб ва кўпроқ болаларда учрайди ҳамда кечишида даврийлик хос. Касалликнинг субклиник ёки сариқликсиз – кам белгилар билан кечадиган шакллари мавжуд. Яширин даврнинг сўнгги кунлари ва хасталик бошланғич даврининг илк ҳафтасини бошидан кечираётган беморлар инфекция манбаи бўлиб хизмат қилади. Унинг фекал-орал тарқалиши - маиший алоқа, озиқ-овқат маҳсулотлари ва сув орқали амалга ошади. Касалликнинг йирик ўчоқлари аҳолини сув билан таъминловчи ҳавзаларнинг нажас билан ифлосланиши оқибатида юзага келади ва кўпинча куз-қиш фаслларида кузатилади. Гепатит А нинг ўзига хослиги, клиник жиҳатдан енгил кечиши ва жараённинг сурункали босқичга ўтиш хавфи умуман йўқлигидадир. ВГА, бошқа гепатитлар каби сариқлик ёки усиз кечиши мумкин. Сариқлик олди даври одатда 4–5 кун давом этади. Кўп ҳолларда гриппга ўхшаш ва аралаш кечиши, баъзан – диспептик ва астеновегетатив шаклда кузатилади ҳамда ушбу давр тана ҳарорати кўтарилиши, беҳоллик, бош оғриши, иштаҳа сусайиши билан давом этади. Сариқлик олди даври сўнггида пешоб тўйинган, нажас эса аксинча оқиш рангга эга бўлади. ВГА нинг сариқлик даври пешоб рангининг тўйиниши, склералар, оғиз-ҳалқум шиллиқ қавати ва тери сарғайиши билан бошланади. Беҳоллик, уйқучанлик, иштаҳа сусайиши, ўнг қовурға ости соҳасида симилловчи оғриқлар кузатилади. Сариқлик даври давомийлиги 7–15 кун. ВГА нинг асосий хос маркерлари - эрта анти-HAV IgM антитаначалардир. Улар қон зардобида яширин даврнинг 5–10-кунидан бошлаб пайдо бўлади ва касалликнинг кечиши давомида аниқланади. Кечки анти-HAV IgG аниқланиши илгари ВГА бошдан кечирганлигидан далолат беради. Касалликка қарши эмлаш деярли доимо бутун ҳаёт мобайнида иммунитет шаклланишига шароит яратади.

Таянч ташҳисий белгилар:

- касалликни асосан алоқа йўл билан тарқалиши;
- эпидемик ўчоқлар шаклланиши ва касалликни гуруҳли кечиши;
- касалликни сентябр–январ ойларида кўп учраши;
- асосан болалар ёки навқирон ёшлиларда ривожланиши;
- одатда тана ҳароратининг юқори даражагача кўтарилиши билан бошланиши;
- сариқлик олди даври қисқа муддат, 4–5 кун давом этиб, кўп ҳолларда диспептик белгилар билан кечиши;
- сариқлик пайдо бўлгач, бемор умумий аҳволининг оғирлашмаслиги, унинг енгил намоён бўлиши ва қисқа муддат давом этиши;
- умумий заҳарланиш белгиларининг енгил бўлиши ва касалликнинг оғир шакллари камдан-кам ҳолларда ривожланиши;
- жараённинг сурункали тус олмаслиги;
- қон зардобида анти-HAV-IgM аниқланиши.

Вирусли гепатит В (ВГВ) – ЖССТ маълумотларига кўра, ВГВ маркерлари дунё аҳолисининг 1/3 қисмида аниқланади. Ҳар йили ундан 2 млн. киши, улардан 100 минги ўта ўткир кечувчи туридан ҳалок бўлади. ВГВ катта ёшлиларда, айниқса 40 ёшдан сўнг

кўп учрайди. Касалликнинг ўткир ва сурункали шакли соғлом кишига бемор қони ва унинг маҳсулотлари – шаҳват, сўлак, қин ажралмаси, тер ва кўз ёшлари орқали юқади. Унга турли вена ичига ва мушак орасига қилинган инъекциялар, жарроҳлик амалиёти, стоматологда даволаниш сабаб бўлиши мумкин. Жарроҳлар, стоматологлар, акушер-гинекологлар, қон билан ишловчи лаборатория ходимлари, гиёҳвандлар хавфли гуруҳга кирадилар. Гепатит В нинг ўзига хос хусусияти, сариқлик даври бошланиши билан касаллик кечиши яққол намоён бўлиб, оқибати доимо ижобий якун топмайди. Сариқлик олди даври 2 ҳафта давом этиб, кўп ҳолларда артралгик синдром, астения ва умумий заҳарланиш белгилари яққол ифодаланган бўлади. Гепатит В нинг продромал даври зардоб касаллиги каби кечиб, эшакем ёки доғли-тугмасимон тошмалар, майда бўғимлар полиартрити (25% ҳолларда) каби белгилар хос. Баъзи ҳолларда гепатит В нинг ўта ўткир кечиши кузатилиб, аксарият вазиятларда ўлим билан тугайди. Касаллик оқибатида бемор соғайиши, шунингдек, сурункали гепатит В (6–10% ҳолларда) ривожланиши мумкин. Бу ҳолда беморда жигар циррози ва унинг хужайрали карциномаси вужудга келиш эҳтимоли бор.

Серологик текширувларда қонда вирус В маркерлари (HBsAg ва анти-HBs, анти HBcIgM, HBeAg ва анти-HBe, ДНК-ВГВ), уларнинг миқдори, элиминацияси ва сероконверсия муддатлари маълумотлари ВГВ ташҳисини тасдиқлайди.

Таянч ташҳисий белгилар:

- 3–6 ой мобайнида парентерал муолажалар ўтказилганлиги;
- мавсумийлик йўқлиги;
- сариқлик олди даврини артралгик синдром билан кечувчи ВГА га нисбатан суст, лекин узоқ муддат давом этиши;
- сариқлик пайдо бўлганда, бемор аҳволининг оғирлашиши;
- қонда HBsAg ва ўткир гепатит В нинг бошқа маркерлари (HBeAg, анти-HBc IgM, ДНК-ВГВ) аниқланиши.

Вирусли гепатит С (ВГС) ҳам парентерал вирусли гепатитлар гуруҳига мансуб бўлса ҳам, қатор ўзига хос хусусиятларга эга. Унинг яширин даври 2 ҳафтадан 3 ойгача, баъзан бир неча кундан 52 ҳафтагача давом этади ва барча ёшдаги кишилар касалланади. Белгиларсиз ёки яққол клиник симптомлар билан кузатилган ҳолларда ҳам, ВГВ га нисбатан енгил кечади. ВГС учун касалликни сариқликсиз кечиши хос; сариқлик синдроми 14 – 37 % ҳолларда қайд этилади. ВГС нинг клиник яққол ифодаланган шакллари ривожланган ҳолларда бошқа вирусли гепатитларга хос бўлган даврийлик кузатилади. Касаллик одатда аста-секин ривожланади. Сариқлик олди даврида умумий заҳарланиш белгилари умуман кузатилмайди ёки яққол ифодаланмаган бўлади, беморни беҳоллик, кўнгил айниши, иштаҳа сусайиши каби белгилар безовта қилади. Сариқлик даврида умумий заҳарланиш белгилари суст ифодаланади. Унинг давомийлик муддати 10–20 кундан (кўп ҳолларда 14 кундан ортиқ) иборат бўлиб, трансаминазалар миқдори ортиши кузатилади. ВГС асосан енгил кечишига қарамай, касалликнинг фульминант (ёмон сифатли, оғир кечадиган) шакллари ривожланиши мумкин. Унинг сўнгги шакли асоратланмаган анамнезга эга, аммо иммун танқислиги мавжуд шахсларда, жигарнинг сурункали касаллиги билан хаста беморларда, ВГС ривожланган ҳолларда, болаларда

перинатал инфекцияланишда кузатилади. Ўткир инфекциядан сўнг сурункали шакли ривожланиши (50–70% ҳолларда) ВГС нинг ўзига хос хусусияти ҳисобланади. HCV-инфекция бирламчи гепатоцеллюляр карцинома ривожланиши омилларидан бири бўлиб хизмат қилади. Жигар сурункали касалликлари ривожланиши хавфи HCV-инфекция ўта юқори бўлганлиги сабабли, анти-HCV мавжуд шахсларда доимий кузатув олиб борилиши шарт. Кўп ҳолларда гепатит С нинг ўткир босқичи кузатилмайдиган бирламчи-сурункали шакллари аниқланади.

ВГСнинг лаборатор ташҳиси РНК-вирус ва унга антитаначаларни аниқлашга асосланган. Ўткир гепатит С билан хаста беморнинг қон зардобида гепатит С вируси РНК си ПЗР (РНК – HCV) усули билан касаллик юққанидан 1–2 ҳафта ўтгач аниқланади. РНК-HCV аниқланиши организмда гепатит С вируси мавжудлигидан далолат беради. Инфекция жараёнида вирусемиянинг уч тури фарқланади:

- транзитор (ўткир ВГС да, бемор соғайиши билан кечганда) – қисқа муддат мобайнида қайд этилиб, вирус элиминацияси билан кечади;
- персистирловчи (сурункали ВГС асосида) – бир неча йиллар давомида мунтазам равишда РНК-HCV аниқланиши билан кечади;
- қайталанувчи касаллик бошланишида вирус аниқланганлиги ва маълум вақт ўтгач РНК-HCV йўқолиши кузатилади, бир неча ойдан сўнг эса қайта аниқланади (кўп ҳолларда антивирус терапия ўтказилганда кузатилади).

Вирусли гепатит Д – дельта гепатит вируси, унинг ташқи қавати гепатит В вирусининг (HBsAg) юзаки антигени билан ифодаланган. Зарра марказида таркибида майда РНК (геном) тутувчи махсус антиген (HDAg) жойлашган. Гепатит Д вируси ўз репликацияси учун гепатит В вирусининг облигат хелпер фаолиятига муҳтож. У асосан сурункали гепатит В билан хаста беморларда учрайди. Дельта-инфекция фақат парентерал йўл билан тарқалади.

Ривожланиш механизмига кўра касалликнинг 3 тури фарқланади:

4. аралаш – ўткир гепатит В ва дельта-инфекция (коинфекция);
5. сурункали гепатит В ва ўткир ВГД (суперинфекция);
6. сурункали гепатит дельта.

HBsAg ташувчилик асосида дельта-инфекциянинг ўткир, узоқ муддатли ва сурункали кечиши фарқланади. Гепатит В ва Д вируслари коинфекциясида касаллик хавфли фульминант шакллари каби оғир кечади. Ўткир бошланиб, тана ҳарорати 38–39° С кўтарилади, умумий заҳарланиш белгилари яққол ифодаланган бўлади. Сариқлик олди даври 2–3 кун давом этади. Сариқлик пайдо бўлиши билан бемор аҳволи янада оғирлашади, геморрагик синдром кузатилади, жигар ва талоқ ўлчамлари катталашади. Клиник белгилари тез авж олади, жигар комаси ривожланади, касалликнинг 2–3- кунига бориб, бемор вафот этади.

Дельта-инфекция ташҳиси гепатоцитлар ва қон зардобида дельта вируси маркерлари ва унинг антитаначаларини аниқлаш асосида қўйилади. Вирусли гепатитга шубҳа туғилган ҳолларда, УАВ беморга ётоқ тартиби, 5-парҳез дастурхони, кўп миқдорда суюқлик қабул қилишни тавсия қилмоғи лозим. Қонда билирубин ва жигар хужайра

ферментлари – АЛТ, АСТ миқдорини аниқлашни буюриши керак. Кўрсаткичлар юқори бўлган ҳолларда беморни инфекционист маслаҳатига юбориш зарур.

Вирусли гепатит Е – фекал-орал йўл билан тарқалувчи, клиник белгилари бўйича вирусли гепатит А каби кечувчи инфекция. Яширин даври 10–60 кун, кўп ҳолларда 30–40 кунни ташкил этади. Касаллик одатда аста-секин бошланади. Сариқлик олди даври 1–9 кун, кўп ҳолларда 3–4 кун давом этади. Бу даврда беҳоллик, умумий нохушлик, иштаҳанинг пасайиши, беморларнинг учдан бир қисмида - кўнгил айниши, қайт қилиш кузатилади. Беморларнинг кўп қисмида эпигастрал ва ўнг қовурға ости соҳасида оғриқлар қайд этилиб, баъзан ўта кучли бўлади, қатор ҳолларда эса у касалликнинг илк белгиларидан бири ҳисобланади. Тана ҳарорати баъзан 38° С гача кўтарилиши мумкин. Бўғимда оғриқлар ва уртикар тошмалар хос эмас. Асоратланмаган ҳолларда сариқлик даври 1-3 ҳафта давом этиб, пешобнинг тўқ рангга кириши, нажас оқариши, тери ва склералар сарғайиши (баъзан яққол), жигар катталашуви (беморларнинг кўп қисмида қовурға равоғидан 3–6 см. пастда бўлади), гипербилирубинемия, трансаминазалар фаоллиги ортиши билан биргаликда кечади. ВГА дан фарқли ўлароқ, сариқлик пайдо бўлгач, умумий заҳарланиш белгилари йўқолмайди. Беморларни шу вақтга қадар мавжуд бўлган шикоятлари – беҳоллик, иштаҳанинг ёмонлашуви, эпигастрал ва ўнг қовурға ости соҳасидаги оғриқлар безовта қилиши давом этади, субфебрил тана ҳарорати, тери қичиши кузатилиши мумкин. Соғайиш даври 1–2 ой давом этиб, клиник-биокимёвий кўрсаткичлар аста-секин меъёрига қайтади. Қатор ҳолларда касаллик узоқ чўзилиб, ҳомиладор аёлларда оғир кечиши кузатилади. ВГЕ оғир шакли учун эритроцитлар гемолизи оқибатида гемоглобинурия, ўткир буйрак етишмовчилиги ва геморрагик синдром хос. Гемоглобинурия ВГЕ оғир шакли билан хаста беморларнинг 80% да ва жигар энцефалопатияси кузатилаётган беморларнинг деярли барчасида аниқланади ва бошқа аъзолардан қон кетиши билан (баъзан кўп миқдорда) намоён бўлади. Касалликнинг оғирлик даражаси ва гемостазнинг зардобга боғлиқ омиллари ҳолати ўртасида ўзаро узвий мувозанат мавжуд. Қон ивиши зардоб омиллари, шунингдек, протеаза ингибиторлари миқдорининг кескин камайиб кетиши бемор аҳволининг янада оғирлашуви ва ўткир жигар энцефалопатиясининг клиник белгилари юзага чиқишидан 1-2 кун аввал ривожланиши касалликнинг оқибатини аниқлашда муҳим аҳамият касб этади.

Кўп ҳолларда ВГЕ енгил ва ўрта оғир шаклларда кечади ва бемор соғайиб кетади. Шу билан бир қаторда, уларнинг бир қисмида асосан юқорида таъкидлаганимиздек, ҳомиладорларда ВГЕ оғир ва фульминант шаклларда кечиб, ўткир жигар энцефалопатияси ривожланиши ва ўлим билан тугаши мумкин. Касаллик тарқалган вақтда ўлим холати 1–5%, ҳомиладорларда, айниқса унинг II ярмида кўпроқ кузатилади. Ҳомиладорлар ўртасида юқори ўлим ҳолати ВГЕ тарқалишининг ўзига хос ташҳисий ўлчами ҳисобланади. Ҳомиладорликнинг кечки муддатларида (24 ҳафтадан юқори) бемор умумий аҳволи туғруқ (ҳомила тушиши мумкин) олдидан ёки ундан сўнг кескин оғирлашади, касалликнинг илк 2 ҳафтаси мобайнида кома олди ҳолати белгилари ва ўткир жигар энцефалопатияси жуда тез ривожланади ҳамда яқин 1–2 кун давомида чуқур жигар комасига ўтиш ҳолатлари кузатилади; туғруқда кўп қон кетиши билан ифодаланган яққол

геморрагик синдром, кўп ҳолларда ҳомиланинг антенатал ўлими ва жигар-буйрак етишмовчилиги ривожланишига сабаб бўлади.

Сурункали гепатит В билан хаста бемор Е вирусли инфекцияга учраганда, касалликнинг ўта нохуш кечиши кузатилади. Бундай ҳолларда ўлим кўрсаткичи баъзан 75 – 80% га етади. Ҳозирги вақтда иммун фермент таҳлил усули билан гепатит Е вирусига антитаначаларни аниқлаш учун ташҳисий синов тизимлари ишлаб чиқилган. Анти- HEV-IgG мавжудлиги гепатит Е вируси билан бундан илгари бўлиб ўтган алоқадан далолат беради.

Жигар циррози. Жигар циррози – жигарнинг сурункали диффуз, полиэтиологик усиб борувчи касаллиги булиб, гепатоцитлар сонининг камайиши, усиб борувчи фиброз, жигар цитоархитектоникаси ва ангиоархитектони-касининг бузилиши ва окибатда жигар етишмовчилиги ва портал гипертензия келиб чикиши билан характерланадиган патологик холат.

Этиологияси

- ✓ Вирусли гепатитлар
- ✓ Сурункали алкогол интоксикацияси
- ✓ Моддалар алмашинувининг генетик бузилиши (α_1-антитрипсин, галактозо-1-фосфат-уридилтрансфераза, амило-1,6-гликозидаза еишмовчилиги)
- ✓ Гемохроматоз ва гепатоцеребрал дистрофия
- ✓ Химиявий токсик моддалар ва дори воситалари
- ✓ Жигардан ташкари ва жигар ут йулларининг обструкцияси
- ✓ Жигарда узок веноз димланиш

Жигар циррози классификацияси
(А. С. Логинов, Ю. Е. Блок, 1987)

Этиологик вариантлари

Морфологик вариантлари (макро ва микронодуляр)

Портал гипертензия стадиялари

Жигар хужайра етишмовчилиги боскичлари

Активлик фазалари

Кечиши

Асоратлари курсатилиши керак

Жигар циррози асоратлари

- ➢ Жигар комаси ва энцефалопатия
- ➢ Кизилунгач ва ошкозон веналаридан профуз кон кетиш
- ➢ Гемороидал веналардан кон кетиш
- ➢ Дарвоза венаси тромбози
- ➢ Иккиламчи инфекция кушилиши (пневмония, сепсис, перитонит).
- ➢ Усиб борувчи ЖХЕ.
- ➢ Жигар ракига трансформацияси

Даволаш уз ичига олади:

Этиологик даво (вирусга карши воситалар)

Даво режими

Диетатерапия.

Гепатоцитлар метаболизмини ошириш.

Аутоиммун жараёнларни секинлаштириш (патогенетик даво).

Преднизолон бошлангич дозаси 15-20 мг, юкори активликда – 20-25 мг. Максимал доза 3-4 хафтада бошланади. Преднизолон дозаси аста-секин камайтирилади, хар 14 кунда 2,5 мг дан 1,5-2,5ойдан кейин саклаб турувчи дозага (7,5-10 мг) утилади. Даво давомийлиги 3 ойдан бир неча йилгача. Аутоиммун циррозда преднизолон 30-40 мг дан бошланади, фуросемид (лазикс), 40 мгдан бир марта хафтада 2-3 марта , хар куни 100-1 мг альдактон билан бирга берилади. Дезинтоксикацион терапия АКБ ва пульс назорати остида берилади (1-1,5л суткасига) 5%ли глюкоза ва 0,9% натрий хлорид. Дарвоза венасига босимни камайтириш учун нитропрусид натрий (нанипрус) берилади.

Госпитализацияга курсатма:

1.Кизилунгач ва гемороидал веналардан кон кетганда

2.Жигар комаси ва энцефалопатияси

3.Биринчи марта пайдо булган асцит

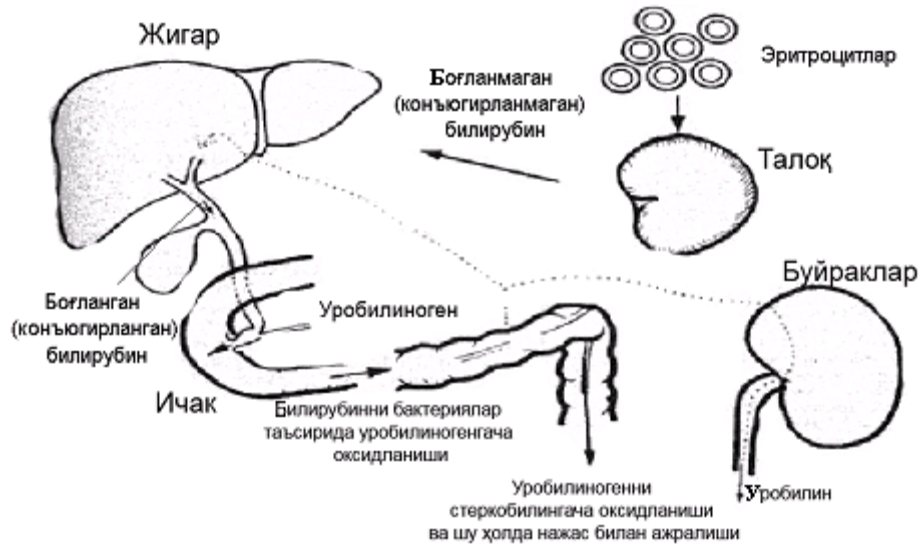
4.Амбулатор даво фойда бермаса

Диспансеризация

УАВ врачи томонидан 1 йилда 4 марта курилиши керак. Курсатма билан гастроэнтеролог, нарколог, невропатолог, инфекционист куриги. Умумий кон анализи, биохимиявий анализлар 1 йилда 2 марта, курсатма булганда купрок. Жигар УЗИ текшируви 1 йилда 1 марта.

Сариқлик – мустақил касаллик бўлмай, ўзига эътиборни қаратадиган мураккаб патогенезли қатор патологик жараёнларни белгисидир. У шиллиқ қаватлар, тери ва плазманинг сарғайиши билан намоён бўлиб, қонда кўп миқдорда билирубин ва унинг алмашинуви натижасида пайдо бўлган маҳсулотлар йиғилиши натижасида юзага келади. Сариқлик дастлаб кўз склерасида, тилнинг пастки юзасида, танглайда пайдо бўлади. Кейинчалик юздаги бурмалар, оғиз ва бурун атрофидаги тери, кафт, товонлар ва ниҳоят бутун тана сариқ рангга киради. Бу кетма-кетлик билан бўялиш чин сариқлик билан псевдосариқлик (ёлғон), яъни каротинемияни (сариқ, зарғалдоқ қизил рангларда бўлган ўсимлик пигментлари «каротиноидлар» деб аталади) фарқлашда муҳим аҳамиятга эга. Псевдосариқликда дастлаб кафт, товон, тери қопламлари сарғаяди ва каротинга бой маҳсулотларни кўп истеъмол қилганда кузатилади. Лавлаги, бодринг пўсти, қизил сабзи, помидор, қовоқ, салат, нўхат, сули, кепак, малина, олча, қорағат (смородина), шафтоли, мандарин, апельсин, жигар, тухум сариғи, сариқ ёғ ва сут каби маҳсулотларда каротин кўп миқдорда мавжуд. Унга кунлик талаб 2-5 мг.га тенг. Ҳақиқий сариқликда кузатиладиган тери ва склеранинг сариқ рангга бўялиши қон зардобида билирубиннинг меъёридан ошиб кетиши ва кейинчалик унинг тери ости тўқималарида йиғилишидан келиб чиқади. Билирубин таъсирида эмизувчи аёл сути, организм бўшлиқларидаги суюқликлар сариқ рангга бўялиши мумкин. Кўз ёши, сўлак, ошқозон ширасы, орқа ва бош мия суюқликлари ранги ўзгармайди. Соғлом одам организмида кунда тахминан 1% қариган эритроцитлар ретикуло-эндотелиал тизим ҳужайраларида парчаланиб, сувда эримайдиган ва буйрак

фильтри орқали сийдикка ўтмайдиган боғланмаган билирубин ҳосил бўлади. У гепатоцитлар томонидан тутилиб, глюкорон кислотаси билан боғланади ва билирубин-глюкоронид (боғланган билирубин) ҳосил бўлади. Боғланган билирубин ўт капиллярларига чиқади ва ўт суюқлигига (сапрога) қўшилади. Ингичка ичакда боғланган билирубин уробилиноген ва стеркобилиногенга айланади, ундан нажасни сариқ ранга бўёвчи стеркобилин ҳосил бўлади. Уробилиноген ичакларда сўрилиб, яна жигарга қайтади ва гепатоцитлар томонидан тутилиб, ўт капиллярларига ўтади. Жигар етишмовчилигида уробилиноген гепатоцитлар томонидан тутилмайди, балки сийдик билан ажралиб, ҳаво таъсирида уробилингача оксидланади (1-расм).



1-расм. **Организмда билурибин алмашинуви**

Қон зардобидаги умумий билирубиндан лаборатория текширувлари ёрдамида боғланган (конюгирланган, бевосита) ва боғланмаган (конюгирланмаган, билвосита) билирубин кўрсаткичлари аниқланади. Соғлом киши қон зардобида умумий билирубин миқдори 3,4-20,5 мкмол/л, боғланган билирубин уни 15% ёки 0-3,4 мкмол /л, боғланмаган билирубин 7,1 мкмол/л.ни ташкил қилади. Одатда қон зардоби билирубини кўрсаткичи 51,3 мкмол/л дан ошмаса сариқлик намоён бўлмайди. Сариқлик оғирлик даражасини умумий гипербилирубинемия кўрсаткичи белгилайди ва енгил (85 мкмол /л.), ўртача (86-169 мкмол/л), оғир (170 мкмол/л.дан юқори) сариқлик фарқланади.

Келиб чиқиш ва ривожланиш сабабларига кўра сариқлик жигар усти – гемолитик, жигар ичи, жигар ости – холестатик сариқликлар каби турларга бўлинади. Уларни бир-биридан фарқлаш белгилари 1-жадвалда келтирилган.

1-жадвал.

Сариқликнинг турли гуруҳларининг қиёсий ташҳиси

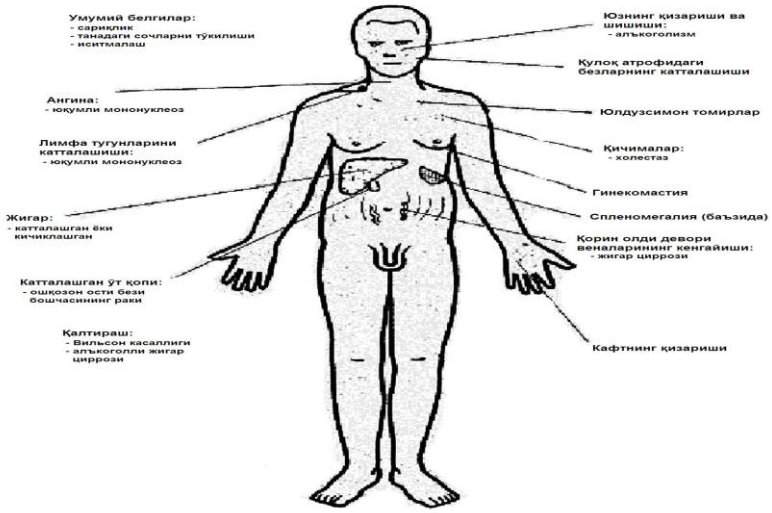
N	**Кўрсаткичлар**	**Гемолитик**	**Паренхиматоз**	**Механик**	
				Ошқозон ости бези бошчаси ва умумий ўт йўллари раки	**Бошқа механик сабаблар**

1	Анамнез	Сариқликни болаликда пайдо бўлиши, совуқда унинг кучайиши, ўхшаш касалликларни қариндошларида мавжудлиги ва айрим дорилар қабул қилгандан кейин юзага келиши	Ўткир гепатитлар, бошқа айрим юқумли касалликлар (инфекцион мононуклеоз), токсик моддалар билан алоқада бўлганлик ва спиртли ичимликларни суистемол қилиш	Аксарият ҳолларда сариқлик билан кечувчи ўнг қобирға остидаги оғриқ хуружлари, ўт йўлларида ўтказилган жарроҳлик амалиёти	Анамнезда сурункали панкреатит, тана вазнининг кескин камайиши
2	Тери ранги	Оч –сариқ лимон рангида	Сариқ ёки тўқ сариқ		Яшил ёки сарғиш кулранг рангдаги сариқлик
3	Сариқлик нинг интенсив лиги	Яққол бўлмаган	Ўрта даражадаги	Ўрта интенсивликдан яққол даражагача	Ўрта интенсивликда
4	Тери қичиши	Йўқ	Доимий бўлмаган, жигар ичи холестазида доимий	Доимий	Доимий
5	Жигар соҳасида оғирлик ҳисси	Йўқ	Аксарият ҳолларда касалликнинг эрта даврларида	Кам ҳолларда	Кам ҳолларда, фақат ўткир холецистит бундан мустасно
6	Жигар ўлчамлари	Меъёрида ёки озроқ катталашган	Катталашган, меъёрида ёки кичрайган, баъзан юзаси нотекис (циррозда)	Катталашган, юзаси нотекис бўлиши мумкин (метастазларда)	Катталашган
7	Жигар соҳасида	Йўқ	Кам ҳолларда	Аксарият ҳолларда	Аксарият ҳолларда

	оғриқ				
8	Талоқ ўлчамлари	Катталашган	Аксарият ҳолларда катталашган	Аксарият ҳолларда катталашмаган	Аксарият ҳолларда катталашмаган
9	Пешоб ранги	Меъёрида, баъзан юқори билирубинурия	Қора (боғланган билирубин мавжудлиги сабабли)	Қора (боғланган билирубин мавжудлиги сабабли)	Қора (боғланган билирубин мавжудлиги сабабли)
10	Пешобда уробилен миқдори	Кескин ошган	Қисқа муддат бўлмаслиги мумкин, кейин кескин ёки ўрта даражада ошган	Ўт йўллари тўлиқ беркилган ҳолларда умуман аниқланмайди.	Ўт йўллари тўлиқ беркилган ҳолларда умуман аниқланмайди
11	Нажас ранги	Меъёрида ёки қорамтир (стеркобилин ошиши ҳисобида)	Оқимтир (стеркобилин камлиги ва ёғлар ошиши сабабли)	Оқимтир (стеркобилин йўқлиги ва ёғлар кўплиги сабабли)	Оқимтир (стеркобилин йўқлиги ва ёғлар кўплиги сабабли)
12	Қон таҳлили	Анемия, ретикулоцитоз	Гиперспленизм ривожланганда цитопения, ЭЧТнинг юқорилиги	Яққол намоён бўлмаган лейкоцитоз, анемия, ЭЧТнинг юқорилиги	Яққол намоён бўлмаган лейкоцитоз
13	Холестерин кўрсаткичлари	Меъёрида	Меъёрида ёки камайган (жигар ичи холестазида юқори)	Меъёрида ёки юқори	Меъёрида ёки юқори
14	Қонда билирубин кўрсаткичлари	Қонда боғланмаган билирубин миқдори юқори	Қонда боғланган ва боғланмаган билирубин кўрсаткичлари юқори	Қонда боғланган билирубин кўрсаткичлари доимий юқори ва мунтазам ўсиб боради	Қонда боғланган билирубин кўрсаткичлари доимий юқори (баъзан қисқа муддатли)

15	Ишқорли фосфотаза кўрсаткичлари ва чўкма синамалари	Ишқорли фосфатаза кўрсаткичлари ўзгармаган ва чўкма синамалар манфий	Меъёрида, баъзан (жигар ичи холестазида) юқори, чўкма синамалар мусбат	Кескин кўтарилган, чўкма синамалари манфий	Кўтарилган
16	Аминотрансферазалар фаоллиги	Меъёрида	Аксарият ҳолларда юқори	Меъёрида ёки бироз кўтарилган	Меъёрида ёки бироз кўтарилган
17	Ўтказилиши лозим бўлган махсус синамалар	Кубс реакцияси. Эритроцитлар резистентлигини ва қон зардобидаги иссиқ ва совуқликка антителалар, гаптоглобулинларни аниқлаш, гемоглобин электрофорези	Вирусли гепатит маркерларини аниқлаш (ИФА, ПЗР), жигар биопсияси, лапароскопия. Бенгал-пушти ёки коллоид олтин билан радиоизотоп текшириш, бром сульфален синамаси	Ўт йўллари ва ошқозон-ичак тизимини рентген ёрдамида текшириш. Лапарскопия Тери орқали жигар ичи холангиографияси, жигарни сканерлаш. Қонда ва пешобда ферментлар-диастазаларни аниқлаш. Нажасни яширин қонга текшириш	Ўт йўллари ва ошқозон-ичак тизимини рентген ёрдамида текшириш. Жигар биопсияси, лапараскопия Тери орқали жигар ичи холангиография, гепатография жигарни сканерлаш. Қонда ва пешобда ферментлар-диастазаларни аниқлаш. Нажасни яширин қонга текшириш

Сариқликка чалинган беморларни синчковлик билан кўздан кечириш ва объектив кўрикдан ўтказиш унинг сабабини аниқлашда муҳим аҳамиятга эга эканлигини УАВ унутмаслиги (2-расм) лозим.



2-расм. **Сариқликка чалинган беморларларда кузатиладиган ўзгаришлар.**

Гемолитик сариқликлар

Гемолитик сариқлик – эритроцитларнинг осмотик резистентлиги ва механик чидамлилигининг камайиши ҳамда уларнинг парчаланиши билан боғлиқ. Унда кўп миқдорда гемоглобин озод бўлиб, бир кунлик миқдори 45 г гача (меъёрида 6,25) етади ва мос равишда билирубин миқдори ортиб, унинг 35 % ни боғланмаган (коньюгирланмаган) фракция ташкил этади. Эримайдиган ва сийдик билан ажралмайдиган билирубиннинг ушбу фракцияси организм тўқималари учун заҳар ҳисобланади. Сариқликнинг ушбу кўриниши аксарият ҳолларда ёшларда учраб, морфологик томондан гепатоцитларда ўзгаришлар кузатилмаганлиги сабабли жигар кам зарарланади. Айрим ҳолларда тўсатдан гемолитик криз кузатилиб, тана ҳароратининг кўтарилиши, қайд қилиш, тери ва кўз шиллиқ пардаларининг сарғайиши, талоқнинг катталашиши билан кечиб, нажаз ва сийдик ранги ўзгармайди. Клиник томондан яққол намоён бўлмаган сариқлик, терининг сариқ лимон тусда бўлиши, рангпарлик белгилари хосдир. Камқонликнинг намоён бўлиши эритроцитларнинг парчаланиш тезлиги ва ҳосил бўлиши билан узвий боғлиқ. Одатда гемолитик криз вақтида камқонлик кучайиб боради ва беморларда қоринда ва қўл-оёқларда оғриқ, иситмалаш, бош оғриғи, қон босимининг пасайиб кетиши, коллапс кузатилиши мумкин. Қонда лейкоцитоз, ретикулоцитлар сонининг 20% гача ошиши, коньюгирланмаган билирубиннинг меъёридан кўтарилиши қайд этилади. Гемолитик сариқликка ирсий микросфероцитоз, ирсий стомацитоз, глюкоза-6-фосфатдегидрогеназа тансиқлигидан келиб чиқувчи ирсий гемолитик ва аутоиммун гемолитик анемия, талассемия, пароксизмал тунги гемоглобинуриялар киради.

Наслий микросфероцитоз (Минковский-Шоффар касаллиги) доминант ёки рецессив йўл билан наслдан-наслга ўтадиган касалликдир. Ўз қобиғидаги етишмовчилик сабабли эритроцитларнинг хужайра ичида парчаланиши оқибатида юзага келади. Асосий белгилари: сариқлик, камқонлик, спленомегалия, сийдикда ўт пигментларининг

аниқланиши. Беморларда сариқлик белгилари тезда пайдо бўлмай, юқумли касалликлар қўшилганда ёки бемор у билан асоратланганда юзага келиши мумкин. Криз вақтида қондаги гемоглобин кўрсаткичлари кескин камайиб, баъзан 40-50 г/л гача тушиб кетади.

Ўроқсимон хужайрали камқонликда - гимолитик криз ҳамда яққол оғриқ синдроми, жигарнинг ўткир зарарланиши, ўнг қобирға ёйи остида оғриқ, иситмалаш, яққол намоён бўлган сариқлик белгилари кузатилади. Қонда трансаминазалар, ишқорли фосфатазалар ва билирубиннинг сурункали юқори даражада бўлиши қайд этилади.

Талассемия – гемоглабин синтезининг наслий бузилиши ҳисобланиб, сариқлик пайдо бўлиши, жигар ва талоқ катталашиши, боғланмаган билирубин, ретикулоцитларнинг ошиши, морфологик ўзгарган эритроцитларнинг (анизо-пойкилоцитоз) пайдо бўлиши билан кечади. Беморларда гемолитик кризлар, иситмалаш, суяк илигида ўзгаришлар, жигарда сидероз, баъзан эса фиброз кузатилади.

Ирсий стомацитоз - эритроцитлар мембранаси етишмовчилиги билан характерланади ва шакли ўзига хос бўлиб, оғизга ўхшаб қолади. Анемия (гемоглобин 70-90 г/л, кризлан ташқари вақтда, 30-50 г/л-криз пайтида), конюгирланмаган билирубин ҳисобида сариқлик билан намоён бўлади ва одатда талоқ катталашмайди.

Ирсий глюкозо – 6 - фосфатдегидрогеназа дефицитидан келиб чиқувчи гемолитик анемия. Кўпроқ эркакларда учраб, рецессив типда наслдан-наслга ўтади. Сариқлик, иситма кўтарилиши, қоринда оғриқ ва дуккакли ўсимликлар, баъзи дори воситалари (сульфаниламидлар, хлорамфеникол, фуразолидон, фенацетин, аспирин, хинин, пентанин ва ҳ.к.) қабул қилинганида, сийдикнинг тўқ рангга бўялиш белгилари билан намоён бўлади.

Юқорида кўрсатилган дори воситалари қабул қилингандан сўнг 3-5 кун ўтгач, одатда криз юзага келади. Кризлан ташқари ҳолларда қондаги 6–фосфатдегидрогеназа фаоллиги аниқланганда, унинг камайганлиги ёки бутунлай йўқлиги кузатилади. Ушбу касалликда кузатиладиган етук эритроцитларнинг массив гемолизи асосида глютатионнинг тикланиш жараёнининг бузилиши ётади.

Пароксизмал тунги гемоглобинурия (Маркиафави-Микели касаллиги)- орттирилган гемолитик анемия, эритроцитлар тизимининг ўзгариши ва томирлар ичи гемолизи билан боғлиқ. Кризлар тунда ривожланиб, қоринда оғриқ ва майда веналар тромбози кузатилади. Қориндаги оғриқ баъзан шунчалик кучли бўладики, беморлар аппендицит ёки бошқа жарроҳлик касалликларига шубҳа билан операция қилинади. Шунингдек, жигар, талоқ ўртача катталашган, титроқ, ҳарорат 40° гача кўтарилиши, тери ва склера сарғайиши кузатилади. Тўқ рангли сийдик гемоглобинурия – эритроцитлар бўлмаслиги билан характерланади. Билирубин даражаси конъюгирланмаган фракция ҳисобига ортади.

Аутоиммун гемолитик анемия – томирлар ичи гемолизи билан намоён бўлувчи ва сариқлик билан кечувчи орттирилган гемолитик камқонлик. Ўткир ва сурункали бўлиши мумкин. Ушбу анемия билан оғриган беморларнинг 40% да унинг юзага келиш сабаблари ноаниқлигича қолса (идиопатик), 60% да унга олиб келган асосий касалликни аниқлаш мумкин. Кўпинча бу лимфагранулематоз, лимфолейкоз, иммунокомплексли касалликлар,

ярали колит, безгак, сепсис ёки токсоплазмоз бўлади. Қонда эритроцитларни эритиш қобилиятига эга бўлган антителалар аниқланади.

Клиникаси: артралгия, қорин оғриғи, ҳолсизлик, сариқлик, жигар ва талоқ катталашган. Билирубин конъюгирланмаган фракция ҳисобига 40-60 мк/моль.гача ошади. Шунингдек, ретикулоцитоз, макроцитоз, микроцитоз, эритроцитларни осмотик резистентлиги пасайиши кузатилади.

Юқумли касалликлар орасида гемолитик сариқлик **безгакда** кузатилади. Бу ўткир, трансмиссив касаллик бўлиб, плазмодиялар чақиради. Унга тана ҳароратининг бетартиб равишда ортиши ва пасайиши, сариқлик, гепатоспленомегалия, камқонлик хос. Касаллик патогенезида безгак паразити таъсири остида эритроцитларнинг емирилиши оқибатида уларнинг гемолизга учраши ётади. Ташҳис қўйишда касаллик тарихига оид маълумотлар (беморни эндемик ўчоқлар – Африка, Осиё, Марказий Америкада бўлганлиги), тана ҳароратининг титраш, қизиб кетиш, тер ажралиши ҳолатлари билан кетма-кетликда кўтарилиши хослиги катта ахамиятга эга. Безгакни чақирган паразит туридан келиб чиққан ҳолда 3 кунлик, 4 кунлик ва тропик безгак фарқланади.

Периферик қон суртмасида плазмодийлар аниқланган (“семиз томчи” усули) ҳолда ташҳис тасдиқланади. Қонда эркин билирубин миқдори ортгани ҳолда, АЛТ, АСТ кўрсаткичлари меъёрида бўлади.

УАВ гемолитик анемияга шубҳа бўлган барча ҳолларда беморни ихтисослаштирилган шифохонага юбориши лозим.

Жигар сариқликлари

Жигар сариқлиги гепатоцитларнинг (ва холангиолалар) зарарланиши натижасида унинг билирубин ажратиш, тутиб қолиш ва регургитация қобилияти бузилиши оқибатида кузатилади. Келиб чиқишига вирусли гепатитлар (А,В,С,Д,Е), шу жумладан, сурункалилари, юқумли мононуклеоз, цитомегаловирус инфекцияси, лептоспироз, ичак иерсиниози, наслий пигментли гепатозлар, токсик гепатитлар, алкоголли гепатит ва жигар циррозлари сабаб бўлади. Жигар тўқимаси шикастланиши натижасида юзага келадиган сариқликлар орасида кенг тарқалгани вирусли гепатитлар ҳисобланади. Уларни ўз вақтида ташҳислаш ва тегишли тиббий чора-тадбирлар кўриш муҳим амалий аҳамиятга эга. Шунинг учун УАВ жигар сариқлигига олиб келувчи касалликлар тўғрисида батафсил маълумотга эга бўлмоғи лозим.

Амалий машгулот №29. Диареялар. Инфекцион ва ноинфекцион этиологияли диареяларни, носпецифик ярали колит ва Крон касаллигининг таққослама ташҳислаш. УАШ тактикаси.

Ўкитиш технологияси.

Машғулот вақти 6 соат	Талабалар сони : 10-12 тагача
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Ўкув дарсининг тузилиши	• Кафедрани укув тематик хонаси.

	• Укув кулланмаси, таркатма материаллар, вазиятли масала туплами ва тестлар. • Беморлар палаталари. • Телевизор, видео аппаратлари, мультимедиа
Укув машгулотининг максади: УАШ ни ичакнинг турли этиологияли яллиғланиш касалликларида ўз вақтида ташхис қўйиш ва дифференциал ташхис ўтказиш, даволашнинг оптимал йўлларини танлаш, шунингдек “УАШ квалификацион характеристикаси” талабларида кўзда тутилган беморларни соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғинида олиб бориш тамойилларини ўргатиш.	
Педагогик мақсадлар: • НЯК, Крон касаллигини ташхислаш саволларини куриб чиқиш • НЯК , Крон ва ичакни яллиғланиш касалликлари булган беморларни намойиш этиш. • Крон ёки НЯКда лаборатор-инструментал , клиник текширувларни мухокама қилиш. • НЯК ва Крон касаллигини қиёсий ташхисини утказиш. • УАШ квалификацион характеристикасига асосланиб беморни олиб боришни мухокама қилиш . • Даволаш принципини мухокама қилиш (медикаментоз ва номедикаментоз). • КВП ва ОП шароитида беморни олиб бориш , кузатиш ва мониторинг ўтказиш. • Ушбу касалликларда бирламчи, иккиламчи, учламчи профилактикани мухокама қилиш.	**Ўқув фаолиятини натижалари:** **<u>УАШ билиши керак:</u>** • НЯК ва Крон касаллигини механизми ва сабабини. • НЯК ва Крон касаллигини клиник намоён бўлишини. • НЯК ва Крон касаллигини ташхислашни. • НЯК ва Крон касаллигини қиёсий ташхисини. • УАШ ни тактикаси. • Ушбу касалликларда даволаш принциплари (медикаментоз ва номедикаментоз). • КВП ёки ОП шароитида беморларни диспансер кузатиш ва мониторинги принциплари. • Ушбу касалликларда бирламчи, иккиламчи, учламчи профилактика принциплари. **<u>УАШ бажара олиши керак:</u>** • НЯК ва Крон касаллигида шикоятлари ва анамнезини тахлил қилиши. • НЯК ва Крон касаллигини клиника ва лаборатор –инструментал текширувлар асосида ташхислаш, қиёсий ташхислаш. • НЯК ва Крон касаллигини даволашда медикаментоз воситаларни тўғри танлаш. • Даволашни медикаментоз ва номедикаментоз усуллари хақида маслахат бериш. • КВП ёки ОП шароитида мониторинг ўтказиш.
Ўқитиш методи	“Кейс стади” методи, демонстрация, видеокургазма, дискуссия, бахс, тестлар ва вазиятли масалаларни ечиш.
Ўқув фаолияти шаклларини ташкиллаштириш	Индивидуал иш, гурухда ишлаш, коллективли, аудиторияда, аудиториядан.

Ўқитиш воситалари	Тарқатма ўқув материаллари, кўргазмали материаллар, видеофилмлар, муляжлар, график органайзерлар, касаллик тарихлари, жадваллар, стендлар.
Мулоқотни усул ва воситалари.	Блиц-сўров, тест олиш, бажарилган ўқув машқи натижаларини намойиш, касаллик тарихини тўлдириш, Амалий кўникмани бажариш «профессионал сўров»

Дарснинг технологик харитаси.

№	Амалий дарс этаплари	Дарс шакли *Ўтказилиш жойи*	Дарс вакти
1	Кириш қисми (Мавзуни асослаш)		10
2	Янги педагогик технологияларни қўллаган холда амалий дарс мавзусини («қорбўрон» усули),хамда кўразма материалини (касаллик тарихи, жадваллар, плакатлар, рентгенограммалар)ни мухокама қилиш,бошланғич даражани аниқлаш.	Сўров, мухокама *Ўқув хонаси, палатлар*	40
3	Мухокама хулосаси		10
4	Профессионал сўров – амалий ыисмни бажариш учун вазифани.Касаллик тарихини тщлдириш учун холатни тушунтириш ва рекомендация бериш.	Мухокама *УАШ хонаси*	20
5	Ўқитувчи хамрохлиги остида дарснинг амалий қисмини ўрганиш.	Проф. сўров.Беморлар билан сухбат ва касаллик тарихини тулдириш, вазиятли масалаларни ечиш. *Палаталарда мавзуга оид беморларни кўриш.*	20
6	Бемор кузатувини интерпритация қилиш – шикоятларини, курувини, палпация, перкуссия, аускультациясини, хамда УҚТ, УСТ ва биокимёвий анализларини тахлил қилиб ташхис қўйиш.	Касаллик тарихи. Лаборатор кўрсаткичлар,вазиятли масалалар.	25
7	Талабаларни назарий, амалий билимини текшириб, мавзуни мустахкамлаш, бахо билан ўзлаштириш даражасини аниқлаш.	Оғзаки сўров, тестлар, мухокама, амалий кўникмаларни аниқлаш. *Ўқув хонаси*	55

8	Амалий дарсни мавзуси бўйича хулоса қилиш, 100 балли тизим бўйича бахолаш ва бахоларни эълон қилиш. Кейинги амалий дарсни уйга вазифа қилиб бериш (Саволлар тўплами) .	Ахборот, мустақил иш учун саволлар. *Ўқув хонаси*	25

Машгулот баёни.

Ингичка ичак жуда хам мухим орган хисобланади, унда куйидагилар амалга ошади: 1) ошкозондаги хазм булишни ичак хазм булишига утиши 2) учта асосий хазм булиш турлари (бушликдаги, мембранадаги ва хужайра ичи) 3) сурилиш ва ажратиб чикариш (секреция) 4) секрецияни бир неча турларини бирикиши (ташки ва ички) 5) ишлаб чикариш – ичак гормонларини ва биологик актив моддаларни, 6) организмни ички мухитига кирувчи хар хил зарарли моддаларни организмга киришидан тускинлик, химоя.

Овкат хазм килиш деганда мураккаб моддаларни соддаларга ферментлар ёрдамида кайта ишланишига айтилади. Бу жараён аник кетма-кетликда, овкатни ошкозон-ичак тракти буйлаб харакатланишида содир булади. Ферментатив парчаланиш натижасида овкат парчалари ташки куриниш спецификасини йукотади, лекин энергетик ва пластик кийматини ва сурилиш хусусиятини саклаб колади. Мономерлар холатида улар конга ва лимфага утишади ва организм улардан энергетик ва пластик материал сифатида фойдаланилади.

Замонавий овкат хазм килиш теорияси А.М.Угалев томонидан яратилган. У учта этапдан иборат: бушликдан хазм булиш – мембраналардаги хазм булиш сурилиш.

Ичакдаги хазм булиш жараёнидан олдин хазм булиш огиз бушлигида ва ошкозонда содир булади.

Ингичка ичакдаги хазм булиш. Асосий гидролитик жараёнлар ингичка ичакда содир булади. Ичакдаги мухит нейтралга якин булади. Бу нейтраллик ичакка тушаётган ут ва панкреотик суюкликлари, Na, Cl ионларини, бикарбонат ва сувнинг актив секрецияси ва абсорбцияси ёрдамида таъминланади. Овкат таркибида оксиллар, ёглар, углевод ва нуклеин кислоталар булади. Уларнинг хар бири учун ферментлар йигими булади, улар полимер шахромолекулаларни мономерларгача парчалайди улар сурилиши мумкин.

Бушликдаги хазм булиш. Ошкозон ости бези ишлаб чикарадиган ферментлар хисобига амалга ошади. Пептидлар трипсин, химотрипсин, карбоксипептидаза ва эластаза билан гидролизланишади. Бу ферментларнинг кетма-кет таъсири натижасида пастиолекуляр пептидлар ва оз микдордаги аминокислоталар хосил булади. Углеводлар (крахмал ва гликоген) панкреатик амилаза таъсирида диохаридлар ва куп микдорда булмаган глюкозага гидролизланади. Бушликдаги хазм булиш жараёни сув мухитида содир булади, бу мухитда ферментлар эриган булади. Улар хар кандай полимр богларни парчалаш хусусиятига эга.

Мембраналардаги хазм булиш. Бушликдаги гидролиз жараёнида хосил буладиган олигомерлар энтероцитларни щеточный наёмка зонасига киради, у ерда улар мембрана гидролизига учрайди, хосил буладиган мономерлар эса плазматик мембранани юзасига чикади ва сурилади.

Мембраналардаги хазм булиш энтероцитларни а пикал мембранасини ташки юзасида содир булади. Мембраналардаги хазм булишда иштирок этадиган ферментлар микроворсинкаларни юзасида жойлашган. Ферментларни актив марказлари сув мухитига каратилган. Ферментатив гидролизга факат майда молекулалар учрайди, олигомерлар, чунки йирик молекулалар щеточной каемка зонасига кира олишмайди. Шунинг учун мембран хазм булиш ёрдамида гидролизни якуний боскичлари амалга оширилади.

Мембранали хазм булиш ичак ферментлари ёрдамида амалга ошади, бу ферментлар энтероцитларда синтезланади ва апикал мембранада жойлашган булади, бу жараёнда яна панкреатик ферментлар иштирок этади.

Адсорбцияланган ферментлар асосан биополимерлар гидролизини оралик боскичларини амалга оширади, ичак ферментлари асосан – оксил, углевод ва ёгларни охирги парчаланиш боскичларини амалга оширади. Гидролизнинг бошлангич боскичлари ичак ичига секрецияланадиган панкреатик ферментлар ёрдамида амалга ошади. Тугалланмаган гидролиз натижасида хосил булган моддалар щеточный каемкага бирикиб, у ерда адсорбцияланган панкреатик ва мембран. Ферментлар таъсирида мономерларга гидролизланади ва сурилади.

Сурилиш овкат хазм булишининг якуний боскичи хисобланади, унда мураккаб биологик жараёнлар, яъни моддаларни ичакдан кон ва лимфага сурилиши содир булади.

Моддаларни ичакдан организмни ички мухитига утишини 2 та йули мавжуд: эпителиоцитлар ва хужайралараро бушликлар (персорбция) оркали.

Эпителиоцитлар оркали нутриентлар биринчи хужайрани апикал мембранасига кечиш организмни ички мухитига базал ва базолатерал мембрана оркали утади.

Сурилиш жараёнида трансмембран утказиш (актив ва пассив транспорт) эндоцитоз, персорбция катнашади. Ингичка ичакда углеводларни, аминокислоталарни, ут кислоталарини ёгларни, витамин, Na ва сув, Cl, Ca ва Fe ни сурилиши содир булади.

Овкат хазм килиш системасини мотор фаолияти асосида силлик мускуллар хужайраларини кискариши ва таъсирга кискариш билан жавоб бериши ётади. Силлик мускулларни спонтан активлиги уларни мембрана хужайраларини пермодик деполяризацияси Билан тушунтирилади циклик жараён куринишида. Циклик ион силжишлар ва мембран потенциалининг даражасини узгариши мускуллар кискаришга олиб келади. Суст тулкинлар базал электрик ритми деб хам аталади. Перистальтик кискаришларни частотаси, тезлиги ва йуналиши суст электрик тулкин билан аникланади.

Перистальтик кискариш суст тулкиндан кичик келади, лекин унинг пайдо булиш сабаби булиб потенциал таъсир хисобланади. Суст тулкин силлик мускулларни кискариш фаолиятида интегратив ёки синхронлашган вазифани бажаради.

Харакатланиш компонентлари 90-минутли цикларда 20-30 мин давом этадиган кискариш даврларидан таркиб топган. Тинчлик нисбатини давомийлик даври 60-70 мин.ни ташкил килади. Кискариши ва тинч даврларни умумлашуви кайталанувчи цикларни хосил килади – периодик фаолиятни ритми.

Силлик мускулларни кискариш жараёнларини 2 гурухга булиш мумкин: сегментловчи ритмик ва перистальтик кискаришлар.

Сегментловчи ритмик кискаришлар. Улар айланма мускул каватини кискариши хисобига содир булади, бунинг натижасида ичак навбат Билан лата булмаган сегментларга булинади. Бунинг натижасида ичак ичидаги массани аралашуви ва гомогенизацияси содир булади. Хар бир кискариш, химусни маятниксимон харакатлантириб, уни ичак буйлаб силжитади.

Перистальтик кискаришлар. Перистальтик тулкинлар ингичка ичакнинг хар бир кисмида содир булиши мумкин. Улар ичак таркибидаги массани дистал йуналишда силжитади. Бундан ташкари, бу перистальтика тури буйлама мускул толаларини ритмик кискариши тарзида хам намоён булади, улар айланма мускул каватини кискариши билан бирикади. Ва моятниксимон харакатни хосил килишади. Кискарувчи тулкинлар биринчи дистал сунг проксимал йуналишда пайдо булади. Бундай кискаришлар туфайли ичак ичидаги масса биринчи бир тарафга, кейин бошка томонга силжийди, бунинг натижасида бу масса хар сафар шиллик парданинг Янги кисмларига тегиб утади. Бу ритмик моятниксимон харакатларнинг частотаси 1 мин. 10-12 мартани ташкил килади. Бу кискаришлар оддий, монофаз, амплитудаси 8 дан 40 мм сим.уст. ва давомийлиги 12-60 с. Булган формада регистрацияланади. Улар учун хос булган босим 60-80 мм сим.уст ва кискариш давомийлиги 15-20 с ни ташкил килади.

Пропульсив харакатлар перистальтик тулкинларни келтириб чикаради, улар химусни ичак буйлаб силжитади. Бу харакатлар ичак конунига асосланади. Бу конун W.M.Bouliss ва E.H.Starling (1899,1901) томонидан аникланган локал ичак реакциясида (ички интенционал лефликс) у шиллик мускуллар билан чегараланган. Перистальтик рефлекс изоляцияланган ичак сегментида содир булади ва денирвацияланган ичак (сегментида) петлиясида колади.

Ичакдаги асосий (базис) босим мускул деворини тонуси а корин девори босими Билан аникланади. Одамда у 8-9см сув.уст. ташкил килади. Деворларни кискариши ичак ичидаги босимни тебранишига олиб келади.

Хазм булиш жараёнидаги фаолият. Хазм булиш жараёнидаги ингичка ичакнинг моторлик фаолияти овкатнинг хусусиятларига боглик. Нон ва гушт ейилгандан сунг кучли кискаришлар пайдо булади, тонус ошади, бу жараён аччик ичакда 1-2 соат давом этади. Кейинги фазадан бошлаб моторли тулкинсимон сусайиши давом этади. Хазм булиш жараёни тугагунча. Ёгли овкат килгандан кейин 2-3 соат давомида куп фазали моторика содир булади, юкори амплитуда ва тонусли кискаришлар 3-8 мин утгандан сунг 4-7 мин давом этадиган тормозланиш Билан алмашинади.

Кейинчалик мотор активлигини кайта тикланиш содир булади, бушлик давлениясини амплитуда тебранишлари 1,4 мартага ошади. Кичик тинчлик даври келади: бушлик босимини параметри пасаяди. Актив хазм булиш тугаши Билан 30- минут давом этадиган давр бошланади, у ката булмаган амплитудага эга булган кискаришлар билан характер-ланади.

Ворсинкалар ва шиллик каватнинг харакатчанлиги, ворсинкалар харакатчанлиги тебранувчи харакатлар д-кискаришлардан хосил булади. Ворсинка харакатчанлиги воликинин таъсирида содир булади. Традикинин, каллидин ва элеоидин каби полипептидлар кискариш частотасини камайтиради.

Ичакни яллиғланиш касалликлари — бу икки касалликни умумий — ***носпецифик ярали колит (НЯК) ва Крон касаллиги***. НЯК 100 мингдан 25-50 тасида учрайди, Крон билан эса — 5-15.

Сурункали энтеритлар - ингичка ичак шиллик каватини яллигланиши ва дистрофик узгаришлардир. Этиологияси: уткир энтеритни нотугри даволашда келиб чикади, алиментар узгаришлар, гижжа инвазияси, амёбиаз, лямблиоз, дисбактериоз,нерв-психоген диарея. Куздан кечирганда: умумий ахволи уртача, метеоризм, тери окарган, тил кизарган, тил четларида Тиш урнилари бор. Пальпацияда: куричак гулдираш, киндик атрофида огрик. Ахлат текширганда: полифекалия, ранги окиш – сарик, шилимшик Билан келади. Ёг куп микдорда булади. Микроскопда текширганда: куп микдорда мускул толалари\креаторея\ куринади.

Сурункали колитлар - йугон ичак шиллик каватининг дистрофик узгаришлари Билан кечадиган яллигланиш булиб, бу йугон ичакни шира ажратиш, сурилиш ва бошка фаолиятини бузилишига олиб келади. Этиологияси: уткир инфекциялар, сурункали инфекциялар, экзоген ва эндоген захарланиш, паразит инвазиялар, неврозлар. Патогенезида: аутоаллерген ва аллергик узгаришлар ахамиятга эга. Беморнинг шикояти: ич келишини бузилишига, ич келишига сохта истак \тенезм\ кунига 8-10 мартагача, баъзан ич келиши билан котиши алмашиниб туради. Ирригоскопияда – ичак фаолияти бузилганлигини курсатади, чандикли кийшайиш кузатилади.Ретороноскопия, колоноскопия шиллик пардада кизариш, ёрик ёки яра борлигини аниклайди.

Крон касаллиги. Крон касаллиги дастлаб 1932 йилда ёнбош ичак терминал сохасининг носпецифик яллигланиши сифатида эътироф этилган. Кейинчалик эса олимлар томонидан бу жараён меъда - ичак тизимининг исталган сохасини огиз бўшлигидан тугри ичак сфинктеригача зарарлаши мумкинлиги тасдикланган. Касалликнинг ривожланишини тушунтирувчи вирусли, аллергик, жарохатли, юкумли назариялар мавжуд бўлсада, унинг сабаби ханузгача аникланмаган. Клиник манзараси. Касаллик тўсатдан коринда тўлгоксимон, кучли интенсивликдаги огриклар, тана хароратининг кўтарилиши, дармонсизлик билан бошланади. Иштаха бўгилиб, ич кетилади, жараён узок давом этса, беморлар озиб кетиши хам мумкин. Айрим беморларда абдоминал симптоматика тизза ва болдир-товон бўгимларидаги огрик билан кечади. Бўгимлардаги огриклар коринда огрик пайдо бўлмасдан хам бошланиши мумкин. Бўгимлар сохасида махаллий яллигланиш белгиларининг аникланмаслиги ушбу касаллик учун хосдир. Патологик жараён ён-бош ичакнинг терминал сохасида жойлашганда беморда ўткир деструктив аппендицитнинг клиник манзараси намоён бўлади. Объектив кўрик пайтида бемор ахволи огир, у пассив холатда ётади. Томир уриши тезлашган, тили курук, караш билан копланган. Корин пайпаслаб кўрилганда патологик жараён жойлашган сохада огрик ва мушаклар таранглиги аникланади, кўпинча перитонеал симптом ижобий аникланади. Кон тахлилида гиперлейкоцитоз, макроцитар анемия, гипокальциемия ва гипопротеинемия кайд этилади. Кескин ифодаланган профуз ич кетиши, бемор ахволининг огирлашиши ички окма яралар пайдо бўлганлигидан дарак беради. Яллигланган ичаклар тешилган пайтда таркалган перитонитнинг клиник манзараси юзага чикади.

Диагностикаси. Рентгенологик текширувда Крон касаллиги меъда ва 12 бармок ичакда аниқланса бўлса, антрал кисм деформацияси, инфильтрацияси, пилорик халка торайганлиги, 12 бармоқли ичак атонияси, перистальтика сустлиги кузатилади. Эзофагогастродуоденоскопияда атрофияга учраган шиллик кават фонида эрозиялар, кирмизи тусли дўнгликлар, полипга ўхшаш ўзгаришлар аникланади. Биопсия натижалари атрофик гастрит ва эпителиод гранулемалар борлигини кўрсатади. Жараён ингичка, йўгон ичакда жойлашган бўлса ташхис кўйиш қийин кечади ва кўпинча «ўткир корин», перитонит, ўткир аппендицит ташхиси остида килинган операция вактида аникланади.

Даволаш. Крон касаллиги меъда, 12 бармок ичакни зарарлаганда асорат бермаса, консерватив даво ўтказилади. Крон касаллигининг этиологияси ноаник бўлганлиги сабабли, даво тўкималардаги носпецифик реакцияни камайтириш ва ҳимоя кучларини кўпайтиришга каратилади. Бу максадда кортикостероидлар кўлланади. Стероид гормонлар билан салазосульфопиридинни (салкофальк, мукофальк) кўллаш фойда. Антибиотиклар, витаминлар комплекси, темир препаратлари, пепсин хам комплекс муолажалар таркибига киради. Меъдадан эвакуация килиш бузилганда, профуз кон кетганда жаррохлик усули қўлланади. Меъданинг 2/3 кисми резекция килинади. Бемор оксилга бой овкатларни ейиши, ёг, тузни иложи борича емасликка ҳаракат килиши лозим. Крон касаллиги ингичка, йўгон ичакни зарарлаганда ҳам консерватив терапия: стероид гормонлар, салазосульфопиридин, метрогил, антибиотикотерапия, витаминлар, оксил препаратлари (альбумин, плазма) тайинланади. Хасталик операция вактида тасодифан аникланса ва асоратлар (перфорация, кон кетиш, окма яра) бўлса, операция корин бўшлигини дренажлаш билан тугалланади. Операциядан кейинги даврда консерватив муолажа давом эттирилади. Агар шошилинч операция вактида асоратлар (перфорация, перитонит, кон кетиши, кўплаб ички окма яралар) борлиги маълум бўлса, зарарланган соха резекция килиб, олиб ташла-нади, ичаклараро анастомоз кўйилади. Беморларда операциядан кейинги давр одатда огир кечиб бунда турли хил асоратлар юзага келиши, бемор ҳаётига хавф солиши мумкин. Шу сабабли операциядан кейинги даврда беморларни эътибор билан парваришлаш ва режа бўйича килинадиган муолажалар беморнинг тузалиб кетишига имкон яратади.

Носпецифик ярали колит

Носпецифик ярали колит (НЯК) - йўгон ичакнинг огир касаллиги ҳисобланиб, шиллик каватда яралар ҳосил бўлиши, кон кетиши, тешилиш, ичак деворининг склерозга учраб, батамом бекилиб колиши каби асоратлар юзага келиши билан ўтадиган патология ҳисобланади. Касалликнинг сабаби ҳозирги пайтгача аник эмас. Адабиётда келтирилган этиологик омилларга кура ичак деворининг антигенлик хусусиятга эга бўлиб колиши, организм иммун реактивлигининг ўзгариши натижасида яллигланиш юзага келади, деган тахминлар ҳакикатга якинрок деб тан олиняпти. Касаллик ривожланишида ичак микрофлораси, овкат ва турмуш тарзининг ҳам роли юкори, деб баҳоланади, чунки антибактериал терапия (метронидазол, сульфасалазин) ва пархезнинг касалликни даволашдаги ижобий таъсири ҳаммага маълум.

Клиник манзараси. Касалликнинг кечиши огирлигига караб 3 турга бўлинади: енгил, ўртача огирликдаги, кескин ифодаланган огир тури. НЯК енгил даражали кечганда беморнинг ичи суткасига 4 мартадан кўп келмайди, ичакдан кон кетиши ва кориндаги

санчикли огриклар унчалик ифодаланмаган бўлади. Беморлар ўзларини нисбатан яхши ҳис киладилар. Колоноскопияда йўгон ичак шиллик каватида бир оз кизариш ва мўртлик (аппарат билан енгил контакт кон кетишига сабаб бўлиши мумкин) аникланади, айрим беморларда юзада жойлашган яралар ҳам борлиги маълум бўлади. НЯК ўртача огирликда кечганда беморнинг умумий ахволи огир бўлиб, у ўзини ёмон ҳис этади. Беморнинг ичи кунига 4 - 8 марта кон аралашиб келади, тана ҳарорати фебриль даражада (37,6 - 38оС). Беморларни қориндаги огриклар, анорексия безовта килади. Тана вазни 10% гача камаяди. Корин пайпаслаб кўрилганда йўгон ичакнинг зарарланган соҳасида огрик сезилади. Кон таҳлилида анемия, лейкоцитоз, ЭЧТ ошган, гипопротеинемия кузатилади. НЯК огир кечганда кунига 8 мартадан кўп дефекация, кон кетиши, тахикардия, коринда кучли огрик, анорексия, коринни пайпаслаганда мушакларнинг таранглиги, йўгон ичакнинг кенгайиб кетганлиги аникланади. Гавда вазни 10% дан кўпга йўкотилади. Кон таҳлилида кескин ифодаланган анемия, лейкоцитоз, ЭЧТ нинг ошган б°лади. Рентгенологик текширувда йўгон ичакда ҳаво борлиги, девори чўзилиб кетганлиги маълум бўлади. Колоноскопияда йўгон ичак шиллик кавати кизариб шишиб кетган, кўплаб яраларнинг тромб билан конланганлиги ёки улардан кон кетаётганлиги аникланади.

Даволаш. НЯК енгил кечганда сульфасалазинни кунига 3 - 6 гдан бериш уни ёки хукна ёрдамида юбориш тавсия этилади. Кўшимча диареяга карши дорилар ҳам кўлланади. Сульфасалазинга аллергик реакция бўлган холларда стероид гормонларни кўллаш максадга мувофик. НЯК ўртача огирликда кечганда беморларни албатта стационарда даволаш лозим. Парҳез оксил моддаларга бой (1 г/кг) бўлиши зарур. Диареяга карши препаратлар берилмайди, чунки токсик мегаколон ривожланиши мумкин. Стероид гормонлар, сульфасалазин 1 - 3 г билан хўкна ёрдамида юборилади ва кунига 1 - 2 г ичиш тавсия этилади. Инфузион, гемостатик терапия, дезинтоксикацион ва оксил препаратлари, гемотрансфузия ҳам комплекс даволаш таркибига киради. Касаллик огир даражада кечганда кўпчилик беморларга консерватив даво наф бермайди. Беморларнинг аҳволи борган сари огирлашиб боради, токсик мегаколон ривожланиб, ҳаётга хавф солади. Парентерал оксил препаратлари (1,5-2 г/кг), венага гидрокортизон 300 мг/сутка, клиндамицин 600 мг/кгдан кунига, тобрамицин 1,7 мг/кгдан ҳар 8 соатда, метронидазол, ампициллин 6 г/кг кунига белгиланади. Йўгон ичак узун найчалар билан интубация килинади. Кўп микдорда суюкликлар билан инфузион-дезинтоксикацион терапияси ўтказилади. Агар ичакнинг кенгайиб кетиши, мушаклар таранглиги 24 - 72 соат ичида сакланиб турса ёки янада кўпрок ифодаланса, колэктомия операциясини бажаришга тўгри келади. Радикал операция огирлик килинганда, илеостома кўйилиши ва ремиссия даврида колэктомия операциясини бажариш лозим.

Мавзу 30 .Қабзиятлар. Таъсирланган ичак синдроми, қариялар қабзияти ва йўғон ичак ўсмаларини таққослама ташҳислаш. УАШ тактикаси.

Таълим бериш технологиясининг модели

Машғулот вақти 6 соат	Талабалар сони : 10-12 тагача

Машғулот шакли	Амалий машғулот
Машғулот режаси	Кабзият этиологияси, патогенези, клиникаси Иситманинг клиник кечиш хусусиятлари. Диагностика ва дифференциал диагностика Ичак дисфункциясида даволаш.
қув машғулотнинг мақсади:	Қабзият билан кечувчи касалликларнинг киёсий ташхисоти.
Таълим бериш усуллари	Кўргазмали, суҳбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий, жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, комьпютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол – жавоб.

Амалий машғулотнинг технологик картаси.

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи (10 дақиқа)	1. Аудитория тозалигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	Тинглайдилар
1. Ўқув машғулотига кириш босқичи (15 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	Тинглайдилар Ёзиб оладилар
2 – асосий босқич (180 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. **Интерфаол усул** **“Галерея буйлаб тур” иш ўйинини ўтказиш усули:** **Иш учун зарур:** 1.Алохида варақда чоп этилган топшириқ вариантлари ва вазиятли масалалар тўплами. 2.Ҳар бир кичик гурухдаги талабалар сонига қараб, куръа ташлаш учун сонлар. 3. Ўйинни огзаки утказиш мумкин. (ёзма хам утказиш мумкин.) Бу усл орқали талабаларани билимини баҳолаш мумкин..	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар

	4. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 5. Слайдлар, мультимедиалардан фойдаланади 6. Даволаш ишларини олиб боради 7. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	
3. Якуний босқич (45 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами 240дақиқа 6 соат		

Мавзу баёни. Йугон ичак таъсирланиш синдроми ошкозон- ичак йули фаоллигининг бузилиши булиб, унинг пастки булимлари шикаситланиши билан намоён булади. Асосий белгилари- коринда огрик, кабзият, диарея. Клиникаси деярли хамма вакт бемор уйгоклигида ва стресс холатида ёки овкат еяётганда пайдо булади.

Учраши:

- Умумий популяциянинг 14-30% (болалар ва усмирларда кам учрайди)
- Касалликнинг усиши- йилига % 30-40 ёшлиларда касаллик энг кам учрайди.
- Купрок аёлларда учрайди (3:1)

Этиологияси ва патогенези. Ошкозон ичак йули силлик мушак хужайралари ёки нейрогуморал регуляцияда нуксонларнинг мавжудлиги.

Клиник белгилари.

- Куп холларда диарея
- Кабзият ва коринда огрик
- Диарея ва кабзиятнинег навбатма-навбат келиши
- Кориндаги турли даражадаги огрик, овкат ейиш, стресс, жисмоний иш билан боглик, эрталаб ва кундузи пайдо булади. Дефекациядан ва газ чикиб кетгандан кейин огрик пасаяди. Уйку вактида ва ётганда огрик интенсивлиги камаяди ёки умуман огрик булмайди.
- Ич келишининг бузилиши, кабзият, диарея ёки уларнинг кетма-кет келиши.
- Ахлатда шиллик булиши, кон йуклиги.
- Ичакнинг тулик бушамаганини хис килиш.
- Метеоризм
- Бош огриги
- Ноадекват асаб-вегетатив реакциялар ва улар билан боглик юрак уришининг кучайиши, чарчок, дармонсизлик, уйкусизлик, сержахлллик, парестизия
- Депрессия , безовталаниш.

Лаборатория ташхиси. 1.Кон тулик тахлили. 2.Сийдик умумий тахлили. 3. Копрограмма.

Махсус текширувлар. Корин бушлиги УТТ. Ирригография. Зарурат булганда ФЭГДС. Колоноскопия- аппарат киритилганда ва хаво юборилганда купинча ичак спазми ва огрик пайдо булади. Кчсиз гиперимия ва анчагина шиллик борлигини аниклаш мумкин.

Олиб бориш тамойили

- Бемор кутара олмайдиган махсулотларни истисно килган холда пархез.
- Беморга психоэмоционал таъсир курсатиш. Седатив препаратлар, транквилиза-торлар, антидепрессантлар.
- Ичак фаолиятини бузилишини коррекциялаш. Кабзиятда - усимлик клечаткасига бой пархез, етарли микдорда суюклик ичиш. Диарея синдромида- лоперамид аввал 4мг, кейин хар бир ичи суюк утганда 2мг ёки 2,5-5мгдан дифеноксилат-атропин.
- Огрик синдромида миотроп таъмир курсатувчи спазмолитиклар.

Йугон ичак усмалари статистик маълумотлари. Йугон ичакнинг узунлиги 2 м гача этади. У 4 кисмга ажратилади: куричак,чамбар ичак,сигмасимон ичак ва тугри ичак. Бу кисмларнинг саратон билан касалланиши бир хил эмас. Охирги маълумотларга кура,усма урта хисобда 12% холда кур ичакда,8% чамбар ичакда,15% - сигмасимон ичакда ва 65%-тугри ичакда кузатилади. Дунёда йугон ичак саратони энг куп АКШ (хар 100 минг ахолига 15 та бемор Данияда 96%) ва Бельгияда 71% учрайди. Узбекистонда йугон ичак саратони билан касаланиш курсаткичи нисбатан паст – 3,7% (1998 йил), лекин 1993 йилга нисбатанбир оз купайган – 3,3.).

Касаллик сабаблари. Усмаларнинг келиб чикишига овкат ва сув билан ичакка тушган (минерал угитлардан (селитрадан) ичак бактериал флораси таъсирида) кучли концероген моддалар (нитроза бирикмалари), ут кислоталари, ичак чикиндиларининг концерогенлик хусусияти, оксиллар ва ёгларга бой булган овкатларни купрок истеъмол килиш сабаб булади.

Иктисодий ривожланган мамлакатларда хайвон гушти ва сунъий кушимчаларга бой овкатларни куп микдорда истеъмол килиш хам йугон ичак саратони билан касалланишга сабабчи булиши тасдикланган. Витамин А ва С га бой булган усимлик клетчаткаси купрок истеъмол килинганда эса бу аксинча, канцерогенезнинг сусайиши кузатилади. Саратон касаллигининг келиб чикишида маълум даражада ирсий омиллар хам рол уйнайди. Якин кариндошлар уртасида бу касалликнинг купрок кузатилиши буни тасдиклайди.

Усма олди касалликлари. Йугон ичак саратони купрок холларда полиплардан ривожланади. Полиплар шиллик парданинг безли эпителийси ва унинг остидаги кушимча толали тукимадан пайдо булади. Аденоматоз полиплар йугон ичакнинг усма олди касал-ликларига киради.улар думалок шаклда, оч-кизил рангда, юмшок консистенцияли,нозик ёки йугон асосли, текис ёки бахмалсимон юзали булади. Бу полиплар аксарият холларда тугри ичакда, ундан кейин эса сигмасимон, кур ва пастга тушувчи чамбар ичакда учрайди. Полиплар бир ёки бир неча булиши мумкин. Уларнинг улчами бир неча миллиметрдан 3-4 см гача ва ундан ортикрок булади. Уларнинг улчами катталашиши билан дисплазия даражаси ва хавфли усмага айланиш эхтимоли хам орта боради. Диаметри 1 см гача булган полиплар камдан – кам хавфли усмага айланса, улчами 2 см дан катта булганлари 40-% холларга саратонга айланади.

Йугон ичакнинг облигат усма олди касалликларига диффуз (оилавий) полипоз касаллиги киради. Бу касаллик купинча саратонга айланади. Касаллик наслдан-наслга утиб, ёш кишиларга хам полипоз сифатининг ёмонлашиши ва хавфли усма пайдо булиши кузатилади. Йугон ичакнинг сургичли усмалари, ёлгиз полиплари, специфик булмаган ярали колит ва Крон касаллиги факультатив усма олди касалликларига киради.

Патоморфологик тузилиши. Усиш шаклига караб экзофит ва эндофит усмалар фаркланади. экзофит усмалар полип, тугун ёки сургичли шаклдаги тузилма булиб, гулкарамни эслатади ва ичак бушлигига усиб киради. эндофит (инфильтратив) саратон асосан ичак девори ичига усади. **Клиникаси;** купчилик холатларда бу усмалар рентгенологик, эндоскопик текширишлар пайтида тасодифий топилмалар булиб клиник белгилари булмайди. Полипларнинг хажмлари катта булганда, яраланиши, конаши холларида нажасда кон ва шилимшик ажралади. Айрим холларда ичакларнинг тутилишини келтириб чикариши мумкин. Аденоматоз полиплар облигат саратон олди касалликларига киради ва 20% холатларда малгинизация. Факультатив усма олди касалликларига липома, гемангиома, дивертикуль, леомиома ва х.к киради. Ташхис куйиш; полипларнинг диагностикасида рентгенологик текширишларнинг ахамияит бекиёс булиб айланасимон, кирралари ва чегаралари текис мусбат тукима-хосиллари куринади. Полипларнинг оёкчалари узун булганда сурункали инвагинацияга сабаб булади ва бу холатни рентгенологик текшириб аниклаш мумкин. Полипларни текширишда ректороманоскопия, калоноскопия килиниб гистологик текшириш учун биопсия, цитологик текшириш учун суртмалар олинади. **Даволаш.** Полиплар асосан жаррохлик йули билан даволанади. Сигмасимон ичак полиплари асосан ректороманоскоп оркали олиниб гистологик текшириш утказилади. Йугон ичакнинг бошка булимларида полип ва полипиз булганда лапоратомия килиниб, полиэктомия, резекция айрим холларда (оилавий полипозларда ва сургичли- ворсинчатий полипларга) гемиколонэктомия операцияси бажарилади. Ноэпителиал хавфсиз усмалар; буларга фибромалар, миомалар, ангиомалар ва липомалар киради. Бу усмаларнинг бошлангич даврида клиник белгилари булмайди. Операция пайтида тасодифий хосилалар топилади. Усмаларнинг хажми катталашганда, кечиктирилган даврларида ичакдан кон кетиш холлари ёки уткир тутилиши пайдо булади. Бу усмалар кам малигнизацияга учрайди. Даволаш асосан усмаларни жаррохлик йули билан олиб ташлаш, айрим пайтларда ичак резекцияси операцияси бажарилади.

Хавфли усмалар.

Йугон ичак саратон касаллиги; ошкозон ичак усмалари орасида 4-уринни эгаллайди. Охирги 10 йилликларда бу касалликнинг усиши кузатилаяпти ва купинча кекса ёшдаги кишиларда, нисбатан аёлларда купрок учрайди. Йугон ичакнинг саратон касаллиги билан касалланиш чап томонда унг томонга нисбатан купрок учрайди. Сигмасимон ичакда 40% кур ичак сохасида 25% саратон касаллиги учрайди. **Этиологияси ва патогенези**; йугон ичакнинг кайси кисмида нажас куп ушланиб турса, шу кисмда саратон касаллиги куп учрайди. Нажас таркибида индол, скатол ва гуанидил сингари эндоген канцероген моддалар учрайди. Кабзиятга учраган беморларда нажаснинг ичак шиллик каватидаги контраскт вакти купаяди, нажасида канцероген моддаларнинг шиллик каватга сурилиши купайиб усма трансформациясини чикаради. Сурункали колитлар, полипозлар

усма олди касалликларига киради. Патологик анатомия; усма бошлангич боскичида полипсимон ёки замбуруксимон холатда булиб емирилиш (распад) бошланади ва усма чегаралари нотекис, юзаси улик (некроз) кулранг парда билан копланган ярага айланади. Хамма деворларига усганда ичак бушлиги торайиб ичакнинг тутилиши пайдо булади. Унг томон кундаланг – чамбар кисмларида асосан экзофит турлари, чап ярмида эса ярали – сизувчи тури купрок учрайди. Йугон ичак саратон касаллигини морфологик туттилишини караганда; Аденокарцинома – (60-70 %) , солидли – (10-12%) ва шилликли – (12-15%) учрайди. **Клиникаси;** йугон ичак усмасининг клиникаси кайси касалликлардан сунг пайдо булганлигига ва ичакнинг кайси кисмида жойлашганлигига боглик. Куп вакт давом этган йугон ичак колитлари ва полипознинг белгилари саратон касаллигига утаётган пайтда анча кучаяди. Усма йугон ичакнинг унг томонига ва хусусан кур ичак кисмида булса, купинча интоксикация ва камконликга хос умумий белгилар юзага чикади. Сигмасимон ичак усмаларида купинча махаллий белгилар ва тутилиши белгилари купрок учрайди. Клиник амалиётнинг курсатишича, йугон ичакнинг унг ярмида жойлашган усма-ларнинг намоён булиш даражаси чап ярмидагилардан фарк килади.

Йугон ичак саратонининг эрта белгилари (%)

Белгилари	Ичакнинг унг ярми	Ичакнинг чап ярми
Огрик	90,0	35,8
Иштаханинг юколиши	59,7	10,4
Кунгил айниши	40,7	9,4
Кекириш	21,8	6,6
Кусиш	6,3	1,9
Коринниг дам булиши ва кулдираши	6,9	38,7
Кабзиятлар	9,2	46,2
Ич кетиши	4,1	8,5
Ич тутилиши	1,7	19,8
Ажралмалар (кон,шиллик)	-	30,2
Анемия	68,4	4,7
Иситма чикиши	18,9	16,0
Холсизлик	10,9	8,5
Озиш	2,9	7,5
Пайпасланадиган усма	10,2	0,9

Жадвалдаги маълумотларга кура, йугон ичакнинг унг ярми саратонида купчилик беморларда огрик, иштаханинг йуколиши, кунгил айниши, кекириш,кусиш, анемия, холсизлик ва пайпаслаб топиладиган усма учрайди. Бунда ичакдан конли ёки шиллик ажралма келиши кузатилмайди. Саратон йугон ичакнинг чап ярмида булса, корин дам булиши ва кулдираши, кабзият, ич кетиши,ичак тутилиши, конли ёки шиллик ажралмалар ва озиш кузатилади. Иситма чикиш аломати одатда саратоннинг жойлашишидан катъий назар бир хилда учрайди. Йугон ичакнинг унг ярми саратони учун касалликнинг аста-секин зурайи-

ши хосил булиб, клиник белгиларининг сони ва ифодаланиши усиб боради. Чап булим усмаларида бундай конуният хам кам кузатилиб, купинча касаллик тусатдан ичак тутилиши билан намоён булади.

Клиник манзарасининг хусусиятига караб йугон ичак саратони 6 хил клиник шаклга эга булади: токсик- анемик, энтероколит, диспептик, обтурацион, сохта яллигланиш ва усма.

Токсик анемик шакли. Нохушлик, холсизлик, тез чарчаш,иситма кутарилиши,тери копламларининг окимтирлиги ва кучайиб бораётган анемия ривожланиши билан намоён булади.

Энтероколит шакли. Доимий огрик, ич бузилиши, узок вакт гох кабзият, гох ич кетиши, кориннинг дам булиши ва кулдираши, ичакдан шиллик, конли ёки йирингли ажратма келиши билан ажралиб туради.

Диспептик шакли. Меъда ичак йулининг диспептик бузилишлари; коринда огрик, иштаханинг пасайиши, кунгил айниши, кекириш, вакти-вакти билан кайд килиш эпигастрал сохада огрик ва дам булиши билан фаркланади.

Обтурацион шакли. Эрта ичак тутилиши билан ифодаланади. Биринчи навбатда коринда дастлаб унча кучли булмаган,симиллаган, жойлашуви аник булмаган огрик пайдо булади. Вакт утиши билан улар кучайиб нажас ва газларнинг тутилиши билан кечадиган хуружлар кузатилади. Хуружларнинг кайталаниши ва уларнинг доимийлиги аста-секин усиб боради, кейинчалик сурункали ичак тутитилиши кузатилади. Хуружларнинг бирида бутунлай обтурацион ичак тутилиши юз беради.

Сохта яллигланиш шакли. Корин бушлигида яллигланиш жараёнини эслата-диган белгилар: унг томонда огрик,корин девори мускулларининг таранглашиши, харорат кутарилиши, лейкоцитознинг усиши ва эритроцитлар чукиш тезлигининг кучайиши руй беради.

Усма (атипик) шакли. Бошка клиник белгилар кам ифодаланган холда пайпаслана-диган усма борлиги билан фарк килади. Беморнинг узи ёки врач курик утказаётган чогида усмани тасодифан аниклайди. Анамнез йигиш пайтида, усма аникланишидан бир неча ой бурун бемор ахамият бермаган ичакка тааллукли шикоятлар борлигини аниклаш мумкин.

Ташхисоти: клиник текширишларга сураб-суриштириш, объектив текширишлар, тугри ичакни бармок билан текшириш, лаборатория ва рентгенологик текширишлар хамда ретороманоскопия ёки колоноскопия оркали биопсияга материаллар олиш киради.

Сураб суриштириш. Беморнинг шикоятлари ва анамнези батафсил урганиб чикилиши керак. Бунда симптомларнинг тавсифи, пайдо булиш вакти, кетма – кетлиги ва динамик ривожланишига эътибор берилади. Касаллик клиник манзарасининг хусусиятлари тахлил килинганда, сурункали ичак касалликлари бор беморларда саратон пайдо булиш эхтимолини хисобга олиш керак. Йугон ичак саратони борлигига шубха килинадиган «хавфли белгиларга»:

- коринда ёкимсиз хис пайдо булиши,унинг тулиб кетиши, дам булиши, огрик безовта килиши;

- кабзият ёки ич кетиши, дефекациядан кейин ичакнинг тулик бушамаганлик хисси, ёлгон чакирувлар;

- нажасда кон, шиллик ёки йиринг булиши;
- иштаханинг ёмонлашиши, холсизлик, кунгил айниши, анемия кузатилиши;
- сабабсиз иситма чикиши;
- пайпаслаганда усма борлиги;

Объектив текширишлар пайтида беморнинг териси ва куринадиган шиллик пардаларининг рангига эътибор берилади. Тери ва шиллик каватларнинг рангсизлиги йугон ичакнинг унг ярми саратони туфайли ривожланган анемия борлиги фикр юритишга олиб келиши мумкин. Корин текшириб курилганда баъзида ичакнинг торайишдан юкори кисмининг купайган перистальтикаси кузга ташланади. Корин девори шалпайган булса, усма устидан шишни пайкаш мумкин. Перкуссия килинганда усма устига бугик товуш хамда корин бушлигида эркин суюклик борлигини аниклаш мумкин. Аускультация пайтида усма сохаси ва ундан юкорида аникланган кучайган кулдираш ичак стенозидан дарак бериши мумкин.

Усмага шубха килинганда беморни чалканча, унг ва чап ёнбошга ёткизган холда корни пайпасланади. Куричак, юкори ва пастга тушувчи чамбар ичакнинг усмаларини аниклаш енгилрок. Кундаланг, чамбар ва сигмасимон усмалари ушбу ичак булимларининг кузгалувчанлиги туфайли пайпаслаш пайтида бармоклар остига чикиб кетиши мумкин. Купрок экзофит усмаларни пайпаслаш мумкин. Эндофит усмаларда эса бунинг илажи камрок. Тугри ичакни бармок билан текшириш усули ичаклар фаолияти хар кандай бузилганда хам зарурий хисобланади.

Лаборатория текширувлари. Кон тахлили ва нажасни яшириш конга текшириш диагностик ахамиятга эга. Коннинг умумий тахлили эритроцитлар чукиш тезлиги кучайганлигини, гипохром анемия, баъзи беморларда эса ёндош яллигланиш жараёнлари борлигидан дарак берадиган лейкоцитозни аниклаб беради.

Конни саратон – эмбрионал антигенга (СЭА) текшириб куриш лозим.

Нажасни яшириш конга тахлил килиш йугон ичакда саратон касаллиги борлигини аниклаб беради. Яширин конга текширишнинг техник жихатдан осонлиги уни ахолии уртасида ёппасига профилактик куриклар утказишда имкон яратади.

Ректороманоскопия. Бу йул билан тугри ва сигмасимон ичакнинг бошлангич усмалари аникланиб, гистологик текширишга материал олинади. **Рентгенологик текшириш.** Хозирги вактгача йугон ичак саратонига ташхис куйишда бу асосий усул булиб, колмокда. Текширишнинг максадларига караб хар хил усуллар кулланилади. Булар ичида етакчи усул ирригоскопия усули хисобланади. Йугон ичак саратонининг учта асосий рентгенологик белгиси бор: ичак барий билан тулдирилганда нуксон борлиги, чеккалари кутарилганлиги, уртасида чукурча борлиги, ясси нуксон хосил булиши, ичак бушлиги хаво билан кенгайтирилишга харакат килинганда ригид деворли ичакнинг циркуляр торайиб колиши.

Колоноскопия – йугон ичакни эндоскоп билан куриш усулидир.

Сонография – ультратовуш усули сунгги йилларда йугон ичак (купрок тугри ичак) саратонини аниклашда кенг кулланилмокда. Сонография утказилиши усмани аник жойлашиши, ичакнинг узига ёки унинг ташкарисига таркалиши, жигардаги метастазлар, ичи-

да рецидив (кайталаниш) пайдо булишини аниклаш ва даволаш самарадорлигини билишда ахамиятга эга.

Компьютер томография. Йугон ичани диагностик текширишла жуда мухим маълумот беради. Жумладан, усма атрофидаги томирлар,тукималар ва аъзолар билан касалликни бевосита муносабати, уларга усиб кириши, метастазлар борлиги ва бошкаларни бу усул аник курсатиб беради.

Радионуклид –сцинтиграфия. Йугон ичак саратонининг радикал операция килишдан олдин жигарда унинг метастазлари бор ёки йуклигини аниклашда яхши ёрдам беради.

Бармок билан текшириш. Бу – ичак деворининг курсаткич бармок билан пайпаслаб куриш усулидир.

Тугри ичакда хар кандай бузилишлар булганда хам албатта бармок билан текшириш зарур. Бу усул корин бушлиги касалликларида пайпаслаш ёки упка касалликларида аускультация килиб куришдек зарурий усул хисобланади. Бармок билан текширмасдан ташхис куйиш купол хато хисобланади. Йугон ичак саратонини поликлиника шароитида эрта аниклаш учун 40 ёшдан ошган кишилар текширилшагда куйидагилар бажарилиши керак: анкета усули, ахлатни яширин конга тахлил килиш ва тугри ичакни бармок билан текшириш. Бу комплекс усул билан 40% гача йугон ичак ва тугри ичак саратон билан огриган беморларни аниклаш мумкин. Йугон ичак саратонининг якуний ташхиси патоморфологик текширишсиз куйилмайди. Факат цитологик ёки гистологик тахлиллар асосида саратон борлиги тугрисида хулоса килинади ва унинг ривожланиш боскичлари ва таснифи тузилади. **Даволаш:** Йугон ичак усмаларини даволаш асосан жаррохлик йули билан аникланади. Операция хажми, харкатери усманинг жойлашганлигига (жойига), таркалиш даражасига, морфологик пайтида абластика максадида, туткич ва корин пардаси ортидаги ёг клетчаткаси ва лимфа тугунлари билан биргаликда олиб ташлаш лозим. **Прогноз;** Касаллик вактли аникланганда ва радикал операция килинганда якуний натижаси яхши. Радикал операция килинган бемор-ларнинг 60-70% и 5 йилдан куп яшайди.

Тугри ичак усмалари: Хавфсиз усмалар; Бу усмалар уз навбатида эпителиал ва ноэпителиал усмаларга булинади. Хавфсиз ноэпителиал усмалар асосан бириктирув-чи, мушак, ёг тукимаси,кон ва лимфатик тукималардан усади. эпителиал хавфсиз усмалар ичакнинг шиллик каватидан усади. Хавфсиз усмаларни даволашда асосан жаррохлик усуллари кулланилади. (Эл.коагуляция, эл. иссечение, айрим холларда резекция операциялари бажарилади).

Тугри ичак саратон касаллиги. Тугри ичак саратони касаллиги ичак усмаларининг80% ини, бутун усмаларнинг 4-6%ни ташкил килади. Ёмон сифатли усмаларнинг 99% саратон касаллиги ва 1% ни саркома касаллиги ташкил этади. Юз минг ахолии орасида 7 нафари тугри ичак саратони касаллиги билан касалланади. Бу касаллик аёллар ва эркакларда бир хил учрайди ва кекса ёшдаги кишилар купрок касалланади,лекин бу касаллик ёшларда (20-30 ёш) хам учрайди.

Патогенези; Касалликнинг келиб чикишида полипларнинг хусусан оилавий полипозларнинг ахамияти катта. Бундан ташкари кабзиятнинг хам (хафтада 1-2 марта нажаснинг чикиши) касаллик ривожланишига ахамияти катта. Нажаснинг ичакларда туриб колиши, шиллик кават билан узок вакт контакда булиши (индол, скатол, гуанидин) ва бу мода-

ларнинг шиллик каватга ва эпителиал хужайраларга таъсири усма патогенезида ахамияти катта. Бу моддалар эндоген концероген моддалар хисобланади ва сурункали яллигланиш жараёнида, геморойда эпителиал хужайраларининг усма хужайраларига утишини таъминлайди (Злокачественная трансформация клеток). Усма олди касаллигига аденоматоз полиплардан ташкари,сурункали дизентерия ва проктитлардан кейинги яралар киради. Маълумотларга караганда яраларнинг 12% саратон касаллигига олиб келар экан. Орка чикарув тешиги сурункали ёриклари анал сохаси саратон касаллигига олиб келади.

Клиникаси; Тугри ичак саратони касаллигини клиник куриниши усманинг жойлашган урни ва анотомик тузилишига (типига) боглик. Бошлангич белгиларидан нажасда кон ва шиллик мода пайдо булиши, шу билан бирга дефекция вактидан сунг тулик коникиш хосил килмаслик,ичакнинг тулик бушамаслигини сезиш белгилари хам илк белгиларига киради. Вакт утиши билан аста-секин кориннинг пастки кисмида,думгаза ва орка чикарув тешиги сохасига огрик пайдо булади. Шу билан бирга ичак бушлигини торайиши нажасида нажаснинг таматсимон шаклда булиши, тез-тез ташкарига чикиш сезгилари учрайди. Нажасининг ичакларда утмай колиши, кориннинг шишишига олиб келади. инфекция кушилиб проктит белгилари пайдо булади. Пастки ампуляр, урта ампуляр ва юкори ампуляр саратон касаллиги белгилари тасвирланган таблица курсатилади. Беморнинг умумий ахволи усманинг кечиктирилган даврларида, узок вакт кон кетиб камконлик булган холатларда, усманинг емирилиши нажасида тана харорати кутарилганда,инфекция кушилганда ва сурункали ичак тутилиши кушилганда огирлашади. Бемор озий бошлайди, терилар окаради, кулранг тусни олади.

Ташхис куйиш; Шикоятларини аник йигиб тугри бахолаш,нажас билан чиккан аралашмаларни куриб, тугри ичак усмасига гумон килиб, бармок билан куриш, ректороманоскопия ва рентгенологик текширишлар уткази-лиши лозим. Курсаткич бармок билан тугри ичакнининг обдон текшириш 80% гача аник ташхис куйишга ёрдам беради. Ичак ва корин бушлиги аъзолари томонидан дискомфорт сезадиган беморларнинг тугри ичагини бармок билан курмаслик шифокорнинг катта хатога йул куйганидир.

Ректороманоскопия – бу усул усмани куз билан куришга бармок оркали олинган маълумотларни тасдиклашга,юкори кисмда жойлашган усмаларни куришга,ичак шиллик каватида булган бошка усмаларни топишга ва усмадан биопсия олишга имконият яратади. Ректоскоп аппарати билан сфинктерда 25-30 см.масофадаги ичак бушлигини куриш мумкин. Ректоскопияда беморлар махсус тайёрланади. Маъруза пайтида куриш хоналарида ректорманоскопия усулларини куз билан куриш, бармок билан текшириш ва ректоскопия тугрисида, унинг ахамияти тугрисида тухталиб утилади.

Ирригоскопия ва ирригография; усулларини тугри ичак усмаларининг ташхисида ахамияти катта. Ирригограммада усманинг чегараларини,контурларини, ичак бушлигини торайишини, полипларнинг бор йуклигини, бошка жойда жойлашган усма хосилларини куришга имкон беради. Усманинг сизувчи турларида, бу усулда тулиш дефектлари куринмайди, аммо ичак деворининг ригидлиги,шиллик кават релъефларининг текисланиши кузатилади.

Даволаш; Тугри ичак усмаларини даволашнинг асосий йули хирургик хисобланади.

Нур билан даволаш асосан кечиктирилган боскичларида паллиатив ва ясси хужайрали анал соха саратон касалликларида радикал даволаш усули сифатида кулланилади. Кимёвий дорилар билан даволашда фторурацил ва фторафур кенг кулланилмокда. Бу препарат асосан 0,5 ёки 1,0% ли эритма сифатида вена оркали томчи усули билан (5% ли глюкоза эритмаси 400 мл.) кунора юборилади. Даволаш курсига 25гр-30гр ишлатилади.

Касалликни олдини олиш. Йугон ва тугри ичак саратонинг бирламчи профилактикаситугри овкатланиш,яъни таркибида этарли микдорда овкат клетчаткаси, витамин А ва С га бой булган сабзавот ва меваларни истеъмол килишдир. Иккиламчи профилактикаси диффуз полипоз, сургичли усмалар,купчилик ва ягона полиплар, ярали полип ва сурункали касал-ликларга чалинган беморларни уз вактида аниклаш, даволаш ва диспансеризация килишдан иборат.

НЕФРОЛОГИЯ

Мавзу 31. Дизурия. Сийдик кислотали диатез, цистит, ўткир ва сурункали пиелонефритларни таққослама ташҳислаш. УАШ тактикаси. Тор мутахасисга ёки шифохонага йўлланма бериш. ҚВП ёки ҚОП шароитида даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш. Профилактика тамойиллари.

Таълим бериш технологиясининг модели

Машғулот вақти 6 соат	Талабалар сони : 10-12 тагача
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Машғулот режаси	Дизурия этиологияси, патогенези, клиникаси Сийдик кислотали диатез, цистит, ўткир ва сурункали пиелонефритларни таққослама ташҳислаш.
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Дизурия билан кечувчи касалликларнинг киёсий ташхисоти.
Таълим бериш усуллари	Кўргазмали, суҳбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий, жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, комьпютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол – жавоб.

Амалий машғулотнинг технологик картаси.

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи (10 дақиқа)	1. Аудитория тозалигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	Тинглайдилар

1. Ўқув машғулотига кириш босқичи (15 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	Тинглайдилар Ёзиб оладилар
2 – асосий босқич (120 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. **Интерфаол усул** **“Галерея буйлаб тур” иш ўйинини ўтказиш усули:** **Иш учун зарур:** 1.Алохида варақда чоп этилган топшириқ вариантлари ва вазиятли масалалар тўплами. 2.Ҳар бир кичик гурухдаги талабалар сонига қараб, куръа ташлаш учун сонлар. 3. Ўйинни огзаки утказиш мумкин. (ёзма хам утказиш мумкин.) Бу усл орқали талабаларани билимини баҳолаш мумкин.. 4. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 5. Слайдлар, мультимедиалардан фойдаланади 6. Даволаш ишларини олиб боради 7. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
3. Якуний босқич (45 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами 200 дақиқа 6 соат		

ЦИСТИТ—Сийдик пуфагини яллигланиши булиб, турли ёшларда учрайди, лекин купрок кари ёшдаги аёллар орасида кузатилади.

Этиологияси. Асосий уринни инфекция эгаллайди. Патоген бактерияларни аёлларни сийдик пуфагига кириши асосан уларнинг сийдик ажратиш аппаратини узига хос тузилишидир, яъни уларда уретра калта ва кенг, хамда кин ва тугри ичакга якин жойлашганлигидир. Циститни келиб чикишида сийдик пуфагидан сийдикни чикиб кетишини кийинлашуви, дефлорация, хомиладорлик, тугруклар, жинсий органларни яллигланиш касалликлари, совук котиш, кабзият, сийдик пуфагини таъсирлантирувчи

дори воситаларни куп кабул килиш (гексаметилентетрамин—уротропин), кичик чанок органлари усмаларида нур билан даволашда уни нурланиши сабаб булиши мумкин.

Организмни ва сийдик пуфагини шиллик каватини каршилиги яллигланишни олдини олишда ката ахамиятга эга. Махаллий кон айланишни бузилиши, бактерияни юкори вирулентлиги ва уни сийдик пуфагида качон кирганлиги циститни пайдо булишига сабаб булади. Купинча аёлларда сийдик пуфаги инфекцияси уларнинг жинсий хаёти билан боглик булади (жинсий хаётни гигиенасига риоя килиш ва жинсий алокадан олдин ва кейин сийдик пуфагини бушаши инфекция киришини камайтиради). Эркакларда циститни пайдо булиши простатит (уткир ва сурункали), уретра стриктураси, простата бези аденомаси, тош ёки простата бези ва бошка жинсий органларни раки сабаб булади. Сурункали циститни сабаблари эркак ва аёлларда сийдик пуфаги тоши, усмаси, лейкоплакия ва сийдик пуфаги сили булиши мумкин, лекин бундай «сурункали цистит» иккиламчи хисобланади, бунинг асосида эса сийдик пуфагини бошка касалликлари ётади, буни эса врач уз вактида аниклаши лозим.

Симптомлар, кечиши. Сийдик пуфагини яллигланиши тусатдан пайдо булиши мумкин, лекин купинча бу касаллик секин-асталик билан ривожланади. Бунда бемор дискомфорт хисси, уретра сохаси, хамда ораликда сийдик ажралганда ачишиш ва кичиш кузатилади. Ковук усти ва оралик сохасидаги огрик, дискомфорт хисси сийдик ажралгунча ва ундан кейин хам давом этади. Сийиш тез-тез, огрикли, хар сийдик ажралиларда унинг микдори камайиб боради. Айрим вактларда сийдик ажралишини охирида сийдикни ранги конли булади. Сийишлар императив, айрим пайтларда сийдикни саклай олмаслиги мумкин. Тана харорати купинча нормал, камдан-кам холларда субфебрил булади.

Ковук усти сохани пальпация ва перкуссия килинса огрик кузатилади, асосан болалларда корин парда олдинги девори мушаклари таранг эканлигини аниклаш мумкин. Уткир циститда сийдикда куплаб лейкоцилар ва эритроцитлар булиши унда кам микдорда оксил борлигидан далолат беради. Бактериурия доимо инфекцион циститда кузатилади. Бошка сийдик йуллари инфекцияси каби уткир циститда хам бактериурияни даражасини аниклашни ахамияти каттадир. 1 мл сийдикда 100 000 микробдан ортик таначаларни топилиши жараённинг уткирлигидан далолат беради. Циститда умумий кон тахлилида уртача лейкоцитоз ва ЭЧТ ошади.

Текшириш усуллардан энг ахамият касб этадигани, сийдикни экиш ва флорани антибиотиклар ва химиотерапевтик препаратларга сезувчанлигини аниклашдир. Бу текшириш усули циститда антибактериал терапияни рационал олиб боришда ахамияти каттадир, лекин бу усулни 48 соат кутиш лозим. Агарда сийдик стерил чикса, унда бу тахлил сийдик йулари силидан далолат берувчи диагностик ахамиятга эга буладиган усул хисобланади.

Кечиши. Уткир цистити бор бемор тинчлик саклаши лозим, иссик тутиши, иложи борича ёток режимда булса яхширокдир. Ковук сохасига исик грелка, иссик утирувчи ванналар огрикни камайтиради. Уткир овкат махсулотлари, маринад, консервантлар, уларга сут билан бирга чой ичиш буюрилади. Сийдик хайдовчи воситалар умуман буюрилмайди, чунки булар антибактериал препаратларни сийдикдаги микдорини камайтиради. Асосий

даво антибактериал препаратлар хисобланиб, сийдикни экмасинин жавобини кутмасдан кенг куламдаги, самараси юкори булган антибиотиклардан унумли фойдаланиш лозим буларга бактрим (бисептол), кириб, 2 таблетка кунига 2 марта бериш керак. Тахлилни натижаси келгандан сунг бошка препаратга алмаштирилади ва буларга невиграмон 0,5 г дан кунига 4 марта, фурадонин по 0,1 гдан 4 марта ва фурагинп 0,1 г дан кунига 3 марта берилади. Давони давомийлиги 5—10 кунгачадир. Агарда касаллик узок вакт давом этса ва бактериурия аникланса (1 мл сийдикда 100 000 дан ортик микроб таначалари), унда антибиотиклар берилади.

Профилактика: Шахсий гигиена коидаларига риоя килиши, жинсий органлар ва ораликни тоза саклаши, кабзиятни ва гинекологик касалликларни уз вактида даволаш лозим.

Ўткир ва сурункали пиелонефритлар ва гломерулонефритлар диагностикаси.

Пиелонефрит яллигланиш жараёни булиб, бунга факат буйрак косачалари ва жомлари эмас, балки буйрак паренхимаси, купинча интерстициал тукималар хам жалб килинади. Эркаклардан кура аёллар бу касалликка мойил буладилар. Касаллик хомиладорлик даврида (40 ёшгача) купрок учрайди. Купинча пиелонефрит болалик ёшида бошланади. Етук ёшдагиларда купинча бу касаллик болалардаги даволанмаган касаллик давоми булиши мумкин.

Бирламчи ёки асоратсиз пиелонефрит, иккиламчи асоратланган, юкорига кутарилувчи пиелонефрит фаркланади. Бирламчи пиелонефритда буйрак ва сийдик йуллари узгармайди. Иккиламчи пиелонефрит асосида сийдик йулида сийдик харакатига халакит берадиган органик ёки функционал жараён ётади. Бирламчи пиелонефрит иккиламчисига караганда анча кам учрайди.

Этиологияси: Пиелонефритни купинча ичак таёкчаси энтерококк, протей, стафилококк, стрептококк келтириб чикаради. Пиелонефрит бошланишидан аввал бактериурияни кузатиш мумкин. Организмни инфекцияга сезувчанлигини пасайиши, бошдан кечирган касалликлар, гиповитаминоз, ута совукотиш, сурункали касалликлар, организмда микробларнинг купайиб кетиши каби холлар пиелонефритга сабаб булиши мумкин. Пиелонефритга чалинишни асосий омилларидан бири кейинчалик уростазга олиб келувчи сийдик ажралишининг (сийдик найининг торайиши ёки букилиши, нефроптоз, сийдик чикарув йули нуксонлари ва бошка) бузилишидир.

Буйрак ва уни жом косачаларига инфекция кириб боришининг уч тури фарклана-ди:

I. Гематоген

II. Сийдик найининг девори буйлаб

III. Сийдик найининг бушлиги буйлаб, сийдик копи-сийдик найи рефлексии буйича

Гематоген пиелонефрит купинча инфекциянинг 2-учоги булиб, сийдик йуллари ва жинсий аъзоларнинг тузилмасидаги биринчи учокдан утган хисобланади. Агар инфекция буйракка биринчи учокдан буйрак ва сийдик йулларида узокдан утган булса, уни одатда граммусбат кокклар келтириб чикаради.

Агар инфекция пастки сийдик йулларидан чикиб борса ичак бактерияларидан булиши мумкин.

Хомиладорларда касаллик юкори сийдик йулларининг хомиладорлик кенгайишидан пайдо булади.

Касаллик уткир бошланади, иситма баланд (40°С) булади, бемор титраб азоб чекади, сунгра каттик терлайди, бел мушаклари тортишиб огрийди. Баъзан огриётган буйрак томондаги корин девори мушаклари бироз таранглашади. Буйрак пайпасланганда огрик сезилади. Бемор бадани синиб кетаётгандай хис килади ва чанкайди., захарланиш белгилари кучайса ахволи огирлашади. Боши огрийди, кайт килади. Какшатувчи титраш ва гектик харорат кузатилади. Сийяётганда огрик сезилади, дизурия ёки поллакиурия сийдик йуллари зарарланганини билдиради.

Ташхиси: Касалликнинг биринчи кунларида лейкоцитоз жуда катта булиши мумкин. Эозинофилия ва нейтрофилёз кузатилади. Холсизланган беморларда, кекса ва кари кишиларда антибиотиклар, кимевий препаратлар билан узок вакт даволанган беморларда лейкоцитоз унча катта булмайди. Бимануал пайпаслаганда хасталанган буйрак сохасида огрик сезилади. Шу соха мушаклари таранглашгани учун хатто катталашган буйракни хам пайпаслаб куриш кийин булади.

Пиелонефритнинг мухим белгиларидан бири бактериуриядир. Купгина холларда бактериурия микроскопик усулда аникланади. Микрофлорани ва унинг антибиотикларга сезувчанлигини аниклаш учун бактериологик текшириш утказиш лозим. 1 мл сийдикда 100000 дан ортикрок бактерия борлиги аникланади.

Купчилик беморларда микрогематурия аникланиши мумкин.

Бундан ташкари касаллик учун, олигурия, сийдикнинг камлиги, нисбий солиштирма огирлигининг юкорилиги, баъзан цилиндрурия хосдир. Олигурия упка ва тери оркали кам сув ажралганда кузатилади.

Буйраклар умумий расмга олинганда улардан бири катталашган булади.

Купгини беморларда экскретор урограммада хасталанган томонда сийдик чикариш йуллари куринмайди ёки контраст модда билан соглом томонга караганда кечрок тулади.

Ультратовуш билан текширилганда хасталанган томонда буйракнинг катталашуви кузатилади (яллигланган жойдаги шиш туфайли) гипоэхоген сохани аниклаш мумкин.

Айрим беморларда уткир пиелонефрит утказилган давога карамасдан сурункали Пиелонефритга айланади.

Сурункали пиелонефрит.

Катор холларда касаллик етарлича даволанмаган уткир пиелонефрит натижасида пайдо булса, бошка холларда бошиданок сурункали турда булиб, осон кечади. Каалликнинг бошлангич даврида аломатлар нихоятда кам кузатилади, баъзан касаллик бошка касаллик буйича сийдик текширилганда ёки сурункали буйрак етишмовчилиги пайдо булганда ва артериал гипертонияли беморларда аникланади.

Клиник куриниши: беморлар тез-тез чарчашдан, бош огришидан, эпигастрал сохаининг симиллаб огришидан шикоят киладилар. Сабабсиз цистит ва дизурия пайдо булганда ёки жараён зурайганда ошади. Кон буйракда яллигланиш жараёнлари зурайганда, буйрак етишмовчилиги пайдо булганда узгаради. ЭЧТ купинча уртача даражада ошган булади.

Касалликнинг кечиши хасталик айникса бир томонлама булганда давом этади. Касалликнинг кечиши кай даражада даволашга боглик. Етарли ва мунтазам даволаш касаллик огирлашувининг олдини олади.

Сурункали пиелонефритлар кечиши буйича бир неча тури фарк килади:

1. Латент (яширин даври) аломатлари кам кузатилади, ремиссия даври кайталанади;
2. Гипертоник тури – гипертоник синдром устунлиги билан кечади;
3. Азатемик тури: касаллик сурункали буйрак етишмовчилиги даврига етгандагина намоён булади.

Сурункали пиелонефритда касал буйракнинг сийдик ажратиш функцияси узок сакланади.

Купинча пиелонефрит гипертонияга олиб келиши мумкин. Купинча гипертонияда буйрак етишмовчилиги хам кузатилади. Гипертонияни пайдо булиши яллигланиш жараёнида томирлар ва юкстагломерруляр аппаратининг хам зарарланганидан далолат беради. Сурункали пиелонефритда гипертонияга нисбатан енгил кечади.

Ташхис: Сурункали пиелонефритда ташхислашда анамнезга яъни бу хасталикдан олдин руй берган буйрак касаллиги, сийдик чикариш йулларининг нуксонлари, дизурик холатлар борлигига ахамият берилади.

Сийдик текширилганда уртача пртеинурия, оз микдорда цилиндрурия, микрогематурия борлиги кайд килинади. Пиурия доимий ёки узгариб турувчи булади.

Хасталанган буйрак бужмая бошлайди. Сийдик узгаришлари нисбатан камаяди. Сийдикнинг солиштирма огирлиги 2-буйракни компенсатор мослашуви натижасида меъёрий курсаткичларда булиши мумкин. Буйрак бужмайганда сийдикда факат оксил колдиклари аникланади. Аста-секин гематурия, лейкоцитурия хам йуколади.

Ультратовуш билан текширилганда косача жом тузилмаларининг зичлашуви ва эктазияси нисбий зичлигининг ошиши аникланади.

Буйрак ангиографиясида буйрак томирлари: архитектоникасининг узига хос узгарганлигини куриш мумкин.

Окибати: 2 томонлама сурункали пиелонефритда окибат ташхис кссалликнинг кайси даврда куйилганлигига боглик. Хасталикнинг эрта даврида буйрак етишмовчилигини бартараф этиш имкониятига эга. Шундай 2 йил давомида харорат, бактерияурия, пиурия ва шикоятлар булмаса бемор согайиб кетган деб хисобланади. Ишлаш кобилияти хам сакланиб колади. Бунда бу хасталикни бошдан кечирган беморлар огир иш килмасликлари, уз вактида дам олишлари зарур.

Профилактикаси: хасталикни олдини олиш уткир пиелонефритда беморни даволаш ва уларни диспансер назоратига олишдан иборат.

Сурункали гломерулонефрит узок давом этувчи иммунокомплекс яллигланиш касаллиги, у классик Брайт касаллигининг клиник манзарасини намоён килади, томирли коптокчаларнинг тобора купрок атрофияланишига олиб келади.

Артериал гипертония ва буйрак етишмовчилигини келтириб чикаради.

Этиологияси: касаллик уткир гломерулонефрит натижаси булиши мумкин. Шу билан бирга иммун табиатли СГН хам учрайди. У зардоб, вакцина, овкат аллеогени, жарохатдан

совук котиш сабабли пайдо булиши мумкин. Бир катор нефротоксинли дорилар хам бу касалликни пайдо килиши мумкин(метациклин, гентомицин).

Касаллик икки боскичда кечади:

1. Буйракнинг компенсацияланиш даври бунда азот чикиндилари ажралиши нисбатан сакланган булади;
2. Декомпенсация даври, бунда азот чикиндилари купинча ушланиб колади, клиренс бузилади. Гипертония, сурункали буйрак етишмовчилиги, уремия ривожланади. Эгзетусга олиб келади.

Хасталикни куйидаги клиник куринишлари фарк килади:

1. Нефротик шиш тури;
2. Гипертоник тури;
3. Аралаш (шиш – гипертоник) тури;
4. Латент – ботиний тури;

Нефротик турига куплаб оксил ажралиши – протеинурия (600-800-1000 1 суткада 3,5 гр литр). Конда дис ва гипопротеинемия, гиперхолестеринемия (104-250 мл.мол/л) кайд килинади.

Касал шишиб кетади. Шиш секин ривожланиб борсада организмнинг сероз бушликларига хам таркалиши мумкин.

Тери курук булади, эластиклиги камаяди. Мушакларда гипотрофия бошланади.

Бу турга буйрак яллигланишининг куйидаги белгилари: гематурия, фильтрацион фаолият сусайиши каби аломатлар хосдир. Одатда артериал босим ошган булади.

Гипертоник тури – бунда энг аввал кон босимининг ошиш белгилари намоён булади. Айни вактда сийдик синдроми юзага чикади (унча катта булмаган протеинурия, гематурия, цилиндрурия). Касалликнинг бу тури купинча латент утадиган уткир гломерулонефрит натижасида КОН босими 200/120, 180/100 булади. Юракда гипертрофия ва аускультация, II тоннинг аортадаги акс садоси эшитилиши кайд килинади.

Аралаш тури – бунда икала синдром хам намоён булади. Протеинурия, гипертония юз беради.

Биопсияда буйракда пролифератив жараён кузатилади. Бу турда касаллик зур бериб юзага келади.

Тез орада БЕ килиб чикиши мумкин. Азотемия бошланади.

Латент тури тез-тез учраб турадиган хасталикдир. Гипертония ва шиш синдромлари кузга яккол ташланмайди. Бемор куп йилларгача ишлаш кобилиятини саклаб колади.Буни купинча диспансер куригида аниклаш мумкин. Сийдикнинг солиштирма огирлиги пасаяди, никтурия кузатилади. Баъзан ЭЧТ ошади. Касалликнинг кечиши узок вакт (10-12 йил) давом этади. Иккиламчи касалликка сурункали азотемия ва СБЕ хосдир.

СГНЕ нинг барча турларида нефрон найларининг дистрофияси, дегенерацияси, атрофияси учрайди. Нефрон проксимал булимининг найлари кенгайиб, хужайраларда шиш, атрофия ва некроз аникланади. Донадор гиалин дистрофия кайд килинади. Фильтрация камаяди. Нефронлар урнида бириктирувчи тукима ривожланади.

Клиник манзараси СГН, УГН даги синдромлар билан тасдикланади. Яъни шиш, гипертония, уринал ва буйрак етишмовчилиги синдромлари бемор шикоятларига тугри келади (тез чарчайди, иштахаси йуколади, кам сияди ва х.к.). Огиздан ёкимсиз хид келади.

Ташхиси. Анамнезида уткир ГН булса кейинчалик тузалмайди. Латент ёки гипертоник турларида тугри ташхис куйиш анча кийин. Бунда анамнез маълумотларига, клиник манзараси, тажриба текширишларига асосланиш зарур.

Рентген-сканограмма, урография, биопсия ташхисни ойдинлаштиради.

Профилактикаси.Касалликни уз вактида аниклаш ва шифохонада самарали даволаш зарур.

Уткир гломерулонефрит (УГН). Уткир гломерулонефрит барча ёшда учрасада, асосан касалликларнинг 75-95 % и 18-45 ёшга тугри келади.

Этиологияси. Купинча касаллик стрептококкли инфекциядан сунг, ангина, тонзиллит, юкори нафас йулларини яллигланишлари, терининг стрептококооли яраларидан кейин, септик эндокардит, бод хасталиклари сабабли пайдо булади.

Клиник куриниши. Касаллик одатда инфекциядан 1-3 хафта утгач бошланади. Хасталик канча тез бошланса, у шунчалик жиддий кечади. Бордию 3 хафтадан сунг ривожланса енгилрок кечади. Клиник куриниши турлича булади. Уларни тахминан 2 турга булиш мумкин:

1. Буйракка хос аломатлар
2. Буйракдан ташкари белгилар (шиш гипертония, гематурия) билан бошланиши мумкин. Аммо якка аломатлар хам учраб туради. Бунда ташхис куйиш кийинлашади.

Кучли бошланган хасталикнинг барча белгилари куйидаги 4 хил синдром билан кечиши мумкин:

1. Буйрак танасининг уткир зарарланиши (олигурия сийдик синдроми)
2. Шиш синдроми
3. Юрак кон - томир (гипертония) синдроми
4. Мия синдромларидан иборат

Субъектив аломатлар. Касаллик уткир бошланганда холсизлик, бош огриши, сийдик камайиши, шишиб кетиш, юракни тез-тез уриши, нафас кисиши, белда огрик туриши, кунгил айнаши, иштаха камайиши мумкин. Бу аломатлар асосан хасталикнинг кай даражада кечишига боглик.

1. Циклик хасталик уткир ва кучли бошланади. Сунгра жараён даврий кечиб согайиб кетишга олиб келади.
2. Латент хасталик яширин кечади. Аломатлари кам кузатилади. Купинча сурункали ГН га айланади.
3. Буйрак эклампиясига олиб борадиган тури камрок учрасада маълум даражада ахамиятлидир.

Касалликнинг уткир тури шиш пайдо булиши куринишида яккол ифодаланади. Шиш юрак хасталигида фарк килиб, купинча тананинг юкориги ярмида намоён булади. Юзидан бошланади. У оппок булиб **нефротик юз** деб аталади. Тери остида киска вакт ичида суюклик (15-20 кг гача йигилади). Суюклик тана бушликларида хам тупланади. Гидроторакс, гидроперикардит, асцит пайдо булади. Кон суюлиб гидремия хосил булади. Айни пайтда

олигурия кайд килинади. Фильтрация 120 мл/мин дан 30-60 мл/ мин гача камаяди. Хасталик кучли бошланганда 1-2 кун давомида анурия кузатилади. Агар даво самаралари булса 2-3 хафтада полиурия бошланади. Шиш кайтади. Олигурия даври сийдикнинг солиштирма огирлиги полиурия бошланганда меъёрдан пасаяди. Гипоизостенурия кузатилади. Гиперволемия ва анасарка йуколади.

Артериал гипертония кейинги асосий аломатлардан биридир. У 70-90 % беморларда учрайди. Бунда буйракни кон билан таъминланиши бузилади. Купгина холларда систолик босим 150 мм. сим. уст.га тенг булса, диастолик босим 120-130-140 мм. ракамларига кутарилади. Гохо систолик босим 200 мм. сим. уст. гача ошиши мумкин. Уткир бошланган артериал гипертония юрак фаолиятини издан чикаради.

Бунда уткир юрак етишмовчилиги ривожланади (у чап коринча етишмовчилиги, нафас кисиши, хансираш, йутал, юрак астмаси хуружлари куринишида ифодаланади) аста-секин миокард гипертрофияси вужудга келади.

Генезида периферик вазоконструкция ётади. Ренин ишлаб чикишнинг купайиши, депрессор моддалар ажралишининг тутилиб колиши бу касаллик генезига хос хусусиятдир. Пулс босими канчалик паст булса аломатлар шунчалик купрок ифодаланади. Хамма периферик томирлар зарарланганда куз тур парданинг томирлари шикастланади ва тери ранги хира ок рангга киради.

Объектив текширишда юракнинг нисбий чегаралари кенгаяди. Купинча систолик шовкин эшитилади. Аортада II тонннинг акценти эшитилади. Баъзан от дупури эшитилади. Упкада курук ва хул хириллашлар эшитилади.

Уринал синдром – сийдик синдроми. Протеинурия, гематурия (макро ва микро), цилиндрурия кузатилади, фильтрация, секреция ва реабсорбция издан чикади. Протеинурия фильтрацион тусик бузилиши натижасида пайдо булади. Томирли коптокча эндотелийси базал мембрана подоцит тешикчалари кенгайиб альбумин, кисман глобулин ва фибриногенни утказиб юборади. Сийдикда оксил микдори 1-10%, у аввлдан купайиб пировардда камаяди. Аммо бу аломат 3-6 ойгача хатто 9 ойгача давом этиши мумкин.

Гематурия доим учраб турадиган белгилардан биридир. Микрогематурия куп учрайди. Бунда биз курув майдони 10-15 тагача булган эритроцитларни курамиз.

Цилиндрурия доимий белгилардан бири хисоблансада баъзан учрамаслиги хам мумкин. Гиалин ва донадор цилиндрлар кайд килинади.

Лейкоцитлар сони урин чукмасида куп булмайди. Аммо бир курув майдонида 20-30 тача лейкоцитлар чикиши мумкин. Доим эритроцитлар сони лейкоцитлардан ошикрок булади.

Сийдикда баъзан озрок ёки сезиларли даражада азотемия учрайди. Бу буйрак фильтрацион фаолиятининг сусайиши билан боглик булиб тез орада фильтрация ошиши билан уз холига кайтади.

Мавзу 32. Сийдик чўкмасининг ўзгариши. Патологик сийдик чўкмасидаги ўзгаришларни қиёсий ташхислаш. Пиелонефрит, гломерулонефрит, интерстициал нефритларни, сийдик чўкмасининг ўзгариши. Нефропатияларнинг ва

амилоидознинг солиштирма ташҳиси (ҳомиладорликдаги, диабетик, дори дармонли).қиёсий ташхислаш. УАШ тактикаси.

Таълим технологияси

Машғулот вақти 4 соат	Талабалар сони : 10-12 тагача
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Ўқув машғулоти тузилиши	1. УАШ тайёрлаш ва эндокринология кафедраси; нефрологик ва эдокринологик бўлимлар, ТТА клиникалари, лаборатория 2. Жадваллар комплекти, анализлар тўплами, услубий тавсиялар, видеофильм; 3. ТСО: компьютер машғулот презентацияси билан.
Ўқув машғулоти мақсади: УАШ ни пиелонефрит, гломерулонефрит, интерстициал нефритни ўз вақтида ташҳислаш ва қиёсий ташхислаш масалаларига, оптималь даволаш тактикасини танлашга ҳамда беморларни соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғини шароитида “Умумий амалиёт врачи квалификацион тавсифномасига” мувофиқ олиб бориш тамойилларига ўргатиш.	
Педагогик топшириқ: 1. Пиелонефрит, гломерулонефрит, интерстициал нефритнинг диагностика масалаларини кўриб чиқиш. 2. Пиелонефрит, гломерулонефрит, интерстициал нефрит билан беморларни намойиш қилиш. 3. Пиелонефрит, гломерулонефрит, интерстициал нефритда клиник, лаборатор-инструменталь текширув маълумотларини муҳокама қилиш. 4. Пиелонефрит, гломерулонефрит, интерстициал нефритнинг дифференциаль диагностикасини ўтказиш. 5. Ушбу касалликнинг даволаш тамойилларини муҳокама қилиш (номедикаментоз ва медикаментоз). 6. ҚВП ёки ОП шароитида беморларни олиб бориш, кузатиш ва мониторинги тамойилларини муҳокама қилиш. 7. Ушбу касалликда бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика	**Ўқув фаолияти натижалари:** ***Умумий амалиёт врачи (УАШ) билиши керак:*** Пиелонефрит, гломерулонефрит, интерстициал нефритнинг юзага келиш механизмини. Пиелонефрит, гломерулонефрит, интерстициал нефритдаги клиник белгиларни. Пиелонефрит, гломерулонефрит, интерстициал нефрит диагностикасини. Пиелонефрит, гломерулонефрит, интерстициал нефрит дифференциаль диагностикасини. Пиелонефрит, гломерулонефрит, интерстициал нефритни даволашда ишлатилувчи медикаментоз препаратларни, уларнинг фармакодинамикаси ва дозасини. УАШ тактикасини. Ушбу касалликларда даволаш тамойилларини (медикаментоз ва номедикаментоз). ҚВП ёки ОП шароитида беморлар кузатуви ва мониторинги тамойилларини. Ушбу касалликларда бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика тамойилларини ***УАШ қила олиши керак:*** Пиелонефрит, гломерулонефрит, интерстициал

тамойилларини муҳокама қилиш.	нефритни ташхислаш учун шикоят ва анамнез маълумотларини таҳлил қила олиш. Пиелонефрит, гломерулонефрит, интерстициал нефрит билан кечувчи касалликларни клиникаси, лаборатор-инструментал маълумотлари бўйича ташхислаш, бир-биридан фарқлаш. Самараси исботланган препаратларни танлаш Номедикаментоз даволаш усули бўйича маслаҳат бериш. ҚВП ёки ОП шароитида мониторинг ўтказиш.
Ўқитиш усуллари	Лекция, вазиятли масалалар, тестлар, демонстрация, видеокўрик, мунозара, суҳбат, “**Галереяга саёҳат”** ўргатувчи ўйини.
Ўқув фаолиятни ташкил қилиш шакллари	Индивидуаль ишлаш, гуруҳларда ишлаш, коллективда, аудиторияда, аудиториядан ташқари ишлаш.
Таълим воситалари	Ўқув қўлланма, тарқатма материал, вазиятли масалалар ва тестлар тўплами, анализлар тўплами.Телевизор, видео аппаратура, мультимедия.
Қайта боғланув усуллари ва воситалари	Блиц-сўроқ, тест ўтказиш, ўқув топшириғини бажариш натижалари презентацияси, касаллик тарихини тўлдириш, амалий кўникмаларни бажариш, клиник ва биохимик анализларни ўқиш кўникмаси

Машғулотнинг технологик харитаси.

Мавзу: Сийдик чўкмасининг ўзгариши. Патологик сийдик чўкмасидаги ўзгаришларни қиёсий ташхислаш. Пиелонефрит, гломерулонефрит, интерстициал нефритларни, сийдик чўкмасининг ўзгариши. Нефропатияларнинг ва амилоидознинг солиштирма ташҳиси (ҳомиладорликдаги, диабетик, дори дармонли).қиёсий ташхислаш. УАШ тактикаси.

№	Амалий машғулот босқичлари	Машғулот шакли *Ўтказилиш жойи*	Машғулот вакти
1	Кириш қисми (мавзуни асослаш)		20
2	Янги педагогик технологияларни (“кейс стади усули) ҳамда демонстрацион материаллар (касаллик тарихи, жадваллар, плакатлар, рентгенограммалар) ни қўллаш орқали амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, бошланғич даражани	Сўров , муҳокама *Ўқув хонаси, палаталар*	40

	аниқлаш.		
3	Муҳокама ҳулосаси		10
4	Амалий қисм- профессиональ сўраб-суриштириш бажариш учун топшириқни аниқлаш. Касаллик тарихини тўлдириш бўйича топшириқни бажариш учун ҳолатни ва тавсияларни тушинтириш .	Муҳокама Палатада кўрик	20
5	Машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи раҳбарлиги остида ўзлаштириш.	Проф. Сўраб-суриштириш. Беморлар билан суҳбат ва касаллик тарихини тўлдириш, вазиятли масалалар. *Палатада кўрик*	20
6	Беморни текшириш- шикоятлари, кўрик, пальпация, перкуссия, аускультация ҳамда УҚТ, УСТ, биохимик таҳлил маълумотларини интерпретация қилиш ва ташхис қўйиш.	Касаллик тарихи, лаборатор маълумотлар, вазиятли масалалар	35
7	Талабалар назарий, амалий билимларини муҳокама қилиш, материални мустаҳкамлаш, ўзлаштириш даражасини аниқлаш, билимларни баҳолаш.	Оғзаки сўров, тестлар, муҳокама, амалий кўникмаларни аниқлаш *Ўқув хонаси*	45
8	Амалий машғулот мавзуси бўйича хулоса қилиш, 100 баллик тизим бўйича баҳолаш ва баҳоларни эълон қилиш. Кейинги амалий дарсга уйга вазифа (саволлар тўплами).	Мустақил иш учун маълумотлар, саволлар. *Ўқув хонаси*	25

Сийдик чўкмасида ўзгариш бўлган беморлар муаммоларини хал этиш асосларига талабаларни ўқитишда билим, малака ва кўникмаларга қўйилган талаблар.

Мақсад: *Талабаларни сийдик чўкмасида ўзгариш бўлган бемор муаммоларини ечишда синдромаль ёндошувга, ундан ташқари уларни УАШ квалификацион тавсифномаси*

доирасида соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғини шароитида олиб бориш тамойилларини ўргатиш.

Таълимнинг асосий вазифалари:

- Талабаларни сийдик чўкмаси ўзгариши билан боғлиқ бўлган муаммоларни ҳал қилишга ўргатиш.
- Талабаларни сийдик чўкмаси ўзгариши билан боғлиқ синдром мавжуд бўлганда ўз вақтида ташҳислашга ўргатиш.
- Талабаларни сийдик чўкмаси ўзгариши синдроми билан бирга кечувчи касалликларни бир-биридан фарқлай олишга ўргатиш.
- Сийдик чўкмасида ўзгариш мавжуд бўлган бемор муаммоларини ҳал этишда зарур билим, малака ва кўникмаларни такомиллаштириш (маълумот йиғиш, муаммоларни аниқлаш ва физикаль кўрик ҳамда асосли равишда лаборатор-инструменталь текширувларни буюра олиш);
- Талабаларни олиб бориш тактикасини асосли равишда танлашга ўргатиш;
- Талабаларни ҚВП ёки ОП шароитида даволаш-профилактика чора тадбирлари ва кузатувни асосли равишда олиб боришга ўргатиш.

Беморнинг ушбу муаммоларини таҳлил қилишда талабалар билимини баҳолашнинг калит пайтлари бўлиши керак:

- Бемор ҳаёт сифатига таъсир этган асосий муаммони ажрата билиш.
- Рациональ анамнез учун ёрдамчи саволлар бера олиш.
- Хавф омилларини ажрата билиш.
- Ушбу муаммога сабаб бўлиши мумкин бўлган касалликлар ёки ҳолатларни санай олиш.
- Асосли равишда физикаль кўрик ўтказа олиш.
- ҚВП ёки ОП шароитида асосли тарзда лаборатор-инструменталь текширувларни буюра олиш.
- ҚВП ёки ОП дан ташқари шароитда қилиниши зарур бўлган қўшимча текширувларни ажрата олиш.
- Олинган маълумотларга асосланиб ушбу муаммонинг асосий сабабини (ташхис) аниқлаш.
- УАШ квалификацион тавсифномасига асосан олиб бориш тактикасини аниқлай олиш.
- Номедикаментоз маслаҳатлар бера олиш.
- Асосли (ишончли) медицинага таяниб медикаментоз давони аниқлай олиш.
- Соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғини даражасида профилактик чора-тадбирларни аниқлай олиш.
- ҚВП ёки ОП шароитида беморлар диспансеризация ва реабилитацияси тамойилларини аниқлай олиш.

Сийдик чўкмасида ўзгариш бўлган бемор муаммоларини ечишда талаба нималарни <u>билиши зарур</u>:

№	Билимлар рўйҳати	Таянч даража
1	Сийдик чўкмасида ўзгариш билан кечувчи касалликлар рўйҳатини.	Талаба камида 10та энг кўп учровчи касалликларни билиши зарур.
2	Сийдик чўкмасида ўзгариш билан кечувчи анча хавфли касалликлар рўйҳатини.	Талаба камида 5та касалликни билиши зарур.
3	ҚВП ёки ОП шароитида олиб боришни талаб этувчи ҳолатлар рўйҳатини (1-категория)	УАШ квалификацион тавсифномасига мувофиқ
4	Тор мутахассис маслаҳати ёки госпитализацияни талаб этувчи ҳолатлар рўйҳатини (2-категория)	УАШ квалификацион тавсифномасига мувофиқ
5	ҚВП ёки ОП шароитида олиб боришни талаб этувчи текширувлар рўйҳатини (3.1-категория)	УАШ квалификацион тавсифномасига мувофиқ
6	ҚВП ёки ОП дан ташқарида олиб боришни талаб этувчи текширувлар рўйҳатини (3.2-категория)	УАШ квалификацион тавсифномасига мувофиқ
7	Сийдик чўкмасида ўзгариш билан кечувчи касалликлар муҳим диагностик мезонларини	Талаба ҳар бир касалликнинг ўзига хос белгилари ва намоён бўлишини ҳамда уларнинг диагностик мезонларини билиши зарур.
8	Ички аъзолар шикастланиш симптомларини	Талаба шикастланиш симптомларини билиши зарур.
9	Нефротик синдром белгиларини	Талаба асосий белгиларни санаб бериши зарур.
10	Лаборатор-инструменталь текшируви кўрсаткичларини	Талаба билиши зарур: - норматив кўрсаткичларни
11	Даволаш тактикасини	Талаба даволаш усуллари ва тамойилларини (шу қаторда номедикаментозни ҳам) билиши зарур.
12	Бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика тамойилларини	Талаба бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика учун зарур бўлган асосий тадбирларни билиши шарт.
13	ҚВП ёки ОП шароитида сийдик чўкмасида ўзгаришлар билан кечувчи касалликларни диспансеризация ва реабилитация қилиш тамойилларини (4-категория)	Талаба диспансеризация ва реабилитациянинг асосий чора-тадбирларини санаб бериши лозим.

Сийдик чўкмасида ўзгариш бўлган бемор муаммоларини ечишда талаба нималарни қила олиши зарур:

№	Билимлар рўйҳати	Таянч даража
1	Бемор ва унинг қариндошларини сўраб-суриштириш	• Талаба эҳтимолий ташхисни ўрнатишга ҳақиқатдан ҳам ёрдам берувчи қисқа ва аниқ саволлар бера олиши. • Талаба бемор шикоятларини мақсадга йўналтирилган ҳолда аниқлай ва баҳолай олиш зарур. • Талаба касаллик анамнезини таҳлил қила олиши керак: касалликнинг бошланиши, биринчи симптомлари, уларнинг сабабий боғланиши ва ривожланиш динамикаси • Талаба ҳаёт анамнезини таҳлил қила олиши керак: хавф омилларини аниқлаш, ота-онаси ва яқин қариндошлари соғлиғини аниқлаш.
2	Хавф омилларини аниқлаш	Талаба ҳам беморни сўраб-суриштирганда, ҳам оъектив ёндошувга асосланиб бошқариб бўладиган ва бошқариб бўлмайдиган хавф омилларини аниқлаши лозим.
3	Вазн/тана индексини ҳисоблаш	Талаба қуйидаги белгиларни аниқлай олиши зарур: - вазн етишмовчилигини - ортиқча вазнни.
4	Артериаль босимни ўлчаш.	Талаба қадамма-қадам тамойилига амал қилган ҳолда танометрия ўтказа олиши зарур.
5	Умумий кўрик	Талаба қуйидагиларни аниқлай олиши зарур: - fasies nefrotica - шишинқираган юзни - жигар кафтларини, - гинекомастияни, - бўйин веналарининг бўртишини - кахексияни.
6	Терини кўздан кечириш	Талаба қуйидагиларни топа олиши зарур: - рангпарликни - цианозни, - иктерикликни, - тошмалар мавжудлигини - зичлашишларни - телангиоэктазияларни.
7	Оғизни кўздан кечириш	Талаба тилни баҳолай олиши зарур.

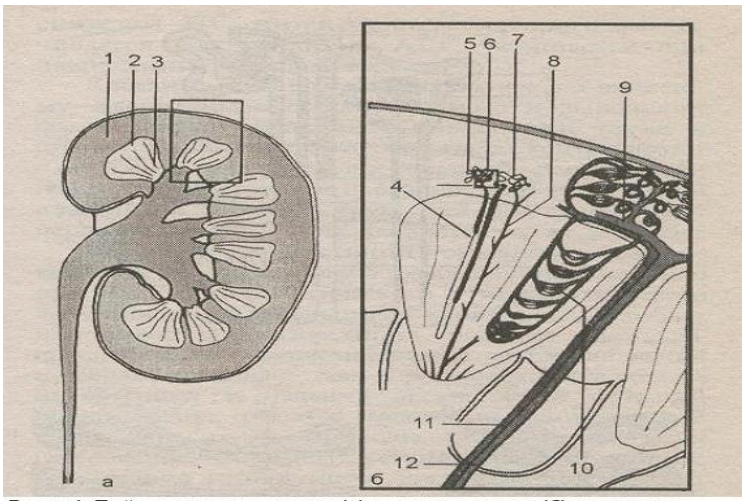
8	Уйқу, билак ва сон артерияларида пульсни текшириш	Талаба топа олиши зарур: - пульс бор ёки йўқлигини Талаба билак артерияси ҳусусиятини баҳолай олиши зарур.
9	Нафас аъзолари пальпацияси, перкуссияси ва аускультациясини амалга ошириш.	Талаба баҳолай олиши зарур: - кўкрак қафаси экскурсиясини - овоз дириллашини - ўпка товушини ўзгариши ва уларнинг интерпретациясинии - нафас типларини - нафас шовқинлари ва хириллашлар мавжудлигини
10	Юрак-қон томир тизими пальпацияси, перкуссияси ва аускультациясини амалга ошириш.	Талаба қуйидаги белгиларни аниқлай олиши зарур: - юрак бўлимлари гипертрофиясини Талаба баҳолай олиши зарур: - юрак тонларини; - юрак шовқинлари мавжуд бўлганда, унинг эпицентрини ва юрак фаолияти фазасига нисбатини (систолик ёки диастолик шовқинлигини) аниқлай олиш; - функциональ юрак шовқинларини органик шовқинлардан фарқлай олишни - перикард ишқаланиш шовқинини
11	Қорин соҳаси кўриги, пальпацияси, перкуссиясини амалга ошириш.	Талаба қориннинг юза ва чуқур палпациясини амалга ошира билиши зарур. Талаба қуйидаги белгиларни аниқлай олиши зарур: - гепатомегалияни, - спленомегалияни. Талаба баҳолай олиши зарур: - қорин бўшлиғидаги барча ўтиб бўладиган ҳосилаларни
12	Буйраклар пальпацияси ва перкуссиясини амалга ошириш.	Талаба қила олиши зарур: - бел соҳасида тукиллатиш тестини ўтказишни - буйраклар хусусиятини пальпатор баҳолаш
13	Буйрак артериялари устидан аускультацияни амалга ошириш.	Талаба қуйидагини аниқлай олиши зарур: -систолик шовқинни.
14	Қўл-оёқлар кўриги	Талаба оёқ-қўлларни қўздан кечира олиши ва қуйидагиларни учрата олиши лозим: - маҳаллий ёки тарқалган шишни. Бармоқлар билан оёқ кафти ташқи юзасига боса олиши ва топа олиши керак:

		- чуқурча ҳосил бўладими ёки йўқ. Оёқ веналарига эътибор қаратиши лозим.
15	Суяк-бўғим тизими кўригини амалга ошириш	Талаба топа олиши керак: - бўғим синдроми мавжудлигини
16	Жинсий олат кўригини амлга ошириш	Талаба қўйидаги белгиларни аниқлай олиши лозим: - уретрадан патологик ажралма келишини - баланитни
17	Аноректаль текширув ўтказиш	Талаба қадамма-қадам тамойилига амал қилган ҳолда аноректаль текширув ўтказа олиши зарур.
18	Гинекологик текширув ўтказиш	Талаба қадамма-қадам тамойилига амал қилган ҳолда гинекологик текширув ўтказа олиши зарур.
19	Офтальмоскопия ўтказиш	Талаба қадамма-қадам тамойилига амал қилган ҳолда офтальмоскопия ўтказа олиши ва кўз тубини кўриши зарур.
20	Пешобни текшириш	Талаба қила олиши керак: - пешобда оқсилни аниқлаш - умумий пешоб таҳлилини интерпретация қилиш - Ничипоренко синамаси натижаларини интерпретация қилиш - Зимницский синамаси натижаларини интерпретация қилиш - Реберг синамаси натижаларини интерпретация қилиш
21	Клиник ва биохимик таҳлиллар интерпретацияси	Талаба нормадан оғиш белгиларини аниқлай олиши лозим.
22	ЭКГ олиш ва уни таҳлил қилиш	Талаба қадамма-қадам тамойилига амал қилган ҳолда ЭКГ ни қайд қила олиши керак. Талаба ЭКГ натижасини таҳлил қила олиши ва қуйидаги белгиларни аниқлай олиши лозим: - юрак бўлимлари гипертрофиясини, ишемияни, миокард инфарктини ва ритм бузилишини
23	Сийдик чўкмасида ўзгариш билан кечувчи касалликларни бир-биридан фарқлаш.	Талаба касалликларни ўзига хос хусусиятларига асосланиб бир-биридан ажрата олиши зарур (анамнез, объектив кўрик ва лаборатор-инструменталь текширувлар)
24	Номедикаментоз маслаҳатлар бериш	Талаба қила олиши зарур: - беморларни ўз-ўзини назорат қилишга ўргатиш - пархез бўйича маслаҳат бериш - соғлом турмуш тарзини олиб бориш бўйича маслаҳат бериш.

25	Сийдик чўкмасида ўзгариш билан кечувчи касалликларни даволашда дори воситаларини рациональ қўллаш	Талаба самараси исботланган препаратларни танлай олиши керак. Препаратни танлашда талаба баҳолай олиши зарур: - самарадорлигини - хавфсизлигини - мақбуллигини - тежамкорлигини
26	Беморлар кузатуви ва мониторингини ўтказиш	Сийдик чўкмасида ўзгариш билан кечувчи касалликларни кузатиш ва олиб бориш тамойилларини санаб бериши лозим.

Машғулот баёни

“Сийдик синдроми” биокимёвий ва микроскопик текширишлар ёрдамида аниқланадиган ундаги бир қатор ўзгаришларни ўз ичига олади. Бу синдром нафақат буйрак ва сийдик йўллари, балки бошқа аъзоларнинг касалликларида ҳам кўп кузатиладиган белгилардан бири бўлиб, барча соҳадаги врачлар, жумладан УАВ фаолиятида ҳам мунтазам равишда учрайди. Синдромни турли туманлиги ва спецефик хусусиятга эга эмаслиги унга олиб келувчи сабабларни аниқлашда қўшимча қийинчиликлар туғдиради. Буйрак ва сийдик йўллари касалликлари экстраренал белгиларсиз (шиш, гипертензия) фақат сийдик чўкмасидаги ўзгаришлар билан кечганда сийдик синдромининг ташхисий аҳамияти янада ошади. Патологик сийдик синдромининг асосий кўринишлари протеинурия, гематурия, лейкоцитурия, цилиндрурия, бактериурия, баъзан гемоглобинурия ва миоглобинуриядан иборат бўлиб ҳар бири якка ҳолатда ёки турли кўринишда биргаликда учраши мумкин. Уларни ўз вақтида аниқлаш учун УАВдан асосий касаллик тўғрисида чуқур билим, ҳамда махсус лаборатор ва асбобий текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилиш талаб қилинади. Таҳлил талаб даражасида ўтказилиши аввало сийдик тўғри йиғилиши ва лабораторияга олиб бориш қоидаларига амал қилинишига боғлиқ. Соғлом кишида сийдик қопчасида у стерил бўлиб, уретра ва уретра олди соха микрофлораси билан ифлосланади. Шу сабабли эрталаб ташқи жинсий аъзолар илиқ сув билан ювиб тозалангандан сўнг ўрта порциядаги сийдик махсус стерил идишда йиғилиши керак. Мабодо сийдикни зудлик билан (ярим соат ичида) текшириш ёки экиш имкони бўлмаса 24 соат давомида музлатгичда (харорат 4°С бўлиши керак) сақлаш мумкин.



Расм -1. Буйракни макроскопик (а) ва микроскопик (б) тузилиши.
1-пўстлоқ қисми; 2- мағиз қисми;3- сўрғичлари; 4- нефрон халқаси; 5-проксимал канал; 6- коптокча; 7- дистал канал; 8- йиғувчи най; 9- arteria arcuata; 10-vasa recta; 11- бўлакларараро вена; 12- бўлакларараро артерия

Маърузани ёритишдан олдин буйрак тузилиши ва сийдик ҳосил бўлиш жараёни тўғрисида қисқача тўхталиб ўтамиз.

Буйрак ловия шаклидаги жуфт аъзо бўлиб, тахминан 120 г оғирликка эга. У функционал бирлик – нефронлардан ташкил

топган. Соғлом одамнинг хар бир буйрагида тахминан 1,3 млн нефрон мавжуд. Ҳар бир нефрон (узунлиги 50-55 мм) коптокча ва найчалардан иборат. Нефронларнинг асосий (80-85%) қисми (барча элементлари-коптокча, проксимал ва дистал каналчалар ҳамда Генли халқаси) буйракни пўстлоқ бўлагида жойлашган. Бундан ташқари унинг пўстлоқ ва мағиз қисми чегарасида жойлашган иккинчи тартибдаги юкстамедуляр нефронлар (15-20%) фарқланади. Уларни коптокча, проксимал ва дистал каналчалари пўстлоқ қисмида, олдингисидан анча узун бўлган Генле халқаси эса буйракни мағиз қисмига кириб кетади ва натрийни самарали қайта сўрилишини таъминлайди.

Коптокчалар капиллярлар мажмуасидан иборат бўлиб, олиб келадиган артериолалардан (vas afferens) ташкил топган. Коптокча капиллярлари халқаси диаметри олиб келувчи артериолалардан кичкина бўлган олиб кетувчи (vas efferens) артериолаларга туташади (1-расм). Артериолалар орасида эса юкстагломеруляр аппарат (ЮГА) жойлашган. Олиб кетувчи артериолалар бўлиниб каналчалар бўйлаб капиляр тўр ҳосил қилади. Улардан қон венулаларга тушади. Юкстамедуляр коптокчаларда олиб келувчи ва олиб кетувчи артериолалар диаметри бир хил. Олиб кетувчи артериола нефрон халқаси ва йиғувчи канал (arteriola recta) бўйлаб жойлашган тешиги кенг бўлган капиллярларга қўшилади.

Коптокча иккита – юкстамезангиал ва периферик сохаларга бўлинади. Коптокчанинг периферик қисми уч қаватдан иборат базал мембрана (БМ) ҳамда подоцитлар қавати билан қопланган ва у ичкарига бўртиб чиққан. Иккинчи – юкстамезангиал соха капиллярлар эндотелийси билан қўшилиб кетган ўз мезангиясига эга бўлиб улар бирлашган соҳада БМ аниқланмайди. Подоцитлар БМнинг барча сохасини ўраб олган. Эндотелийнинг 30% юзаси махсус диафрагма билан ёпилган 40 нм катталикдаги тешикчаларга эга. Капиллярлар эндотелийси ва БМ нисбатан катта молекуляр оғирликка эга бўлган оқсиллар учун тўсиқ ҳисобланади.

Буйрак капилярларини яна бир ўзига хос томони шундаки у учта – эндотелий, БМ ва эпителиал қаватларга эга. Оддий капиллярлар артериолалар оралиғида жойлашиб кейин венулаларга қўшилса, коптокчалардаги капиллярлар олиб келувчи артериоладан бошланиб олиб кетувчи артериолага қўшилади ва улар билан тугайди. Тўқималардаги капиллярларда икки томонлама ҳаракат кузатилса, буйрак капиллярлари факат бир томонлама, яъни сийдик бўшлиги томонга ҳаракатланади.

Буйрак паренхимасини 95% каналчалар ташкил этади. У проксимал сегмент, нефрон халқаси, дистал сегмент ва йиғувчи трубкадан иборат. Охирги қисми буйрак сўрғичларига очилади ва кейин унинг жомчаларига қуйилади.

Буйрак фаолияти барча нефронлар ишининг натижасини ўзида жамлайди. Коптокчалар капиллярларида қон зардоби ультрафильтрацияланади. Каналчаларда ҳосил бўлган ультрафильтратдан бир қисм сув, электролитлар, глюкоза, аминокислоталар ва бошқа қатор моддалар қайта сўрилади. Ҳар дақиқада буйрак орқали бир литр қон (600-800 мл плазма), яъни айланиб юрган қон ҳажмини 1/5-1/4 қисми ўтади. Ҳар куни буйракларда 170-180 л гломеруляр суюқлик ҳосил бўлади ва ундан тахминан нисбий зичлиги 1.002-1.028 га тенг бўлган 1,5 л иккиламчи сийдик юзага келиб организмдан чиқазиб юборилади.

Қуйида биз сийдик чўкмасида кузатиладиган асосий ўзгаришларнинг ҳар бирига алоҳида тўхталиб ўтамиз.

Протеинурия

“Протеинурия” деганда сийдик билан меъёрдан (бир кунда 30-50 мг ва ундан кўп) ортиқ миқдорда оқсил чиқиши тушунилади.

Врач назарида хавфли бўлган протеинурия симптомини ташхисий аҳамияти турлича бўлиб сийдикда оқсилни аниқлаш ташхисий изланишнинг бошланиши ҳисобланади. Чунки протеинурия сабаблари ва сийдик орқали чиқиб кетаётган оқсил таркиби турли-тумандир. Сийдикдаги оқсил миқдори ва таркибини ўрганиш асосий касалликни аниқлашда катта аҳамиятга эга. Қон таркибидаги оқсилларни сийдикка ўтиш жараёни жуда мураккаб бўлиб, буйрак коптокчалари, каналчалари фаолиятига ва улардаги қон айланишига боғлиқдир.

70 кг вазнга эга бўлган одамда буйракдаги қон айланиш тезлиги меъёрида бир дақиқада 1,1 л га тенг. Бир кун давомида соғлом буйрак бир литрида 60-80 г оқсил бўлган 180 л қон плазмасини фильтрлайди. Шикастланмаган коптокча деворидан кун давомида 30-50 мг оқсил ўтиши мумкин. Бу эса буйракни фильтирлаш тўсиғини юқори самарада ишлаётганидан далолат беради. Фильтрат онкотик босимга қарши таъсир қилувчи гидростатик босим ёрдамида ҳосил бўлади. Бундан ташқари оқсилни фильтрдан ўтиши нисбий механик тизим электр зарядига ҳам боғлиқ. Лекин айрим муаллифларнинг фикрига кўра сийдик билан бир кунда 50-80 мг оқсил ажралиб чиқиши буйракда патологик жараён борлигидан далолат беради. Сийдик орқали ажралиб чиққан оқсил буйрак коптокчалари деворидан фильтрланиб, унинг каналларини проксимал қисмидаги ясси эпителийлар орқали реабсорбция (қайта сўрилмайдиган) бўлмайдиган маълум бир фракцияларидан иборат. Замонавий текшириш усуллари (крахмал ва полиакриламидли гелда электрофарез, иммунофермент) ёрдамида соғлом одам сийдигида 20 дан ортиқ оқсил фракцияларини аниқлаш мумкин бўлиб, улар преальбуминлар, альбуминлар, постальбуминлар, сидерофилин, церулоплазмин, гаптоглобулин, иммуноглобулин А, G ва бошқалардан ташкил топган. Бундан ташқари бир кун давомида сийдик билан оқсил нотекис ажралиши исботланган: унинг максимал экскрецияси кундузги вақтга, минимали эса тунги соатларга тўғри келади.

Протеинурия синдромини таҳлил қилганда УАВ олдида қуйидаги муаммоларни хал қилиш туради: нормал ва патологик протеинурия чегарасини аниқлаш; ҳар қандай протеинурия буйрак шикастланишидан далолат берадими деган саволга жавоб бериш. Лекин мазкур саволларга жавоб беришда айрим ҳолларда малакали мутахассислар ҳам қийналадилар. Чунки протеинурия миқдори баъзан буйрак зарарланмаганда, чунончи инсон жисмоний зўриққанда, СЮЕ, умуртқа поғонаси лордозида, таркибида оқсили кўп маҳсулотларни ортиқча истеъмол қилганда ҳам ошиб боради. Сўнгги йилларда махсус тез таҳлил қилиш усуллари ёрдамида сийдик таркибида бўлган жуда кам миқдордаги оқсиллар – микроальбуминларни аниқлаш имконияти туғилди.

Қуйида протеинуриянинг амалиётда кенг қўлланиладиган классификацияси келтирилган.

1. Касалликларга боғлиқлигига кўра:

- функционал;
- патологик.

2. Манбаи бўйича:
- преренал (тўйинган);
- ренал (коптокчали, каналчали ва коптокча - каналчали);
- постренал (буйракдан ташқари, ёлғон кўриниши).

3. Таркиби бўйича:
- селектив;
- селектив бўлмаган.

4. Миқдори бўйича:
- микроальбуминурия (бир кунда 300 мкг гача);
- енгил (оқсил изи - бир кунда 1 г гача);
- ўртача (бир кунда 1-3 г гача);
- юқори нефротик (бир кунда 3 г дан ортиқ).

Функционал (физиологик, зарарсиз)_ протеинурия буйраги соғлом одамларда учрайди ва унинг патогенези ҳозиргача тўлиқ ўрганилмаган. Нефронлардаги органик ўзгаришлар билан боғлиқ бўлган патологик протеинуриядан фарқли ўлароқ унинг физиологик турида сийдик билан ажраладиган оқсил миқдори бир кунда 2 г дан ошмай кўпинча таъсир қилувчи омил бартараф этилгач, изсиз ўтиб кетади ва камдан-кам ҳолларда эритроцитурия, лейкоцитурия, цилиндрурия билан бирга кечади. Функционал протеинуриянинг бир неча турлари фарқланади.

Айрим соғлом одамларда совуқ ванна қабул қилганда, қўл панжаси ва билаклар 2-3 дақиқа совуқ сувга ботириб турилганда тез ўтиб кетувчи протеинурия кузатилади. Бу ҳол уларнинг буйракларида рефлектор қон айланиши бузилиши натижасида юзага келади деб тушунтирилади. Терига кучли инсоляция таъсирида юзага келадиган albuminuria solaris ҳам юқоридаги механизм натижасида ривожланади деб тахмин қилинади.

Қуйида ўтиб кетадиган протеинурия кузатилиши мумкин бўлган ҳоллар келтирилган:

- ***алиментар протеинурия***-оқсилга бой озиқ овқатларни кўп миқдорда истеъмол қилганда;
- ***марказий (центроген)*** протеинурия эпилепсия хуружидан кейин ва бош мия чайқалганда, *эмоционал* эса кучли ҳаяжонланишдан сўнг;
- ***пальпатор протеинурия*** узоқ вақт қорин ва буйрак соҳасини чуқур пальпация қилиш натижасида;
- ***зўриқиш (маршли)***- *ишчи* каналчалар протеинурияси бир кунда 1-2 г дан ошмайди ва оғир жисмоний зўриқиш натижасида юзага келиб, сийдикнинг биринчи чиқишида аниқланади ва одатдаги кундалик жисмоний юкламаларда йўқолади. Бундай протеинурия аксарият ҳолларда 2 та омилга боғлиқ: буйракда қон айланишини сустлашишига ва коптокчалар базал мембранаси гипоксиясига. Шу билан бир қаторда базал мембрананинг асосий моддаси таркибига кирувчи гиалурон кислотасини

деполяризациясига олиб келувчи гиалуронидаза секрециясининг ошиши ҳам, базал мембрананинг ўтказувчанлигини жадаллашишига олиб келиши тасдиқланган.

- ***иситмалаш протеинурияси*** - коптокчали механизм билан боғлиқ бўлиб (бир кунда 1-2 г гача) кўпроқ ёш болаларда ва қарияларда тана харорати кўтарилган ҳолларда кузатилади ва меъёрига тушгандан сўнг йўқолади. У коптокча капиллярлари деворини иккиламчи токсик-инфекцион шикастланиши натижасида юзага келиб, нефронларнинг бошқа қисмларида ўзгариш кузатилмайди. Агар тана ҳарорати тушгандан кейин протеинурия сақланиб қолса, ўткир жараённи ёки сурункали яллиғланишни авж олганлигини аниқлаш учун қўшимча текширишлар ўтказилиши керак.
- баъзан 13-20 ёшдаги, астеник тана тузилишига эга бўлган ёшларда учраб, горизонтал ҳолда йўқоладиган *ортостатик (лордотик, постдурал)* коптокчали (бир кунда 1 г дан юқори бўлмаган) протеинурия алоҳида аҳамиятга эга. Одатда уларда эрталабки олинган сийдик таҳлилида протеинурия кузатилмайди. У ортостатик синама ўтқазилганда ёки 1-2 соат юргандан кейин пайдо бўлади. Вертикал ҳолатда бел соҳасидаги лардоз буйрак веналарида (кўпинча чап томондаги) қон ўтишини қийинлаштириши ушбу турдаги функционал протеинурия сабаби бўлиши мумкин.

Юрак касалликларида учраб турадиган *димланиш протеинуриясини* ҳар доим ҳам функционал характерли деб бўлмайди. Чунки узоқ вақт буйракда қон айланиши секинлашиши натижасида юзага келган гипоксия ҳолати коптокчалар базал мембранаси ва каналчалар эпителийсини шикастлайди. Бу ўз навбатида коптокчаларда оқсил фильтрациясини ошириб, каналчаларда эса реабсорбцияни камайишига олиб келади. Оқсил миқдори кўпинча бир литр сийдикда 1-3 г дан ошмайди. Транзитор протеинурияни аниқлашда синчковлик билан ёндошиш лозим, чунки айрим ҳолларда мукаммалроқ текширишлар (жумладан морфологик) ёрдамида буйрак паренхимасида яширин кечаётган яллиғланиш жараён мавжудлигини аниқлаш мумкин. Шунинг учун хам шу ўринда таниқли рус терапевти М.С.Вовсининг ўтган асрнинг 60 йилларида: **«ҳар қандай зарарсиз протеинурияни патологик белги сифатида қараб, барча ҳолларда беморни синчковлик билан текшириш ва унинг асосий сабабларини аниқлашга харакат килиш»**, лозим деган фикрини эслатиб ўтишни мақсадга мувофиқ деб топдик.

Патологик протеинурия буйрак (айрим буйракдан ташқари) зарарланиши билан кечадиган касалликларда учрайди ва юқорида таъкидланганидек унинг преренал – тўйинган, ренал (коптокчали, каналчали, аралаш) ва постренал (буйракдан ташқари, сохта) турлари фарқланади.

Преренал протеинурия амалиётда кам учраса ҳам алоҳида бир гуруҳга ажратилган. У “ортиқча” ёки тўйиниш протеинурияси деб ҳам аталиб лимфоплазмоцитар тизимнинг турли касалликларида бемор плазмасида кўп миқдорда тўпланиб, қонда айланиб юрган кичик молекуляр оғирликка (200.000-400.000А) эга бўлган оқсилларни буйрак коптокчаларининг шикастланмаган деворидан фильтрланиш миқдорининг ортиқчалиги сабабли каналчаларда тўлиқ сўрилмаслиги ёки реабсорбция учун зарур бўлган ферментни йўқлиги туфайли умуман сўрилмаслиги натижасида юзага келади. Ушбу протеинурия таркиби асосан иммуноглобулинларнинг енгил занжирлари (Бенс-

Жонс оқсили) миоглобин, гемоглобин, мезоцимлардан ташкил топган. Одатда сийдик орқали йўқотиладиган оқсил миқдори бир кунда 0,1- 20 г ва ундан кўп бўлиши мумкин. Лекин у нефротик синдромни асосий белгиси ҳисобланмайди, чунки гипоальбуминемия ва унга хос бўлган бошқа белгилар билан кечмайди.

Тўйинган протеинурия миелом касаллиги, Вальдерстрем макроглобулинемияси, томир ичи гемолизи, рабдомиолиз, моноцитар лейкоз ва айрим бошқа касалликларнинг асосий белгиларидан биридир.

Миелом касаллиги (плазмацитома) каналчалар обструкциясини юзага келтирувчи бир хил туркумдаги патологик иммуноглобулинлар ишлаб чиқарилиши билан кечади. Ушбу касалликда протеинурия турғун белги бўлиб, миқдори бир кунда 20 г га (унинг аксарият қисми Бенс-Джонс оқсилидан иборат) етади, ҳамда бошқа клиник белгилар (суяклардаги оғриқ, деструктив ўзгаришлар натижасида уларни тўсатдан синиши, гепато ва спленомегалия, парастезия) билан биргаликда кузатилади. Юқоридагилардан ташқари қонда кучли М-градиентли диспротеинемия, юқори даражада патологик иммуноглобулинлар ва стернал пунктатда плазматик ҳужайралар аниқланади. Ушбу касалликда буйрак каналчаларини иммуноглобулинларни k- ва λ - занжирлари ва уларга қарши антителалар, Тамма-Хорсфалл оқсили, қисман альбумин ва фибриногендан ташкил топган цилиндрлар билан тўлиб қолиши кузатилади. Бу белгилар нафақат миелом касаллигида кузатиладиган буйрак зарарланиши балки айрим ҳолларда ўткир буйрак етишмовчилиги келиб чиқишига ҳам сабаб бўлади. Одатда сийдик таркибида оқсил миқдори ортиши билан ўткир буйрак етишмовчилиги ривожланиш хавфи ҳам ошиб боради. Ушбу касалликда буйрак етишмовчилиги ривожланиши аксарият ҳолларда миелом тубуляр обструкция ривожланганлигидан ёки амилоидоз қўшилганидан далолат беради. Буйракдаги функционал ўзгаришлар асосида сийдик орқали ажралиб кетаётган Бенс-Джонс оқсили ёки протеинларни енгил занжирларини найчалар эпителийсига токсик таъсири ётади. Бундан ташқари ушбу жараёнда бошқа омиллар-гиперкальциемия, гиперурикемия, қон зардобини ёпишқоқлигини ошиши ҳам муҳим аҳамият касб этади. Шу ўринда кўп ҳолларда миелом касаллигининг бошланиш даврида беморларда юқори протеинурия ва сабабсиз ЭЧТ ошиши, кейинроқ суяклардаги ўзгаришлар қўшилишини УАВ ёдда тутиши лозим.

Вальденстрем макроглобулинемиясида эса, патологик LgM оқсили кўп миқдорда ишлаб чиқарилиб бемор қонида тўпланади. Бу касалликда буйрак зарарланиши камроқ учраб (15-20% ҳолларда унча юқори бўлмаган носелектив протеинурия кузатилади), кўпинча спленомегалия, геморрагик синдром, ЭЧТ кескин ошиб кетиши, айрим ҳолларда эса остеопароз, суякларда миелом касаллигига ўхшаш кўплаб остеолитик ўзгаришлар билан кечади.

Томир ичи гемолизи эритроцитларни турли омиллар (мос келмайдиган гуруҳдаги қон қуйиш, гемолитик хусусиятга эга бўлган заҳарли моддалар, токсинлар, дорилар ва бевосита иммун таъсирлар, ҳамда эритроцитларни травматик шикастланиши) таъсири натижасида шикастланиши туфайли юзага келади. Гемолиз туфайли ҳосил бўлган эркин гемоглобин плазмадаги гаптаглобин билан бирикади. Гаптоглобин тўйингандан сўнг гемоглобин коптокчалар орқали фильтрлана бошлайди. Улардан ҳосил бўлган донадор

цилиндрлар каналчалар тирқишини бекитиб қуйиши натижасида ўткир буйрак етишмовчилиги ривожланиши мумкин. Бундай беморларнинг сийдик таҳлилида оқсилдан ташқари эритроцитлар, лейкоцитлар, айрим ҳолларда эса эркин гемоглобин аниқланади. Шу билан бир қаторда ўткир буйрак етишмовчилигига хос клиник белгилар (олигоанурия, АГ, шиш, анемия, билирубинемия) кузатилади.

Рабдомиолиз (травматик краш синдроми, ишемик, токсик, генетик) протеинурия ва миоглобулинурия билан кечади. Қонда аминотрансфераза, креатинфосфокиназалар миқдори ошади ва гиперкалиемия, гиперурикемия аниқланади. Клиникасида ўткир буйрак етишмовчилиги белгилари билан бирга шиш, шикастланган мушакларда оғриқ, олигурия кузатилади.

Сурункали моноцитар лейкоз лизоцимни кўплаб ишлаб чиқарилиши натижасида унинг қон ва сийдикдаги миқдорининг (меъёрда 4-7 мкг/мл) ўнлаб марта ошиб кетиши, ҳамда қон ва суяк илигида моноцитоз юзага келиши билан намоён бўлади. Айрим ҳолларда лизоцим кўплаб ишлаб чиқарилиши оқибатида сурункали моноцитар лейкозда ҳам протеинурия кузатилиши мумкин.

УАВ фаолиятида ренал протеинурия билан кечувчи касалликлар куп учрайди. Юқорида қайд қилганимиздек унинг коптокчали, каналчали ва аралаш турлари фарқланади.

Коптокча протеинурияси қон плазмаси оқсиллари фильтрланадиган базал мембранани зарарланиши туфайли юзага келади. Бунда кунлик протеинурия миқдори 0,1 г дан 20 г гача бўлиб, альбумин, трансферрин, α_2 -микроглобулин ва γ-глобулинлардан ташкил топади. Бу турдаги протеинурия турли касалликларда, кўпинча ўткир ва сурункали гломерулонефритларда, амилоидозда, диабетик гломерулосклерозда ва буйрак веналари тромбозида кузатилади.

Гломерулонефритлар улар орасида алоҳида ўрин эгаллаб буйрак коптокчаларининг бирламчи шикастланиши, кейин жараённи каналчалар ҳамда оралиқ тўқималарга тарқалиши ва пировард натижада СБЕ ривожланиши билан характерланади.

Ўткир гломерулонефрит **(ЎГН)** - буйрак коптокчаларини ўткир иммун яллиғланиш касаллиги бўлиб, кейинчалик бу жараён буйракнинг барча тўқималарига тарқалади ва буйрак ҳамда (ёки) буйракдан ташқари симптомлар билан бирга кечади. Кўпинча болалар ва ёшлар орасида учрайди. У стрептококкли (ангина, фарингит, сурункали тонзиллитни қўзғалиши, скарлатина, сарамас ва бошқалар), айрим ҳолларда стафилококкли, пневмококкли ёки вирусли инфекциялар ўтказган беморларда 10-12 кундан кейин ривожланади. Ушбу касалликнинг ривожланишига вакцина, зардоб, айрим дори ва кимёвий воситалар ҳам сабабчи бўлишини УАВ эсда тутиши лозим. Касаллик кўпроқ ёшларда учраб иммун тизимдаги ўзгаришлар унинг ривожланиш асосини ташкил қилади. ЎГН сийдик синдроми билан кечганда турли даражадаги протеинурия, микро ва макрогематурия (сийдик рангини қизариши ёки “гўшт сели” га ўхшаш тусда бўлиши), баъзан кам миқдорда лейкоцитурия, цилиндрлар (гиалинли, донадор, эритроцитар) ва эпителиал ҳужайраларни ажралиши кузатилади. Бундан ташқари ЎГН шиш (**шиш синдромига бағишланган маърузада**), АГ ва нефротик синдром (НФС) (**унга бағишланган маърузада**) айрим ҳолларда эса ўткир буйрак етишмовчилиги (олигоурия

ёки анурия, коптокчалар фильтрацияси тезлиги пасайиши, азотемия) белгилари билан кечиши мумкин. Юқорида санаб ўтилган ўзгаришлар билан бир қаторда беморда бел соҳасида икки томонлама оғриқ, тана ҳароратини кўтарилиши, сийдик ҳажмини камайиши (олигоурия), АГ билан кечганда бош оғриши, ўткир чап қоринча етишмовчилиги белгилари (юрак астмаси, ўпка шиши), бош мияда (энцефалопатия, эклампсия) ва кўз тубида (артериолаларни торайиши, кесишган феномен, кўрув нерви сўрғичини шиши, майда қон қуйилишлар) ўзгаришлар кузатилиши мумкин. Ташхисни тасдиқлашда сийдик билан бир қаторда УҚТ (анемия, ЭЧТ ошиши), биокимёвий (креатинин ва мочевина ҳамда сийдик кислотасини ошиши, гипопротеинемия, гипоальбумения, гиперхолестеринемия ва бошқалар), иммунологик (стрептококка қарши АТ, АСЛ-О, антистрептокиназа титрини ошиши), УТТ (нефротик синдромда пирамидалар шиши), рентген (урологик касалликларни инкор қилиш учун), ва морфологик (буйрак биопсияси) текширишлар аҳамиятга эга.

УАВ ЎГНга шубҳа бўлган барча беморларни зудлик билан ихтисослашган шифохонага (бўлим) ётқизиш лозимлигини доимо ёдда тутиши керак. Шифохона шароитида уларга ётоқ тартиби, ош тузи (кунига 1-2 г), сув (кун давомида ажратган сийдик миқдори +200-400 мл) ва оқсил (кунига 1 кг тана вазнига 0,5 г гача) миқдори чегараланган парҳез (шиш ва АГ билан кечганда), стрептококк инфекциясига шубҳа бўлган ҳолларда пенициллин (ампициллин, феноксиметилпенициллин ва бошқалар) буюрилади.

Асосий патогенетик даво сифатида ГКС (преднизолон кунига 1 мг/кг 1,5-2 ой давомида), цитостатиклар (қаътий кўрсатмалар бўлганда азатиоприн ва меркаптопурин кунига 2-3 мг/кг, ўртача 150-200 мг 1-3 ой давомида), антикоагулянтлар (гепарин 5.000-10.000 бирлик т/о ҳар 4-6 соатда, 6-8 хафта давомида, антиагрегантлар (курантил кунда 225-400 мг 6-8 хафта давомида), аминохинолин бирикмалари (делагил кунда 0,5-0,75 г 3-6 хафта давомида, кейин 0,25 г кунда бир неча ой давомида) бериш тавсия этилади.

Шишларни бартараф этиш учун сийдик ҳайдовчи дори воситаларидан (фурацемид, урегит ва бошқалар), АГда эса КА (нифедипин, амлодипин ва бошқалар) фойдаланилади.

Касаллик белгилари ўтиб кетгандан кейин 6 ой ўтгач тонзилоэктомия тавсия этилади. Шу ўринда ўз вақтида кўрилган чора-тадбирлар 90 ва баъзан 100 % ҳолларда беморни 1,5-2 ой ичида соғайиши билан якунланишини эслатиб ўтмоқчимиз. Агар айрим белгилари 6 ойдан узоқроқ вақт давомида сақланиб қолса касалликни чўзилган тури ҳисобланади. Улар соғайганларидан сўнг камида 2 йил давомида мунтазам УАВ назоратида бўлишлари ва ҳар икки-уч ойда умумий сийдик таҳлили ўтказиб турилиши керак. Мабодо беморда шамоллаш ҳолатлари кузатилса таҳлилларни ҳар 2 ҳафтада ўтказиш мақсадга мувофиқ.

Айни вақтда ЎГНни сурункалисини қўзғалган давридан фарқлаш лозим. ЎГНнинг белгилари ҳеч қачон инфекцияга боғлиқ касалликнинг биринчи кунларида намоён бўлмайди, ундан фарқли ўлароқ сурункали гломерулонефритда (СГН) қайталаниш ҳоллари кузатилиши мумкин. ЎГНга циклик кечиш хос бўлиб, сурункалисида эса аксарият ҳолларда уни фарқлашни имкони йўқ. Барча ЎГН билан оғриган беморларда касалликнинг биринчи хафтасидаёқ комплемент ва АСЛ-О миқдори ошади. Буйракни

концентрациялаш хусусиятини бузилиши СГНни кечки босқичларида, ЎГНда шиш қайта бошлаганда кузатилади. Аксарият ҳолларда яширин кечаётган СГНни ўткиридан фарқлаш мураккаб бўлиб унинг учун буйрак биопсиясини ўтказиш лозим.

Агар инфекцияга боғлиқ касаллик билан оғриган беморлар сийдигида экстраренал белгиларсиз (шиш, АГ) сийдик чўкмасида ўзгариш аниқланса инфекцион токсик буйрак тўғрисида ўйлаш керак. Чунки бу ўзгаришлар касалликнинг яққол намоён бўлган даврида кузатилиб 1-2 хафта ичида изсиз йўқолади.

Тез авж олиб борувчи (ўткир ости ёки ёмон сифатли) гломерулонефрит –ЎГН каби бошланиб қисқа вақт (касаллик бошлангандан 2 йил) ичида нефросклероз ва СБЕ ривожланиб ўлимга олиб келади. У бирламчи (идиопатик) ва иккиламчи (ТҚВ, Гудпасчер синдроми, аралаш криоглобулинемия, инфекцион эндокардит, геморрагик васкулит, тугунчали периартериит, Вегенер гранулематози) бўлиши мумкин. Тез авж олиб борувчи гломерулонефрит ЎГН каби аксарият ҳолларда стрептококкли инфекциядан кейин белдаги оғриқ ва макрогематурия билан ўткир бошланади. Қисқа вақт ичида яққол намоён бўлган НФС, ёмон сифатли АГ, ретинопатия (кўз пардасини кўчиши, кўр бўлиб қолиш), авж олиб борувчи буйрак етишмовчилиги ривожланади. БТТКда тез авж олиб борувчи ГН касалликни илк белгиси бўлиши ёки мавжуд бўлган бошқа белгиларга қўшилиши мумкин. Агар зудлик билан даволаш чоралари олиб борилмаса 6-18 ой ичида беморлар буйрак етишмовчилигидан оламдан ўтадилар. Касалликнинг идиопатик турида тана ҳароратини кўтарилиши, миалгия, озиб кетиш, тромбоцитопения, микроангиопатик гемолитик анемия кузатилади. Ташхис қўйишда клиник белгилар ва асосан буйрак биопсиясида аниқланадиган морфологик ўзгаришлар (ярим ой шаклидаги, ўчоқли ва сегментар некроз ривожланиши билан кечувчи эпителиал ҳужайраларни пролиферацияси), муҳим аҳамиятга эга.

Даволаш ихтисослаштирилган шифохоналарда мутахассислар томонидан олиб борилади. Ўз вақтида бошланган “пульс-терапия”, тўрт – компонентли даво (ГКС+ цитостатиклар+ гепарин+ дипиридамол), ўтқазилган плазмаферез (иммунодепрессантлар ва ГКС билан) ва гемодиализ касаллик авжланишини бир мунча секинлаштириб эрта буйрак етишмовчилиги ривожланишини олдини олади.

Амалий машғулот №33

Мавзу: Нефротик синдромни таққослама ташҳислаш. УАШ тактикаси. Тор мутахасисга ёки шифохонага йўлланма. ҚВП ёки ОП шароитида даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш. Профилактика тамойиллари. Протеинурия ва сийдик чўкмасида ўзгариш бўлган ҳолатларда УАШ тактикаси. Сурункали буйрак этишмовчилигининг турли босқичларининг ўзаро қиёсий ташҳислаш. УАШ тактикаси.

Таълим технологияси

Машғулот вақти 6 соат	Талабалар сони : 10-12 тагача
Машғулот шакли	Амалий машғулот

<table>
<tr><td>Ўқув машғулоти тузилиши</td><td>1. Кафедранинг ўқув-тематик хоналари.
2. Ўқув хонаси, тарқатма материал, вазиятли масалалар ва тестлар тўплами.
3. Беморхоналар.
4. Телевизор, видео аппаратура, мультимедия</td></tr>
<tr><td colspan="2">Ўқув машғулоти мақсади: УАШ ни турли хил касалликлар билан боғлиқ бўлган нефропатияларни (НП) ўз вақтида ташҳислаш ва қиёсий ташхислаш масалаларига, оптималь даволаш тактикасини танлашга ҳамда беморларни соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғини шароитида “Умумий амалиёт врачи квалификацион тавсифномасига” мувофиқ олиб бориш тамойилларига ўргатиш.</td></tr>
<tr><td>Педагогик топшириқ:
1. УАШ ни НП билан билан бирга келувчи ва ҚВП (ОП) ёки ихтисослаштирилган стационарда даволаш мумкин бўлган касалликлар билан таништириш.
2. УАШ ни НП билан бирга кечувчи: ҳомиладорлар, диабетик, дорили нефропатияларни ташҳислашга ўргатиш.
3. УАШ квалификацион характеристикаси доирасида олиб бориш тактикаси масалаларини муҳокама қилиш.
4. Ушбу касалликнинг даволаш тамойилларини муҳокама қилиш (номедикаментоз ва медикаментоз).
5. ҚВП ёки ОП шароитида беморларни олиб бориш, кузатиш ва мониторинги тамойилларини муҳокама қилиш.
6. Ушбу касалликларда бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика тамойилларини муҳокама қилиш.</td><td>Ўқув фаолияти натижалари:
УАШ билиши керак:
1. Диабет, ҳомиладорларда, дорили шикастланишда НП юзага келиш механизмини.
2. НП билан кечувчи касалликлар дифференциаль диагностикасини
3. УАШ тактикасини.
4. Ушбу касалликларда даволаш тамойилларини (медикаментоз ва номедикаментоз).
5. ҚВП ёки ОП шароитида беморларни диспансер кузатуви ва мониторинги тамойилларини.
6. Ушбу касалликларда бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика тамойилларини.

УАШ қила олиши керак:
1. НП билан кечувчи ушбу касалликларни клиникаси ва лаборатор-инструменталь текширув маълумотлари асосида ташхислаш, дифференциаллашни.
2. Самараси исботланган препаратларни танлаш.
3. Номедикаментоз даволаш усули бўйича маслаҳат бериш.
4. ҚВП ёки ОП шароитида мониторинг ўтказишни.</td></tr>
<tr><td>Таълим усуллари</td><td>Маъруза, вазиятли масалалар, тестлар, демонстрация, видеокўриш, мунозара, суҳбат, <u>мия ҳужуми</u> ўргатувчи ўйини.</td></tr>
</table>

Ўқув фаолиятни ташкил қилиш шакллари	Индивидуаль ишлаш, гуруҳларда ишлаш, коллективда, аудиторияда, аудиториядан ташқари ишлаш.
Таълим воситалари	Ўқув қўлланма, тарқатма материал, вазиятли масалалар ва тестлар тўплами, анализлар тўплами.Телевизор, видео аппаратура, мультимедия.
Қайта боғланув усуллари ва воситалари	Блиц-сўроқ, тест ўтказиш, ўқув топшириғини бажариш натижалари презентацияси, касаллик тарихини тўлдириш, амалий кўникмаларни бажариш, клиник ва биохимик анализларни ўқиш кўникмаси

Машғулотнинг технологик харитаси.

№	Амалий машғулот босқичлари	Машғулот шакли *Ўтказилиш жойи*	Машғулот вакти
1	Кириш қисми (мавзуни асослаш)		10
2	Янги педагогик технологияларни (“ролли ўйинлар” усули) ҳамда демонстрацион материаллар (касаллик тарихи, жадваллар, плакатлар, рентгенограммалар) ни қўллаш орқали амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, бошланғич даражани аниқлаш.	Сўров , муҳокама *Ўқув хонаси, палаталар*	40
3	Муҳокама ҳулосаси		10
4	Амалий қисм- профессиональ сўраб-суриштириш бажариш учун топшириқни аниқлаш. Касаллик тарихини тўлдириш бўйича топшириқни бажариш учун ҳолатни ва тавсияларни тушинтириш .	Муҳокама Палатада кўрик	20
5	Машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи раҳбарлиги остида ўзлаштириш.	Проф. Сўраб-суриштириш. Беморлар билан суҳбат ва касаллик тарихини тўлдириш, вазиятли масалалар. *Палатада кўрик*	20

6	Беморни текшириш- шикоятлари, кўрик, пальпация, перкуссия, аускультация ҳамда УҚТ, УСТ, биохимик таҳлил маълумотларини интерпретация қилиш ва ташхис қўйиш.	Касаллик тарихи, лаборатор маълумотлар, вазиятли масалалар	25
7	Талабалар назарий, амалий билимларини муҳокама қилиш, материални мустаҳкамлаш, ўзлаштириш даражасини аниқлаш, билимларни баҳолаш.	Оғзаки сўров, тестлар, муҳокама, амалий кўникмаларни аниқлаш *Ўқув хонаси*	80
8	Амалий машғулот мавзуси бўйича хулоса қилиш, 100 баллик тизим бўйича баҳолаш ва баҳоларни эълон қилиш. Кейинги амалий дарсга уйга вазифа (саволлар тўплами).	Мустақил иш учун маълумотлар, саволлар. *Ўқув хонаси*	25

Мавзу баёни: Нефротик синдром (НС) –бир қатор клиник белгилардан ташкил топган симптомокомплекс бўлиб, улардан асосийлари кунига 3,5 г дан юқори бўлган протеинурия, шиш, хамда оқсил ва липид алмашинувини бузилиши (диспротеинемия, гипопротеинемия, гиперлипидемия) хисобланади. “Нефротик синдром” терминини биринчи бор адабиётга 1949 йилда W.Nonnenbruch киритган.

НС бир нечта гурухга мансуб бўлган турли касалликларда учрайди:

1. **Буйрак касалликлари** – ўткир ва сурункали гломерулонефритлар.

2. **Умумий ва тизимли касалликлар-** амилоидоз, бириктирувчи тўқима ва қон томирларнинг тизимли касалликлари(СҚЮ, геморрагик васкулит, тугунчали периартрит, склеродермия, ревматизм ва бошқа), диабетик гломерулосклероз, ўсма касалликлари.

3. **Инфекцион касалликлар** - бактериал эндокардит, сифилис, ўпкада, суяк тизимида сурункали йирингли жараёнлар, туберкулез ва бошқа.

4. **Токсик омиллар ва айрим дори воситалар таъсири** – оғир метал тузлари, симоб бирикмалари, висмут, олтин, эпилепсияга қарши воситалар, Д-пеницилламин, антибиотиклар, витаминлар.

5. **Аллергик касалликлар** - вакцинация, даволаш зардоблари.

6. **Қон айланишини бузилиши** – буйрак томирлари тромбози, ёпишқоқ перикардит, туғма юрак нуқсонлари.

Ушбу холатларнинг барчасида НС буйракни икки турдаги шикастланиши яъни гломерулонефрит ва амилоидоз асосида юзага келади.

Келиб чиқишига кўра НС бирламчи ва иккиламчи бўлади.

Бирламчи НС буйракни бирламчи касалликлари (ўткир ва сурункали гломерулонефритлар, унинг морфологик турлари) асосида ривожланади. Иккиламчи НС юқорида санаб ўтилган турли касалликлар оқибатида юзага келади ва бунда буйракдаги

ўзгаришлар кейинчалик пайдо бўлади. НС этиологик сабаблари хар хил бўлишига қарамасдан патогенетик механизмлари маълум бир даражада умумий бўлганлиги сабабли клиник кўриниши бир хил турдаги носпецифик хусусиятга эга.

НС нинг патогенези тўғрисидаги замонавий тушинчалар буйракдаги иммун яллиғланиш жараёнига асосланган. Антиген- антителалани ўзаро таъсирланиши сабабли комплементни фаоллашиши, иммун комплекслар хосил бўлиши ва уларни базал мембранага ўтириб қолиши натижада хужайраларда бир қатор иммун яллиғланишли жараёнлар ривожланиши (тўқимани хужайрали инфильтрацияси, фагоцитоз, лизосомал ферментлар ва лейкоцитлар дегрануляцияси туфайли хосил бўлган бошқа махсулотларни ажралиб чиқиши) оқибатда буйрак коптокчаларининг базал мембранасини шикастланиши, унинг плазма оқсиллари учун ўтқазувчанлигини ошиши ва бир вақтнинг ўзида каналчалар эпителийсида оқсил реабсорбциясини пасайиши ривожланади. Бунинг барчаси яққол намоён бўлган кунига 3,5 г дан юқори протеинурияга олиб келади. Маълум муддатгача оқсил дефицити уни жигарда синтезланишини кучайиши билан тўлдирилиб туради. Компенсация механизми ўз кучини йўқотгандан кейин гипопротеинемия ривожланади. Оқсилни ичаклар орқали йўқотилиши, организмда уни ва иммуноглобулинлар катаболизмини кучайиши, буйрак интерстициал тўқимаси шиши сабабли лимфа тизими орқали оқсил реабсорбциясини пасайиши гипопротеинемия холатини янада кучайтиради (60 г/л гача, оғир холатларда 50-40, хатто 30-25 г/л. гача). Натижада онкотик босим пасайиб нефротик шишлар ривожланади. Қон таркибида оқсилни пасайиши билан бир вақтда плазмани липолитик фаоллиги пасайиши сабабли липидлар- холестерин, триглицеридлар, фосфолипидлар миқдори ошиши кузатилади. Гиперлипидемия патогенези ханузгача тўлиқ ўрганилмаган. Бу холат жигарда липидларни кўп миқдорда ишлаб чиқарилиши, юқори молекуляр оғирликка эга бўлганлиги сабабли қон томир тизимида ушланиб қолиши, қонда лецитин - холестерин - ацилтрансфераза, липопротеидлипазалар каби ферментлар фаоллиги пасайганлиги сабабли уларни катаболизми сустлашиши, буйракни метаболик фаолиятини бузилиши, плазмада онкотик босимни пасайиши, хамда липопротедлар алмашинувида қатнашувчи оқсилни сийдик орқали йўқотилиши, қонда альбумин ва бошқа омилларни камайишига боғлиқ деб хисобланади. Аксарият беморларда паст зичликдаги липротеидлар (ПЗЛП), оғир холатларда эса улар билан бирга триглициридлар миқдори ошади. Гиперхолестеринемия айрим холларда ўта юқори кўрсатгичларгача (≥20-26 ммоль/л) кўтарилиши мумкин. Лекин аксарият холларда 7,0- 10,5 ммоль/л оралигида бўлади. Юқори даражалаги липидлар қон зардобига оқ- сут рангини (хилез) беради.

НС да қонни ивиш тизимида хам ўзгаришлар кузатилади. Бунда зардоб протеиназасининг антикоагулянт ва фибринолитик омиллари фаоллиги пасайиши ҳамда кинин- калликреин тизими фаоллашиши хисобига қонни ивувчанлиги ошади. Қон гиперкоагуляцияси буйракдаги морфологик ўзгаришларни янада чуқурлаштиради (коптокчаларда фибриноген- фибринни ўтириб қолиши, махаллий томир ичи коагуляцияси), хамда диурезни янада кучлироқ бузилишига хатто анурияга боришига ва томир ичи тромбозига олиб келади. Бундан ташқари қонни ивувчанлигини ошишида сийдик орқали антитромбин III, S ва C протеинларни йўқотилиши, жигарда фибриног

синтезини ошиши, фибринолизни сустлашиши хамда тромбоцитлар агрегациясини ошиши мухим ахамиятга эга. Клиник жихатдан бу холат ЎАТЭ, периферик ва буйрак веналари тромбози (40% холларда)билан номоён бўлади. Буйрак веналари ўткир тромбози тўсатдан бел сохасида ёки қоринда кучли оғриқ, микрогематурия, чап томонлама варикоцеле (чап яичник венаси буйрак венасига тушади), протеинурияни ошиши ва коптокчалар фильтацияси тезлигини пасайиши кузатилади. Буйрак веналарини сурункали тромбози симптомсиз кечади.

Интерстициал тўқимага сув ва электролитларни чиқиши билан қон зардобида онкотик босим пасайиб гиповолемия холати юзага келади. Бу эса ўз навбатида айланиб юрган плазма хажмини мувозанатловчи компенсатор механизмларни, биринчи навбатла альдестерон ва антидиуретик гармон (АДГ) тизимини фаоллаштиради. Натижада буйракда сув ва натрий реабсорбцияси ошади ва қонда бикорбонатлар кўпайишига олиб келиши мумкин бўлган каналчаларда калий секрецияси кучаяди. Сув ва электролитлар мувозанатини силжиши аксарият холларда гиперфосфатемия ва гипокальциемия кўринишида кечадиган остепороз ривожланишига олиб келувчи фосфор- кальций алмашинуви бузилиши билан бирга кечади.

Фагоцитлар фаолиятини сустлашиши ва антителалар хосил бўлиши иммун тизими кўрсатгичлари пасайиши билан намоён бўлади. НС ҚБ кўтарилиши билан кечиши буйрак паренхимаси шикастланганлигидан (гломерулонефрит, пиелонефрит, буйрак поликистози, тизимли касалликларда буйрак шикастланиши) далолат беради.

НС нинг клиник белгилари турли туман бўлиб, у НС га олиб келган асосий касаллик кўриниши ва кечишига боғлиқдир. Шу сабабли бемор анамнези сўраб – суриштирилганда аввал ўтқазган буйрак хамда бошқа тизим аъзолари касалликлари, озиқ –овқат ёки дори воситаларигa нисбатан аллергияси мавжудлиги тўғрисида батавсил маълумот йиғиш лозим. Беморлар жуда кўп, турли туман носпецифик шикоятлар билдиришлари мумкин, лекин улар орасида аста – секин ёки қисқа вақт ичида – бир кеча кундузда анасарка холатигача етган шиш доимийдир.

НС аста секин ривожланганда эрталаблари бемор қовоқларида шиш пайдо бўлиши билан номоён бўлади. Бу беморни узоқ вақт давомида горизонтал холатда бўлганлиги сабабли вақтинча ошган капилляр босим ва паст тўқима ичи босими таъсирида юзага келади. Кейинчалик эса шиш ташқи жинсий аъзоларга, белга ва оёқларга тарқайди. НС нинг кечки босқичларида шиш оғирлик қонунига асосан юзага келади, яъни у бутун тери ости тўқимасига тарқалади, терини қаттиқ чўзилиши натижасида қорин деворининг ён ва пастки қисимларида, сонларда, бел сохасида тери эластик мембранаси йиртилади ва оқиш йулакчалар (strie distensae) пайдо бўлади. Айрим беморларда сероз бўшлиқларда трансудатлар: асцит, бир ёки икки томонлама гидроторакс, кам холларда гидроперикард юзага келади. Кўзнинг шиллиқ қавати (хемоз) ва тўр пардаси шиши кўздан ёш оқиши ва кўриш қобилиятини пасайиши билан номоён бўлади. Жинсий аъзолар шиши сийдик ажиралишини қийинлаштиради. НС да шиш суюқлиги тери ёриқлари орқали сизиб чиқиши мумкин. Нефротик шишлар юмшоқ, енгил силжийди ва бармоқ билан босганда хосил бўлган чуқурча тез ўз холига қайтади.

Шиш пайдо бўлиши ва тарқалишига мос равишда диурез камаяди. Олигурия НС ни доимий белгиларидан бири хисобланади. Кунлик диурез ўртача хисобга 400-600 мл ни ташкил этиб, 1000 мл дан ошмайди. Буйрак фолияти сақланган холларда юқори протеинурия ва сийдик таркибидаги бошқа осмотик фаол моддалар хисобига уни нисбий зичлиги (до 1030-1040) ошиши кузатилади. Бундан ташқари кўпинча гиалинли, касаллик оғир кечганда (СБЕ) донадор ва мумсимон цлиндрлар аниқланади. НС га гематурия хос эмас, лекин айрим холларда микрогематурия кузатилиши, сийдик чўкмасида ёғли дистрофияланган (жироперерожденный) эпителий хужайралари, холестерин кристалллари, баъзан нейтрал ёғ томчилари, домий бўлмаган бир оз лейкоцитурия аниқланиши мумкин. Пешоб липурия ва юқори протеинурия туфайли оқ сут рангида хамда кўпикли бўлади.

Шиш узоқ вақт сақланиб қолганда трофик ўзгаришлар сабабли терини қуриб қолиши, кўчиши, сочни хиралашиши ва уни тўкилиши, тирноқлар қалинлашиб кўндаланг чизиқлар пайдо бўлиши хамда ўз- ўзидан синиб кетиши кузатилади. Беморда ўз- ўзидан сабабсиз холсизлик, тез чарчаб қолиш, иш қобилиятини пасайиши кузатилади, уйқучан бўлиб қолади.

Уларнинг иштахаси пасаяди оғзи қурийди чанқаш безовта қилади, овози хриллашади. Асцит ривожланганда анорексияга кўнгил айнаши, қайт қилиш, қорин дам бўлиши, кучли диарея, гидроторакс ва гидроперекард юзага келганда эса хансираш безовта қилади.

Хос ташқи қиёфа (шиш, тери қопламининг рангпарлиги, қуруқлиги), шикоятлар (уйқучанлик, соч тўкилиши, апатия), объектив текшириш натижалари (овозни хириллашиши, брадикардия, юрак тонларини бўғиқлашиши), параклиник белгиларнинг (ЭКГ да барча тармоқларда тишчалар вольтажини пасайиши, асосий модда алмашинуви кўрсатгичларини ва йод боғловчи оқсил миқдорини пасайиши) барчаси биргаликда микседемани эслатганлиги сабабли айрим клиницистлар НС қалқонсимон безининг гипофункцияси билан боғлиқ деган назарияга асосланган холда тиреоидин билан даволашни тавсия қилганлар. Кейинги текширишлар натижасида қон таркибидаги 25-30% га яқин тироксин гломеруляр фильтр ўтқазувчанлиги ошиши туфайли сийдик орқали йўқотилиши аниқланди. Бундан ташқари қон зардоби таркибидаги оқсилни ўрнини қоплаш қийин даражада йўқотилиши тиреоидин ва трийодтиронин транспортини бузилишига ва натижада тиреоглобулин етишмовчилигига олиб келади. Касалликнинг илк босқичларида бу йўқотилиш қалқонсимон без фаоллигининг ошиши хисобига компенсацияланади. Лекин вақт ўтиши билан оқсил дефицити ва унинг алмашиниувини бузилиши барча эндокрин безлар фаолиятини издан чиқаради, асосан гипофизни троп жумладан тиреотроп гормонлар секрецияси пасайиши шароитида қалқонсимон без ўз фаоллигини йўқотади. Бундан кўринадики қалқонсимон без фаоиятини бузилиши НС нинг сабаби эмас балки унинг натижасидир.

Бирламчи НС билан оғриган беморда юқори селективликдаги протеинурия, яъни сийдик билан оқсилни кичик малекуляр оғирликка эга бўлган турлари (альбуминлар, пре- и постальбуминлар) ажралиб чиқади. Бошқа холатларда эса юқори, ўрта ва паст селективликдаги протеинурия кузатилади.

Беморларда юқорида санаб ўтилган ўзгаришлардан ташқари иштахани йўқолиши, чанқаш, оғиз қуриши, бош оғриши, бел сохасида оғиғирлик ёки нохуш хис, кўнгил айнаши, қорин дам бўлиши, ич кетиши (аксарият холларда асцит мавжуд бўлганда) мумкин. НС узоқ вақт кечганда ва бемор кўп йиллар давомида сийдик хайдовчи воситаларни қабул қилганда кескин холсизлик, парастезиялар, калий ва хлоридларни организмдан чиқиб кетиши натижасида мушакларда оғриқ ва тришишлар, гидроторакс ва гидроперикард мавжуд бўлганда эса тинч холатда хам хансираш кузатилади. Беморлар кам харакат, тана харорати меёрида, айрим холларда бир оз пасайган, тери қоплами рангпар, қуруқ, қипиқланувчан бўлади.

Юрак чегаралари кенгайгаяди, ЮУС ва пульс секинлашади, агарда жараёнга юрак етишмовчилиги ва камқонлик қўшилса тахикардия кузатилиши мумкин. Юрак тонлари бўғиқлашган, гидроперикард бўлганда бўғиқ бўлади. ҚБ кўпинча меёрида, айрим холларда эса пасаяди. ЭКГ да миокардиодистрофия белгилари аниқланади (барча тармоқларда тишчалар вольтажи пасаяди). Шиш кўп бўлганда ўпкада майда пуфакчали нам хириллашлар (димланишли) эшитилиши мумкин.

Тил караш билан қопланган, жигар катталашган (жигар амилоидози ёки қон айланиш етишмовчилиги хисобига), айрим холларда ич кетиш (амилоидоз) кузатилади.

Клиник жихатдан НС иккита тури мавжуд: тоза ва аралаш.

Тоза нефротик синдром юқорида санаб ўтилган симптомлар билан кечади. Аралаш турида эса бу симптомлар артериал гипертония, гематурия ва буйрак етишмовчилиги белгилари билан бирга кечади.

Айрим муаллифлар НС тўлиқ ва тўлиқ бўлмаган турларини фарқлайдилар. Нотўлиқ НС деганда юқорида санаб ўтилган симптомларнинг 1-2 тасини бўлмаслиги тушунилади. Бундай бўлиш шартли хисобланади, чунки клиникада кўпинча бир турни иккинчисига ўтиб туриши кузатилади. Айни вақтда симптомларнинг тўлиқ бўлиши касалликнинг оғирлик даражасини, морфологик ўзгаришларни қай даражада чуқурлигини тўлиқ акс эттирмайди ва олиб борилаётган даволаш чораларини самарадорлиги тўлиқ бўлмаган НС дан фарқ қилмайди.

НС нинг барча белгилари енгилдан оғир даражагача ўзгариб туради. *Енгил НС* да беморлар шикоят билдирмаслиги, ёки уларни фақат умумий холсизлик безовта қилиши мумкин. Умумий ахволи қониқарли, иш қобилияти сақланган бўлади. Шиш синдроми бўлмайди, лекин айрим холларда эрталаблари юзида бир оз салқиш кузатилади. ҚБ миёрида. Бундай холарда НС нинг ягона белгиси юқори ва одатда селектив (кунига 3,5 г дан юқори) протеинурия хисобланади ва у аксарият холларда профиллактик кўрик вақтида тўсатдан аниқланади. *Оғир ва ўрта оғирликдаги НС* да унинг барча белгилари кузатилади. Шишларни тарқалиши, олигоурия, шиш суюқлигини тананинг бўшлиқларга йиғилиши каби белгилар устунлик қилади. Бунда суюқликни бўлиниши қон зардобидаги 20 ± 0,1 г/л га тенг бўлган альбумин миқдорига боғлиқ. Унинг миқдори 20 г/л дан кам бўлганда НС нинг барча симптомлари яққол намоён бўлади, ўзига хос асоратлар кузатилиб, иммуносупрессив даво яхши самара бермайди, оғир оқибатларга олиб келади. НС белгилари авжланишига мос равишда гомеостаз тизимида янги, аксарият холларда қайтмас ўзгаришлар кузатилди.

Кечишига кўра қуйидаги нефротик синдром турлари фарқланади:

I тип – НС билан кечувчи буйрак касалликларини "дебют" и хисобланади. Бундай кечиш ўткир гломерулонефрит, коптокчаларда минимал ўзгаришлар билан кечувчи нефритларда ва камдан кам холларда мембраноз гломерулонефритда кузатилади. Умуман олганда НС касалликнинг илк белгиси сифатида келиши нисбатан яхши сифатли кечади ва узоқ вақт, тахминан 8-10 йилгача ремиссия кузатилади. Турли касалликларда НС нинг тўсатдан ремиссия даврига ўтиши кам учрайди (катталар орасида 8-18%, болаларда 26% гача). Ушбу турдаги НС нинг клиник белгилари бир неча хафтадан 1 йилгача давом этиши мумкин. Бунда биринчи бўлиб шиш синдроми йўқолади, протеинурия эса секин -аста камайиб узоқ вақт сақланиб қолиши мумкин. Бундай беморларда буйрак фаолияти тўлиқ сақланади ёки клиник белгилари бартараф этилгач тўлиқ тикланади.

II тур- сурункали рецидивловчи кечади. Беморларда кўп йиллар давомида шиш ва протеинурияни тўлқинсимон кўпайиб ва камайиб туриши кузатилади. Бунда яққол қўзғалиш бир неча ой ёки йил давом этувчи қисман ремиссия билан алмашиб туради. Ушбу турдаги НС кўпинча касалликнинг 3-5 -йилида юзага келиб, буйрак фаолияти йилдан йилга ёмондашиб бориши билан номоён бўлади. Айрим холларда яхши сифатли кечаётган касаллик тўсатлан кескин қўзғалиб буйракда қайтмас ўзгаришларга олиб келади Хар бир ўзгалиш олдингисидан оғирроқ, узоқроқ давом этиб, буйрак етишмочилиги ривожланиш хафини ошириб боради ва ремиссия даврига ўтиш учун узоқ интенсив даво олиб боришни талаб этади.

III тур тўхтовсиз авжланиш хусисиятига эга бўлиб унинг икки варианти фарқланади.

1-вариант олиб борилаётган интенсив даво асосида ҳам НС белгилари сақланади. Шунга қарамасдан узоқ вақт давомида буйрак фаолияти меёрида сақланади ва касалликнинг 8-10 йилларидагина (авжланиш белгиларисиз) сурункали буйрак етишмовчилиги (СБЕ) ривожланади. Бу тур сурункали мембраноз, мезангиопролифератив ва фибропластик гломерулонефритларда учрайди.

2 -варианти тухтовсиз авж олиб боради, ремиссия бўлмайди ва олиб борилаётган интенсив давога қарамасдан 1-3 йилдан кейин СБЕ, хамда кучли уремия ривожланади. Бу тур экстракапилляр, мезангиокапилляр гломерулонефритларда, фокал- сегментар гломеруляр гиалинозда ҳамда коллагенозларда, амилоидоз, диабетик гломерулосклероз, буйрак веналари тромбозида учрайди.

IV тур- терминал НС. Сурункали гломерулонефрит ва иккиламчи гломерулопатияларнинг кечки босқичларида ривожланади ва ўта ёмон оқибатга олиб келади. Тез ривожланиб борувчи турғун, терминал уремия билан характерланади. НС белгилари бемор ўлгунича сақланиб қолади. Беморлар қон таркибида креатинин кўрсаткичи паст бўлишига қарамасдан бошқа асоратлар, иккиламчи инфекция, юрак етишмовчилигидан халок бўладилар. Бу турдаги НС буйрак касаллигини қўзғалиши, анемия, юрак етишмовчилиги натижасида тўқималарни узоқ вақт гипоксия холатида бўлгани, веноз гипертензия, айрим дори воситаларни узлуксиз қабул қилиш сабабли ривожлади.

Юрак- қон томир тизими

НС да юрак патологик жараёнга касалликнинг эрта босқичларидаёқ қўшилади. Унга микроциркуляция ва гемокоагуляцияни бузилиши, нефротик (гипопротеинемик) кардиопатия, қон томирларда ва миокардда аутоиммун жараён ривожланиши сабаб бўлади. Бу холат периваскуляр шиш, геморрагия, томирларни аневризматик кенгайиши, капиллярларни бўшаб қолиши ва тромбоцитларни томир ичи агрегацияси микротромблар хосил бўлишига олиб келади. Шундай ўзгаришлар миокардга ҳам тарқалади. НС даги гипо- ва диспротеинемия холати миокардда дистрофик ўзгаришларга олиб келади ва у "нефротик (гипопротеинемик) кардиопатия" деб юритилади. Миокард шикасланишининг патогенезида томирлар шикатланиши ва дистрофик ўзгаришлардан ташқари аутоиммун жараён ҳам мухум ахамиятга эга. У томирлар ўтқазувчанлигини оширади натижада оралиқ тўқима шишига хамда миокардни сероз суюқлик билан сингишига олиб келади. Бунинг ҳаммаси шикастланишда компенсация жараёнига жарвобгар тизимни фаоллашишига ва миокардда функционал ўзгаришлар ривожланишига сабаб бўлади. Юракдаги ўзгаришларнинг барчаси миокардни компенсатор гипетрофиясига олиб келади, кейинчалик эса сурункали юрак етишмовчилиги ривожланади.

НС да айланиб юрган қон хажмини ошиши ва умумий периферик қаршиликни пасайишига моиллик юқори бўлади. Хужайрадан ташқари суюқлик хажми ошади. Юрак систоласининг фазали фаолиятини кузатиш натижасида чап қоринча миокардининг қисқарувчанлик фаолиятини бузилиши ва унда сўнги диастолик босимни ошиши аниқланди. 77% беморда юрак чап қоринча, кам холларда эса иккала қоринча хисобига кенгаяди. Чап қоринча қисқарувчанлиги бузилади ва диастолик босим ошади. Аксарият беморларда юрак чўққисида I тон пасайади ёки иккилалади, тахминан 50% дан кўпроқ холларда гиперволемия ва анемия хисобига систолик шовқин эшитилади. Кўп шиш ва гиперволемия мавжуд бўлган беморларда суюкликни қон томирлардан тўқималар орасига ўтиши сабабли компенсатор равишда юрак қисқариш сонини ошиши хисобига гиперкинетик турдаги қон айланиш кузатилади. Гиперволемия мавжуд беморларда гемодинамик ўзгаришлар ривожланмаганда мослашиш хусусиятига эга бўлган томир рефлекси хисобига турғун брадикардия кузатилади.

Аввал НС аниқланган беморларда атеросклероз ривожланмайди деган тушунчага бархам берилди. Сўнги йилларда олиб борилган изланишлар уни аксини, яъни ушбу гурух беморларда атеросклероз эрта ривожланиши ва тез авж олиши ҳамда оғир асоратларга олиб келишини тасдиқлади. НС билан оғриган беморлар орасида ЮИК 85 баробар кўпроқ учраши тўғрисида маълумотлар мавжуд.

Қон зардобидаги липопротеидларнинг оқсил компоненти бўлган апопротеинлар (апо) текширилганда шуни кўрсатдики НС аниқланган беморларда қон таркибида липидлар миқдори меёрида бўлса ҳам коронар қон томирлар атеросклерози ривожланиш хавфи ошиб борар экар. НС да бемор қонида жуда кичик ва кичик зичликка эга бўлган липопротеидлар тўпланиши хос. Бошқача қилиб айтганда, этиологиясидан қаътий назат НС нинг ўзи проатероген омил хисобланади.

Буйрак гипертензиясининг умумий симптоматикаси бошқа этиологиядаги гипертензиялардан унча фарқ қилмайди. НС АГ билан келганда гипертониянинг клиник белгилари бўлмаслиги ёки ёмон сифатли гипертония синдроми кўринишида кечиши

мумкин. Гипертония синдромини бахолашда диастолик қон босим мухим ахамиятга эга. Айнан диастолик босим юрак бўшлиқларини кескин кенгайишига, ЭКГ да ўзгаришлар пайдо бўлишига, кўз туби қон томирларини шикастланишига олиб келади. ДАД <100 мм.сим.уст. бўлса, НС клиникасига ва оқибатига кам таъсир қилади. ДАД >100 мм.сим.уст. бўлса, тўр парда шишига, юрак ва бош мияда асоратлар ҳамда СБЕ тезроқ ривожланишига олиб келади.

Нафас олиш тизими

НС яққол намоён бўлганда 10-29,1% холларда бир ёки икки томонлама гидроторакс кузатилади, мақсадли равишда ўтқазилган рентгенологик текширишлар натижасига кўра бу кўрсатгич 46,8% ни ташкил этади. Айни вақтда буйрак фаолияти етарли даражада сақланган НС билан оғриган беморларда нефроген ўпка шиши жуда кам учрайди.

Гидроторакс ривожланганда беморнинг кўкрак қафаси шакли ўзгаради, асимметрик бўлади, шикастланган томон нафас олишда орқада қолади, овоз дириллаши сустлашади ёки йўқолади. Суюқлик миқдори жуда кўп бўлганда кўкрак қафаси орқа юзасидан перкуссия қилинганда учта соха фарқланади: ўпка учи устида тиниқ ўпка товуши, унинг асоси сохасида мутлоқ тўмтоқлик, улар орасида эса ўпка товушини нисбий тўмтоқлашаиши кузатилади. Мутлоқ тўмтоқлик сохасида нафас шовқинлари аниқланмайди ёки кескин сустлашган бўлади. Жараён бир томонлама бўлганда кўкс оралиғи аъзолари қарама – қарши томонга силжийди. НС да плевра суюқлиги асосан транссудат кўринишида бўлади.

Овқат хазим қилиш тизими.

Гомеостазни барча турдаги модда алмашинувини кескин ва чуқур бузилиши билан кечувчи НС да овқат хазим қилиш тизими ва унга кирувчи паренхиматоз аъзоларда маълум бир ўзгаришлар кузатилади. Беморларда нефроген гастропатия ривожланади. ЭФГДС маълумлтларига кўра ошқозон антрал қисмини эрта ва чуқур шикастланиши ва қисқа вақт ичида ошқозон ва 12 -бармоқ ичак шиллиқ пардасини тотал атрофиясига олиб келади ҳамда кўплаб эррозиялар пайдо бўлади. Айни вақтда ошқозон ва 12 бармоқ ичак пиёзчаси ярали дефекти камдан- кам холларда учрайди.

Беморлар эпигастрал сохада оғирлик хиси, кўнгил айнаши, метеоризм, НС яққол намоён бўлганда эса қорнининг турли сохаларида оғриққа шикоят қиладилар. Объектив кўрикда қорни дам, пальпацияда кўпинча оғриқли, лекин оғриқлар аниқ жойлашиш жойига эга эмас. Ушбу симптомокомплекслар сўрғичларни шиши, атрофияси, аксарият холларда шартли патоген флора билан боғлиқ бўлган инфекцияни (ичак таёқчаси) қўшилиши сабабли ингичка ичак шиллиқ қаватини таркибий ўзгариши натижасида юзага келади.

Шиш ва атрофик ўзгаришлар сабабли ингичка ичакнинг умумий сўриш юзасини камайиши бир томондан ингичка ичакда гидролиз жараёнини (девор олди сўрилиши) бузилишига олиб келса, иккинчи томондан озиқ моддаларни, асосан оқсилни фаол сўрилишини пасайтиради. Бу эса аввал мавжуд бўлган гипопротеинемия холатини янада чуқурлаштиради. Оқсил мувозанатини бузилиши шишларни кўпайишига, трофик ва метаболик бузилишларга олиб келади.

Жигарда функционал ва морфологик ўзгаришлар кузатилади. Гепатоцитларда ёғли, гиалин вакуолали дистрофия, айрим холларда некроз ривожланади. НС да ошқозон ости безининг экскретор фаолиятини бузилиши қон зардобида ва дуоденал суюқлик таркибида липаза, амилаза, трипсин миқдорини ошиши билан кечади. Ферментлар гиперпродукцияси аксарият холларда адаптатив функционал хусусиятга эга бўлиб, кўпинча аъзо хужайраларини ўтқазувчанлигини бузилишига боғлиқдир.

Амилоидозда нефротик синдром

Буйрак амилоидозида буйрак тўқимасининг барча таркибий элиментларига (коптокча, каналчалар, интерстициал тўқима, қон томирлар) эримайдиган махсус фибрилляр оқсил- амилоидни ўтириб қолиши ва унинг фаолиятини бузилиши, хамда сурункали буйрак етишмовчилиги ривожланиши кузатилади. Айни вақфтда буйрак билан бир қаторда бошқа аъзо ва тизимлар хам шикастланади. Амилоидоз аксарият холларда сил, сурункали йирингли (остеомиелит, бронхоэктотик ва ўпканинг бошқа йирингли касалликлари) ва ўсма (лимфогранулематоз, буйрак ва бошқа аъзолар ўсмаси) касалликлари, НЯК, ревматоидли артрит, анкилозловчи спондилоартрит, псориатик артритлар асосида ривожланиши мумкин.

Амилоидознинг клиник таснифи

Босқичи: 1. Бошланғич; 2. Клиник белгилари намоён бўлиш; 3. Терминал босқич.

Фазаси: 1. Протеинурик; 2. Нефротик; 3. Шиш- протеинурик; 4. Гипертоник; 5.Сурункали буйрак етишмовчилиги.

Кечиши: 1. Сенкин авж олиб борувчи; 2. Тез авж олиб борувчи;

3. Қйталовчи.

НС буйрак амилоидози билан оғриган 60% беморларда ривожланади ва бу касалликнинг оғир босқичига ўтганидан далолат беради. Айрим беморларда НС жуда эрта, касалликнинг биринчи 3 йилида шакиллана бошлайди. Бу даврда беморда аввал вақти- вақти билан, қисқа вақт ичида эса тарқоқ ва турғун шишлар пайдо бўлади ва терминал уремик даврида хам сақланиб қолади. Баъзан “нотўлиқ” НС аниқланади, яъни яққол намоён бўлган протеинурия мавжуд бўлсада шиш кузатилмайди. Бу холат буйрак усти безларини амилоид билан инфилтрацияланиши ва натрий тузларини кўп миқдорда йўқотилиши бмлан боғлиқ бўлиши мумкин. Айрим амилоидоз билан оғриган беморларда интеркуррент инфекция, вакцинация (эмлаш) ёки бошқа омиллар НС ни тез ривожланишига олиб келади. Бундай холларда амилоидозни олдинги босқичи аввал аниқланмаган бўлса, ўткир нефрит ёки сурункали гломерулонефритни қўзғалиш даври деган нотўғри хулосага келиш мумкин. НС нинг клиник кўриниши иккиламчи амилоидоз ривожланишига олиб келган касалликнинг хамда амилоидознинг турли туман белгилари билан боғлиқ. Буйракнинг бошқа касалликларидан фарқли ўлароқ амилоидозга гипотония хос, лекин 10-12% беморларда ҚБ ни кўтарилиши кузатилади. Ушбу холатда АГ яхши сифатли кечиб, касалликнинг оқибатига таъсир этмайд.

НС да ошқозон- ичак тизимидаги ўзгаришлар дисбактериоз, кам сўрилиш синдроми ривожланганлиги сабабли тез- тез ич кетиш билан намоён бўлади. Амилоидларни жигар ва талоқда ўтириб қолиши туфайли уларни фаолияти бузилмаган холда 60-70% беморларда жигар, 35-40% холларда эса талоқ катталашади.

Амилоидозанинг асосий белгиларидан яна бири буйрак етишмовчилиги ривожланганда ҳам буйрак хажми катталигича қолганлигини рентгенологик текшириш орқали аниқланиши хисобланади. Ушбу касалликда буйрак етишмовчилигини терминал бошқичида хам НС белгилари сақланиб қолади. Иккиламчи амилоидоз билан касалланган беморлар бошқа гломерулонефритларга қараганда паст креатинин миқдори билан турли хилдаги асоратлар туфайли оламдан ўтадилар.

Периферик қон тахлилида ЭЧТ аксарият холларда 50 мм/соатдан юқори бўлади, камқонлик белгилари аниқланади. Сийдик билан чиқиб кетаётган оқсил миқдориги мос равишда цлиндирурия даражаси ошиб боради. Айрим холарда лейкоцитурия ва микрогематурия, сийдик қопчаси шикастланганда эса макрогематурия кузатилади. Касалликнинг барча, хатто протеинурик босқичида хам буйракни концентрацион фаолияти пасайган бўлади.

Иккиламчи амилоидозда диспротеинемия характери келтириб чиқарган асосий касалликка (ревматоид артрит, туберкулез ва бошқалар) боғлиқ, идеопатик амилоидозда эса қон зардобида α_2- ва гамма- глобулинлар, хамда фибриноген миқдори ошади.

Липид алмашинувини бузилиши нефротик типда кечаётган сурункали нефритдаги каби эмас. Иммунологик ўзгаришлар умумий комплементни пасайиши ва IgA даражасини ошиши билан намоён бўлади. НС ривожлангандан кейин ўртача хисобда 2-6 йил яшайдилар.

Изланишлар шуни кўрсатадики, иккиламчи амилоидоз билан оғриган беморларни 5 ва 10 йил яшаши 77 ва 44% ни ташкил қилади ва улар ўртача хисобда 13,3 йил умур кўрадилар. Кузатишлар натижасига кўра иккиламчи амилаидоз ривожланишига сабаб бўлган асосий касаллик унинг яқин оқибатига (прогнози) унча таъсир қилмасада, кейинги натижаларини (ўн йил яшай олиш) белгилаб беради. Ушбу гурух беморларнинг 72% уримиядан оламдан ўтган бўлса, 28% ни ўлимига асосий касалликни авжланиши (айниқса ўсма касалликлари) ёки асоратланиши сабаб бўлади. Агар амилоидозли нефропатия белгилари 30 ёшгача бўлган беморларда пайдо бўлса ва у тарқаган амилоидоз клиник белгилари, айниқса нефропатия диарея ёки гипотония билан кечса ёмон оқибатларга олиб келади. Охирги холатда беморлар ўртача хисобда 4,6 йил умр кўрадилар.

Даврий касалликда кузатиладиган ирсий амилоидоз асосида ривожланган НС билан оғриган беморларда ошқозон ичак тизими томонидан кучли ўзгаришлар аниқланади. Улардан 20-22% да турли диспептик бўзилишлар, 67% да ич келишини бузилиши кузатилади Бу ўзгаришлар буйрак етишмовчилиги ривожланганда янада яққолроқ намоён бўлади. Даврий касаллик билан оғриган беморларда амилоидоз ривожланишига мос равишда кислота ва фермент ишлаб чиқарилиши пасаяди. Микроскопик текшириш натижасига кўра бу холат шиллиқ қаватдаги морфологик ўзгаришлардан бир мунча илгари ривожланади.

Мальабсорбция ва мальдигестия белгилари пайдо бўлиши НС билан оғриган беморларда ёмон оқибатларга олиб келади. Ушбу гурух беморларни ўтача яшаш даври 6,8 ± 1,2 йилни, касаллик ошқозон –ичак шикастланиши билан кечганда 5,3-1,4 йилни, жараён буйрак ва ошқозон ичак тизими зарарланиши хамда гипотония биргаликда келганда -2,3-1,5 йилни ташкил этади. Амилоидоз билан оғриган беморларнинг ярмида,

агар буйрак етишмовчилиги ривожланса барчасида ичак дисбактериози кузатилади. Бу эса мальабсорбция ва мальдигестия белгиларини янада кучайтириб юборади.

Амилоидозни ташхислашда асосий текшириш усули биопсия хисобланади. Ичак биопсиясида 75%, жигарда -50%, милкда -20% холларда амилоид аниқланади.

Қандли диабетда нефротик синдром.

Буйракларнинг қандли диабет оқибатида зарарланиши базан, НС кўринишида намоён бўлиб касалликнинг инсулинга қарам ҳамда қарам бўлмаган турларига чалинган беморларда ривожланади. Диабетик нефропатия умумлаштирилган тушинча бўлиб, диабетда буйрак шикастланишини бир нечта турларини, жумладан диабетик гломерулосклероз, папиляр некроз, пиелонефрит, сийдик йўллари инфекцияси, гликогенли нефроз, хамда атеросклеротик нефроангиосклерозни ўз ичига олади. Ушбу ўзгаришлар қандли диабетда кузатиладиган метаболик ўзгаришлар ва унга хос бўлган микроангиопатия хамда инфекцин асоратларга моилликни ошишига боғлиқ. синдром баъзан қандли диабетнинг эрта даврларида, айрим ҳолларида эса 10-12- йилларида кузатилади, лекин оғирлик даражаси хар доим ҳам асосий касалликка мутаносиб бўлмайди. Диабетик нефропатиянинг (протеинурия, ҚБ кўтарилиши, шиш, НС, СБЕ белгилари) клиник белгилари 30-35% беморларда кузатилиб, қолган 65-70% холларда белгиларсиз яширин кечади.

Диабетик гломерулосклерознинг илк клиник босқичи коптокчалар протеинурияси хисобланиб, бошланғич даврида доимий бўлмай селективлик даражаси пасайиб боради. Коптокчалар фильтрацияси бир дақиқада 45 мл гача камайган ҳолларда проксимал каналчаларда оқсилнинг қайта сўрилишини бузилиши ҳисобига протеинурия аралаш (коптокча ва каналча) хусусият касб этади. Сийдикда альбуминлар билан бирга йирик молекуляр оғирликка эга бўлган оқсиллар хам аниқланади.

Бир кеча кундузда йўқотиладиган оқсил 3,5 граммдан ортиқ бўлиши беморда НС ривожланганлигидан далолат беради ва у диабетик нефропатиянинг оқибатига таьсир этувчи оғир клиник белги ҳисобланади. Яққол белгилар билан кечувчи НС қандли диабетга чалинган беморларнинг 6-30 % ида учрайди ва қатор хусусиятларга эга. Одатда у аста–секин шаклланиб, ўзига хос айрим клиник ва лаборатор белгилар билан кечади. Хусусан, шишлар ўта кўп бўлиб сийдик ҳайдовчи воситалар деярли самара бермайди. Бунинг сабабларидан бири организмда кўп миқдорда туз ва сув ушланиб қолишидир. Қандли диабетда 60-90% ҳолларда қон босимни ортиши кузатилиб, бу ҳолат буйраклар фаолиятининг янада бузилишига олиб келади ва АГ даражаси протеинурия миқдори билан мутаносиб равишда бўлади. Касаликнинг сўнги босқичларида гипертензия деярли барча беморларда кузатилади. Унинг кўрсатгичи касалликнинг турли даврларида ҳар-хил бўлиб яққол клиник белгилар даврида одатда 180/100 мм.см.уст. атрофида, сўнги даврларида эса 200/110 мм.симоб устуни ва ундан ҳам юқори кўрсатичларда бўлиши мумкин. Қандли диабетда ҚБ ни кўтарилиши ренин-ангиотензин-альдостерон тизимини фаоллашиши билан боғлиқ эмас; инсулинга боғлиқ қандли диабет билан оғриган беморларда ренин фаолиятини меёрида бўлиши ёки аксинча пасайиши тўғрисида кўплаб маълумотлар мавжуд.Ушбу гурух беморларда АГ ривожланишида натрийнинг буйракларда бирламчи ретенцияси мухим ўрин эгаллайди ва оқибатда қон ҳажми ортиб

томирлар деворида ушбу микроэлемент тўпланади. Диабетик гломерулосеклерознинг аста-секин ва тез авж олувчи шакллари фарқланиб, унинг биринчи шакли кўпроқ учрайди. Ушбу шаклда касалликнинг илк белгилари яққол намоён бўлмайди. Аксарият ҳолларда вақти-вақти билан юзага келувчи протеинурия кузатилиб, у бир неча ой, баъзан эса йиллардан сўнг турғун носелектив хусусият касб этади ва пешоб билан чиқаётган оқсил миқдори ортиб боради. Айни вақтда, ушбу даврда қандли диабетга қарши самарали даво ўтказиб турилса, бемор ахволини нисбатан енгиллаштириш ва протеинурияни маълум муддатга камайтириш, ҳатто бартараф қилиш эхтимоли юқори бўлади. Вақт ўтиши билан касалликнинг тинч даври муддати қисқариб, тез авж олиб борувчи кечишга эга бўлади ва НС белгилари юзага келади. Нисбатан кам ҳолларда ва кўпроқ навқирон ёшли беморларда жараённинг тез авж олиш ҳоллари учрайди.

Доимий протеинурия юзага келиши билан коптокчалар фильтрацияси хар ойда бир 1 мл/ дақиқага пасайиб боради. Мазкур босқичда гипергликемияга қарши ўтказилган даво чоралари протеинурия кучайиб боришини бартараф эта олмайди, чунки ҳужайрадаги ўзгаришлар турғун хусусият касб этади. Буйрак етишмовчилигининг сўнги босқичида яққол намоён бўлган юқори протеинурия ва шишлар сақланиб қолиши касалликка хос бўлган асосий белги ҳисобланади.

Инсулинга боғлиқ диабетда ривожланувчи барча ўзгаришлар (эндокрин, метаболик, иммун) НС негизида АГ вужудга келишига мойиллик туғдиради. Қандли диабетда АГ ривожланишида нафақат гломерулосклероз, балки майда қон томирлар, аввало артериолалар гиалинози билан якунланувчи тарқоқ диабетик микроангиопатияларнинг таъсири шубҳасиздир.

НС юзага келиши, атеросклероз ривожланиши, сурункали пиелонефрит ва иккиламчи инфекциялар қўшилиши диабетик гломерулосклероз кечишини оғирлаштиради ва инсулинга қарам қандли диабет билан касалланган 40 ёшгача бўлган беморлар орасидаги СБЕ дан ўлим сабаби бўлиб хизмат қилади. Нефропатия ривожланган беморларнинг 80%и уремия оқибатида, 10%и миокард инфарктидан ва яна 10%и бошқа сабаблар оқибатида ҳаётдан кўз юмадилар.

Тизимли қизил югурдак касаллигида нефротик синдром

Ушбу касалликда қонда айланиб юрувчи, таркибида ДНК ҳамда ДНКга қарши антитаначалари бўлган иммун мажмуаларининг буйракда тўпланиши оқибатида, иммун зарарланиши юзага келади ва НС ривожланади.

Люпус-нефрит клиник белгилари аста-секин намоён бўлувчи беморнинг умумий ахволи ва касаллик оқибатига деярли таъсир кўсатмайдиган протеинурия ёкиқисқа вақт ичида ўлимга олиб келувчи НС, АГ ва буйрак етишмовчилиги билан кечувчи ўта оғир ним ўткир нефрит кўринишида кечиши мумкин.

Баъзи беморларда буйраклар зарарланиши касалликнинг илк белгиларидан бири сифатида намоён бўлади. НС кўп ҳолларда ТҚЮ кечишининг илк йилларида ривожланади ва касаллик оқибитига салбий таъсир этувчи омиллардан ҳисобланади. Буйраклардаги ўзгаришлар ТҚЮ кечиши билан узвий боғлиқ бўлиб, касаллик ўткир кечганда люпус -нефрит хасталанишнинг биринчи йилидаёқ, ним ўткир кечганда 3-4 йилида ва сурункали кечишида эса 8-10 йилида юзага келади.

ТҚЮда кузатиладиган НС қуйидаги ўзига хос хусусиятларга эга: протеинурия камдан-кам холларда ўта юқори селектив бўлмаган хусусиятга эга; буйракларнинг қизил югурдак таъсиридаги яллиғланиши оқибатида лейкоцитурия кузатилади; лейкоцитурияни асосан нейтрофиллар ҳисобида бўлиши; периферик қонда лимфопения ва эозинофилия, лейкопения, тромбоцитопения, ЭЧТ ошиши, гемолитик ёки гипохром темир танқислиги камқонлиги; яққол намоён бўлмаган гипер-α_2 ва юқори γ-глобулинемия; гиперхолестеренимия (холестирин миқдори баъзан 10,3-12,9 ммоль/лга ортиши мумкин) камдан-кам холатларда кузатилиши.

Тез авж олувчи югурдакли нефритнинг НС, АГ, (баъзан хавфли), эрта ривожланган буйрак етишмовчилиги билан бирга келиши, касаллик оқибати ёмонлигидан дарак беради. Юқорида келтирилганларга асосланган ҳолда қуйидаги белгилар бўлган тақдирда НС ТҚЮ билан боғлиқ деб ўйлаш мумкин:

- навқирон ёшли аёлда НС ривожланиши;
- ним ўткир нефротик шаклда кечиб, қисқа вақт ичида АГ ва буйрак етишмовчилиги белгилари қўшилиши хамда авж олиши;
- гематурия, цилиндрурия кузатилиши;
- протеинурияни селектив бўлмаган хусусиятга эга бўлиши;
- гипергаммаглобулинемия;
- қон зардобида холестрин миқдорини меъёрида ёки бир оз юқори бўлиши.

НС билан кечаётган люпус- нефрит билан хаста беморларда касаллик оқибати ўта жиддий бўлсада, айнан буйракларнинг зарарланиши беморларнинг кўп қисмида ўлимга сабаб бўлади. Турли маълумотларга кўра ТҚЮда НС кузатилганда беморлар орасида 10 йиллик яшаш кўрсаткичи 65-70% унга қўшимча АГ ривожланган ҳолда эса ушбу кўрсатгич 45-60% ни ташкил этади.

Дорилар таъсиридаги нефротик синдром

Сўнгги йиллардаги маълумотларга кўра шифохонада даволанаётган 18-30% беморларда дори воситаларини қўллаш вақтида қатор ножўя таъсирлар юзага келади ва айрим ҳолларда беморлар ўлимига сабаб бўлади. Улар орасида буйрак зарарланиши мухим аҳамият касб этади ва унда қўйидаги омиллар сабаб бўлади:

- Буйракларда қон айланишининг жуда юқори даражада (юрак зарб хажмининг 25%ни ташкил этади) эканлиги;
- Каналчалардаги ҳужайраларда метаболик ва транспорт жараёнларининг ўта тез кечиши;
- Дориларнинг асосий қисмини буйраклар орқали организмдан чиқарилши;
- Айрим дори воситаларини бевосита нефротик таъсирга эга эканлиги.

Юқорида санаб ўтилган омиллар оқибатида беморларда бутун организм, шу жумладан буйракларда дориларнинг аллергик таъсири, токсик нефропатия ёки нефротоксик нефрит ва бошқалар ривожланади. Буйракларни дори воситалари таъсирида шикастланиши аксарият холларда ўткир НС ёки ўткир буйрак етишмовчилиги синдроми кўринишида намоён бўлади. Айрим беморларда зардоб ёки эмлашлардан сўнг гломерулонефрит кузатилиши мумкин. Бунданташқари дориларни узоқ вақт қабул

қилганда НС билан бирга сурункали интерстициал нефрит, тубулопатия, ретроперитониал фиброз ва нефролитиаз ривожланиши мумкин. Дорили ўткир нефропатия уммумий медикоментоз аллергия асосида ривожланади.

Таъсирчанлиги кучайган организмга антиген қайта киритилганда базал мембрана ва каналчалар эпителиясининг қайта антигенли ўзгариши оқибатида НС ривожланади. Дорилар таъсирида ривожланган НС кўп ҳолларда шиш ва протиенурия, баъзан диспротиенемия ва гиперлипидемия билан намоён бўлади. Мазкур ўзгаришлар дори касаллигининг бошқа белгилари билан биргаликда кузатилиши, НС ни тўғри баҳолашда енгиллик туғдиради.

Айрим холларда сульфаниламидлар, бутадион, гидролазин билан даволанганда аллергияни умумий белгилари асосида ёки улар ўтиб кетгандан кейин бир неча кун ўтгач ўткир дорили гломерулонефрит ривожланиши ва у ўткир нефрит ёки НС кўринишида кечиши мумкин. Сульфаниламидли нефропатияда буйракни майда артерия ва артериолаларида некрозловчи ангеит кузатилиб ўткир ости кечувчи гломерулонефрит, лихорадка, артралгия, тери хамда шиллиқ қаватларни оғир зарарланиши билан кечади. Ўткир буйрак етишмовчилиги (ЎБЕ) дорилар таъсирида каналчаларни ўткир некрози, ўткир интерстициал нефрит, томир ичи гемолизи, каналчаларни сийдик кислотаси ёки сульфаниламид кристаллари билан тиқилиб қолиши, икки томонлама кортикал некроз, гепаторенал синдром, гемолитик- уремик синдром, гиперкальциемия холатларида ривожланиши мумкин. Дори қабул қилиш тўхтатилганда ЎБЕ ва НС белгилари орқага қайтади. Д- пеницилламинли ва ртутли нефропатияларда жараён тўхтовсиз авж олиб боради.

Гераинли нефропатия (наркотик моддалар қабул қиладиган) ёш эркакларда оғир НС микрогематурия, гипокомплементемия (C_3- фракция депрессияси) ва қон зардобида яққол намоён бўлган (8-10 марта) поликлонал IgM ни ошиши билан кечади. Оқибати ёмон. Нефропатияни илк белгилари пайдо бўлгандан бошлаб 6-48 ой ичида СБЕ ривожланади.

Узоқ вақт давомида нонаркотик анальгетиклар, ЯҚНВ, диуретиклар, Д витамин, кальций препаратлари беморларда сурункали тубулоинтерстициал нефропатия ривожланишига сабаб бўлади.

Паранеопластик нефропатия

Паранеопластик нефропатия турли аъзоларда жойлашган ўсма (ўпка, ошқозон, йўғон ичак, қалқонсимон безни ёмон сифатли ўсмалари, лимфогранулематоз, миелом касаллиги) касалликларида буйракни шикастланиши натижасида юзага келади. Ўсма касалликларининг мураккаблиги шундаки, жараён бошланиш даврида унга хос белгилар кузатилмайди. Иштаҳа пасайиши, тез чарчаш, тана ҳароратининг вақти-вақти билан кўтарилиб туриши, умумий холсизлик, тез чарчаш каби умумий шикоятлар баъзан юқумли касалликнинг оқибати сифатида қабул қилинади. Кейинчалик ушбу ўзгаришлар билан бир қаторда одатда пешобда мустақил буйрак касаллигига ҳос белгилари аниқланади. Шунингдек хавфли ўсмалар жойлашган аъзолар ёки унинг метастазига хос белгилардан ташқари, ўсма учун хос бўлмаган клиник белгилар билан намаён бўлиши мумкин. Паранеопластик синдром деб ном олган ушбу реакциялар турли-туман белгилардан (терининг махаллий ўзгаришлари, артралгия, иситмалаш, мушакларда оғриқ,

қондаги ўзгаришлар (камқонлик ва эритроцитоз, тромоцитоз ва тромбоцитопения, лейкемоид реакциялар)) хамда ревматоидли артрит, дерматомиазид ва бошқа тизимли касалликларга хос ўзгаришлардан иборат бўлиши мумкин. Аслида "паранеопластик нефропатия" деганда паранеоплпстик жараённи бир қисми бўлган мавжуд ўсмага нисбатан бутун аъзоларни жумладан буйракларни носпецифик жавоби назарда тутилади.

Ўсма касалликларида буйраклар зарарланишининг қуйидаги шакллари фарқланади:

- Амилоидоз;
- Гломерулонефрит кўринишидаги мембраноз нефропатия (паранеопластик нефропатия);
- Метаболик ацидоз;
- Электролитлар алмашинуви бузилиши, нефрокальциноз ва гипокалиемик буйрак ривожланиши;
- Сийдик кислотаси алмашинуви бузилиши оқибатида буйрак каналчаларининг уратлар билан бекилиб қолиши ёки интерстициал нефрит ривожланиши;
- Бенс-Жонс оқсилининг захарли таъсири ёки буйрак каналчаларида тўпланиши оқибатида уларнинг торайиши;
- Изостенурия.

Паранеопластик нефропатияда НС унга хос бўлган барча белгилар ва СБЕ ниг тез авж олиши билан кечади. Баъзан у ўсма касаллигининг илк белгиларидан бири сифатида намоён бўлишини шифокор доимо ёдда тутиши ва ёши ўтган кишиларда НС пайдо бўлишига алоҳида эътибор бериши керак.

Ўз вақтида бошланган ўсмага қарши даво чоралари НС ни бартараф этишда мухим аҳамиятга эга.

Миелом касаллиги

Миелом касаллиги (миелома, плазмоцитома) – плазмоцитларни ўсма касаллигига хос бўлган инвазияловчи пролиферацияси ва уни натижасида суяк тўқимасини деструктив шикастланиши хамда иммуноглобулинлар алмашинувини бузилиши (бир хил турдаги аномал иммуноглобулинларни ишлаб чиқарилиши). Касаллик 45-65 ёшлардаги ахоли орасида кўп учраб, барча лейкозларни 1/6 қисмини ташкил этади. Суяклардаги оғриқ сабабсиз озиб кетиш, тана хароратини кўтарилиши, диспротеинемия, ЭЧТ ошиши билан кечганда миелом касаллиги тўғрисида ўйлаш лозим. Ушбу касалликда буйракларни шикастланиши каналчаларда камдан –кам холларда коптокчалардаги (асосан амилоидни ўтириб қолиши хисобига) ўзгаришларга боғлиқ. Беморда гиперкальциемия хисобига нефрокальциноз, айрим холларда пиелонефритни эслатувчи (инфекцион табиатга эга эканлигига асос етарлича бўлмаган холда) белгилар ва нихоят буйрак ишемияси кузатилиши мумкин. "Миелом буйрак" деганда буйрак каналчалари тирқишини кенгайиши, уларни махсус эозинофиллар ёки полихроматофилли "қолиплар" –цилиндрлар билан бекилиб қолиши натижасида кузатиладиган ўзгаришлар назарда тутилади. Бу цилиндрлар аксарият холларда нефронларни халқасида, дистал каналчаларда хамда йиғувчи трубкаларида жойлашади ва улар Бенс Джонс оқсили преципитациялари билан

боғланади. Миелом касаллигида буйрак коптокчалари амилоидоз ва камдан кам холларда учрайдиган мезангиопролифератив жараённи хисобга олмаганда ўзгаришсиз қолади.

Клиник жихатдан миелом касаллигида буйракларни шикастланишининг асосий белгиси яккаланган ёки кўп миқдордаги цилиндрурия, айрим холларда лейкоцитурия ва камдан –кам холларда гематурия билан кечувчи сийдик синдроми хисобланади. Сийдик таркибидаги оқсилнинг асосий қисмини Бенс- Джонс оқсили ташкил қилиб, унинг кунлик миқдори 20 г ва ундан юқори бўлиши мумкин. Буйрак шикастланиши асоси касалликка хос бўлган қуйидаги умумий белгилар билан бирга кечади:

- умумий холсизлик, суякларда, бўғимларда ва умуртқа поғонасида оғриқ, деструктив ўзгаришлар натижасида суякларни тўсатдан синиши, озиб кетиш, анорексия;
- тери қоплами рангпарлиги, тана хароратини кўтарилиши, қовурғаларга, умуртқа поғонасига, бош суякларига уриб кўрганда оғриқ, бемор бўйини пасайиши (умуртқани компрессияланган синиши сабабли), суяклар деформацияси;
- гепато- ва спленомегалия, парастезия;
- Рейно синдроми;
- оғир миеломли нефропатияда СБЕ ривожланиши;
- УҚТ: анемия, ЭЧТ ошиши, лейкопения, нейтропения, тромбоцитопения, мутлоқ моноцитоз, плазматик хужайралар бўлиши мумкин; Қонни биокимёвий тахлилида: гиперпротеинемия, гипергаммаглобулинемия, гиперкальциемия, гиперурикемия, нефрокальциноз, гиперкреатининемия, кучли М-градиентли диспротеинемия, юқори даражада патологик иммуноглобулинлар ва стернал пунктатда плазматик хужайралар аниқланаиши;
- Суяклар рентгенографиясида: деструкция ўчоқлари, тарқалган остеолитик ўзгаришлар, остеопороз, патологик синишлар.

Миелом касаллигини аниқлашда қўлланиладиган диагностик критерийлар: 1) миелограммада 15% юқори бўлган плазмоцитоз; 2) трепанатда плазмахужайрали инфильтрация; 3) қон зардобида ва сийдик таркибида парапротеинларни мавжудлиги; 4) остеолиз ёки тарқалган остеопороз; 5) периферик қон таркибида плазматик хужайраларни мавжудлиги.

Биринчи ва иккинчи ёки уларни хар бирини бошқа (3,4,5) белгилар билан бирга келиши ташхисни ишончли эканлигини билдиради.

Ушбу касалликка шубха бўлганда мутахасисга юбориш лозим.

Нефротик синдромни асоратлари

НС кўп ҳолларда турли асоратлар билан кечади ва шунинг учун уни ўзига хос хавф омили деб ҳисоблаш мумкин. Улар ўз- ўзидан юзага келадиган (спонтан) ва ятроген бўлиши мумкин. Спонтан асоратлар мавжуд нефропатиянинг оғирлиги, асосий касалликнинг хусусияти ва НС даражасига боғлиқ. Улар кўпинча оғир кечувчи нефротик турдаги сурункали гломерулрнефритда ва ТҚЮ да кузатилади. НС нинг ятроген асоратлари беморни текшириш ёки даволаш билан боғлиқ бўлиб, кпинча тавсия қилинган дори воситаларга аллергик рякциялардир.

НС нинг асосий спонтан асоратлари турли сохада жойлашган бактериал, вирусли, замбруғли инфекциялар, нефротик криз (гиповолемик шок), периферик флебо- ва артериотромбозлар; ДВС -синдром, мия шиши, кўз туби пардаси шиши хисобланади.

Инфекцион асоратлар беморларда иммунитетнинг сусайиши (иммунодепресантлар таъсирида) туфайли юзага келади. Улар ичида қайталанувчи респиратор касалликлар, теринг йирингли зарарланишлари, зотилжам, плевритлар (шу жумладан эксудатли), сийдик йўллари яллиғланиши, сарамас (β- гемолитик стрептококк чақирган) кўп учрайди. НС нинг энг оғир ва қўрқинчли асоратлардан бири бўлиб ҳозирги кунда бактерияга қарши терапияни ўз вақтида қўллаш билан кам учраётган пневмококли перитонит ҳисобланади. Бактерияли перетонитни гиповолемик шокнинг бошланғич кўринишларидан бири бўлган нефротик кризлан фарқлаш лозим.

Нефротик криз НС нинг ўта оғир асоратларидан бири хисобланади. НС мавжуд бўлган беморда тўсатдан кўнгил айнаши, турли жойлашишга эга бўлган қориндаги кучли оғриқ (перетонитга ўхшаш), кўпинча қориннинг олдинги деворида ва сон сохасида оғриқли, кўчиб юрувчи сарамасга ўхшаш эритематоз тошмалар (махаллий озод кининларни хосил бўлиши хисобига), тана ҳароратини кўтарилиши, анасарка, гипопротеинемия (35 г/л гача, гипоальбуминемия -8-4 г/л гача) ва гиповолемия хисобига айланиб юрган қон хажмини камайиши сабабли ҚБ ни кескин тушиб кетиши билан намоён бўлади. Эритематоз тошма сарамасдаги тошмадан ўзини жойини тез ўзгартириши (ўрмаловчи эритема) ва аниқ демаркацион чегарага эга бўлмаслиги билан фарқ қилади. Абдоминал оғриқлар қорин пардасини қўзғатиш симптомлари билан бирга кечади. Ушбу холатни бактериал перитонит, ошқозон ёки 12 бармоқ ичак ярасини ёрилиши, мезентериал томирлар, буйрак веналари ёки пастки ковак вена шохлари тромбози, силли мезатенит, буйрак карбонкули каби касалликлардан фарқлаш лозим. Ташхислаш мақсадига ўтқазилган абдоминал пункцияда тиниқ, кўпикли (таркибидаги юқори даражадаги оқсил хисобига) стерил, таркибида кўп миқдорда гистамин, серотонин ва брадикинин мавжуд бўлган транссуддат олинади. Юқоридаги белгиларнинг зўрайиши оқибатида беморларда коллапс, гиповолимик шок ёки ўлим юзага келиши мумкин. Нефрротик криз кўпинча ГН ва ТҚЮ чалинган беморлар кузатилади. Нефротик кризнинг биринчи белгилари бўлиб, анорексия, кўнгил айниши, сабабсиз қайт қилиш ҳисобланади. Кейин аста-секин ёки бир вақтда қолган белгилари пайдо бўлади. Унинг кўп учрайдиган белгиларидан бири гемостазнинг турли хил клиник бузилишлари (чегараланган буйрак ичи томири коагуляцияси, периферик флеботромбозлар, томир ичи диссиминерланган синдроми) ҳисобланади, Унинг ривожланиши интеркурент инфекция, қаттиқ чарчаш, жароҳатланиш, НС нинг тромботик асоратлари билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Қон таҳлилида лейкоцитоз, сийдикда эса лейкоцитурия, баъзан микрогематуриянинг кучайиши кузатилади.

Баъзи беморларда нефратик криз негизида гиповолемик шок ривожланиши мумкин. Унинг ривожланиш белгилари адинамия, тахикардия, тана ҳароратининг тушиши, олигурия, ацидоз, гипоксия, коллапсгача зўраядиган артериал гипотония ҳисобланади.

Периферик флебо- ва артериотромбозлар НС ривожланган беморлар касаллигининг оқибатини белгилаб беради. Ушбу холат тромбаксан кўп ишлаб чиқарилиши, қонда V,

VII, VIII, XIII коагуляция омиллари, фибриноген миқдорини кўпайиши хисобига тромбоцитлар агрегатциясини ошиши натижасида юзага келади. Беморда периферик тромбофлебитлар, ўпка артерияси ва буйрак томирлари тромбози, инсульт, миокард инфаркти ривожланиши мумкин. НС билан оғриган беморларда кўпинча антитромбин III дефицити, гиперкоагуляция, фибринолизтизимини депрессияси, урокиназа фаоллигини пасайиши хисобига томир ичи диссиминерланган синдром ривожланиши мумкин. Ушбу холат ўткир буйрак етишмовчилиги (олигоурия, қонда креатинин ва калий миқдорини кескин кўтарилиши) ва томир ичи диссиминерланган синдром кейинчалик гипокоагуляция ва геморрагик синдромга олиб келади. Оқибатда организмда тромбогеморрагия, гипоксия, ацидоз, дистрофия ва аъзоларнинг дисфункцияси ривожланади ҳамда иккиламчи қон кетишлар кузатилади. Томир ичи диссиминирланган синдромининг кечиши ўткир, қайталанувчи, сурункали ва яширин бўлиши мумкин.

Унинг 4 босқичи фарқланади:

I. - гиперкоагуляция холати ва тромбоцитларнинг томир ичи агрегацияси;

II – коагулопатия ва тромбоцитопатиянинг кучайиши ҳамда когуляция синамаларининг турли йўналишдаги ўзгаришлари;

III – чуқур гипокоагуляция ва фибринолиз жараёнини фаоллашиши (геморрагик) босқичи. Қон ивиш механизмининг тубдан бузилиши ва назорат қилиб бўлмайдиган қон кетишнинг ривожланиши;

IV – тикланиш босқичи (жараён ёмон кечганда –оғир асоратлар ва ўлим билан тугаши). Аъзоларда чуқур дистрофик ўзгаришларнинг юзага келиши.

НС да ЮИК, ўпка артерияси тромбоэмболияси, инсультлар, периферик флеботромбозлар ва шу каби камроқ учрайдиган қатор бошқа асоратлар учраши мумкинлигини УАВ ёдда тутиши лозим.

НС ни оқибати ёмон. Айниқса кексаларда, АГ ривожланганда, макрогематурия, амилоидоз ва у узоқ вақт давом этганда ўлим хафи янада ошади.

НС билан оғриган беморлар ўлимига олиб келувчи асосий холатлар:

- буйрак етишмовчилиги;
- инфекцион асоратлар (пневмония, плевра эмпиемаси, сепсис, апостематоз нефрит, гломерулонефритга ўткир пиелонефрит қўшилиши);
- гиповолемик шок;
- тромбоз, тромбоэмболия, ЎАТЭ, инсульт, миокард инфаркти;
- нефротик криз;
- ятроген сабаблар (цитостатиклар билан даволанганда агранулоцитоз, оғир кечувчи зардобли гепатит, стероид остеопароз хисобига умуртқа поғонасини синиши ва бошқалар).

НЕФРОТИК СИНДРОМНИ ДАВОЛАШ

НС га чалинган беморларни даволаш – мураккаб вазифалардан бири ҳисобланади ва унга шубҳа бўлган ҳолларда УАВ уларни зудлик билан ихтисослаштирилган бўлим ёки шифохонага юбориши лозим. Даво чоралари НСга олиб келган асосий касалликни ва буйрак фаолиятини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилади. Бир оз шиш мавжуд бўлган

беморларга меёрланган харакат (ётоқ холат тромбоз ривожланишига олиб келади) тавсия этилади. Даволаш жисмоний тарбияси билан шуғилланиши, шахсий гигиена қоидаларига риоя қилиши ва оғиш бўшлиғи хада бирламчи ўчоқ санациясига катта эътибор бериши лозим. Яққол намоён бўлган шиш синдромида беморга ётоқ холат тавсия этилади.

Беморга ош тузи истеъмол қилишни кунига 3 г гача чегаралашни (ёки тузсиз пархез), суюқлик ва хайвон оқсилларини (1 г/кг тана вазнига) қабул қилишни камайтириш, овқат таъмини яхшилаш учун тузни ўрнига санасол (СБЕ гиперкалиемия кечганда мумкин эмас) қўллаш, янги мевалар истемол қилиш тавсия этилади. Пархезга фосфолипидларга бой арпадан тайёрланган кисел, бўтқа ва қайнатмалар қўшиш мақсадга мувофиқдир. Ўсимлик ёғи, денгиз махсулотлари (денгиз балиғи ва кароми, креветкалар), саримсоқ пиёз истемол қилиш тромбоцитлар агрегациясини камайтиради ва қонни фибринолитик хусусиятини оширади.

Асосий касалликни даволаш йўли билан (цитостатиклар ва преднизон) НС ни бартараф этиш ва СБЕ авжланишини тўхтатишни иложи бўлмаган холларда паст оқсилли прхез, ААФИ ва ЯҚНВ лар тавсия этилади. Бу коптокчалар ичи босимни пасайтиради, иккиламчи фокал- сегментар гломерулосклероз ривожланишини олдини олаби ва натижада протеинурия даражаси пасаяди хамда СБЕ авжланиш жараёнини секинлаштиради. ЯҚНВ коптокчаларда қон айланишини секинлаштиради ва коптокчалар фильтрини ўтқазувчанлигини камайтириб протеинурия даражасини пасайтиради. Айни вақтда ушбу гурух воситалари ўткир буйрак етишмовчилиги ва гиперкалиемия чақиришини, натрий ва сувни ушлаб қолишини УАВ унутмаслиги лозим.

Гиперлипидемия холатини камайтириш мақсадида хўл мева ва савзавотли ёки кам ёғли (овқат каллориясини 30% дан камини ташкил қилувчи, таркибида линол кислотаси мавжуд бўлган кам холестеринли) пархез (№7) тавсия этилади. Охирги йилларда гиполипидемик пархез билан бир қаторда холестерин ва паст зичликка эга бўлган липопротеинлар синтезини камайтирувчи воситалар (мевакор, ловастатин, симвостатин) тавсия этилмоқда.

Беморни кун давомида қабул қиладиган суюқлиги кунлик диурез хажмидан 200-300 мл ошмаслиги керак.НС негизида иммун яллиғланиш жараёни ётганлигини хисобга олган холда патогенетик даво сифатида ГКС, цитостатиклар, антикоагулянт ва антиагригантлар, НЯҚВ, - компонентли даво, плазмаферез, гемосорбция қўлланилади.

Глюкокортикоидли даво липоид нефроз, ўткир гломерулонефрит, сурункали гломерулонефритни нефротик тури, дорили нефропатиялар, СҚЮ асосида ривожланган НС ни даволашда қўллаш самарали хисобланади. Уни миқдори асосий касалликнинг фаоллик даражасидан келиб чиққан холда танланади Диабетик гломерулосклероз, буйрак ўсмаси, сили ва амилоидози, сурункали гломерулонефритни аралаш турларида хамда СБЕ ривожланган холларда ГКС самарасиз ва қўллаш тавсия этилмайди. Оғир НС да, айниқса ўткир ости кечган гломерулонефрит ва СҚЮ да метилпреднизолон билан пульс- терапия ўтқазилади. (ГКС дозасини танлаш ва пульс -терапия тўғрисидаги батавсил маълумот БТДК ларига бағишланган маърузада келтирилган).

ГКС га қарши кўрсатма бўлганда (НС артериал гипертензия, макрогематурия билан бирга кечганда) ёки ГКС дан яхши самара бўлмаганда, ёки уларга кўникма хосил бўлганда

цитостатиклар (азатиоприн, циклофосфан) тавсия этилади. Ушбу гурух воситалари тугунчали периартриит, Вегенер ва Гудпасчер синдромлари, сурункали гломерулонефритни аралаш тури, СҚЮ, ўткир ости гломерулонефрит асосида ривожланган НС ни даволашда қўлланилади. Оғир, тўхтовсиз авжланиб борувчи НС да, айниқса СҚЮ билан оғриган беморларда, ўткир ости кечувчи (ёмон сифатли) гломерулонефритда циклофосфамид билан пульс –терапия ўтқазилади. ГКС ва цитостатикларни бирга қўллаш уларни дозасини ва ножўя таъсирини камайтиришга имкон беради.

Цитостатикларни СБЕ фаоллик белгиларисиз кечганда, хомиладорлар нефропатиясида, панцитопения синдромида, лейкопения, тромбоцитопения ва инфекцион касалликлар мавжуд бўлганда қўллаш мумкин эмас. Ушбу гурух воситалари қўлланилганда УҚТ хафтада икки марта ўтқазиб туриш лозим.

Агар қарши кўрсатмалар (ошқозон, 12 бармоқ ичак яра касаллиги, геморрагик диатез, гемофилия) бўлмаса НС ни компекс даволашда *антиагрегантлар ва антикоагулянтлар* қўлланилади. Ушбу гурухлар турли хилдаги гломерулонефритлар, СҚЮ, тизимли васкулитлар асосида НС яққол намоён бўлган шиш синдроми ва олигоурия билан кечганда тўғридан –тўғри кўрсатма хисобланади. Бу холатда гепаринни клиник самараси диурезни кўпайиши кўринишида намоён бўлади.

Шу билан бир қаторда улар аутоиммун яллиғланишни секинлашиш, капилярлар ўтказувчанлигини ва протеинурияни камайиш, агрегация ва адгезия жараёнларини пасайиш, қон ивишини барча фазаларини камайтириш хамда натридиуретик таъсирга эга. Антиагрегантлар ва антикоагулянтлар қўлланилганда қонни ивиш вақти хамда ПТИ ни назорат қилиб туриш керак. Яширин қон кетишини эрта аниқлаш мақсадида эса УҚТ ва нажасни яширин қон кетишга текшириш лозим.

НС холларда *4 –компонентли (преднизолон, цитостатиклар, гепарин, курантил)* қўллаш тавсия этилади.

ЯҚНВНС патогенетик даволаш воситаси сифатида кам самаралидир. Улар ёрдамчи ёки ушлаб турувчи восита сифатида ёки юқорида снанаб ўтилган патогенетик даволаш воситаларини қўллашни иложи бўлмаган холларда тавсия этилади. Охирги йилларда буйрак холатига ножўя таъсирини инобатга олган холда ЯҚНВ НС ни даволашда жуда камдан кам холларда қўлланилмоқда.

Плазмаферез ва гемосорбция НС турғун оғир кечганда ва бошқа даволаш чоралари хамда патогенетик дори воситалари самара бермаган холларда қўлланилади.

Оқсил алмашинувини яхшилаш диуретик даво самардорлигини оширади, жигар ва бошқа аъзолар фаолиятини яхшилайди. Шу мақсадда протеинурия даражасини камайтирувчи воситаларни (пархез, ААФИ, статинлар) қўллаш, томир ичига 20% 100-150 мл альбумин (2-3 кунда бир марта, 5-6 та), қарши кўрсатма бўлмаганда анаболик стероид препаратлар (ретаболилл 1 мл хафтада бир матта м/о, даволаш курси 4-5 инъекция) тавсия этилади.

НС ни даволашда сийдик хайдовчи воситаларни эхтиётлик билан қўллаш лозим. Чунки форсирланган диурез гиповолемик коллапс чақириши ва ёмон оқибатга олиб

бкелиши мумкин. Шунинг учун НС нинг гиповолемик турида диуретикларни қўллаш мумкин эмас. Ушбу гурух воситаларини қўллашга қуйидагилар кўрсатма хисобланади:

- нафас олиш фаолиятини бузилиши;
- қон айланиш фаолиятини бузилиши;
- беморни функционал фаоллигини бузилишига олиб келган яққол намоён бўлган шиш синдроми;
- кучли шиш хисобига теридаги яққол намоён бўлган трофик ўзгаришлар;
- кучли шиш хисобига доимий психоэмоционал стресс.

Даволашни тиазидли (гипотиазид 25-100 мг, циклометиазид 0,5-1,5 мг, бринальдикс 20-60 мг) диуретиклардан бошлаш мумкин. Улар яхши самара бермаганда фуросемид кунига 20-40 мг (максимал 400-600 мг гача самара бўлмаганда в/и 20-1200 мг юборилади), урегит кунига 50-200 мг) тавсия этилади. Фуросемид ва урегитни тиазидли диуретиклар билан бирга қўллаш уларни сийдик хайдаш самарасини янада оширади. СБЕ белгилари ва гиперкалиемия бўлмаганда уларни калий сақловчи воситалар (верашпирон ва триамтерен кунига 50-300 мг дан) билан бирга қўллаш тавсия этилади. Сийдик хайдаовчи воситалар эуфиллин билан бирга қўлланганда таъсири янада ошади (сийдик хайдовчи воситалар тўғрисидаги батавсил маълумот шиш синдромига бағишланган маърузада кенг ёритилган).

Сийдик хайдовчи воситалар таъсирига рефрактер бўлган шиш синдромини даволаш

Шиш синдромини диуретиклар таъсирига рефрактер бўлишига олиб келувчи сабаблар:

- кўп миқдорда сув ва тузни қабул қилишни давом эттириш;
- узоқ вақт давомида ош тузини чегаралаш ва сийдик хайдовчи воситаларини узликсиз қабул қилиш, суюқликни буйракдан ташқари (экстраренал) йўқотилиши хамда оғир гипоальбуминемия хисобига айланиб юрган қон хажмини (АЮҚХ) камайиши;
- ёндош касаллик ёки асоратларни мавжудлиги: СБЕ, АГ, қон айланиши етишмовчилиги, жигар циррози;
- сийдик хайдовчи воситалар миқдорин мос равишда танланмаслиги ёки уларни мос равишда комбинацияланмаслиги.

Рефрактер шиш синдромини даволашга кришишдан аввал уни сабабини аниқлаш ва бартараф этиш лозим. Рефрактерликнинг асосий саббабларидан бири гипопльбуминемия, қонни коллоид- осмотик босимини пасайиши ва АЮҚХ камайиши хисобланади. АЮҚХ ошириш мақсадида полиглюкин (реополиглюкин) 400 мл, маннитол 20%-400 мл 1г/кг миқдорда в/и га юборилади. Гипоальбуминемия в/и 20% -100-150 мл альбумин юбориш билан бартараф этилади. Ушбу воситаларни қўллаш диурезни ошишига ва шишларни камайишига олиб келади. Зарурият бўлганда муолижа тугагандан кейин 2 соатдан кечиктирмай сийдик хайдовчи воситалар берилади.

Нефротик синдром асоратларини даволаш

НС асоратларини даволаш вазиятдан келиб чиққан холда ГКС ёки цитостатиклар билан пульс-терапия ўтқазиш, АЮҚХ ошириш, оқсил препаратлари, антигистамин ва антикинин препаратлари, антибиотиклар, гепарин хамда томир тортишига қарши препаратлар қўлланилади.

Нефротик криз ривожланганда қонни осмотик босимини ошириш мақсадида кунига 400-800 мл реополиглюкин, 150-200 мл 20% ли альбумин в\и га томчилаб қуйилади. Бир вақтни ўзида хар 3-4 соатда 90-120 мг преднизолон в/и, гепарин 10000 бирликдан кунига 4 марта т/о юборилади. Иккиламчи инфекцияни олдини олиш мақсадида кенг таъсир доирасига эга бўлган антибиотиклар қўлланилади.

Кинин тизими ингибитори сифатида контрикал 40000 бирликда ёки трасилол 5% ли глюкозада в/и, томчилаб юборилади.

Юқорида келтирилган маълумотлардан кўринадики ушбу гурух беморлари доимо УАВ ва зарау мутахасис (нефролог, ревматолог ва бошқалар) назортида бўлишлари, зарурият бўлганда ихтисослаштирилган касалхонада ётқизиб даволанишлари керак. Шуни ёдда тутиш керакки тавсия этилган пархезни бузиш, иккиламчи инфекция қўшилиши, патогенетик препаратларни бирдан бекор қилиш асосий касалликнинг кучайишига ва НС ни ривожланишига (мавжуд бўлганда асоратланишига) олиб келади. УАВ беморларга касаллик тўғрисида, тавсия этилган асосий препаратларни қандай қабул қилиш ва уни камайтиришни беморларга тушинтириши керак. Шу билан бир қаторда қабул қилинаётган дори воситаларини ножўя таъсирин илк белгилари тўғрисида маълумот бериши лозим.

Беморларни меҳнатга лаёқатлилик масалалари индивидуал ҳал қилинади. Ҳаддан ташқари совиб кетиш ва ортиқча жисмоний ишлар каби салбий омилларни ҳисобга олиш муҳим ҳисобланади.

Ташхис:

1. СҚЮ ўткир кечиши, фаоллик III, дерматит, люпус –артрит, люпус –кардит, люпус –нефрит нефротик синдром билан.

2. Сурункали гломерулонефрит нефротик тури қўзғалган даври. Нефротик синдром Асорат: СБЕ интермиттирловчи босқичи.

3. Асосий: Ўпкани сурункали йирингли касаллиги. Бронхоэктатик касаллиги қўзғалган даври. Иккиламчи буйрак амилоидози клиник намоён бўлиш босқичи, секин авжланиб борувчи кечиши, нефротик фазаси.

4. НЯК сурункали кечиши қўзғалган даври. Иккиламчи буйрак амилоидози клиник намоён бўлиш босқичи, тез авжланиб борувчи кечиши, нефротик фазаси.

Амалий машғулот №34

Мавзу . Шиш синдроми. Турли этиологияли шишларни таққослама ташҳиси (қон айланиш этишмовчилигида, буйракка алоқадор, эндокрин ва б.). УАШ тактикаси.

Таълим технологияси

Машғулот вақти 6 соат	Талабалар сони : 10-12 тагача
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Ўқув машғулоти тузилиши	1. Кафедра ўқув-тематик хоналари. 2. Ўқув қўлланмалар, тарқатма материал, вазиятли масалалар ва тестлар тўплами. 3. Беморхоналар.

	4. Телевизор, видео аппаратура, мультимедия
Ўқув машғулоти мақсади: УАШ ни турли хил касалликлар билан боғлиқ бўлган шиш синдроми ўз вақтида ташҳислаш масалаларига, ҳамда беморларни соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғини шароитида “Умумий амалиёт врачи квалификацион тавсифномасига” мувофиқ олиб бориш тамойилларига ўргатиш.	
Педагогик топшириқ: 1. УАШ ни шиш синдроми турли босқичлари билан билан бирга келувчи ва ҚВП (ОП) ёки ихтисослаштирилган стационарда даволаш мумкин бўлган касалликлар билан таништириш. 2. УАШ ни шиш синдроми турли босқичларини ташхислаш ва қиёсий ташхислашга ўргатиш. 3. УАШ квалификацион характеристикаси доирасида олиб бориш тактикаси масалаларини муҳокама қилиш. 4. Гемодиализга кўрсатма масалаларини муҳокама қилиш. 5. Даволаш тамойилларини муҳокама қилиш (номедикаментоз ва медикаментоз). 6. ҚВП ёки ОП шароитида беморларни олиб бориш, кузатиш ва мониторинги тамойилларини муҳокама қилиш. 7. Ушбу касалликларда бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика тамойилларини муҳокама қилиш.	**Ўқув фаолияти натижалари:** **<u>УАШ билиши керак:</u>** 1. шиш синдроми турли босқичлари юзага келиш механизмини. 2. шиш синдроми турли босқичларидаги клиник белгиларни. 3. шиш синдроми етишмовчилигининг турли босқичлари дифференциал диагностикаси. 4. УАШ тактикаси. 5. Ушбу касалликларда даволаш тамойилларини (медикаментоз ва номедикаментоз). 6. ҚВП ёки ОП шароитида беморларни диспансер кузатуви ва мониторинги тамойилларини. 7. Ушбу касалликларда бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика тамойилларини. **<u>УАШ қила олиши керак:</u>** 1. шиш синдроми турли босқичларини клиникаси ва лаборатор-инструменталь текширув маълумотлари асосида ташхислаш, дифференциаллашни. 2. шиш синдроми турли босқичларини даволашда препаратларни тўғри танлашни. 3. Самараси исботланган препаратларни танлаш. 4. Номедикаментоз даволаш усули бўйича маслаҳат беришни. 5. ҚВП ёки ОП шароитида мониторинг ўтказишни.
Таълим усуллари	Маъруза, вазиятли масалалар, тестлар, демонстрация, видеокўриш, мунозара, суҳбат, ўргатувчи ўйин.
Ўқув фаолиятни ташкил қилиш шакллари	Индивидуаль ишлаш, гуруҳларда ишлаш, коллективда, аудиторияда, аудиториядан

	ташқари ишлаш.
Таълим воситалари	Ўқув қўлланма, тарқатма материал, вазиятли масалалар ва тестлар тўплами, анализлар тўплами.Телевизор, видео аппаратура, мультимедия.
Қайта боғланув усуллари ва воситалари	Блиц-сўроқ, тест ўтказиш, ўқув топшириғини бажариш натижалари презентацияси, касаллик тарихини тўлдириш, амалий кўникмаларни бажариш, клиник ва биохимик анализларни ўқиш кўникмаси

Машғулотнинг технологик харитаси.

№	Амалий машғулот босқичлари	Машғулот шакли *Ўтказилиш жойи*	Машғулот вакти
1	Кириш қисми (мавзуни асослаш)		10
2	Янги педагогик технологияларни (“ролли ўйинлар” усули) ҳамда демонстрацион материаллар (касаллик тарихи, жадваллар, плакатлар, рентгенограммалар) ни қўллаш орқали амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, бошланғич даражани аниқлаш.	Сўров , муҳокама *Ўқув хонаси, палаталар*	40
3	Муҳокама ҳулосаси		10
4	Амалий қисм- профессиональ сўраб-суриштириш бажариш учун топшириқни аниқлаш. Касаллик тарихини тўлдириш бўйича топшириқни бажариш учун ҳолатни ва тавсияларни тушинтириш .	Муҳокама Палатада кўрик	20
5	Машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи раҳбарлиги остида ўзлаштириш.	Проф. Сўраб-суриштириш. Беморлар билан суҳбат ва касаллик тарихини тўлдириш, вазиятли масалалар. *Палатада кўрик*	20
6	Беморни текшириш- шикоятлари, кўрик, пальпация, перкуссия, аускультация ҳамда УҚТ, УСТ, биохимик таҳлил маълумотларини интерпретация қилиш ва ташхис қўйиш.	Касаллик тарихи, лаборатор маълумотлар, вазиятли масалалар	25

7	Талабалар назарий, амалий билимларини муҳокама қилиш, материални мустаҳкамлаш, ўзлаштириш даражасини аниқлаш, билимларни баҳолаш.	Оғзаки сўров, тестлар, муҳокама, амалий кўникмаларни аниқлаш *Ўқув хонаси*	80
8	Амалий машғулот мавзуси бўйича хулоса қилиш, 100 баллик тизим бўйича баҳолаш ва баҳоларни эълон қилиш. Кейинги амалий дарсга уйга вазифа (саволлар тўплами).	Мустақил иш учун маълумотлар, саволлар. *Ўқув хонаси*	25

Шиш асцитик синдром мавжуд бўлган беморлар муаммоларини хал этиш асосларига талабаларни ўқитишда билим, малака ва кўникмаларга қўйилган талаблар.

Мақсад: *Талабаларни шиш-асцитик синдроми бўлган бемор муаммоларини ечишда синдромаль ёндошувга, ундан ташқари уларни УАШ квалификацион тавсифномаси доирасида соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғини шароитида олиб бориш тамойилларини ўргатиш.*

Таълимнинг асосий вазифалари:

- Талабаларни шиш-асцитик синдроми бўлган бемор муаммоларини ҳал қилишга ўргатиш;
- Талабаларни шиш-асцитик синдроми билан боғлиқ бўлган муаммони ўз вақтида ташҳислашга ўргатиш.
- Талабаларни шиш-асцитик синдроми билан бирга кечувчи касалликларни бир-биридан фарқлай олишга ўргатиш.
- Шиш-асцитик синдроми бўлган бемор муаммоларини ҳал этишда зарур билим, малака ва кўникмаларни такомиллаштириш (маълумот йиғиш, муаммоларни аниқлаш ва физикаль кўрик ҳамда асосли равишда лаборатор-инструменталь текширувларни буюра олиш);
- Талабаларни олиб бориш тактикасини асосли равишда танлашга ўргатиш;
- Талабаларни ҚВП ёки ОП шароитида даволаш-профилактика чора тадбирлари ва кузатувни асосли равишда олиб боришга ўргатиш.

Беморнинг ушбу муаммоларини таҳлил қилишда талабалар билимини баҳолашнинг калит пайтлари бўлиши керак:

- Бемор ҳаёт сифатига таъсир этган асосий муаммони ажрата билиш.
- Рациональ анамнез учун ёрдамчи саволлар бера олиш.

- Хавф омилларини ажрата билиш.
- Ушбу муаммога сабаб бўлиши мумкин бўлган касалликлар ёки ҳолатларни санай олиш.
- Асосли равишда физикаль кўрик ўтказа олиш.
- ҚВП ёки ОП шароитида асосли тарзда лаборатор-инструменталь текширувларни буюра олиш.
- ҚВП ёки ОП дан ташқари шароитда қилиниши зарур бўлган қўшимча текширувларни ажрата олиш.
- Олинган маълумотларга асосланиб ушбу муаммонинг асосий сабабини (ташхис) аниқлаш.
- УАШ квалификацион тавсифномасига асосан олиб бориш тактикасини аниқлай олиш.
- Номедикаментоз маслаҳатлар бера олиш.
- Асосли (ишончли) медицинага таяниб медикаментоз давони аниқлай олиш.
- Соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғини даражасида профилактик чора-тадбирларни аниқлай олиш.
- ҚВП ёки ОП шароитида беморлар диспансеризация ва реабилитацияси тамойилларини аниқлай олиш.

Шиш-асцитик синдроми бўлган бемор муаммоларини ечишда талаба нималарни <u>билиши зарур</u>:

№	Билимлар рўйҳати	Таянч даража
1	Шиш-асцитик синдром билан кечувчи касалликлар рўйҳатини.	Талаба камида 10та энг кўп учровчи касалликларни билиши зарур.
2	Шиш-асцитик синдром билан кечувчи анча хавфли касалликлар рўйҳатини.	Талаба камида 5та касалликни билиши зарур.
3	ҚВП ёки ОП шароитида олиб боришни талаб этувчи ҳолатлар рўйҳатини (1-категория)	УАШ квалификацион тавсифномасига мувофиқ
4	Тор мутахассис маслаҳати ёки госпитализацияни талаб этувчи ҳолатлар рўйҳатини (2-категория)	УАШ квалификацион тавсифномасига мувофиқ
5	ҚВП ёки ОП шароитида олиб боришни талаб этувчи текширувлар рўйҳатини (3.1-категория)	УАШ квалификацион тавсифномасига мувофиқ
6	ҚВП ёки ОП дан ташқарида олиб боришни талаб этувчи текширувлар рўйҳатини (3.2-категория)	УАШ квалификацион тавсифномасига мувофиқ
7	Шиш-асцитик синдром билан кечувчи касалликларнинг муҳим диагностик мезонларини	Талаба ҳар бир касалликнинг ўзига хос белгилари ва намоён бўлишини ҳамда уларнинг диагностик мезонларини билиши зарур.

8	Ички аъзолар шикастланиш симптомларини	Талаба юрак, ўпка, жигар, талоқ, буйракнинг зарарланиш белгиларини билиши зарур.
9	Нефротик синдром белгиларини	Талаба асосий белгиларни санаб бериши зарур.
10	Юрак етишмовчилиги белгиларини	Талаба асосий белгиларни санаб бериши зарур.
11	Асцит белгиларини	Талаба асосий белгиларни санаб бериши зарур.
12	Веноз етишмовчилик белгиларини	Талаба асосий белгиларни санаб бериши зарур.
13	Лаборатор-инструменталь текшируви кўрсаткичларини	Талаба билиши зарур: - норматив кўрсаткичларни ва касалликларда кутиладиган ўзгаришларни
14	Даволаш тактикасини	Талаба даволаш усуллари ва тамойилларини (шу қаторда номедикаментозни ҳам) билиши зарур.
15	Бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика тамойилларини	Талаба бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика учун зарур бўлган асосий тадбирларни билиши шарт.
16	ҚВП ёки ОП диспансеризация ва реабилитация қилиш тамойилларини (4-категория)	Талаба диспансеризация ва реабилитациянинг асосий чора-тадбирларини санаб бериши лозим.

Шиш-асцитик синдроми бўлган бемор муаммоларини ечишда талаба нималарни қила олиши зарур:

№	Билимлар рўйҳати	Таянч даража
1	Бемор ва унинг қариндошларини сўраб-суриштириш	• Талаба эҳтимолий ташхисни ўрнатишга ҳақиқатдан ҳам ёрдам берувчи қисқа ва аниқ саволлар бера олиши. • Талаба бемор шикоятларини мақсадга йўналтирилган ҳолда аниқлай ва баҳолай олиш зарур. • Талаба касаллик анамнезини таҳлил қила олиши керак: касалликнинг бошланиши, биринчи симптомлари, уларнинг сабабий

		боғланиши ва ривожланиш динамикаси • Талаба ҳаёт анамнезини таҳлил қила олиши керак: хавф омилларини аниқлаш, ота-онаси ва яқин қариндошлари соғлиғини аниқлаш.
2	Хавф омилларини аниқлаш	Талаба ҳам беморни сўраб-суриштирганда, ҳам оъектив ёндошувга асосланиб бошқариб бўладиган ва бошқариб бўлмайдиган хавф омилларини аниқлаши лозим.
3	Вазн/тана индексини ҳисоблаш	Талаба қуйидаги белгиларни аниқлай олиши зарур: - вазн етишмовчилигини - ортиқча вазнни.
4	Артериаль босимни ўлчаш.	Талаба қадамма-қадам тамойилига амал қилган ҳолда танометрия ўтказа олиши зарур.
5	Умумий кўрик	Талаба қуйидагиларни аниқлай олиши зарур: - fasies nefrotica - шишинқираган юзни - жигар кафтларини, - гинекомастияни, - бўйин веналарининг бўртишини - кахексияни.
6	Терини кўздан кечириш	Талаба қуйидагиларни топа олиши зарур: - рангпарликни - цианозни, - иктерикликни, - тошмалар мавжудлигини - зичлашишларни - телангиоэктазияларни.
7	Оғизни кўздан кечириш	Талаба тилни баҳолай олиши зарур.
8	Уйқу, билак ва сон артерияларида пульсни текшириш	Талаба топа олиши зарур: - пульс бор ёки йўқлигини Талаба билак артерияси ҳусусиятини баҳолай олиши зарур.
9	Нафас аъзолари пальпацияси, перкуссияси ва аускультациясини амалга ошириш.	Талаба баҳолай олиши зарур: - кўкрак қафаси экскурсиясини - овоз дириллашини - ўпка товушини ўзгариши ва уларнинг интерпретациясинии - нафас типларини - нафас шовқинлари ва хириллашлар мавжудлигини

10	Юрак-қон томир тизими пальпацияси, перкуссияси ва аускультациясини амалга ошириш.	Талаба қуйидаги белгиларни аниқлай олиши зарур: - юрак бўлимлари гипертрофиясини Талаба баҳолай олиши зарур: - юрак тонларини; - юрак шовқинлари мавжуд бўлганда, унинг эпицентрини ва юрак фаолияти фазасига нисбатини (систолик ёки диастолик шовқинлигини) аниқлай олиш; - функциональ юрак шовқинларини органик шовқинлардан фарқлай олишни - перикард ишқаланиш шовқинини
11	Қорин соҳаси кўриги, пальпацияси, перкуссиясини амалга ошириш.	Талаба қуйидагиларни аниқлай олиши зарур: -асцитни -метеоризмни -томир юлдузчаларини - веноз коллатералларни Талаба қориннинг юза ва чуқур палпациясини амалга ошира билиши зарур. Талаба қуйидаги белгиларни аниқлай олиши зарур: - гепатомегалияни, - спленомегалияни. Талаба баҳолай олиши зарур: - қорин бўшлиғидаги барча ўтиб бўладиган ҳосилаларни
12	Буйраклар пальпацияси ва перкуссиясини амалга ошириш.	Талаба қуйидагиларни аниқлай олиши зарур: - катталашган буйракни
13	Буйрак артериялари устидан аускультацияни амалга ошириш.	Талаба қуйидагини аниқлай олиши зарур: -систолик шовқинни.
14	Қўл-оёқлар кўриги	Талаба оёқ-қўлларни қўздан кечира олиши ва қуйидагиларни учрата олиши лозим: - маҳаллий ёки тарқалган шишни. Бармоқлар билан оёқ кафти ташқи юзасига боса олиши ва топа олиши керак: - чуқурча ҳосил бўладими ёки йўқ. Оёқ веналарига эътибор қаратиши лозим.
15	Суяк-бўғим тизими кўригини амалга ошириш	Талаба топа олиши керак: - бўғим синдроми мавжудлигини
16	Қалконсимон безни текшириш.	Талаба қалқонсимон безни кўздан кечириши ва

		палпация қила олиши ҳамда катталашиш белгиларини, қалқонсимон без ўлчамига боғлиқ ҳолда буқоқ даражаларини аниқлай олиши керак.
17	Офтальмоскопия ўтказиш	Талаба қадамма-қадам тамойилига амал қилган ҳолда офтальмоскопия ўтказа олиши ва аниқлай олиши зарур: - артериовеноз кесишмаларни
18	Клиник ва биохимик таҳлиллар интерпретацияси	Талаба нормадан оғиш белгиларини аниқлай олиши лозим.
19	Ўпка рентген тасвири интерпретацияси	Талаба қуйидагиларни белгиларни аниқлай олиши зарур: - пневмониларни - пневмотораксни - плевритни - ўпка раки ва силини
20	ЭКГ олиш ва уни таҳлил қилиш	5. Талаба қадамма-қадам тамойилига амал қилган ҳолда ЭКГ ни қайд қила олиши керак. 6. Талаба ЭКГ натижасини таҳлил қила олиши ва қуйидаги белгиларни аниқлай олиши лозим: - миокард ишемиясини - миокард инфарктини - юрак бўлимлари гипертрофиясини - юрак ритмининг бузилишини
21	Шиш-асцитик синдроми билан кечувчи касалликларни бир-биридан фарқлаш.	Талаба касалликларни ўзига хос хусусиятларига асосланиб бир-биридан ажрата олиши зарур (анамнез, объектив кўрик ва лаборатор-инструменталь текширувлар)
22	Номедикаментоз маслаҳатлар бериш	Талаба қила олиши зарур: - беморларни ўз-ўзини назорат қилишга ўргатиш - пархез бўйича маслаҳат бериш - соғлом турмуш тарзини олиб бориш бўйича маслаҳат бериш.
23	Шиш-асцитик синдроми билан кечувчи касалликларни даволашда дори воситаларини рациональ қўллаш.	5. Талаба самараси исботланган препаратларни танлай олиши керак. 2. Препаратни танлашда талаба баҳолай олиши зарур: - самарадорлигини - хавфсизлигини - мақбуллигини

		- тежамкорлигини
24	Беморлар кузатуви ва мониторингини ўтказиш	Шиш-асцитик синдроми билан кечувчи касалликларни кузатиш ва олиб бориш тамойилларини санаб бериши лозим.

Машғулот баёни

Шиш - организм тўқимаси ва сероз бўшлиқларида меъёрдан ортиқ суюқлик йиғилишидир. Бу синдром тўқима ҳажми ва вазнининг ошиши, сероз бўшлиқлар сиғимининг камайиши, шишган тўқима ва аъзолар фаолиятининг бузилиши билан кечади. Организмдаги сув-туз алмашинуви бузилиши натижасида юзага келадиган умумий (тарқалган) ва тананинг маълум бир чегараланган қисмида суюқлик ушланиб қолиши оқибатида ривожланадиган маҳаллий (чегараланган) шишлар фарқланади.

Умумий шиш ривожланишида буйрак орқали кўп миқдорда натрий ва сув ушланиб қолишининг мураккаб механизмлари сабаб бўлади. Бунда туз ва сув алмашинувини гормонлар томонидан бошқарилишини бузилиши, жумладан, вазопрессин ва альдестеронни кўп миқдорда ишлаб чиқарилиши муҳим аҳамиятга эга. Маҳаллий сув алмашуви мувозанатининг бузилиши асосида капиллярларда гидростатик босим (юрак етишмовчилигида) ҳамда улар ўтказувчанлигининг ошиши (аллергияда), қон зардобида онкотик босимнинг камайиши (кахексияда ва буйракнинг айрим касалликларида) ва лимфа оқимининг бузилиши ётади. Ҳар бир касалликда шиш синдроми ўзига хос клиник кўринишда кечиб, у ташҳис қўйишда муҳим аҳамиятга эга. Умумий шишлар юракнинг сурункали етишмовчилигида, кахексияда, буйрак зарарланишларида, гипотиреозда ва айрим нейроэндокрин касалликларда кузатилади. Тўқималардаги маҳаллий шиш веналарда тромб тиқилиб қолиши (тромбофлебит, флеботромбоз), лимфостаз, маҳаллий аллергик реакциялар (Квинк шиши), ўчоқли яллиғланишлар натижасида юзага келади. Шунингдек, маҳаллий шишларга мия ва ўпка шиши ҳам киради.

Шундай қилиб, маҳаллий сув мувозанатининг бузилишига олиб келадиган асосий омиллар қуйидагилардир:

1. Капиллярларда гидростатик босимнинг ошиши.

2. Қон зардобида онкотик босимнинг камайиши.

3. Интерстициал суюқликнинг онкотик босимининг ошиши.

4. Тўқима механик босимининг пасайиши.

5. Капиллярлар ўтказувчанлигининг ошиши.

6. Лимфа оқимининг бузилиши.

Бемор организмида 3-5 литрдан ортиқ суюқлик ушланиб қолингандагина умумий шиш белгилари кузатилади. Периферик шишлар оёқ ёки тана қисми ва тери ости тўқима ҳажмининг ошиши, улар эластиклигининг камайиши билан намоён бўлади. Терини бир оз шишиши салқиш (пастозлик) дейилади. Пайпаслаганда тери хамирсимон конститенцияга эга, босганда чуқурча қолади. Агар бармоқ билан босганда, чуқурча қолмаса шишни сохта дейиш мумкин. Бундай шишлар микседемада, склеродермияда ва семиришда кузатилади. Агар яллиғланиш асоратлари бўлмаса, шиш синдромида тери рангпар ёки кўкимтир

рангда бўлади. Массив шишларда асосан оёқлар шишида тери атрофик, ялтироқ кўриниш касб этиб, баъзан сув оқаётган пуфакчалар ёки ёриқлар билан қопланади. Шиш синдромини бирор бир касаллик белгиси сифатида баҳолашдан олдин унинг бирламчи жойини (товон, болдир, битта ёки иккита оёқ, юз), пайдо бўлиш шароитини (узоқ тик туриш, аллергенлар таъсиридан кейин, дори қабул қилиш ва бошқалар), юрак, буйрак, жигар ва бошқа аъзолар касалликлари белгилари бор йўқлигини аниқлаш лозим. Келиб чиқиш сабабига кўра шиш синдроми турли хил даражада ривожланган бўлади. Айрим ҳолларда бир оз шиш юз ва оёқ устида пайдо бўлса, бошқа ҳолатда беморларни синчиклаб кўрганда аниқланади, баъзан эса кескин ривожланган, массив шишлар анасарка, асцит, гидроторакс, гидроперикард кўринишида бўлиб, бу кўпинча нефротик синдром ривожланганидан далолат беради.

Шиш синдроми ривожланишининг асосий сабаблари

I. Умумий шишлар:

6. юрак касалликлари;
7. буйрак касалликлари;
8. жигар касалликлари;
9. гипопротеинемик шишлар;
10. идиопатик шишлар.

II. Маҳаллий шишлар:

А. Веноз шишлар:

4. чуқур веналарни ўткир тромбози;
5. сурункали веноз етишмовчилиги;
6. веноз обструкция.

Б. Лимфатик шишлар:

4. идиопатик лимфатик шишлар: а) туғма идиопатик лимфатик шишлар; б) эрта пайдо бўлган лимфатик шишлар;
5. яллиғланиш сабабли пайдо бўлган лимфатик шишлар;
6. обструкцияли лимфатик шишлар.

В. Ёғли шишлар:

Г. Бошқа турли сабабларга кўра пайдо бўлган шишлар:

10. ортостатик шишлар;
11. артерио-веноз шишлар;
12. томирда ўтказилган операциялардан кейинги шишлар;
13. суяк-мушак тизими шикастланиши натижасида юзага келган шишлар: а) мушак тизими патологияси; б) пай қинининг яллиғланиши; в) суяклар синиши; г) Бейкер кафти;
14. рефлектор симпатик дистрофия;
15. асаб тизими касалликлари натижасида юзага келадиган шишлар;
16. аллергик шишлар;
17. туғма ангионевротик шишлар;
18. предменструал шишлар.

III. Дори воситаларини қабул қилиш натижасида юзага келадиган шишлар:

а) гормонлар (кортикостероидлар, аёллар жинсий гормонлари, эстерогенлар, прогестеронлар, тестостерон);
б) гипотензив воситалар (раувольфи алкалоидлари, апрессин, октадин, метилдофа, β-блокаторлар, клофеллин, миноксидил, кальций каналлари блокаторлари);
в) яллиғланишга қарши воситалар (бутадион, напроксен, ибупрофен, индометацин);
г) бошқа дори воситалар (антидепрессантлар, мидантан).

IV. Сохта шишлар:

3. микседема;
4. системали склеродермия;
3. дерматомиозит.

Қуйида биз УАВ фаолиятида кўп учрайдиган шиш синдроми билан кечувчи касалликлар тўғрисида тўхталиб ўтамиз.

Юрак касалликларидаги шишлар

Юрак касалликларидаги шишлар унинг мушаклари ҳолсизлиги (етишмовчилиги, ўз ишини бажара олмаслиги) натижасида юзага келади. Шиш синдроми юрак–қон томир касалликларининг клиник белгиларидан бири ёки уларнинг асорати кўринишида кечади. Аксарият ҳолларда шиш қон айланиш етишмовчилиги ривожланганда кузатилади. Унинг клиник белгилари узоқ вақт давом этган миокарднинг систолик (кардиомиоцитлар сонининг камайиши оқибатида унинг қисқарувчанлигининг бузилиши) ёки диастолик (унинг гипертрофияси ва бўшашиш фаолиятининг бузилиши) ва систола- диастолик дисфункциясидан кейин пайдо бўлади. Қон айланиш етишмовчилиги – патологик ҳолат бўлиб, юрак- қон томир тизими организм ва тўқималарни аввал талаби ошган вақтда (жисмоний ва эмоционал зўриқишда) кейинчалик тинч ҳолатда ҳам етарли даражада қон ҳамда кислород билан таъминлай олмаслигидир. Юрак касалликларидаги шишлар маҳаллий (юрак астмаси (ЮА), ўпка шиши (ЎШ)) ва тарқалган (сурункали қон айланиши етишмовчилиги (СҚАЕ)) кўринишида бўлиши мумкин.

Юрак касалликлари сабабли пайдо бўлган шишларнинг ривожланиш сабаблари:

- миокард шикастланиши: миокардитлар, дилатацион кардиомиопатия, миокардиодистрофия, юрак ишемик касаллиги;
- юрак мушакларини босим таъсирида зўриқиши: артериал гипертензия (тизимли ва ўпка гипертензияси), аортал стеноз (қопқоқ ости, қопқоқли, қопқоқ усти), ўпка артерияси кириш қисмининг торайиши;
- юрак мушакларини ҳажм билан зўриқиши: аортал ва митрал регургитация; қоринчалар аро тўсиқ нуқсони; очиқ артериал йўлак;
- юрак мушакларининг комбинацияланган (аралаш) зўриқиши: юқоридаги иккинчи ва учинчи гуруҳ сабабларни биргаликда келиши, мураккаб туғма ва орттирилган юрак нуқсонлари;
- қоринчалар диастолик тўлишининг бузилиши: гипертрофик кардиомиопатия, гипертоник юрак (чап қоринча дилатацияси бўлмаганда); рестриктив кардиомиопатия, митрал стеноз, перикард бўшлиғида кўп миқдорда суюқлик мавжудлиги (экссудат ёки транссудат), констриктив перикардит;

- юракнинг қон отиш ҳажми ортиши билан кечадиган ҳолатлар: тиреотоксикоз, юқори даражадаги камқонлик, жигар циррози.

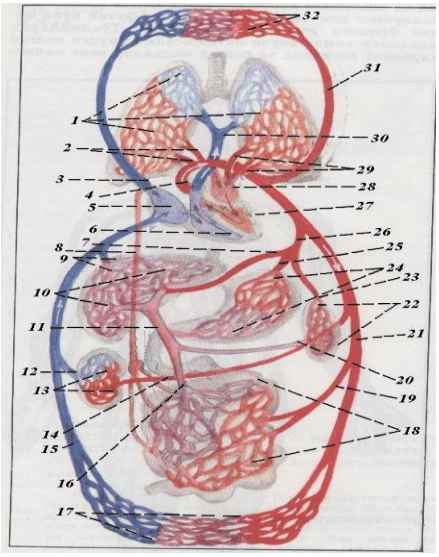
Ривожланиш тезлигига кўра ўткир (бир неча дақиқа ва соат давомида) ва сурункали (бир неча ҳафта ва ойлар давомида) қон айланиш етишмовчилиги тафовут этилади. Ўткир қон айланиш етишмовчилиги тўғрисидаги тўлиқ маълумот «Кўкрак қафасидаги оғриқлар»га бағишланган маърузада кенг ёритилган.

Сурункали қон айланиши етишмовчилиги

СҚАЕ бир қатор касалликлар оқибатида юзага келган чап ва ўнг томонлама ҳамда тотал юрак етишмовчилиги натижасида кузатилиб ҳансираш, тез чарчаш, периферик шишлар ҳамда юрак фаолияти (ритми ва ўтқазувчанлиги) бузилиши каби клиник белгилар билан намоён бўлади.

Чап томонлама юрак етишмовчилиги ўпкада димланиш, артериал гипотензия ва периферик тўқималарда модда алмашинуви бузилиши кўринишида кечувчи вазоконстриксия белгилари билан кечади. Периферик шишлар, асцит, марказий веноз босимнинг ошиши *ўнг томонлама юрак етишмовчилигидан* далолат беради.

СҚАЕ нинг бир қанча классификациялари мавжуд бўлиб, биз қуйида амалиётда кенг қўлланиладиганларига тўхталиб ўтишдан олдин 1-расмда кичик ва катта қон айланиш доираларини келтиришни мақсадга мувофиқ деб топдик.



1-ўпка капиллярлари, 2-ўнг ўпка веналари, 3-юқори кавак венаси, 4-аорта, 5-ўнг бўлмача, 6-ўнг қоринча, 7-умумий жигар артерияси, 8-кўкрак лимфа йўли, 9-жигар веналари, 10-жигар капиллярлари, 11-жигар дарвозаси венаси, 12-буйрак венаси, 13-буйрак капиллярлари, 14-буйрак артерияси, 15-пастки кавак венаси, 16-ичак тутқич венаси, 17-тананинг пастки қисми ва оёқлар капилляри, 18-ичак капилляри, 19-ичак тутқич артерияси, 20-талоқ венаси, 21-аорта, 22-талоқ капилляри, 23-талоқ артерияси, 24-меъда капилляри, 25-меъда артерияси, 26-қориннинг артериал стволи, 27-чап қоринча, 28-чап бўлмача, 29-чап ўпка веналари, 30-ўпка артерия стволи, 31-ички уйқу артерияси, 32-тананинг юқори қисми,бўйин ва қўлланинг капилляри.

Н.Д.Стражеско ва В.Х.Василенко таклифларига кўра СҚАЕ учта босқичга бўлинган.

I босқич – бошланғич: СҚАЕ нинг яширин даври бўлиб, субъектив белгилари (ҳансираш, тахикардия, бир оз кўкариш, чарчаш) маълум бир жисмоний зўриқишлардан кейин пайдо бўлади. Тинч ҳолатда гемодинамик бузилишлар кузатилмайди.

II – А босқич: СҚАЕнинг клиник белгилари тинч ҳолатда бироз безовта 1-расм. Кичик ва ката қон айланиш доираси қилади, жисмоний зўриқишга чидамлилик камаяди, катта ёки кичик қон айланиш доираларида унча кучли бўлмаган гемодинамик бузилишлар, бўғилиш хуружлари, иккиламчи ўпка гипертезиясининг ренгенографик, айрим ҳолларда электрокардиографик белгилари, шишлар пайдо бўлиши ва жигарнинг

яққол бўлмаган катталашиши кузатилади. Кародиомегалия ва хилпилловчи аритмия ушбу босқичнинг асосий белгиси бўлиши мумкин.

II – Б босқич: СҚАЕ нинг клиник белгилари тинч ҳолатда ҳам яққол намоён бўлади, катта ҳамда кичик қон айланиш доираларида кучли гемодинамик бузилишлар кузатилади. Юрак астмаси хуружлари тез–тез қайталанади. Доимий периферик ёки бўшлиқларда қайталанувчи шишлар пайдо бўлади. Жигар турғун катталашади ва даволаш натижасида бир оз кичрайса ҳам, лекин ўз ҳолига қайтмайди.

III – терминал босқич: бир оз харакат ёки тинч ҳолатда ҳам оғир гемодинамик силжишлар, аъзо ва тўқималардаги чуқур, қайтмас дистрофик ўзгаришлар ҳамда модда алмашинувининг бузилиши кузатилади.

Охирги йилларда Нью-Йорк кардиологлари уюшмаси томонидан тавсия қилинган СҚАЕ классификацияси амалиётда кенг қўлланилмоқда. Унга кўра қон айланиш етишмовчилигининг тўртта синфи тафовут этилади.

V- синф – чап қоринчанинг белгиларсиз дисфункцияси: юрак касалликлари билан оғриган беморларда жисмоний ҳаракатлар чегараланмаган;

VI- синф – енгил юрак етишмовчилиги: юрак касалликлари билан оғриган беморларда жисмоний ҳаракат бир оз чегараланган;

VII- синф – ўрта оғирлик даражадаги юрак етишмовчилиги: юрак касалликлари билан оғриган беморларда жисмоний харакат сезиларли чегараланган;

VIII- синф – оғир даражадаги юрак етишмовчилиги: юрак касалликлари билан оғриган беморларда енгил ҳаракат ҳам нохушлик чақиради.

СҚАЕ нинг эрта белгиларидан бири аста-секин зўрайиб борувчи ҳолсизлик ҳисобланади. Унинг асосий сабабларидан бири вазоспазм оқибатида тана мушакларининг қон билан таъминланишининг бузилишидир. СҚАЕ да шишлар одатда аста-секин ривожланиб, асосан симметрик равишда тўпиқ ва болдир атрофида, ётоқ беморларда эса елка, бел ва қуймич соҳаларида жойлашади. Ушлаб кўрганда тери совуқ, кўкарган, шишлар узоқ давом этганда эса, шу соҳа тери қопламининг эластиклиги йўқолади. Юрак шишлари одатда зич бўлиб, бармоқ билан босганда узоқ сақланиб қолувчи чуқурча қолади, тана ҳолати ўзгаргаришига мутаносиб равишда секин силжийди. Шишлар нисбатан кўп ёки оз муддат давом этган ҳансираш давридан кейин юзага келади. Кўпинча тери ва тери ости тўқимаси шиши, асцит, гидроторакс (асосан ўнг томонлама) билан бирга кечади. Бундан ташқари, юрак етишмовчилигининг бошқа белгилари – бўйин веналари бўртиши, ҳансираш, жигар катталашиши ҳам кузатилади. Объектив кўрикда юракнинг бевосита шикастланиш белгилари (чегараларини катталашиши, аритмиялар, I тонни сусайиши, патологик III, IV тонлар ва шовқинлар пайдо бўлиши) аниқланади. Ушбу гуруҳ беморларда касалликнинг эрта даврларида нисбий никтурия кузатилиб, сийдик чўкмасида ўзгаришлар аниқланмаслиги, кейинчалик эса «димланган буйрак» белгилари ривожланиши мумкин. Бу ҳолларда етарли даражада солиштирма оғирликка эга бўлган сийдик чўкмасида бир промиллидан кўп бўлмаган протеинурия ва енгил ўзгаришлар аниқланади.

Юрак касалликлари натижасида пайдо бўлган шиш мавжуд бўлган беморлар ЭКГ сида асосий касалликка хос белгилар - юракнинг турли бўлимлари гипертрофияси ва

зўриқиши, ритм ҳамда қўзғалувчанлиги бузилиши, чандиқли ўзгаришлар кузатилади. Касалликнинг эрта даврларида ўтқазилган юкламали синамалар мусбат бўлиши, беморларни жисмоний юкламага чидамлилиги камайиши ва унинг таъсирида гемодинамик кўрсаткичларининг ўзгариши СҚАЕ пайдо бўлганлигидан далолат беради.

Рентгенография ёрдамида эса кардиомегалия (кардиоторакал индекснинг 50% дан юқори бўлиши. Бу кўрсаткични аниқлаш «Кардиомегалия»га бағишланган маърузада келтирилган), аортанинг кенгайиши ва калцинози, турли даражадаги кичик қон айланиш доирасида димланиш белгилари (ўпка артериал гипертензияси ва веноз димланиш белгилари, гидроторакс, ўпканинг иккиламчи обструктив эмфиземаси) аниқланади. Сўнги йилларда юрак фаолиятини баҳолашда кенг қўлланиладиган текшириш усулларидан бири ЭхоКГ ҳисобланади. Унинг ёрдамида СҚАЕ олиб келган юракдаги ўзгаришлар ва функционал ҳолати (туғма ёки орттирилган нуқсонлар, миокард гипертрофияси, бўшлиқларининг кенгайиши, аневризмаси, систолик ва диастолик дисфункция, чап қоринчанинг қон отиб бериш ҳажми ва бошқалар) аниқланади.

СҚАЕ кенг тарқалган асорат бўлганлиги ва унга чалинган беморларнинг доимий давога мухтожлигини инобатга олган ҳолда, УАВ учун қулайлик туғдириш мақсадида қуйида унинг асосий мезонлари алоҳида келтирилди:

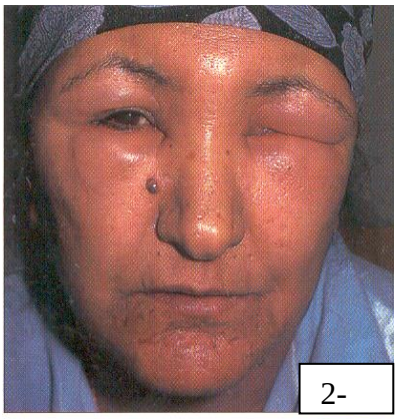
- жисмоний зўриқиш вақтида (айрим холларда тинч холатда) ҳаво етишмаслик ҳисси ва қуруқ йўтал;
- тунги ҳаво етишмаслик ҳисси ёки нафас қисиш хуружлари;
- ўпканинг пастки қисмларида (ўпка шиши ривожланганда икки томонлама бутун ўпка юзаси бўйлаб) жарангсиз кичик пуфакчали нам хириллашлар;
- кардиомегалия;
- протодиастолик галоп ритми (патологик III-тон);
- бўйин веналарининг бўртиб чиқиши;
- гидроторакс (аксарият ҳолларда ўнг томонлама), баъзан гидроперекард;
- шишлар (унинг ҳусусиятлари юқорида келтирилган);
- гепатомегалия;
- юрак қисқаришлари сонини меъёридан ошиши;
- лаборатор ва асбобий текширишда асосий касалликка хос ўзгаришлар;
- даволаш натижасида бемор тана вазнининг қисқа вақт ичида 4 кг. ва ундан кўпга камайиши.

Буйрак касалликларида учрайдиган шишлар

Буйрак шишлари нефротик синдром (НФС) билан намоён бўладиган ўткир ва сурункали гломерулонефритларда, буйрак шикастланиши билан кечадиган бириктирувчи тўқиманинг тизимли касалликлари (БТТК) ҳамда амилоидозларда, диабетик гломерулосклероз, ҳомиладорлар нефропатиясида ва васкулитларда кузатилади. НФСга шишдан ташқари юқори протеинурия (кунига 3,5 г дан кўп), гипопротеинемия, диспротеинемия, гиперлипидемия каби белгилар хос. «Нефротик синдром» тўғрисидаги батафсил маълумот унга бағишланган маърузада кенг ёритилган.

Буйрак шишлари қуйидаги клиник хусусиятларга эга:

➢ шишларнинг пайдо бўлиши диурезни камайиши билан бирга кечади (кундалик диурез 500 мл. ва ундан кам);


2-

➢ тана вазни нисбатан қисқа вақт ичида (суюқлик ушланиб қолиниши натижасида) кескин ошади;

➢ тери ости тўқимаси шиши аввал чегараланган маҳаллий, кейинчалик (айрим ҳолларда жуда тез) эса тарқалиб анасарка даражасигача етади. Шиш юздан (кўз атрофида, қовоқларда, ёноқларда) бошланиб тана ва оёқларга тарқалади (2-расм);

➢ суюқликнинг бўшлиқларда йиғилиши (гидроторакс, гидроперикард, асцит)- кўпинча асцит, баъзан гидроторакс кузатилади;

➢ аксарият ҳолларда ички аъзолар шиши ривожланади (юрак, жигар, ўпка, буйрак, мия) ва натижада унинг жойлашишига кўра клиник белгилар юзага келади;

➢ нефритик шишлар тез пайдо бўлиш ва тез қайтиш хусусиятига эга. Шишган соҳа тери қоплами рангпарлиги, дағаллашиши ва ҳароратининг меъёридалиги кузатилади. Яққол намоён бўлган шишларда тери ва унинг ҳосилалари дистрофияси кузатилади: эпидермис қипиқлашади, тери қуруқ, юмшоқ, атрофик, айрим ҳолларда ялтироқ, тирноқ ва сочлар синувчан ва хиралашган бўлади;

➢ шишлар нафақат юзда, қовоқлар атрофида (юз шишиши асосан эрталаб кучли), балки оёқларда, бел соҳасида, жинсий аъзоларда, қориннинг олдинги деворида ҳам жойлашади. Улар одатда юмшоқ, хамирсимон, тана ҳолати ўзгаришига мутаносиб равишда тез силжийди ва бармоқ билан босганда қисқа вақт ичида ўз ҳолатига қайтувчи чуқурча қолдиради. Аксарият беморларда ҳансираш кузатилмайди ва жигар катталашмайди.

➢ анасаркада оёқларда тери ости ёғ қатлами чўзилиб пуфакчалар ҳосил бўлади, эпидермис кўчиб, тери ёрилиши ва суюқлик оқиши кузатилади. Бундай ҳолларда инфекция қўшилиши натижасида сарамас ва флегмона ривожланиши мумкин;

➢ сийдик текширилганда протеинурия, гематурия, цилиндрурия ва яққол намоён бўлмаган лейкоцитурия аниқланади;

➢ қонда камқонлик белгилари, гипопротеинемия, диспротеинемия, гиперхолестеринемия, ЭЧТ, фибриноген, IgM, антистрептолизин –О , СРО, α- ва γ - глобулинлар миқдорининг ошиши, IgG камайиши кузатилади.

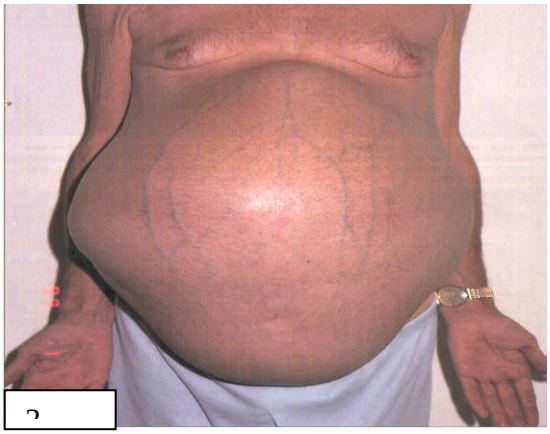
Ушбу хусусиятга эга бўлган шиш синдроми билан кечувчи касалликлар тўғрисидаги батафсил маълумотлар «Сийдик чўкмасидаги ўзгаришлар»га бағишланган маърузада ёритилган.

Жигар касалликларидаги шишлар

Агар шишлар жигар зарарланиши натижасида ривожланса, бемор анамнезида ўтказилган вирусли гепатит, алкоголизм, токсик таъсирлар аниқланади ҳамда сурункали жигар етишмовчилиги белгилари: ўргимчаксимон артериол гемангиомалар, жигар кафти (эритема), гинекомастия ва қориннинг олдинги деворида вена коллатераллари аниқланади (3-расм). Асцит ва спленомегалия асосий белгилардан бири ҳисобланади. Циррозда шишлар асосан қорин бўшлиғида жойлашиб, асцит ривожланади, аммо юрак

фаолиятининг бузилиши ва сийдик билан кўп миқдорда оқсил ажралиши кузатилмайди. Оёқларда шишлар нисбатан кам учрайди.

Асцит – суюқликнинг қорин бўшлиғида йиғилиши. Суюқлик кам бўлганда клиник бегиларсиз кечади, унинг миқдори ортиб бориши билан қорин бўшлиғи кенгайиши, нохуш ҳис, анорексия, кўнгил айниши, жиғилдон қайнаши, ўнг ёнбошда оғриқ, респиратор бузилишлар кузатилади.



Объектив текширишлар ёрдамида 100 мл. ва ундан кўпроқ миқдордаги суюқликни аниқлаш мумкин. Бунда қориннинг ён соҳалари шишган, ёки туртиб чиққан, аускультацияда «чайқалиш шовқини» белгиси, бемор ҳолатини ўзгартирганда қорин ён томонларида бўғиқ перкутор товуш ёки у тизза- тирсак ҳолатида бўлганда қорин марказида тўмтоқ товуш пайдо бўлиши кузатилади. Асцит ташқи жинсий аъзолар шиши, киндик ва чов чурраси, кўпинча ўнг томонлама гидроторакс билан бирга кечиши мумкин. Ташҳис жигар фаолияти кўрсаткичларини баҳолаш, УТТ, лапароскопик текшириш ва биопсия натижаларига асосланган ҳолда қўйилади. Ташҳисий парацентез (қорин бўшлиғидан 50-100 мл. ва ундан кўпроқ суюқлик олиб текшириш) аниқ маълумот беради.

Жигар касалликлари тўғрисидаги маълумотлар билан «Сариқлик»ка бағишланган маърузада танишишингиз мумкин.

Оқсил кўп йўқотилиши билан кечувчи энтеропатияларда кузатиладиган шишлар

Гипопротеинемик шишлар аксарият ҳолларда кўп миқдорда оқсил йўқотиш ва кам сурилиш синдроми билан кечувчи энтеропатияларда кузатилади. Ошқозон-ичак тизими касалликлари оқибатида шиш ривожланган беморлар анамнезида овқат ҳазм қилиш тизими фаолияти бузилишига ва гипопротеинемия ҳолатига олиб келувчи қуйидаги касалликлар мавжудлиги аниқланади:

1. Бирламчи экссудатив энтеропатия (ичак лимфангиэктазияси, Гордон касаллиги) – кўпинча ёшлар орасида учраб, унда ингичка ичак шиллиқ қаватининг эктазияланган лимфа томирлари орқали кўп микдорда оқсил йўқотилиши кузатилади. Касалликнинг илк босқичлари яширин кечади. Унинг клиник белгилари ошқозон–ичак шикастланиши ва модда алмашинуви бузилиши симптомларидан иборат.

Касалликнинг асосий клиник белгилари: яққол намоён бўлган гипопротеинемик ассимметрик шишлар кўпинча оёқ, қўл, юз бел соҳасида жойлашади, айрим ҳолларда анасарка кўринишигача боради ва қисқа вақт ичида асцит ва гидроторакс ривожланади. Диарея шиш ривожланишидан олдин, ёки бир вақтнинг ўзида пайдо бўлади. Нажасда шиллиқ ва қон аниқланмайди. Беморни қориндаги кучли оғриқ, полифекалия, доимо қориннинг дам бўлиши, қулдираши, кўп газ пайдо бўлиши безовта қилади. Иккиламчи экссудатив энтеропатияларга зўрайиб борувчи оқсил етишмовчилиги, тана вазнининг кескин камайиши, шиш – асцитик синдром ҳамда барча аъзоларда дистрофик ўзгаришлар ривожланиши хос. Ичак лимфангиктазиясида шишлар диареяга боғлиқ бўлмаган ҳолда ривожланади. Камқонлик билан бирга гипокалиемия, гипокальциемия аниқланади.

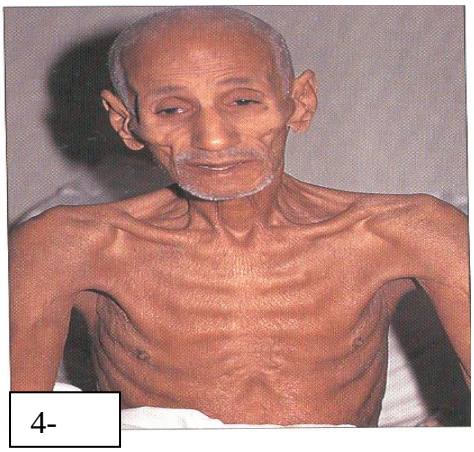
Суякларда оғриқ, мушаклар тортишиши, хейлит, тез-тез қон кетиш ҳоллари учрайди. Бемор қонида яққол намоён бўлган гипопротеинемия, лимфоцитлар, IgG, IgF, IgM лар миқдори камайиши аниқланади, гипохром камқонлик кузатилади. Ташҳис қўйишда радиоизатоп текшириш усули ва ингичка ичак шиллиқ қавати биопсияси катта аҳамиятга эга;

2. Глютеинли энтеропатия (целиакия, спру целиакияси) ҳар қандай ёшда ривожланиши мумкин, лекин илк белгилари гўдаклик даврида, таркибида глютеин мавжуд бўлган озиқ-овқат маҳсулотларини (ёрмалар, печенье, нон) истеъмол қила бошлаган вақтда ривожланади. Целиакия ёш болаларда ҳам, катта ёшларда (кўпинча 20-40) ҳам даволанишга боғлиқ ҳолда тўлқинсимон, авж олиш ва ремиссия даври алмашиниши билан кечади. Касаллик ич кетиш билан бошланиб, кейинчалик озиб кетиш, мушакларда ҳолсизлик, полифекалия, темир етишмовчилиги камқонлиги, шиш билан кечувчи гипопротеинемия қўшилади. Бемор нажаси сувли ёки кулранг тусда, ёғли, кўпикли, бадбўй аччиқ хидли бўлиб, сув юзасига қалқиб чиқади, таркибида шиллиқ ва қон аниқланмайди. Кучли метеоризм, қорин олд девори туртиб кўрилганда сув тўлқини шовқини кузатилади.

Ич кетишига камқонлик, глоссит, милкдан ва ошқозон–ичак тизимидан қон кетиши, тери гиперкератози, мушакларда ҳолсизлик қўшилиши, сўрилиш етишмовчилиги синдроми ривожланганидан далолат беради. Беморларда парастезиялар, тортишиш, остеопороз кузатилади. Шиш маълум бир вақт давом этган диареядан сўнг аввал оёқни ташқи юзасида пайдо бўлиб, кейинчалик эса анасарка ва бўшлиқларда суюқлик йиғилиши билан кечади. Тез асцит ва гидроторакс ривожланиши касалликнинг асосий клиник белгиси ҳисобланади. Шиш пайдо бўлишидан олдин ёки аксарият ҳолларда у билан бир вақтнинг ўзида кўнгил айниш, қайд қилиш, кучли ич кетиши кузатилади. Беморларга аглютенли парҳез буюрганда яхши самара олиш ва атрофик ўзгаришларни секин аста қайтиши целиакиянинг муҳим ташҳисий мезони ҳисобланади.

3. Уипл касаллигига (интестинал липодистрофия) ингичка ичак шиллиқ қаватининг грамм мусбат бацилласимон таначалари, “кўпикли” макрофаглар билан инфильтрацияси, уларда ёғларнинг тўпланиши, лимфатик томирларнинг кенгайиши ва кам сўрилиш синдроми ривожланиши хос. Касаллик 30-50 ёшдаги эркаклар орасида кўпроқ учрайди. Унинг клиник белгилари: субфебрил иситма, кўчиб юрувчи кичик ва катта бўғимлар полиартрити, ошқозон-ичак тизими орқали кўп миқдорда оқсил йўқотиш, озиқ моддаларни етарли даражада сўрилмаслиги, камқонлик, лимфоаденопатия, бронхит, плеврит, эндокардит, хотирани ёмонлашиши, геморрагия, тугунчали эритема, тери қопламида жигарранг пигментациялар пайдо бўлиши, диарея (кунига 5-10 мартагача), полифекалия ва нормал ич келишини стеаторея ва қабзият билан алмашиб туриши киндик атрофида дефикация ва газлар чиққандан кейин камаювчи ҳар хил даражадаги оғриқлар, тез озиш, мушаклар атрофияси ва ҳолсизлиги.

Шартли равишда касалликнинг уч босқичи фарқланади. Биринчи ва иккинчи босқичларда юқорида санаб ўтилган клиник белгилар кузатилади. Касалликнинг учинчи босқичи эса кахексия ва тизимли шикастланишнинг авж олиши, панкардит, полисерозит, спленомегалия ва неврологик бузилишлар билан номоён бўлади. Қон таҳлилида гемоглобиннинг пасайиши, ЭЧТ, лейкоцит ва тромбоцитлар миқдорининг ошиши кузатилади. Қон зардобида оксил, темир, кальций, холестерин миқдори камаяди. Ингичка ичак аспирацияли биопсияси ва уни ёриқли микроскоп орқали кўриш муҳим ташҳисий маълумот беради. Ошқозон ичак касалликлари ва уларда кузатиладиган шишлари тўғрисидаги батафсил маълумот «Ичак дисфункцияси»га бағишланган маърузада кенг ёритилган.



4-

Дистрофик шишлар

Дистрофик шишлар экзоген ва эндоген сабабларга кўра ривожланиши мумкин. Экзоген сабаблар, организмга ҳайвон оқсилларини озиқ-овқат маҳсулотлари билан қисман ёки тўлиқ тушмаслиги. Эндоген омилларга организмда оқсил катаболизмини ошишига боғлиқ бўлган иккиламчи дистрофияга олиб келувчи, масалан, оғир касалликлар, операциядан кейинги ҳолат, хавфли ўсмалар, узоқ вақт давом этган юқумли касалликлар, ич кетиш, алиментар дистрофия, оқсил сўрилиши бузилиши билан кечувчи ошқозон–ичак тизими касалликлари ҳамда алкоголизм ва бошқалар киради.

Кахексия ҳолатидаги беморлар ўзига хос ташқи кўринишга эга (4-расм). Тери қоплами рангпар, қуруқ, шалвираган, эластиклиги пасайган, бурмали ёки аксинча мумиёга ўхшаб тортилган, тана ҳарорати пасайган. Шу билан бирга озиқланиш етишмовчилиги белгилари, хейлоз, қизил тил, тана вазнининг камайиши, скелет мушаклари атрофияси кузатилади. Кўп ҳолларда тери ости ёғ қатлами бўлмайди (4-расм). Беморлар ташқи муҳитга бефарқ ҳолда ётадилар, қийинчилик билан ҳаракатладилар. Уларда турли хил руҳий бузилишлар ва ички аъзоларда дистрофик ўзгаришлар ривожланиши мумкин.

Кечиши бўйича алиментар дистрофиянинг учта босқичи тафовут этилади. Иккинчи босқичида шиш ва бир оз гипотермия кузатилади. Шишлар бирламчи ҳамда иккиламчи дистрофияда гипопротеинемия ҳисобига плазманинг онкотик босими пасайиши туфайли ривожланади. Дистрофик шишлар таркиби бўйича транссудатга яқин, юмшоқ, тана ҳолатига боғлиқ, харакатчан, сийдик чўкмасидаги ўзгаришларсиз кечади. Ташқи кўринишдан нефротик синдромли беморларга ўхшайди (1-расм). Шишлар асосан болдир, товон ва юзда жойлашиб, камдан-кам ҳолларда бутун танага тарқалади.

Аллергик шишлар

Аллергик шишлар кўпинча Квинке шиши, баъзан эса эшакеми ва бошқа аллергик касалликлар (бронхиал астма, вазомотор ринит, самонли лихорадка) кўринишида намоён бўлади. Эшакеми ва ангионевротик шишлар аксарият ҳолларда қизларда учрайди. Касалликни иммун ва иммун бўлмаган турлари фарқланади.

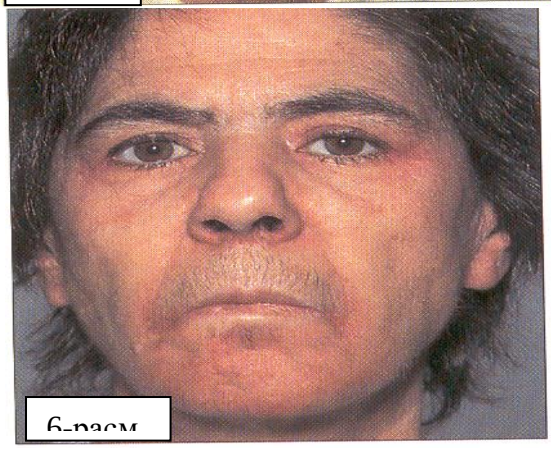
Нафас йўллари орқали тушадиган аллергенларга (ўсимлик ва бошқа турдаги чанглар, аквариумдаги балиқчалар озиқаси, эпидермал аллергенлар: жун, уй ҳайвонларининг кепаги ва сўлаги, от кепаги) эшакеми кўринишидаги реакция ривожланади. Касаллик дори воситалари (пенициллин ва бошқа антибиотиклар, сульфаниламидлар, новокаин, ацетилсалицил кислотаси, В гуруҳидаги витаминлар, йод препаратлари, даво зардоблари) таъсирида, ҳашаротлар чақиши, глистли инвазия, лямблиялар оқибатида ривожланиши мумкин. Физик омиллар (совуқ, иссиқ, қуёшда тобланиш, чўмилиш), руҳий таъсирлар касалликнинг ривожланиши учун туртки ҳисобланади. Тезкор турдаги аллергиянинг бирламчи медиаторлари (гистамин, МРС-А, эозинофил ва нейтрофилларнинг хемотоксик ҳамда базофилли калликринли омиллари) семиз ҳужайра ва базофиллардан ажралиб, иккиламчи медиаторлар–кининлар ва комплементни авжлантириб, простогландин ва серотонин ажралиб чиқишини фаоллаштиради. Буларнинг ҳаммаси биргаликда томирлар ўтказувчанлигини ошириб, маҳаллий шиш ривожланишига олиб келади. Аллерген билан алоқада бўлгандан кейин бир неча дақиқа ўтгач, бемор терисида эритема, кучли қичувчи уртикар элементлар пайдо бўлади. Теридаги тошмалар турли туман кўринишга эга: тугунчали, турли катталикдаги ва шаклдаги пуфакчалар. Озиқ-овқат аллергенига боғлиқ реакцияда тошмалар тошишидан олдин тил, лаб, лунж соҳаларида санчилишлар, шиш, кўпинча қоринда кескин оғриқлар кузатилади, оғиз ва анал тешик атрофида дерматит пайдо бўлади. Аксарият ҳолларда конъюнктивит, баъзан эса ҳиқилдоқ шиши оқибатида нафас олишнинг қийинлашиши кузатилади. Айрим беморларда қайт килиш, коллапс, анафилактик шок ривожланади.

Ангионевротик шиш (гигант эшакеми, Квинке шиши) – тери ва тери ости тўқимасининг чуқур қаватлари шикастланиши натижасида ривожланади. Бу нафақат терида, балки ички аъзолар - нафас олиш, ошқозон-ичак тизимларидаги бириктирувчи тўқималарда ҳам ривожланиши мумкин. Касалликнинг умумий белгилари: иситма, қўзғалувчанлик, артралгия, коллапс, эозинофилия аммо сийдикда ўзгаришлар кузатилмайди. Шиш аниқ чегараланган кўп миқдорда бўлиб, тананинг ҳар кандай қисмида, кўпинча лунж, лаб, кўз атрофи, тил, қўл, оёқ, жинсий аъзолар соҳаларида жойлашади. Унга учувчанлик ва тўсатдан тананинг бирор қисмида пайдо бўлиш хос. Шишган тўқима қаттиқ эластик консистенцияга эга, тери ранги ўзгаришсиз. Ҳиқилдоқ ва мия қобиқлари шиши ўта хавфли ҳисобланади. Квинке шиши давомийлиги бир неча соатдан бир неча кун, хатто бир неча хафтагача бўлиши мумкин.

Трихиниллёзда кўпинча юз, айрим ҳолларда эса бўйин ва тана шиши кузатилади. Шишдан ташқари гастроэнтерит белгилари, миозит, иситмалаш, қонда эозинофилия кузатилади. Ҳашаротлар чаққанда шиш зарарланган соҳада ҳосил бўлиб, Квинке шиши кўринишида кечиши мумкин.

Наслий ангионевротик шишлар тери ва шиллиқ қаватларни қайталовчи шиши кўринишида кечиб, тананинг турли қисмида (юзда, оёқ-қўлларда, нафас йўллари, ошқозон-ичак ва урогенитал тизим шиллиқ қаватида) пайдо бўлади ва 48–72 соатдан кейин йўқолади. Шишган тўқимада оғриқ, гиперемия ва қичиш кузатилмайди. Бундай шишларни даволашда антигистамин ва кортикостероид дори воситалари самара бермайди. Жароҳатланиш, жисмоний зўриқиш, механик босим, жинсий алоқада бўлиш, туғруқ, хайз кўриш, тиш олдириш ва бошқа ҳолатлар ангионевротик шишларнинг қўзғалишига олиб келувчи омиллар ҳисобланади. Касаллик оилавий хусусиятга эга бўлиб, комплементнинг биринчи компоненти (C_1-ингибитори) ингибиторини ирсий нуқсони сабабли келиб чиқади. Шунингдек, орттирилган C_1-ингибитори нуқсони ҳам мавжуд бўлиб, бу ёлғон наслий ангионевротик шиш дейилади.

5-расм



6-расм

Дори воситалар таъсирида ривожланадиган шишлар

Узоқ вақт давомида аналгетик (бутадион, реопирин, напроксен, ибупрофен, индометацин, диклофенак натрий), айрим гипотензив воситалар (исмелин, изобарин, клофелин), БАБ, КА, ГКС, жинсий гормонлар (эстроген, прогестерон, тестостерон), антидепрессантлар (ниаламид, сиднофен, индолан) қабул қилганда шишлар ривожланиши мумкин. Дори воситаларига сенсибилизация натижасида юзага келадиган аллергик шишлар бу гуруҳга кирмайди. Одатда кўринарли (бармоқ билан босганда из қоладиган) шишлар кузатилмайди, лекин дориларни гормон алмашинувига таъсирида организмда суюқлик ушланиб қолиниши натижасида диурезни камайиши ва тўқималар шиши кузатилиши мумкин. Айни вақтда сийдик таркиби ўзгармайди. Шишлар эрталаблари қовоқ ва юз соҳасида пайдо бўлиб, юмшоқ консистенцияга эга бўлади. Аксарият ҳолларда шишлар болдир ва товон атрофида жойлашади. Дори бекор қилингандан кейин улар ўз-ўзидан йўқолади.

Яллиғланиш билан боғлиқ бўлган шишлар

Яллиғланиш шишлари чегараланган бўлиб, фурункул, карбункул, флегмона ва бошқа йирингли ўчоқлар атрофида жойлашади. Шиш кўп миқдорда водород ионлари тўпланган яллиғланиш ўчоғига томирлардан қоннинг суюқ қисми сизиб чиқиши натижасида пайдо бўлади. Яллиғланиш шишлари устида тери қизарган, тинч ҳолатда ёки пайпаслаганда оғриқ, симметрик соҳага нисбатан маҳаллий ҳарорати кўтарилган. Улар одатда битта қўлда ёки оёқда ривожланади. Сийдик чўкмасида деярли ўзгаришлар кузатилмайди.

Айрим ҳолларда интоксикация ҳисобига ҳарорат кўтарилиши ва ўтиб кетувчи протеинурия (оқсил изи кўринишида) аниқланиши мумкин.

Микседемадаги шишлар

Микседемали шишлар яққол ифодаланган бирламчи ёки иккиламчи гипотириозда кузатилиб, организмда тиреоид гормонлар етишмовчилиги сабабли юзага келади. Бунда тўқима гипофиллиги ошади ва меъёрдан ортиқ шишади. Бирламчи гипотиреоз аёллар орасида кўпроқ учрайди. Уйқучанлик, увушиш, ҳолсизлик, кам ҳаракатчанлик, хотира пасайиши, гапиришнинг секинлашиши, тез чарчаш, иш қобилиятининг камайиши, артралгиялар, юз ва оёқ-қўлларда ўзига хос шиш пайдо бўлиши унинг асосий клиник белгиларидир. Қўл ва оёқлардаги шишлар зич бўлиб, босганда из қолмайди. Юз ва қовоқларда ҳам бир оз шиш кузатилади. Шиш суюқлиги шиллиқни эслатгани сабабли у шиллиқли шиш-микседема деб аталган. Тери коплами қуруқ, рангпар, сарғиш тусда. Тил қалинлашган, четларида тиш излари мавжуд. Бемор товуши хириллаган, соч синувчанлиги, бош ва қошнинг латерал қисми ҳамда чов сочлари тўкилиши кузатилади. Тана ҳарорати паст. Юрак тонлари бўғиқ, брадикардия, айрим ҳолларда юрак уриш сони меъёрида ёки тахикардия аниқланади. Қон босими пасайган, 10-20% ҳолларда гипертензия кузатилиб, тиреоид дори воситалар билан даволаганда яхши самара беради. Беморларда гипохром темир етишмовчилиги камқонликси ривожланади. Баъзан бирламчи гипотиреоз билан оғриган беморларда лакторея ва аменорея ривожланиши мумкин. Иккиламчи гипотиреоз гипофиз фаолиятини қисман ёки бутунлай бузилиши билан бирга кечади (пан-гипопитуитаризм). Микседема тўғрисидаги тўлиқ маълумот билан «Қалқонсимон без касалликлари»га бағишланган марузада танишишингиз мумкин.

Тизимли склеродермиядаги шишлар

Теринниг склеродермиядаги шикастланиши кўпинча қўл панжаларида ва юзда жойлашган зич шиш, индурация ва атрофия кўринишида бўлиб, Рейно синдроми билан бирга кечади. Жараён қўл панжаси ва юз соҳасида жойлашиб, зичлашган шиш, индурация ҳамда атрофия босқичлари тафовут этилади. Бу касалликда шиш бир неча ҳафтада теридаги индурация билан алмашади. Ушбу босқичда тери ранги ўзгаради (гиперпигментация ва депигментацияни алмашиб келиши), томир сурати яққол кўриниб қолади, асосан юзда ва кўкрак соҳасида телеангиэктазиялар пайдо бўлади (5-расм).

Атрофия босқичида эса теринниг тортишиши, ялтираши, буруннинг ўткирлашиши, оғиз атрофида кисетсимон бурмалар пайдо бўлиши ва унинг очилишини қийинлашиши кузатилади. Ташҳислашни аниқлашда касалликка хос шиш белгилари билан бирга мавжуд бўлган бошқа мезонлари ҳам ҳисобга олинади. Тери, милк ёки тўғри ичакдан биоптат олиб микроскапик текшириш йўли билан ташҳис тасдиқланади.

Дерматомиозитдаги шишлар

Дерматомиозит силлиқ мушак ва теринниг тизимли яллиғланиш касаллиги ҳисобланади ва кўпроқ елка ва тоз камари соҳасидаги мушакларда тинч ҳолатда, ҳаракатда ва пайпаслаганда оғриқ ҳамда кучайиб борувчи ҳолсизлик каби белгилар билан кечади. Шикастланган мушак зичлашади, ҳажми катталашиб шишади, уларда фаол ҳаракат чегараланади. Касаллик ривожланиб борган сари бемор мустақил равишда оёқларини кўтара олмайди, бошини ёстиқдан ололмайди ва уни тутиб тура олмайди.

Қисқа вақт ичида улар умуман ҳаракатсизланадилар. Дисфония, дисфагия, дисартрия пайдо бўлади. Агар эрта даврларда мушаклар оғриқли ва шишган бўлса, кейинчалик дистрофия ва миолизга учраган мушак толалари ўрнини миофиброз эгаллайди ва атрофияга учрайди, контрактуралар, айрим ҳолларда кальциноз ривожланади. Параорбитал шиш, бинафша рангдаги эритема касалликнинг патогномик белгилари ҳисобланади (6-расм). Диафрагма ва қовурғалараро мушаклар шикастланиши натижасида нафас етишмовчилиги ривожланади. Қон зардобида креатинфосфокиназа, аминотрансфераза ферментларининг ошиши кузатилади. Ташҳис касалликка хос клиник белгилар электрокимография ва биопсия натижаларига асосланган ҳолда қўйилади.

Тизимли склеродермияда ва дерматомиозит касалликлари «БТТК»га бағишланган маърузада батафсил ёритилган.

Идиопатик шишлар

Идиопатик шишлар бошқа шишларни инкор қилиш йўли билан ташҳисланади. Асосан репродуктив ёшдаги аёлларда учраб, бир кун давомида тана вазнининг 2 ва ундан кўпроқ килограммга ўзгариб туриши билан намоён бўлади. Кечга бориб болдирнинг пастки учдан бир қисмида ва тўпиқ атрофида шиш кузатилади ва иссиқ ҳавода кучаяди. Шу соҳада енгил қичиш кузатилиши мумкин. Улар ётоқ тартибига риоя қилганда ва сийдик хайдовчи воситалар қабулидан сўнг камаяди. Айрим ҳолларда эрталаблари қорин, сут безлари, қўл ва юз соҳаларида ҳаракатда камаювчи шишлар кузатилади. Бу шиш юзага келишида ортостатик механизм муҳим ахамиятга эга.

Ҳайз кўриш олди (даврий) шишлар

Ҳайз кўриш олди (даврий) шишлар асосан аёллар менструал циклининг иккинчи ярмида болдир соҳасида кузатилади. У цикл бошланиши арафасида яққол номоён бўлади. Ушбу даврда бошқа белгилар, бош оғриши, ҳолсизлик, уйқунинг бузилиши, иштаҳанинг ортиши, таъсирчанлик ҳам учрайди. Об-ҳаво иссиқ бўлганда ҳайз олди шишлари яққол кўринади.

Ҳомиладорлардаги шиш

Ҳомиладорларда шишлар юрак етишмовчилиги, сурункали гломерулонефрит ва пиелонефритнинг қўзиши ва кечки токсикозлар натижасида юзага келади. Ҳомиладорлар истисқоси (водянкаси) ҳомиланинг 30-ҳафтасида, камдан-кам ҳолларда 25-ҳафтасида ривожланади. Бу кечки токсикознинг илк белгиларидан бири бўлиб, шишлар олдин оёқларда, кейин ташқи жинсий аъзоларда, қориннинг олдинги деворида, бел ва юзда пайдо бўлади. Шишган тўқима юмшоқ ва нам. Асцит ва гидроторакс камдан-кам ҳолларда ривожланади. Агар ҳомиладор аёлда шиш артериал гипертензия ва протеинурия билан бирга кечса, преэкласия ҳақида ўйлаш лозим.

Оёқлардаги шишларни таққослама ташҳислаш

Оёқлардаги шишлар сабаби:

- чуқур веналарнинг ўткир тромбози;
- сурункали веноз етишмовчилик (СВЕ);
- лимфедема;
- сурункали артериал етишмовчилик;

- қон айланиш етишмовчилиги (ЮИК, юрак нуқсонлари, миокардитлар, кардиомиопатиялар, сурункали ўпка юраги);
- жигар касалликлари (цирроз, рак);
- остеоартикуляр касалликлар (ДОА, реактив полиартритлар);
- идиопатик ортостатик шишлар.

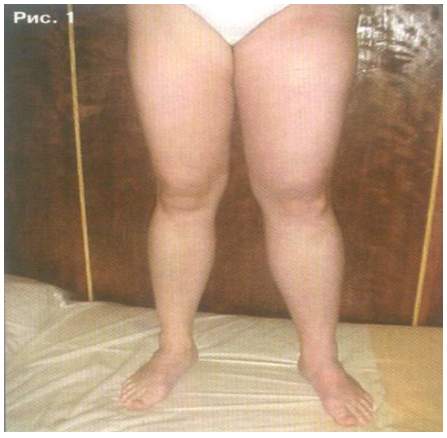
Оёқ шишларининг асосий ташҳисий мезонлари 1-жадвалда келтирилган.

1 –жадвал

Касаллик	Шишнинг пайдо бўлиш вақти ва хусусияти	Шиш жойлашуви	Қўшимча мезонлар
Чуқур веналарнинг ўткир тромбози	Тромбоз ривожланганда пайдо бўлади. Биринчи кунлари кўпайиб бориб, кейинчалик доимий бўлиб қолади	Болдир ёки сон-болдир (тромбозни жойлашган жойига боғлиқ) соҳасида	Шиш тўсатдан пайдо бўлади. Оғриқ билан бирга кечади Шикастланиш кўпинча бир томонлама. Веналар варикоз кенгайиши кам учрайди
СВЕ: варикоз касаллиги	Ўтиб кетувчи ва кўпроқ куннинг иккинчи ярмида пайдо бўлади	Болдирнинг пастки учдан бир қисми, тўпиқ олди соҳаси	Веналар варикоз кенгайиши хос бўлиб, кўпинча икки томонлама бўлади
СВЕ: тромбофлебитдан кейинги касаллик	Доимий	Болдир ёки сон-болдир (тромбозни жойлашган жойига боғлиқ)	Касаллик бошлан-гандан бир неча йил ўтгач веналар варикоз кенгайиши кузатилади. Шикасатланиш кўпинча бир томонлама бўлади
Лимфедема	Куннинг иккинчи ярмида (бошланғич босқичларида), кейинчалик доимий бўлиб қолади	Болдир ва оёқ панжаси (сондаги шишлар касалликнинг 3–4-босқичларида пайдо бўлади)	Шикастланиш кўпинча бир томонлама бўлиб, кам ҳолларда веналар варикоз кенгайиши учрайди
Флеболимфедема	Куннинг иккинчи ярмида ўтиб кетувчи	Болдирнинг пастки учдан бир қисми ва	Веналар варикоз кенгайиши учрайди.

		оёқ панжаси	Кўпинча икки томонлама шикастланиш ва трофик ўзгаришлар кузатилади
Остеоартикуляр касалликлар	Ўткир даврида пайдо бўлиб, кейинчалик камайиб боради	Шикастланган бўғимлар атрофида кучли оғриқ ва улар ҳаракатининг чегараланиши кузатилади	Яссиоёқлик, Hallux valgus
Ички аъзолар касалликлари	Шишлар доимий бўлиб, пайдо бўлиш вақти асосий касалликнинг ривожланиш даражасига боғлиқ	Болдирнинг пастки қисми	Доимо икки томонлама; Асосий касаллик белгилари яққол намоён бўлади
Сурункали артериал етишмовчилик	Критик ишемия ҳолатида доимий субфасциал шиш кузатилади	Болдир (сон ҳеч қачон шишмайди)	Касаллик кўпинча эркаклар орасида учрайди ва доимо артериал ишемия белгилари мавжуд бўлади
Идиопатик ортостатик шишлар	Вертикал ҳолатда пайдо бўлиб, ўтиб кетувчи характерда	Болдирнинг пастки қисми	20–30 ёшдаги аёлларда учрайди
Липедема	Ўсмирлик ёки навқирон ёшда	Болдир	Аёллар орқали наслдан-наслга узатилади ва болдирни пайпаслаганда оғриқ ҳисси пайдо бўлади

Веноз шишлар. Веноз шишлар аксарият ҳолларда чуқур веналар тромбози билан боғлиқ бўлиб, ўткир ва сурункали кечиши мумкин. Ўткир тромбоз учун шиш соҳаси пайпасланганда оғриқ безовта қилиши ва из қолиши ҳамда унинг тўсатдан юзага келиши хос. Беморлар қисқа вақт ичида бир оёғи иккинчисига нисбатан бир неча баробар катталашганини



7-расм

таъкидлайдилар (7-расм). Касаллик бошида шиш ривожланиб борувчи бўлиб тиқилувчи оғриқ билан бирга кечади. Шикастланган оёқнинг сон ва чов соҳасида вена сурати пайдо бўлади. Бир неча хафтадан кейин тромботик ҳосилаларнинг реканализацияси ва чуқур веналар ўтказувчанлигини бир оз тикланганлиги сабабли шишлар регрессияга учрайди, лекин тўлиқ йўқолмайди. Веноз тромбозлар кўпинча битта оёқнинг болдир ва сон соҳаларини эгаллайди. Бу ҳолат илиофеморал веноз тромбози деб юритилади.

Сурункали веноз етишмовчилик

СВЕда фильтрация тезлиги деярли ўзгармайди ва шу сабабли шиш пайдо бўлишида реабсорбция ва лимфа оқими бузилиши асосий аҳамиятга эга. Веноз димланишда реабсорбция қийинлашади ва тўқималар аро суюқлик миқдори ошади. Ортиқча суюқлик маълум вақтгача лимфатик капиллярлар орқали олиб чиқилади. Вақт ўтиши билан бу нозик мувозанат бузилади, лимфа тизимининг заҳира имкониятлари етишмовчилиги юзага келади ва натижада шиш ривожланади. СВЕ мавжуд бўлган беморларда шиш пайдо бўлишига олиб келувчи омиллардан бири лимфа тизимининг туғма ёки орттирилган нуқсонлари деб ҳисоблаш мумкин.

Бу синдром оёқларнинг варикоз ёки посттромбофлебитик касалликларида кузатилади. Уларда клиник манзара ўхшаш бўлишига қарамасдан, шиш синдромининг пайдо бўлиш сабаблари турличадир. Варикоз касаллигида шишлар маълум бир сабабларга кўра бемор ўз вақтида монанд даво олмаганда ривожланади. Бунда аксарият ҳолларда жараён икки томонлама бўлиб, оёқлар юзаки веналарининг тугунли трансформацияси кузатилади. Шишлар веналарда биринчи варикоз ўзгаришлар пайдо бўлгандан кейин бир неча йил ўтгач пайдо бўлади. У куннинг иккинчи ярмида тўпиқ атрофида ва болдирнинг пастки қисмларида аниқланади. Айрим ҳолларда шишларни аниқлаш қийин бўлиб, субъектив белгиларга асосланишга тўғри келади. Беморлар кечга бориб доимий фойдаланиб юрган пойафзалларини ноқулайлик яратаётганига (ўлчамнинг «кичиклашиши»), пайпоқ изи қолишига («пайпоқ» белгиси) шикоят қиладилар. У ўтиб кетувчи хусусиятга эга бўлиб, кечқурунги ҳордиқдан кейин йўқолади. Тўғри даво олмаганда шишлар яққол намоён бўлади. Фақат даво чоралари кеч бошланган ҳолларда шиш эрталаблари ҳам сақланиб қолади ва уни бартараф этиш учун бир неча кун давомида ярим ётоқ ҳолатда бўлиш тавсия этилади. Варикоз касаллигида сон ва болдирнинг мушаклари яхши ривожланган проксимал қисми ҳеч қачон шишмайди.

8-

Посттромбофлебитик касалликда манзара мутлақо бошқача бўлади. Шиш касалликнинг илк белгиси бўлиб, ўткир веноз тромбоз даврида пайдо бўлади ва маълум бир миқдорда доимий сақланиб қолади. Бир неча йиллардан кейин веналарни варикоз трасформацияси кузатилади ва у иккиламчи ҳисобланади. Бунда шишлар доимий бўлиб, кўпинча нафақат болдирни, балки сонни ҳам эгаллайди.

СВЕнинг қўшимча белгиларидан яна биттаси юза тўқималардаги трофик ўзгаришлар (гиперпигментация, липодерматосклероз, трофик яра) бўлиб, бу белгилар ўткир веноз тромбозда ҳеч қачон кузатилмайди (8-расм). Стеммер белгиси СВЕ ни ташҳислашда муҳим аҳамиятга эга. Ушбу беморларда иккинчи бармоқ асосидаги терини бурмага йиғиш мумкин (манфий белги). Товонда шиш ва мусбат Стеммер белгиси лимфатик тизимни туғма ёки орттирилган (сарамас, лимфангитдан сўнг) шикастланганлигидан далолат беради.

Лимфатик шишлар

Лимфа оқимининг бузилиши 80-90% ҳолларда аёлларда учрайди. Улар туғма (бирламчи лимфедема) хусусиятга эга бўлиб, болалик, ўсмирлик ёки навқирон (30 ёшгача) ёшда юзага чиқади. Бирламчи лимфатик шишлар асосан 10-40 ёш оралиғида кўп кузатилади ва бир томонлама бўлиб, лимфатик томирлар ривожланиши аномалиясида кузатилади. Бунга сурункали шиш билан намоён бўладиган наслий лимфа тугунлари нуқсони билан боғлиқ Нонпе-Мейге- Миллой касаллиги киради.

9-

Касаллик бошланишида шишлар ўтиб **кетувчи хусусиятга эга бўлиб, куннинг** иккинчи ярмида товон ва болдир соҳасида пайдо бўлади (9-расм). Айрим ҳолларда касаллик белгилари бир неча хафта ёки ойга йўқолади. Кейинчалик шишлар доимий ва бутун оёқни эгаллаши ҳамда товонни ёстиқсимон шиши кузатилиши мумкин. Бирламчи лимфедемада веналарни варикоз кенгайиши кам қайд этилади. Лимфатик шишлар доимий ва оёқни кўтариб ётганда кам регрессга учрайди. Шишган соҳа териси “апелсин пўстлоғи” га ўхшаб қалинлашади ва пальпацияда оғриқли бўлади.

Иккиламчи лимфедема бир неча бор ўтказилган сарамас касаллиги оқибатида ривожланади. Бунда шишлар касаллик иккинчи ёки учинчи марта қайталагандан сўнг пайдо бўлиб, кейинчалик доимий сақланиб қолади. Сарамассимон яллиғланиш кўпинча СВЕ бор беморларда кузатилади, шунинг учун инфекциядан кейин ривожланган иккиламчи лимфедемада вена тизими касалликларига хос белгилар, веналарни варикоз кенгайиши, тери ва тери ости тўқимасидаги трофик ўзгаришлар аниқланади.

Остеоартикуляр касалликларда учрайдиган шишлар

10-

11-

Оёқ бўғимларидаги яллиғланишлар ёки дегенератив- дистрофик ўзгаришлар натижасида юзага келган шишларни аниқлаш унча қийин эмас. У кўпинча касалликнинг ўткир даврида, шикастланган бўғим соҳасида пайдо бўлади ва оғриқ ҳамда ҳаракатнинг чегараланиши билан бирга кечади. Даводан кейин шиш ўтиб кетади, лекин жараён узоқ давом этганда бўғим атрофидаги деформация («ёлғон шиш») сақланиб қолади (10-расм). Бўғим касаллиги мавжуд бўлган беморларда шиш билан бирга ясси оёқлик ва панжанинг вальгусли деформацияси кузатилади.

Липедема. Болдир тери ости ёғ қавати ҳажмининг симметрик катталашишига липедема дейилади (11-расм). Бунда сон ва оёқ панжаси шакли ва ҳажм ўзгармасдан ўзига хос кўринишга эга бўлади. СВЕ белгилари аниқланмайди. Уларга оёқлардаги симметрик шикастланиш, ортостатик ҳолатга боғлиқ ҳолда менструциядан олдин кўп ўтириш, иссиқ сувда чўмилиш, назоратсиз кўп миқдорда ош тузини истеъмол қилгандан кейин кучайиш хосдир. Беморлар оёқларидаги шишларга шикоят қилиб келганликларига қарамасдан, бу ҳолатни шиш деб бўлмайди, лекин болдир соҳаси пайпасланганда оғриқ кузатилади. Липедема фақат аёлларда ва уларнинг аёл қариндошларида учраши касаллик тери ости тўқимасининг наслий нуқсони билан боғлиқ деган гумонга асос бўлади.

Жароҳатдан кейинги шишлар

Жароҳатдан кейинги маҳаллий шишлар пай ёки мушаклар йиртилиши, қон қуйилишлар (гематома), “ўтиш йўли” синдромлари натижасида юзага келади ва улар қўққисдан оғриқ синдроми билан бирга пайдо бўлади. Масалан, болдир мушаги йиртилишида қон қуйилиш, тизза ости кистасида веналарни босилиб қолиши сабабли, болдирнинг қуйи қисмида тўсатдан шиш пайдо бўлиб, тизза ости соҳасини босганда оғриқ кузатилиши хос. Бундай ҳолларда жараён бир томонлама бўлади.

Умумий амалиёт врачи тактикаси:

УАВ шиш синдроми аниқланган бемор билан тўғри ва ўзаро ишончли алоқа ўрнатиши, унинг шикоятларини, анамнезини ва объектив кўрик натижаларини чуқур таҳлил қилиши ҳамда уларга асосланган ҳолда ташҳис қўйиши, текшириш ва керакли даволаш режасини тавсия қилиши, зарур бўлса ихтисослаштирилган шифохоналарга юбориши лозим. Ташҳисий изланишнинг биринчи босқичи беморда ҳақиқатдан ҳам шиш синдроми борлигини аниқлашдан иборатдир.

Ёши катта одам организмида 2-3, ҳатто 6-7 литргача суюқлик йиғилганда ҳам кўзга кўринадиган ва пайпаслаганда аниқланадиган ҳеч қандай белгилар бўлмаслиги мумкин. Улар яширин шишлар деб аталади ва аниқлаш учун ҳар куни бемор вазни ўлчаниши,

кунлик сув мувозанати (яъни кун давомида қабул қилинган, шу жумладан, суюқ таомлар ва шарбатлар) ҳамда кунлик диурез миқдори аниқланиши керак. Танада суюқлик ушланиб қолганида кўзга кўринадиган шишлар пайдо бўлишидан олдин, нафақат тана вазни (кунига 0,5-1 кг. га) ортиши, балки қабул қилинган суюқликка нисбатан сийдик миқдорининг камайиши қайд этилади. Яширин шишлар ўз–ўзидан ёки сийдик ҳайдовчи дори воситалари таъсирида қайтганда тана вазни тез камаяди ва диурез миқдори кун давомида қабул қилинган суюқликка нисбатан кўп бўлади.

Тўқималарни шишга мойиллигини Мак-Клюр-Олдрич синамаси ёрдамида аниқлаш мумкин. Кичкина игнали шприц билан билак олд сатҳи соҳа териси остига 0,2 мл изотоник эритма юборилади. Гидрофиллиги меъёрида бўлган тўқимада пуфакча 60 дақиқада секин сўрилади. Тўқима гидрофиллиги ошган, яширин шишларга мойил бўлган беморларда пуфакчанинг сўрилиш даври қисқаради ва 40-30-20 дақиқани ташкил этади (тўқима гидрофиллик даражасига боғлиқ). Тўқималарда шиш ривожланишига мойиллик юқори бўлганда пуфакча умуман ҳосил бўлмайди ва изотоник эритма ўша заҳоти сўрилиб кетади.

Шиш илк бор аниқланганда, унинг бирламчи жойлашган ўрни, қандай шароитда пайдо бўлганлиги ва унинг хусусиятлари аниқланади. Шу билан бир қаторда ўтказилган ёки мавжуд бўлган ички аъзолар касалликлари тўғрисидаги маълумотлар ҳамда шиш ҳансираш билан бирга кечиши суриштирилади. Бемор тўлиқ физикал текширувдан ўтказилиб, юрак, жигар, буйрак ва ошқозон-ичак тизими ҳолати баҳоланилади.

Шиш мавжуд бўлган беморларни қўшимча текшириш усуллари

Ўтказилиши лозим бўлган минимал лаборатор ва асбобий текширишлар:

Қон ва сийдикнинг умумий таҳлили, қон таркибидаги умумий оқсил ва унинг фракциялари, электролитлар миқдори, ЭКГ, кўкрак қафаси аъзолари рентгеноскопияси.

Кўрсатмалар бўлганда ўтказиладиган қўшимча лаборатор-асбобий текширишлар:

- қон зардоби оқсиллари электрофорези;
- жигар фаолиятини акс эттирувчи синамалар;
- қонда T_3, T_4 ва ТТГ миқдорини аниқлаш;
- УТТ, ЭхоКГ;
- кўкрак қафаси КТ;
- радиоизотоп ангиография;
- веналарни доплерли ультратовуш текшириш (қон оқимини рангли кодлаш билан доплерография ва ангиосканирлаш);
- флебография;
- буйракларни КТ;
- қорин бўшлиғи аъзолари КТ;
- лимфангиография (дуплексли ангиосканирлаш, радионуклидли лимфография);
- биопсия.

Шишлар мавжудлиги аниқланган беморларни даволаш тамойиллари

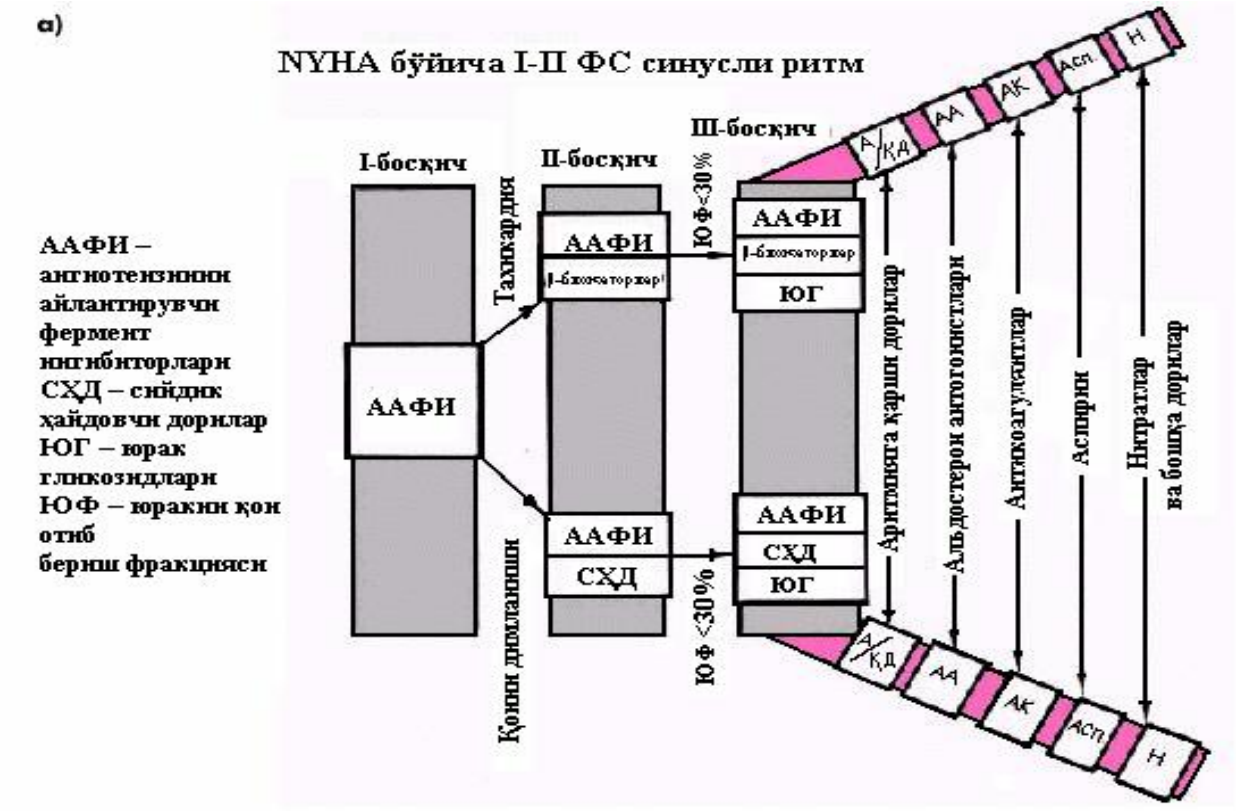
Суюқлик тўпланишига олиб келган касалликни даволаш парҳезга риоя қилинган ҳолда этиологик (асосий касалликни даъволаш), патогенетик ва симптоматик тамойилларга амал қилиниб, тўлақонли олиб борилиши лозим.

Сурункали қон айланиши етишмовчилиги оқибатида ривожланган шишларни даволаш

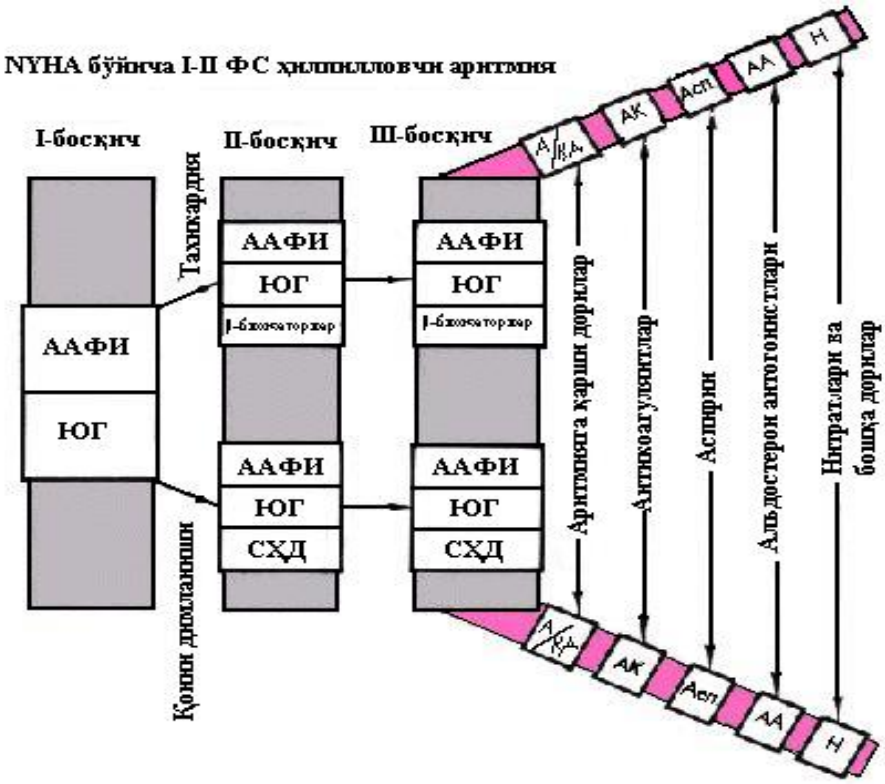
Қуйидаги даволаш тартибига риоя қилиш керак:

- СҚАЕ га олиб келган касалликларни даволаш;
- беморларга уйда ва ишхонада оптимал жисмоний ва руҳий шароит яратиш. Қон айланиши етишмовчилигининг I-босқичида иш ва дам олиш тартибига амал қилиш, енгил жисмоний харакат билан шуғулланиш. Оғир босқичларида эса жисмоний ҳаракатни чегаралаш, доимий ёки даврий равишда ётоқ ёҳуд ярим ётоқ тартибини буюриш;
- тўла қувватли, тез ҳазм бўладиган, оқсил, витаминлар ва калийга бой 10 ва 10а парҳез дастурхони (шунингдек, етарли миқдорда ҳўл мевалар ва сабзавотлар) тавсия этилади. Организмда суюқлик ушланиб қолиши юқори бўлган ҳолларда ва АГ кузатилганда ош тузи чекланади. Беморда массив шишлар мавжуд бўлганда эса қисқа муддатли тузсиз ва кун давомида бир хил таркибда натрий хлориди жуда кам бўлган енгил ҳазм бўладиган (гуручли, творогли, олма-гуручли ва бошқалар) таомлар буюрилади;
- дорилар билан даволаш СҚАЕ сабаблари, белгилари ва босқичлари инобатга олинган ҳолда самараси исботланган ААФИ, АРА, БАБ, СҲД, ЮГ, АК ва кўрсатмалар бўлганда нитратлар каби воситалар билан олиб борилади. Уларни асоссиз равишда бекор қилиш кўпинча касалликнинг зўрайишига олиб келади.

Қуйидаги 1-а, б ва 2-а, б чизмаларда СҚАЕ нинг турли босқичлари (NYHA бўйича) ҳамда клиник намоён бўлиш хусусиятларидан келиб чиқиб, оптимал даволаш усуллари келтирилган. Мабодо беморларда ААФИ қабул қилганда асоратлар кузатилса, унинг ўрнига АРА гуруҳидаги дорилар буюрилади.

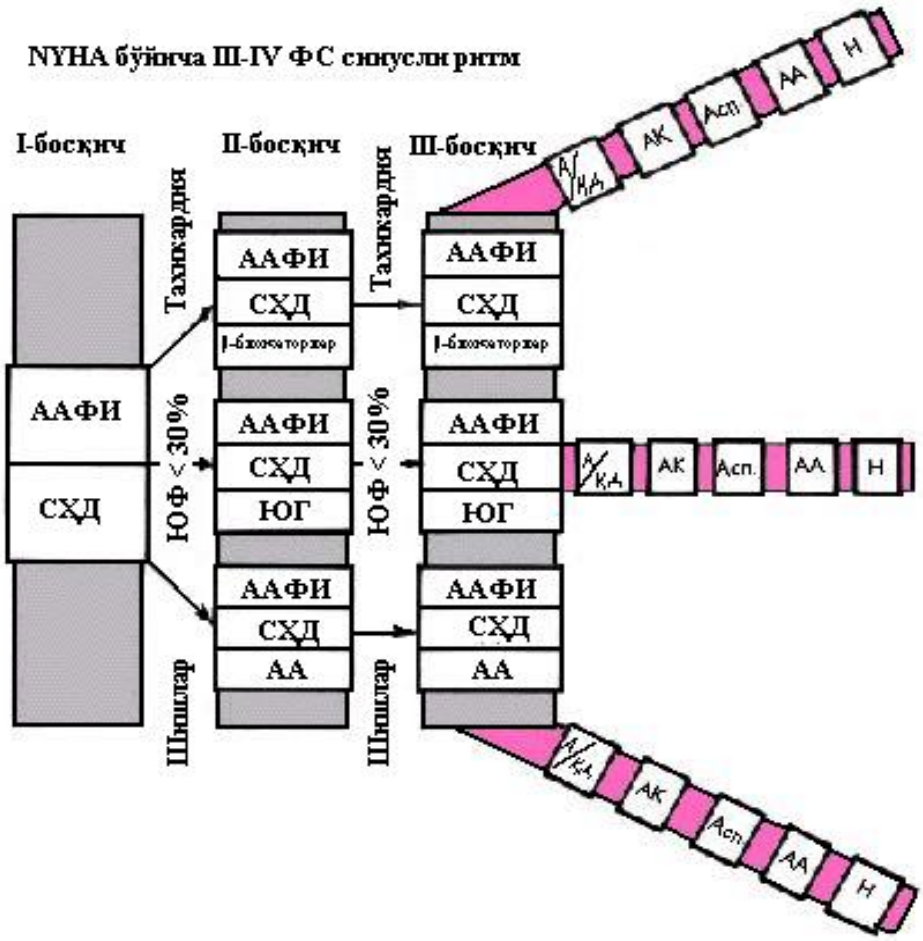


б)

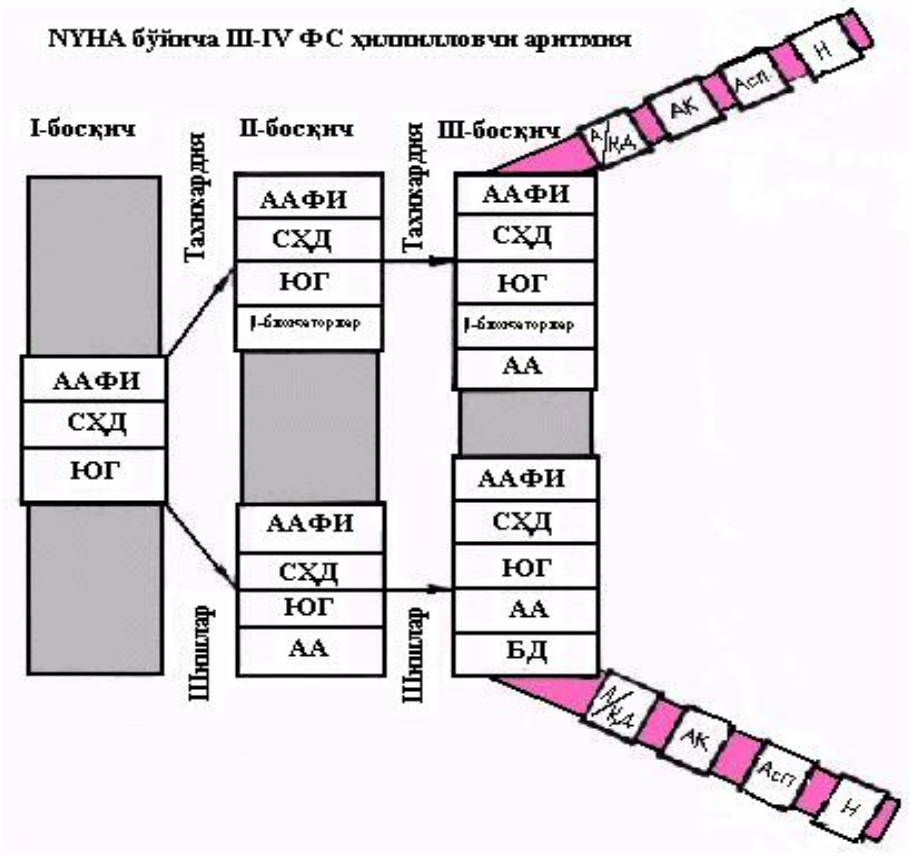

NYHA бўйича I-II ФС ҳолатловчи аритмия
I-босқич
II-босқич
III-босқич
Тахикардия
ААФИ
ЮГ
β-блокаторлар
СҲД
Қонни диққатини
Аритмияга қарши дорилар
Антикоагулянтлар
Аспирин
Альдостерон антагонистлари
Нитратлари ва бошқа дорилар
АК
Асп
АА
Н

1-чизма

а)


NYHA бўйича III-IV ФС синусли ритм
I-босқич
II-босқич
III-босқич
Тахикардия
ААФИ
СҲД
β-блокаторлар
ЮГ
ЮФ < 30%
АА
Шишлар
АК
Асп
Н

б)



ААФ ингибиторлари. Уларни қўллаш беморлар умрини узайтириши ва ҳаёт сифатини яхшилаши кўп марказли кузатувлар натижасида исботланган.

ААФИ, ангиотензин II ҳосил бўлишини камайтиради, артерия ва веналарни кенгайишига (дилатация) сабаб бўлади. Олдинги ва кейинги юкламаларни камайтириб, юракнинг систолик ва диастолик фаолиятини яхшиланишига олиб келади. Бунда тизимли вазоделатацияга жавобан тахикардия кузатилмайди. Деярли барча ААФИ (фозиноприлдан ташқари) танадан буйрак орқали чиқарилади, шу сабабли СБЕ мавжуд бўлган ҳолларда тавсия этилаётган дори дозаси 2-3 мартага камайтирилиб, қондаги креатинин миқдори ва протеинурия синчковлик билан кузатиб борилади. Буюриладиган дорининг оптимал миқдори: *капотен (каптоприл)* кунига 25 мг.дан 3 марта, *эналаприл* 10-20 мг.дан 2 марта, *лизиноприл* 10-20 мг. - 1 марта, *рамиприл* 5 мг. -1 марта, *беназеприл* 10-20 мг.дан 1-2 марта буюрилади. Лекин ҳар бир ҳолатда бемор аҳволи, ҚБ кўрсаткичи ва мавжуд ёндош касалликлардан келиб чиқиб дори дозаси индивидуал танланади. ААФИ яхши самара бермаганда ёки уларни қўллашга қарши кўрсатма бўлганда, ангиотензин II рецепторлари антагонистлари (АРА): *лазартан* 25-100 мг. кунига 1-2 марта, *валсартан* 80-320 мг. кунига 1 марта, *тевитен* 600 мг. кунига 1 марта, *кандесартан* 4-32 мг. кунига 1-2 марта қўлланилади.

β-адреноблокаторлар. СҚАЕ ни даволашда ўтган асрнинг 90-йилларидан бошлаб кенг қўлланилади ҳамда самараси исботланган дорилар гуруҳига киради. Улар симпатоадреналин тизим фаоллигини камайтиради. БАБ СҚАЕ, зўриқиш стенокардияси, АГ, хилпилловчи аритмиянинг тахисистолик тури ва синусли тахикардия билан бирга келганда АПФИ, диуретиклар, кўрсатмага кўра ЮГ билан биргаликда қўллаш мумкин.

БАБ минимал дозадан бошлаб ҳар 2-4 ҳафтада миқдори кўтариб борилади. *Метопролол* (кунига 12,5-25 мг, 200 мг.гача ошириб борилади), *бисопролол* (кунига 1,25 мг-10 мг/кунига), *карведилол* (кунига 25 мг. 2 марта). Агар СҚАЕ белгилари кескин кучайиб борса, бу гурухдаги дори воситаларини қабул қилиш тўхтатилади.

Сийдик ҳайдовчи воситалар. Улар нафақат шишларда, жигар катталашганда, ўпкада яққол димланиш белгилари, балки яширин шишлар мавжуд бўлган ҳолларда ҳам қўлланилади. Одатда кўрсатма бўлганда кам миқдордаги сийдик ҳайдовчи воситалар юрак гликозидлари билан бирга буюрилади. Уларни кўп миқдорда бериш ётоқ тартиби шароитида ўтказилади.

Даволаш тартиби ҳар бир бемор учун алоҳида танланади ва вақти-вақти билан ўзгартиришлар киритилиб борилади. Одатда танаффусли даво—препаратни ҳафтада 2-3 марта ёки қисқа (2-4 кун) муддатга буюриш яхши самара беради. Қўлланилаётган у ёки бу препаратларнинг миқдори ва қабул қилиш сонини кўпайтиргандан кўра таъсир механизми турлича бўлган диуретикларни навбатма–навбат ёки биргаликда қўллаш лозим. Уларга турғунлик вужудга келса, қабул қилишни вақтинча (5-7 кунга) тўхтатиб туриш ёки таъсирни спироналактон (верошпирон) билан кучайтириш керак. Аксарият ҳолларда диуретикларни эрталаб оч қорнига қабул қилиш яхши самара беради. Агар беморга шу куни енгиллаштирувчи парҳез тавсия этилган бўлса, у 4-6 соат давомида ётоқ тартибида қолиши мақсадга мувофиқ. Кунлик диурезни ортиши, шиш ва тана вазнининг камайишидан ташқари, жигар кичрайиши ҳамда ҳансирашнинг йўқолиши даво самарадорлигидан далолат беради. Яққол намоён бўлган бўшлиқлардаги шишлар, яъни гидроторакс, гидроперикард, асцитда суюқликни механик усул билан (пункция) чиқариб ташлаш мумкин. Сийдик ҳайдовчи дори воситаларининг асосий асоратлари гипокалиемия, гипонатриемия, гипокальцимия, гипохлоремик алкалоз, дегидратация ва гиповолемия, айрим ҳолларда эса флеботромбоз ҳисобланади.

Таъсир қилиш жойига кўра қуйидаги диуретик дори воситалари қўлланилади:

Коптокчаларга таъсир этувчи диуретиклар гуруҳига *теофиллин* ва *эуфиллин* киради. Улар буйракда қон томирларни кенгайтириб коптокчалар фильтрациясини оширади ва натижада диурез кўпаяди. Жумладан, юрак гликозидлари ҳам коптокчалар фильтрациясини оширади, проксимал каналчаларда натрийни қайта сўрилишини камайтиради ва натижада сийдик кўпроқ ажралишига олиб келади.

Проксимал каналчаларга таъсир этувчи диуретиклар: карбонгидраза ингибиторлари – *диакарб* (ацетозаламид, фонурит, диамокс) 0,15 ва 0,25 г. таблеткада, 0,5 капсулада кунига 1-1,5 таблеткадан 5 кун давомида ичилади ва кейин 2-3 кун дам олинади. У ўпка юрак етишмовчилигида, глаукома, эпилепсия, салицилатлар ва барбитуратлар билан заҳарланганда қўлланилади.

Осмотик диуретиклар – маннит (маннитол) 10-20% ли эритма кўринишида 0,5 г/кг. миқдорда буюрилади. *Мочевина (карбамид)* 30% эритма 10%ли глюкозада 1 г/кг миқдорда дақиқада 60-80 томчидан в/и га томчилаб юборилади. У камдан-кам ҳолларда СЮЕ да бошқа диуретиклар таъсирини ошириш мақсадида қўлланилади, кўпинча мия шишини олдини олиш, бошдаги босимни пасайтиришда фойдаланилади.

Генли қовузлоғига таъсир этувчи диуретиклар коптокчалар фильтрацияси ва буйракда қон айланишини оширади, антидиуретик гормонлар таъсирини камайтиради. Улар СЮЕ, жигар, буйрак эндокрин касалликларидаги шишларни даволашда, гипертоник кризлар, ўпка ва мия шишини бартараф этишда қўлланилади. *Фуросемид (лазикс)* 0,04 г. таблетка ҳолида ёки парентерал (2мл. 1% лазикс эритмаси) қабул қилинганда, 4-6 соат давомида кўп миқдорда сийдик ажралишига олиб келади. Унинг кунлик максимал миқдори шиш синдромининг ривожланиш даражасига кўра 20-240 мг.дан 600 мг.гача. *Этакрин кислота (урегит)* таблетка 0,05 г. якка ҳолда ёки калий сақловчи диуретиклар билан бирга 1-3 таблеткадан ҳафтасига 1-2 марта эрталаб овқатдан кейин, қисқа курслар (2-4 кун ичилиб 2-3 кун танаффус қилинади) билан қабул қилиш тавсия этилади. *Буметанид (буринекс)* – 0,0015 ва 0,005 г, кунига 1 та таблетка ёки ампулада 10 мл 0,05%ли эритма кунига 2-5 мг хисобида в/и га 500 мл. изотоник эритмада 0,5-1 соат давомида томчилаб юборилади.

Тиазидли ва тиазидга ўхшаш диуретиклар ҳар қандай шиш синдромида, жумладан, СЮЕ да, қандсиз диабетда қўлланилади.

Дихлортиазид (гипотиазид, гидрохлортиазид) 25 ва 100 мг таблеткада чиқарилади. Уни 1 таблеткадан эрталаб нонуштадан кейин бир марта 3 кун давомида кейин ҳафтада 2-3 марта қабул қилиш тавсия этилади. *Циклометиазид (навидрекс)* 0,5 мг, кунига 1-4 таблеткадан хафтада 2-3 марта; Индапамид (арифон) - 2,5 мг, кунига 1-3 таблеткадан ичиш тавсия этилади.

Калий сақловчи диуретиклар СҚАЕ, бирламчи гиперальдостеронизм ва паст ренинли ва оғир АГ ларни ҳамда турли сабабли юзага келган гипокалиемия ҳолатларини даволаш комплексига киради. Шуни таъкидлаш лозимки, калий сақловчи диуретиклар СҚАЕ ни даволашда қўлланиладиган самараси исботланган дори воситалари мажмуасига кириб, уни алоҳида кўринишда ёки бошқа диуретиклар самарасини ошириш мақсадида қўллаш мумкин. *Спиронолактон- верошпирон* (25, 50, 100 мг.) бемор аҳволидан келиб чиққан ҳолда кунига 75-100 мг.дан (СҚАЕ нинг сўнги босқичлари ва жигар циррозининг декомпенсация даврида 300-500 мг.гача) ичиш тавсия этилади. Қабул қилингандан 48-72 соат ўтгач таъсир қила бошлайди. *Триамтерен* капсулада 0,05 ва 0,1 г дан чиқарилади, кунлик дозаси 100-300 мг. Бу гуруҳдаги дори воситалар тиазидлар ва Генли қовузлоғига таъсир этувчи диуретиклар билан бирга қўлланилганда яхши самара беради. Амалиётда комбинацияланган диуретиклар кўп қўлланилади. Улардан *альдактазид* – 25-50 мг таблеткада, таркиби альдактон ва дихлотиазиддан иборат. *Триампур композитум* – 25 мг триамтерен ва 12,5 мг дихлотиазид. *Диазид* – 50 мг триамтерен ва 25 мг дихлотиазид.

СҚАЕ нинг IIА босқичидан бошлаб сийдик ҳайдовчи дори воситалари кичик дозаларда берила бошланади. Бунда тиазидлар, улар яхши самара бермаганда қовузлоқга таъсир қилувчи диуретиклар 1-2 таблеткадан ҳафтада 2-3 марта қабул қилиш тавсия этилади. Унинг II Б босқичида қовузлоқга таъсир этувчи воситалар бир ўзи ёки калий сақловчи диуретиклар билан бирга қўлланилади. Қон айланиши етишмовчилигининг III босқичида беморнинг аҳволидан келиб чиққан ҳолда бир неча гуруҳдаги сийдик хайдовчи дори воситалар биргаликда тавсия этилади. Масалан: фуросемид 80 мг+гипотиазид 100

мг+верошпирон 100 мг; фуросемид 80 мг+триампур композитум 2-4 таб+оксодолин 50 мг+урегит 100 мг+ верошпирон 100 мг.

Чап қоринча мушакларининг пасайган қисқарувчанлик хусусиятини кучайтириш мақсадида юрак гликозидлари (ЮГ) дан кўрсатмаларга асосланган ҳолда фойдаланилади (1-2 расм). Уларни обструктив гипертрофик кардиомиопатия, оғир гипо ва гиперкалиемия, гиперкальциемия, АВ блокада, WPW-синдроми, синус тугуни сустлиги, тез-тез, жуфтлашган, политоп қоринчалар экстрасистолиялари ва аллоритмиялар ҳамда қоринчалар пароксизмал тахикардиясида қўллаш мумкин эмас. ЮГ элиминацияси камайганда (СБЕ, қарияларда) бемор аҳволини мўътадил ушлаб турувчи миқдори 2-3 мартага камайтирилади ва имкон қадар қон зардобидаги гликозид ва креатинин кўрсаткичи назорат қилинади.

Турғун СЮЕда ЮГлари бемор кўтара олиши мумкин бўлган миқдорда, заруратдан келиб чиқиб доимий равишда берилади. Биринчи 2-3 кун давомида туйинтирувчи миқдорда, кейинчалик кунлик дозаси 1,5-2 мартага камайтирилади. Мўътадил ушлаб турувчи дори миқдори беморнинг аҳволидан келиб чиққан ҳолда тавсия этилади. Бунда томир уриш тезлиги тинч ҳолатда 1 дақиқада 60-68 та, оддий жисмоний ҳаракатда эса 90-100 мартадан ошмаслиги керак. Гликозидлардан заҳарланиш белгилари (брадикардия-юрак уриш сони 60 ва ундан камайиши, кўнгил айниш, қайд қилиш, бир дақиқада 5-6 тадан кўп политоп, жуфтлашган қоринчалар экстрасистолияси, АВ-блокада) пайдо бўлганда дори миқдорини камайтириш билан чекланиб қолмай, уни қабул қилиш тезда тўхтатилади. Заҳарланиш белгилари йўқолгандан 2-3 кун ўтгач, (дигоксинда 2-4 ҳафтадан кейин) даволашнинг кунлик миқдори 25-75%га камайтирилган ҳолда давом эттирилади. Гликозидлардан оғир заҳарланишда аввал 5-20 мл 5% унитиол эритмаси в/и га, кейин 5 мл 3-4 марта м/о га юборилади. Кўрсатмага кўра антиаритмик даво олиб борилади.

Қуйидаги ЮГ лари амалиётда кенг қўлланилади: *строфантин* 0,05% - 1 мл, *корглюкон* 0,06% - 1 мл, *дигоксин* 0,25 мг. таблетка, 0,025% - 1-2 мл, *ацедоксин* (ацетилдоксин) 0,2 мг. таблетка, 0,01% - 2 мл, *ланитоп* (β-метилдигоксин) 0,1 мг. таблетка, 0,01% - 2 мл, *целанид* (изоланид) 0,25 мг. таблетка, 0,05% - 10 мл. ва 0,02% - 2 мл, *дигитоксин* (кардиотоксин) 0,1 мг. таблеткада ва 0,15 мг. шамча кўринишида. Барча эритмалар оқим билан ёки томчилаб в/и га юборилади.

СҚАЕ мавжуд бўлган беморларни даволашда юракка тушадиган олдинги ва кейинги юкламани камайтириш учун периферик вазодилататорлар тавсия этилади. *Веноз вазодилататорлар – нитратлар* (нитросорбит 0,01 г. 3-4 марта, молсидамин 0,002 г, 1-2 таблеткадан 2-3 марта ва изокет -10 мл. изотоник эритмада в/и га томчилаб, нитронг–форте 6,5 мг. 3 марта, оликард 20-60 мг. 1-2 марта ва бошқалар) юқори миқдорда қоринчалар тўлиш босимини пасайтиради ва димланишли юрак етишмовчилигида яхши самара беради. СЮЕ юқори қон босим билан бирга кечганда кейинги зўриқишни камайтириш мақсадида *артериал вазодилататор - апрессин* (гидралазин) 0,025 г. 1-таблеткадан кунига 3-4 марта (миноксидил 0,005 г, тропафен 2%ли 1 мл. изотоник эритмада в/и томчилаб) буюрилади; *Аралаш таъсирга эга бўлган вазодилататор-нитропруссид натрий* (0,25 ва 0,05 г. изотоник эритмада в/и га томчилаб) *празозин* (кунига 2-10 мг, илк миқдори 0,5-1 мг, қисқа муддатли даво учун) буюрилади. Бу

гуруҳдаги дори воситалар ЮГ ва диуретиклар яхши самара бермаган оғир ҳолларда, СҚАЕ кескин чап қоринча гипертрофияси ва гипертензион синдром билан кечганда қўлланилади.

СҚАЕ мавжуд бўлган беморларни даволаш комплексига тромбоэмболик асоратларни олдини олиш мақсадида антикоагулянтлар ва антиагрегантлар қўллаш тавсия этилади. Гепаринни кунига 5000 ТБ дан 4 марта т/о юбориш, *ацетилсалицил кислота* 50-320 мг ёки стазекс 75 мг (клопидогрел) кунига бир марта овқатдан сўнг ичиш буюрилади. *Варфарин* (витамин К антагонисти, кунлик ушлаб турувчи миқдор 2-10 мг.) таъсири 2-3 кундан кейин намоён бўлишини ҳисобга олиб даволаш аввал гепарин кунига 5000 ТБ дан 4 марта тери остига юборишдан бошланади. Бу гуруҳ дори воситалири қўлланилганда қоннинг ивиш вақти ва коагулограммани назорат қилиш лозим. Шу ўринда сўнгги йилларда антиагрегантлар ва ААФИ бирга қўлланилганда сўнгги гуруҳ дориларини самарадорлиги камаяди деган маълумотлар борлигини эслатиб ўтмоқчимиз.

Гликозид бўлмаган инотроп воситалар юрак гликозидларига нисбатан кучлироқ мусбат инотроп таъсирга эга ва СҚАЕ нинг оғир босқичларида тавсия этилади. Уларнинг икки гуруҳи амалиётда кенг қўлланилади:

1. бетта-адренергик рецепторларни қўзғатувчилар (допамин, добутамин, ибопамин, преналтерол, ксамотерол);
2. фосфодиэстераз ингибиторлари (амринон, милринон, эноксимон, пироксимон, феноксимон, питобензан, адибензан).

Бетта-адренорецепторларни қўзғатувчи воситаларнинг қуйидагиларидан кенг фойдаланилади:

Допамин 40 мг, 200 мл. 5% глюкоза ёки натрий хлорнинг изотоник эритмасида в/и томчилаб 2-4 мкг/кг/мин тезликда.

Добутамин β_1-адренорецепторларни танлаб қўзғатиши ҳисобига миокарднинг қисқарувчанлигини оширади. Артериал гипертензиясиз кечаётган оғир юрак етишмовчилигини даволашда юракнинг зарб ҳажмини ошириш мақсадида қисқа муддатли добутамин билан даволаш курслари тавсия этилади.

Фосфодиэстераз ингибиторлари қон томирларни кенгайтириш хусусиятига эга бўлиб, олдинги ва кейинги зўриқишларни камайтиради, миокарднинг қисқарувчанлигини кучайтиради ва СЮЕ да зарб ҳажмини оширади.

Амринон лактат–(*инокор*) - оғир кечаётган СЮЕ бўлган беморларда ЮГ, диуретиклар ва вазодилататорларга сезувчанлик бўлмаганда қўлланилади. Бунда 100 мг. препарат изотоник эритмада в/и томчилаб юборилади.

Гликозид бўлмаган инотроп воситалар асосан ўткир ЮЕ ни, жумладан, миокард инфаркти бўлган беморларда кардиоген шокни даволашда, енгил ёки оғир СЮЕ нинг тўсатдан оғирлашганда, диуретиклар, ААФИ, дигоксин, периферик вазодилататорларни биргаликда бериш яхши самара бермаган ҳолларда қўлланилади.

СҚАЕ мавжуд бўлган беморда юрак ритми бузилишлари кузатилганда кўрсатмаларга асосланган ҳолда антиаритмик воситалар («Аритмиялар»га бағишланган маърузага қаранг) тавсия этилади. Амалиётда калий препаратлари, метаболик воситалар (витаминлар, антиоксидантлар, рибоксин, мелдранат, карвитин ва бошқалар) кенг

қўлланилса ҳам, уларни бемор ҳаёт сифатини яхшилаши ҳамда умрини узайтириши исботланмаган. Аммо улардан предуктал ва тримекор МР (триметазидин) миокардга ижобий таъсир кўрсатади.

СҚАЕ *профилактикасига* асосий касалликни эрта даврларда аниқлаш, ўз вақтида даволаш ва унинг асоратларини олдини олиш каби тадбирлар киради. Бу гуруҳдаги беморларни доимий равишда назорат қилиш, ёндош ва асосий касалликларни монанд даволаш СҚАЕ авжланишини секинлаштиради. СҚАЕ нинг I босқичида беморларнинг иш қобилияти сақланган, лекин оғир жисмоний зўриқиш ман этилади. II А босқичида бемор иш қобилияти чекланади ёки умуман йўқолади; II Б босқичда эса беморлар доимий ёрдамга ва парваришга муҳтож.

Буйрак касалликлари оқибатида юзага келган шишларни даволаш

НФС аниқланган беморлар шифохонанинг ихтисослаштирилган бўлимига ётқизиб даволанади. Уларга ётоқ тартиби, ош тузи ва сув чекланган пархез буюрилади ҳамда патогенетик ва симптоматик даво тавсия этилади. НФСни даволашда уни аутоиммун генезга эга эканлигини ҳисобга олган ҳолда, иммунодепрессив даво чоралари кенг қўлланилади. ГКС билан даволаш буйракнинг дорилар таъсирида, СҚВ да ва диффуз гломерулонефритлар натижасида ривожланган НФСда қўлланилади; диабетли гломерулосклероз, буйрак ўсмаси, сил, захм, буйрак амилоидозида учрайдиган НФСни даволашда юқоридаги дори воситаларни қўллаш мумкин эмас. Геморрагик васкулит ва тугунчали периартериитдаги НФСда эса самарасиз. ГКС қўллашга қарши кўрсатма ёки улар самарасиз бўлганда цитостатиклар билан даволаш тавсия этилади. Оғир кечган НФСда, биргаликда қўлланилган патогенетик даводан самара бўлмаганда, айниқса нефретик кризлар ривожланганда плазмоферез, гемосорбция, ГКС ва цитостатиклар, ёки уларни биргаликда қўллаган ҳолда пульс-терапия ўтказилади. Бундан ташқари нефретик кризда гиповолемияни олдини олиш, айланиб юрган қон ҳажмини тиклаш мақсадида вена ичига реополиглюкин, декстранлар, оқсил эритмалари (кунига 600-800 мл. гача) юборилади, антикинин (пармидин кунига 0,5 г. дан 4 марта), антигистамин препаратлари қўлланилади. Асосий касалликни даволаш билан бирга симптоматик муолажалар олиб борилади.

Симптоматик даво нефритнинг буйракдан ташқари белгиларини (шиш, гипертензия, СҚАЕ) бартараф этишга қаратилган. Гипотензив восита сифатида ААФИ, (қарши кўрсатмалар бўлмаса), салуретиклар (гипотиазид, фуросемид, урегит) билан биргаликда буюрилади. Шунингдек, КА (нифедипин, коринфар, кордафен ва уларнинг узоқ таъсир этувчи вакиллари) қўллаш мумкин. Улар гипотензив таъсирдан ташқари коптокчалар фильтрациясини ҳамда диурезни оширади.

Шиш синдромини бартараф этиш мақсадида диуретиклар: фуросемид 40-80 мг, лазикс 40-80-120 мг, урегит 50-100 мг, альдактон (СБЕ бўлмаганда) кунда 200-300 мг. ва бошқа дори воситалар ичилади ёки парентерал юборилади. Даво самарасини ошириш учун бир неча гуруҳдаги диуретиклар, масалан гипотиазид, фуросемид, верошпирон биргаликда буюрилади. НФС юқори қон босим билан бирга кечганда натрий ва суюқликни хайдовчи восита - и*ндакринон* (урикозурик диуретик, таркиби бўйича урегитга яқин) кунига 10-40 мг.дан тавсия этилади. Жуда катта нефротик шишларда в/и га қон

зардоби, альбумин, маннитол (20%ли 200-300 мл. эритма томчилаб, ҳар куни, 3-5 кун давомида), полиглюкин (300-500 мл.), катта миқдорда лазикс (300-500 мг/кунига) қўлланилади. Бундай ҳолларда, айниқса НФС ўткир гломерулонефритнинг клиник кўриниши сифатида намоён бўлса, патогенетик даво воситаларидан бири гепаринни қўллаш яхши диуретик самара беради. Диуретик воситалар узоқ вақт қўлланганда калий препаратлари (калий оротат, панангин, аспаркам, калий хлорид) ёки калийга бой маҳсулотларни (қуритилган мевалар, майиз, ўрик, карам, қовоқ, ва бошқалар) қабул қилиш (қонда калий миқдорини назорат қилган ҳолда) тавсия этилади.

Эклампсия ривожланган ҳолларда гипотензив ва седатив таъсирга эга бўлган дорилар ҳамда мия шишига таъсир қилувчи воситалар (эуфиллин, дибазол, лазикс, маннитол, магний сульфат, гексоний ёки пентамин, глюкозанинг концентрланган эритмаси) в/и га юборилади ёки хлоралгидрат билан (0,5-1 г. 100 мл. сувга) хуқна (клизма) қилинади. Олигурияни даволашда аввал юқори дозада лазикс (в/и 300-1000 мг), гепарин (кунига 20-30 минг ТБ), антиагрегантлар қўлланилади. Самара бўлмаганда бемор гемодиализга ўтказиш учун ихтисослаштирилган бўлимга юборилади.

Жигар касалликларида учрайдиган шишларни даволаш

Асцитли беморларга иккиламчи гиперальдостеронизм белгиларини камайтириш мақсадида ётоқ тартиби тавсия этилади. Даволаш режасига (алкогол ва гепатотоксик дори воситалардан воз кечиш, физик ва психоэмоционал тинчлик, парҳез) амал қилиш жигар фаолиятини компенсация ҳолатида сақлашга ёрдам беради. Асосий касалликни даволашга қаратилган чора-тадбирлар негизида қуйидагилар амалга оширилади.

- парҳез, ош тузини кунига 400 мг.гача чегаралаш;
- гипонатремияда – кун давомида қабул қилинадиган барча суюқликларни 1-1,5 л.гача чеклаш;
- организмдан ажралиб чиқарилиши мумкин бўлган суюқликнинг миқдори кунига 0,5-1 л. (периферик шишлар мавжуд бўлганда–кўпроқ) дан кам бўлмаслигига эришиш;
- тана вазни, сийдикдаги натрий ва калий, қон таркибидаги электролитлар, креатинин, мочевина ва альбумин миқдорини назорат қилиб бориш;
- этиологик даво;
- агар ўтказилаётган чора-тадбирлардан бир ҳафта мобайнида самара бўлмаса ёки сийдикда натрий миқдори <25 ммоль/л бўлса диуретиклар буюриш; спиронолактон (верошпирон) кунига 100-150 мг. 4-5 маҳал (максимал кунлик дозаси 600 мг.гача); фуросемид кунига 40-80 мг. ичишга ёки в/и га, фуросемид миқдорини зарурат бўлганда кунига 240 мг.гача ошириш.

Шиш-асцитик синдромда верошпирон (кунига 150-200 мг.)+урегит (кунига 25-100 мг.) ёки верошпирон (кунига 100-150 мг.) +триампур (кунига 2-4 таб) қўшиб бериш яхши самара беради. Олиб борилган даво чоралари самара бермаган шиш-асцитик синдромида қуйидаги диуретиклар аралашмаси тавсия этилади:

- фуросемид 80 мг+ гипотиазид 100 мг+ верошпирон 200 мг;
- фуросемид 80 мг+ бринальдикс 40 мг+ верошпирон 200 мг;
- фуросемид 80 мг+ оксодолин 100 мг+ верошпирон 200 мг.

Яққол намоён бўлган асцитда диуретикларни ошқозон–ичак тизими орқали сўрилиши қийинлашиши сабабли фуросемид ва этакрин кислотасини в/и га юбориш мақсадга мувофиқ. Диуретикларнинг ножўя таъсири, гипокалиемияни олдини олиш мақсадида калийга бой маҳсулотлар (қовоқ, туршак ва бошқалар) истемол қилиш тавсия этилади ва вена ичига 40-50 мл. 4% ли калий эритмаси томчилаб юборилади.

- гепатоцитларда модда алмашинувини яхшиловчи воситалар билан бирга вена ичига оқсил препаратларини юбориш. Бунда янги музлатилган плазма (кунига 125-150 мл дан, даволаш курси 4-5 та) ва 20% альбумин (кунига 100 мл дан, даволаш курси 5-6 та) эритмаси қўлланилади;
- абдоминал парацентез юқорида санаб ўтилган муолажаларга рефрактер бўлган асцитда ўтказилади. Олинаётган суюқлик миқдори 3 л.дан ошмаслиги керак. Чунки олинган суюқлик билан кўп миқдорда оқсил ва калий йўқотилиши туфайли қоннинг онкотик босими, кўп суюқлик олиниши натижасида эса қорин бўшлиғи босими ва периферик қон босим кескин тушиб кетиши мумкин. Бундай асоратларни олдини олиш мақсадида суюқлик олингандан кейин вена ичига альбумин юборилади (олинган суюқликнинг 1 л.га 10 г. нисбатда);
- асцитосорбция 2-3 л асцитик суюқлик махсус сорбентловчи ускунадан ўтказилиб, токсик метаболитлардан тозаланади ва вена ичига юборилади;
- қонни ультрафильтрация қилиш йўли билан организмдаги ортиқча суюқлик олиб ташланади.

Экссудатли гипопротеинемик энтеропатиялардаги шишларни даволаш

Оқсил йўқотишни камайтириш, ич кетишни бартараф этиш, метаболик бузилишларни мўтадиллаштириш энтеропатиялардаги шиш синдромини даволашда катта аҳамиятга эга. Бунинг учун беморларга ёғсиз парҳез буюриб, кундалик қабул қилинадиган оқсил миқдорини 140-150 г гача ошириш лозим. Йўқотилган оқсил ўрнини тўлдириш мақсадида парентерал йўл билан оқсил гидролизатлари, анаболик гормонлар, кальций, темир препаратлари, витаминлар буюрилади. Диареяга қарши восита сифатида фермент препаратлари ва ичак моторикасини меъёрига келтирувчи воситалар берилади. Дисбактериоз профилактикаси ва даволаш чоралари ўтказилади. Шиш синдромини бартараф этиш мақсадида диуретиклар қўлланилади. Айрим ҳолларда ингичка ичак лимфа томирларини чегараланган шикастланишида ичак резекцияси амалга оширилади.

Глютеинли энтеропатиядаги шишларни даволаш

Аглютеинли парҳез. Бунда рационга қуйидаги маҳсулотлар қўшилмайди: буғдой, ячмен, сўли ва улардан тайёрланган маҳсулотлар, колбаса, гўштли шўрвалар, консервалар, нон, булочкалар, макарон, пиво, шоколад, майонез, музқаймоқ ва бошқалар. Овқат кам-камдан 4-5 мартага бўлиб истемол қилинади. Ушбу парҳез асосида 80% беморларда бир неча ҳафтадан кейин клиник, 3-6 ойдан кейин эса ичакдаги морфологик ўзгаришлар яхшиланиши кузатилади.

Парҳездан самара бўлмаган ҳолларда мутахассислар билан ҳамкорликда касалликнинг фаоллик даражаси ва бемор аҳволидан келиб чиққан ҳолда, ГКС схема бўйича буюрилади. Кальций алмашинувини яхшилаш мақсадида кўп миқдорда глюконат

кальций (кунига 12 г.) витамин Д (кунига 10000 ТБ) ва аноболик стероидлар (ретаболил 100 мг. ҳафтада 1 марта м/о) тавсия этилади. Шу билан бир қаторда, симптоматик даво олиб борилади. Сув-электролит бузилишини мувозанатлаш учун парентерал тузли эритмалар, оқсил алмашинувини яхшилаш мақсадида эса аминокислоталар ва бошқа оқсил препаратлари буюрилади. Дисбактериоз ва кам сўрилиш синдромига қарши чоралар кўрилади. Юқоридаги чора-тадбирлар билан биргаликда шиш синдромида тиазидли ва калий сақловчи диуретиклар қўлланилади.

Уипл касаллигидаги шишларни даволаш

Парҳез. Одатий ёғларни ўрта ва қисқа занжирли ёғларга алмаштириш стеатореяни камайтиради ва бошқа маҳсулотларни сўрилишини яхшилайди, натижада бемор вазни ошади.

Антибиотиклар (тетрациклин, доксициклин, клиндомицин, ва бошқалар) ўртача терапевтик дозаларда 6 ойдан бир йилгача тавсия этилади. Тетрациклин гуруҳидаги дори воситаларга қарши кўрсатма бўлганда, пенициллин (кунига 1200000 ТБ) стрептомицин (кунда 1 г.) билан бирга 10-14 кун давомида мушак орасига юборилади. Қон зардоби таркибида оқсил миқдори камайганда ва шиш синдроми ривожланганда, аминокислотали аралашма кунига 250 мл.дан 2-4 ҳафта давомида томир ичига томчилаб ва заруратдан келиб чиқиб сийдик ҳайдовчи дорилар буюрилади.

Дистрофик шишларни даволаш

Биринчи кунларда тўлиқ жисмоний ва руҳий тинчлик, тўлақонли витамин ва оқсилга бой парҳез. Бир вақтнинг ўзида вена ичига қон зардоби, оқсил гидролизатлари, витаминлар юборилади.

Аллергик шишларни даволаш

Аллергик анамнез, объектив кўрик ҳамда бошқа ташҳисий текширувлар ёрдамида аллерген аниқланади ва иложи борича унинг таъсири бартараф этилади. Озиқ–овқат маҳсулотларига аллергия бўлганда тузли ич сурувчи воситаларни қўллаш мақсадга мувофиқ. Антигистамин препаратлар: фенкарол (2-3 мг/кг/кунига), кларитин ёки бошқа II авлодга мансуб антигистамин дорилари псевдоэфедрин билан бирга буюрилади. Эшакеми совуқ таъсирида келиб чиққанда ципрогептадин (2-4 мг хар 8-12 соатда), холинергик эшакемида гидроксазин (бир кг. тана вазнига 0,5 мг кунда 4 марта ичишга) тавсия этилади.

Наслий ангионевротик шишни даволаш тадбирлари

Ҳаёт тарзини ўзгартириш бўйича тавсиялар: жароҳатланиш хавфи, жисмоний зўриқиш, механик босим билан боғлиқ меҳнат фаолияти ҳамда машғулотлар истисно қилинади.

- зўриқиш тўлиқ бартараф бўлгунга қадар янги ёки янги музлатилган 250-300 мл натив қон зардоби бир маротаба ёки 5% аминокапрон кислота 100-200 мл в/и юборилади, кейин ҳар 4 соатда 100 мл дан томчилаб ёки хуруж бартараф бўлгунча 4 г дан ичишга буюрилади. Транексам кислотасини 1-1,5 г.дан кунига 2-3 марта аминокапрон кислота ўрнига қўллаш мумкин;
- юз ва бўйин соҳасида шиш бўлса, 250-300 мл натив қон зардоби, 200-300 мл 5% аминокапрон кислотаси, 40-80 мг лазикс, 8-12 мг дексазон вена ичига юборилади.

Хиқилдоқ шиши ривожланганда: 0,1% адреналин, 5% эфедрин эритмаси, β-адреностимуляторлар ингаляция йўли билан берилади. Ҳиқилдоқ шиши пайдо бўлиши беморни зудлик билан ЛОР бўлимига ётказишга кўрсатма ҳисобланади;

- абдоминал синдром ривожланганда бемор хирург маслаҳатига муҳтож бўлади.

*Профилактика мақсадида б*еморларга даназол (данол) - бошланғич кунлик дозаси 600 мг, касаллик тинч даврга ўтганда эса кунига 200 мг.дан ичиш тавсия этилади. Даназол ўрнига метилтестостерон аввал 0,01 г дан, кейин кунига 0,005-0,0075 г гача камайтириб борилади. Агар ушбу дориларга қарши кўрсатма бўлса, аминокапрон кислота кунида 4-12 г ичишга ёки транексам кислота 1-1,5 г дан қонни ивиш вақтини назорат қилган ҳолда буюрилади.

Гипотиреоздаги шишларни даволаш

Қалқонсимон без препаратлари ёки сунъий тиреоид гормонлар (тиреоидин, трийодтиронин, тироксин, тиреотом, тиреотом-форте, тиреокомб) билан ўрин босувчи даво олиб борилади. Тахикардия ёки артериал гипертензия кузатилса, БАБ (анаприлин, эгилок, небилет) буюрилади. Гипотиреоз ва гиперкортицизм бирга келганда – ГКС, тиреоид воситалар билан бирга ёки бирин кетин ўрин босувчи даво сифатида берилади. Витаминлар А, С, В, кўрсатма бўлса, диуретиклар (триампур, верошпирон) ва юрак тож томирларини кенгайтирувчи воситалар қўлланилади.

Системали склеродермиядаги шишларни даволаш

Бунда 3 та гуруҳдаги дорилар қўлланилади:

D-пеницилламин (купренил) (бианодин ва артамин 300-1200 мг) аввал 150-300 мг дан 2 ҳафта, кейин хар 2 ҳафтада 300 мг га кўпайтирилиб 1800 мг га етказилади ва шу миқдорда 2 ой берилади, сўнг секин аста камайтириб борилади. Ушлаб турувчи миқдорда (300-600 мг) узоқ вақт ичиш тавсия этилади. Фаоллик даражаси юқори бўлганда, нефротик ёки Гудпасчер синдромлари ривожланганда, D-пеницилламин тўхтатилиб, ўрнига ГКС берилади.

Колхицин кичик миқдорда - кунига 0,5 мг дан бошлаб, ошқозон-ичак фаолиятини бузмайдиган миқдоргача кўтариб борилади. Монанд танланган даво склеродермиядаги шишларнинг йўқолишига олиб келади.

Дерматомиозитдаги шишларни даволаш

Асосан ГКС катта дозаларда ишлатилади. Дерматомиозит ўткир кечишида кунда 80-120 мг, ўткир остида - 60 мг, сурункали дерматомиозитни қўзғалган даврида 30-40 мг. Жараённинг мезонлари турғунлашгач ҳар 7-10 кунда ¼ - ½ таблеткага камайтириб борилади. Преднизолон миқдори пасайтириб борилаётган вақтда касаллик қайта авжланишини олдини олиш мақсадида аминохинолин бирикмалари қўлланилади. Аксарият ҳолларда делагил (хингамин) кунига 0,25 г дан 2 йил давомида берилади. Касаллик ўткир даврида преднизалонга қарши кўрсатма бўлганда иммунодепрессантлар (азотиоприн кунига 2,5 мг/кг, метотрексат - 0,75 мг/кг вена ичига ҳафтада 1 марта, 2-6 ой давомида) тавсия этилади. Олиб борилган даво чоралари шиш синдромини бартараф этишга ёрдам беради.

Шу ўринда охирги икки касалликни фаол даволаш фақат ихтисослаштирилган бўлимларда ўтказилишини эслатиб ўтмоқчимиз.

Сурункали веноз етишмовчилигидаги шишларни даволаш

Шиш синдроми бор беморларни даволаш тўлақонли ва бир неча босқичларда олиб борилади. Биринчи босқичда олиб бориладиган консерватив давонинг асосий мақсади шишни қисман ёки тўлиқ бартараф этишдан иборатдир. Тўқималар аро ортиқча суюқликни механик йўл билан ажралиб чиқишини таъминловчи усуллар катта аҳамиятга эга. Уларга пневматик интерминтирловчи компрессия, мануал вена ва лимфадренаж киради. Зарурий асбоб ускуналар мавжудлиги ва бажаришни оддийлиги сабабли биринчи усул амалиётда кенг қўлланилади. Пневмокомпрессия усули ёрдамида тез ва сезиларли даражада самарага эришиш мумкин. Бир неча кун ичида шиш камаяди. Шунга қарамасдан, ушбу усулнинг камчилиги ҳам унинг тез самарадорлигига боғлиқ. Сурункали веноз етишмовчилигидаги шишлар юқори оқсилли шишлар қаторига киради ва юқори қават тўқима таркибидаги зардоб оқсили 10 г/л ни ташакил этади. Пневмокомпрессия усули тўқималардан фақат суюқликнинг ажралиб чиқишини таъминлайди. Сўрилмай қолган протеинлар тўқима йўллари ва лимфа капиллярлари бўшлиғини бекилишига, фибриногенни фибринга айланиши тўқимада фиброз-склеротик ўзгаришлар ривожланишига олиб келади. Шу сабабли мануал вена-лимфадренаж шишни бартараф этишнинг табиий усули ҳисобланади. Махсус массаж усуллари таклиф этилган бўлиб, лимфа оқими йўналишига мутаносиб равишда, маълум кетма-кетликда қўлланиладиган уқалаш ҳаракатлари унинг оқимини кучайтиради. Бу усул тўқималардаги шиш ва протеинларни бир вақтнинг ўзида қайта сўрилишини таминлаб, фиброз шакилланишини олдини олади. Ҳар гал лимфадренаж муолажаси ўтказилгандан кейин босувчи бандаж қўйилади. Бунинг учун кам чўзилувчан, юқори босим ҳосил қила оладиган бинтлар қўлланилади. Даволаш жараёнида оёқ ҳажми ва шакли ўзгариб туришини инобатга олиб, трикотаж матодан эмас балки эластик бинтдан фойдаланиш керак. Фармакотерапевтик воситалардан флеболимфотониклар (детралекс, гинкор-форт, эндотелон ва бошқалар) муҳим аҳамиятга эга. Флеболимфадема билан касалланган беморларга диуретиклар беришда жуда эҳтиёт бўлиш лозим. Шубҳасиз, улар қўлланила бошланган кундан бошлаб самара бера бошлайди, аммо пневмокомпрессия натижасида суюқлик ажралиб чиқиши хисобига шиш камайиб, протеинлар сақланиб қолади. Бу эса касаллик кечишини ва оқибатини ёмонлаштиради. Шунингдек, шишли беморларда кўрсатмага кўра, антиагрегантлар, НЯҚВ, антиоксидантлар қўлланилади. Даволаш 1,5-2 ой давом этиб, шу вақт ичида кўпгина беморларда шиш белгиси йўқолади.

Иккинчи босқич жарроҳлик йўл билан даволаш ҳисобланади ва мутахассис шифокор (қон-томир жарроҳи) томонидан аниқ кўрсатмалар бўлганда амалга оширилади.

Юқоридагилардан ташқари, беморларга мунтазам равишда даволаш бадан тарбияси билан шуғулланиш тавсия этилади. Улардан энг қулайи сузиш ҳисобланади. Пиёда юриш, чанғида учиш ва велосипед ҳайдаш веноз ва лимфа оқимига ижобий таъсир этади. Спортнинг жароҳатланиш хавфи юқори бўлган турлари билан шуғулланиш тавсия этилмайди. Меҳнат қилиш ва дам олиш тартибини мавжуд вена ва лимфа оқими бузилишларига мос ҳолда ташкил этиш зарур. Иссиқ цехларда ва совуқ ҳавода ишлаш ман этилади. Иш куни давомида 4-5 марта 5-10 дақиқа горизонтал ҳолатда дам олиш мақсадга

мувофиқдир. Оқсил, сув, ёғ ва тузни чеклаш тўқималараро суюқлик ҳосил бўлишини камайтиради ва шиш кўпайишини олдини олади.

Юқорида келтирилган айрим касалликларда қўлланиладиган монанд даво чоралари ихтисослаштирилган бўлимларда мутахасис врач томонидан олиб борилади, лекин беморлар шифохонадан чиққанларидан кейин ОП ва ҚВП шароитида доимо УАВ назоратида бўлишлари ва ушлаб турувчи давони давом эттиришлари лозимлиги сабабли, уни батафсилроқ ёритишни мақсадга мувофиқ деб хисобладик. Чунки Буюк Британиялик таниқли шифокор Й. Хис айтганидек, «шифохоналарга беморлар келадилар ва кетадилар касалликлар қоладилар, умумий амалиёт врачи фаолиятида беморлар қоладилар, касалликлар эса келадилар ва кетадилар».

Баён этилган маълумотлар амалиётда кўп учрайдиган шиш синдроми билан кечадиган кўпгина касалликларда унинг ривожланиш механизми турличалиги ва ҳар бир ҳолат учун ўзига хос даволаш чораларини қўллаш лозимлигини кўрсатади. Унинг сабабини ўз вақтида аниқлаш, тўғри ташҳис қўйиш, мақсадга йўналтирилган текшириш усулларини қўллаш ва улар асосида олиб борилган даво касаллик оқибати, бемор ҳаёт сифати ҳамда асосий касаллик тинч даври давомийлигини белгилайди. Буларнинг барчаси УАВ дан касалликнинг келиб чиқиши, патогенези, клиник белгилари, текшириш режаси ва даволаш усуллари тўғрисида мукаммал билимга эга бўлишни тақозо этади. Бир маъруза доирасида шиш синдромининг барча қирраларини чуқур ёритишни имкони чегараланган. Аммо у юқорида санаб ўтилган муаммоларни ечиш учун йўналиш яратиб беради, деган умиддамиз. Шифокор эса ундан фойдаланган ҳолда ўз билимини мунтазам равишда мукаммаллаштириб бориши керак.

Ревматология

Мавзу 35. Бўғим синдроми билан кечувчи касалликлар. Бўғим синдроми билан кечувчи хавфли касалликлар. Ревматик иситма ва инфекцион артритларни таққослама ташҳислаш. УАШ тактикаси. Тор мутахасисга ёки шифохонага йўлланма бериш. ҚВП ёки ҚОП шароитида даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш.

Ўкитиш технологияси.

Машғулот вақти 6 соат	Талабалар сони : 10-12 тагача
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Ўқув машғулоти структураси	6. Ўқув тематик хона. 7. Ўқув материаллари, муляжлар, фантомлар. 8. Шифохона палаталари. 9. Телевизор, видео аппаратура 5. Ўқув материаллари, муляжлар, фантомлар, тарқатма материаллар, вазиятли масала ва тестлар тўплами.

Ўқув машғулотининг мақсади: УАШга ревматизм ва ревматоид артритни ўз вақтида ташхислашга ва қиёсий ташхислашга, оптимал даво тактикасини, шунингдек “умумий амалиёт шифокори квалификацион тавсифи” асосида соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғинида олиб боришга ўргатиш.	
Педагогик мақсадлар 1.Ревматизм ва ревматоид артритнинг ташхис ва қиёсий ташхис саволларини кўриб чи-қиш. 2. Ревматизм ва ревматоид артрит билан беморларни намойиш этиш. 3. Ревматизм ва ревматоид артритда клинико- лаборатор-асбобий текширувлар, маълу-мотларни мухокама қилиш. 4. Ревматизм ва ревматоид артритни қиёсий ташхисини ўтказишни. 5. УАШга ревматизм ва ревматоид артритни қиёсий даволашга ўргатиш. 6. Умумий амалиёт шифокори квалификацион тавсифи асосида беморларни олиб бориш саволларини мухокама қилиш. 7. Даволаш асосларини мухокама қилиш (номедикаментоз и медикаментоз). 8. Беморларни ҚВП ёки ОП шароитларида олиб бориш, мониторинги ва кузатуви асосларини мухокама қилиш. 9. Ушбу холатларда бирламчи, иккиламчи ва учламчи прфилактика асосларини мухокама қилиш.	**Ўқув фаолияти натижалари:** **<u>УАШ билиши лозим:</u>** 7. Ревматизм ва ревматоид артрит келиб чикиш механизмини. 8. Ревматизм ва ревматоид артритнинг клиник намоён бўлишини. 9. Ревматизм ва ревматоид артритнинг қиёсий ташхисини. 10. Ревматизм ва ревматоид артритда ишлатилувчи медикаментоз воситаларн, уларни фармакодинамикасинива дозировкасини. 11. ҚВП ва ОП шароитларида беморларни диспансер кўриги ва мониторинги асосларини. 12. Ушбу касалликларни бирламчи,икиламчи ва учламчи профилактика асосларини. **<u>УАШ бажара олиши лозим:</u>** 6. Ревматизм ва ревматоид артритнинг клиник белгиларига қараб ташхислаш ва қиёсий ташхислашни; 7. Ревматизм ва ревматоид артритда давони тўғри танлашни. 8. Даволашнинг номедикаментоз усуллари бўйича тавсиялар беришни. 9. ҚВП ёки ОП шароитларида мониторинг олиб боришни.
Ўқитиш усуллари	Усул“ мияга хужум ”, график органайзер – концептуал таблица, демонстрация, видео кўриги, дискуссия, сухбат, вазиятли масала ва тестларни ечиш.
Ўқув фаолиятини жамоатлари шакллари	Индивидуал иш, гурухларда ишлаш, коллектив, аудитор,аудиториядан ташқарида.
Ўқитиш воситалари	Тарқатма ўқув материаллари, визиуальные материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, касаллик трихлари, таблицалар, стендлар.
Қайтар боғланув услуб ва воситалари.	Блиц-сўров, тестлаш, ўқув машқларини бажариш

	натижаларини намойиши, касааллик тарихларини тўлдириш, амалий кўникмаларни бажариш «профессионал сўров»

Амалий машғулотнинг технологик картаси.

Амалий машғулотни босқичлари	Машғулот шакли *Ўтказилиш жойи*	Машғулот вакти
Кириш қисми (мавзуни асослаш)		15
Амалий машғулот мавзусини янги педагогик техналогияларни (“мия хужуми”усули) қўллаган холда, шунингдек намойиш маълумотларини (касаллик тарихлари, плакатлар, рентгенограммалар) охирги даража-сини мухокама қилиш	Сўров, мухокама *ўқув хоналари.*	45
Мухокама, хулоса		20
Амалий қсмни бажариш учун масалаларни аниқлаш – профессионал сўров. Касаллик тарихини тўлдириш бўйича ҳолат ва маслаҳатларни тушунтириш.	Мухокама	20
Ўқитувчи раҳбарлиги остида амалий кўникмаларни ўзлаштириш.	Беморларни сўров қилиш ва касаллик тарихини тўлдириш, вазиятли масала-ларни ҳал этиш.	45
Беморлар текшируви натижаларини тахлили – бемор шикоятлари, кўрик, пальпация, перкуссия, аускультацияси, шунингдек УҚТ, УПТ ва биохимик тахлиллар ва ташхисни қўйиш.	Касаллик тарихи, Лаборатор маълумотлар, вазиятли масалалар	15
Талабаларни назарий, амалий билимларини мухокама қилиш, малумотларни мустаҳкамлаш, билимлар ўзлаштириш даражасини аниқлаш.	Оғзаки сўров, тест-лар, мухока-малар, амалий кўникма-ларни аниқлаш. *Ўқув хонаси*	55
Амалий машғулот мавзуси бўйича хулосани аниқлаш, 100 балли тизим бўйича бахолаш ва баҳоларни эълон қилиш. Кейинги амалий машғулотга уйга вазифа бериш (саволлар тўплами)	маълумот, муста-қил иш учун мавзу. *Ўқув хонаси*	25

Мавзу баёни.

Бўғимда оғриқ – кўпгина ревматик касалликларнинг келиб чиқиш механизми аниқ бўлмаса ҳам универсал белгиси ҳисобланади. Ревматик касалликларда бўғимда оғриқ бўғим ичи ва бўғим олди тўқималаридаги патологик жараён ёки эмоционал характерга эга булиб, огрик сезгисини турлича сезиш билан боғлиқ. Ревматик касалликларни диагностика килишда нафакат бугимда огрикни, балки унинг характери, давомийлиги, кучи, сутка

давомида пайдо булиш вактини хам хисобга олиш керак. Бугимларнинг яллигланишли ёки яллигланишсиз зарарланиши реактив артрит, Бехтерев касаллиги, псоаритик артрит, бронхоген рак ёки гемохроматоз билан боглик гипертрофик ўпка остеоартропатияси каби касалликларнинг биринчи белгиси бўлиши мумкин. Бундай муаммоларни умумий амалиёт врачи ҳал килиши керак бўлади.

Ревматизм (ревматик иситма) **–** юрак-қон томир ва таянч-ҳаракат аппаратидаги бириктирувчи тўқиманинг тизимли яллиғланиши. Ревматизмда ҳар қандай аъзо ва тизимлар: мия, буйрак, жигар ва бошқ. зарарланиши мумкин. Ревматизмнинг биринчи хуружи асосан болалик ёшида (7-15 ёш) ва ўспирин ёшида содир бўлади. Ревматизм юрак-қон томир касалликлари билан касалланиш умумий структураси ва улар оқибатидаги ўлим ичида аҳамиятли ўринни эгаллайди. Кўпгина ривожланаётган мамлакатларда юрак ревматик касаллиги юрак-қон томир касалликлари ҳолларининг қарийб ярмини ташкил қилади. Ревматизм билан касалланиш иқтисодий ривожланган мамлакатларда ҳозирги вақтда 100 000 аҳоли сонига 5 тадан кам бўлмаган сонни, кам ривожланган мамлакатларда эса – 100 000 аҳолига 27-100 тани ташкил этади.

Этиология ва патогенези. Эпидемиологик, клиник кузатувлар, микробиологик, иммунологик ва экспериментал тадқиқотлар маълумотлари натижалари стрептококкли бурун-ҳалқум инфекциясининг (А гуруҳи β-гемолитик стрептококки) ревматизм билан алоқасини кўрсатади. Ревматизмнинг стрептококкли этиологияси ҳисобланади: ревматизм хуружидан олдин стрептококкли инфекция (ангина, фарингит); β–гемолитик стрептококк А гуруҳи ЎРК пайтида ревматизм билан касалланишнинг зўрайиши; стрептококкли антителолар (АСЛ, АСГ, АСК) титри ошиши; стрептококкга қарши профилактика ва стрептококли инфекция ўчоқларини фаол даволашдан кейин ревматизм билан касалланишнинг ва унинг рецидивларининг кескин камайиши. Ревматизмнинг стрептококкли этиологияси унинг “классик” шакллари учун хос, улар ўткир кечади ва жараёнга бўғимлар қўшилишини ўз ичига олади. Ревматизмнинг рецидивланувчи ва давомли кечувчи шакллари билан стрептококк орасида деярли боғлиқлик йўқ. Охирги шаклларда кечувчи ревматизмда стрептококк антигенлари ошиши кузатилмайди, ревматизм рецидивларини бициллин профилактикаси самара бермайди. Шу сабабли стрептококк инфекциясининг ревматизмнинг латент, рецидивланувчи кечишидаги роли истисно қилинмоқда. Ревматизмнинг бу шаклларида аллергик, инфекцион-токсик ёки вирусли эитологияси тахмин қилинмоқда. Касаллик ривожланишида аҳамиятли ўринни аъзоизмнинг стрептокок инфекциясига бўлган индивидуал сезувчанлиги тутади, бу ҳолат гуморал ва ҳужайра иммунитетидаги детерминирланган ўгаришлар билан боғлиқ. Касалликка бўлган ирсий мойиллик алоҳида таъкидланади. “Ревматик оилалар” деган тушунча бор, буларда касалланиш соғломларга нисбатан 2-3 маротаба юқори. Ушбу касаллик ирсий тарқалиши аниқланган – полиген. Ревматизм патогенези мураккаб ва кўпинча аниқ эмас. Унинг ривожланишида аллергияга кўпроқ ўрин берилади. Бу ҳақида ревматизм клиник-анатомик хусусиятларининг зардобли касаллик, экспериментал аллергия билна бир хиллиги, касалликнинг қатор носпецифик таъсирлар натижасида рецидивланиши, аллергияга қарши воситаларнинг антиревматик таъсири гувоҳлик беради. Кейинчалик жараёнга аутоаллергик механизмлар қўшилади. Сенсибилизацияловчи

агентлар (стрептококклар ва улар парчаланиши маҳсулотлари, вируслар, носпецифик аллергенлар) юракдаги аллергик яллиғланишга олиб келиши мумкин, кейин унинг антигистамин компонентлари ўзгаришига ва уларнинг аутоантигенларга ўтишига олиб келади ва аутоиммун жараён юзага чиқади. Стрептококк кўпгина ҳужайра ва ҳужайрадан ташқи моддаларни ишлаб чиқаради, улар ферментатив ва токсик хусусиятларга эга (стрептолизинлар, стрептококкли протеиназа, дезоксирибонуклеаза, мукопептидлар – "эндотоксинлар" ва бошқ.). Уларнинг ҳаммаси ифодаланган кардиотоксик таъсир қилади. Ревматизм патогенезида катта аҳамиятга эга бўлгани ҳужайра мембранаси М-протеини, стрептолизина S ва О; мукопептидлар таъсиридир. Ревматизм патогенезининг аутоиммун гиптезаси стрептококк А гуруҳи антигенлари билан миокард тўқимаси компонентларининг иммунологик боғлиқлиги билан тушунтирилади. Ревматизмда кўпчилик ҳолларда юрак тўқимаси билан реакциялашувчи антигенлар аниқланади, жумладан ҳам миокард антигенлари, ҳам стрептокок мембранаси антигенлари билан реакцияга киришувчи антителолар. Ревматизмда аутоиммун жараёнлар ривожланишига далил сифатида бириктирувчи тўқима антиген компонентларига – структур гликопротеинлар, протеогликанлар, бириктирувчи тўқиманинг сувда эрувчи компонентларига нисбатан гуморал ва ҳужайравий иммунитет бузилиши қаралади. Ревматизмда қон иммунокомпонент ҳужайралари дисбаланси кузатилади; умумий лимфоцитлар миқдорининг ошиши; айланиб юрувчи иммун комплекслар, иммуноглобулинлар сатҳининг силжиши. Ревматизмда морфологик бириктирувчи тўқиманинг даврий ўзгаришлари юзага чиқади: мукоид бўкиш, фибриноид ўзгаришалр, некроз, ҳужаайра реакциялари (лимфоцитлар ва плазмоцитлар билан инфильтрацияланиш, Ашоффа-Талалаев гранулемаларининг ҳосил бўлиши), склероз. Ревматик жараён одатда склерозирланиш билан тугайди. Жараён чегараланиши ёки қайта тикланиши ҳақида фақат мукоид бўкиш пайтидагина айтиш мумкин. Ревматизмнинг рецидивланувчи кечишида ҳосил бўлаётган бириктирувчи тўқимадаги ўзгаришлар склероз жойида камдан-кам ҳолларда локализацияланади, жараёнга янги-янги бириктирувчи тўқима жойлари қўшилиб боради. Ревматизмнинг ***клиник манзараси*** жуда ҳам хилма-хил, биринчи навбатда жараённинг ўткирлигига, экссудатив, пролифератив ҳодисалар, аъзо ва тизим шикаслтланиши хусусиятига, беморнинг тиббий ёрдамга мурожаат қилган вақтига ва олдинги даволашга боғлиқ. Типик ҳолларда ревматизмнинг биринчи хуружи бошидан ўтказилган ўткир ёки сурукнали стрептококкли инфекция (ангина, фарингит, ЎРК) қўзишидан 1-2 ҳафтадан кейин бошланади. Ревматизм рецидивлари интеркуррент касалликларда ёки улардан кейин бошланади, оператив аралашувлар, асаб-руҳий ва физик юкламалар ҳам ревматизм бошланишига сабабчи бўлиши мумкин. Ревматик жараён ривожланишида 3 та давр ажратилади: *Биринчи давр* (1 ҳафатдан 3 ҳафтагача) симптомсиз кечади ёки енгил артралгия бўлади. Тери қопламалари рангпарлиги, тана ҳароратининг субфебриллиги, ЭЧТ ошиши, стрептокккли антигенлар (АСЛ-0, АСГ, АСК) миқдори ошиши, ЭКГ ўзгаришлари кузатилиши мумкин. Ушбу даврда аъзотизмнинг инфекцион агентдан кейинги иммунологик қайта қурилиши содир бўлади. Бу давр аниқланганда фаол даволаш-ташхисий тадбирлар натижасида касаллик ривожланишини олдини олиш мумкин бўлар эди. *Иккинчи давр* касалликнинг шаклланиши билан намоён бўлади ва

полиартрит ёки артралгия, кардит ёки бошқа аъзо ва тизимлар шикастланиши кузатилади. Бу даврда лаборатор, биокимёвий ва иммунологик кўрсаткичлар ўзгариши кузатилади, мукоид бўкиш ва фибриноид бузилиш пайдо бўлади. Касалликни ўз вақтида аниқлаш ва даволаш тўлиқ соғайишга олиб келиши мумкин (касаллик бошланишининг биринчи 1-7 кунларида ташхис қўйилганда). *Учинчи давр* – бу қайта ревматизмнинг турли-туман клиник кўринишлари мавжуд даврдир, бунда касалликнинг латент ва рецидивланувчи шакллари бўлади. Ревматизмнинг биринчи ҳужумида, унинг ўткир кечишида ва жараёнга бўғимлар қўшилиб келганда бемор касаллик бошланишининг нафақат кунини балки бошланиш соатини ҳам аниқ айта олади. Бундай ҳолларда касаллик тана ҳарорати субфебрил ёки фебрил кўрсаткичларигача кўтарилиши (38-40°С), қалтираш ва бўғимлардаги кескин, кучли оғриқлар билан бошланади. Ҳансираш пайдо бўлади (юрак шикастланишиҳҳисбоига). Бундай клиник манзара болаларда ва эркак жинсидаги ёш одамларда тез-тез кузатилади. Охирги 15-20 йилда ревматизм клиник манзараси анча ўзгарди: бирламчи-сурункали шакллари, латент ёки тез-тез рецидивланувчи, юрак шикастланиши билан кечадиган турлари пайдо бўлди. Бундай ҳолатларда умум қабул қилинган терапия касаллик кечиши ва прогнозини ўзгартирмайди. ревматик жараённинг кам симптомли кечиши аниқмас клиник симптоматика билан кечади, яъни ҳолсизлик, физик фаолликнинг камайиши, физик юкламалардан кейинги ҳансирашлар, субфебрил ёки нормал ҳарорат билан, тез таъсирчанлик, уйқу бузилиш. Ревматизмнинг бундай кечиши катта диагностик хатоликларга олиб келдаи ва касалликни кеч аниқлашга олиб келади. Лекин ёдда тутиш лозимки, ревматизмнинг латент кечиши қайталама ревмокардитга тегишли ва бирламчи ревматик жараёнда кам учрайди.

Юрак зарарланиши ревматизмда етакчи синдром ҳисобланади. Яққол юрак ўзгаришларисиз ревматизм кам учрайди. Ревматик жараён эндокард ва перикардни зарарлашиши мумкин, лекин кўпинча эндомиокардит типида ривожланади. Клиник кўриниши юракнинг у ёки бу қаватида яллиғланиш жараёнининг устунлигига боғлиқ. Ревматик миокардит, эндокардит ёки перикардитга хос белгиларни амалиётда ажратиш қийинлиги сабабли "*ревмокардит*" термини қўлланилади, унинг негизида ревматик жараён натижасида мио- ва эндокарднинг бирга зарарланиши ётади, бу кўпинча ревматизмнинг биринчи ҳужумида унинг бошланишидан биринчи ҳафталарида кузатилади. Қийинчиликларига қарамасдан жараён жойлашишини аниқлаш мақсадга мувофиқдир.

Миокардит – ревмокардитнинг асосий компоненти. 2/3 беморларда у эндокарднинг шикастланиши билан бирга қўшилиб келади. Ревматизмнинг бошланғич кўринишларини ифодаловчи бирламчи ревмокардит ва кўпинча юрак клапан аппарати фонида содир бўлувчи ревматизмнинг қайталанишида пайдо бўлувчи қайта ревмокардит фарқланади.

Ревматизм таснифи: икки босқичини, яъни фаол ва нофаол, юрак, бошқа аъзолар шикастланиш клиник-анатомик хусусиятларини, касаллик кечиши вариантларини, қон айланиш ҳолати босқичларини ажратишни тақоза этади.

Фаолликнинг учта даражаси фарқланади:

- ✓ I (минимал),

- ✓ II (ўрта),
- ✓ III (максимал).

Уларнинг ҳар бири клиник кўринишлар ва лаборатор кўрсаткичлар ифодланганлиги билан хусусиятланади. Ревматизмнинг

- ✓ ўткир (2 ойгача),
- ✓ ўткир ости (4 ойгача),
- ✓ мутассил (1 йилгача),
- ✓ рецидивланувчи (йилдан ортиқ),
- ✓ латент (клиник симптомсиз).

Тасниф қон айланиши етишмовчилигининг учта босқичини:

- ✓ I, II, III. II даражали,
- ✓ ўз навбатида IIA ва IIБ га ажралади.

Бу бемор ҳолатини баҳолашда ва ташхис қўйиш пайтида инобатга олинади, даволаш усубини танлашда, касаллик прогнозини аниқлшада ишлатлади.

Ревматизм ташхиси Джонс диагностик критерийларига асосланган, у АРА да 1982 й кўриб чиқилган ва БЖССТ томонидан кенг қўлланилишга тавсия этилган.

Ревматизмнинг ташхисий критерийлари:

1) юрак соҳасидаги оғриқлар ва ёқимсиз сезгилар;

2) ҳансираш;

3) юрак уриши;

4) тахикардия;

5) юрак чуққисида тонлар пасайиши;

6) юрак чуққисида шовқинлар: а) систолик (кучсиз, ўртача, кучли); б) диастолик;

7) перикардит симптоми;

8) юрак ўлчамларининг катталашиши;

9) ЭКГ-маълумотлар: а) *P-Q* интервали катталашиши; б) экстрасистолия, тугунли маром; в) маромнинг бошқа бузилишлари;

10) қон айланиши етишмовчилиги симтомлари;

11) меҳнат қобилиятининг пасайиши ёки йўқолиши.

Ревматик истманинг биринчи хужумини ташхислаш учун Джонс критерийси

Катта критерий	**Кичик критерий**	**А-стрептококк олдин келганлигини тасдиқловчи маълумотлар**
Кардит Полиартрит Хорея Ҳалқа	*Клиник* Артралгия Иситмалаш *Лаборатор* Ошган ўткирфазали реактантлар: СОЭ, С-реактив оқсилк	Позитив А-стрептококкли культура, томоқдан олинган, ёки А-стрептококк антигенини аниқлашнинг тез тести. Стрептоккоккга қарши антителоларнинг юқори ёки ошиб борувчи титри

кўринишидаги эритема Тери ости ревматик тугунчалари	ЭКГда PR интервалининг узайиши	

Ревматизм ташхисоти критерийлари (БССЖ томонидан кўриб чиқилган қўшимчалари билан Джонс критерийлари, 1988)

Асосийлари	**Қўшимчалари**
Кардит – Панкардит, томир уриши тезлиги тана ҳароратига нисбатан тез, митрал ёки аортал етишмовчилиги янги шовқинлари, мезодиастолик шовқин, юрак етишмовчилиги ***Полиартрит*** – шишганлик, ҳаракат чекланганлиги, йирик бўғимларнинг миграцияли шикастланиши ***Кичик хорея*** – одатда ҳужумсиз ***Ануляр тошма*** – танадаги ва қўл-оёқлар проксимал қисмидаги ўртаси рангсиз, қичитмасиз пушти ранг папулалар ***Ревматик тугунчалар*** – тирсакларда, тиззаларда, бармоқ бўғимларида, калла суягида, болдир-тўпиқларда, умуртқада	*Тана ҳарорати 38,2 – 38,9°C* *Артралгиялар* *Анамнезида ревматизм ҳужуми* *ЭЧТ/СРО ошиши* *Лейкоцитоз*
Плюс Олдин келган А-стрептокок инфекция белгилари (экиш, антигенларни аниқлашнинг тез усуллари, антителоларнинг юқори титри ёки уларнинг ошиб бориши, скарлатина)	

Бирламчи ревматизм клиникасида ўткир, ўткир ости, чузилган ва латент кечувчи вариантлари ажратилади. *Қайталама ревматизм* учун мутассил рецидивланувчи ёки латент кечиши энг хусусиятлидир. Анча камдан-кам ҳолларда қайталама ревматизм ўткир ёки ўткир ости шаклида ўтади.

Ўткир ости кечувчи ревматизмда касаллик бошланиши ва клиник симптомлар ривожланиши секинлашган, экссудатив шаклдаги яллиғланишнинг полисиндромлиги ва ифодалангалиги кам. ***Чўзилган шакли*** га ўтказилган ангина, бошқа респиратор касалликдан кейин анча узоқ вақтли латент давр (3-4 ҳафта ва кўп), бошқа респиратор касаллик, ўртача ривожланган кардит ва полиартралгия хосдир. *Рецидивланувчи* кечиши ўртача ревматик яллиғланиш реакцияси, яллиғланишга қарши терапияга таъсирчанмаслиги ёки кам таъсирчанлиги, тўлқинсимонлиги билан кечади. *Латент* кечиши остида яширин кечувчи фаол ревматик жараён тушунилади, у биокимёвий, иммунологик ёки морфологик текширув услублари орқали аниқланади. Клиник кўринишлари ғоят суст ривожланган. Юрак соҳасидаги оғриқлар санчувчи ёки симилловчи хусусиятли. Чап қўлга тарқалувчи ангиноз типидаги стенокардик оғриқлар ҳам бўлиши мумкин. Бундай оғриқлар ревматик жараён оқибатида коронар томирлар

шикастланиши ва коронарит ривожланишига хосдир. Баъзи беморларни юрак ишидаги тартибсизлик безовта қилиши мумкин. Ревматик кардит учун тана ҳарорати меъёрлашуви ва умумий ҳолат яхшиланишидан кейин ҳам узоқ вақт сақланувчи каттиқ тахикардия хос. Пульс мароми, асосан юкламадан ёки салбий ҳиссиётлардан кейинги катта лабиллиги билан фарқланади. Яллиғланиш жараёнининг синус тугуни ёки қўзғалиш импульснинг Гис тутами ва унинг шохлари бўйича тарқалишига нисбатан босувчи таъсири натижасида брадикардия аниқланиши мумкин. Умумпатологик симптомлардан баъзи беморларда ортиқча терлаш ва кечалари тана ҳароратининг субфебриллиги хосдир. Бирламчи ревмокардитнинг объектив белгиси сифатида аускультатив ва ФКГ да аниқланадиган юрак чуққисида тон пасайиши, шунингдек чап қоринча катталашиши ҳисобига юрак нисбий тумтоқлиги чап чегараси силжиши ҳисобланади. Касалликнинг 2-3 ҳафтасида кўпинча доимий бўлмаган гувилловчи систолик шовқин аниқланади. Шовқин бемор ётган ҳолатида юрак чуққиси ва Боткин–Эрьба нуқтасида яхши эшитилади. Юрак бўшлиқларининг жуда ҳам катталашиши мавжуд ***диффуз миокардитда*** мезодиастолик ёки протодиастолик шовқинлар эшитилиши мумкин. Ушбу шовқинлар пайдо бўлиши тана ҳарорати кўтарилишида юрак дебити ошиб чап қоринчанинг кескин катталашиши ҳисобига нисбий митрал стеноз ривожланиши билан боғланади. Бундай шовқинлар даволаш жараёнида одатда йўқ бўлиб кетади. Диффуз миокардит камдан-кам учрамоқда. Кўпинча ўчоқли миокардит кузатилади, у анча енгил клиник кечиши, кам ифодаланган субъектив хасталаниш, юрак соҳасидаги ёқимсиз ҳиссиётлар, юрак ишидаги тартибсизликлар билан намоён бўлади. Бу кўп ҳолларда нотўғри кардионевроз, тонзиллоген кардиомиопатия ташхиси қўйилишига олиб келади. Бунга шунингдек, лаборатор текширувлар натижаларининг камлиги ҳам шароит яратади. Юрак чегаралари ўзгаришсиз. Аускультацияда I тоннинг юрак чуққиси соҳасида сўсайиши кузатилади, баъзида III тон пайдо бўлади ҳамда қисқа систолик шовқин эшитилади.

***Ревматик эндокардит*ни** касалликнинг биринчи ҳафталарида ташхислаш қийин, сабаби клиник манзарасида эндокард томонидан пайдо бўлган белгиларни анча даражада яширувчи миокардит белгилари устун бўлади, ревматик эндокардит (вальвулит) эса қўшимча субъектив белгилар билан намоён бўлмайди. Ревматик эндокардит патологик жараёнга юрак тавақаларининг қўшилишига олиб келади ва юрак нуқсонлари ривожланишини юзага чиқаради. Юракнинг тавақали нуқсони, асосан тез учрайдиган митрал нуқсон “сўнган эндокардит ҳайкали” сифатида кўрилади. Ревматизмнинг ўткир кечишига нисбатан латент кечишида нуқсонлар кўпроқ юзага чиқади (мос равишда 15% ва 22%). Бу латент кечувчи эндокардитни аниқлаш ва йўқ қилиш қийинлиги билан тушунтирилади. Ревматизмда митрал тавақага қараганда аорта тавақаси 2 ва ундан кўпроқ кам ҳолларда зарарланади. Бундан ҳам камроқ уч тавақали клапан ва жуда ҳам кам ҳолларда ўпка артерияси клапанлари шикастланади. Эндокардитнинг (бирламчи вальвулитнинг) клиник ташхиси юрак чуққиси соҳасида, кам ҳолларда тўш суягидан чапда учинчи қовурғалараро ораликда эшитилувчи систолик шовқин эволюциясига асосланган. Касалликнинг бошланиш даврида бир сўсайиб, бир кучайиб турувчи қисқа ва юмшоқ шовқин анча доимий ва дағалроқ бўлиб қолади. Ревматик вальвулитнинг эрта

босқичида кучсиз, доимий бўлмаган диастолик шовқин пайдо бўлишини клапанлар тавақаларининг бўртиши билан тушунтириш мумкин.

Ревматик перикардит, ревматик миокардит ва эндокардит билан (панкардит) бирга қўшилиб келади, ревматик жараённинг энг оғир кечишида ривожланади. Жуда ҳам кам учрайди. Қуруқ (фибринозли) ва экссудатив (сероз-фибронозли) перикардит фарқланади. Қуруқ перикардитда беморлар юрак соҳасидаги доимий симилловчи оғриқларга шикоят қилишади. Объектив кўздан кечиришда юрак асоси ёнида, тўш суягидан чапда иккинчи-учинчи қовурғалараро ораликда перикард ишқаланиш шовқини топилади. Дағал систоло-диастолик ишқаланиш пайпаслаш билан ҳам аниқланиши мумкин, у кўпинча қисқа вақт давом этади ва бир нечта соат ичида йўқолиб кетади.

Томирлар шикастланиши томир ўтказувчанлиги ошиши ва капиллярлар ҳамда артериолалар деворида иммун комплекслар чўкиши билан боғлиқ вальвулитлар кўринишида намоён бўлади. Патологик жараёнга капиллярлар ва артериолалардан ташқари веналар ҳам қўшилиши мумкин. Ички аъзолар ревматик артериитлари – ревматик висцериитлар: нефритлар, менингитлар, энцефалитлар ва бошқ. клиник кўринишининг асосидир. Клиника учун муҳим ўринни мокард томирларининг ревматик васкулити эгаллайди. Бундай ҳолатларда стенокардик оғриқларни эслатувчи юрак соҳасидаги оғриқлар билан коронарит ривожланади. Ревматик флебитлар жуда ҳам кам учрайди ва аслини олганда оддий хусусиятли веналар яллиғланишидан унча фарқланмайди. Фаол ревматик жараёнда капиллярлар амалда доимо зарарланади, бу теридаги қон қуйилишлари, протеинурия, “тасма”, “чимдиш” симптомларининг ижобийлиги билан намоён бўлади.

Ревматик полиартрит классик вариантда кам учрайди. Ўткир бўғимли ревматизмда йирик бўғимларда кучли оғриқлар қайд қилинади, бу оғриқлар беморни ҳаракатсиз қилиб қўйиши мумкин. Оғриқлар кўпинча учувчан, зарарланиши симметрик бўлади. Бўғимлар андак шишади, улар устидаги тери гиперемирланган, қўлга иссиқ сезилади, оғриқлар ҳисобига бўғимдаги ҳаракатлар кескин чекланган. Жараёнга периартикуляр тўқималар қўшилади, бўғим бўшлиғида экссудат йиғилади. Ревматик полиартрит учун салицил терапия натижасида яллиғланиш жараёнининг 2-3 кун ичида тўлиқ йўқ бўлиши хосдир. Кўпчилик беморларда бўғим шикастланишлари манзараси қатор ўзига хослиги билан фарқланади: ўткир бўғим ҳужумлари камаяди, аксарият ҳолларда бўғим синдроми бўғимлар шишисиз ва гиперемиясиз артралгиялар билан намоён бўлади. Оғриқларнинг учувчанлиги ва шикастланиш симметриклиги камроқ аниқланади. Бўғимлардаги оғриқлар зўрайиши ва уларнинг пасайиши анча секинлашади, артралгия кўринишидаги бўғим синдроми ҳафталаб давом этади ва яллиғланишга қарши терапияга сўст таъсирчан бўлади.

Тери зарарланиши ҳалқасимон ва тугунли эритема, ревматик тугунчалар, нуқтали қон қўйилишлар ва бошқ. кўринишида учрайди. Ревматизм учун ҳалқасимон эритема ва ревматик тугунчалар патогномоник ҳисобланади. Ҳалқасимон эритема оч-пушти-қизил ёки кўкишсимон-кул ранг доғлар ҳолида, кўпинча қўл ва оёқларнинг, қорин, бўйин, тананинг ички юзасида ҳосил бўлади. Зарарланган тери босиб кўрилганда доғлар йўқолади, сўнг яна пайдо бўлади. Доғлар қичимайди, оғримайди. Тугунли эритема анча

кам учрайди ва ревматизм учун хос ҳисобланмайди. Кўпчилик ҳолларда тугунли эритема бошқа табиатга эга аллергик касалликларда кузатилади.

Ўпка зарарланиши пневмония, плевропневмония ёки плеврит билан намоён бўлади. Ревматик пневмония ревматизм шароитида ривожланади ва клиник манзарасига кўра оддий пневмониядан шуниси билан фарқ қиладики, салицилли терапия яхши таъсирчан ва антибиотиклар билан даволашга эса резистентдир. Ревматик плеврит сил плевритидан кейин иккинчи ўринда туради ва одатда ревматик ҳужумдан сўнг ёки ангинадан кейин тезда ҳосил бўлади. Ревматик плевритнинг клиник хусусиятларига унчалик кўп бўлмаган сероз-фибриноз стерил назланинг нисбатан тезда тўпланиши ва нисбатан тезда сўрилиб кетиши хосдир, назла ҳеч қачон йирингламайди. Экссудатда жараённинг ўткирлиги ва оғирлигига боғлиқ ҳолда лимфоцитлар ва нейтрофиллар кўп бўлади. Нейтрофилларнинг кўп бўлиши ревматизмнинг энг оғир жараёнига хосдир. Плевра битишмалари жуда ҳам кам учрайди.

Асаб тизими шикастланиши болаларда, асосан қиз болаларда кичик хорея билан юзага чиқиши мумкин. Эмоционал лабиллик шароитида тананинг, қўл-оёқларнинг, мимика мушакларининг бежамдор ҳаракати пайдо бўлади, улар ҳаяжонланиш вақтида кучаяди ва уйқу пайтида тугайди. 17-18 ёшга келиб бу ҳодисалар йўқолади. Ревматик табиатли энцефалитлар, диэнцефалитлар, энцефалопатиялар учраши мумкин. Юрак нуқсонларида энг кўп учрайдиган асоратлар бўлиб мия қон айланиши бузилиши – эмболиялар, васкулитлар, синкопал ҳолатлар ҳисобланади.

Лаборатор маълумотлар. Қоннинг морфологик таркиби ўзгариши ревматизмда носпецификдир. Ревматик жараён фаоллигининг анча ифодаланган даражаларида 10-12^{10} /л гача нейтрофилезли ва чапга силжиган лейкоцитоз, 50-60 мм/соатгача ЭЧТ ошиши кузатилиши мумкин. Қон томонидаги бундай ўзгаришлар ревматик жараённинг бўғим кўринишлари устун келганда аниқланади. Чузилган, латент шаклларида лейкоцитоз бўлмайди, ЭЧТ – 20-30 мм/соат. Эритроцитлар, гемоглобин миқдорининг пасайиши учраб туради, одатда латент, рецидивланувчи, декомпенсирланган ревматизм шаклларида. Яллиғланиш ва деструктив жараёнларнинг (лекин касаллик нозологоияси эмас) ифодаланиш даражасини аниқлаш учун оқсил фракциялари, фибриноген, гексозлар, нейраминли ёки сиал кислоталар, серомукоид, цероплазмин, С-реактив оқсил, баъзи энзимлар ва улар изоэнзимлари (ЛДГ, МДГ, КФК ва бошқ.) миқдори муҳим аҳамиятга эга. Яллиғланишли-деструктив жараённинг фаоллигига боғлиқ ҳолда санаб ўтилган кўрсаткичлар миқдори кўп ва кам даражада ошиши мумкин. Ревматизмда анча ифодаланган силжишлар иммунологик кўрсаткичларда қайд этилади. Кўпчилик беморларда стрептококкга қарши антителолар: АСГ, АСК 1:300 дан кўп ва АСЛ-0 1:250 дан кўп, А, G, М (умуман олганда JgM, JgG) иммуноглобулинлар титри кўпаяди. Ревматизмнинг фаол фазасида лимфоцитларнинг спонтан бланстранформация реакцияси, лейкоцитлар миграциясининг кучли тормозланиши, тўқимага қарши (антикардиал) аутоантитаначалар миқдори ошиши қайд қилинади.

Инструментал маълумотлар. Ревмокардитни эрта ташхислаш мақсадида юракнинг биоэлектрик, гемодинамик ва қисқариш функцияларини хусусиятловчи усуллар комплекси қўлланилади.

Электрокардиография фаол ревматизмли 1/3 беморларда *P* тишчасининг кертик-мертик, икки ўркачли (вольтаж пасайиши ёки ошиши) шаклда ўзгариши аниқланади. Ушбу ўзгаришлар турғун эмас ва бирламчи ревмокардитда ревматик жараён фаоллигининг йўқолиши маромида йўқолиб боради. Ревмокардит учун I ёки II даражали, кам ҳолларда – III даражали атриовентрикуляр ўтказувчанлик бузилиши жуда хосдир. I даражали нотўлиқ атриовентрикуляр блокада кўпинча 3-5 кун сақланади, кейин йўқолади, яъни экссудатив миокардит тўхтаганини тасдиқлайди. Юрак нуқсонлари шароитидаги қайта ревмокардитда беморларнинг баъзи қисмида *QRS* комплекси ўзгариши, *S – T* интервали ва *T* тишча силжиши аниқланади, бу юрак мушаки реполяризацияси жараёни бузилганлигини кўрсатади. Беморларнинг ярмида синусли тахикардия, аритмия кузатилади; баъзиларида – асосан қоринчали экстрасистолия учрайди. Узоқ давомли юрак клапан аппарати шикастланиши, айниқса митрал стеноз билан бўлганда хилпилловчи аритмия аниқланади, бу бўлмачалар миокарди ва бутун юрак мушагидаги дистрофик ва склеротик жараёнларнинг оғирлиги ҳақида гувоҳлик беради. Бирламчи ревмокардитда ***фонокардиографияда*** I ва II тонлар, баъзи ҳолларда –тон бўлиниши аниқланади. Беморларнинг тахминан 2/3 да юрак чуққиси соҳаси устида ёки Боткин нуқтасида систолик шовқин қайд қилинади, у ҳар бир юрак циклида товуш осцилляциясининг ўзгарувчанлиги, турли интенсивлиги ва давомийлиги билан хусусиятланади. Шаклланаётган ёки шаклланган юрак нуқсонларида ҳам структур, ҳам юрак ичидаги гемодинамик ўзгаришлар билан боғлиқ шовқинлар аниқланади.

Реокардиография, поликардиография*, кинетокардиография* ва бошқ. услублар фаол ревматик жараёнда анча ифодаланган миокард қисқариши бузилишини аниқлаш имконини беради.

Рентгенологик текширувлар юрак нуқсонини аниқлашда ва унинг қайси тури устун эканлигини аниқлашда аҳамиятлидир, одатда қизилўнгачни контрастлаш билан олиб борилади. Қизилўнгачнинг катта ёки кичик радиус бўйича оғиши митрал стеноз ёки қўшма нуқсонда стеноз устунлиги мавжудлигини кўрсатади. Допплер ультрасонография билан қўшиб қилинган ***эхокардиография*** ревмокардит ва юракнинг ревматик нуқсонларини ташхислашда юқори сезучанлиги ва спецификлигига эга. Услуб юрак клапанлари ўзгаришлари ва функционал бузилишларини аниқлаш имконини беради. Допплер ультрасонографияси митрал регургитация оғирлик даражасини, аортал клапан зонасидаги қон босими градиентини ишончли аниқлаш имкониятини беради. Митрал клапани ревматик эндокардитининг эхокардиографик белгилари: клапанларда вегетацияларнинг мавжудлиги, орқа митрал тавақанинг гипокинезияси, митрал регургитация, олдинги митрал тавақанинг ўткинчи гумбазсимон диастолик букрилиги. Эхокардиография ва допплер ультрасонография клапан аппарати шикастланишини ташхислаш учун керакли юрак катетеризацияси заруриятини камайтиршга имкон беради.

Дифференциал ташхис. Ревматизмни кўпинча юракнинг тонзиллоген шикастланиши, норевматик кардит, инфекцион эндокардит, юрак неврози, РА, тиреотоксикоз, сурункали сил интоксикацияси, реактив артрит билан ташхислаш керак бўлади. Миокарднинг тонзиллоген патологияси миокардит ёки кардиомиопатия кўринишида намоён бўлади.

Тонзиллоген миокардит одатда ангина вақтида ёки ундан кейиноқ ривожланади. Беморлар кўпинча астеноневротик хусусиятдаги шикоятлар қилишади. Юрак соҳасидаги оғриқлар безовта қилиши, юрак чап чегарасининг арзимас силжиши, аускультатив ва ФКГ да аниқланадиган майин систолик шовқин аниқланади. Бу белгилар нисбатан тинч лаборатор кўрсаткичлар (ЭЧТ, протеинограмма, нейрамин кислотлара даражаси ва бошқ.) шароитида намоён бўлади. Агар шу кўрсаткичлар кўпайса улар даво натижасида тезда меъёрлашади. Бодомсимон безларда (танглай муртакларида) доимо ифодаланган патология бўлади.

Тонзиллоген (функционал) кардиомиопатия сурункали тонзиллитда кузатилади. Беморлар узоқ вақт давомида юрак соҳасидаги симилловчи, зирқирровчи, санчувчи оғриқларга шикоят қилишади, улар тонзиллит қўзиши даврида кучаяди, коронар дорилар ичилганда йўқолмайди ва седатив дорилар (валокордин, корвалол, Зеленин томчилари ва бошқ.) қабул қилгандан сўнггина сўсаяди ёки йўқолади. Функционал маълумотлар худди тонзиллоген миокардитдагидек, лекин улар бир неча ойлар ёки йиллар давомида ҳеч қандай ўзгаришсиз аниқланади. Кўпинча полиартралгик синдром кузатилади. Сурункали тонзиллит қўзиши бўлмаган ҳолларда лаборатор кўрсаткичлар меъёрда. Чузилган субфебрилитет бир неча ой қайд қилиниши мумкин. Тонзиллоген кардиомиопатия сурункали (кўпинча декомпенсацияланган) тонзиллит мавжуд бўлганда кучаяди

Норевматик кардит одатда инфекция (грипп, ЎРВК, тифлар ва бошқ.) даврида ёки ундан бир неча кун ўтгандан кейин ривожланади. Кўпинча грипп пайтида ҳосил бўлади. Беморлар юрак соҳасидаги зирқирровчи оғриқларга шикоят қилишади. Кўпинча юрак чап чегарасининг силжиши, I тон бўғиқлашуви, V нуқтада тарқалмайдиган систолик шовқин аниқланади. Реполяризация жараёнларининг бузилиши натижасида *T* тишча силлиқланади, *S – T* интервали пасаяди. Экстрасистолиялар (суправентрикуляр, қоринчали), бўлимча-қоринча ўтказувчанлиги бузилиши, Гис тутамлари блокадаси ва бошқ. бўлиши мумкин. Деструктив-яллиғланишли жараённи акс эттирувчи лаборатор кўрсаткичлар арзимас даражада ўзгарган. Норевматик кардит учун эндокард шикастланиши ва юрак нуқсони шаклланиши бўлмаганда давомли кечиш ва рецидивланиш хосдир.

Инфекцион эндокардит одатдагича юқори иситма, титрашлар, кўп терлаш, тахикардия, геморрагик синдром, узоқ вақт юқори бўлган ЭЧТ да талоқ катталашиши, анемия, мусбат формол синамаси билан кечади. Кўпинча ревматик ёки тўғма юрак нуқсонида ривожланади, кам ҳолларда илгариги интакт клапанларни – доимо аортал клапанларни шикастлайди. Ташхисотида юракнинг эхокадиографик текширувига катта аҳамият берилади.

Ревматоид артритни ревматик полиартрит билан дифференциал ташхис қилиш керак. РА учун йирик бўғимлар шикастланиши, оғриқларнинг кечувчи хусусияти, салицил терапиянинг яхши самарадорлиги хосдир. РА да бўғимлардаги оғриқлар доимий, туннинг иккинчи ярмида, эрталабга яқин кучаяди, эрталаблари бўғимлардаги сиқиқлик аниқланади. Кўпинча кафтнинг майда бўғимлари шикастланади. Нисбатан қисқа вақтда бўғимларнинг деформацияси, суякларо мушакларнинг атрофияси ривожланади. Бўғимлар функциясининг бузилиши содир бўлади. 2/3 беморлар қонида РФ, юқори ЭЧТ

аниқланади. Рентгенологик остеопороз, бўғим ёриғининг торайиши, бўғим юзаларининг эрозияси, узурлар, анкилозлар кузатилади.

Ревматизм башорати патологик жараён кечиши хусусиятидан ва жараёнга у ёки бу аъзо ва тизимлар қўшилишига боғлиқ бўлади. Ревматизмнинг тери ва бўғим шакллари одатда ижобий кечади. Кичик хорея 18-20 ёшга келиб тугайди. Педиатрияда касалликнинг ўлим билан тугаши диффуз миокардитда ва менингоэнцефалитда бўлиши мумкин. Ревматизмдаги башорат асосан юрак ҳолати (юрак нуқсони мавжудлиги ва оғирлиги, миокардиосклероз ва қон айланиш етишмовчилиги даражаси) билан боғлиқ. Бу жиҳатдан рецидивланувчи кечиш жуда ҳам ёмон. Фаол ревматизмни даволаш бошланиши муддати ва ревматик жараённинг орқага қайтиш даражаси муҳим. Болалик ва ўспирин ёшларида ревматизм оғирроқ ва кўпроқ (20-25% ҳолда) қайтмас клапан ўзгаришларига олиб келади.

Даволаш. Ҳозирги вақтда энг исботланган даволаш уч босқичли даволаш ҳисобланади: биринчи босқич – фаол фазада узоқ (4-6 ҳафта) стационар даволаш; иккинчи босқич – касалхонадан сўнгги санатор ёки санатор-курорт даволаш; учинчи босқич – бициллинмедикаментоз даволаш билан поликлиника шароитида диспансер кузатув. Ревматизмни даволаш имкони бўлгунча эрта бўлиши керак (биринчи соатларда ёки кунларда – касаллик бошланишидан 3 кунгача), сабаби бу босқичда юрак ва бошқа аъзолар бириктирувчи тўқимаси ўзгаришлари (мукоид бўкиш) қайтар бўлади; комплекс, адекват ва қаттиқ индивидуал бўлмоғи лозим. Ревматизмнинг фаол фазасида беморни госпитализация қилиш керак. агар буни амалга ошириш иложи бўлмаса бемор уй шароитида кўрпа-тушак тартибига риоя қилиши керак. Даволаш комплексига даволаш-чекловчи ва ҳаракат тартиби, рационал овқатланиш, медикаментоз ва физиотерапевтик воситалар киради.

Ҳаракат тартиби ревматик жараён пасайишига мувофиқ кўпайтирилади. Овқат турли-туман, оқсилларга, витаминларга, фосфолипидларга бой бўлиши керак. Углеводли овқат чекланади. Қон айланиш бузилишида овқат асосан сутли-ўсимликли, туз ва суюқлик чекланган сутли-ўсимлик бўлмоғи лозим.

Қўлланилади: I) Этиопатогенетик, аллергияга қарши терапия: а) антибиотиклар, б) ностероид яллиғланишга қарши дорилар (салицилатлар, бруфен (ибупрофен), вольтарен, индометацин, метиндол), в) глюкокортикоидлар, г) иммунодепрессив таъсирига эга дорилар (хинолинли, цитостатиклар, антилимфоцитар глобулин); 2) антидистрофик таъсир қилувчи дорилар; 3) қон айланиши етишмовчилигида, туз-сув алмашинуви бузилишида ва бошқ. симптоматик дорилар. Антибиотиклардан пенициллин 500 000 ЕД дан мушак ичига кунига 4 маҳал 5 кун мобайнида, сўнг мушак ичига бициллин-5 1,5 млн ЕД да 4 ҳафтада 1 марта, кейин бемор йил бўйи бициллинпрофилактикага ўтади. Пенициллин стрептококк А гуруҳига бактерицид таъсир қилади. пеницилинни кўтараолмаслик ҳолатида – эритромицин 250 мг дан кунига 4 маҳал. Цефалоспорин қатори (кефзол, цефазолин ва бошқ.) дориларини қўлласа бўлади. Салицил дорилардан ацетилсалицил кислотаси (аспирин) тез-тез қўлланилади, бир мунча камроқ салициламид, салицил натрий. Салицилатлар яллиғланишга қарши, антиэкссудатив, иситма тушурувчи, аналгезияловчи ва кучсиз иммунодепрессив таъсирига эга. Ацетилсалицил кислотаси (аспирин) дозаси, шунингдек салициламидники – 3-4 г, кам ҳолларда – 5 г ва кўп, салицил

натрий – 8-12 г/кун. Салицил дорилар ошқозон шиллиқ қаватига қитиқлантирувчи таъсир қилади, бу эрозив гастрит, яра касаллиги, қон кетишларга олиб келиши мумкин. Дориларни овқатдан сўнг порошок кўринишида, ишқорли минерал сув ёки сут билан бирга ичиш керак. Салицитларни кўтара олмаслик (қориндаги оғриқ, кўнгил айниш, қусиш, бошдаги шовқин, тери тошмалари) да, шунингдек самара йўқлигида, чузилган ва тез рецидивланувчи кечишида индометацин (метиндол) ёки вольтарен (диклофенак натрий, ортофен, диклонат ва бошқ.) 100-150 г. кунига стационар давонинг тўлиқ даврида берилади. Стационардан чиқарилгандан кейин бемор аспирин 2 г/кун ёки индометацин (вольтарен) 75-100 мг/кун 1-2 ой қабул қилиши керак. Кейинчалик – аспирин, 1 г; индометацин (вольтарен) 500 мг/кун (“ретард” шакллари ҳам мумкин) бир марта 2-3 ой ичида кетма-кет ичади. Индометацин ва кам даражада вольтарен МНС ва ошқозон-ичака тракти томонидан ножўя таъсирларни келтириб чиқариши мумкин. Ушбу дориларга қарши кўрсатмалар ва уларни кўтара олмаслик мавжуд бўлганда бруфен 600-1200 мг/кун дозасида қўлланилади. Лекин у буйрак шикастланишини, кейинчалик эса ошқозон-ичак трактидан қон кетишларни юзага чиқариши мумкин. Кунлик дозаси – 750 мг (250 мг дан кунига 3 маҳал). Глюкокортикоид гормонлар (метилпреднизолон, преднизолон) ревматик жараённинг фаоллиги юқори бўлганда (III-II) ва диффуз миокардитда ишлатилади. Глюкокортикоидлар НЯҚД лар билан бирга қўлланилади. Метилпреднизолон дозаси (медрол ва др.) – 12-16 мг кунига, преднизолонники – 20-30 мг/кун. Ассоий курс 10-14 кун мобайнида олиб борилади, кейин гормонлар дозаси секин-аста ҳар ҳафтада 2,5-5,0 мг ча камайтирилади. Даволаш курси – 4-5 ҳафта, оғир ҳолларда – 8-10 ҳафта. Кучли юрак етишмовчилиги ва гипертензияга мойиллик бўлганда триамцинолон ёки дексаметазон қўлланилгани маъқул. Триамцинолон (полькортолон) 4 мг дан кунига 3-4 марта, дексаметазон - 0,5 мг дан кунига 1 мартадан 6 мартагача қўлланилади. Глюкокортикоидлар сув-туз алмашинувига таъсир этиши боис, комплекс даволашга калий дорилари (панангин, аспаркам, калий оротат) қўшилиши керак, суюқлик йиғилганда эса – альдостерон антагонисти (альдактон, вероширон кунига 6-8 таблеткадан), сийдик ҳайдовчи дорилар (фуросемид кунига 40-80 мгдан ва бошқ.) тавсия этилади. Аминохинолин дорилар (делагил, плаквенил) глюкокортикостероидлар дозаси камайтирилганда ишлатилади: делагил – 0,25 г ёки плаквенил – 0,2 г; юқори иммунн фаолликда, давомли ва тез-тез рецидивланувчи кечишида – 6-8 ойгача. Ушбу дорилар иммунодепрессив таъсир қилишига эга. Улар салицилатлар ва бошқа НЯҚД лар билан бирга ишлатилади. Иммунодепрессантлар – 6-меркаптопурин, имуран (азатиоприн), хлорбутин – ревматизмнинг тез-тез рецидивланувчи ва давомли кечиши мавжуд беморларда қўлланилади. Касалликнинг бу шакллари классик антиревматик дорилар, шу билан бирга кортикостероидлар билан даволашга резистентдир, шу жумладан узоқ вақт (кўп ойлар мобайнида) хинолин дориларига ҳам таъсирсиз бўлади. 3-меркаптопурин ва имуран (азатиоприна) дозаси – 0,1-1,5 мг/кг тана вазни, хлорбутинники – 5-10 мг/кунига. Антидистрофик терапия (анаболик стероидлар, оқсил гидролизатлари, пирамидин ҳосилалари, гамма-глобулин дорилари ва бошқ.) одатда ўрта терапевтик дозаларда берилади. Юрак-қон томир тизими декомпенсациясида юрак гликозидлари (строфантин, коргликон, изоланид, дигоксин, дигитоксин), сийдик ҳайдовчи (фуросемид, лазикс,

бринальдикс ва др.) дорилар қўлланилади. Беморлар стационардан чиқарилгандан кейин амбулатор даволанишга ўтказилади ёки имконият бўлса маҳаллий кардиологик санаторийларга соғайгунча даволаниш учун юборилади. Ревматизмли барча беморлар диспансер ҳисобда туриши керак.

Профилактика. Ревматизмнинг бирламчи ва иккиламчи профилактикаси фарқланади. *Бирламчи профилактика* ревматизм билан бирамчи касалланишни олдини олишга қаратилган умумдавлат, жамоат ва индивидуал тадбирлар комплексини ташкиллаштириш ва ҳаётга тадбиқ этишдан иборат. Бунинг ичига систематик умуммустаҳкамловчи тадбирлар: аъзоизмни чиниқтириш, физкультура ва спорт билан шуғулланиш, стрептококкли инфекцияси бор беморлар билан алоқани иложи борича камайтириш, ўткир ва сурункали стрептококкли инфекцияларни ўз вақтида ва тўғри даволаш. Ангинада, фарингитда, стрептококкли табиатга эга ЎРКда феноксиметилпенициллин 250 мг дан кунига 4 маҳал ичилади. Агар бу дори бўлмаса мушак ичига бициллин-5 1 500 000 ЕД бир марта киритилади. Касалликнинг оғир кечиши ҳолатида эритромицин 250 мг дан кунига 4 маҳал берилади. Шунингдек цефалоспоринларни ҳам қўллаш мумкин. Тетрациклин қатори ва сульфаниламидлар ишлатилиши тавсия этилмайди, сабаби А гуруҳи стрептококклар штаммларининг кўпчилиги ушбу дориларга резистент. Ревматизмнинг нофаол даврида ва кўрсатиб ўтилган стрептококк инфекцияларида пенициллинтерапиядан (600 000–800 000 ЕД/кун) ташқари антиревматик дорилар: ацетилсалицил кислота 2-3 г, вольтарен 1 таблеткадан кунига 3 маҳал ва бошқ. ишлатилади.

Иккиламчи профилактика ревматизм билан касалланган шахсларда касалликнинг зўрайиши, қайталаниши ва кучайишини олдини олишга қаратилган комплекс тадбирларни ўз ичига олади. Ревматизмли беморлар диспансер ҳисобида туриши керак. Уларга йил бўйи ёки мавсумий (баҳор ва кузда) бициллинопрофилактика амалга оширилади. Йил давомидаги бициллинопрофилактика афзалроқ. Бемор бирламчи касаллик бошланиши ёки касаллик қайталанишидан бошлаб 5 йил мобайнида ҳар ойда 1 500 000 ЕД бициллина-5 олади. Ревматизмнинг тез-тез қайталаниш шаклида хинолин дорилари (делагил, плаквенил) кўрсатилган. Мавсумий бициллинопрофилактика бициллин-1 (1 200 000 ЕД 4 ҳафтада 1 марта) ёки бициллин-5 (1 500 000 ЕД юқоридагидек даврийликда) билан амалга оширилади, шундай курсларнинг 2-3 тасини ўз ичига олади. Бициллинотерапия билан бир қаторда ревматизмга қарши дориларнинг биттаси қўлланилади, 2 г/кун дозада ацетилсалицил кислота маъқулроқ. Ацетилсалицил кислотани кўтараолмаслик ҳолатларида бошқа ревматизмга қарши дорилар (вольтарен, индометацин) ишлатилиши мумкин.

Мавзу 36. Бўғим синдроми. Ревматоид, идиопатик, анклилозловчи спондилоартрит, псориатик, реактив артритларни таққослама ташхислаш. УАШ тактикаси. Тор мутахасисга ёки махсус шифохонага йўлланма.ҚВП ёки ОП шароитида даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш.

Ўқитиш технологияси

Машғулот вақти 6 соат	Талабалар сони : 10-12 тагача
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Ўқув Машғулот и тартиби	1. Ўқув Машғулот и хонаси. 2. УАШ хонаси. 3. Ўқув қўлланмалар, кургазмалар, муляжлар, таркатма материаллар, вазиятли масалалар туплами ва тестлар 4. Телевизор, видео аппаратлари, мультимедиа

Ўқув машғулот мақсади:

“УАШ квалификацион характеристикаси”бўйича кўриб чиқилган талабларга кўра соғлиқни сақлашни бирламчи бўғинсида беморни олиб боришга, серонегатив спондилоартритларнинг оптимал вариантларда даволашни олиб боришга,ташҳис ва қиёсий ташҳисга УАШни ўргатиш.

Педагогик вазифалар:	**Ўқув жараёни натижалари:**
• артрит ва артралгиялар ташҳиси саволларинии кўриб чиқиш. • артрит ва артралгияларли беморларни намойиш қилиш. • артрит ва артралгияларда клиник лаборатор инструменталл текширувларни муҳокама қилиш. • *артрит ва артралгияларда қиёсий ташҳис ўтказиш.* • УАШ квалификацион характеристикаси доирасида артрит ва артралгияларга боғлиқ услублар саволларни муҳокама қилиш. • Даволаш принциплари (номедикаментоз ва медикаментоз). • ҚВП ва ОП шароитларида артрит ва артралгияларли беморларда диспансер кузатуви ва мониторинг ўтказиш усуллари. • артрит ва артралгиялар билан кечадиган касалликларда бирламчи,иккиламчи,учламчи профилактика тамоиллари.	**УАШ билиши керак:** • Артрит ва артралгиялар келиб чиқишининг сабаблари ва механизмлари. • Артрит ва артралгияларнинг клиник кечиши. • Артрит ва артралгияларнинг ташҳиси. • Артрит ва артралгияларнинг қиёсий ташҳиси. • Артрит ва артралгияларда қўлланиладиган медикаментоз препаратлар,уларнинг фармакодинамикаси ва дозировкаси. • .ҚВП ва ОП шароитларида артрит ва артралгияларли беморларда диспансер кузатуви ва мониторинг ўтказиш усуллари. • Артрит ва артралгиялар билан кечадиган касалликларда бирламчи,иккиламчи,учламчи профилактика принциплари ***УАШ бажара олиши керак:*** • Артрит ва артралгияларлар ташҳисида шикоят ва анамнез маълумотларини таҳлил қилиш. • Артрит ва артралгияларлар турли кўринишларини лаборатор инструментал ва клиникаси бўйича ташҳислаш ва қиёсий ташҳислаш. • Аниқланган артрит ва артралгияларларда даволаш тактикасини тўғри танлаш.

	• Исботланган эффектив препаратларни танлаш. • Даволашнинг номедикаментоз усулларини консультациялаш. • ҚВП ва ОП шароитларида мониторинг ўтказиш.
Ўқитиш усуллари	«ротация» усули , демонстрация , видеокурув , дискуссия , сухбат , тест
Ўқув жараёнини ташкиллаштириш шакллари	Якка тартибда ишлаш, кичик гуруҳларда ишлаш, коллективда ишлаш
Ўқитиш воситалари	Таркатма ўқув материал, визиуаль материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, , жадваллар, стендлар.
Кайта боғланиш усул ва воситалари	Блиц-сўров , тестлаш, тиббий хариталарни тулдириш Амалий кўникмаларни бажариш

Технологик харитаси

№	Амалий Машғулот боскичлари	Машғулот шакли *Ўтказиш жойи*	Машғулот вакти
1	Кириш кисми		10
2	Янги педагогик технологиялар билан мавзуни тушинтириш жадваллар плакатлар рентгенограммалар.	Сўров, мухокама *Дарс хонаси УАШ хонаси*	40
3	Хулоса мухокама		10
4	Амалий кисимни бажариш учун вазифаларни белгилаш Тиббий карталарни тулдириш бўйича курсатмаларни тушинтириш.	мухокама УАШ хонаси	20
5	Ўқитувчи назорати остида Машғулот ларни амалий кисмини тушинтириш.	Профисионал сўров беморлар билан сухбат. беморларни *поликлиникада ва уйда кўриш*	20
6	Текширув натижалари иртерпритацияси курув палпация, перкуссия аускўлтация УКТ, УСТ,биохимик анализлар интерпритацияси	Касаллик тфрихи Лаборатор маълумотлар	25

7	Талабаларни назарий ва амалий билимларини текшириш.	Оғизаки сўров тестлар мухокама *Поликлиникадаги ўқув хона*	75
8	Амалий дарс бўйича хулосани белгилаш 100 балли система бўйича Баҳолаш ва балларни эълон қилиш уйга вазифа бериш.	Ахборот мустакил иш бўйича саволлар	25

Мавзу баёни:

Реактив артритлар (РеА)

Хозирги вактда дунё буйича, урогенитал хламидиоз,уреоплазма,ва микоплазма беморларининг жинсий юл билан юкиши 600-850 млн одамни ташкил килади.Хар йили улардан.1-4% да бугимлар зарарланиши кузатилади ва ревматик симптомлар ошади.

1916 йилда лейтенант неметс харбий врачи Гантс Рейтер беморнгинг уретрасидан окма ажралиши,артрит ва конюктивит куринишини дизентериядан кейин бир неча кундан кейин пайдо булганлигини аниклаган.Бунга боглик булмаган холда Фиссежен ва Леруа Лар хам ушбу синдромни аниклашган.Рейтер номи Дунё адабиётида тилга олинади. Шундан унинг номи Рейтер касаллиги билан оммалашиб кетди

РеА-бу бугимларнинг " церил" яллигланиши; бугимлардан ташки инфекцияга карши жавоб булиб сионвиал суюкликда ва унинг қобиғида инфекцион агент ва антиген учрамайди.

РеА нинг этиология ва патогенези.

РеА нинг келиб чикиши асосан инфекцияга богликлиги ва генетик мойиллик аникланган, аммо микроб билан макроорганизмнинг бир -бирига богликлиги аникланган эмас. РеАнинг этакчи урогенитал кузгатучиси Хламидиа трахоматис булиб уреоплазма мухокама килинмокда.Скриннинли текшириш натижалари шуни курсатадики хозирги пайтда хламидиоз энг куп таркалган инфектсия хисобланиб жинсий йўл билан юкиб ёш успиринларда куп учрайди. Ичак патоен микробларидан салъмонолез, шигеллалар, кампилобактер РеА чакиради.РеА патогенезида генетик мойилликнинг ахамияти ЩЛА 27 антигени билан узвий богликлиги ахамиятга эга,чунки урогенитал инфектсияда 80-90% энтероколит артритларидан кейин 70% холларда учрайди.

Купчилик авторлар "артритоген-пептид" теориясини этакчи хисоблайдилар кайсики бу "ретсептор теориянинг бир куриниши хисобланади.Бунга асосан ЩЛА 27 антигени микроблар пептидлари билан богланади ва тситотоксик Т лимфотситларга эга булади(СД8+ хосиласи) Артироген петидлар хар хил бактерияларнинг хужайра девори компоненти хисобланади. Хозирги кунда 60 га якин хламидийли пептидлар мавжуд.Шулардан бири (хит шоковой протеин 70) Т тситотоксик лимфотситларни фаоллаштириш хусусиятига эга ва тукима ва хужайраларни зарарлаб уша антигенга карши молекула хосил килади.

РАнинг умумий белгилари ва таснифи.

Серонегатив спондиллоартритлар куйидаги гурухларни уз ичига олади.

- идиопатик анкилозловчи спондилоартрит.(Бехтеров касаллиги)
- Рейтер касаллиги, реактив артритлар.
- Энтеропатик артритлар(Уипла, Крон касаллиги, НЯК)
- Ювенил сурункали артрит
- Псориатик артрит

Серонегатив спондилоартритлар_қатор касалликлар хисобланиб думгаза ёнбош чигали зараланиши билан оила мойиллиги ва коннинг зардобида РФ нинг бумаслиги билан характерланади.

Серонегатив спондилоартритлар куйидаги бир -бирига ухшаш белгилари бор: РФ нинг булмаслиги,ассимметрик артритлар,ревматоид тугунлар булмаслиги рентгенда саркоилит ёки анкилозловчи спондилоартрит булише ,клиник кесишма белгилар бу гурухга кирувчи касалликларда; бир оилада ухшаш белгиларнинг учраши ва уларнинг ЩЛА 27 гиц осовмецик антигени билан богликлиги.

РеА нинг этиологиясига биноан 2 та хили тафовут =илинади.

- Энтероколитли (кузгатувчиси:иерсинин,шигеллалар,салъмонолезлар).
- Урогенитал (кузгатувчиси:хламидийлар,уреплазмалар ва ВИЧ инфектсиялар)

Кечиши бюича:

- Уткир(ойгача давом этади).
- Чузилган (бир йилгача)
- Сурункали (бир йилдан куп)
- Рецидивли (бугим хуружидан кейин 6 ой утгандан кейин)

Реактив артритнинг умумий белгилари:

- Касаллик ривожланиши ёшларда купрок учрайди.(30-40 Ёш)
- Урогенитал ва ичак инфектсияси билан узвий болгликлиги.

Бугимларнинг моно-олигоартикуляр типида кучли ассимметрик зарарланиши,купинчапае боглам апппаратларининг зарарланиши билан(ахилл бурсит,товон бурсити) холида кечади.

- Серонегативлилик(кон зардобида РФ булмаслиги).
- Артритнинг беморларда ЩЛА-Б27 антигени билан богликлилиги.
- Рентгенда товон суягида шпора усиши,майда бугимларда периотит,паравертебрал оссификатсия булиши.
- Купинча яллигланиш жараёни илеосакрал чигалда булади (ассиметрик сакроилеит).
- Урогенитал сохада яллигланиш жараёни;бактериологик ва серологик усуллар билан
- Ре А ни ривожлантирувчи микроорганизмларни топилиши.

РеА нинг клиник манзараси.

РеА га генетик мойил булган одамларда,тусатдан одддий моноартритдан сицемали иммун табиатли касалликка утади.Беморлар энтероколит этиологиясида Аввал инфектсионоситга,урогеитал этиологиясида урологларга,_акушер-гинекологларга,кожвенерологларга,бугимлар огриганда ревматологларга мурожаат килишади.

Урогенитал реактив артритларнинг клиник хусусиятлари.

РеА лар асосан ёшларда учрайди.Хламидийлар негонокок уретритларнинг таркалишида энг куп кузгатувчиси хисобланади,(еркакларда).Аёлларда тсервитсид,аднексид, салъпингит учрайди.Аёллар хламидий инфекциясини купрок ташувчиси булиб хисобланади.Жинсий алокадан кейин 7-8 кун утгандан кейин уретрит ривожланади.1-6 хафтадан кейин артрит клиникаси руй беради.Артрит бошланиши уткир ёки уткир оци клиникаси билан кечади. Шиш ва гиперемия ба`зан иситма кутарилиши руй беради. Купинча оёкнинг пацки бугимлари зарарланиб ассимметрик типда моно-олигоартрит холида кечади. Жараён кучайганда тананинг юкори кисмидаги бугимлари хам зарарланади.Бармокларнинг сосискага ухшаб дефугратсияси кузатилади ва псевдоподагра клиникаси руй беради (оёкнинг бош бармоги шишиб зарарланади).Бугимлар зарарланиш баробарида пайлар,бугимнинг шиллик сумкаси ва фатсияси зарарланади.Купинча ахилит,товонда бурсит,фацсит учрайди. Бугимдан ташкари уриноген артритлар каторида куз шиллик пардаси,огиз бушлиги тери ва ички органлар зарарланиши кузатилади.

Конъюктивит касаллик бошланишида булиб,1-2 кун давом этиб кучли булмаган кизариш,кичиш билаи утади.Шуни э`тиборга олиш керакки хламидийли конюктивит ретсидив беради.5-10% беморларда огир кечган холатларда кузолди-увеит тур парданинг ва тсилиар таначанинг яллигланиши кузатилади.Рейтер синдрмининг классик учлигини уретрит,конюктивит,артрит клиникаси ташкил килади. Тери зарарланиши оёк оци ва кафт кератодермияси холида учрайди.

Шиллик парданинг зарарланиши баланит ва баланпоцит холида учрайди. Лимфа тугунларининг огриксиз катталашиши учрайди,Юрак кон томир сицемаси кам холларда зарарланади,ба`зан миокардиодицрофия,ендокардит,ба`зан аортал этишмовчилик руй беради.Рентгенда факат сурункали кечишида бугим атрофида оцепароз учрайди.товонда шпора булади.Характерли белгиларидан думгаза ёнбош чигалининг ялигланишидир. Конда уткри фазасида -лейкотситоз,СОЙ.СРП,серомукоид,гаптоглбулин,фибриноген ошади. ЩЛАБ27 антигени топилади.

Энтероколитли реактив артритларнинг клиник кечиш хусусиятлари.

Иерсиниоз энтероколит эркак ва аёлларда хохлаган ёшда учрайди.Лекин артритлар аёлларда купрок учрайди. РеА лар ичак инфектсиясининг эпидемиясида ёки спорадик холатларида руй беради.Ич бузилиши 1-2 хафта давомида давом этиши мумкин ва анибиотиксиз хам тухташи мумкин.Артрит одатда энтероколитдан 1-3 хафтадан кейин риожланади. Бошланишида оёкнинг пацки бугимлари ва билак бугими зарарланади. РеА нинг энтероколитли формасида майда бугимларнинг ассимтетрик зарарланиши кузатилади.Баъзи беморларда ахиллит,бурсит учрайди.Уткир даврида лихорадка,лейкотситоз ва СОЙ кутарилади.Куп холларда жараён тулик оркага кайтади.30% холларда артрит сурункали холда кечади.Секин кечувчи саркоилит ривожланади.

РеА нинг лабаратор диагноцикаси.

Кон ва сийдик лаборатор текширишлар носпетсифик характерда булади.

Умумий кон тахлилида-нейтрофил лейкотситоз,сое ошади. Сурункали фазасида нормохром анемия булади.Сийдик анализида протеинурия, лейкотситурия, микрогематурия учрайди. Нечипоренко анализида лейкотситлар сони ошади.

Процата секрети текширувида 10 дан ортик лейкотсилар,летситин доначаларининг сони камайиши кузатилади.Биохимик анализда уткир фазали яллигланиш синамаларининг кутарилиши кузатилади.ТсИК,м ва Г иммуноглбулини ва Т супрессорлар ошиши кузатилади.Т хелпернинг тушиши кузатилади.ЩЛАБ27 антигени топилиши ва РФ нинг булмаслиги характерлидир.

Синовиал суюкликда ялигланиш белгиси : ёпишкоклик пасайиши,мутсин котмасининг хосил булмаслиги,лейкотситоз,комплементларнинг юкори даражада булиши.характерлидир.

Урогенитал РеА нинг лабаратор дигностикаси.

Хламидий ва уреплазма хужайра ичида паразитлик килувчи булиб,улар факат хужайра ичда купаяди,оддий усуллар билан улрни ажратиш кийин.

Аниклаш усуллари:

1.Клиник материалда хламидий ва унинг антигенларини аниклаш.

2.Организмга юкиш ва иммун даражасини аниклаш-серодиагноцъика.

Материални текшириш учун эркакларда уретрадан,аёлларда тсервикал каналдан соскоб олинади.

Цитоскопик усул билан цитоплазматик хужайралар-провечка,лейкотситлар сони аникланади.

Тугри имммунофлюресетсия-тугри хламидий антигенини аниклайди.

Иммунофермент усули эрийдиган хламидий антигени текшириш синамасида топиш керак.

ДНК-диагноцикаси.

Энтероколитли реактив артритларнинг лабаратор диагноцикаси

Алатни макроскопик текширишда кон шиллик мода, йиринг аникланади.

Микроскопияда- мушакли тола,цеаторея,епителий,лейкотситлар,еритротситлар аникланади.

Бактериологик текширишда- 1 мл микрофлорада 5-10 даража микроорганизмлар ва дисбактериоз аникланади.

Қиёсий ташхис.

Подаграли артрит эркакларда купрок учрайди.Биринчи навбатда оёк бош бармогининг зарарланиши кузатилади.ва моноартрит ассимметрик булади.70% беморларда огрик кечаси кучли хуруж билан оёк панжасининг кизариши ва шиши билан кечади.Иситма кутарилиши мумкин.Лейкотситоз,Бу бир неча кун давом этиши мумукин.Йрталаб огрик пасаяди ,кечаси яна кучаяди.Бир неча хафтадан кейин огрик утиб кетади ва бемор узини сог хисоблаши мумкин.РеА артрит подаградан фарк килиб,оёк панжасида сосискага ухшаш деформатсия булади ва кечаси кучли огрик булмайди.РеА артритида огрик бир хилда ушланиб турилади.Подагра артирити колхитсин билан огрик хуружи бартараф булади.Подагранинг клиник манзараси конда гиперурекимия билан боглик.Гиперурекемия бир неча йил давомида ривожланади.Конда сийдик кислотаси

эркакларда 0,42,аёлларда 0,36 ммолъ булади.синвиал суюкликда урат булиши ва тофус топилиши характерлидир.

Ревматоид артрити купинча аёлларда учрайди.Бошланишида жараён кул бугимларининг иккинчи ва учунчи катор бугимлари зараланиши характерлидир.Эрталабки котиш,симметрик зараланиш,ва купчилие бугимлар зарарланиши характерлидир.Систем куринишда булиши мумкин.Гипохорм анемия,сое,ва РФ фактор ошиши характерлидир.Синовиал суюклик,хира,ёпишкоклиги пац,лейкотсит ва фаготситлардан ташкил топади.Рентгенда:бугим ёриги кискарган,накшлар ва анкилоз топилади.

Псориатик артрит сурункали яллигланиш жараёни булиб псориаз билан боглик холда артрит ривожланади.Храктерли белгиси: бармокларнинг дицал кисми заралниши булиб,артрит айнан уша бугимларда учта бугимне зарарлайди. Оёк бугимлари эрта зарарланади.Тери ва тирноклар зарарланиши характерлидир.Насл суриши мумкин,РФ манфий булади.Оцеолизис сакроилеит ривожланади.Асосий фарк киладиган белги: бу терининг зарарланишидир.Тирнокнинг трофик бузилиши тирнокнинг колбасага ухшаш деформатсияси ва бугим деформатсияси характерлидир.Рентгенда:суяклар оцеолизиси ва эмирилиши характерлидир,Бир томонлама сакроилеит ва паравертебрал оссификатсия булиши храктерлидир.

РеА ни даволаш

1.Инфектсион учокни санатсия килиш.

2.Патогенетик даволаш.

3.Реабилитатсия тадбирлари.

РеА нинг даволаш режаси.

" Йтиологик даволаш.
" Яллигланиш учогини махаллий даволаш.
" НПВП лрани куллаш.
" Базис дорилари билан даволаш.
" Иммуномодуляторларни куллаш.
" Бугимларни локал даволаш усули.
" Физиотерапевтик даволаш.
" Даво физкулътураси.
" Поликлиникада даволаш
" Сан-курорт даволаш.
" Диспансеризатсия.

Этиологик даволаш. Кенг спектрли антибиотикларни куллаш.Хламидийларга тетратсиклин,макролидлар ва азалидлар яхши та`сир килади.Уреплазмаларга макролид ва азалидлар ва тетратсиклин яхши таъсир килади.Дваолаш макролидлардан ва тетратсиклин гурухидан бошланади,фторхинолин гурухи иккинчи каторда белгиланади.Шу билан бир каторда замбуругга карши даво утказилади: ницатин,.Дифлюкан ва поливитаминлар белгиланади, Даволаш хафта давом этади.Энтероколитли РеАни даволашда левомитситин,тетратсиклин 2гр,бисептол ,шигеллезда бисептол, ампитсиллин,тсипрофлаксатсин,,салъмонелезда левомитситин,бисептол,капилобактериозда эритромитсин,гентомитсин,тетратсиклеи.

НПВП ларни куллаш Пропиновли кислота хосилалари:напроксен,250мг 2 мартадан,кетопрофен,50-100мг 1 капусаладан 2-3 матра бир кунда.ибопрофен 200мг 2 таб 4 матрадан бир кунда.Диклофегнак,25,50,75,100 мг.

НПВП нинг Янги синфи ТсОГ ингибитори -Тсог 2 тселебркс,капсулада100,200,мг суткада мелъбек7,5мг нимесил 100мг.Ошкозон шиллик пардасининг химояси учун мизопроцол(сайтотек)-бу гацрпротектор процогландин Э.

Сурункали кечишидаиммуносупрессив базис препаратлар аминохинолин,сулъфасалазин,олтин препарати,метотрексат,иммуномодуляторлар Т активин,тималин,

Локал терапия усули. НПВП маз хоида крем холида куланилади.ДМСО аппилакатсия холида ишлатилади.ГКС Лар жараённинг юкори фаоллигида ишлатилади.

Физиотерапевтик усул: микроволновая терапия,фонофорез,гидрокортизон,лидаза билан электрофорез. ЛФК

Серонегатив спондилоартритлар.

Бу купчилик касалликни уз ичига олган, думгаза ёнбош чигалини зарарловчи,оилавий мойиллик булиб,конда РФ ИгМ синфи булмаслиги билан характерланади. Бу гурухга АС (Бехтерев касаллиги)псориатик артритлар,Рейтер синдроми,реактив аритритлар(Крон ,Уипла,НЯК касаллигида) сурункали ювенил артритлар. Умуман олга нда бу касалликлар клиник куриниши,патогенетик механизмлари,генетик мойиллиги,ЩЛА В 27 топилиши,касаллик ривожланиши инфектсия билан богликлиги(ерсиноз,салъмонеллез,хламидиоз,ЩЖА 27) бир бирига ухшашдир.НЖА 27 антигени билан клебсил,ернисей,хламидий ва бошка грамм манфий микроблар антигенинг иммунологик ухшашлиги аникланган.

Серонегатив спондилоартриларнинг клиник лаборатор о’хшашлиги

" Антинуклеар фактор ва РФ нинг топилмаслиги.
" Тери оци тугунларининг булмаслиги
" Периферик бугимларнинг артрити.
" Белдаги огрик яллигланиш характерида булише
" Рентгенграфияда саркоилеит ва анкилозловчи спондилоартрит булише
" "ОВЕРЛАР" Шу гурухга кирувчи синдромлар
" Саркоилетнинг НЛА 27 антигени билан богликлиги..

Анкилозловчи спондилит(Бехтеров касаллиги) коллагенозлар гурухига мансуб касаллик; бунда кыпинча умуртка погонасининг бугим-бойлам аппарати шикацланиб, натижада умуртка погонаси анкилозга учраши мумкин. Бу сицем яллигланиш жараёни булиб сурункали кечувчи;умурканинг думгаза ёнбош чигалини зарарловчи касалликдир.Бирламчи(идипатик) ва иккиламчи(реактив артрит билан боглик,псориаз,ва ичак яллигланиш касалликлари билан боглик.) формалари бор.Касаллик усмир ва ёшларда куп учраб эркаклар 3марта куп касалланади.Буни 1982 йил рус невропатологи Бехтеров аниклаган.

Этиология патогенез.

Этиологияси номаълум.Наслий омил,ЩЛА Б27 билан богликлиги иммунологик маркерда топилиши патогенетик ахамиятга эга.Инфектсияга богликлиги хакида маълумотлар

бор.Ирсийлик аникланган.Оилавий характерга хам эга.Аввалари сийдик-таносил сицемаси инфектсияси чакиради деб уйлашган.Кейинги пайт ошкозон-ичак тизими инфектсияси асосан клебсиелла келтириб чикариши аникланган.Клебсиелла бевосита касаллик чакирмасдан балки увеит ва переферик артрит чакиради.

Патогенез

ЩЛА Б27 антиген организмга тушиб микроблар билан бирикиб комплекс хосил килади.Т лимфотситлар цимулланади.Натижада хужайра ва тукималар эмирилиб аутоиммун жараён кучаяди.Клебсиеллалар хужайра мембранасида утказувчанликни ошириб ичак деворининг кон томири ва бугим суюкликларига тсиркулятсияланади ва нишон органлар зарарланади.

Патоморфология

Думгаза ёнбош чигали

Касалликнинг бошланишида субхондриал гранулятсион тукиманинг усиши ва унда мусажассамловчи лимфотситлар,плазмотситлар,семиз хужайралар,макрофаклар,хондротситлардан ташкил топади. Бугим юзаси тогайли регенратсия ва оссификатсияси бугимнинг тулик облитератсиясига олиб келади.

Умуртка погонаси

Касаллик бошланишида дискнинг фиброз халкасида ва умуртка суяги киррасида узгаришлар булади. Фиброз халканинг ташки каватлари аца -секин эрозияга учраб суяк тукимасига алмашиниб боради.Оссификатсиянинг давом этиши сабабли синдосмофитлар усади.Кейинчалик умурка "бамбук" таёкчасига ухшаб колади.умурткалараро чигаллар узининг элациклигини юкотади.Умурткаларда яллигланиш,децрутсия оцеопароз ривожланади.Умурткалараро ёрикларда анкилозлар учрайди.

Периферик бугимлар.

Уларда гиперплазия,лимфоид инфилътратсия,паннуслар хосил булади.Рематоид артритдан фарки буерда фибрин ва яралар булмайди.

Богловчи аппарат

Ялигланиш жараёни пайларда ёки умуртка погонаси суяги атрофида, оссификатсия ривожланган тас суяги атрофида булади.

Юрак.Ба`зан аортал этишмовчилик булади.

ОИТ Микроскопияда ичакда яллигланиш жарении ривожланади.

Буйрак. Лг нефропатияси ривожланиши мумкин.

Клиникаси.Эрта белгилар

1. Аста секин усиб борувчи огриклар белда ва кукрак кафасида думгаза сохасида булади.Аввал бир томонлама кейичалик 2 томонлама огриклар пайдо булади.Огриклар яллигланиш характерида булади огриклар тунда ва сахар пайтида кучаяди.Физик зурикишда пасаяди.Баъзи беморларда рентгенда узгаришлар булса хам белда огриклар булмайди, котиш белгилари устивор булади; периферик олигомоно артрит(тиза бугимларида) товонда огриклар, чанок бугимларида огрик булиши мумкин.

2. Думгаза- ёнбош сохаси зарарланиши натижасида огрик думба сохасида таркалади.

3.Умуркка-бел кисмида эрталабки карахтлик шаклланади ва у жисмоний машклар иссик ванна кабул килганда утиб кетади.

4. Бел мускулларнинг таранглашуви ва шахтлик кузатилади.

5. Бел лордозининг кучайиши.
6. Клиник ва рентгенологик текширганда икки томонлама сакроилеит кузатилади.
7. Думгаза-ёнбош чигалининг огриклиги куйидаги тестлар натижасида аникланади.
---Макарова тест (думгаза тебратилади)
---Кушелевский 1 тест (бемор бели билан ёткизилиб ёнбош суяги олд усиги босилади)
--- Кушелевский 2 тест (бемор ёнбоши билан ёткизилиб ёнбош суяги кирраси босилади)
--- Кушелевский 3 тест (бемор бели билан ёткизилиб сон суяги 90 градус ичкарига бурилади ёнбош суяги юкори олдинги кирраси карама-карши томонга букилади)
8. Куз зарарланиши олд увеит(ирит иридотсиклит) асосан икки томонлама уткир бошланади.Куз патологиясе 25-30% беморларгда кузатилади.
Кечки белгиларидан 1. Умуртканинг барча сохаларида огрик
2.Бу (поза просителя) булиб-умуртканинг кийшайиб котиб колиши буйин кукрак кифози билан кечади.Буйин харакатини билиш учун симптом (побородок)ишлатилади.Хамда симптом Форце-бемор деволга такалади ва энса ва девор оралиги улчанади.Кукрак умурткаси харакатини аниклаш учун симптом Отта кулланилади.Биринчи умуртка учи пайпаслаб топилиб ундан 30 см пацка караб улчанади,кейин беморга максимал тарзда гавдани тугирлаш буюрилади ва кайтадан улчанади. Агар харакат чекланган булса бу масофа 35 см дан кам булади.
Бел кисми харакатини улчаш учун симптом Томайрадан фойдаланилади.Бемор кулини учи билан полга теккизишга харакат килади,Пол билан бемор кул учи масофаси улчанади.
Симптом Шоберга- бел сохасидаги 5 умуртка учидан юкорига караб 10 см улчанади ва беморга белни тугирлаш айтилади ва бу масофа улчанади Бу масофанинг 4 см дан кам булиши харакатнинг чекланганлигини курсатади. Думгаза ёнбош чигали зарарланишини улчаш учун Кушеловский симптомидан фойдаланилади.Бу беморни ёнбош холати ва ётган холда ёнбош суягини босиб куриш билан аникланади.
3.Бел тугри мускулларнинг атрофияси
4. Кукрак кафаси экскурсияси камайиши-нафас олганда ва нафас чикарганда курак кафаси айланаси 4 кобиргалар орасида улчанади.
5.Умурткалараро ва думгаза- ёнбош бирикмаларида анкилоз
6.Куз зарарланиши,олдинги увеит,уткир ирит,иридотсиклит,25-50% беморларда учрайди.
7.Юрак кон томир сицемаси зарарланиши Аортит,аорта этишмовчилиги.
8.Упка зарарланишиупка чуккисининг фибрози ривожланиши.
9. Буйрак зарарланиши:Лг нефропатия, кам холда амилоидоз.
Бехтеров касаллигининг клиник вариантлари.
1. Марказий формаси.Факат умурка ва думгаза ёнбош чигали зарарланади.
2.Ризомиелик формаси-умуртка погонаси элка бугимлари ва таз сон бугимлари зарарланади.
3. Периферик формаси. Оёк нинг пацки бугимлари зарарлагнади ва умуртка погонаси зарарланиши билан биргаликда кечади.
4 .РА варанти-кул бугимлари зарарланади,ерталабки котиш руй беради,умуртка погонаси зарарланмайди.
5. Септик вариант.Уткир лихорадка, кучли терлаш,артралгия, ориклаш.

КЛАССИФИКАТСИЯСИ(В.И.Чепой 1978й)

1.Клиник формасига караб

-марказий -факат умуртка зарарланади

-ризомелитик- умуртка ва илдиз бугимлар (елка ва чанок-сон бугими) зарарланади

-переферик- умуртка ва тизза-товон бугими зарарланади

-скандинавия- умуртка ва майда бугимлар зарарланади

-вицсерал- умуртка ва юрак,аорта,буйрак зарарланади

2.Клиник боскичи буйича

-бошлангич боскич-умуртка бел кисмида харакатнинг сезиларсиз чекланиши, рентгенологик белгилар узгаришсиз ёки субхондрал оцеосклероз,оцеопароз ва бугим ёригининг торайише

-суц зарарланиш боскичи- умуртка ва переферик бугимлар яллигланиши натижасида харакатнинг чекланиши, контрактура Думгаза ёнбош бугими ёригининг торайиши,умуртка чин бугимининг анкилози

-кечки боскич- умуртка бел кисмида харакатнинг сезиларли чекланиши, йирик бугимларда анкилоз, Думгаза ёнбош, умурткалараро,умуртка-ковурга бугим бойлам аппаратида оцификатсиялар

3. Клиник кечиш караб

-секин прогрессияланувчи

- секин прогрессияланувчи кузиш даври билан

- тез прогрессияланувчи(киска вакт ичида тулик анкилозга олиб келади)

4. Активлик даражасига караб

-минимал-огрик умурткада,мучаларда харакатланганда пайдо булади,Умурткада эрталабки карахтлик,ЙЧТ-20мм соат,СРО +, ДФА 0,22ед

-суст ривожланувчи- огрик умурткада, мучаларда доимий булади,Умурткада эрталабки карахтлик, ЭЧТ-20-40мм соат,СРО ++, ДФА 0,23-0,26ед

-яккол ривожланувчи - огрик умурткада,мучаларда доимий,кучли булади,Умурткада эрталабки карахтлик, харорат субфебрил, ЭЧТ-40-50мм соат,СРО +++, ДФА 0,26ед ортик,фибриноген-65гл юкори

5.Функционал этишмовчилик боскичлари

-умуртка физиологик эгриликларнинг узгариши,умуртка ва бугимларда харакат чекланиш

-умуртка ва бугимларда харакатнинг сезиларли чекланиши натижасида бемор касбини узгартиришга мажбур килади.

-умуртка барча кисми ва чанок-сон бугими анкилози, бемор иш кобилияти тулик юколади.

ДИАГНОЦИК КРИТЕРИЙСИ(халкаро конгресс 1961 йил)

1.Умуртка бел кисмида огрик, харакат чекланиши 3 ойдан ортик давом этиши ва давога берилмаслиги

2.Кукрак кафасида огрик

3. Умуртка пагонаси бел кисмида харакат чекланиши

4.Умуртка пагонаси кукрак кисмида харакат ва букилиш чекланише

5.Ирит ва унинг асоратлари

6.Рентгенда икки томонлама сакроилеит белгилари

7.Рентгенда синдесмофитоз белгилари я`ни умурткалараро дискнинг ташки кават остификайияси 4-5 та диагносик критерий аникланса бу касалликка диагноз куйилади.

Диагностик мезонлар (Ню-ёрк 1984.)

Анамнезида бел сохасида яллигланиш жараёни булиши,40 ёшдан паст булиши ва огрикларнинг 3ой давом этиши тинч холатда огрик кучайиши ва физик нагрузкада огрик утиб кетиши.

Бел сохаси умуртка погонасида харакатнинг чекланиши,

Кукрак кафасида харакатнинг чекланиши (нафас олшда ва чикариш масофаси фарки 2,5см дан кам булиши.).

Рентгенологик мезонлар.

Икки томонлама саркоиелит И-ИВдаражаси.

Бир томонлама саркоиелит ИИ-ИВ даражаси.Диагноз бир ёки икки рентгенологик белги топилганда хакикий хисобланади.

Лабаратор текширишлар.

Умумий кон тахлили:СОЕ ошиши, БАК: СРБ мусбат.

Инструментал текширишлар.

Думгаза ёндош чигалини рентгеграфияси: буимлар ёригининг ёлгон катталашуви, контурларининг тугри эмаслиги оцепароз билан боглик булади. Кечрок субхондриал эрозиялар,кейинчалик анкилоз булади.

Умурткалар рентгенграфиясида ававл эрозиялар олдинги пастки ва юкори кисмларида кейинчалик умуртканинг нормал эгилиш хусусияти юколади.Секин -аста умурткалар орасида суякли куприк пайдо булади.(синдесмофитлар.) ."Бамбук" таекчаси симптоми булади.Периферик бугимларда энтезопатия белгиси булади.

Киёсий ташхис.Бошка серонегаив артритларга караганда Бехтеров касаллигида симметрик саркоиелит ва жараённинг умуртка погонаси бйлаб таркалиши характерлидир.

Гипероцоз Форецъе (Умуртка погонаси бойламаларининг оссификатсияси кари одамларда)яллигланиш жараёни булмайди саркоиелит узгаришлар булмайди.

Оцехондрозда огриклар физик нагрузкадан кейин булади.яллигланиш жараёни булмайди саркоилеит булмайди.

Даволаш

1.Физик фаолликни кучайтириш, каттик урин,ЛФК.

2. НПВС-индометатсин,фенилбутазон,буларнинг даво эффекти диагноцик ахамиятга хам эга.

3. ГКС.юкори фаолликда.бугим оралигига ёки кеналог.

4, Сулъфасалазин базис терапия хисобида 2-3 ой давомида бир неча маротаба кайтарилади.

5. Ногормонал иммунодепресснтлар-огир холларда цитостатиклар.

6.Мушак спазмини даволаш.Изопретан.0,25, 2-3 марта сут.скутамил С,белни массаж килиш физиотерапия.

7. Сан курорт даволаш.

Мавзу 37. Бўғим синдроми. Остеоартроз, подаграни таққослама ташҳислаш. УАШ тактикаси. Тор мутахасисга ёки махсус шифохонага йўлланма. ҚВП ёки ОП шароитида даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш.

Ўқитиш технологияси

Машғулот вақти 6 соат	Талабалар сони : 10-12 тагача
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Ўқув Машғулот и тартиби	5. Ўқув Машғулот и хонаси. 6. УАШ хонаси. 7. Ўқув қўлланмалар, кургазмалар, муляжлар, таркатма материаллар, вазиятли масалалар туплами ва тестлар 8. Телевизор, видео аппаратлари, мультимедиа
Ўқув машғулот мақсади: “УАШ квалификацион характеристикаси”бўйича кўриб чиқилган талабларга кўра соғлиқни сақлашни бирламчи бўғинсида беморни олиб боришга, серонегатив спондилоартритларнинг оптимал вариантларда даволашни олиб боришга,ташҳис ва қиёсий ташҳисга УАШни ўргатиш.	
Педагогик вазифалар: • артрит ва артралгиялар ташҳиси саволларинии кўриб чиқиш. • артрит ва артралгияларли беморларни намойиш қилиш. • артрит ва артралгияларда клиник лаборатор инструменталл текширувларни муҳокама қилиш. • *артрит ва артралгияларда қиёсий ташҳис ўтказиш.* • УАШ квалификацион характеристикаси доирасида артрит ва артралгияларга боғлиқ услублар саволларни муҳокама қилиш. • Даволаш принциплари (номедикаментоз ва медикаментоз). • ҚВП ва ОП шароитларида артрит ва артралгияларли беморларда диспансер кузатуви ва мониторинг ўтказиш усуллари. • артрит ва артралгиялар билан кечадиган касалликларда бирламчи,иккиламчи,учламчи	**Ўқув жараёни натижалари:** **УАШ билиши керак:** • Артрит ва артралгиялар келиб чиқишининг сабаблари ва механизмлари. • Артрит ва артралгияларнинг клиник кечиши. • Артрит ва артралгияларнинг ташҳиси. • Артрит ва артралгияларнинг қиёсий ташҳиси. • Артрит ва артралгияларда қўлланиладиган медикаментоз препаратлар,уларнинг фармакодинамикаси ва дозировкаси. • .ҚВП ва ОП шароитларида артрит ва артралгияларли беморларда диспансер кузатуви ва мониторинг ўтказиш усуллари. • Артрит ва артралгиялар билан кечадиган касалликларда бирламчи,иккиламчи,учламчи профилактика принциплари ***УАШ бажара олиши керак:*** • Артрит ва артралгияларлар ташҳисида шикоят ва анамнез маълумотларини таҳлил

профилактика тамоиллари.	қилиш. • Артрит ва артралгияларлар турли кўринишларини лаборатор инструментал ва клиникаси бўйича ташҳислаш ва қиёсий ташҳислаш. • Аниқланган артрит ва артралгияларларда даволаш тактикасини тўғри танлаш. • Исботланган эффектив препаратларни танлаш. • Даволашнинг номедикаментоз усулларини консультациялаш. • ҚВП ва ОП шароитларида мониторинг ўтказиш.
Ўқитиш усуллари	«галерея бўйлаб саёҳат» усули , демонстрация , видеокурув , дискуссия , сухбат , тест
Ўқув жараёнини ташкиллаштириш шакллари	Якка тартибда ишлаш, кичик гуруҳларда ишлаш, коллективда ишлаш
Ўқитиш воситалари	Таркатма ўқув материал, визиуаль материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, , жадваллар, стендлар.
Кайта боғланиш усул ва воситалари	Блиц-сўров , тестлаш, тиббий хариталарни тулдириш Амалий кўникмаларни бажариш

Технологик харитаси

№	Амалий Машғулот боскичлари	Машғулот шакли ***Ўтказиш жойи***	Машғулот вакти
1	Кириш кисми		10
2	Янги педагогик технологиялар билан мавзуни тушинтириш жадваллар плакатлар рентгенограммалар.	Сўров, мухокама *Дарс хонаси УАШ хонаси*	40
3	Хулоса мухокама		10
4	Амалий кисимни бажариш учун вазифаларни белгилаш Тиббий карталарни тулдириш бўйича курсатмаларни тушинтириш.	мухокама УАШ хонаси	20
5	Ўқитувчи назорати остида Машғулот ларни амалий кисмини тушинтириш.	Профисионал сўров беморлар билан сухбат. беморларни *поликлиникада ва уйда*	20

		кўриш	
6	Текширув натижалари иртерпритацияси курув палпация, перкуссия аускўлтация УКТ, УСТ,биохимик анализлар интерпритацияси	Касаллик тфрихи Лаборатор маълумотлар	25
7	Талабаларни назарий ва амалий билимларини текшириш.	Оғизаки сўров тестлар мухокама *Поликлиникадаги ўқув хона*	75
8	Амалий дарс бўйича хулосани белгилаш 100 балли система бўйича Баҳолаш ва балларни эълон қилиш уйга вазифа бериш.	Ахборот мустакил иш бўйича саволлар	25

Мавзу баёни:

Деформацияловчи остеоартроз.

Умумий амалиёт врачи фаолиятида энг кўп учрайдиган бўғим касаллиги хисобланади. Деформацияловчи остеоартроз (ДОА) бирламчи ва иккиламчи бўлиши мумкин. Бунда бўғимларда дегенератив -дистрофик ўзгаришлар кузатилиб, бўғим тоғайи деструкцияси ва суяк тўқимаси пролиферацияси билан ифодаланади. Бу касалликда оғирлик кўп тушадиган бўғимлар: қўл-оёқдаги йирик бўғимлар, умуртқа поғонаси, қўл панжаси дистал фалангалараро бўғимлари кўпроқ шикастланади.

Бўғим юзаси тоғайи ва жисмоний зўриқишнинг мос келмаслиги ва ирсий мойиллик бирламчи ДОА нинг сабаби хисобланади.

Иккиламчи ДОА бўғимларда мавжуд бўлган бирламчи ўзгаришлар асосида бўғим тузилишининг туғма бузилиши, бўғимлар дисплазияси, ўтказилган артритлар, шикастланишлар, эндокрин касалликлари (кандли диабет, акромегалия), метаболик бузилишлар (гемохроматоз, ахраноз, падагра) асосида ривожланади.

Диагностик мезонлари:

- бўғимлардаги оғриқни куннинг охирида ёки туннинг биринчи ярмида пайдо бўлиши;
- бўғимдаги оғриқни жисмоний зўриқишдан сўнг кучайиши, вақти –вақти билан «бўғимнинг блокланиш» белгиси;
- суяк ўсимталари, жумладан Геберден тугунлари ҳисобига бўғим деформацияси;
- рентгенологик белгилар: суяк тўқимасида кисталарнинг хосил бўлиши, бўғим ёриғининг торайиши, бўғим юзаси остеосклерози, остеофитоз.

Спондилёз, остеохондроз, спондилоартроз – умуртқа поғонаси бўғимларидаги дегенератив ўзгаришлар бўлиб, поликлиник амалиётда кўп учрайдиган касалликдир.

Бу касаллик умуртқалараро дискнинг фиброз -тоғайи (спондилёз ёки остеохондроз) ва умуртқалараро бўғимлар синовиал тўқимаси касаллиги (спондилоартроз) кўринишида намоён бўлади.

Деформацияловчи спондилёз. Бунда умуртқа пағонасининг бўйин ва бел қисмлари кўпроқ шикастланади. Касаллик баъзан белгисиз, аксарият холларда эса умуртқа пағонасида оғриқлар, оғриқнинг физик зўриқишда кучайиши, шу туфайли мажбурий холатга ўтиш ва умуртқа пағонаси харакатининг чегараланиши билан кечади. Умуртқа пағонаси орқа ўсиғи пайпасланганда ва уриб кўрилганда оғриқ аниқланади. Рентгенда умуртқа-танаси четида ўсимталар ўсиши (остеофитлар ёки экзостозлар) хос. Шу сабабли умуртқалар "бели" яққол намоён бўлади. Спондилёзда бириктирувчи пластинкалар шикастланмайди, умуртқалараро бўшлиқ тораймайди.

Умуртқалараро остеохондрози – умуртқалараро дискининг дегенератив – дистрофик касаллиги бўлиб, умуртқа пағонаси деформацияси, улар баландлигини камайиши ва қаватланиши билан кечади. Остеохондрозда кўпроқ умуртқа пағонасининг пастки- бўйин, юқори -кўкрак, пастки- бел сохалари зарарланади. Касалликда невротик, мушак ва томир белгилари кузатилади. Невротик белги невралгия, радиқўлит, цервикалгия, люмбалгия ва люмбаго, илдизчали оғриқ, вегитатив – трофик бузилишлар кўринишида кечади. Мушак белгиси паравертебрал ва кўкрак мушакларидаги оғриқлар контрактуралар кўринишида кузатилади. Томир белгиси қалтираш, тери қоплами ранги ўзгариши, оёқларда шиш ва парестизиялар билан намоён бўлади. Рентгенологик ўзгаришлар: умуртқалараро диск баландлигининг пасайиши, умуртқа танаси тоғайости қавати қаттиқлашиши ва ингичкаланиши (субхондрал склероз), умуртқа ички қиррасида горизонтал ўсмалар – остеофитлар мавжудлиги. Умуртқа танаси парчаланиши кузатилмайди.

Спондилоартроз – умуртқалараро ва умуртқа- қовурға бўғимларининг дегенератив-дистрофик зарарланишидир. Клиник белгилар паталогик жараён жойлашишига боғлиқ. Касаллик белгилари махаллий ва умумийга бўлинади. Унга умуртқа поғонасининг бўйин-кўкрак ва бел сохаларида, паравертебрал нуқталарда оғриқнинг мавжудлиги, жисмоний зўриқишдан кейин ва узоқ вақт бир хил холатда турганда оғриқларнинг кучайиши хос.

Аксарият беморларда спондилоартроз вегетатив, нейродистрофик ва томир синдромлари (мигрен хуружлари, вертебробазиляр етишмовчиликлар, симпаталгия, невралгия, кардиалгия, лмбоишиалгия, радиқўлит) билан кузатилади. Рентгенограммада умуртқалараро бўғим ёриғининг торайиши, субхондрал остеосклероз, остеофитлар, бўғим ўсимталарининг деформацияси ва чўзилиши аниқланади.

Микрокристалли артритлар

Бу артритларнинг ўзига хос хусусияти бўғим синдроминиг ҳуружсимон кечиши бўлиб, умумий амалиёт врачи фаолиятида у уйга чақирилганда ва поликлиникадаги қабули пайтида кўп учрайди.

ПАДАГРА.

Падагра-сурункали касаллик бўлиб, сийдик кислотаси алмашинуви бузилиши сабабли ривожланади. Қонда сийдик кислотаси миқдорининг ошиши, тўқималарда уратларнинг

чўкиши билан ифодаланиб, қайталанувчи ўткир артритлар ва тофуслар хосил бўлиши билан намоён бўлади (подаграга хос тугунчалар).

Падагра ташхисини қўйишда қуйидаги диагностик мезонлардан фойдаланилади:

- оёқ панжаси бош бармоғи кафт усти бўғими (плюснофаланг) артрити ҳуружи;
- бошқа бўғимларни жарохатланиши иккита хос хуруж кўринишида кечиши;
- падаграга хос тугунлар;
- колхицин билан даволаш яхши самара бериши;
- гиперурекимея.

Падагранинг мутлоқ белгиси – синовиал суюқликда ва тўқималарда урат кристалларининг топилиши. Специфик белгиси: артрит хуружининг икки хафтадан ошмаслиги, эркаклар орасида кўпроқ учрашиши, семизликнинг мавжудлиги, уролитиаз. Падагрик артритнинг қуйидаги босқичлари тафовут қилинади:

I босқич – суякларнинг субхондрал, баъзан чуқурроқ қатламларида йирик кисталар пайдо бўлиши, баъзан юмшоқ тўқималарнинг зичланиши;

II босқич – бўғимга яқин сохада йирик кисталар ва бўғимларнинг кичик эрозияси, юмшоқ тўқималарнинг доимий зичланиши баъзан кальцификатлар билан бирга (9 йилдан сўнг) кечиши;

III босқич – суяк юзасининг 1/3 қисмидан кам бўлмаган кенг эррозиялар, эпифиз остеолизи, юмшоқ тўқималарнинг зичланиши ва охакланиши (10-15 йилдан сўнг).

Диагноз Рим мезонлари (1963 й.) асосида қўйилади:

- сийдик кислатасининг эркакларда 0,42 ммоль/л дан, аёлларда 0,36 ммоль/л дан ошиши;
- тофуслар;
- синовиал суюқликда ва тўқималарда натрийли сийдик кислота тузи кристалларини микроскопик ва кимёвий текширишларда аниқланиши;
- тўлиқ клиник ремиссиядан 1-2 хафта ўтгач тўсатдан ўткир подагрик артрит хуружи пойдо бўлиши.

Хондрокальциноз (псевдопадагра) – пирофасфат артропатиялар гурухига кириб, бўғим тоғайларида ва синовиал тўқималарда кальций тузлари микрокристалларининг ўтириб қолиши билан ифодаланади.

Диагностик мезонлар:

- ўткир подаграсимон артрит (асосан тизза, кафт-бармоқ, билак-кафт усти бўғимларида)
- тоғайлар охакланишининг R^0- белгилари;
- синовиал суюқликда ва тоғайларда кальций тузлари монокристалларини аниқланиши;
- хондрокальцинозга олиб келувчи омилнинг мавжудлиги (асосан артрит билан бирга) беморнинг ёши (қариялар), Вильсон – Кановалов касаллиги, бўғимлар ностабиллиги, нейротрофик артропатия, гипотиреоз, узоқ вақт глюкокортикостероидлар билан даволаниш, оғилавий хондрокальцинознинг аниқланиши;

Мавзу 38. Бўғим синдроми. Бириктирувчи тўқима диффуз касалликларини (тизимли қизил югурдак, тизимли склеродермия, дерматомиозит ва ревматик полимиалгия)

Бўғим синдроми. Тизимли васкулитлар. Геморрагик васкулит, носпецифик аортоартерит ва тугунчали периартеритникиёсий ташхислаш. УАШ тактикаси.

.

Ўқитиш технологияси

Машғулот вақти 6 соат	Талабалар сони : 10-12 тагача
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Ўқув жараёни структураси	Дарс тематик хона. Ревматологик бўлимда бемор палаталари Ўқув предметлари фантомлар, муляжлар, тарқатма материаллар,тестлар Телевизор, видео мосламалар, мультимедиа
Ўқув жараёни мазмуни: УАШ ни умумий амалиёт врачларининг квалификацион характеристикадаги талабларга ўргатиш,Соғлиқни сақлаш тизимида беморларни олиб бориш ва дифференсил диагностика асослари билан	
Педагогик мақсади:: УАШни бириктирувчи тўқима диффуз касалликларини дифференсиал диагностикаси хамда унинг келиб чиқиш сабаблари ва этиологияси бўйича кечиш турини ўргатиш УАШ харакатларини квалификацион характеристика бўйича тахлил қилиш. Даволаш принципларини тахлил қилиш (номедекаментоз медекаментоз) ҚВП ва СВП шароитларида беморларни олиб бориш,кузатиш хамда мониторинглашни тахлил Шу касалликда бирламчи иккиламчи ва учламчи профилактик чора тадбирларни тахлил қилиш.	**Ўқув жараёни натижалари:** **<u>УАШ билиши керак</u>:** Бириктирувчи тўқиманинг диффуз касалликлар диагностикаси ва диф.диагностикаси.СҚЮ,ССД БТДК бор беморларнинг касалхонага ётқизишга кўрсатмадларни УАШ тактикаси Даволаш принциплари (медикаментоз ва немедикаментоз) ҚВП ва СВП шароитларида беморларни диспансер кузатувини хамда уларни мониторинг олиб бориш Бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика принципларини **<u>УАШ қила олиши керак</u>:** БТДК диагностикаси учун анамнез ва шикоят маьлумотларини йиға билиш. СҚЮ ва ССД клиник ва лабаратор инструментал белгилар орқали диференсатсия қила билиши. БТДК беморларини олиб бориш тактикасини танлаш. БТДК беморларини госпителизатцияга

	кўрсатмаларини билиши.. БТДК да профилактика чораларии қўллаш. БТДК беморларнинг мехнатга лаёқатлигини аниқлаш
Ўқитиш усули	«ижодий фикр ва мушохада килиш» усули. кўрсатиш, видеолавха, дискуссия, шархлаш, вазиятли масалалар ва тестларни ишлаш.
Ўқитиш жараёнида организацион шакллар	Мустаққил ишлаш, гурухлар билан ишлаш, гурухли, аудиторияда , аудиториядан ташқарида.
Ўқитиш таркиби	Тарқатма ва ўқив материаллар, визуал материаллар, видеолавхалар, муляж,грфик органйзрлар, балғам сурталари,касаллик тарихлари, жадваллар,стентлар,рентген
Қайта алоқа усуллари	Савол жавоб, тест, ўқув дарсини натижасини презинтатцияси, касаллик тарихи тўлдириш,амалий кўникмаларни бажариш презентация результатов выполнения «профессионал сўров»

Дарснинг технологик харитаси

№	Амалий машғулот босқичлари	Машғулот шакли *Ўтказиш жойи*	Машғулот вакти
1	Кириш қисми (мавзуни асослаш)		10
2	Янги педагогик технологияларни қуллаган холда амалий машғулотлар мавзусини мухокама қилиш (касаллик тарихи плакатлар таблицалар ренгинограммалар чиқиш даражасини фарқлаш	Сураш, Мухокама қилиш *Уқув хонаси палаталар*	40
3	Тўғри хулосани мухокама қилиш		10
4	Касбга оид сураб суриштиришни амалий қисимни фарқлашни ургапиш. Касаллик тарихини тўлдириш бўйича қилинадиган ишларни тушунтириш ва рекоментация бериш	Мухокама қилиш	20

5	Ўқитувчи кузатув остида дарснинг амалий қисмини курсатиб бериш.	Проф. суров. Мед картани тўлдириш ва беморлар билан сухбат вазиятли масала *Тематик беморлар куриги*	20
6	Беморни текшурувдаги малумотлар тахлили: шикоятлар курик палпация перкуссия беморлар аускултацияси бундан ташқари УСА УҚА УАА ахлат бакпассиф яширин қонга текшириш рентген	Касалик тарихи, ситуацион масалани лобаритор малумотлар	35
7	Студинтларни назарий амалий билимларни материалларни мустахкамлаш оғзаки билимларни бахолаш даражаларни фарқлаш	Оғзаки суров, тестлар, мухокома, амалий куникмаларни фарқлаш *Ўқув хонаси*	80
8	Билимларни элон қилиш ва 100 баллик системада бахолаш амалий машғулотларни тема буйича натижаларини фарқлаш	Малумот мустақил ишга саволлар *Ўқув хонаси*	25

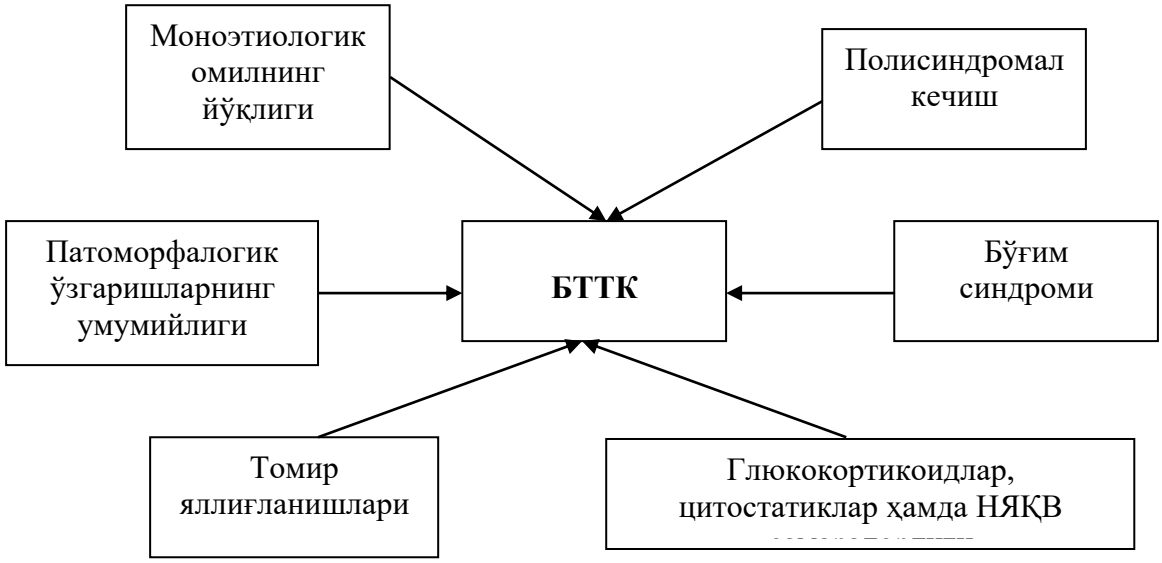
Машғулот баёни

Бириктирувчи тўқиманинг диффуз касалликлари

Бириктирувчи тўқиманинг тизимли касалликлари гуруҳига (БТТК) - бириктирувчи тўқима ва унинг ҳосилаларидаги тизимли аутоиммун–яллиғланиш асосида кечадиган ва шу тариқа кўплаб аъзо ҳамда тўқималар шикастланиши, клиник полиморфизм ва полисиндромал кўринишда намоён бўлувчи касалликлар киради. Ушбу гуруҳга кирувчи касалликлар ўзининг этиопатогенетик, патоморфологик ва клиник кечиши бўйича қуйидаги 1-чизмада келтирилган баъзи умумийлик томонлар билан ажралиб туради:

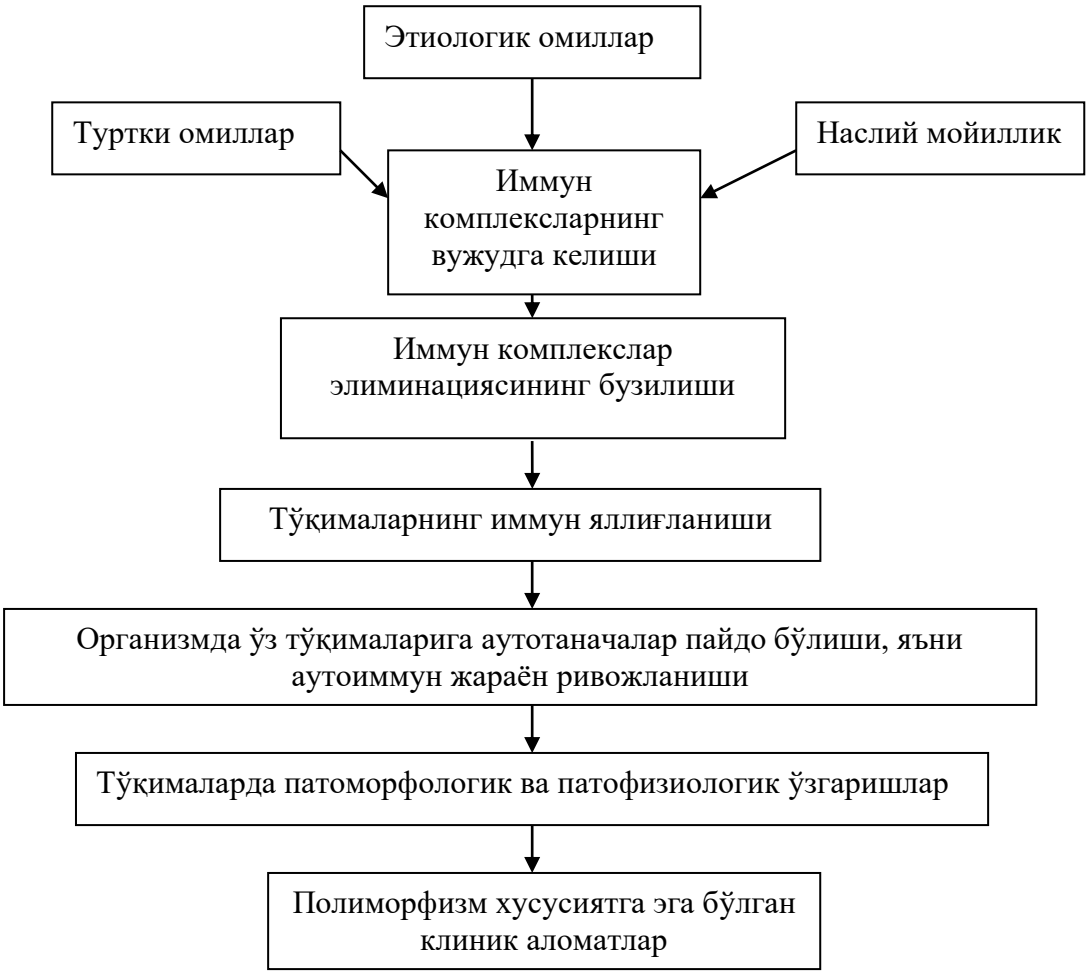
1-чизма

Бириктирувчи тўқиманинг тизимли касалликларига хос бўлган умумий белгилар



Ушбу гуруҳга ТҚВ, тизимли склеродермия, дерматомиозит, диффуз эозинофилли фасциит, Шегрен синдроми, бириктирувчи тўқиманинг аралаш касаллиги, тугунчали периартериит ва бошқалар киради.

БТТКларининг этиологияси номаълум, уларни келтириб чиқарувчи асосий сабаблар турли-туман деган ғоялар мавжуд бўлиб, эндоген ва экзоген омилларга аҳамият берилмоқда. Касалликларнинг вужудга келиши вируслар, микроблар, баъзи дори моддалари, жумладан, зардоб ва токсинлар каби экзоген омиллар билан боғлиқ бўлиши мумкин. Шу билан бир қаторда, совуқда қолиш, руҳий-эмоционал зўриқиш, қуёш нурларининг ортиқча таъсири, баъзи касбий зарарли муҳитлар (тебраниш, кимёвий моддалар) ҳамда организмнинг заифланиши салбий туртки сифатида муҳим омил ҳисобланади. Юқоридагилардан ташқари, эндоген омил, наслий мойилликнинг аҳамияти юқори. Ушбу назарияларда баён қилинишига кўра, наслий мойиллик мавжуд шахсларда салбий таъсирлар оқибатида иммун механизмлар бузилиши ривожланади, яъни антитанача, антиген ва комплиментлар ҳисобига вужудга келган иммун комплексларнинг (ИК) организмдан ташқарига чиқиб кетиши (элиминацияси) кузатилмасдан, улар мойил бўлган тўқималарга жойлашиб, иммун яллиғланиш жараёнини чақиради. Зарарланиш натижасида пайдо бўлган тўқимадаги бузилишларнинг қолдиқлари ва коллагенлар антигенлик хусусиятига эга бўлиб, ўз навбатида аутоиммун жараённинг янада кучайишига олиб келади ва ўзига хос паталогик «занжирли ҳалқа» юзага келади. Бу ўзгаришлар организмдаги ички аъзо ва тўқималар ҳамда томирларда патоморфологик ва патофизиологик ўзгаришларни чақириб, БТТК ларига хос клиник полиморфизмга эга бўлган аломатларни вужудга келтиради. Юқоридагилардан келиб чиқиб, ушбу гуруҳ касалликлари патогенезини умумийлаштирган ҳолда қуйидаги 2-чизмадагидек кўрсатиш мумкин.



2-чизма. **Бириктирувчи тўқиманинг тизимли касалликлари ривожланиши патогенизи**

Тизимли қизил волчанка.

Тизимли қизил волчанка (ТҚВ) - бириктирувчи тўқималарнинг тизимли аутоиммун касаллиги. Унинг асосида иммун-бошқарув жараёнининг бузилиши натижасида организм ўз хужайра ва уларнинг ҳосилаларига қарши назоратсиз антитаначалар ҳосил қилиши ҳисобига кўплаб аъзо ва тизимларнинг шикастланиши билан кечувчи иммункомплексли яллиғланиш ётади. Илмий манбалардаги маълумотларга кўра, ТҚВ тарқалиши бўйича 100.000 аҳолига 4-250 нафар беморларни ташкил қилиб, аёлларда эркакларга нисбатан деярли 10 баробар кўпроқ учрайди ва бошланиш даври кўпинча 14-40 ёшлар оралиғига тўғри келади.

1-расм. **Капалаксимон эритема**

Клиник кечиши. ТҚВ клиник кўриниши қатор ўзига хос хусусиятларга эга ва полисиндромал кўринишда тез авжланиб бориб, у ёки бу ички аъзонинг функционал етишмовчилиги тез ривожланиши натижасида кўпинча ўлим билан якунланади. Касалликнинг

клиник кечиши аксарият ҳолларда умумий ҳолсизлик, тана вазнининг тез камайиши ва ҳароратнинг узоқ муддат турғун кўтарилиши, бўғим синдроми, айрим ҳолларда Рейно феномени билан бошланиб, кейинчалик ички аъзо ҳамда тизимларнинг яллиғланишига хос бўлган синдромлар пайдо бўлади. Уларнинг вужудга келиши асосан тери, бўғим, мушак, буйрак, юрак ва томирлар, ўпка, жигар, ошқозон-ичак ва руҳий-асаб тизими ҳамда сероз қобиқларининг яллиғланишлари билан боғлиқ ва ҳар хил даража ҳамда оғирликдаги кўринишларда намоён бўлиши мумкин. Юқорида қайд этилганлар орасида теридаги ўзгаришлар ТҚВнинг кўп ҳолларда ташҳисий жиҳатдан типик кўринишини белгилаб, асосан юз соҳаси, ёноқ ва бурун устидаги "капалак"симон (1-расм) шаклдаги эритема билан намоён бўлади. Шу билан бир қаторда, айниқса, касалликнинг сурункали кечишида терида дискоидли хусусиятга эга бўлган ўчоқли белгилар кузатилиши мумкин. Аксарият ҳолларда терида люпус-хейлит (лабнинг қизил қисмида қаттиқ ва қуруқ бўлган қатламлик, баъзан атрофия билан якунланувчи пўстлоқча ёки эрозия) ва трофик ўзгаришлар (тери қуруқлиги, сочнинг диффуз тўкилиши, тирноқларнинг мўртлиги ва деформацияси) аниқланади. Терида кузатилаётган аломатлар аксарият ҳолларда томир яллиғланиши (васкулитлар) билан боғлиқ бўлиб, асосан бармоқ ёстиқчалари ва қўл кафтида шишли эритема, атрофия ва телеангиэктазиялар, баданнинг бошқа қисмларида эса буллёзли тугунчали, уртикар, геморрагик ва папулали-некротик тошмалар ҳамда тўр ва айрисимон ярачалар, Рейно синдроми кўринишда намоён бўлиши мумкин. Ўз навбатида, шиллиқ қатламдаги ўзгаришлар кўпинча оғиз бўшлиғида энантема ва ярачалар, яъни стоматитлар мавжудлиги аниқланади.

ТҚВда бўғим синдроми деярли барча ҳолларда учрайдиган белгилардан бири ҳисобланиб, одатда полиартралгия ва полиартрит шаклида кечади. Улар асосан симметрик хусусиятга эга ва кўпроқ қўл-оёқдаги майда ва ўрта ҳамда тизза бўғимларида ривожланади (**«Бўғим синдроми»га бағишланган маърузада ушбу ўзгаришлар батафсил баён қилинган**). Касалликнинг фаол даврида унинг белгилари турғун ва узоқ давом этувчи характерга эга. Баъзан тендинит ва тендовагинит қўшилиши қўл бармоқларида қайтмас букилувчи контрактура юзага келишига сабаб бўлади. Мушакларнинг яллиғланиши кузатилган тақдирда эса (миалгия ва миозит) қўл-оёқларда оғриқ ҳамда бирмунча ҳаракат чекланиши беморларни безовта қилади.

Буйракнинг ТҚВда зарарланиши люпус-нефрит деб аталиб, ўзига хос қатор хусусиятлари билан ажралиб туради ва беморларда эрта ёки кеч клиник намоён бўлиши бевосита касаллик оқибати учун катта аҳамиятга эга. Ушбу касалликда унинг вужудга келиши СБЕ эрта ривожланишига олиб келиб, деярли барча ҳолларда бемор ўлими билан тугайди. Люпус-нефрит асосида диффуз ёки ўчоқли гломерулонефрит ётиб, нефротик синдром, артериал гипертензия, кам ҳолларда эса чекланган сийдик синдроми (айниқса, протеинурия) кўринишида намоён бўлади. Ўпка зарарланиши эса кўпинча васкулит негизида кузатилиб, беморни қон туфлаш ва қуруқ йўтал безовта қилади. Шу билан бир қаторда, касалликнинг авжланиш жараёнида люпус-пневмонит ривожланиши эҳтимоли мавжуд бўлиб, у баъзан ўпкада инфильтратлар билан якунланади. Бундай ҳолларда беморларда иситмалаш, ҳансираш ва йўтал кузатилиб, рентгенографияда (рентгеноскопияда) диафрагманинг юқори туриши ва ўпканинг базал қисмларида

дискасимон ателектазлар кузатилади. Сероз қобиқларнинг яллиғланишида эса қуруқ ва эксудатив плеврит юзага келиши мумкин. ТҚВда юракнинг учта қобиғи ҳам яллиғланиш эҳтимоли бўлиб, улар асосан адгезив ва кам ҳолларда экссудатив перикардит, миокардит ҳамда кўпинча митрал етишмовчилиги билан якунланадиган эндокардит кўринишида кечади. Бундан ташқари, аксарият томирлар яллиғланиши оқибатида коронарит ривожланганда, миокард инфаркти юзага келиш эҳтимоли мавжуд. Ошқозон-ичак тизимининг шикастланиши ҳам ҳар хил кўринишда намоён бўлиши ва улар қизилўнгач кенгайиши (дилятация) ва унинг моторикаси бузилиши билан бир қаторда, ошқозон ва ичакларнинг ишемияси, айрим ҳолларда эса перфорация кузатилиши мумкин. Касалликнинг авжланиш даврларида баъзан беморларда абдоминал кризнинг клиник аломатлари ҳам вужудга келиш эҳтимоли мавжуд бўлиб, улар ичакларнинг эндотелияси, сероз қобиғи ва тутқич томирларининг яллиғланиши ҳамда ярачалар пайдо бўлиши билан боғлиқ. Ўз навбатида, ушбу касалликда жигар яллиғланиши ўзига хос ўзгаришларга эга бўлган люпус-гепатит кўринишида намоён бўлиб, одатда жараён енгил гепатомегалиядан баъзан клиник жиҳатдан оғир агрессив гепатитни эслатувчи шаклда ҳам кечади. Асаб тизимидаги ўзгаришлар ТҚВга чалинган деярли барча беморларда учрайди. Клиник нуқтаи назардан улар касалликнинг ҳамма даврларида ўзига хос кенг қамровли аломатлар билан келиши, жумладан, бошланғич даврида астено-невротик синдром (ҳолсизлик, тез чарчаш, адинамия, кайфият тушкунлиги, уйқу бузилиши ва бошқалар) аниқланса, авжланиш даврида эса полиневрит, рефлекслар сустлиги, парастезия, тос аъзолари фаолиятининг бузилиши, менингоэнцефалополирадикулоневритдан тортиб то талваса, инсульт ва параличларгача кузатилиши мумкин. Қатор ҳолларда, беморларда руҳий ўзгаришлар ҳам аниқланиб, касаллик кечишида алоҳида ўрин тутади. Чунки ТҚВга чалинган беморларда эмоционал таъсирчанлик, эйфория, уйқусизлик, интеллект ва эслаб қолиш ҳамда фикр юритиш қобилиятининг сусайиши, ўзига танқидий ёндошувнинг йўқотилиши ва ўз имкониятларини юқори баҳолаш билан бир қаторда, галлюцинациялар каби аломатлар ҳам учрайди. ТҚВда сероз қобиқларнинг яллиғланиши ташҳисий нуқтаи назардан алоҳида ўрин тутади. Чунки ушбу касалликка чалинган беморларда дерматит ва артрит билан бир қаторда, серозитларнинг аниқланиши (айниқса, полисерозит) катта ташҳисий аҳамиятга эга. Аксарият ҳолларда у плеврит, перикардит, перигепатит, перисплените ва баъзан қорин пардаси яллиғланиши кўринишида келиши мумкин.

Юқорида кўрсатилган синдромлар билан бир қаторда, ички аъзолар ва ретикулоэндотелиал тизимнинг яллиғланишига боғлиқ бўлган бошқа аломатлар, жумладан, камқонлик ва Верльгоф синдроми касалликнинг кечиши ва прогнозида муҳим омиллардан бири ҳисобланади.

ТҚВ клиник хусусиятига кўра ўткир, ўткир ости ва сурункали шаклда кечиши мумкин. Унинг ўткир кечишида касаллик тўсатдан бошланиб, илк бор кўплаб ички аъзо, тўқималарнинг зарарланиши билан бир қаторда, лаборатор кўрсаткичларнинг кўзга яққол ташланадиган ўзгаришлари кузатилади. Одатда касалликнинг бундай кечиши тез авжланиб бориб, кўпинча яқин йиллар ичида бемор ўлими билан тугаш эҳтимоли юқори. Ўз навбатида, ТҚВнинг ўткир ости кечиши кўпроқ буйрак ва асаб тизимининг зарарланиш белгилари устуворлиги билан намоён бўлади. Сурункали кечиши эса нисбатан енгил

кўринишга эга бўлиб, жараён аста-секинлик билан бошланади ва аксарият холларда бирорта ягона аъзонинг зарарланиш (моносиндром) белгилари кузатилади. Лекин маълум йиллар ўтиши билан касаллик аста-секин бошқа аъзо ва тўқималарни ҳам зарарлаб, полисиндромал клиник кўринишни вужудга келтиради. Шу билан бир қаторда, ТҚВда авж олиш ва ремиссия давлари, яллиғланиш жараёнининг оғир-енгиллиги ва лаборатор кўрсаткичлар асосида эса енгил (I), ўртача (II), ёки максимал (III) фаоллик даражалари тафовут этилади.

Қуйидаги **лаборатор кўраткичлар** ТҚВни ташҳислашда муҳим аҳамиятга эга:

- LE - ҳужайраларининг топилиши;
- антинуклеар антитаначалар мавжудлиги;
- антинуклеар омилнинг аниқланиши;
- ДНК, Sm-, Ro-, La-антигенларга қарши антитаначалар топилиши;
- ревматоидли омил мавжудлиги;
- иммун тизим текширилганда, танқислик ҳолатининг кузатилиши ва иммуноглобулин фракцияларининг ўзгариши.

Аммо шуни назарда тутиш керакки, юқорида келтирилган синамаларнинг манфий бўлиши ТҚВ касаллигини тўлиқ инкор қилмайди. Барча БТТК, шу жумладан, ТҚВни аниқлашда тўқималар биопсиясини микроскопик текшириш алоҳида аҳамиятга эга. Касалликнинг эрта даврларидаёқ тери биопсиясида ўзига хос ўзгаришларни топиш ва маълум клиник белгилар билан биргаликда таҳлил қилиш уни аниқлашда муҳим рол ўйнайди. Бунда тери эпидермиси атрофияси, кератотик тўсиқ билан келувчи гиперкератоз, базал қатламининг вакуол дистрофияси, дермада коллаген толаларининг фибриноид шиши туфайли бириктирувчи тўқиманинг моддаси ва таркибининг бузилиши, базофиллар тўпланишининг пайдо бўлиши ҳамда гематоксилин таначаларининг мавжудлиги кузатилади. Шу билан бир қаторда, кўпроқ майда томирлар деворида продуктив ва продуктив-деструктив ўзгаришлар хос бўлиб, тўқиманинг лимфоид ва плазмоцитар инфильтрацияси аниқланади.

Юқорида келтирилган ва кўп ҳолларда ТҚВга хос бўлган синамалар билан бир қаторда, қуйидаги айрим кўрсаткичлар касалликнинг оғирлик даражасини аниқлашда муҳим аҳамиятга эга:

- диспротеинемия (айниқса, γ-глобулин кўрсаткичларининг юқорилиги);
- камқонлик;
- лейкопения;
- тромбоцитопения;
- ЭЧТ ошиши;
- фибриногеннинг кўтарилиши;
- серомукоид оқсиллар титрининг юқорилиги;
- айрим ҳолларда мусбат Вассерман синамаси.

Баён этилганлар билан бир қаторда, Америка ревматологлари уюшмаси томонидан тавсия этилган мезонлардан фойдаланиш ТҚВни УАВ томонидан ўз вақтида мураккаб лабаратор ва асбобий текширувларсиз ташҳислашни бирмунча енгиллаштиради. Шуни инобатга олиб, қуйида ушбу мезонларни келтирдик:

- юзда “капалак”симон тошма;
- дискоидли ўчоқлар;
- фотосенсенсибилизация;
- оғиз ва бурун бўшлиғида ярачалар;
- деформациясиз артрит;
- серозитлар (плеврит ёки перикардит);
- бир кеча-кундузда ажраладиган протеинуриянинг 0,5 г дан ортиқ бўлиши ёки сийдик чўкмасида ўзгаришларнинг мавжудлиги;
- руҳий ўзгаришлар (психоз) ёки талвасалар;
- гемолитик камқонлик, лейкопения ёки тромбоцитопения;
- LE –хужайралар, ДНКга антитаначалар топилиши, Вассерман синамасининг мусбат бўлиш эҳтимоли;
- антинуклеар антитаначалар мавжудлиги.

Юқорида келтирилган мезонлардан камида 4 таси мавжудлиги ТҚВ касаллиги ташҳисини қўйиш учун асос ҳисобланади.

Мавзу 39. Иситма. Иситманинг характери, турлари, иситмада текшириш режаси. Ревматик касалликлар ва ҳавфли ўсма касалликлардаги иситмани таққослама ташҳислаш. Ноаниқ этиологияли иситма. ҚВП ёки ҚОП шароитида даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш. Профилактика тамойиллари.

Ўқитиш техналогияси

Машғулот вақти 6 соат	Талабалар сони : 10-12 тагача
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Ўқув жараёни структураси	Дарс тематик хона. **Иситма.** Ўқув предметлари фантомлар, муляжлар, тарқатма материаллар,тестлар Телевизор, видео мосламалар, мультимедиа
Ўқув жараёни мазмуни: УАШ ни умумий амалиёт врачларининг квалификацион характеристикадаги талабларга ўргатиш,Соғлиқни сақлаш тизимида беморларни олиб бориш ва дифференсил диагностика асослари билан	
Педагогик мақсади:: УАШни **Иситма.** дифференциал диагностикаси хамда унинг келиб чиқиш сабаблари ва этиологияси бўйича кечиш турини ўргатиш УАШ харакатларини квалификацион характеристика бўйича тахлил қилиш.	**Ўқув жараёни натижалари:** **<u>УАШ билиши керак:</u>** Иситма. Иситманинг характери, турлари, иситмада текшириш режаси. Ревматик касалликлар ва ҳавфли ўсма касалликлардаги иситмани таққослама ташҳислаш.

Даволаш принципларини тахлил қилиш (номедекаментоз медекаментоз) ҚВП ва СВП шароитларида беморларни олиб бориш,кузатиш хамда мониторинглашни тахлил Шу касалликда бирламчи иккиламчи ва учламчи профилактик чора тадбирларни тахлил қилиш.	Ноаниқ этиологияли иситма. ҚВП ёки ҚОП шароитида даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш. ҚВП ва СВП шароитларида беморларни диспансер кузатувини хамда уларни мониторинг олиб бориш Бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика принципларини **<u>УАШ қила олиши керак</u>:** Иситма диагностикаси учун анамнез ва шикоят маьлумотларини йиға билиш. СҚЮ ва ССД клиник ва лабаратор инструментал белгилар орқали диференсатсия қила билиши. Иситма булган беморларини олиб бориш тактикасини танлаш. Иситма булган беморларини госпителизатцияга кўрсатмаларини билиши.. Иситма булган да профилактика чораларии қўллаш. Иситма булган беморларнинг мехнатга лаёқатлигини аниқлаш
Ўқитиш усули	«кичик гурухда ишлаш» усули. кўрсатиш, видеолавха, дискуссия, шархлаш, вазиятли масалалар ва тестларни ишлаш.
Ўқитиш жараёнида организацион шакллар	Мустаққил ишлаш, гурухлар билан ишлаш, гурухли, аудиторияда , аудиториядан ташқарида.
Ўқитиш таркиби	Тарқатма ва ўқив материаллар, визуал материаллар, видеолавхалар, муляж,грфик органйзрлар, балғам сурталари,касаллик тарихлари, жадваллар,стентлар,рентген
Қайта алоқа усуллари	Савол жавоб, тест, ўқув дарсини натижасини презинтатцияси, касаллик тарихи тўлдириш,амалий кўникмаларни бажариш презентация результатов выполнения «профессионал сўров»

Дарснинг технологик харитаси

№	Амалий машғулот босқичлари	Машғулот шакли *Ўтказиш жойи*	Машғулот вакти
1	Кириш қисми (мавзуни асослаш)		10
2	Янги педагогик технологияларни қуллаган холда амалий машғулотлар мавзусини мухокама қилиш (касаллик тарихи плакатлар таблицалар ренгинограммалар чиқиш даражасини фарқлаш	Сураш, Мухокама қилиш *Уқув хонаси палаталар*	40
3	Тўғри хулосани мухокама қилиш		10
4	Касбга оид сураб суриштиришни амалий қисимни фарқлашни ургапиш. Касаллик тарихини тўлдириш бўйича қилинадиган ишларни тушунтириш ва рекоментация бериш	Мухокама қилиш	20
5	Ўқитувчи кузатув остида дарснинг амалий қисмини курсатиб бериш.	Проф. суров. Мед картани тўлдириш ва беморлар билан сухбат вазиятли масала *Тематик беморлар куриги*	20
6	Беморни текшурувдаги малумотлар тахлили: шикоятлар курик палпация перкуссия беморлар аускултацияси бундан ташқари УСА УҚА УАА ахлат бакпассиф яширин қонга текшириш рентген	Касалик тарихи, ситуацион масалани лобаритор малумотлар	35
7	Студинтларни назарий амалий билимларни материалларни мустахкамлаш оғзаки билимларни бахолаш даражаларни фарқлаш	Оғзаки суров, тестлар, мухокома, амалий куникмаларни фарқлаш *Ўқув хонаси*	80
8	Билимларни элон қилиш ва 100 баллик системада бахолаш амалий машғулотларни тема буйича натижаларини фарқлаш	Малумот мустақил ишга саволлар *Ўқув хонаси*	25

Машғулот баёни

Иситмалаш – тана ҳароратининг меъёридан юқори кўтарилиши ҳисобланиб, айрим ҳолларда касалликнинг ягона белгиси сифатида намоён бўлади. Илмий манбаларда ёритилишича, бирламчи тизимга мурожаат қилган беморларнинг 10% да тана ҳароратининг кўтарилиши қайт этилади. Иситмалаш организмнинг ҳимоя воситаларидан бири бўлиб, макрофаглар ва антителалар фаоллашувини ошириш билан бир қаторда, вирусларнинг репликацияланишига тўсқинлик қилади.

Тана ҳароратининг кўтарилиши тўғрисида гап борганда, УАВ аввало, унинг меъёрий кўрсаткичлари ва иситмалаш турларини яхши билиши лозим. Шуни инобатга олиб, биз қўйида уларга қисқача тўхталиб ўтамиз:

Тана ҳароратининг меъёрий кўрсаткичлари:

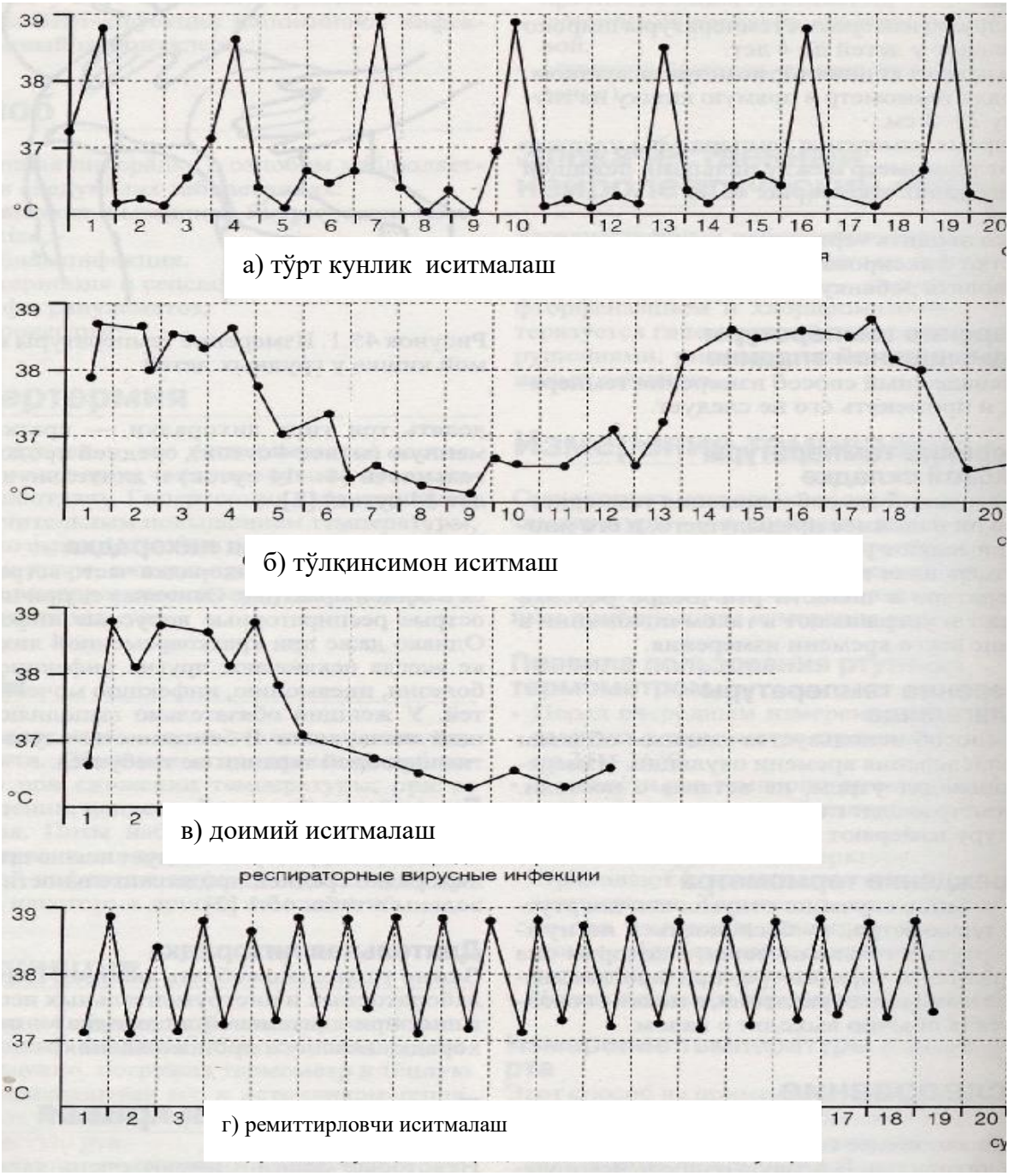
- оғиз бўшлиғида $36,0^0$дан $37,3^0$ С гача (ўртача $36,8^0$ С);
- тўғри ичакда $37,7^0$ С.

Оғиз бўшлиғида ҳарорат $37,3^0$ С, тўғри ичакда эса $37,7^0$ С дан юқори бўлган ҳоллар иситмалаш деб баҳоланади. Тана ҳарорати кун давомида 1^0 С га ўзгариб туради ва эрталаб одатда кечга нисбатан пастроқ бўлади. Юқори тана ҳарорати аксарият ҳолларда куннинг иккинчи ярмида кузатилади.

Давомийлигига кўра иситмалашнинг қисқа (4 кундан кам), ўртача (4-14 кун) ва узоқ муддат (14 кундан кўп) кечувчи турлари фарқланади. *Қисқа муддатли иситмалаш* УАВ фаолиятида кўп учрайди ва унинг асосий сабаби ўткир респиратор инфекциялар бўлсада, бошқа юқумли касалликларни ҳам (зотилжам, сийдик йўллари инфекцияси ва бошқалар) назардан қочирмаслик лозим. *Ўртача муддатдаги иситмалаш* грипп, синусит, юқумли мононуклеоз, энтеровирусли инфекция, бактериал эндокардит, периодонтит, вирусли гепатит, холецистит, ўт йўллари эмпиемаси, абсцесслар, ўткир сальпингоофарит, эндометрит, цитомегаловирусли инфекция, қорин тифи, безгак, зоонозлар (бруцеллез ва лептоспироз) ва қатор бошқа касалликларда кузатилади. *Узоқ муддатли иситмалаш* айрим юқумли касалликларда [сил, бруцеллез, орттирилган иммун танқислик синдроми (ОИТС)], бириктирувчи тўқиманинг тизимли касалликларида, ёмон сифатли ўсмалар ва лейкозларда қайд этилади.

Давомийлик муддатидан ташқари тана ҳароратининг кўтарилиш даражасига қараб иситмалашни субфебрил ($37\text{-}37.9^0$ С), фебрил ($38\text{-}39.9^0$ С) ва гектик ($40\text{ -}40.9^0$ С) кечиши фарқланади. Айрим беморларда гипертермия, яъни ўта юқори иситмалаш (41^0 Сдан юқори) кузатилиб, бу ҳолат иссиқ ҳароратда узоқ давом этганда, ёмон сифатли ўсмаларда, баъзи инфекцияларда, геморрагик инсульт оқибатида гипоталамус зарарланганда учрайди. Иситмалаш муддати ва унинг даражаси бир неча кун давомида тана ҳароратини қайд этиш варақасида белгилаб борилса, маълум эгри чизиқлар ҳосил бўлади ва уларнинг таҳлили асосида айрим ҳолларда шифокор тахминий ташҳисий хулосалар чиқариши мумкин. Шуни инобатга олиб, қўйида биз иситмалашнинг турли касалликларда кузатиладиган эгри чизиқларидан айримларини келтирдик

(1-чизма).



1-чизма. **Иситмалашнинг турли касалликларда кузатиладиган эгри чизиқлари**

Уч ва тўрт кунлик танаффусдан кейинги иситмалаш (1-чизма-а) безгак касаллигига хос бўлиб тана ҳарорати ҳар уч ёки тўрт кундан кейин кўтарилиб туради.

Тўлқинсимон иситмалашда (1-чизма-б) тана ҳароратининг секинлик билан жуда юқори даражагача кўтарилиб, бир неча кун сақланиб тургандан сўнг қандай кўтарилган бўлса, шу ҳолатда меъёригача тушиши ҳамда маълум вақтдан кейин ушбу жараённинг яна қайта такрорланиши кузатилади. Иситмалашнинг бу тури асосан сурункали бруцеллез ва лимфогранулематоз касалликларида учрайди.

Доимий иситмалашда (1-чизма-в) тана ҳарорати кўрсаткичи баланд бўлиб, унинг меъёридан юқорига тебраниш даражаси кун давомида 1^0C дан ошмайди. Бу турдаги иситмалаш одатда вирусли инфекцияларда (масалан, гриппда) кузатилади.

Ремиттирловчи иситмалашда (1-чизма-г) кун давомида тана ҳароратининг меъёридан юқорига тебраниш даражаси 1^0 С дан юқори, лекин 2^0 С дан ошмайди. Бу кўринишдаги иситмалаш йирингли инфекция (тоз суяги абсцесси, ўт пуфаги эмпиемаси, ярали инфекция ва бошқалар) ҳамда хавфли ўсмаларда учрайди.

Юқорида келтирилганлардан ташқари тебранувчи, қайталовчи, ҳолсизлантирувчи ва нотўғри иситмалаш эгри чизиқлари фарқланади ва улар ҳақида қўйида биз қисқача тўхталиб ўтамиз.

Тебранувчи иситмалашда тана ҳароратининг кун мобайнида меъёридан юқорига тебраниш даражаси 1^0 С дан кўп ва унда минимал кунлик кўрсаткичи 37^0 С дан юқори бўлиб, цитомегаловирусли, мононуклеозли ва йирингли инфекцияларга (масалан, холангитда) хос.

Қайталовчи иситмалашда тана ҳароратининг тўсатдан юқорига кўтарилиб (иситмалаш даври) бир неча кун давомида сақланиши ва ундан сўнг шундай тезликда меъёригача тушиб маълум муддат шу ҳолатда туриши (иситмасиз давр) ҳамда унга ушбу жараённи қайта-қайта такрорланиши характерли. Иситмалаш эгри чизиғининг бундай кўриниши деярли барча ҳолларда асосан қайталанувчи тиф касаллигида қайд этилади.

Ҳолсизлантирувчи ёки гектик иситмалашда тана ҳароратининг меъёридан юқоридаги кунлик тебраниш даражаси $3\text{-}5^0$ С ташкил этади. Бундай иситмалаш сил ва сепсис касалликларида учрайди.

Ўзгарган шаклдаги иситмалашда эрталабки тана ҳароратининг кечкига нисбатан юқори бўлиши кузатилади (соғлом одамларда тана ҳарорати эрталаб кечкига нисбатан пастроқ бўлади). Бу турдаги иситмалаш сил, сепсис ва ёмон сифатли ўсмаларда бўлиши мумкин.

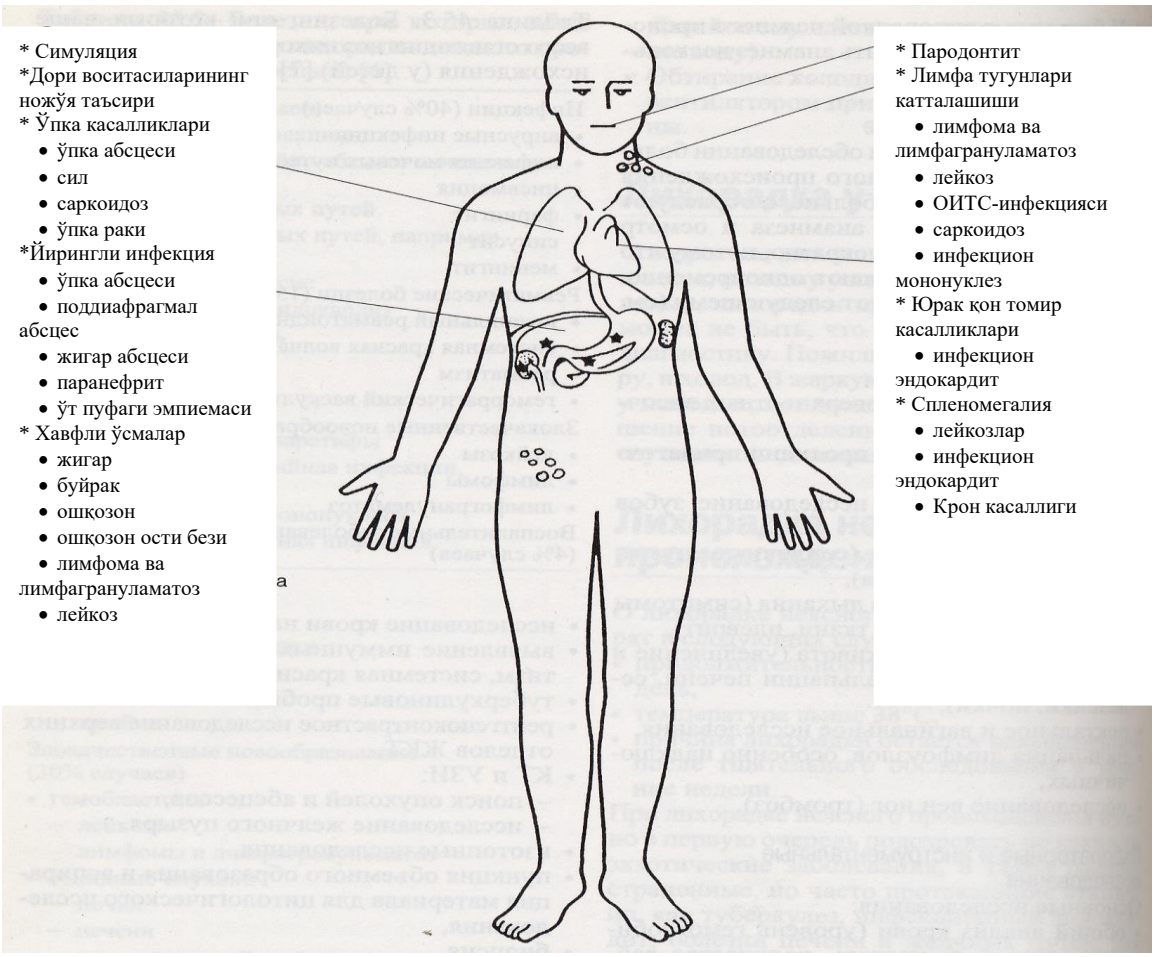
Нотўғри иситмалаш тана ҳароратининг кеча кундуз кўтарилишидаги мутоносибликнинг йўқолиши билан характерланади. Бундай турдаги иситмалаш менингит, грипп ва бошқа айрим касалликлар учун хосдир.

Иситмалашга чалинган беморлар мурожаат қилганда, УАВ биринчи навбатда юқумли касалликларни тасдиқлаши ёки инкор қилиши лозим. Чунки аксарият ҳолларда тана ҳароратининг кўтарилиши организмда инфекция мавжудлигидан далолат беради. Лекин шу билан бир қаторда, иситмалаш ёмон сифатли ўсмалар, аутоиммун, қон, ичак ва бошқа қатор касалликларнинг белгиси бўлиши мумкин. Айрим ҳолларда ўтказилган замонавий текширувларга қарамасдан иситмалашнинг сабабини аниқлаш имкони бўлмайди, бунда номаълум сабабли иситмалаш тўғрисида гап боради (2-чизма).

2-чизма. **Иситмалашнинг сабаблари**

Тана ҳарорати меъёридан кўтарилган бемор УАВга мурожаат этганда, у синчковлик билан шикоятларни сўраб суриштириши, анамнез йиғиши (шу жумладан, эпидемиологик анамнез) ва беморни объектив кўрикдан ўтказиши лозим. Зарурат бўлганда анамнез йиғиш ва бемор кўригини бир неча бор қайта ўтказиш эхтиёжи туғилади, чунки иситмалаш билан кечувчи касалликларнинг баъзи белгилари кейинроқ пайдо бўлиши мумкин. Обеъктив текшириш маълум тартибда ўтказилади ҳамда уларнинг ҳар бирига синчковлик билан алоҳида аҳамият берилади (1-расм).

- тери кўриги (тошмалар);
- бурун бўшлиғи атрофи кўриги ва пальпацияси;
- оғиз бўшлиғи ва тишлар кўриги (периодонтит);
- юрак аускультацияси (юрак ва перикард ишқаланиш шовқинлари;
- нафас йўллари текшируви (ўпка тўқимасининг қаттиқлашиш белгилари, плеврит);
- қорин соҳаси кўриги ва пальпацияси (жигар, талоқ ва буйрак пайпасланганда уларнинг катталашиши ва оғриқли соҳаларнинг аниқланиши);
- ректал ва вагинал текширув;
- лимфа тугунлари пальпацияси;
- оёқ томирлари кўриги (тромбоз).



1-расм. **Иситмалашга чалинган беморларни обьектив текшириш**

Асосий лаборатор ва асбобий текширувлар:

- умумий қон таҳлили (гемоглобин, ранг кўрсаткич, лейкоцитлар, ЭЧТ);
- сийдик таҳлили (умумий таҳлил ва уни экиш);
- қоннинг биокиёвий таҳлили;
- қонни экиш;
- кўкрак қафаси ва бурун бўшлиқлари рентгенографияси;
- ахлатни микроскопик текшириш ва экиш;
- балғам таҳлили (агар бўлса);
- қорин тифи, юқумли мононуклеоз, бруцеллез, цитомегаловирусли инфекция, токсоплазмоз ва заҳмни ташхислашда ўтказиладиган махсус текширишлар;
- ОИТС антителасига қон таҳлили;
- иммун ўзгаришларни аниқлаш учун ўтказилиши лозим бўлган текширишлар [ревматизм, тизимли қизил волчанка (ТҚВ) ва бошқалар];
- туберкулинли синама;
- ошқозон-ичак тизимини рентгеноконтраст текшириш;
- ультра товуш текшируви
- ҳосиладан пункция қилиб олинган материални цитологик текшириш;
- лапароскопия;
- биопсия, масалан катталашган лимфа тугундан, тери, жигар, суяк кўмигидан гистологик текшириш учун.

Юқорида санаб ўтилган лаборатор – асбобий текширишлар у ёки бу касалликка хос анамнез, клиник белгилар бўлганда уни тасдиқлаш учун аниқ кўрсатмалар асосида ўтказилади. Бу кўрсатмаларни бемор билан илк бора учрашадиган УАВ яхши билиши ва иситмалашнинг катта қисмини юқумли касалликлар ташкил этганлиги учун уларнинг умумий клиник белгиларини фарқлай олиши лозим.

Инфекцияга боғлиқ тана ҳароратининг кўтарилишига бактериал, вирусли риккетсиозли, паразитар касалликлар олиб келиши мумкин. Биз қўйида уларни ташҳислаш меъзонлари ҳамда УАВ тактикасига қисқача тўхталиб ўтамиз. Ушбу меъзонларни таҳлил қилиш учун бирламчи тизимда ишловчи шифокор иситмалаш билан бирга кечадиган клиник белгиларни ажрата олиши ҳамда уни қайси касалликка хослигини тўғри аниқлаши лозим.

1. Қалтираш (ваража) - одатда тўсатдан пайдо бўлувчи иситмалаш қалтираш билан кечади: зотилжам, йирингли инфекция, бактеремия; сепсис, лимфогранулематоз, ўткир лейкоз, пиелонефрит, безгак, бруцеллез.

2. Тери тошмалари - қизамиқ, қизилча, сув чечак, баъзи стафилококли инфекциялар, қорин тифи, паратиф, токсоплазмоз, экссудатив эритема, дори воситалари таъсиридаги иситмалаш, Стивенс-Жонсон, Лайелла синдромлари, ревматизм, ревматоидли артрит, ТҚВ, Шегрен касаллиги, дерматомиозит, тугунчала периартериит, тугунчали эритема, юқумли мононуклеоз, лептоспироз, иерсиниоз, туляремия, Ку-иситмалар, қайталовчи тиф, геморрагик иситмалар, менингит, бактериал эндокардит.

3. Лимфа тугунлари катталашиши - бурун-томоқ ва оғиз бўшлиғи йўллари яллиғланиши (тананинг юқори қисмидаги лимфа тугунлар катталашиши кузатилади - бўйин, жағ ости, қўлтиқ таги, билак). Бундан ташқари, тананинг барча лимфа тугунларининг катталашиши (сарамас, йирингли лимфаденит, лимфогранулематоз, дифтерия, вирусли инфекция- энтеровируслар, аденовируслар, инфекцион мононуклеоз, ОИТС; бактериал инфекциялар - бруцеллез, сил, оддий паразитлар чақирган касалликлар - токсоплазмоз, лейшманиоз).

4. Танглай, ҳалқум ва оғиз бўшлиғи яллиғланиши - ўткир фарингит, ангина, сурункали тонзиллитнинг қайталаниш даври, бўғма, юқумли мононуклеоз, грипп, аденовирусли инфекция, қизамиқ, менингит, токсоплазмоз, ўткир лейкоз.

5. Йўтал - грипп, аденовирусли инфекция, ўткир ларингит, бронхит, зотилжам, сил, орнитоз, плеврит, ўпка абсцесси ва бошқалар.

6. Терлаш - организмдан иссиқликни чиқариш йўлларидан бири. Иситма тушиши билан кўп терлаш кузатилади. Унинг кўтариши билан тери одатда иссиқ ва қуруқ бўлади. Терлаш доим ҳам иситмалаш билан бирга келмаслиги мумкин. У кўпинча йирингли инфекциялар, инфекцион эндокардит ва бошқа касалликлар учун хам хос.

7. Юқоридагилардан ташқари иситмалашнинг қўйидаги умумий белгилари мавжуд - касалликнинг ўткир бошланиши, бош оғриши, дармонсизлик, артралгия, миалгия, баъзан кўнгил айниши, қайт қилиш, диарея, гепатоспленомегалия, дизурия ва бошқалар.

Иситмалашнинг юқумли табиатли эканлигига шубҳа туғилса, УАВ уларнинг қайси гуруҳга мансублигини аниқлаши лозим: бактериал, паразитар ёки вирусли. Баъзан бактериал ва вирусли инфекция бирга келиши мумкин (микст-инфекция).

*Бактериал инфекцияли иситмалаш*да тана ҳарорати юқори кўтарилиши асосан кечки вақтга тўғри келади. Қайта қалтираш, кучли терлаш, умумий қон таҳлилида – лейкоцитоз, таёқча ядроли чапга силжиган нейтрофилез, ЭЧТнинг ошиши, токсик донадор нейтрофиллар бўлиши мумкин. Шунингдек, баъзан бемор лабларида герпес кузатилади.

Вирусли инфекцияли иситмалашда эпидемиологик анамнезни аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Улар кўпинча бурун-халқум яллиғланиш белгилари ва теридаги тошмалар билан бирга кечади. Кам ҳолатларда эса қалтираш ҳам кузатилади ва уларда умумий интоксикация белгилари устун туради. Умумий қон таҳлилида лейкопения, нейтропения ҳисобига чапга силжиш, аммо ЭЧТ сезиларли ўзгармайди.

Паразитар инфекцияли иситмалаш ўзига хос клиник белгилар билан кечиб, уларни ташҳислашда ҳар бир тур учун махсус ташҳисий услублар қўлланилади.

Гериатрия.

Мавзу: 40 Қариликда функционал ва органик ўзгаришлар. Ёшдаги ўзгаришларни механизми.. Қарияларда ҳаракат тартиби. Остеопороз ва синишлар профилактикаси.

Ўқитиш технологияси

Машғулот вақти 6 соат	Талабалар сони : 10-12 тагача
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Ўқув жараёни структураси	Дарс тематик хона. . Қариликда функционал ва органик ўзгаришлар. Ёшдаги ўзгаришларни механизми..Ўқув предметлари фантомлар, муляжлар, тарқатма материаллар,тестлар . Телевизор, видео мосламалар, мультимедиа
Ўқув жараёни мазмуни: УАШ ни умумий амалиёт врачларининг квалификацион характеристикадаги талабларга ўргатиш,Соғлиқни сақлаш тизимида беморларни олиб бориш ва дифференсил диагностика асослари билан	
Педагогик мақсади:: . УАШни Қариликда функционал ва органик ўзгаришлар. Ёшдаги ўзгаришларни механизми.. Қарияларда ҳаракат тартиби. Остеопороз ва синишлар профилактикаси.. дифференциал диагностикаси хамда унинг келиб чиқиш	**Ўқув жараёни натижалари:** **<u>УАШ билиши керак</u>:** . Қариликда функционал ўзгаришлар. . Қарияларда ҳаракат тартиби . Қариликда органик ўзгаришлар.. . ҚВП ва СВП шароитларида беморларни диспансер кузатувини хамда уларни

сабаблари ва этиологияси бўйича кечиш турини ўргатиш . УАШ харакатларини квалификацион характеристика бўйича тахлил қилиш. . Даволаш принципларини тахлил қилиш (номедекаментоз медекаментоз) . ҚВП ва СВП шароитларида беморларни олиб бориш,кузатиш хамда мониторинглашни тахлил . Шу касалликда бирламчи иккиламчи ва учламчи профилактик чора тадбирларни тахлил қилиш.	мониторинг олиб бориш . Бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика принципларини **<u>УАШ қила олиши керак</u>:** . Гериатрик беморлар диагностикаси учун анамнез ва шикоят маьлумотларини йиға билиш. . Гериатрик беморлар клиник ва лабаратор инструментал белгилар орқали диференсатсия қила билиши. . Гериатрик беморлар беморларини олиб бориш тактикасини танлаш. . Гериатрик беморлар беморларини госпителизатцияга кўрсатмаларини билиши.. . Гериатрик беморларда профилактика чораларии қўллаш. . Гериатрик беморлар беморларнинг мехнатга лаёқатлигини аниқлаш
Ўқитиш усули	«кичик гурухда ишлаш» усули. кўрсатиш, видеолавха, дискуссия, шархлаш, вазиятли масалалар ва тестларни ишлаш.
Ўқитиш жараёнида организацион шакллар	Мустаққил ишлаш, гурухлар билан ишлаш, гурухли, аудиторияда , аудиториядан ташқарида.
Ўқитиш таркиби	Тарқатма ва ўқив материаллар, визуал материаллар, видеолавхалар, муляж,грфик органйзрлар, балғам сурталари,касаллик тарихлари, жадваллар,стентлар,рентген
Қайта алоқа усуллари	Савол жавоб, тест, ўқув дарсини натижасини презинтатцияси, касаллик тарихи тўлдириш,амалий кўникмаларни бажариш презентация результатов выполнения «профессионал сўров»

Дарснинг технологик харитаси

№	Амалий машғулот босқичлари	Машғулот шакли *Ўтказиш жойи*	Машғулот вакти
1	Кириш қисми (мавзуни асослаш)		10

2	Янги педагогик технологияларни қуллаган холда амалий машғулотлар мавзусини мухокама қилиш (касаллик тарихи плакатлар таблицалар ренгинограммалар чиқиш даражасини фарқлаш	Сураш, Мухокама қилиш *Уқув хонаси палаталар*	40
3	Тўғри хулосани мухокама қилиш		10
4	Касбга оид сураб суриштиришни амалий қисимни фарқлашни ургапиш. Касаллик тарихини тўлдириш бўйича қилинадиган ишларни тушунтириш ва рекоментация бериш	Мухокама қилиш	20
5	Ўқитувчи кузатув остида дарснинг амалий қисмини курсатиб бериш.	Проф. суров. Мед картани тўлдириш ва беморлар билан сухбат вазиятли масала *Тематик беморлар куриги*	20
6	Беморни текшурувдаги малумотлар тахлили: шикоятлар курик палпация перкуссия беморлар аускултацияси бундан ташқари УСА УҚА УАА ахлат бакпассиф яширин қонга текшириш рентген	Касалик тарихи, ситуацион масалани лобаритор малумотлар	35
7	Студинтларни назарий амалий билимларни материалларни мустахкамлаш оғзаки билимларни бахолаш даражаларни фарқлаш	Оғзаки суров, тестлар, мухокома, амалий куникмаларни фарқлаш *Ўқув хонаси*	80
8	Билимларни элон қилиш ва 100 баллик системада бахолаш амалий машғулотларни тема буйича натижаларини фарқлаш	Малумот мустақил ишга саволлар *Ўқув хонаси*	25

Талабаларнинг мустақил тайёрланишига теоретик материаллар

XX аср ўрталарига келиб қарилик муаммоларига кўпгина табиий (биология, тиббиёт) ва ижтимоий фанлар (демография, иқтисодиёт ва бошқалар) томонидан эътибор кучайди. Қарилик асосларини ўрганишда биологик ва физиологик текшириш усуллари катта аҳамиятга эга бўлди. 1958 йили Киевда дунёда энг йирик геронтология институти ташкил этилди, 1963 йили Жаҳон Соғлиқни Сақлаш ташкилоти томонидан геронтолог ва гериатрларнинг қарилик жараёнига бағишланган семинари ўтказилди ва унда:

- 20 ёшдан 44 ёшгача ёшлар
- 45 ёшдан 59 ёшгача ўрта ёшлилар
- 60 ёшдан 74 ёшгача кекса ёшлилар
- 75 ёшдан 89 ёшгача қариялар
- 90 ёшдан катта ёшдагилар узоқ умр кўрувчилар, деб қабул қилинди.

Ҳар йили қариялар сони ер юзида 2,4%га кўпаймокда. Бунинг сабаби аҳолининг ижтимоий-иқтисодий ҳолатини, ҳамда гигиеник шароитини яхшиланиб боришидир. Айрим маълумотларга кўра, 2020 йилга бориб кекса ва қариялар сони 1 миллиардга етиши мумкин.

Геронтология ва гериатрия тиббий биология фани билан чамбарчас боғлиқ бўлиб, қариш сабабларини молекула ва ҳужайралардан то бутун организмгача ўрганади. Кекса ёшдаги беморларга хизмат қилиш ҳар бир тиббиёт ходимининг меҳнати асосини ташкил килади. Чунки тиббий хизматга муҳтож беморларнинг 25-30 фоизи кекса ёшдаги беморлардир.

Маълумки, демографик кўрсаткичлар қариялар ҳисобига кўтарилиб бормоқда. Бу эса ўз навбатида геронтология ва гериатрия соҳасидаги билимлар доирасини янада чуқурроқ кенгайтиришни талаб қилди.

Геронтология фани таркибига: қариш биологияси, гериатрия, геронтопсихология, герогигиена, геродермия, геродиетика ва героэкология киради.

Гериатрия – кекса, ёши улуғ кишиларда касалликларнинг кечиш хусусиятларини ўрганадиган фан хисобланади.

Геронтопсихология – кексалар психик холатини ва феъл-атворини ўрганади.

Герогигиена – кексайган ва катта ёшдаги кишилар гигиенасини ўрганади.

Геродермия – кексайган кишилар тери қоплами хусусиятларини ўрганувчи бўлимдир.

Геродиетика – кексайган кишилар овқатланиши ва унинг хусусиятларини ўрганади.

Героэкология – қариш жараёнига экологик омилларнинг таъсир этишини ўрганувчи бўлимдир.

ОВҚАТ ҲАЗМ ҚИЛИШ ТИЗИМИНИГ ЁШГА АЛОҚАДОР ЎЗГАРИШЛАРИ

Ҳазм системаси. Ҳазм аъзолари фаолиятида қаришга тааллуқли бўлган ўзгаришлар кузатилади. Оғиз бўшлиғининг ҳажми кичрайиб, тишлар тўкила бошлайди. Тилдаги ипсимон сўрғичлар йўқолиб сўлак безлари камайиб кетади.Сўлак безларининг функцияси пасайиши, тишларнинг тушиб кетиши, оғиз бўшлиғида овқатнинг механик майдаланишини ёмонлаштиради. Юздаги мимика ва чайнов мускуллари атрофияга учраб, чайнаш жараёнини қийинлаштиради, овқат ҳазм бўлишини бузади. Қизилўнгач деворларидаги секретор ҳужайралар камайиб, мускул қавати бириктирувчи тўқима билан алмашади ва бу атрофик ўзгаришлар қизилўнгачни узайтириб, овқат ўтишини қийинлаштиради.

Меъда деворидаги атрофик ўзгаришлар унинг юпқалашишига олиб келади ва секретор аппарат ишини издан чиқаради. 60 ёшдан ошган кишиларнинг 1/3 кисмида ахлоргидрия топилади. Ёш қайтган сари гепатоцитлар сони камайиб жигар массаси кичрайиб боради.

Бу эса жигарнинг антитоксик функциясини ва моддалар алмашинувининг бузилишига олиб келади.

Ўт пуфаги мускул қаватининг тонуси пасайиб унинг ҳажми катталашади, қисқариши сусаяди ва ўтнинг димланиб қолишига сабаб бўлади. Бу ҳолат кексаларда ўт-тош касаллигини ривожлантиради.

Меъда ости безининг атрофияси оқибатида ациноз ҳужайралар камайиб, уларнинг ўрнини бириктирувчи тўқима эгаллайди. Ациноз ҳужайралардаги секретор гранулаларнинг панкреатин ширасини ишлаб чиқариши камаяди. Меъда ости безининг оролчаларидаги В-ҳужайраларнинг камайиб кетиши кексалар қонида глюкоза миқдорининг ортиқроқ бўлишига сабаб бўлади. Ингичка ва йўғон ичак деворларидаги атрофик ўзгаришлар ичакларнинг узайишига олиб келиб, ундаги овқатнинг сўрилишини сусайтиради,йугон ичак перистальтикаси пасаяди.Натижада кабзият ривожланади.

ОВҚАТ ҲАЗМ ҚИЛИШ ТИЗИМИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Сурункали гастрит – кексаларда кўп учрайдиган касаллик бўлиб, меъда шиллиқ пардаси яллиғланиши, секретор ва мотор функцияларининг бузилиши билан кечади.

Овқатланиш тартибининг бузилиши, кўп овқатланиш, спиртли ичимликларни кўп истеъмол қилиш, чекиш нейрогуморал регуляциянинг издан чиқиши касалликни келтириб чиқаради. Кексаларда кўпроқ ахлоргидрия ва ахилия билан кечадиган атрофик гастрити учрайди. Беморларни кўнгил айниши, қайт қилиш, ҳаво билан кекириш, эпигастрал соҳанинг оғир бўлиб туриши ва оғриқлар безовта қилади.

Гериатрик беморлардаги сурункали гастритни миокард инфарктининг гастралгик шаклидан фарқлаб олиш керак. Албатта ЭКГ ўтказиш лозим. Диагностика учун эндоскопияда биоптат олиб цитологик текшириш керак. Кекса ёшдаги беморларда, кўпинча, диффуз (пангастрит) атрофия билан кечувчи гастрит учрайди.

Сурункали гастритни даволашда овқатланиш тартибига риоя қилиб, чекиш, ичишга барҳам бериш зарур. Дорилардан H_2 - гистамин рецепторлари блокаторлари (ранитидин,фамотидин ва б.) ёки протон помпа ингибиторлари (омепразол ва б.), ацидин-пепсин, панкреатин, панзинорм, но-шпа, церукал,сульпирид тайинланади. Сурункали гастрит билан оғриган беморлар оилавий шифокор ва ҳамшира кузатуви остида даволаниши ва профилактик чора-тадбирларни амалга ошириб боришлари керак. Ахилик гастритни меъда ракига ўтиб кетиш эҳтимоли бўлгани учун беморлар йилида бир марта комплекс текширувдан ўтиб туришлари лозим.

Меъда раки. Бу касаллик 60-70 ёшли беморларда кўп учрайди. Меъда ракининг аёллар ва эркакларда учраш нисбати 1:2. Бу касаллик сурункали атрофик гастрит, меъда яраси фонида ривожланиши мумкин. 60-70% да меъданинг антрал қисмида жойлашган бўлади. Кексаларда меъда раки секин-аста ривожланиб, метастазларни кўпроқ беради.

Бемор иштаханинг пасайиши, эпигастрал соҳада оғирлик, ноқулайлик, оғриқ сезиш, озиш, баъзан кўнгил айнаш ва қусишга шикоят қилади. Беморнинг озиб кетиши, қонида гипохром анемия кузатилиши, рентгенологик ва цитологик текширувлар асосида меъда раки тасдиқланади.

Радикал операцияни, соматик касалликлар бўйича карши кўрсатма бўлмаса, 75 ёшгача бўлган кексаларда ўтказиш мумкин. Кексаларда юрак қон томир касалликлари кўп учрагани сабабли меъда ракини оператив йўл билан даволашга шароит бўлавермайди. Консерватив давода оғриқ қолдириш учун аввал фамотидин, омепразол, кейинчалик наркотик анальгетиклар (промедол,трамадол ва б.), тинчлантирувчи дорилар, қон ёки эритроцитар масса қуйиш буюрилади. Овқат осон сингадиган, оқсил, ёғлар ва витаминларга бой бўлиши керак. Меъда ракининг олдини олиш учун ракдан олдин бўладиган касалликлар: сурункали атрофик гастрит, меъда яраси, меъда полипозига даво қилиш керак.

Яра касаллиги. Бу сурункали рецидив билан кечувчи, прогрессивлаб борувчи касаллик бўлиб, меъда ва ўн икки бармокли ичакда кўпроқ ривожланади. 60 ёшдан ошган беморларнинг 20%да яра касаллиги учрайди. Яра касаллиги (ЯК) 2 хил бўлади:

- «эски» яра, бу бемор ёшлигида орттирган касаллиги;
- «қарилик» яраси, бу бемор кексайганда пайдо бўладиган

касалликдир. Қариликда пайдо бўлган яра кўпинча кардиал соҳада жойлашган бўлади. Меъда қон томирлардаги склероток ўзгаришлар, шиллиқ пардадаги атрофик ўзгаришлар, сурункали меъда касалликлари қариликда яра пайдо бўлиши учун шароит яратиб беради.

ЯКни аниқлаш анамнезни, шикоятларни ва физикал текширув (пальпация ва перкуссия) натижаларини ўрганишдан бошланади. Касаллик клиникаси кам ифодаланган бўлиб, диагноз қўйишни қийинлаштиради. Аммо ЯКни клиникасида оғриқ симптоми асосий ҳисобланади. Эрта пайдо бўлувчи оғриқлар меъда ярасига, кечки, тунги оғриқлар эса ўн икки бармоқли ичак ярасига хос. Лекин кексаларда бундай холат хар доим бўлавермайди. Баъзан жиғилдон қайнаши, кўнгил айнаши, озиш кузатилиши мумкин. Диагноз инстументал текширувда, яъни эндоскопияда биопсия олиб гистологик текшириш ёки рентгенография усули билан аниқланади.

Даволашда биринчи навбатда чекиш ва ичкиликлар ичишни тақиқлаш зарур.Парҳезга риоя қилиш тайинланади.Овқатни кун давомида 4-5 марта қабул қилиш мақсадга мувофиқ. Бунда холестерингa бой ёғли таомлар, аччиқ чой, кофе ичиш тақиқланади. Овқат витаминга бой бўлиши керак. Консерватив даво учун протон помпа ингибиторлари (омепразол,пантопразол,лансопразол ва б.), H_2 - гистамин рецепторлари блокаторлари (ранитидин,фамотидин ва б.) антацид воситалар (алмагель,фосфалюгель) тавсия этилади. Тинчлантирувчи, анаболик воситалар, биостимуляторлар, спазмолитиклар, метилурацил, солкосерил тайинланади. Физиотерапевтик муолажалардан 5%ли новокаин билан эпигастрал соҳага электрофорез тавсия этилади.

Агар ЯКда НР инфекцияси топилса, уни эрадикацияси учун антимикроб препаратлар (амоксициллин,кларитромицин,тетрациклин,метронидазол)
протон помпа ингибиторлари билан биргаликда уч ёки тўрт компонентли схемада (П.Я.Григорьев, 2004 бўйича) берилади.

12 бармоқ ичак ва ошқозон яра касаллигида медикаментоз терапия вариантлари (П.Я. Григорьев,2004)

I вариант

Препарат	Миқдори	Давомийлиги
омепразол (лосек)	20 мг. (капсула) 2 маҳ. эрталаб ва кечқурун	14 кун
	+	
кларитромицин (клацид)	500 мг. (капсула) 2 маҳ., кунига 1г., овқатдан кейин	7 кун
амоксициллин	500 мг. (капсула),2та дан 2 маҳ., кунига 2г., овқатдан кейин	7 кун
	ёки	
метронидазол	500 мг. кунига 2маҳ. овқатдан кейин	7 кун
фуразолидон	0,2 г. кунига 2 маҳал овқатдан кейин	7 кун
тетрациклин	500 мг. (таблетка),2 та дан 2 маҳ., кунига 2г.овқатдан кейин	7 кун

Одатда ушбу комбинация 7 кун мобайнида қўлланилади. Зарур бўлганда протон помпа ингибиторларин 6 ҳафта мобайнида давом эттирилади.

II вариант

Омепразол (Лосек)	20 мг. 2маҳ. кунига	14 кун
Де-нол	120 мг 4 маҳ. кунига	14 кун
Тетрациклин	250 мг.дан 4 маҳ. ёки 500 мг. 2 маҳ. овқатдан кейин	14 кун
Амоксициллин	500 мг. 4 маҳ. овқатдан кейин	14 кун
	ёки	
Метронидазол	250 мг. 4 маҳ. кунига ёки 500 мг. 2 маҳ. кунига овқатдан кейин	14 кун
Фуразолидон	0,1 мг. 3 маҳал кунига овқатдан кейин	14 кун

Кексаларда яранинг битиши қийинроқ бўлади,шуни хисобга олиб даволаш муддати индивидуал хал қилинади. Юкоридаги антисекретор препаратлар қўлланилганда 4 хафтадан кейин гастродуоденал яраларнинг чандиқланиши 80-85% га етади.

Перфорация, пенетрация, ярадан қон кетиш, стеноз каби асоратлар бўлса, оператив даво зарур.

Сурункали гепатит – жигар ҳужайраларидаги яллиғли дистрофик ўзгаришлар билан характерланади ва бу жараён 6 ойдан ортиқ давом этади. Кексалардаги сурункали гепатит ёшликда орттирган касаллиги оқибатида келиб чиққан бўлиши мумкин. Сурункали гепатит (СГ) кўпинча ўткир вирусли гепатитдан (В,С,Д) кейин ривожланади. Аутоиммун ва токсик гепатитлар хам мавжуд. Кексаларда сурункали гепатитлар фаоллиги ўрта ва баланд бўлганда оғирроқ кечади.Астеновегетатив синдром билан характерланади.Беморлар дармонсизлик, тез чарчаш, иштаҳанинг йўқолиши, кўнгил айниши, озиш, бадан сарғайиши,ўнг қовурға остида оғриққа шикоят қиладилар. Объектив кўрувда ва УТТда жигар катталашиши, баъзан, талоқ катталашиши кузатилади.

Сурункали гепатит билан оғриган беморларда, касалликни фаол даврида умумий оқсил миқдори камаяди. Тимол синамаси мусбат бўлади. Умумий билирубин, ферментлар АлАТ ва АсАТ миқдори ошган бўлади. Вирусли гепатитларда қонда вирус маркерлари (HBsAg, ДНК HBV, анти-HCV, РНК HCV, РНК HDV) топилади.

Сурункали гепатитни даволашда парҳезга катта эътибор бериш керак. Ёғлар чекланиб, оқсилга бой, калорияли, осон ҳазм бўладиган овқатлар тайинланади. Липотроп воситалар, витаминотерапия, ўт хайдовчи қайнатмалар, спазмолитиклар, минерал сувлар буюрилади. Вирусга қарши интерферонтерапия фақат кўрсатма аниқлангандан сўнг ўтказилиши мумкин.

Аутоиммун гепатитда астеновегетатив синдром билан бирга жигардан ташкари систем ўзгаришлар кузатилади (аутоиммун тиреоидит, қандли диабет,гемолитик анемия). Конда аминотрансферазалар миқдори меёридан 5-10 марта ошиб кетади, гипергаммаглобулинемия кузатилади.

Сурункали гепатитлар фаол даврида дезинтоксикация ўтказилади(5% глюкоза ва аскорбин кислотаси вена ичига, лактулоза ичишга), кўрсатма бўлса, кортикостероидларни қўллаш мумкин. Ремиссия даврида беморларга санаторий ва курортларда даволаниш ҳамда дам олиш тавсия этилади.

Жигар циррози(ЖЦ) – сурункали прогрессивлаб борувчи касаллик, фиброз ривожланиши ва паренхиматоз тугунлар пайдо бўлиши ҳисобига аъзо структурасининг бузилиши билан характерланади. Гериатрик беморларда жигар циррози кўп учрайди. Жигар циррози кўпинча сурункали гепатит оқибатидир. Жигар циррози алкоголизм, заҳарланиш, инфекцион касалликлар, қандли диабет, оқибатида ҳам пайдо бўлиши мумкин. Шикоятлари: кучли ҳолсизлик, тез чарчаш, иш қобилиятининг пасайиши (астеник синдром), бурундан қон кетиши, милклардан қон кетиши (геморрагик синдром), иштаҳанинг пасайиши, қорин шишиши ва катталашиши, ич келишининг бузилиши (диспептик синдром), қорин ўнг қисмида ўткир бўлмаган оғриқ, терида қичишиш, тана ҳароратининг ошиши, озиб кетиш.

Объектив кўрикда: кўзга кўринган шиллиқ қаватлар, склералар ва тери сариқлиги, қорин олд девори веналарининг кенгайиши, кафт эритемаси, Дюпюитрен контрактураси, юзда майда ипсимон қон томирларини пайдо бўлиши, «томирли юлдузчалар» симптоми, эркакларда гинекомастия, жигар ҳажми, шакли ва консистенциясининг ўзгариши, спленомегалия, қорин катталашиши,озиш кузатилади. Лаборатор текширувлардан: қон ва сийдикнинг умумий таҳлили, тромбоцитлар ва ретикулоцитлар, копрограмма, умумий оқсил ва оқсил фракциялари, умумий билирубин ва унинг фракциялари, АсАТ, АлАТ, ИФ, ГГТП, қондаги холестерин,

мочевина, фибриноген, калий, натрий ва темир миқдори, қон гуруҳи ва резус-фактор, ахлатни яширин қонга текшириш, вируслар маркерлари (HBsAg, C, D гепатит вирусига антитаналар) аникланади.

Инструментал текширувлардан жигар, ўт пуфаги, ошқозон ости бези, талоқ ва портал система томирлари УТТи, эзофагогастродуоденофиброскопия қилиш зарур. Қўшимча текширувлар (кўрсатмалар бўйича): жигар биопсияси, биоптатни гистологик текшируви, коагулограмма, қондаги иммуноглобулинлар, параабдоминоцентез, асцит суюқлигини биохимик, бактериологик ва цитологик текширувлари.

Кўрсатма бўйича мутахассислар маслаҳати: окулист, уролог, гинеколог, хирург.

Даволаш чора-тадбирлари. Жигар циррози компенсация даври: (Чайлд-Пью бўйича А синфи 5-6 балл: билирубин < 2 мг. %, альбумин > 3,5 г. %, протромбин индекси 60-80, асцит ва жигар энцефалопатияси йўқ.

Бунда панкреатин (креон, панцитрат, мезим ва бошқа ўхшашлар) 1 дозадан кунига 3-4 маҳал, курс давомийлиги – 2-3 ҳафта. Этиологик терапия: В вирусли жигар циррозида – ламивудин 100мг.дан кунига 1 маҳал 6-12 ой давомида; С вирусли жигар циррозида – альфа-интерферон (роферон А ва б.) 3 млн. ХБ дан ҳафтасига 3 марта 6 ой мобайнида.

Жигар циррози субкомпенсация даври: (Чайлд-Пью бўйича В синф – 7-9 балл: билирубин 2-3 мг. %, альбумин 2,8-3,4 г. %, протромбин индекси 40-59, жигар энцефалопатияси III даража, катта бўлмаган транзитор асцит).

Бунда парҳез, оқсил чегараланган (0,5 г/кг. тана оғирлигига) ва ош тузи (суткасига 2,0г.гача); Спиронолактон (верошпирон) кунига 100 мг. доимо; Фуросемид ҳафтасига 40-80 мг.дан доимо ва кўрсатмалар бўйича. Лактулоза (дюфалак) кунига 30-60 мл. кўрсатмага кўра; Ампициллин ёки неомицин сульфат кунига 0,5г. дан 4 маҳал. Ҳар икки ойда 5 кунлик курс; β – блокаторлар (анаприлин, индерал) 10-20 мг дан 4 маҳал доимо.

Жигар циррози декомпенсация даври. (Чайлд-Пью бўйича С синф 9 баллдан кўпроқ: билирубин 3мг. %, альбумин 2,7% ва ундан кам, протромбин индекси 39 ва ундан кам, жигар энсефалопатияси 3-4 даражаси, катта торпид асцит).

Бунда интенсив даволашнинг 10 кунлик курси ўтказилади. Терапевтик парацентез асцитик суюқликни бир марта чиқариш билан ва бир вақтнинг ўзида 1,0 л. олинган асцитик суюқлик ҳисобига 50мл. 10% альбуминни ва 150-200 мл. полиглюкин эритмасини вена ичига қуйиш.

Лактулоза (дюфалак) билан ҳўқна (1 литр сувга 75-100мл.), агарда қизилўнгач, меъда-ичаклардан қон кетиш ҳақида маълумотлар бўлса ва қабзият бўлса. Ампициллин ёки неомицин сульфат кунига 1,0 г. дан 4 маҳал, даволаш курси 5 кун.

Даволашнинг доимий узайтирилган курси: спиронолактон (верошпирон) кунига 100 мг.дан ичишга доимо. Фуросемид 40-80 мг. ҳафтасига 1-2 марта, спиронолактондан кейин 4-куни. Лактулоза (дюфалак) суткасига 30 мг. ичишга кўрсатма билан.

β – блокаторлар (анаприлин, индерал) кунига 10-20 мг.

Аутоиммунли гепатитдан кейинги жигар циррози: Преднизолон кунига 5-10 мг. – доимий ушлаб турувчи доза.

Бирламчи билиар цирроз: Урсодезоксихолли кислота (урсосан ва б.) кунига 750 мг. – доимий.

Гемохроматозда жигар циррози (жигар пигментли циррози): қон чиқариш (500 мл. дан ҳар ҳафтада, токи гематокрит 0,5 дан камайгунча ва зардоб темир боғлаш қобилияти 50 ммоль/л дан камайгунча). Инсулин қандли диабет даражасини ҳисобга олган ҳолда берилади.

Вильсон – Коновалов касаллигидаги жигар циррози: Пеницилламин (купренил ва бошқа ўхшашлар), ўртача доза кунига 1000 мг. дан доимий қабул қилинади. Сурункали В ва С вирусли гепатитнинг актив фазаси фонида ривожланган ва прогрессивлашиб бораётган жигар циррозида: альфа-интерферон (роферон А ва б.) вирус репликацияси бўлса ва юқори активлик даражасида, асосланган кўрсатмага кўра, буюрилади.

Жигар раки – кекса ёшдаги беморларда кўп учрайди. Қорин бўшлиғида учрайдиган хавфли ўсмаларнинг 50%и албатта жигарга метастаз беради. Бунда беморнинг аҳволи ёмонлашиб, жигар катталашади. Қаттиқ ва ғадир-будур бўлиши кузатилади, пальпацияда оғриқ кучаяди. Жигар ракининг асорати: қорин бўшлиғига қон қуйилиши, коллапс, анемия ва беморнинг ўлимидир. Ташхисни аниқлашда УТТ ва компьютер томографияси катта ёрдам беради. Беморлар асосан онкология бўлимда даволанади.

Ўт-тош касаллиги. Ўт-тош касаллиги - гепатобилиар тизим касаллиги бўлиб, билирубин ва холестерин алмашувининг бузилиши натижасида келиб чиқади. Ўт пуфагида ва ўт йўлларида тош ҳосил бўлиши билан характерланади. Холестерин ва пигмент тошлар ажратилади.

Шикоятлар: қорин ўнг юқори квадрантида, айрим ҳолларда эпигастрал соҳада ва кўпинча ўнг куракка иррадиацияланувчи, рецидивланувчи оғриқлар. Оғиқ пайдо бўлиши кўпинча ёғли овқат егандан кейин бошланади. Калькулёз холециститда оғриқлар ҳаракатдан кейин кучаяди. Объектив кўрувда: холециститда қорин дам бўлиши, газларнинг кўплаб чиқиши, ўт пуфаги проекциясида таранглик ва пальпацияда оғриқ кузатилади. Пальпатор жигар катталашиши кўпинча холангитда учрайди. Лаборатор текширувлардан: қон ва сийдик таҳлили, қондаги холестерин, амилаза, қанд миқдори, копрограмма, қон гуруҳи ва резус фактори, дуоденал сокни бактериологик текширув, умумий билирубин ва унинг фракциялари, АсАТ, АлАТ, ИФ, ГГТП, умумий оқсил ва оқсил фракциялари, С-реактив оқсил миқдори аниқланади. Инструментал текширувлардан:: қорин бўшлиғи рентгенографияси, жигар, ўт пуфаги, ошқозон ости бези ва талоқ УТТи; эндоскопик ретроград холангиопанкреатография (кўрсатмалар бўйича), электрокардиография натижалари тахлил қилинади.

Қўшимча текширувлар диагноз ва асоратларга боғлиқ ҳолда ўтказилади.

Даволаш чора-тадбирлари: касаллик диагнозига боғлиқ ҳолда белгиланади.

Холециститлар – ўт пуфагининг сурункали яллиғланиши бўлиб, билиар тизимдаги мотор-тоник бузилишлар оқибатида ривожланади, ўткир ва сурункали формалари фарқ қилинади. Ўткир холециститнинг 90% сабаби бу ўт-тош касаллиги ҳисобланади. Сурункали холицистит кексаларда ёшликда орттирилган касалликнинг давоми ҳисобланиб, кўпроқ тўла аёлларда учрайди. Сурункали холицистит тошли ва тошсиз бўлиши мумкин.

Шикоятлари: Ўнг қовурға остида, баъзан эпигастрал соҳада бир неча соатлар давом этадиган оғриқлар. Оғриқлар ёғли ва қовурилган овқатлар, тухум, совуқ газли сувлар, пиво, ўткир маҳсулотлар истеъмол қилинганда бошланади ва кучаяди. Айрим ҳолларда оғриқлар кўнгил айниши, кекириш, қорин дам бўлиши, тана ҳароратининг кўтарилиши, қорин юқори қисмларида

доимий бўлиб турувчи оғирлик ҳисси билан кечади. Объектив кўрувда: ўт пуфаги проекциясида оғриқ, айниқса, нафас олганда Мерфи симптоми.

Бирламчи текширувлар: Лаборатор: қон ва сийдикнинг умумий таҳлили, қондаги холестерин, амилаза, қанд, қон гуруҳи ва Rh-фактор, копрограмма дуоденал сокни бактериологик, цитологик ва биохимик текшириш, қондаги билирубин ва унинг фракциялари, АсАТ, АлАТ, ИФ, ГГТП, қон умумий оқсили ва оксид фракциялари, қон зардобидаги С-реактив протеин.

Инструментал: УТТ-жигар, ўт пуфаги, ошқозон ости бези, дуоденал зондлаш, эзофагогастродуденоскопия, кўкрак қафасининг рентген текшируви.

Овқатланиш тартибини ўзгартириш бўйича тавсиялар: ёғли ва қовурилган таомлар, алкоголь ичимликлари, шунингдек, пиво, газлаштирилган ва совутилган ичимликлар, ўткир тамаддиларни ман этиш; оз-оздан, тез-тез овқатланиш (суткасига 4-5 марта), озиқ-овқат маҳсулотларини қайнатиш ёки буғда тайёрлаш ва илиқ ҳолда истеъмол қилиш; шунингдек, сабзавот ва ёрмали маҳсулотларни газ печида тайёрлаб истеъмол қилиш мумкин.

Дорилар билан даволаш: хуруж даврида: антибактериал даво (имкони бор_вариантлар): ципрофлоксацин 500-750 мг. дан кунига 2 маҳал 10 кун мобайнида ёки доксициклин ичишга ёки венага кунига 200 мг. гача томчилатиб қуйилади, кейин касалликнинг оғирлигига боғлиқ ҳолда кунига 100-200 мг. дан 10-15 кун берилади.

Овқатдан 1 соат олдин ёки овқатдан 2-3 соатдан кейин эритромицин ичиш лозим. Қабул қилиш дозаси 400-600 мг. дан,. Кейин 200-400 мг. дан хар 6 соатда 7-14 кун давомида инфекциянинг оғирлигига боғлиқ.

Кунига 2 маҳал овқатдан кейин касалликнинг оғирлигига боғлиқ ҳолда 250-500 мг. дан 10-15 кун давомида цефалоспоринлар ичиш лозим. Септрим (бисептол, бактрим, сульфатон) 480-960 мг. дан кунига 2 маҳал 12 соатлик оралиқ билан 10 кун давомида ичилади.

Препарат дуоденал таркибни бактериологик текшириш натижаларига ва клиник самарага боғлиқ ҳолда танланади. Хуруж даврида симптоматик даво: Спазмолитик препаратлар (керак бўлганда аналыгетиклар билан бирга) оғриқ синдроми йўқолгунча тавсия қилинади: бускопан 2%ли эритма-1,0 мл. м/о суткасига 3-4 марта, ёки но-шпа 2%ли эритма-2,0 мл. м/о суткасига 3-4 маҳал ёки метацин 1%ли эритма-2,0 мл. м/о суткасига 3-4 маҳал, ёки папаверин 2% ли эритма-2,0 мл. м/о суткасига 3-4 марта.

Дезинтоксикацион даво: полидез 200-400 мл. в/и томчилаб 3-4 кун.

Ошқозон ва 12 бармоқ ичак фаолиятини меъёрлаштиришга йўналтирилган даво: маалокс, ёки фосфалюгель, ёки гастерин гель, ёки бошқа антацид препаратлар 1 дозадан овқатдан 1,5-2 соат ўтгандан сўнг қабул қилинади.

Дигестал, фестал, креон, мезим форте ёки бошқа полифермент препаратлар овқат вақтида 1-2 дозадан қабул қилинади.

Ремиссия даврида: метоклопромид (церукал) ва мебеверин (дюспаталин) 200мг кунига 2 маҳал ёки симетикон(эспумизан) ёки метеоспазмил 1капсуладан кунига 3 маҳал 2 ҳафта; фебихол 2 капсуладан 3 маҳал овқатдан олдин ёки аллохол 2 таблеткадан 3-4 маҳал кунига овқатдан кейин буюрилади.

Қабзият. Қабзият деб 3 сутка давомида ич келмаслик (дефекациянинг йўқлиги), тўлиқ ич келмаганлик ҳисси ва қориндаги дискомфортга айтилади. Қабзиятда ич келиши қийинлик билан,

қаттиқ юмалоқ шарчалар (“қўй қумалоғи”) ҳолатида бўлади. Суринкали қабзиятда бу симптомлар 6 кун ва бир ҳафта давомида кузатилади.

Маълумки, ич келиши (дефекация акти) тўғри ичак ампула қисми деворидаги хемо- ва механорецепторлар таъсирланиши оқибатида сигмасимон ичак заҳирасидан пропульсив перистальтика таъсирида тушувчи ахлат массаси туфайли юз беради. Шу билан бирга тос туби мускули рефлектор равишда бўшашади, аноректал бурчак ўзгаради, ички ва ташқи анал сфинктер очилади ва охир оқибатда ахлат ажралиб чиқади (ич келади).

Касални даволаш тактикасини белгилаш учун бемордаги қабзият сабаблари аниқланади. Улар асосан қуйидагилар:

- Ич келишидан ташқари бўлган сабаблар (ўсмалар, тўғри ичак тушиши, ичакни сурункали буралиши);
- Ичак ичи сабаблари (ўсмалар, ичак стриктуралари, дивертикуёз, лимфогранулематоз, сифилис, туберкулёз, эндометриоз, иммун ва ишемик зарарланишлар);
- Йўғон ичак девори мускул қавати функциясини бузилиши (дивертикулёз, ичак таъсирланиш синдроми, тизимли склеродермия, дерматомиозит, чамбар ичак сегментар дилятацияси);
- Тўғри ичак касалликлари (ректоцеле, инвагинация);
- Анал канали касалликлари (аноректал леватор синдроми, анал канал шиллиғи тушиб қолиши;
- Функционал ва психоген (сув ва ўсимлик клечаткаларини организмга етарли тушмаслиги, физик активлик пасайиши);
- Қабзиятни ичакдан ташқари бўлган сабаблари алоҳида кўрилади: аганглиоз (Гиршпрунг касаллиги гипо - ёки гиперганглиоз, ганглионейроматоз, ичак идиопатик псевдообструцияси, диабетик нейропатия), марказий нерв тизими касалликлари (“от думи”(конский хвост) ўсмаси, тарқоқ склероз, мия устуни жароҳати, Паркинсон касаллиги, мияда қон айланишининг бузилиши, Альцгеймер касаллиги ва ҳоказолар). Қуйидаги дорилар доимо қабул қилинганда (опиатлар, антихолинэргик ва спазмолитик воситалар, гипотензивлар,паркинсонга қарши воситалар, диуретиклар, антацидлар, айниқса кальций ва алюминий сақловчилар, темир ва висмутли препаратлар, бўшаштирувчи (слабительные) моддалар);

Қабзият метаболик бузилишлар оқибатида ҳам келиб чиқиши мумкин (гипокалиемия, гипокальциемия, гипо - ёки гипермагниемия, гипотиреоз, қандли диабет, азотемия, порфирия, феохромоцитома ва б.)

Шикоятлари: 3 сутка давомида эркин ҳолда ич келмаслиги, ахлатни қаттиқ ва “қўй қумалоғи” ҳолатида келиши, қорин оғирлик ҳисси, баъзида ҳолсизлик ва тез чарчаш – бу симптомларнинг барчаси овқатланиш тарзи тўғри йўлга қўйилганда ҳам ва сурги воситалар берганда ҳам ўтиб кетмайди, балки кўпроқ ривожланиб боради. Объектив кўрувда: тана массаси турғун, қорин дам, қорин пайпаслаганда енгил оғриқ кўрилади.

Текширувлар. Лаборатор: қон ва сийдикнинг умумий таҳлили, қондаги билирубин, АсАТ, АлАТ, ИФ, ГГТП, копрограмма, ахлатни дисбактериозга текшириш, ахлатни яширин қонга текшириш.

Инструментал: ректороманоскопия биопсия билан, анусни бармоқ орқали текшириш, ирригоскопия, қорин бўшлиғи ва кичик тос аъзоларининг УТТи, электрокардиография, ЭГДФС, колонофиброскопия биопсия билан – кўрсатмага кўра.

Диагностика. Анусни бармоқ орқали текшириш, ва ректоромоноскопияда текшириш қабзият сабабларини истисно қилади. Шу билан бирга минимал диагностик текшириш ўз ичига қуйидагиларни олади: тўғри ичак ва чамбар ичакни барий билан рентген текшируви, ректоромоноскопия. Қорин бўшлиғи ва кичик тос аъзоларининг УТТи, айрим ҳолларда колофиброскопия қилинади. Баъзи беморларда қабзият сабабини аниқлаш қийин. Бу ҳолларда сурункали қабзият йўғон ичак инерт, идеопатик ёки проктоген дейилади.

Даволаш чора-тадбирлари. Касаллик симптомларини бемор ёрдамида йўқотиш (тўлақонли овқатланиш, ҳаёт тарзи, дорилар билан даволаш ва ҳоказо). Кўп ҳолларда, функционал қабзият бўлганда врачнинг тавсиялари ёрдамида бемор ўзи курашиши мумкин.

Касаллик симптомларини бемор ёрдамида йўқотиш (қуйидаги тавсиялар ёрдамида):

- Қишда ҳар куни 0,5кг сабзавот ва меваларни “кулинар” ишлов бериб истеъмол қилиш, ёзда улар миқдорини 1кг га ошириш;
- Ҳар куни 1,5 – 2 литр алкоголи бўлмаган суюқлик ичиш – чой, кофе, компот, шарбат ва ҳоказо;
- Қора нон истеъмол қилиш;
- Системали ҳаракат активлиги -1 соат давомида тез юриш ва тўхтамасликка

ҳаракат қилиш, бассейнда чўмилиш, регуляр гимнастика ёки ҳар куни қорин олдинги деворини массаж қилиш, буларнинг ҳаммасини бемор ўзи қила олади (эрталабки чойдан олдин қилинса, мақсадга мувофиқ); ҳар куни кечқурун қайнаган сувга 4 донадан 10 донагача чернослив (қора маймоқ) ивитиб, дамлама тайёрлаб қўйиш, эрталаб дамламани ичиш. Эрталабки нонуштада албатта 1 стакан шарбат (сабзи, помидор ва ҳоказолар) ва сабзавот ёки мевалардан қилинган салатлардан истеъмол қилиш;

Одатда, нонуштадан сўнг ич келиши кузатилади ва ич келмаган ҳолатда ҳам санитар хонага (туалетга) бориш, унитазда бургут ҳолатида (поза) ўтириш, яъни тиззаларни қорингa сиққан ҳолда ва шошмасдан ичакни бўшатишга ҳаракат қилиш керак. Қабзиятга мойиллиги бўлганлар ҳар куни шундай қилиши керак (масалан, 2 сутка давомида ичи келмаслигида).

Кўп йиллар давомида қабзият билан касалланганларни бу муолажалар билан тузатиб бўлмайди. Айниқса, етарли даражада суюқлик ича олмаслик, сабзавот ва меваларга қарши кўрсатмаси бўлганда, регуляр актив ҳаракати бўлмаса. Бу ҳолатларда сурги дорилардан фойдаланилади. Бошида ич келишини нормаллаштириш мақсадида зарарсиз сурги дорилар берилади. Бундай воситаларга лактулоза (дюфалак), форлакс ва бошқалар киради. Лактулоза, қабзиятни коррекция қилиш мақсадида, кунига 1 маҳал нонушта вақтида 15-30 мл дан берилади, қабул қилиш давомийлигини врач белгилаб беради. Кутиладиган

натижага эришиш мақсадида форлакснинг 2 та пакетидаги дори 1 стакан сувга аралаштирилади. Нонушта вақтида ва иккинчи доза кечки овқат вақтида 10 кун давомида ва ундан кўпроқ ичилади.

Амбулатор шароитда доимий ушлаб турувчи даво (бемор учун қўлланма сифатида):

- Диета ва суюқликнинг режими;
- Физик фаолликни сақлаш ва массаж қилиш;
- "Талабга кўра" медикаментоз даво;
- Кутилган натижа бермаганда врачга мурожаат қилиш.

Даво кўп ҳолларда амбулатор шароитда олиб борилади.

Стационар даво алоҳида ҳолларда олиб борилади. Стационар шароитдаги даво давомийлиги врачга биринчи бор мурожаат қилинганда 8-10 кун, қайта кўрувда 3-4 кун.

Сурункали панкреатит – ошқозон ости безининг прогрессивланувчи касаллиги бўлиб, хуруж даврида ўткир яллиғланиш жараёни белгиларининг пайдо бўлиши ва аъзо паренхимасиниг бириктирувчи тўқима билан аста-секин алмашиниб бориши ҳамда безнинг экзо – ва эндокрин функцияси етиш- мовчилиги ривожланиши билан характерланади.

Клиникада обструктив, кальцификацияланувчи, паренхиматоз сурункали панкретитлар ажратилади. Унинг патоморфологик асосида ацинар аппарат деструкциясига прогрессив яллиғланиш жараёнининг қўшилиши ётади. Бу эса микро- ва макролитиаз ривожланиши ҳисобига ошқозон ости бези атрофияси, фибрози (цирроз) ва без йўллари системасидаги бузилишларга олиб келади. Шикоятлар: эпигастрал соҳада ва чап қовурға остида оғриқлар, кекса беморларда қорин дам бўлиши ва ич келишининг бузилиши бўлади. Кўпинча оғриқ белга беради, овқат еганда кучайиб, кислоталарга қарши препаратлар (антацидлар, H_2- гистамин рецепторлари блокаторлари ва протон помпа ингибиторлари), ферментлар қабул қилганда камаяди.

Объектив кўрувда: беморда озиш билан бирга кўкрак, қорин соҳасидаги терида думалоқ "қизил томчилар" кўринади. Улар босганда йўқолмайди. Тери қуруқлиги, глоссит, стоматит белгилари. Қоринни пальпация қилганда эпигастрал соҳада ва чап қовурға остида оғриқ ва ичакларда дам. Мейо-Робсон симптоми аниқланади (чап қовурға-умуртқа бурчагида оғриқ). Баъзан қаттиқлашган ва шишган ошқозон ости безини пальпация қилиш мумкин.

Текширувлар. Лаборатор: қон ва сийдикнинг умумий таҳлили,копрограм- ма, умумий билирубин ва фракциялари, АсАТ, АлАТ, ИФ, ГГТП, қондаги амилаза ва липаза, қондаги қанд, қондаги кальций, умумий оқсил ва уни фракциялари, қондаги қанд эгрилиги.

Инструментал: қорин бўшлиғининг умумий рентген тасвири, УТТ - қорин бўшлиғи органлари (комплекс), эндоскопик ретроград холангиопанкреатогра- фия, ошқозон ости бези УТТи (даволашдан олдин ва кейин). Лапароскопия, ошқозон ости бези мўлжалли биопсияи билан, ошқозон ости бези КТси, коагулограмма кўрсатмалар бўйича тавсия этилади. Хирург, эндокринолог маслаҳати лозим.

Даволаш: хуружнинг биринчи уч кунида очлик, кўрсатмалар бўйича парентерал овқатлантириш.

Дуоденостазда – ингичка зонд ёрдамида нордон ошқозон таркибини узлуксиз аспирациялаш (тозалаш), ҳар 8 соатда ранитидин (200 мг.) ёки квамател(20 мг) вена ичига; ичишга – гель кўринишда буферли антацидлар (маалокс, фосфалюгель, гастерин гель) ҳар 2-3 соатда; в/и полиглюкин 400 мл. кунига, альбумин 10%-100 мл., 5-10% ли- 500 мл. глюкоза эритмаси кунига.

Оғриқ синдроми йўқолмаса- 2 мл. 50% анальгин эритмаси, 2 мл. 2% папаверин эритмаси ёки 5 мл. баралгин парентерал ёки соматостатиннинг синтетик аналоги – сандостатин (50-100 мкг. 2 маҳал кунига тери остига), ёки лидокаин вена ичига томчилатиб (400 мг. препарат 100 мл. натрий хлорид изотоник эритмасида) буюрилади. Кучли оғриқ синдроми йўқолгандан кейин даволашнинг 4-кунидан:

- Ҳайвон ёғисиз овқатланиш, кам-кам миқдорда;
- Полиферментлар: креон (1-2 капсуладан), ёки панцитрат (1-2 капсуладан), ёки мезим форте (1-2 даражадан) ҳар овқатланиш пайтида узоқ вақт давомида;
- Анальгетиклар, инфузион терапия ва препаратларни парентерал қўйиш секинлик билан тўхтатилади, улардан баъзилари ичишга тавсия қилинади;
- Ранитидин (ранисан) 150 мг. ёки фамотидин (фамосан) 20 мг. кунига 2 маҳал;
- Метоклопромид 10 мг. дан кунига 4 маҳал овқатдан 15 дақиқа олдин, ёки симетикон (эспумизан) 1-2 капсуладан кунига 3 маҳал;
- Селектив спазмолитиклар (дюспаталин) – қабул қилинган умумий дозаларда 2-4 ҳафта давомида.

Касалликнинг ремиссия даврида кекса беморлар диспансер кузатувига
олинади ва доимо кузатиб борилади.

Ичак таъсирланиш синдроми (ИТС) – ичакнинг, кўпроқ йўғон ичакнинг, мотор ва секретор фаолиятининг бузилиши бўлиб, органик структур ўзгаришларсиз кечиши билан ифодаланади. ИТС гетерогенлигига қарамасдан, унинг келиб чиқишида олдин ўтказилган ўткир ичак инфекциясини дисбактериоз билан кечиши муҳим аҳамиятга эга. Бунга қуйидагилар киради:

ИТС диарея билан, ИТС диареясиз, ИТС қабзият билан

Бунга 3 ойдан ортиқ давом этадиган ичак функционал бузилишлари билан боғлиқ касалликлар киритилади.

Шикоятлар: қорин дам бўлиши ёки таранглашиши, қориндаги оғриқлар, ич юришининг бузилиши (қабзият), нажас шаклининг ўзгариши (кумалоқсимон), ахлатда қон бўлмайди, астено-невротик синдром, умумий холсизлик, бош оғриқлар, парестезия, юракни тез уриб кетиши, кўп терлаш, тез-тез диурез.

Объектив кўрувда: иштаҳа сақланади, гиповитаминоз ва минераллар етишмовчилиги белгилари, кўп ҳолларда чамбар ичакнинг пастга тушувчи қисмини оғриқли спастик қисқарганлиги пайпасланади.

Текширувлар. Лаборатор: қон ва сийдикнинг умумий таҳлили, АсАТ, АлАТ, ИФ, ГГТП, копрограмма, ахлатни дисбактериозга текшириш, ахлатни яширин қонга текшириш. Инструментал: ректороманоскопия биопсия билан, ирригоскопия, қорин ва кичик тос бўшлиғидаги аъзоларнинг УТТи. Электрокардиография,

эзофагогастродуоденофиброскопия, колоноскопия биопсия билан – кўрсатмага кўра. Колопроктолог маслаҳати шарт. Бошқа мутахассисларнинг маслаҳати кўрсатмалар бўйича: гинеколог, уролог, физиотерапевт, невропатолог.

Даволаш чора-тадбирлари: Организм кўтара олмайдиган маҳсулот ва ичимликлар олиб ташланган парҳез буюрилади.

Қуйидагилар мумкин эмас: эфир ёғларига бой маҳсулотлар (шолғом, кўк пиёз, саримсоқ), қийин эрийдиган ёғлар, қаймоғи олинмаган сут.

ИТСда даволовчи парҳезнинг асоси бўлиб қуйидагилар ҳисобланади: пектинлар ва овқат толалари, яъни кепакли ўсимликлар, илдизли мевалар (лавлаги, карам, сабзи), мевалар (олма, олхўри), ёрмалар (гречка, сули). Гўшт ва балиқ истеъмол қилиш мумкин. Ичимликларни кўпроқ (суткасига 1.5-2л суюқлик) ичиш тавсия этилади.

- Психотерапия ва психотроп препаратлар психотерапевт иштирокида тайинланади;
- Ортиқча бактериялар ўсишини (микроб контаминацияси, дисбактериоз) даволашда кенг таъсир доирасига эга бўлган ичак антисептиклари 3 маҳалдан 7 кун тайинланади. Интетрикс 2 капсуладан кунига 3 маҳал, фурозолидон кунига 0.1г дан 3 маҳал ёки нифураксазид (эрсефурил) кунига 0,2 г. дан 3 маҳал. Сульгин кунига 0.5г дан 4 маҳал ёки энтерол 1-2 капсуладан ёки пакетчада кунига 2 маҳал. Навбатдаги даволаш курсида препаратларни алмаштириш ва кейинги курсларда пробиотиклар (бифиформ, лактобактерин, бифидумбактерин ва бошқалар) ва пребиотиклар (хилак-форте ва бошқалар) қўллаш тавсия этилади.
- Йўғон ичакнинг спастик ва гиперматор дискенезиясида спазмолитик ва анальгетик препаратлар тайинланади. Булар мебеверин(дюспаталин) кунига 200 мг. 2 маҳал 2 ҳафта давомида ёки но-шпа ёки папаверин 0,04 г. кунига 3 маҳал ёки эспумизан кунига 40 мг. дан 3 маҳал ёки бускопан 10мг дан кунига 3-4 маҳал 2 ҳафта давомида.

Қабзият бўлганда овқат толаларига бой парҳез ва етарли даражада суюқлик ичиш тавсия этилади, қўшимча бўшаштирувчи воситалар берилади: Лактулоза (дюфалак) 30-60 мл. кунига ёки бисакодил 1-3 драже (0.005-0.015г) бир марта уйқудан олдин ёки гутталакс 10-12 томчидан уйқудан олдин ёки калифиг (комбинирланган препарат) 1-2 ош қошиғида уйқудан олдин ёки кафиол (комбинирланган препарат) 1 брикет ва бошқалар.

Диареяда цитомукопротектор смекта 1 пакетдан кунига 3 марта овқатдан кейин, буферли алюминийси бор антацидлар (маалокс, гастал, протаб ва бошқалар) 1 дозадан кунига 3-4 марта овқатдан 1 соатдан кейин ва ичак перистальтикасини секинлаштирувчи диареяга қарши препаратлар – лоперамид 2 мг дан 4 мг гача (16 мг. суткасига) ич кетиши тўхтагунча қабул қилинади.

Шифохона шароитида даволашнинг давомийлиги – 10-14 кун. Беморлар ҳар йили амбулатор – поликлиника шароитида диспансер кўригидан ва текширувидан ўтказилади.

Даволаш натижаларига бўлган талаблар

Оғриқ ва диспептик синдромни тўхтатиш, ич келишини ва лабаратор кўрсаткичларни меъёрга тушиши (ремиссия).

Умумий аҳволнинг яхшиланиши, лекин объектив кўрсаткичларнинг мусбат динамикаси етарли эмас (қисман ремиссия).

Даволаш самарасиз бўлганда уни ва кузатишни амбулатория поликлиника шароитида давом эттириш зарур.

Ҳазм аъзолари касалликларини даволашда овқатланишга ҳам алоҳида эътибор берилади. Бунда касаллик туфайли организмнинг ферментла тизими билан овқатнинг кимёвий таркиби структураси орасидаги ўзаро мослашувнинг бузилишини бартараф этиш керак. Ҳазм аъзолари функциялари бузилишиниг овқат ҳазмига таъсир қилиши эътиборга олинади. Масалан, пепсин ажралмаса ёки жуда кам бўлса. Меъдада оқсиллар ҳазм бўлиши бузилади. Бундай ҳолда беморга енгил ҳазм бўладиган парҳез овқат тайинланади ва пепсин ёки панкреатин алоҳида берилади. Ҳазм аъзолари касалликларида парҳез овқатланиш касалликнинг турига, оғир-енгил кечишига, асоратига ва касалланган аъзонинг функционал ҳолатига қараб белгиланади. Шунингдек, Парҳез овқатланиш организмнинг озуқа моддаларига бўлган эҳтиёжини ҳам қондириш лозим.

Гастрит билан оғриган беморларга манкали суюқ бўтқа гуруч, ёғсиз гўштлар чала пишган тухум, асалли сутли чой, шарбатлар; яра касалликларига 1 кун олдин пишган нон, қайнатилган гўшт, тухум, ёрмалардан тайёрланган бўтқалар, шовла, ширгуруч, сабзавотлар, қабзиятда кучсиз шўрвалар, бўтқалар, сабзавотлар, кўк чой, кофе, какао; жигар ва ўт йўллари касалликларида гўштли, балиқли сабзавотлардан салатлар, макаронли, сутли, угра ош, мастава, чучвара, парда пиширилган балиқ, қайнатилган гўштдан котлетлар, палов, манти, қийма кабоб бўтқалар, кўкатлар,сабзавотлар, компот, кисель, шарбатлар бериш мумкин. Янги ёпилган нон, ёғли ширин булочка, гўшт консервалари, кучли шўрвалар, шовул кислотаси ва эфир мойига бой сабзавотлар, ловиялар, қаҳва, какао, газли ичимликлар бериш мумкин эмас.

СИЙДИК АЖРАТИШ ТИЗИМИДА ЁШГА АЛОҚАДОР ЎЗГАРИШЛАР

Ёш ўтиши билан буйраклар паренхимасида нефронлар миқдори камайиб, уларнинг ўрнини бириктирувчи тўқима эгаллай бошлайди, нефросклероз авж олади. 70 ёшли кексаларда фаолият кўрсатаётган нефронлар сонининг 1/3-1/2 қисми атрофияга учрайди. 20-30 ёшдан бошлаб буйрак артерияларида атрофик ўзгаришлар пайдо бўлади. Буйракларнинг барча функциялари пасайиб буйрак гипофункцияси ривожланади. Буйраклар фаолиятининг нерв ва гуморал йўл билан идора этилиши кексаларда пасаяди. Буйрак тўқимаси, сийдик йўллари ёш ўтиши билан катталашиб, эластиклигини йўқотади. Сийдик пуфаги қалинлашиб, дағаллашиб, сиғими кичраяди. Шунинг учун қариялар тез-тез сийишга шошиладилар.

Буйрак структурасининг инволюцион ўзгаришлари

Кўрсатгичлар	Ёшларда	Кексаларда
Буйрак оғирлиги г.	290	200
Нефронлар сони млн.	2	1
Морфологик аномал нефронлар сони %	5	30
Юкстамедулляр нефронлар сони %	8	6
Нефронларнинг каналчалар ҳажми %	15	9
Нефрон коптокча юзаси мм^2	0,254	0,155
Мезангиал матрикс ҳажми %	6,2	10,4

Коптокчалар БМ қалинлиги нм.	25-40	300гача
Проксимал найчалар узунлиги мм.	19,36	12,50
Проксимал найчалар ҳажми мм^3	0,076	0,052
Дистал каналчалар ҳолати	–	Дивертикулез

Ёшлар ва кексаларда буйрак функцияси таъминланишининг асосий жараёнлари қиёсий характеристикаси

Кўрсатгичлар	Ёшларда	Кексаларда
Буйрак қон оқими мл/(г* мин):		
умумий	3,0	1,65
кортикал	4,0	2,40
юкстамедулляр	0,7	0,59
Эффектив буйрак плазма оқими мл/мин.	650	250
Буйрак кон-томирлари резистентлиги, дин/с '• см^5	6200-7000	14500-19000
Коптокчалар фильтрацияси, мл/мин.	120	75-60
Фильтрацион фракция %	20	32
Максимал экскреция	80	56
Парааминогиппор кислотаси мг/мин.	–	–
Максимал глюкоза экскрецияси мг/мин.	330	110
Максимал сийдик осмолярлиги мос м/кг. H_20	1100-1400	900-750
Клиренси, мл/мин.		
эркин сув	16,0	6,0
калий	7,5	4,1
кальций	2,4	1,6
натрий	0,8	0,6

СИЙДИК АЖРАТИШ ТИЗИМИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Қарияларда буйракда қон айланишининг сусайиши натижасида буйракда фильтрация ва реабсорбция жараёнлари пасаяди. Бу эса қуйидаги сийдик ажратиш тизими касалликлари ривожланишига шароит яратади:

Сийдик ажратиш тизими патологияси	%
Ангионефросклероз	43,6
Пиелонефрит	38,9
Диабетик гломерулосклероз	4,1
Миеломли нефропатия	1,1
Подагрик нефропатия	0,9
Буйрак амилоидози	0,9
Гломерулонефрит	0,9
Ўткир буйрак етишмовчилиги	9

Ўткир гломерулонефрит – икки томонлама буйрак коптокчаларининг диффуз иммунологик яллиғланиши касаллигидир. Буйраклар диффуз яллиғланишининг 40 ёшдан кейин кам учрашига организм иммунологик хусусиятининг пасайиши сабабчидир.

Касалликнинг асосий сабабчиси стрептакокклардир. Касаллик қаттиқ совқотишдан, респиратор инфекциялар, терининг йирингли касалликларидан сўнг ривожланиши мумкин.

Кексаларда касаллик белгилари суст ифодаланган бўлади, шишлар кам пайдо бўлади, жуда тез ўтиб кетади, анасарка деярли кузатилмайди. Сийдикдаги ўзгаришлар катта миқдорда бўлмайди. Аммо юрак синдроми аниқ ифодаланади, артериал гипертензия, юрак ва коронар етишмовчилиги кузатилади.

Беморлар тез чарчаб қолиш, дармонсизлик, бош оғриб туриши, ҳансираш, кам сийишдан нолийдилар. 60 ёшдан ўтган беморларда бу касаллик сурункали формага ўтиб кетади. Бундай беморлар стационар даво олиши зарур.

Беморни ўрнидан турғизмай, ётқизиб қўйиш, уларга парҳез буюриш керак. Кексаларга парҳезда оқсилларни, тузларни кескин чеклаш мақсадга мувофиқ эмас.

Дорилар билан даволашда антиагрегантлар, иммунодепрессантлар, антибиотиклар, десенсибилловчи ва симптоматик воситаларни буюриш зарур. Кортикостероидлар ҳам буюрилиб, фақат қабул қилингандан 2-3 ҳафта сўнг унинг дозаси аста-секин камайтириб борилади.

Юрак қон-томир етишмовчилигида строфантин, гипертонияга қарши АПФ ингибиторлари, диуретиклар, тайинланади. Даво комплексига декамевит, ундевит каби поливитаминлар қўшилади.

Инфекция ўчоқлари санация қилиш керак ва беморлар доимий диспансер кузатувида бўлиши шарт.

Сурункали гломерулонефрит (СГ) 18% кексаларда учрайди ва касаллик кўпроқ артериал гипертензия, анемия, буйрак етишмовчилиги каби асоратлари билан кечади.

Бу касалликда буйрак коптокчаларида дегенератив–дистрофик ўзгаришлар авж олади. Касалликнинг бошида буйрак функциялари узоқ вақт сақланиб туриши мумкин. Касаллик сўнг сурункали буйрак етишмовчилиги билан тугайди.

Касаллик 3 хил формада кечади: латент, гипертоник, нефротик. Латент кечишида касаллик белгилари кам ифодаланиб, фақат асорат бергандагина аниқланади. СГнинг гипертоник формаси юрак қон томир етишмовчилиги, гипертензия каби белгилар билан кечиб, юрак хасталигини эслатади, сийдикда деярли ўзгаришлар бўлмайди.

СГнинг нефротик формасида сийдикда ва биохимик кўрсаткичларда патологик белгилар аниқланади. Сийдикда оқсил миқдори юқори бўлади, гиалин цилиндрлари эритроцитлар топилади. Қонда гипо-диспротеинемия, гиперхолестеринемия кузатилади.

Даволашда парҳез, ош тузини суткасига 5-6 г. гача чеклаш, мевалар, тарвуз, қовун, узум буюрилади.

Дори-дармонлардан: 1)касаллик қўзиган даврида кортикостероидлар; 2)антиагрегантлар; 3)гипотензив воситалар; 4)юрак гликозидлари; 5)витаминотерапия буюрилади.

Иқлими қуруқ ва иссиқ бўлган курортларда даволаниш тавсия этилади. Беморлар доимий диспансер кузатувида бўлади.

Барча гериатрик беморларнинг 15-25%да пиелонефрит касаллиги учрайди. Буйраклардаги ёшга алоқадор ўзгаришлар пиелонефрит касаллигининг кўпайишига сабаб бўлади.

Ўткир пиелонефрит белгилари ҳолсизланиш, кўнгил айниш, дармонсизлик, субфебрил температура, қонда лейкоцитоз ва ЭЧТ ошиб кетиши билан ифодаланади. Бел соҳасида симилловчи оғриқлар ва дизурик белгилар суст ифодаланади. Аммо касаллик оғир кечади, буйрак етишмовчилиги тезда ривожланиши мумкин.

Ўткир пиелонефрит кексаларда кўпинча сурункали пиелонефритга ўтиб кетади.

Ўткир пиелонефрит клиникаси суст ифодаланиб, зимдан кечади, кўп ҳолларда асоратлар берган даврда ташхис қўйилади.

Сурункали пиелонефритда Адис-Каковский ёки Нечепоренко усули бўйича сийдик чўкмаси миқдори текшириб кўрилади. Пиелонефритнинг энг типик белгиси лейкоцитурия аниқланади. Сийдикнинг умумий таҳлилида бактерурия бўлиши мумкин. Рентгенологик ва ультратовуш текшируви ташхисни аниқлашда катта ёрдам беради.

Ўткир пиелонефритнинг олдини олиш учун сийдик йўлларидаги инфекция ўчоқларини бартараф этиш, организм қаршилик қобилиятини кучайтириш лозимдир.

Парҳез буюрилганда спиртли ичимликлар ичиш, ўткир таомлар истеъмол қилиш таъқиқланади. Сийдик ҳайдовчи ўтлар дамламалари, сабзавот, мевалар тайинланади. Овқат калорияли ва витаминларга бой бўлиб, ош тузи чекланади.

Касалликка қарши антибактериал препаратлар (пенициллин, гентамицин, левомицетин, 5–НОК), уроантисептиклар (нитрофуранлар, сульфаниламидлар) юрак гликозидлари, биостимуляторлар, фитотерапия буюрилади.

Сийдик йуллари инфекциясида эмпирик антибактериал терапия

(Яковлев СВ., 1995)

Ташхис	Қўшимча маьлумот	Танлов препарати	Альтернатив препарат
Ўткир цистит	Сийдик йўллари бошқа касаллиги бўлмаганда	Ко-тримоксазол ёки амоксициллин	Ампициллин, цефалексин, цефуроксим аксетил, ципрофлоксацин, норфлоксацин, офлоксацин,
Ўткир простатит		Ко-тримоксазол	Амоксициллин, норфлоксацин, цефалоспорины III, макролид
Сурункали простатит		Ципрофлоксацин, норфлоксацин	Офлоксацин, ко-тримаксазол
Ўткир асоратсиз пиелонефрит	Амбулатор касаллар	Амоксициллин, ко-тримоксазол	Цефуроксим аксетил ко-амоксиклав, АМП/СБ

			доксициклин, фторхинолон
Ўткир асоратли пиелонефрит	Обструкция, азотамия, катетер	Цефуроксим нефуроксим аксетил	АМП/СБ ко-амоксиклав, цефалоспорин III, ципрофлоксацин, офлоксацин, норфлоксацин
Сурункали асоратланган пиелонефрит	Амбулатор касаллар	Цефуроксим, аксетил ёки ко-амоксиклав	Ко-тримаксазол, фторхинолон вн., цефалоспорин III вн.
	Стационар беморлар бўлимдаги	Цефуроксим ёки АМП/СБ, ко-амоксиклав	Ко-триамоксиклав, ципрофлоксацин, офлоксацин, цефалоспорин III, гентамицин
	Реанимация	Цефтазидин ёки ципрофлоксацин	Офлоксацин, цефалоспорин III + аминогликозид, имипенем, меропенем, цефалоспорин II + амикацин, амикацин, +циперацил-лин ёки карбенициллин
Паранефрал абцесс	+ Пиелонефрит	Ципрофлоксацин ёки нефтазидин	Офлоксацин, АМП/СБ + АГ цефалоспорин III
	+ Стафилококкли бактериемия	Оксацилин в/в 8-12 г/сут ёки цефуроксим + АГ	Ванкомицин, оксациллин + гентамицин

Беморларга минерал сувлар ичиш, санатория ва профилакторияларда бальнеологик ва физотерапевтик даво тайинланади.

Буйрак-тош касаллиги. Тошлар ҳосил бўлишида, буйракларда моддалар алмашинувининг бузилиши сабаб бўлади. Буйракдаги тошлар кўпинча рентгенологик текширувда тасодифан топилиши мумкин.

Касаллик белгилар қуйидагилардан иборат:

- Бел соҳасида симиллаб турадиган ёки қаттиқ оғриқлар, кўнгил айниши, қайд қилиш, метеоризм, тана ҳароратининг ошиши, санчиқ пайтида микро- ва макрогематурия бўлиши, сийдик билан тузларнинг ёки тошларнинг чиқиши ва оғриқнинг тўхтаб қолиши;
- Сийдик чиқишининг камайиши, ҳатто анурияга етиши;
- Артериал босимнинг ошиши;

Буйрак санчиғида тўсатдан белда қаттиқ оғриқлар пайдо бўлиб, чов соҳасига, қоринга, ташқи жинсий органларга узатилиб туради.

Беморлар қаттиқ безовталанадилар. Санчиқ бир неча дақиқа, соат ёки кун мобайнида тутиб туриши мумкин. Кексаларда оғриқлар жуда кучли бўлмайди. Касалликни аниқлашда рентгенологик текшириш ёки УТТ кифоядир.

Буйрак-тош касаллигининг олдини олишда тўғри овқатланиш, ҳаракат режими, сийдик йўллари инфекциясининг олдини олиш тайинланади. Буйрак санчиғи маҳалида бемор 39-40^{0}С иссиқ ваннага туширилади. Оғриққа қарши анальгетиклар, спазмолитиклар берилади. Майда тошлар ва қумларни суриб чиқариш мақсадида цистенал, фитолизин ишлатилади. Беморларга парҳез тайинланади. Минерал сувлар, санаторийларда даволаниш тавсия этилади.

Простата безининг аденомаси – эркакларда энг кўп учрайдиган касаллик бўлиб, кексаларнинг 82%да бу касаллик топилиши мумкин. Касаллик сабабини эндокрин назария билан тушунтириш мумкин. Чунки эркаклар климаксида жинсий фаолият сўниб боради, тухумлар фаолияти издан чиқади, простата безида ўсаётган аденоматоз тугунлар уни эзиб қўяди.

Қовуққа нисбатан аденома қовуқ ичида, қовуқ устида (ректал) ва диффуз жойлашиши мумкин.

Касаллик клиникасининг биринчи босқичида сийиш кўпроқ кечқурун тезлашади ва қийинлашади, сийдик оқими пасаяди. Бемор эрталаб кучаниб сияди. Бемор қаттиқ совқотганда, кўп ўтирганда, спиртли ичимликлар ичганда ўткир сийдик тутилиши мумкин.

Касалликнинг иккинчи босқичида сийиш анча қийинлашади. Бемор сийишни кучаниб бошлайди. Сийиш бир неча дақиқагача давом этади, сийдик оқими пасайиб, ҳатто томчилаб чиқади. Беморга сийишдан енгиллик бўлмайди, 50 мл. ва ундан кўпроқ қолдиқ сийдик пайдо бўлади. Бу босқичда цистит, ўткир сийдик тутилиши пайдо бўлиши мумкин.

Касалликнинг бошланғич босқичида сийиш ҳар 10-15 дақиқада, бемор аввалига кечаси, кейин кундузи ҳам сийдик тута олмайди. Сийдик пуфагида сийдик тўпланиб, кенгаяди ва парадоксал ишурия, яъни сийдик оқиб кетиши кузатилади. Беморлар аҳволи оғирлашади, ранги оқариб оғзи қурийди, кўп чанқайди, сурункали буйрак етишмовчилиги авж олиши мумкин.

БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ СТРУКТУРАСИ

Терапевтик (61.2%)	**Инфекцион яллиғланиш (29.3%)**	**Бошқалар (6,2%)**	**Хирургик (3,8%)**
Юрак-қон томир (25,8%)	Ўткир хуружли пиелонефрит (10,2%)	Нефрит ўткир бошланиш билан (2,7%)	Жароҳатдан кейинги СБЕ (27,9%)
УМИ (20,3%)	Ўткир пневмония (10,2%)	Буйрак уткир миеломаси (1,4%)	Йирик томирлардаги амалиёт (11,6%)

Ўткир инсульт мияда (4,8%)	Грипп, сарамас ва б, (6,2%)	Буйрак усти бези амилоидози (0,7%)	Ёмон сифатли ўсмалар амалиёти (6,8 %)
Аритмоген шок (0,7%)	Сепсис (2,7%)	Буйрак венаси тромбози (0,7%)	Бошқа амалиёт (9,5%)
		Гиповолемия (0,7%)	Ўт қопи, ошқозон ости бези ўсмаси (6,2%)
			рабдо-миолизли жароҳат (2,7%)
			Қон кетиши (2,0%)

Қарияларда СЮЕни АПФ-ингибитори билан даволаш

Халкаро номи	Бошланғич доза	Тутиб турувчи доза	Юқори доза
Каптоприл	6,25 мг.	25 мг. 3 маҳал	150 мг/сут
Эналаприл	2,5 мг.	10 мг. 2 маҳал	40 мг/сут
Фозиноприл	2,5 мг.	10 мг. 2 маҳал	40 мг/сут
Рамиприл	1,25 мг.	2,5-5 мг. 2 маҳал	10 мг/сут
Трандолаприл	0,5 мг.	1-4 мг. 1 маҳал	4 мг/сут
Периндоприл	2 мг.	2-4 мг. 1 маҳал	8 мг/сут
Фозиноприл	10 мг.	10 мг. 1-2 маҳал	20 мг/сут

Кекса беморларни диспансер назоратидан ўтказиш ва касалликни эрта аниқлаш керак. Аденома диагностикасида сийиш жараёнининг анализи, безни бармоқ билан ректал текшириш, цистография, ультратовуш текшируви ёрдам беради. Мутахассислардан уролог кўриги зарур.

Асосий даволаш усули бу аденомэктомия, яъни хирургик йўл билан аденома олиб ташланади.

Буйрак касалликларида шифобахш овқатланиш касалликнинг турига, босқичига, буйрак етишмовчилиги ва азотемия даражасига ва бошқа метоболик ўзгаришларга караб белгиланади. Бемор рациони тула кийматли ва патогенетик асосланган булиши лозим. Унда етарли микдорда витаминлар, минерал моддалар ва суюкликлар булиши керак. Хамма буйрак касалликларида ош тузи чекланади. Унинг канча микдорда булиши касалликнинг характерига боғлиқ. Рациондаги туз микдорининг канча булиши буйраклар экскретор функциясининг бузилиши даражасига ва кон айланиши етишмовчилигининг бор йуклигига караб аникланади.

Тузсиз нон, дрожжи солиб тайёрланан блинчик, сабзавтлар, ёғсиз шўрвалар, ёғсиз қуён, мол, бузоқ, балиқ, товуқ, курка, қўй гўшти, мевалар, соуслар, чой, суюқ кофе, шарбатлар, наъматак суви бериш мумкин. Туз солинган нон, кучли шўрвалар, балиқ шўрва, қайнатмай қовурилган гўшт, колбаса, сосиска, дудланган пишлоқ, дуккакли донлар,

редиска, хрен, шпинат, шолғом, мурч, аччиқ кофе, шоколод, минерал сувлар бериш мумкин эмас.

ТАЯНЧ-ҲАРАКАТ ТИЗИМИДА ЁШГА АЛОҚАДОР ЎЗГАРИШЛАР

Таянч-ҳаракат аппаратининг суяк ва тоғай тўқималари ҳамда бойламларида ёш ўтиши билан дистрофик-деструктив ўзгаришлар, остеопорозлар пайдо бўлади. Суяк-тоғай аппаратининг қариш жараёни одам бўйининг пасайиши билан ифодаланади. Бунга умуртқа поғонасининг эгилиши, умутрқалараро дискнинг ва суяк тоғайларининг юпқалашуви сабаб бўлади. Суяк ва бўғимларда остеопороз, остеохондроз ва атрофик ўзгаришлар содир бўлади.

ТАЯНЧ-ҲАРАКАТ ТИЗИМИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Остеопороз жараёнида суяк тўқимасида рўй берадиган дистрофик ўзгаришлар ҳар 10 йилликларда ортиб бораверади. Суякнинг мустаҳкамлиги ва турли чўзилишлар, эгилишлар, қисилишларга чидамлилиги пасаяди, шунинг учун кексаларда суяк синиши кўп кузатилади. 60 ёшли кишиларда барча синиқларнинг ярмидан кўпида сон суягининг бўйинчаси синади.

Умуртқа остеохондрози – умуртқалараро дисклрнинг дистрофик- деструктив ўзгаришлари оқибатида келиб чиқади. Геронтологик беморларнинг 95-98%ида бу касаллик учрайди. Дискнинг лиқилдоқсимон яраси жуда қисилган бўлиб, доимо кенгайишга ҳаракат қилади, умуртқаларнинг танасига тушадиган зарбларни билинтирмайди. Фиброз ҳалқалари ва гиалин пластинкаларда ёриқлар ва узилишлар пайдо бўлади. Дискдаги бу деструктив ўзгаришлар оқибатида умуртқалараро оралиқ камгак торайиб қолади.

Бел-думғаза остеохондрози – клиникасида люмбаго ёки люмбалгия, яъни тўсатдан бел соҳасидаги қаттиқ оғриқни пайдо бўлиши, бу оғриққа оёқ оғриғи қўшилиши мумкин. Оғриқлар юрганда, киши йўталганда, акса урганда зўраяди. Умутрқа поғонаси ён томонга қараб қийшайиб қолади. Ласег симптоми текширилганда оғриқларнинг кучайиши кузатилади. Умуртқа поғонаси рентгенограммасида диагноз тасдиқланади.

Бўйин остеохондрозида елка камари ва қўлларда оғриқлар кузатилади.

Остеохондроз билан оғриган беморлар ўрин-боши қаттиқ бўлиши керак, беморга оғриқ қолдирувчи дорилар, спазмолитиклар, витаминлар буюрилади. Новокаин билан паравертебрал блокадалар қилиш мумкин. Физиотерапевтик муолажалардан диадинамик токлар, ультратовуш, новокаин билан электрофорез буюрилади. Водород сульфидли ва родонли ванналар, массаж тавсия этилади.

Деформацияловчи остеоартроз – асосан ёши улуғ ва кекса одамларда учрайдиган касалликдир. Бу касалликда бўғимларда дегенератив ва деструктив ўзгаришлар ривожланади, натижада бўғимлар функцияси ишдан чиқади. Одамнинг семириб кетиши, бўғимлар травмаси остеоартрозни пайдо бўлиши сабабларидандир. Бўғим тоғайи юпқалашади, ёрилади, остеофитлар ва суяк ўсиқлари пайдо бўлади. Касаллик секин-аста ривожланади. Беморлар бўғимларда оғриқ, қарсиллашидан шикоят қиладилар. Бўғимлар ҳаракати қийинлашади, агар оёқ бўғимда бўлса, бемор оқсоқланиб юради. Рентгенологик текширув ўтказилганда суякни бўртиб чиқиб қолгани, остеофитлар, остеопороз топилади.

Даволаш мақсадида анальгетиклар, реопирин, ибупрофен, диклобер индометацин буюрилади. В группа витаминлар, электрофорез, балчиқ ва сув муолажалари тавсия этилади.

Товон шпоралари – буларга ахиллов пайи ёки оёқ кафти узун пайининг товон суягига бирлашган жойида тикон каби пайдо бўладиган суяк ўсиқлари киради. Бу кексаларнинг 75-80%ида учрайди. Шпораларнинг пайдо бўлишига сурункали травмалар, умуртқалар остеохондрози, грипп, ревматизм, бўғимларга доимий статик ва динамик юк тушиши сабаб бўлади. Касаллик клиникасида товонда оғриқлар, оқсоқланиш кузатилади, болдир-товон бўғимида ҳаракатлар чекланиб қолади, беморнинг юриши ўзгариб, қийинлашиб қолади.

Шпораларни рентгенологик текширувда аниқлаш осон. Касалликни даволашда анальгетиклар, спазмолитиклар, томир кенгайтирувчи воситалар буюрилади. Товон юзасига 4-5 мл. 2%ли новокаин билан блокадалар қилиш оғриқларни камайтиради. Физотерапевтик муолажалардан новокаинли электрофорез, гидротерапия, массаж, бадантарбия қилиш тавсия қилинади.

Геморрагик васкулит (ГВ) – тизимли васкулитлардан энг кўп тарқалгани бўлиб ҳисобланади. Асосий клиник кўриниши: терида тошмалар, артрит, абдоминал синдром ва гематурик нефрит.

Теридаги геморрагик васкулит

Қўшимча белгилар	**Тахминий ташхис**
Йирик бўғимлар артрити, абдоминал синдром, гломерулонефрит	Геморрагик васкулит Шенлейна – Генох
Артрит, гломерулонефрит, криоглобулинемия	Васкулит криоглобулинемия билан аралаш
Клиник ва клинико-инструментальные ўсма белгилари	Паранеопластик васкулит
Лимфа тугунлари ва талоқни катталашиши	Лимфома, лимфогранулематоз
Суяк кумиги плазмоцитози, қон зардоби юқори парапротеинемияси	Миелома, макроглобулинемия Вальденстерма
Гепатит В и С маркерлари, ферментемия, анамнезида сурункали гепатит	Сурункали актив гепатитдаги геморрагик васкулит
Юрак нуксони, иситма, талоқнинг катталашиши, бактериемия	Бактериал эндокардит
Дорилар қабул қилганда	Дори касаллиги
Ўзгарган суяк деформация, ревматоид факторни борлиги	РА
Артралгия, серозит, гломерулонефрит, ДНК антитела ва ЛЕ-ҳужайраси	СКВ

Оқ ва қора нон, суюқ, кучсиз шўрва, қайнаган гўшт, сут маҳсулотлари, сабзавот ва мевалар, турли ичимликлар, шарбатлар, петрушка, укроп истеъмол қилиш мумкин. Ёғли

кучли шўрвалар, жигар, тил, бўйрак, мия, ёш мол, товуқ гўшт, шоколад, какао, кофе, аччиқ чой, мол, қўй ёғи мумкин эмас.

ГЕРИАТРИК ФАРМАКОЛОГИЯ

Замонавий гериатрик клиник фармакология биологик, клиник ва тиббий-ижтимоий қоидаларнинг яқин таъсири билан характерланади.

Фармакодинамика дориларнинг биологик ва терапевтик эффектларини намоён қилади. Фармакокинетика уларнинг сўрилиши, тарқалиши, метаболизми, экскреция жараёнларини билдиради. Фармакодинамика организмга дори воситаларининг таъсир механизмини, фармакокинетика эса дорига организмнинг таъсирини билдиради.

Кекса одамлар организмида фармакодинамиканинг ўзига хослигини аниқловчи шароитлар қариганда фармакологик рецепторларнинг боғловчи қобилияти ва сонининг ўзгаришидан келиб чиқади.

Баъзи дориларни тавсия қилганда пародоксал реакциялар пайдо бўлиши мумкин.

Ёши улуғ беморларда яна реактивлик ҳолати, яъни дори воситаларига сезгирликнинг ошиши ёки камайиши билан намоён бўлиши мумкин. Клофелин билан даволаганда ортостатик реакция бўлиши мумкин. Юрак мушаги юрак глюкозидларига сезгирлиги ошиб кетади, улар одатий дозада ўтказувчанликнинг бузилиши ва экстрасистолияга олиб келиши мумкин. Шунинг учун комбинирланган терапияда бир нечта дорини бирга тавсия қилганда уларнинг ўзаро таъсирини ҳисобга олиш керак. Бунда 4 хил натижа бўлиши мумкин:

1. Даволаш эффектининг кучайиши;
2. Унинг йўқлиги;
3. Эффектни камайиши;
4. Салбий реакциялар: бунга дори аллергияси ва унинг оғир тури – дори касаллиги киради.

Дориларнинг ўзаро таъсирида организмда қуйидаги асосий механизмлар қатнашади:

9. препарат молекулаларининг юборилган жойида, яъни қонда, лимфада, тўқималараро суюқликда, ҳужайраларда бир-бири билан ўзаро тўғри таъсири;
10. фармакокинетикани ўзгариши (сўрилишни, тарқалишни, чиқаришни);
11. метаболизмнинг ўзгариши;

Препаратларнинг комбинациясини тўғри танланганда даволаш эффекти ошади, лекин асосланган комбинирланган даво бўлмаса, даволаш эффекти пасаяди ва салбий таъсирлар кўпаяди.

Парэнтерал юбориладиган дориларнинг биргаликда қўлланилиши организмда чўкмалар ва преципитатлар пайдо бўлишига олиб келади. Беморга қуйилаётган плазма ва қонга дорилар қўшилганда шунга ўхшаш реакциялар кузатилиши мумкин.

Дорининг парентерал юбориш учун эритувчи сифатида инъекция учун сув, NaCl физиологик эритмаси, глюкоза ва новокаин эритмалари ишлатилади.

Инъекция учун сув кам ҳажмли препаратларни эритиш учун (5-15 мл.) ишлатилади, агар унинг ҳажми кўп бўлса, қоннинг осмотик босими ўзгариши мумкин. Глюкоза эритмасида кўпчилик антибиотиклар парчаланади (бензилленициллин, эритромицин, олеандомицин, линкомицин, канамицин) ёки чўкмага тушади.

Новокаинли эритмалар гериатрияда кенг қўлланилади.

Антибиотикларни эритиш учун 0,5-0,1% новокаин эритмаси ишлатилади.

Витамин препаратларини битта шприцда юборилгандаги ўзаро таъсири яхши маълум. Хусусан, аскорбин кислотаси ишқорий эритмалар билан сиғишмайди (эуфиллин, кордиамин, кофеин-бензаот-натрий).

Битта шприцда пиридоксин гидрохлорид тиамин хлорид (бромид) билан аралаштирилса, пиридоксин гидрохлорид кислотали муҳит таъсирида парчаланади.

Антибиотикларнинг инактивацияси (бензилпенциллин тузлари, гентамицин, стрептомицин) эуфиллин битта шприцда қилинса (ишқорий муҳит) пайдо бўлади. Уларни биргаликда қўллаш бронхиал астма, бронхитда бўлиши мумкин. Битта шприцда яна антибиотик ва гепарин аралаштирмаслик керак.

Айрим патологик ҳолатларда (антибиотиклар туфайли ривожланган аллергия, инфекцион-токсик шок, бронхиал астма) антибиотикотерапия кортикостероидлар билан олиб борилади.

Ҳаммага маълумки, антибиотиклар ва витамин препаратларининг (аскорбин кислота, В гуруҳи витаминлари)ни мақсадга мувофиқ қўллаш ўтказилаётган давонинг терапевтик эффектини оширади. Масалан, аскорбин кислотаси пенциллинни тўқималарга кўпроқ ўтишига, организмда унинг сақланиш давомийлигини оширади.

Шундай қилиб мураккаб эритмаларни перэнтерал юборишга тайёрлашда препаратнинг ва эритувчининг хоссаларини ҳисобга олиш керак. Инфузион терапияни ўтказа туриб, шифокор қуйидаги қоидаларни билиши керак:

3. ҳамма аралашмаларни юборишдан олдин таёрлаш лозим;
4. эритмада қанча кўп дорилар аралаштирилса, уларнинг ўзаро таъсири бўлиш эҳтимоллиги юқори бўлади;
5. қонга, аминокислота эритмаларига, мойли эмульсияларга, сода эритмасига дорилар қўшмаслик керак.

ТАБИИЙ АНТИОКСИДАНТЛАР ВА МЕТАБОЛИТЛАР

Табиий антиоксидантлар ва метаболитлар комплекс препаратларини гериатрик восита сифатида қўллаш мақсадга мувофиқлиги аниқланди. Сувда ва ёғда эрийдиган витаминлар, айрим макро ва микро элементлар, аминокислоталар ва бошқа табиий метаболиклар физиологик дозада кўп компонентли препаратлар сифатида кенг тавсия қилинади.

Гериатрик препаратлар сифатида декамевит қўлланилади. Адаптоген биостимуляторлар, тўқима липидлари, биорегуляторлар, нейропротекторлар, иммуномодуляторлар ҳам тавсия этилади.

Гериатрияда ўсимликлардан тайёрланадиган дорилар кенг кўламда қўлланилади. Улар, асосан, умумий терапиянинг таркибида, ҳаёт сифатини яхшилаш мақсадида қўлланилади. Масалан, ёғ алмашинуви бузилишида стандартлаштирилган чеснокнинг экстрактидан, енгил депрессияларда зверобойнинг стандартлаштирилган экстрактидан фойдаланилади.

ГЕРИАТРИК ФАРМАКОЛОГИЯЛАРНИНГ АСОСИЙ ПРИНЦИПЛАРИ

Хавфсиз ва эффектли даволаш клиник фармакологиянинг мақсади ҳисобланади. Агар дориларни буюраётган врач шу дориларнинг фармакодинамикасини, фармако-клиник

эффектини ва уларни кексаларга таъсирини билса, даволаш ҳавфли бўлмайди. Шундай қилиб гериатрик клиник фармакологиясининг қуйидаги асосий принциплари мавжуд:

- улуғ ёш ёки қарилик дорилар буюришга қарши кўрсатма бўла олмайди;
- катта ёшдагиларнинг ҳамма касалликлари ҳам дори билан даволашга муҳтож эмас;
- давони бошлашдан олдин аниқ ташхисни билиб олиш зарур;
- ёш ўтган сари дориларнинг актив ва хавфли таъсир қилувчи зоналари орасидаги чегара яқинлашиб боради;
- катта ёшли ва кекса беморлар дориларнинг юқори дозадагиларини кўтариши қийин бўлади;
- бир вақтда қўлланилаётган дорилар миқдори ошган сари ножўя таъсирлари ҳам ошади;
- иккита ва ундан ортиқ дорилар буюрилганда уларнинг ўзаро фармакодинамик ва фармококинетик таъсирини баҳолаш зарур;
- дориларни ножўя таъсирини ва уларни бартараф қилишни билиш шарт;
- оптимал дори шакли танланиб, овқат, сув ва туз режимини тўғрилигини кузатиб бориш керак.

ГЕРИАТРИЯДА ДОРИ МОДДАЛАРИНИНГ ҚЎЛЛАНИЛИШИ

Дори моддаларини қўллашнинг ўзига хос хусусиятлари мавжуд. Қари ва ёши катта беморларга дори моддаларини жуда эҳтиёткорлик билан буюриш зарур.

Дори-дармонларни нотўғри тайинлаш оқибатида 60 ёшдан ўтган беморларда дори интоксикацияси ва унинг турли асоратлари кузатилади. Гериатрик беморларнинг организмидаги ёшга алоқадор ўзгаришлар дориларнинг ножўя таъсирини ошириб, кумуляцияга олиб келади.

Ҳазм системасининг ёшга алоқадор физиологик ўзгаришлари перорал қабул қилинган дориларнинг абсорбцияси, сўрилишини издан чиқариб, секинлаштиради. Кекса одамларда меъда деворининг тонуси пасайиб, эвакуацияси секинлашади. Бу эса айрим кислотали муҳитга чидамсиз бўлган дори-дармонлар учун хавфлидир. Меъданинг секретор қобилиятининг ёшга алоқадор пасайиши ҳам дорилар абсорбциясини секинлаштиради. Дори моддалари парентерал юборилганда ҳам қон айланишининг ва капиллярлар девори ўтказувчанлигининг пасайиши оқибатида дори абсорбцияси сустлашади, дорининг таъсир этиш эффекти сустлашади.

Гериатрик беморларга тана оғирлигига нисбатан дори тайинлаб бўлмайди, чунки тана оғирлиги 25 ёшдан 60 ёшгача 20%га камаяди, организмдаги ёғ миқдори 10-20%га, сув миқдори 15-20%га камаяди, барча паренхиматоз органларнинг массаси ҳам кичраяди. Жигарнинг оғирлиги 10-15%га кичраяди, гепатоцитлар сони камайиб, атрофияга учрайди. Дорилар парчаланишида асосий ўрин эгаллаган жигарнинг функцияси ўзгарганлиги сабабли дори интоксикацияси тез ривожланади.

Дори моддаларининг парчаланиш маҳсулотлари буйраклар орқали организмдан чиқарилади. Қариликда буйракларнинг қон айланиши ва функциялари 2-3 мартага

камайган бўлади, шунинг учун дори моддаларини жуда кам дозировкада бошлаш керак. Буйрак хасталиги бор беморларга хлорпропамид, сульфаниламидлар, тетрациклинлар, фурадонин каби дориларни буюриб бўлмайди. Ёш ўтиши билан бир нечта дори моддаларини бирданига қўллаш салбий натижаларга олиб келади. Гериатрик беморларнинг ижтимоий аҳволи, руҳий кайфиятини эътиборга олган ҳолда дори моддалари зарур бўлгандагина узоқ муддатларга кичик дозаларда тайинлаш керак ва беморлар дори моддаларини мунтазам қабул қилишлари зарур. Беморнинг қўллари қалтираши, хотира ва кўришнинг пасайиши оқибатида дориларни тўкиб юбориши, ичишни эсидан чиқариши, томчи дориларни нотўғри ўлчаши мумкин.

Гериатрияда дори тайинлашнинг ўзига хос хусусиятлари қуйидагилар:

- гериатрик беморлар организмидаги ёшга алоқадор ўзгаришлар ва бир қатор патологик ўзгаришлар сабабли дориларнинг ножўя таъсири ёшларга нисбатан юқорироқ бўлади;
- организмнинг дори моддалари ва уларнинг метаболитлари таъсирига чидамлилиги пасайиб, интоксикация ривожланиши ортади;
- полипрагмазия, яъни бир нечта дори моддаларини бирданига қўллаш ножўя оқибатларга олиб келади. Иложи борича дорилар қабул қилиш интервалига риоя қилиш керак;
- даволовчи дозани ўрта ёшдаги одамга нисбатан 2 маротаба кам миқдорда тайинланади. Ижобий ўзгаришларга эришилгач, дозани яна камайтириш лозим;
- антибактериал препаратлар тайинлашда уларнинг кекса ёшдаги одамларда интоксикацияси кучли бўлишини инобатга олиб, камроқ дозаларда буюрилади;
- дори тайинлашда беморларнинг сув-туз рациони, суткалик сийдик ажралишини, кексаларнинг суюқликни кам истеъмол қилишларини эътиборга олиш керак, организмда суюқликнинг камайиши дори интоксикациясини кучайтиради;
- дори аллергияси каби асорат бўлишини эсда тутиш керак.

Дориларнинг ножўя таъсирини камайтириш, эрта қаришни олдини олиш мақсадида даволашда албатта витаминотерапия қўшимча тайинланади.

КЕКСА ЁШДАГИ ОДАМЛАР ЖИСМОНИЙ ТАРБИЯСИ

Ҳаётни узайтириш, қарилик билан курашиш тиббиёт фанининг олдига қўйилган муҳим масалалардан бири ҳисобланади. Кўп умр кўришда жисмоний тарбиянинг аҳамияти каттадир.

Қариш – бу фақат сўлиш эмас, балки бутун организмнинг мураккаб қайта қурилишидир. Биологик қонун буйича ёш катта бўлган сари организмнинг мослашув имкониятлари қисқаради.

Маълумки, қариш процессида орган ва системалар ўзгариши билан бир қаторда организмнинг ўзига хос компенсатор – мослашув реакциялари ҳосил бўлади. Айнан шу реакциялар қариш процесси ривожланишининг секинлашувига актив таъсир кўрсатади.

Жисмоний машқларни систематик бажариш шартли рефлектор боғланишларга ижобий таъсир кўрсатиб, организмнинг эрта қаришига таъсир қилувчи боғланишларни секинлаштиради.

Физик ҳаракат турли орган ва системаларни ҳаётий активлигини нормаллаштириб стимуллайди: миокардни қисқарувчанлигини оширади, коронар қон айланишини яхшиланиши капилляр қон томирларнинг кенгайиши билан боради, ўпка вентеляцияси ошади, кичик қон айланиши тизими ишини яхшилайди, кўкрак қафаси ҳаракатларини нормаллаштиради. Меъда ичак йўлларини силлиқ мушак моторикасини яхшилайди. Мушак системасини, унинг боғловчи аппаратини, бўғимлардаги ҳаракатларини нормаллаштириб иш ҳаракатини узоқ муддатгача сақлаб туради.

Гормонал фоннинг жисмоний ҳаракатларда аҳамияти жуда катта. Улар таъсирида эндокрин ҳосилалар фаолияти ошиб, инсон танаси ёшаради.

Шифокорнинг биринчи вазифаси беморларни биологик ёшини аниқлаб, сурункали ва латент кечувчи касалликлар ва уларнинг асоратини аниқлаб, физик машғулотлар миқдорини тўғри танлашдан иборат. Врачлар назоратидан ўтгандан кейин бемор физик машғулотларнинг 4 та гуруҳидан бирортасига юборилади.

I гуруҳ. Бу гуруҳга яхши физик тайёргарлик кўрган ва патология асоратлари бўлмаган беморлар киради.

II гуруҳ. Бунга сезилмаган миқдордаги асоратлари бор ва яхши компенсацияга эга бўлган беморлар киради.

III гуруҳ. Паст физик тайёргарликка эга ва жисмоний ҳаракатлари чекланган, соғлиғида бирон бир ўзгариши бор беморлар киради.

IV гуруҳ. Бу гуруҳни турли касалликлар билан касалланган беморлар ташкил қилади. Улар шифокор назорати остида бадан тарбияси билан шуғулланадилар.

Саломатлиги буйича 1-3 гуруҳга киритилган беморлар юкламали даволовчи бадан тарбия билан шуғуллансалар бўлади, бироқ 3-гуруҳга эҳтиёткорлик билан ёндашиш керак. Даволовчи бадан тарбияси билан шуғулланиш ўртача тартибда олиб борилиши керак. Юкламаларни босқичма-босқич ошириб борилади. Юкламалар шуғулланувчиларни функционал имкониятига тўғри келиши керак.

Қари организмнинг ҳолатидан келиб чиқиб тез ҳаракатлар, кескин тана ва бошни букиш мумкин эмас. Тана ҳолатини тез ўзгартирганда қон томирларда склеротик ўзгаришлар бўлганлиги сабабли бош айланиши, қулоқда шовқинлар, мувозанат бузилиши, йиқилиб жароҳат олиши мумкин.

Кекса ёшдагиларга машқларни шундай танлаш керакки, бунда ҳамма бўғим ва мускуллар иштирок этиши керак. Бу машқларни ҳаммаси ритмик, бир маромда, юрак қон томир системасини зўриқтирмасдан бажарилиши керак.

Узоқ масофага югуриш ортиқча юклама бўлади. Бу оёқ бўғимларда ва умуртқада оғриқ бўлишига олиб келиши мумкин. Шу сабабли кекса ёшдагиларга бадантарбия қилиб юриши тавсия қилинади, бунда тананинг ҳамма қисмлари – мускуллари, оёқ-қўл бўғимлари тос ва елка камари, корпус қатнашади ва бўғимлар жароҳатланиши камаяди.

Жисмоний машқ билан шуғулланувчи шахслар ўзининг пульсини назорат қилиб туриши лозим. Пульси тезлашиб кетишига йўл қўймаслиги керак. Пульсни чегаравий миқдорини аниқлаш функционал диагностика хоналарида бир неча марта велоэргометрия усулини қўллаб ЭКГ ёрдамида ўтказилади. Агарда бундай текширишнинг иложи бўлмаса, биринчи

ва иккинчи функционал гуруҳларга кирувчи беморлар учун формула ёрдамида аниқлаш мумкин.

Жисмоний машқлар билан систематик шуғулланиш керак. Бир йил гиподинамияда бўлиб, таътил пайтида эса жисмоний машқлар, спорт ўйинлари билан ҳаддан ташқари кўп шуғулланиш мумкин эмас. Чунки бу нарса фожиа билан тугаши мумкин. Шундан келиб чиққан ҳолда «отпуск инфаркти» тушунчаси ҳам бордир. Бундай контингент шахсларга жисмоний машқлар шифокор консультациясидан сўнг индивидуал ҳолатда олиб борилиши керак ва албатта «Зарар қилма» деган тиббиёт қоидасига риоя қилиш зарур.

ҚАРИ ВА КЕКСА ЁШДАГИ БЕМОРЛАРНИНГ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ

Реабилитация жараёни тиббиёт амалиётида мураккаб комплекс жараён бўлиб, қуйидагилардан иборат:

2. тиббий реабилитация – беморни даволаш;
3. психологик реабилитация – шифокорни беморга ёки инвалидга уларнинг онгидаги руҳий депрессияни, ўтказган касалликлари туфайли келиб чиққан реактив неврозни камайтириш мақсадида таъсир қилиши: даволашнинг яхши натижасига беморни ишонтириш;
4. ижтимоий ёки жамоат реабилитацияси – оила ва жамиятда унинг ўрнини тиклаш;
5. меҳнат, касбий реабилитация – меҳнат қобилиятини қисман ёки тўлиқ тиклаш.

Даволаш жараёни тиббий реабилитация ҳисобланиб, натижаси унинг қандай бошланганлиги билан боғлиқ. Ҳамма реабилитация турлари бир-бири билан жипс боғлиқ ва мақсади соғлиқ ва меҳнат қобилиятини тиклашга қаратилган. Қари ёшда тикланиш жараёнлари секин кечгани туфайли реабилитация узоқ вақт давом этади ва тикловчи даволаш олиб борилганда эса сабр-тоқат, қатъийлик билан ёшга мос ўзига хосликлари, жисмоний ва руҳий ҳолати ҳисобга олиниши керак.

Қайта тиклаш терапияси – атеросклероз асорати, мия инсульти, миокард инфарктини ўтказган, таянч-ҳаракат аппаратининг ёшга хос ўзгаришлари туфайли тезда пайдо бўладиган травматик шикастланиши бор катта ёшдаги гуруҳларда ўзига хос ўринга эга. Ўз вақтида ва тизимли ўтказиладиган реабилитацион ташкилий ишлар қари одамни ўзига-ўзи хизмат қила оладиган ёки минимал бошқалар ёрдамидан фойдалана оладиган даражада функционал тикланишига олиб келади. Қари ёшдагиларнинг қайта тиклаш даволанишлари атрофдагилар ва беморлар учун ижтимоий нуқтаи назардан баҳоланиши керак.

У яна иқтисодий натижа ҳам беради, чунки бу тадбирлардан кейин беморга қарайдиган тиббий персонал сони қисқаради, яна ўз касбини ташлаб беморни парвариш қиладиган қариндошлари сони камаяди.

Гериатрия амалиётида даволаш эффекти, шифокорнинг обрўсига, беморнинг соғлигини яхшилашга бўлган ишончига боғлиқ. Беморнинг оптимистик ҳолати қайта тиклаш терапиясининг муҳим фактори ҳисобланади. Беморнинг кучига ишониши, соғайишига бўлган иродаси – уни даволаётган шифокорларни унинг сурункали касаллигига қанчалик маъсулиятли бўлишларига маълум даражада боғлиқ. Тиббий персонал қариялар билан ишлаганда билиши керак бўлган асосий принциплардан бири шуки, қари одам организми

функцияларини қайта тиклаш учун аниқ резерв имкониятини билиб, фақат уни тўғри чиниқтиришни олиб бориш керак.

Қайта тиклаш терапиясида руҳий аспектларга алоҳида эътибор қаратиш керак, қари ёшдаги беморларга етарли даражада эътибор бериш, уларнинг индивидуаллигини баҳолаш, кечинмаларини тушуниш, атрофдагилар билан мулоқотга киришиши қийинлигини ҳисобга олиш лозим бўлади.

Реабилитацияни амалга оширишда тиклаш терапиясининг олдиндан тузилган режаси ва ундан беморнинг хабардор бўлиши катта психотерапевтик таъсирга эга. Бундай ёндашиш беморга ўзининг соғлигига онгли ва маъсулиятли равишда қарашига имкон беради, соғлиғини сақлаш учун курашишга бўлган қатъиятини мустаҳкамлайди, депрессияни, умидсизлик фикрини йўқотади. Қари одам қайта тикланиш имконияти бор гуруҳга киришини англаб етади. Реабилитацион терапияни амалга ошираётган пайтда унинг ҳар хил этапларида гериатрик воситалар билан медикаментоз даволаш ўтказилади (фақат ўткир давридан кейин, бузилган функцияларни қайта тиклаш учун гемиплегияда, травматик бузилишларда).

Бош мия қон айланиши бузилишини ўтказган, парез ва параличли травма бўлган беморлардаги қайта тиклаш терапияси гериатрик реабилитацияда алоҳида ўрин эгаллайди, алоҳида эътибор ва тиббий персонални махсус ўқитиш кераклигини талаб қилади. Чиниқтириш машғулотларининг муҳим қоидаларидан бири – бемор ўзи қила оладиган нарсани унинг ўрнига қилмаслик. Кекса одамга доим ёрдам бермаслик керак, чунки у бунга ўрганиб қолади ва ўз-ўзига хизмат қилишни хоҳламайди. Бошқаларга боғлиқ бўлиб қолишлик салбий таъсирини кўрсатиши ва ҳамма реабилитация дастурини бузиши мумкин. Реабилитацион машғулотларни ҳар кун ўтказилиши муҳим. Бу катта ёшдаги одамлар гуруҳлари учун муҳим, чунки эришилган яхши натижалар норегуляр машғулотлар туфайли осон йўқолиб боради ва манфий томонга ўзгариб қолади.

Даволаш ва профилактика мақсадларида шифоталаб жисмоний тарбияни қўллаш соғайишни кучайтиради, меҳнат қобилиятини қайта тикланишига олиб келади.

Машғулотларни тўғри олиб бориш катта аҳамиятга эга. Бошланишида улар секин темпда олиб борилади, бу айниқса гемиплегияли психик реакциялари камайган беморлар учун муҳим. Агар ҳаракат методист билан биргаликда яхши бажарилса, унда машқлар темпини тезлаштириш мумкин. Реабилитация бўлимларида махсус мосламалар, ҳаракатланувчи стуллар, креслолар, юришни осонлаштирувчилар бўлиши керак. Беморни олдин қисман, кейинчалик тўлиқ ўз-ўзига хизмат қилишга ўргатиш муҳим ва ўзаро ёрдам мақсадга мувофиқ. Овқатланиш палатада эмас, касалхона умумий ошхонасида бўлиши керак.

Қайта тиклаш терапиясининг асосий омилларидан бири - ташкиллаштирилган меҳнат терапиясидир. Тиббий кўрсатмалар ҳисобга олинганидан кейин ва зарарланган тана қисмининг функцияларини, касбий кўникмаларни тиклашнинг кераклигига қараб, беморнинг руҳий ҳолатини ҳам ҳисобга олиб, меҳнат терапияси ташкиллаштирилади. Меҳнат терапияси қари одамнинг ёрдамга муҳтожлигини йўқотишда катта аҳамиятга эга. Кекса одам ўзининг одатий машғулотлари доирасида ишласа яхшироқдир. Бу кўнгил тўқлигига, хурсандликка олиб келади ва ички мувозанатни тиклашга ёрдам беради. Қари одамларнинг комплекс реабилитацион терапиясида аппаратли физиотерапия, массаж,

маҳаллий гидротерапевтик ва иссиқлик муолажалари, айниқса, ҳаракат-таянч аппарати касалликларида ҳаракатланиш функциясини тиклашда катта аҳамиятга эга. Бу муолажалар қари одамларда эҳтиёткорлик билан ўтказилиши керак, чунки улар организмининг мослашиш қобилиятининг бузилиши температура ва бошқа таъсирларга пародоксал реакция бериши мумкин. Ёшдан қатъи назар қари одамларнинг адаптацион имкониятларига реабилитациянинг охирги босқичларидаги чиниқтирувчи режим яхши таъсир қилади. Актив ҳаракат режими қон айланиш ва нафас олиш системасининг функционал имкониятларини кенгайтиради; у организмни кислород билан таъминлайди, қон ивиш ва ивишга қарши тизимга яхши таъсир қилади.

Қайта тиклаш терапиясининг яхши натижали бўлиши касалхонадан оилага, одатий шароитга қайтиб келаётган қари одамнинг ижтимоий, жамоатдаги реабилитацияси қандай амалга оширилишига боғлиқ. Бу парез ва параличларнинг қолдиқ асоратлари бўлган беморлар учун айниқса муҳимдир. Улар одатда ўзининг жисмоний камчиликларидан уялишади. Ҳаётнинг одатий шароитларини бузилиши, ички дунёнинг ностабиллиги безовталанишга, қўрқишга, ёлғизлик истагига олиб келади. Беморга даволаш пайтида тушкунликка ва депрессияга тушмаслиги учун ёрдам бериш, унда ишончни шакллантириш, яхши руҳий қулайлик яратиш керак. Бунинг учун тиббий персонал бемор билан руҳий контактда, унинг оиласи билан ўзаро ҳамкорликда бўлиши лозим. Беморнинг яқинларига ундаги касалликни, асоратларини, зарарланган функцияларини тиклашнинг аҳамиятини, беморни парвариш қилиш қоидалари ва беморни руҳиятига таъсир қилишни тушунтириш керак.

Уйига қайтган қари одамни ҳолатини яхшиланишига бўлган оптимизм ва ишончни сақлай биладиган обрўли шифокор ва ҳамшира даврий текшириб туришлари керак. Тиббий ва ижтимоий реабилитацияни таъсирчанлигини ошириш учун кундузги ва уй шароитидаги стационарларни ташкил этилиши муҳимдир. Чунки қариндошлари эрталаб олиб келиб, сўнг кечқурун олиб кетадиган беморлар керак бўлган физотерапевтик муолажаларни олишлари, меҳнат терапияси билан шуғулланишлари, овқатланиш ва дам олиш режимига амал қилишлари, уларни даврий врач кўриб туриши керак.

Ижтимоий тикланишни муҳим бўлими бўлиб меҳнат ва касбий реабилитация ҳисобланади. Тиббий функционал ва оила реабилитацияси билан биргаликда у тўлиқ ижтимоий тузалиш учун керак. Меҳнат фаолияти соғлиқнинг тез тикланишига олиб келади. Лекин тўлиқ реабилитацияни имконият бўйича амалга ошириш учун касалликни тури ва оғирлигини ҳисобга олган ҳолда этапли, яхшилаб ўйланган дастур керак. Стационар шароитида беморнинг олдинги касби шароитларини, янги кўникмаларини машғулот турига боғлаб, юкламаларини меъёрига келтириш керак.

Электр даволаш, ультратовуштерапия, ёруғликтерапия, сув ва иссиқлик билан даво, массаж каби даволарни қўллаш қариётган организм учун яхши натижа беради.

Дори терапияси. Дорининг таъсири унинг организмда сўрилиши ва чиқарилиши қандай амалга ошишига жуда ҳам боғлиқ. Меъда ичак трактининг структур ва функционал ўзгаришлари натижасида ёш ўтиши билан секин сўрилади. Тери остига ва мушак орасига юбориладиган дорилар кеч ва паст интенсивликда таъсир қилади, чунки секин сўрилади. Қариликда организмдан дори моддаларининг чиқиб кетиши бузилади. Жигарнинг

зарарсизлантириш функциясининг пасайиши туфайли организмда дори моддалари ва уларнинг парчаланиш маҳсулотлари тўпланади. Бу эса қари ёшдаги одамларда дори интоксикациясининг пайдо бўлишига сабаб бўлади.

Қариликда кузатиладиган атрофия жараёнлари дори воситаларининг фармакодинамикасини ўзгартирувчи муҳим фактор ҳисобланади. Шуни ҳисобга олиш керакки, ёш ўтиши билан бошқа тўқималарга қараганда паренхиматоз тўқималарнинг эволюцияси интенсив кечади, шу туфайли дориларни дозалашда тана оғирлиги критерий бўла олмайди.

Мавзу: 41 Гериатрия. Қарияларда рационал фармакотерапия ва овқатланиш хусусиятлари. Кекса ёшли инсонларда атеросклерознинг клиник намоён бўлиши ва уларнинг назорати.

Ўқитиш технологияси

Машғулот вақти 6 соат	Талабалар сони : 10-12 тагача
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Ўқув жараёни структураси	. Дарс тематик хона. . Қариликда функционал ва органик ўзгаришлар. Ёшдаги ўзгаришларни механизми..Ўқув предметлари фантомлар, муляжлар, тарқатма материаллар,тестлар . Телевизор, видео мосламалар, мультимедиа
Ўқув жараёни мазмуни: УАШ ни умумий амалиёт врачларининг квалификацион характеристикадаги талабларга ўргатиш,Соғлиқни сақлаш тизимида беморларни олиб бориш ва дифференсил диагностика асослари билан	
Педагогик мақсади:: . УАШни Қариликда функционал ва органик ўзгаришлар. Ёшдаги ўзгаришларни механизми.. Қарияларда ҳаракат тартиби. Остеопороз ва синишлар профилактикаси.. дифференциал диагностикаси хамда унинг келиб чиқиш сабаблари ва этиологияси бўйича кечиш турини ўргатиш . УАШ харакатларини квалификацион характеристика бўйича тахлил қилиш. . Даволаш принципларини тахлил қилиш (номедекаментоз медекаментоз) . ҚВП ва СВП шароитларида беморларни олиб бориш,кузатиш хамда мониторинглашни тахлил	**Ўқув жараёни натижалари:** **<u>УАШ билиши керак</u>:** . Қариликда функционал ўзгаришлар. . Қарияларда ҳаракат тартиби . Қариликда органик ўзгаришлар.. . ҚВП ва СВП шароитларида беморларни диспансер кузатувини хамда уларни мониторинг олиб бориш . Бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика принципларини **<u>УАШ қила олиши керак</u>:** . Гериатрик беморлар диагностикаси учун анамнез ва шикоят маьлумотларини йиға билиш. . Гериатрик беморлар клиник ва лабаратор

Шу касалликда бирламчи иккиламчи ва учламчи профилактик чора тадбирларни тахлил қилиш.	инструментал белгилар орқали диференсатсия қила билиши. Гериатрик беморлар беморларини олиб бориш тактикасини танлаш. Гериатрик беморлар беморларини госпителизатцияга кўрсатмаларини билиши.. Гериатрик беморларда профилактика чораларии қўллаш. Гериатрик беморлар беморларнинг мехнатга лаёқатлигини аниқлаш
Ўқитиш усули	«кичик гурухда ишлаш» усули. кўрсатиш, видеолавха, дискуссия, шархлаш, вазиятли масалалар ва тестларни ишлаш.
Ўқитиш жараёнида организацион шакллар	Мустаққил ишлаш, гурухлар билан ишлаш, гурухли, аудиторияда , аудиториядан ташқарида.
Ўқитиш таркиби	Тарқатма ва ўқив материаллар, визуал материаллар, видеолавхалар, муляж,грфик органйзрлар, балғам сурталари,касаллик тарихлари, жадваллар,стентлар,рентген
Қайта алоқа усуллари	Савол жавоб, тест, ўқув дарсини натижасини презинтатцияси, касаллик тарихи тўлдириш,амалий кўникмаларни бажариш презентация результатов выполнения «профессионал сўров»

Дарснинг технологик харитаси

№	Амалий машғулот босқичлари	Машғулот шакли *Ўтказиш жойи*	Машғулот вакти
1	Кириш қисми (мавзуни асослаш)		10
2	Янги педагогик технологияларни қуллаган холда амалий машғулотлар мавзусини мухокама қилиш (касаллик тарихи плакатлар таблицалар ренгинограммалар чиқиш даражасини фарқлаш	Сураш, Мухокама қилиш *Уқув хонаси палаталар*	40
3	Тўғри хулосани мухокама қилиш		10
4	Касбга оид сураб суриштиришни амалий қисимни фарқлашни ургапиш.	Мухокама қилиш	20

	Касаллик тарихини тўлдириш бўйича қилинадиган ишларни тушунтириш ва рекоментация бериш		
5	Ўқитувчи кузатув остида дарснинг амалий қисмини курсатиб бериш.	Проф. суров. Мед картани тўлдириш ва беморлар билан сухбат вазиятли масала *Тематик беморлар куриги*	20
6	Беморни текшурувдаги малумотлар тахлили: шикоятлар курик палпация перкуссия беморлар аускултацияси бундан ташқари УСА УҚА УАА ахлат бакпассиф яширин қонга текшириш рентген	Касалик тарихи, ситуацион масалани лобаритор малумотлар	35
7	Студинтларни назарий амалий билимларни материалларни мустахкамлаш оғзаки билимларни бахолаш даражаларни фарқлаш	Оғзаки суров, тестлар, мухокома, амалий куникмаларни фарқлаш *Ўқув хонаси*	80
8	Билимларни элон қилиш ва 100 баллик системада бахолаш амалий машғулотларни тема буйича натижаларини фарқлаш	Малумот мустақил ишга саволлар *Ўқув хонаси*	25

Қариш жараёнининг кечиши ва даврийлиги

Қариш, қарилик организмда ёшнинг улғая бориши билан рўй берадиган табиий ўзгаришларнинг якуний босқичидир. Қариш жараёнларида орган ва тўқималардаги ўзгаришларга ташқи муҳит таъсир қилади. Қариликдаги ўзгаришлар физиологик жараён бўлиб, кўпчилик олимлар фикрига кўра касаллик ҳисобланмайди, лекин организмнинг функционал қобилиятининг чекланишига ва ташқи зарарли омилларга чидамлилигининг пасайишига олиб келади. Бундан ташқари қариш биологик парчаланувчи жараён бўлиб, бунда организмнинг мослашиш қобилияти чеклана бориб, турли патологик ўзгаришлар ривожланади ва ўлим муқаррарлиги тезлашади.

Кўп ҳужайрали мураккаб организмлар умри давомида анатомик ва функционал жиҳатдан маълум бир ўзгаришларни бошидан кечиради. Бу ўзгаришлар ёш ўтган сари уларнинг ташқи кўринишида намоён бўлади. Қариликда юз териси қуруқ, буришган, сержин, илвиллаган, ранги паст, юпқалашганлиги натижасида тери остидаги томирлар бўртиб кўриниб туради. Бош қисмидаги соч толалари оқарган, сийраклашган, кўзлари нурсиз, оғиз бўшлиғида тишлар етишмайди, умуртқа поғонаси букчайган, ҳаракатлари сустлашган бўлади. Бу белгилар қариликка хос белгилардир. Кўриш ва эшитиш қобилияти

қариликда пасаяди. Қари одам тез-тез жунжикади. Бўйи ва вазни ҳам камаяди. Эркаклар бўйи 50-85 ёшлар ўртасида камида 3 сантиметрга, аёллар бўйи эса 4 сантиметрга пасаяди. Меъёрда эркакларда тана вазни 40 ёшда, аёлларда эса 50 ёшда максимал ҳолатда бўлади.

Ёшнинг даврийлиги – инсон ҳаётини биологик, қисман ижтимоий ва иқтисодий тавсифларга асосан алоҳида босқичларга бўлиш демакдир. Содда ва кенг қамровли (универсал) тасниф ўз ичига 3 та даврни олади: болалик, ўсмирлик, қарилик.

Қадимги Юнон олими Пифагор (эр.авв. IV аср) инсон ҳаётида йилнинг фаслларига мос 4 та даврни ажратади:

1 давр – тикланиш «баҳор» (0-20 ёш)

2 давр – ёшлик «ёз» (20-40 ёш)

3 давр – ғайратга тўлиш «куз» (40-60 ёш)

4 давр – сўниш «қиш» (60-80 ёш)

Бизнинг юртимизда ёшга қараб, инсон ҳаётини қуйидаги даврларга бўлиш тавсия қилинган:

1. Она қорнида ривожланиш (антенатал давр) (1-жадвал)
2. Постнатал ривожланиш (2-жадвал)

Она қорнида ривожланиш даври *1-жадвал*

БОСҚИЧЛАРИ	ДАВОМИЙЛИГИ
1) бошланғич давр 2) эмбрионал давр	0-2 ҳафта 3-8 ҳафта
3) ҳомила (фетал) давр	антенатал ривожланишнинг 2-9 ойи

Постнатал ривожланиш даври *2-жадвал*

1) чақалоқлик даври	ҳаётнинг 1-ойи
2) эмизиклик даври	1ой – 1 йил
3) мактаб ёшигача бўлган давр	1-3 йил
4) мактабгача бўлган давр	3-7 ёш
5) кичик мактаб ёши даври	7-11
6) катта мактаб ёши (ўсмирлик) даври	12-18 ёш
7) ёшлик даври	18-21 ёш эркаклар, 18-20 ёш аёллар
8) етуклик даври I	22-35 ёш эркаклар, 21-35 ёш аёллар
9) етуклик даври II	36-60 ёш эркаклар, 36-55 ёш аёллар
10) кексалик даври	61-74 ёш эркаклар, 56-74 ёш аёллар
11) қарилик даври (улуғ ёш)	75-90 ёш эркаклар ва аёллар
12) узоқ яшовчилар	90 ёш ва ундан юқори, эркаклар ва аёллар

Шуни таъкидлаб ўтиш лозимки, ёшнинг даврийлигини чегаралаш шартли равишда олинган. Табиийки бу чегара у ёки бу томонга сурилиши мумкин. Айниқса, бу ҳолат қарилик даврига тўғри келиб, бу даврни кексаликдан ажратишда қийинчилик туғдиради.
Маълумки, ёшлик давридан етуклик даврига ўтишда инсон ҳаётининг сифатини ўзгаришлари 30-35 ёшдан, лекин сезиларли пасайиб бориши 45 ёшдан сўнг бошланади. Нафақа ёшига тўғри келувчи 45-59 ёшни физиологик ва ижтимоий хусусиятларга кўра «ўрта» ёш деб қараш тавсия қилинади. Бу даврда одатда турли эндокрин ўзгаришлар кузатилиб, климакс ривожланиши ва қарилик жараёнларига таъсир қилиши эркакларга нисбатан аёлларда кучлироқ намоён бўлади.
Кексалик даври иш қобилиятини ва фаоллик даражасини сақланиши билан ҳам характерланиши мумкин. Ҳаёт циклининг охирги босқичи – физиологик қарилик эса 75 ёшдан бошланиши аниқланган. Узоқ яшовчилар (90 ёшдан юқори) кечки физиологик қарилик модели сифатида қаралади.
Демак, физиологик қариш детерминирланган биологик жараён ҳисобланади, эрта қариш эса, табиий жараён кечишининг турли омиллар билан боғлиқ бўлган ўзгариши, деб қаралади.
Қариш жараёнида канцерогенез кучаяди, аутоиммун бузилишлар юзага келади. Бу патологик ҳолатларни ривожланиши ёш ошган сари кучаяди. Қариликка хос бўлган ўзгаришларнинг организмда эрта бошланиши касаллик келиб чиқишининг янада ривожланишга олиб келади. Бундан хулоса шуки, касаллик қаришни тезлаштиради.

ҚАРИЛИК ТУРЛАРИ

Геронтологиянинг асосий мақсадларидан бири қариш жараёни – нормал, физиологик ҳолат ёки касаллик эканини ўрганишдир. Гален қарилик касаллик эмас, балки организмнинг алоҳида бир ҳолати, лекин ёшга характерли бўлган соғлиқ эмас деган. У қариликни соғлиқ ва касаллик орасида, деб билган. Сенека эса «қарилик – бедаводир» деб таъкидлаган. Геронтология адабиётларида «физиологик» ва «вақтидан олдинги» қариш терминлари кенг ишлатилади.
И.В. Давидовскийнинг таъкидлашича, қарилик фақат биологик сабабларга кўра эрта ва кеч бўлади, ҳар доим ўз вақтида бўлади, фақатгина ўлим бевақт бўлади.
В.В. Фролькиснинг фикрича, физиологик қариш деганда табиий бошланиб секин ривожланувчи, организмни ташқи муҳитга мослашиш имкониятларини чегараланиши ва ўлим эҳтимолининг ортиши билан кечувчи қариш тушунилади.
Табиий (физиологик, нормал) қариш деб, қарилик белгиларини улғайишнинг аниқ бир босқичида табиий бошланиб, кетма-кет, аста-секин ривожланишига айтилади.
Секинлашган (ретардланган) қариш – ёш улғайишининг ҳамма (умумий) популяцияга қараганда секинлашган босқичда кечиши билан фарқланади. Бу тоифа қариликнинг кўринишига узоқ умр кўриш феномени киради.
Вақтидан олдин ёки эрта (патологик) қариш – эрта бошланган, тез кечувчи, ёш даврда қарилик белгиларини ёркинроқ намоён бўлиши билан характерланади. Бунда инсоннинг биологик ёши унинг календар ёшидан ўзиб кетиши аниқланади. Вақтидан олдин қаришни аниқлаш нафақат ҳаёт давомийлигини оширишнинг индивидуал дастурини тузишга имкон яратади, балки уни келиб чиқишининг эндоген ва экзоген механизмларини билишга ва

уларни олдини олишга асосланган комплекс профилактик чора-тадбирларни ўз вақтида амалда қўллашга имконият беради. Биологик ёшни аниқлаш вақтидан олдин қариш синдромини диагностика қилишнинг усули ҳисобланади.

Эрта қариш омиллари 2 гуруҳга бўлинади:

1. Эндоген омиллар;
2. Экзоген омиллар.

Эндоген омилларга организмнинг турли касалликлари, ирсий омиллар, хромосом касалликлар киради. Организмни эрта қаришига энг кўп сабабчи бўлган касалликлар атеросклероз, артериал гипертония, сурункали ўпка касалликлари, ошқозон, жигар касалликлари, асаб ва эндокрин касалликларидир. Қариш жараёнида ирсият муҳим аҳамият касб этади. Эрта қаришни ёки узоқ умр кўришни наслдан наслга ўтиши исботланган.

Экзоген омилларга иқлимий, касбий, ижтимоий-иқтисодий, экологик сабаблар киради. Турмуш тарзи, гиподинамия, стресслар, норационал овқатланиш ҳам экзоген омиллар бўлиб ҳисобланади.

Аёлларда қариш жараёнининг анча секин бориши ҳам генетик аппарат хусусиятларига, ҳамда аёлларда зарарли одатларнинг йўқлигига боғлиқ.

Вақтидан олдин ёки эрта қариш ташқи муҳит омили, иқлимий, касбий, ижтимоий-иқтисодий, экологик, турмуш тарзи, организмнинг орган ва системаларига сурункали касалликларнинг таъсир қилиши натижасида келиб чиқади.

Эрта қаришга олиб келадиган факторларни бартараф этиш соғлиқни сақлаш тизимини ва ижтимоий геронтологиянинг хамда гериатрия фанининг асосий стратегик вазифаси ҳисобланади.

Геронтологлар фикрича, эрта қариш 40-50 ёшларда пайдо бўлади. Вақтидан олдин қариш – қизиқишларнинг чегараланиши, ҳаётдан қониқмаслик, шахснинг дестабилизацияси сабабларидан биридир. Вақтидан олдин қариш ноактив ва қари аҳолини яшаши учун керак бўлган барча чиқимларни ўзига оладиган ишга лаёқатли аҳоли сонининг камайишига олиб келади. Бу босқичда геронтологиянинг энг муҳим вазифаларидан бири нафақат ҳаётни узайтириш, балки қари одамларни жамиятдаги ва оиладаги ўрнини мустахкамлаб, фаол ва сифатли яшашини таъминлашдан иборатдир.

Ҳужайра, органларнинг қариш жараёнидаги морфологик ўзгаришлари

Анатомик ўзгаришлар қарилик атрофияси кўринишида, склерозга мойиллик ҳолатида характерланади. Бу ҳолат моддалар алмашинувининг бошқача бўлиб қолиши, шунингдек, жинсий безлар функциясининг сусайишига, эндокрин мувозанатнинг бузилишига, яъни янгиланиш ва емирилиш мувозанатининг бузилишига олиб келади. Бунга ёркин мисол «анорексия» – иштаҳанинг йўқолишидир. Бунга тўқималарнинг яшаш учун зарур бўлган энергия манбаи ҳисобланувчи озуқа моддаларига бўлган талабининг пасайиб кетиши сабабдир. Қарилик атрофияси ҳужайраларда юз берадиган регрессив ўзгаришлар йиғиндиси, яъни ҳужайралар ҳажмини, сонини камайиши ва улар протоплазмасида физикавий ва морфологик ўзгаришлар рўй бериши натижасида терининг юпқалашуви, суяк ва тоғай тўқималарининг мўртлашуви, тери ости ёғ қатламининг йўқолишида намоён бўлади. Аёлларда «климакс» бошланганидан кейин тухумдонлар ва бачадон кичраяди.

Эволюцион жараёнда бош мия вазни ҳам камаяди. Нерв тўқималарида пигментли, ёғли дегенерация ва атрофик ўзгаришлар рўй беради.

Қон айланиш системасида атеросклероз вазомотор ўзгаришларга сабабчи бўлади. Булар одамнинг бошига қон қуйилиб келиши билан ифодаланади, артериал босим кўпинча кўтарилади.

Юракда миофиброз қайд этилади. Бу эса юрак фаолиятини сусайтиради, қон айланиш системасининг етишмовчилигига ва органларнинг озуқа моддаларига, кислородга тўйинмаслигига олиб келади ва маълум бир клиник симптомларга сабабчи бўлади. Булар бош айланишида, хотиранинг пасайишида, уйқунинг бузилишида, оёқ-қўлларнинг кучсизлигида намоён бўлади.

Қарилик ҳар бир организмда индивидуал ривожланади. Инсоннинг ёшини биологик ва календар, яъни хронологик тарзда ўрганиш мумкин. Кўпинча, қариш жараёни инсоннинг ёшига мос келмайди. Масалан, 60 ёшли одам организмида 70 ёшга кирган одам организмига хос бўлган таркибий ўзгаришлар, функциялар бузилиши кузатилиши мумкин. Демак, физиологик қариш билан бир қаторда эрта қариш жараёни ҳам мавжуд. Инсоннинг календар ёши биологик ёшидан қанча катта бўлса, қариш жараёни шунча секин кечади, умри узаяди. Ҳозирги тиббиётнинг вазифаси эрта қаришни олдини олиш ва инсоннинг турмуш тарзидаги, ижтимоий муҳитидаги қаришга таъсир этадиган омилларни йўқотишдан иборатдир.

Қариш жараёни организмда ҳужайра, орган, система ва бутун тана даражасида ривожланади ва бу ўзгаришлар бир-бири билан ўзаро боғлиқдир.

В.В. Фролькис назариясига биноан, организм қаришида адаптацион- регулятор механизмнинг бузилиши сабаб бўлади. Қариш мураккаб биологик жараён бўлиб, организм ҳаёти мобайнида унга таъсир этаётган эндоген ва экзоген омиллар муҳим физиологик функциялар ишини издан чиқаради. Қаришнинг олдини олиш учун экзоген омиллар таъсирини камайтириш, экологик турмуш тарзини яхшилаш зарур, бу эса умрни узайтиради.

Эволюция мобайнида организм ҳаёт фаолиятида қаришга қарама-қарши бўлган жараён – витаукт мавжуд. Витаукт *vitae* – лотинча ҳаёт, *auctum* – узун деганини англатади.

Қариш ва витаукт жараёнларининг ўзаро алоқаси инсон туғилиши билан пайдо бўлади ва умрни узайтиришни ифодалайди.

Қариш кўп ўчоқли умумбиологик жараён бўлиб, ҳужайраларнинг ядросида, цитоплазмасида, мембраналарида, митохондрия ва бошқа структураларида намоён бўлади. Қариш жараёни ривожланишида 4 хил хусусият фарқ қилинади:

- Гетерохронлик
- Гетеротоплик
- Гетерокинетиклик
- Гетерокатефтенлик

Гетерохронлик хусусияти бу қариш жараёнининг турли орган, тўқима, система ва ҳужайраларда ҳар хил муддатда бошланишидир. Масалан, айрисимон безнинг атрофияси 13-15 ёшларда бошланса, жинсий безларнинг атрофияси климактерик даврда бошланади.

Марказий нерв системаси ва эндокрин системанинг турли бўлимларида ҳам гетерохрон қариш кузатилади.

Гетеротоплик хусусияти маълум бир органнинг турли қисмларида қариш белгиларининг турлича намоён бўлишидир.

Гетерокинетиклик хусусияти организм тўқималарида қариш жараёнининг турлича тезлик билан кечишидир. Яъни, айрим тўқималарда эрта қариш белгилари суст ривожланиб бориши мумкин Аксинча, бошқа тўқималарда кечроқ бошланган қариш белгилари тез ривожлана бориб, организмнинг функционал ҳолатига таъсир этиши мумкин.

Гетерокатефтенлик хусусияти организмдаги ёшга боғлиқ ўзгаришларнинг турли хил йуналишларда, организмдаги ҳаётий жараёнларнинг бирини сўниши ва иккинчисини фаоллашуви билан кечишида намоён бўлади.

Қариш жараёнини кўп олимлар ҳужайраларнинг генетик аппаратидаги ва оқсил биосинтезидаги бузилишлар билан боғлайдилар. Ўзгаришлар ДНКнинг генетик маълумотлар узатиш звеносида содир бўлади. Оқсил молекуласидаги ўзгаришлар ҳужайра функциясининг бузилишига олиб келади. Бу ўзгаришлар ҳужайрада энергиянинг пайдо бўлиши, узатилиши ва сарфланишида кузатилади. Ҳужайрада кислородга бўлган эҳтиёж камаяди, ферментлар фаоллиги пасаяди. Липидлар алмашинуви издан чиқиб, ҳужайра мембранасининг фосфолипид таркиби бузилади, қонда холестерин, триглицеридлар, липопротеидлар сони ошиб кетади, натижада атеросклероз ривожланади. Бу эса қариш жараёнини янада тезлаштиради.

Қариш жараёнида ҳужайралар функциясининг бузилиши ва нобуд бўлиши орган, тўқималар ва организм иш фаолиятини издан чиқаради, ҳужайрада дистрофик ва компенсатор ўзгаришлар юз беради.

Қарилик оқибатида мия нейронлари 30-40%га, буйрак нефронлари, ўпка альвеолалари 30-50%га камаяди.

Қаришнинг асосий морфологик кўриниши орган ва тўқималарнинг атрофияси бўлиб, бу ҳужайраларнинг камайиши ҳисобига ривожланади. Ҳар бир орган тўқималарида атрофик ҳужайралар билан бир қаторда нормал ҳужайралар ҳам учрайди. Атрофияга учраган ҳужайралар ҳисобига нормал ҳужайраларда гиперфункция ва гипертрофия содир бўлади. Яъни мослашув сабабли ҳужайраларда ядро сони кўпайиб, ундаги ДНК миқдори ортиб боради. Митохондрияларнинг умумий миқдори камайиши оқибатида гигант формадаги митохондриялар пайдо бўлади. Ҳужайраларда органоидларнинг парчаланиши маҳсулоти бўлган фермент-липофуцин тўплана бошлайди ва ҳужайралар функциясининг ўзгариши кузатилади. Нейронларнинг маълумот қабул қилиш қобилияти пасаяди, секретор ҳужайраларда моддаларни синтез ва ажратиш процесси камаяди, юрак ҳужайраларининг қисқариши пасаяди, ҳужайра мембранасининг қўзғалиши, биоэлектрик хусусияти бузилади. Ҳужайраларда кальций ионларининг фаол транспорти бузилади, бу эса ўз навбатида ҳужайра функциясини издан чиқаради. Бириктирувчи тўқималарда коллаген толаларининг фибриллалари хусусиятини йўқола бориши ва ўзгариши кузатилади.

Гериатрик беморларни клиник текширишнинг ўзига хос хусусиятлари

Қари ёшдаги беморлар тиббий ёрдамга мурожаат қилишганда уларни жамиятнинг тенг ҳуқуқли аъзоси, деб билиш ва уларга алоҳида ҳурмат ва эҳтиром кўрсатиш зарур.

Тиббиёт ходимлари геронтологик беморларда кечадиган касалликларни ўзига хос хусусиятларини, улар билан суҳбатлашишни, уларни қандай парваришлаш ва даволашни билишлари шарт. Кекса одамлар текширилганда уларда 3-4 та касаллик аниқланиши мумкин. Булар юрак ишемик касаллиги, гипертония касаллиги, ўпка эмфиземаси, умуртқа поғонаси остеохондрози, катаракта, қулоқ оғирлиги, простата бези аденомаси, онкологик касалликлар ва бошқалардир.

Қари одамлар организмида сурункали кечадиган касалликлар кўпроқ учрайди. Аммо ўткир ва инфекцион касалликлар ҳам учраб туради. Қарияларда патологик жараён жуда секинлик билан ривожланади. Шунинг учун улар тиббий ёрдамга кеч мурожаат қиладилар. Ўткир касалликлар клиникаси организмнинг қаршилик фаолияти пасайганлиги сабабли суст ифодаланган бўлади. Шу сабабли тиббиёт ходимлари катта ёшдаги одамларни текширишда, даволашда, парваришлашда алоҳида кўникмаларга эга бўлишлари мақсадга мувофиқдир.

Диагностика учун, касалликнинг турли хил кўринишларини ўрганиш мақсадида беморларни текширишнинг ҳар хил усулларини: сўраб суриштириш ва кўздан кечириш, тана ҳароратини ўлчашдан тортиб, лаборатория ва функционал текширишларни ҳам ўтказиш зарурдир. Геронтологик беморларни текширишнинг субъектив ва объектив методлари мавжуд.

Субъектив текшириш, яъни сўраб суриштириш, беморнинг касаллик бўйича шикоятини, мазкур касаллик тарихини, ҳаёт тарихини, бошидан кечирган касалликларини, оила турмуши ва ирсият тўғрисидаги маълумотларни ўз ичига олади. Беморларни сўраб суриштириш ҳамда анамнез тўплаш уларнинг хотираларига тааллуқли бўлиб, қуйидаги тартибда олиб борилади:

Орган ва системалар бўйича сўраб суриштириш.

Тиббий анамнез (бошдан кечирган касалликлари, жарроҳлик

иётлари, даволаш турлари ва уларнинг натижалари)

Оилавий ҳаёт анамнези.

Ижтимоий анамнез.

Овқатланиш тартиби.

Руҳий ва жинсий анамнез.

Кекса ёшдаги бемордан анамнез тўплаш тиббиёт ходимидан усталикни талаб қилади. Чунки, бундай беморларда эшитиш ва кўришнинг пасайиши, руҳий аҳволидан норозилик, инжиқлик ва эзмалик анамнез тўплаш вақтини узайтириб юборади. Гериатрик беморни сўраб суриштириш пайтида беморлар бемалол эшитиш аппаратидан фойдаланишлари керак. Бунда бемор қулоғига бақириб гапириш, уни жеркиш ярамайди. Аксинча, секинроқ, равон гапириш, шифокор ва ҳамшира юзида ҳамдардлик ва беморга қизиқиш аломатлари акс этиши керак. Шундагина бир-бирларига ишонч уйғонади. Агар бемор касалхонага қариндошлари билан келган бўлса, унда шифокор ва ҳамшира аввал улар билан алоҳида суҳбатлашиб олиши керак.

Беморнинг шикоятлари турли туман бўлиб, маълум бир касалликнинг клиникасига мос келмаслиги мумкин. Беморлар касалликнинг асосий белгиларига унча эътибор бермай, қарилик сабабли деб тушунтиришга уринадилар. Сийдик ва ахлатни тутиб туролмаслик

ёки қабзият, камқувватлик, бош айланиши каби белгилар оғир патологик ҳолатнинг белгиси бўлиши мумкин.

Илгари бошидан кечирилган касалликлар ва ўтказилган даволаш муолажалари, қабул қилган дори-дармонлар ва уларнинг натижаси сўраб ўрганилади.

Ижтимоий анамнез тўплашда гериатрик беморларнинг ҳаёти, турмуши сўраб суриштирилади, уларнинг турар жой, маиший шароитлари, санитария шароитлари билиб олинади. Беморнинг оилавий муносабатлари, ким билан яшайди, тиббий ва ижтимоий ёрдамга мурожаат қилганми ҳамда унинг натижалари қандай бўлганлиги ўрганилади. Жуда эҳтиёткорлик билан эр ёки хотиннинг ўлимини қандай қабул қилганлиги сўралади.

Беморнинг овқатланиш тартиби сўраб суриштирилганда, улар тўғри ва рационал овқатланадими, ёғлар ва углеводлар чекланганми, оқсилга бой овқатларни (гўшт, балиқ, тухум, сут маҳсулотлари) мунтазам истеъмол қиладими ва овқатни чайнашда тиш протезларидан фойдаланадими, деган саволларга жавоб топиш керак.

Руҳий анамнезни йиғишдан мақсад, беморда хавотирли – депрессив ҳолатлар, ўз жонига қасд қилиш, руҳий тушкунликка тушиш ҳолатлари кузатиладими ва бу ҳолатларни нима билан боғлашини билиб олишдир.

Бемордан жинсий анамнез йиғилганда, жинсий ҳаёт билан яшаш-яшамаслиги, фарзандлари бор-йўқлиги, климакс ва унга алоқадор касаллик кўринишлари (бошга дув этиб қон қуйилиб келиши, бош оғриқлари, қўзғалувчанлик) қачон пайдо бўлганлиги тўғрисида сўраб кўрилади.

Кекса ёшдаги беморлар объектив текширилганда айрим органлар зарарланиши бутун организм фаолиятининг бузилишига сабаб бўлишини эсда тутиш зарур. Объектив текшириш қуйидаги кетма-кетликда амалга оширилади:

1. Беморларни кўздан кечириш.
2. Пальпация.
3. Перкуссия.
4. Аускультация.
5. Асбоблар билан ва лаборатория текшириш методлари.

Тиббиёт ходимлари кекса ёшдаги беморларни алоҳида парвариш қилишлари, этика ва деонтология қоидаларига виждонан амал қилишлари, кекса ёшдаги беморлар руҳий ҳолатини тушунишлари зарур.

Бундай беморларни даволашда уларнинг касаллик тарихи билан бир қаторда ижтимоий психологик аҳволи билан ҳам танишиш керак. Оила шифокори ва ҳамшираси гериатрик беморлар аҳволи билан яқиндан танишиб чиқиб, тез-тез уйларига бориб улардан хабар олишлари зарур. Айниқса, ёлғиз яшайдиган қарияларнинг ижтимоий, руҳий ва жисмоний аҳволини билиш гериатрик ёрдамнинг асосий вазифаларидан биридир.

Касалхонада қарияларга кенг шароитлар яратиш, улар билан кўпроқ суҳбатлашиш, ҳаётга қизиқишларини орттириш лозим.

Ҳамшира бундай беморларни овқатлантириши, ювинтириши ва кийинтириши, улар билан психологик алоқа ўрнатиб, ўзига ишончни орттириши керак. Қари беморларни касалхона ички тартиб-қоидаларига риоя қилишга мажбур қилмаслик лозим.

Гериатрик беморлар ўз ўтмишлари ҳақида фахрланиб гапирадилар. Уларни кўпроқ ўтмиш ва ўтмиш воқеалари, ютуқлари қизиқтиради. Улар келажак ҳақида ўйлаш ва гапиришдан, ўлимдан қўрқадилар. Шундай пайтларда беморларни ҳаётлари сермазмун, фойдали ўтганлигини, ўз ота-оналик бурчларини яхши адо этганликларини, жамият учун катта фойда келтирганликлари ҳақида ишонтириш керак. Бу эса қарияларнинг соғайишига ёрдам беради.

Шифокор ва хамшира бундай беморларни аҳволи билан яқиндан танишиб чиқиб, тез-тез уйларига бориб улардан хабар олишлари зарур. Айниқса, ёлғиз яшайдиган қарияларнинг ижтимоий, руҳий ва жисмоний аҳволини ўрганиб, керакли ёрдам бериш гериатрик ёрдамнинг асосини ташкил этади. Оила шифокори ва ҳамширалари қарияларни бўш вақтларида руҳан тетиклаштирувчи ва соғломлаштирувчи тадбирлар, суҳбатлар ташкил этишлари, фаол ҳаракатланувчи тадбирларни жорий этиб, рационал овқатланишларида антисклеротик ва энергетик сарфни камайтирувчи парҳез тайинлашлари керак.

Бундай беморларни парваришлашда уларнинг уйқулари бетартиб бўлишини эсда тутиш зарур, яъни кундузи кўп ухлаб, кечаси сергак юришларини эсда тутиш керак. Бундай ҳолларда уйқусизликнинг олдини олиш учун ухлатувчи дорилар тайинлаш ўрнига кечқурун тоза ҳавода сайр қилишни, оёқ ва белларни енгил уқалашни, оёқларни иссиқ кўрпага ўраб ётишни тавсия қилиш жоиз. Кундузги уйқуни эса бирор қизиқарли машғулот билан алмаштириш керак. Масалан, китоб, журнал, газеталар ўқиш билан.

Йиқилиш ва бахтсиз ҳодисалар қариялар ҳаётида тез-тез учраб туради. Бунга кўриш, эшитишнинг пасайиши, мувозанатнинг бузилиши, бош айланиши, камқувватлилик, оёқ мушакларининг бўшашганлиги сабаб бўлиши мумкин. Қариликда суякларда бўладиган остеопороз ҳолати суякларнинг синишини осонлаштиради. Шунинг учун хоналарда, коридорларда, ванналарда кексаларнинг юришига ҳалақит берадиган ортиқча нарсалар бўлмаслиги зарур. Ваннахонада уларни ёлғиз қолдириб бўлмайди, пол сирпанчиқ бўлмаслиги керак. Сувнинг ҳарорати 35^0C дан ошмаслиги керак. Ваннахонада таянч мосламалари бўлиши шарт. Коридорларда девор бўйлаб ушлаб юриш учун махсус мосламалар бўлиши кексаларнинг юришини осонлаштиради, йиқилиб тушиш ҳавфини камайтиради.

Замонавий даволаш муассасаларида барча хоналарда сигнализация, икки ёқли телефон алоқаларининг бўлиши мақсадга мувофиқдир. Бемор кровати 60 см. дан паст бўлмаслиги ва функционал кроват бўлиши керак. Ёстиқлар ва кўрпалар юмшоқ, иссиқ бўлиши лозим. Хона ёруғ, шинам, овқатланиш столи ва алоҳида лампа бўлиши талаб этилади. Хона ҳарорати 20-23^0C да бўлгани маъқул.

Кекса ёшда бадан терисининг юпқалашиши сабабли терининг ҳимоя вазифаси бузилади. Шунинг учун кекса ёшли беморларни ҳафтада 1-2 марта чўмилтириш зарур. Терининг қуруқлашган жойларига кремлар суртилади. Оёқ тирноқлари мўрт, қаттиқ бўлиши сабабли уларни иссиқ, ёғли сувда буғлаб, қадоқларни кунжут мойи билан юмшатиб, кейин олиб ташланади.

Беморларнинг ташқи қиёфасига ва кийинишига эътибор бериш, сочларини турмаклашга, тараб қўйишга ёрдам бериш уларнинг кайфиятини кўтаради ва соғайишига ёрдам беради.

МУСТАҚИЛ ТАЪЛИМ МАВЗУЛАРИ

№	Мустақил таълим мавзулари	Дарс соатлари ҳажми (тиббий педагогика)	Дарс соатлари ҳажми (даволаш)
1	Юрак мушакларининг физиологик вазифалари. Нормал ЭКГ.	**6**	**6**
2	Аритмияда қўлланиладиган дори воситаларининг фармакодинамикаси.	**6**	**6**
3	Ўтказувчанлик бузилишининг этиологияси ва патогенези.	**6**	**6**
4	Гипертония касаллиги ва буйракка боғлиқ бўлган артериал гипертензия этиалогияси, патогенези, таснифи.	**6**	**6**
5	Эндокрин касалликларида кузатиладиган артериал гипертензия этиологияси, патогенези ва клиник белгилари.	**6**	**6**
6	Гипотензив дори воситаларнинг таснифи.	**6**	**6**
7	Гемодинамик ва церебрал артериал гипертензия этиалогияси, патогенези ва гипотензив дори воситаларнинг таснифи.	**6**	**6**
8	Юрак ишемик касаллиги этиологияси, патогенези, таснифи ва даволаш усуллари.	**6**	**6**
9	Миокард инфаркти, этиологияси, патогенези. Миокард инфарктида қўлланиладиган дори воситаларининг фармакодинамикаси.	**6**	**6**
10	Кардиомегалия келиб чиқиш сабаблари, кардиомегалия турлари, клиник симптомларининг ўзига хослиги, ЭКГ даги ва рентгенологик текширувлардаги ўзгаришлар хамда даволаш тамойиллари.	**6**	**6**
11	Юрак нуқсонларининг ривожланиш сабаблари. ЭКГ ва рентгенологик текширувдаги белгилари ва даволаш усуллари. Аортал юрак нуқсонларининг этиалогияси, патогенези, клиникаси ва диагностикаси.	**6**	**6**
12	Юрак нуқсонлари ривожланиши, этиологияси, патогенези, органик ва функционал юрак шовқинларининг ҳосил бўлиш механизми, нуқсонлар кечишининг ўзига хослиги.	**6**	**6**
13	Кардиомегалия сабаблари, сабабларига кўра даволаш, β-адреноблокаторлар ва юрак гликозидларни қўллашда ўзига хос хусусиятлари.	**6**	**6**

14	Қон айланиши етишмовчилиги этиологияси, патогенези, таснифи ва клиник кечиши. Юрак гликозидлари, β-блокаторлар, АПФ ингибиторлари, сийдик хайдовчи воситаларнинг қўллашдаги ўзига хос хусусиятлари.	**6**	**6**
15	Миокардит ва миокардиодистрофияларни этиологияси, патогенези ва даволаш усуллари. Миокардит ва миокардиодистрофияларни даволашда қўлланиладиган дори воситаларнинг фармакодинамикаси.	**6**	**6**
16	Перикардит ривожланиш сабаблари ва диагностикаси. ЎАТЕ(ТЕЛА) ва қаватланувчи аневризмаси этиопатогенези ва клиникаси.	**6**	**6**
17	Пневмония, туберкулез ва ўпка инфаркти этиологияси, патогенези, таснифи,клиник кўриниши ва шакллари. Текшириш усуллари ва асоратлари.	**5**	**6**
18	Ўпка абцесси, ўпка раки, ўпка эхинококки клиник кўринишлари ва шакллари, текшириш усуллари, асоратлари.	**5**	**6**
19	Ўпка туберкулези ва ўпка раки этиологияси ва таснифи. Даволаш тамойиллари.	**5**	**6**
20	СОЎК (ХОБЛ) этиологияси, таснифи, клиник кўринишлари, текширув усуллари ва асоратлари.	**5**	**6**
21	Ревматик иситма ва ревматоидли артрит касалликларининг диагностик критериалари.	**5**	**6**
22	Серонегатив спондилоартритларнинг (Реактив артрит, Бехтерев касаллиги, псориатик артрит) диагностик критериалари.	**5**	**6**
23	Бириктирувчи тўқима диффуз касалликларининг диагностик критериалари, фаоллик даражалари ва даволаш усуллари.	**5**	**6**
24	Тизимли васкулит касалликларининг диагностик критериалари, активлик даражалари, даволаш усуллари ва профилактикаси. Даволашда қўлланиладиган дори воситаларининг фамакодинамикаси.	**5**	**6**
25	Тугунчали периартритнинг диагностик критериалари, активлик даражалари, даволаш усуллари ва профилактикаси. Даволашда қўлланиладиган дори воситаларнинг фармакодинамикаси.	**5**	**6**
26	Буйракнинг яллиғланиш ва иммун яллиғланиш касалликларининг этиологияси, патогенези, касалликнин клиник намоён бўлиши, диагностикаси ва активлик критериалари.	**5**	**6**

27	Нефропатияларнинг этиологияси, патогенези ва касалликни аниқлаш усуллари.	**5**	**6**
28	Шиш синдроми, сабаблари. Ташхислаш усуллари.	**5**	**6**
29	Дисфагия ривожланиш сабаблари, Дисфагия ривожланишидаги хавф омиллар.	**5**	**6**
30	Яра касаллигининг клиник кўринишлари, клинико-лаборатор мезонлари, асорати ва даволаш усуллари.	**5**	**6**
31	Панкреатит этиологияси, патогенези, ва таснифи. Ошқозон ости бези ўсмасида ўтказиладиган диагностик текширувлар.	**5**	**6**
32	Носпецефик ярали коллит асоратлари ва текширув усуллари.	**5**	**6**
33	Гепатомегалия билан кечувчи касалликлар этиопатогенези, клиник кўринишлари, даволаш тамойиллари.	**5**	**6**
34	Жигар циррози этиопатогенези, клиник кўринишлари ва даволаш тамойиллари.	**5**	**6**
35	Сариқлик билан кечувчи касалликлар этиопатогенези, клиник кўринишлари, касалликнинг синдромал диагностикаси.	**5**	**5**
36	Ошқозон-ичак касалликларидаги фармакотерапиянинг ўзига хос хусусиятлари ва асоратларидаги тактика.	**5**	**5**
37	Қарилик, касалликларни ўзига хос кечиши ва уларни даволашда индивидуал ёндошув.	6	6
38	Атеросклероз, ўпка эмфиземаси касаллиги диагностик критериалари ва таснифи.	6	6
39	Гастрит, яра касаллиги, колитларнинг диагностик критерийлари ва таснифи.	6	6
40	Пиелонефрит ва сурункали буйрак етишмовчилиги диагностик критериалари.	6	6
41	Ички касалликларнинг бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.	**6**	**6**
Жами:		**226 соат**	**244 соат**

Глоссарий

Дисфагия – ютишнинг бузилиши

Гастрит– ошқозон шиллиқ қаватининг яллиғланиши

Диспепсия – ҳазм қилиш жараенининг бузилиши

Дуоденит – ўн икки бармоқли ичак шиллиқ қаватининг яллиғланиши

Ошқозон ва 12-бармоқли ичак яра касаллиги – ошқозон ва 12 бармоқли ичак шиллиқ қаватида эрозия ва яра хосил бўлиши

Энтерит – ингичка ичак шиллиқ қаватининг яллиғланиши

Колит – йўғон ичак шиллиқ қаватининг яллиғланиши

Крон касаллиги – ҳазм тизими турли қисмларининг сегментар яллиғланиши

Қабзият –қаттиқ нажаснинг қийин ва кам миқдорда ажралиши

Гепатомегалия – жигар ҳажмининг катталашиши

Носпецифик Ярали Колит – йўғон ичакнинг носпецифик аутоиммун яллиғланиши

Диарея – ичнинг нормага нисбатан суюқ ва тез-тез ўтиши

Дивертикулёз – ҳазм тракти азоларида қопсимон ҳосиланинг пайдо бўлиши

Коновалов Вильсон касаллиги– транскобаламин етишмовчилиги туфайли азоларда мис тўпланиши билан келиб чиқадиган патологик холат

Золлингер Эллисон синдроми – ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак ўсмасидан гастриннинг ишлаб чиқарилишидан вужудга келади

Гастродуоденит – ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак шиллиқ қаватининг яллиғланиши

Эзофагит – қизилўнгач шиллиқ қаватининг яллиғланиши

Кардиоспазм –қизилўнгач иннервациясининг бузилиши натижасида вужудга келган кардиал сфинктер спазми

Жигар циррози –жигар гепатоцитларининг зарарланиб ўрнида бириктирувчи тўқиманинг ривожланиши билан кечувчи касаллик

Антацидлар –кислоталикни пасайтирувчи дори воситалари

Миокард инфаркти – юрак мускулининг чегараланган некрози.

Юрак аневризмаси - трансмурал миокард инфарктининг миомаляция даврида кенгайиши.

Дресслер синдроми ёки постинфаркт синдром- Некротик массалар аутолиз махсулотлари натижасида организмнинг сенсибилизация булиши . Сероз кобикларнинг зарарланиши бошланади, баъзан жараёнга синовиал кобиклар хам кушилади.

Пневмония (зотилжам) упка паренхимасининг яллигланиши . У бир неча хил: крупоз, учогли, тотал пневмония булади.

Учокли пневмония (бронхопневмония)-упка айрим булакчалари ёки бир неча булакчаларининг яллигланиши.

Плеврит- плевра пардасининг курук ва экссудатли яллигланишидир.

Пиоторокс-плеврани уткир эмпиемаси, йирингли плеврит

Ўпка кисталари- Упка ичидаги бўшлик булиб, шаклланган эпителей билан копланган деворга эга, хаво ёки суюклик саклайди.

Артериал гипертония - систолик ва диастолик босимнинг тургун ошиши

Симптоматик артериал гипертензиялар – иккиламчи АГ, кон босимини бошкариб турувчи аъзо ва тизимларнинг зараланиши натижасида юзага келади.

Кушинг синдроми АД кутарилиши, семизлик, «ойсимон» юз, олигоаменорея кузатилади.

феохромоцитома АД кутарилиши, тахикардия, «юз кизариши», терлаш, бирламчи гиперальдостеронизм (АД кутарилиши, аритмия, мускул холсизлиги) билан кечади.

гипертиреоз АД кутарилиши, тахикардия, экзофтальм, калконсимон без катталашуви кузатилади.

акромегалия АД кутарилиши, бугимлар огриги, кул-оёглар катталашуви, макроглоссия кузатилади.

Сурункали гломерулонефрит АД кутарилиши, протеинурия, шишлар вазоренал гипертония (АД>180/110мм.сим.уст. курув нерви диски шиши, олиго-анурия, шишлар) кузатилади.

буйрак поликистози буйраклардаги склерокистозли патология.

Протеинурия- сийдикда оксилнинг пайдо булиши.

Преэклампсия- мия кон айланиш бузилишининг клиник белгилари (бош огриги, бош айланиши, куз олди хиралашуви ва кора нукталар куриниши, кунгил айниши, туш ости сохасида огрик) билан кечадидиган гестоз, хомиладорликнинг II ярмида ривожланади.

HELLP синдроми – гемолиз, жигар ферментлари даражасининг ошиши ва конда тромбоцитлар микдорининг камайиши.

Оғирлашган гипертоник криз (hypertensive emergency) Нишон-аъзоларнинг ўткир шикастланиши билан ҳамкор систолик ва диастолик АБ нингтўсатдан ошиши тушунилади

ретинопатия (геморрагии, кўриш нервининг ғурдачасининг экссудатлари ва шиши).

аортанинг қатламланувчи аневризмаси (бўйин, орқа, оёқ-қўлга тарқаладиган кўкракда,

Артериал гипотензия (син. артериал гипотония) артериал босим даражасининг пасайиши билан характерланади. Катталар учун артериал босимнинг нормал пастки чегараси 90/60мм.сим.уст, болалар учун эса 70/40 мм.сим.уст. хисобланади.

Тетиклаштирувчи усимлик дориларига- женщень, маньчжур- арамия настойкалари, левзей экстракти, бессмертник дамламаси, хитой лимони, элеутерококк хам ишлатилади.

Юракнинг тугма нуксонлари – бу хомиланинг ривожланиш жараёнида турли хил экзоген ва эндоген токсик таъсирлар натижасида хомиланинг юраги шаклланиш жараёнида пайдо буладиган тугма аномолиялардир.

Лютембаше синдроми- тугма митрал стенози, булмачалараро тусик нуксони билан кечади.

Булмачалараро тусик нуксони- овал деразанинг тулик битмаслиги: “юкори” деффект, “пастки дефект ” ва “узлуксиз” деффект билан кечади.

Коринчалараро тусик нуксони- тусик нуксони коринчаларнинг пастки кисмида, юкори ва пастки кисмида, юкори кисмида ва аорта декстропозициясида кузатилади.

Фалло триадаси- упка артериясининг стенози, булмачалараро тусик нуксони, миокард гипертофияси- унг коринча ва иккала булмачаларда кузатилади.

Фалло тетрадаси- упка артериясининг стенози, булмачалараро тусик нуксони, аорта огзи унг томонга силжиши, унг коринча миокард гипертофияси.

Фалло пентадаси- упка артериясининг стенози, булмачалараро тусик нуксони, аорта огзи унг томонга силжиши, унг коринча миокард гипертофияси ва булмачалараро тусик нуксони кузатилади.

Эйзенменгер синдроми- юкори коринчалараро тусик нуксони ва аорта декстропозицияси билан кечади.

Аорта коарктацияси – аортанинг пастга тушувчи кисмида стеноз кузатилади. Натижада чап коринча гипертрофияланади. Тананинг юкори кисмида тулаконлик булиб кон босими

ва ривожланиш юкори, пастки мучаларда камконлик ва паст кон босими аникланиши характерли

Митрал клапан етишмовчилиги - чап коринча ва чап булмача орасидаги клапаннинг турли сабабларга кура тулик беркилмаслиги ва систола пайтида коннинг бир кисмини булмачага кайтиб чикиши билан характерланади.

митрал стеноз Чап булмача ва коринча орасидаги тешикни патологик торайиши дейилади.

Везикуляр нафас-бу нафас олиш босқичида альвеола ҳаво билан тўлтшт натижасида унинг деворлари эластик элементларининг тебраниши натижасида келтириб чифарадиган товушдир. Бу шовқин тахминан нафас олиш пайтида талафуз этилаётган Ф ҳарфини эслатади.

Бронхиал нафас-бу ҳиқилдоқ ва трахеяда ҳавонинг гирдобли ҳаракати натижасида вужудга келувчи шовқин. Бу шовқин тахминан нафас олиш пайтида талафуз этилаётган Х ҳарфини эслатади.

Саккадирланган нафас (узуқ-узуқ). Бу нафас олувчи босқичи калта-калта ва қисқа танафуслардан иборат бўлган везикуляр нафасдир.

Патологик бронхиал нафас. Агарда ўпка тўқималари устида бронхиал нафас эшитилса, у патологик ҳисобланади.Бундай нафас ўпка тўқимаси зичлашганда вужудга келади.

Амфорик нафас-ўпкада йирик бронх билан туташувчи бўшлиқ мавжуд бўлганда вужудга келади.

Металик нафас-плевра бўшлиғида ташқи муҳит билан тешик орқали туташувчи ҳавонинг мавжудлиги натижасида ҳосил бўладиган товушдир. У металга урганда эшитиладиган товушни эслатади.

Аралаш нафас-ўпка тўқимасининг ичкарисида жойлашган зичлашув ўчоғининг мавжудлиги натижасида вужудга келади.

Хириллашлар-трахеяда, бронхларда патологик жараён ривожланиши ёки ўпка тўқимасида бўшлиқ ҳосил бўлиши натижасида вужудга келади.

Крепитация –альвеолаларда вужудга келади.Унинг ҳосил бўлиши учун шароит альвеолалар бўшлиғида озгина суюқликнинг мавжудлиги ва нафас олиш босқичининг чўқисида бир-бирига ёпишиб қолган альвеола деворларининг ажралиши.

Пневмония-Ўпка тўқимасининг яллиғланиши;

Чўзилувчан пневмония- яллиғланиш жараёни 6 ҳафтадан ортиқ давом этиши Бронхит-бронхларнинг яллиғланиши;

Инфильтрат-ўпкада ҳосил бўлган бўшлиқ;

Ўпка инфаркти-ўпкадаги қон айланишни бузилиши натижасида ҳосил бўлган некрозли ўзгариш;

Ўпка гангренаси-ўпка тўқимасининг парчаланиши;

Ўпка абцесси-ўпканинг йирингли касаллиги;

Бронхоэктаз-бронхларнинг кенгайиши;

Пневмосклероз-Турли патологик жараёнлар натижасида ўпкада бириктирувчи тўқиманинг ўсиши

Ўпканинг интертициал касаллиги-алвеолалар ва унинг атрофини ўраб олган тўқиманинг яллиғланишидир

Плеврит-плевра қаватининг яллиғланиши;

Ўпка-юрак-ўпка касалликлари натижасида юракнинг ўнг бўлмача ва қоринчаларидаги ўзгаришлар;

Астма-бўғилиш.

Гудпасчер синдроми-Геморрагик ўпка -буйрак синдроми.

Тугунли периартериит-Тизимли касаллик бўлиб, кичик калибирдаги томирлар шикастланади

Ўпка артерияси тромбоэмболияси-Ўпканинг томирида эмбор бўлиши натижасида пайдо бўладиган оғир ҳолатдир

Пневмоторакс-Ўпкада эркин ҳолда ҳаво йиғилиши

Ноаник генезли иситма – 2 ҳафта ва ундан ортик тана ҳароратининг 38дан баланд бўлиши, бирор бир таҳлилларни натижаси аниқ бўлмаслиги оқибатида ташхисни қийнлашуви

Ўпканинг инфекцион деструкцияси-Ўпканинг оғир патологик ҳолати бўлиб, бунда агентлар таъсирида ўпкатўқимаси йирингли жараён, сўнгра чириш жараёни кузатилади.

Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги-йўтал, балғам ажралиши ва ҳансирашни йилида 3 ойдан ортиқ давом этиши , ҳамда бу жараённинг 2 йилдан кўп кузатилишига айтилади.

Везикуляр нафас-бу нафас олиш босқичида альвеола ҳаво билан тўлтшт натижасида унинг деворлари эластик элементларининг тебраниши натижасида келтириб чифарадиган товушдир. Бу шовқин тахминан нафас олиш пайтида талафуз этилаётган Ф ҳарфини эслатади.

Бронхиал нафас-бу ҳиқилдоқ ва трахеяда ҳавонинг гирдобли ҳаракати натижасида вужудга келувчи шовқин. Бу шовқин тахминан нафас олиш пайтида талафуз этилаётган Х ҳарфини эслатади.

Саккадирланган нафас (узуқ-узуқ). Бу нафас олувчи босқичи калта-калта ва қисқа танафуслардан иборат бўлган везикуляр нафасдир.

Патологик бронхиал нафас. Агарда ўпка тўқималари устида бронхиал нафас эшитилса, у патологик ҳисобланади.Бундай нафас ўпка тўқимаси зичлашганда вужудга келади.

Амфорик нафас-ўпкада йирик бронх билан туташувчи бўшлиқ мавжуд бўлганда вужудга келади.

Металик нафас-плевра бўшлиғида ташқи муҳит билан тешик орқали туташувчи ҳавонинг мавжудлиги натижасида ҳосил бўладиган товушдир. У металга урганда эшитиладиган товушни эслатади.

Аралаш нафас-ўпка тўқимасининг ичкарисида жойлашган зичлашув ўчоғининг мавжудлиги натижасида вужудга келади.

Хириллашлар-трахеяда, бронхларда патологик жараён ривожланиши ёки ўпка тўқимасида бўшлиқ ҳосил бўлиши натижасида вужудга келади.

Крепитация –альвеолаларда вужудга келади.Унинг ҳосил бўлиши учун шароит альвеолалар бўшлиғида озгина суюқликнинг мавжудлиги ва нафас олиш босқичининг чўқисида бир-бирига ёпишиб қолган альвеола деворларининг ажралиши.

Пневмония-Ўпка тўқимасининг яллиғланиши;

Чўзилувчан пневмония- яллиғланиш жараёни 6 ҳафтадан ортиқ давом этиши

Бронхит-бронхларнинг яллиғланиши;

Инфильтрат-ўпкада ҳосил бўлган бўшлиқ;

Ўпка инфаркти-ўпкадаги қон айланишни бузилиши натижасида ҳосил бўлган некрозли ўзгариш;

Ўпка гангренаси-ўпка тўқимасининг парчаланиши;

Ўпка абцесси-ўпканинг йирингли касаллиги;

Бронхоэктаз-бронхларнинг кенгайиши;

Пневмосклероз-Турли патологик жараёнлар натижасида ўпкада бириктирувчи тўқиманинг ўсиши

Ўпканинг интертициал касаллиги-алвеолалар ва унинг атрофини ўраб олган тўқиманинг яллиғланишидир

Плеврит-плевра қаватининг яллиғланиши;

Ўпка-юрак-ўпка касалликлари натижасида юракнинг ўнг бўлмача ва қоринчаларидаги ўзгаришлар;

Астма-бўғилиш.

Гудпасчер синдроми-Геморрагик ўпка -буйрак синдроми.

Тугунли периартериит-Тизимли касаллик бўлиб, кичик калибирдаги томирлар шикастланади

Ўпка артерияси тромбоэмболияси-Ўпканинг томирида эмбор бўлиши натижасида пайдо бўладиган оғир ҳолатдир

Пневмоторакс-Ўпкада эркин ҳолда ҳаво йиғилиши

Ноаник генезли иситма – 2 ҳафта ва ундан ортик тана ҳароратининг 38дан баланд бўлиши, бирор бир таҳлилларни натижаси аниқ бўлмаслиги оқибатида ташхисни қийнлашуви

Ўпканинг инфекцион деструкцияси-Ўпканинг оғир патологик ҳолати бўлиб, бунда агентлар таъсирида ўпкатўқимаси йирингли жараён, сўнгра чириш жараёни кузатилади.

Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги-йўтал, балғам ажралиши ва ҳансирашни йилида 3 ойдан ортиқ давом этиши , ҳамда бу жараённинг 2 йилдан кўп кузатилишига айтилади.

Дисфагия – ютишнинг бузилиши

Гастрит– ошқозон шиллиқ қаватининг яллиғланиши

Диспепсия – ҳазм қилиш жараенининг бузилиши

Дуоденит – ўн икки бармоқли ичак шиллиқ қаватининг яллиғланиши

Ошқозон ва 12-бармоқли ичак яра касаллиги – ошқозон ва 12 бармоқли ичак шиллиқ қаватида эрозия ва яра хосил бўлиши

Энтерит – ингичка ичак шиллиқ қаватининг яллиғланиши

Колит – йўғон ичак шиллиқ қаватининг яллиғланиши

Крон касаллиги – ҳазм тизими турли қисмларининг сегментар яллиғланиши

Қабзият –қаттиқ нажаснинг қийин ва кам миқдорда ажралиши

Гепатомегалия – жигар ҳажмининг катталашиши

Носпецифик Ярали Колит – йўғон ичакнинг носпецифик аутоиммун яллиғланиши

Диарея – ичнинг нормага нисбатан суюқ ва тез-тез ўтиши

Дивертикулёз – ҳазм тракти азоларида қопсимон ҳосиланинг пайдо бўлиши

Коновалов Вильсон касаллиги– транскобаламин етишмовчилиги туфайли азоларда мис тўпланиши билан келиб чиқадиган патологик холат

Золлингер Эллисон синдроми – ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак ўсмасидан гастриннинг ишлаб чиқарилишидан вужудга келади

Гастродуоденит – ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак шиллиқ қаватининг яллиғланиши

Эзофагит – қизилўнгач шиллиқ қаватининг яллиғланиши

Кардиоспазм –қизилўнгач иннервациясининг бузилиши натижасида вужудга келган кардиал сфинктер спазми

Жигар циррози –жигар гепатоцитларининг зарарланиб ўрнида бириктирувчи тўқиманинг ривожланиши билан кечувчи касаллик

Антацидлар –кислоталикни пасайтирувчи дори воситалари

Протеинурия-сийдик билан оксил ажралиши.

Гломерулонефрит- буйрак коптокчаларининг ўткир иммун яллиғланиш касаллиги.

Ортостатик протеинурия- тик вазиятда сийдикда оксил хосил булиши .

Пиелонефрит - буйрак паренхимаси, интерстициал тукималар яллигланиши.

Уринал синдром – сийдик синдроми. Протеинурия, гематурия (макро ва микро), цилиндрурия кузатилиши.

Гемолитико-уремик синдроми - буйракнинг жарохатланиши , икки томонлама некроз ва уткир буйрак етишмовчилиги .

Амилоидоз – модда алмашинуви бузилиши билан органларда янги амилоид ҳосил бўлиши билан характерланадиган касаллик.

Бактериурия - сийдикда микроорганизмлар борлиги.

Диабетли гломерулосклероз – утиб кетувчи альбуминурия, кейинчалик — микрогематурия ва цилиндруриялар билан кечувчи касаллик.

6.ИЛОВАЛАР

6.1. ФАН ДАСТУРИ.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

Рўйхатга олинди

№ Б 5510100-4.01

2013 йил "13" мартда

Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 2013 йил "13" мартдаги "82"-сонли буйруғи билан тасдиқланган

ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАР, ГЕРИАТРИЯ ВА РЕАБИЛИТОЛОГИЯ
фанининг

ЎҚУВ ДАСТУРИ

Билим соҳаси: 500000 – Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот

Таълим соҳаси: 510000 – Согликни сақлаш

Таълим йўналиши: 5510100 – Даволаш иши
5111000 – Касбий таълим (5510100 – Даволаш иши)

Тошкент – 2013

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

Рўйхатга олинди

№_____

201_ йил “___” ____

Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 201_ йил “____” _____даги “____”-сонли буйруғи билан тасдиқланган

ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАР, ГЕРИАТРИЯ ВА РЕАБИЛИТОЛОГИЯ
фанининг

ЎҚУВ ДАСТУРИ

Билим соҳаси:	500000	– Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот
Таълим соҳаси:	510000	– Соглиқни сақлаш
Таълим йўналиши:	5510100	– Даволаш иши
	5111000	– Касбий таълим (5510100 – Даволаш иши)

Тошкент – 201_
862

Фаннинг ўқув дастури Олий ва ўрта махсус, касб-ҳунар таълими ўқув-услубий бирлашмалари фаолиятини Мувофиқлаштирувчи Кенгашнинг 201_ йил «____»даги «_____»-сон мажлис баёни билан маъқулланган.

Фаннинг ўқув дастури Тошкент тиббиёт академиясида ишлаб чиқилди.

Тузувчилар:

Нуриллаева Н.М.	Даволаш факултетининг УАШ тайёрлаш ички касалликлар ва аллергология кафедраси мудири, т.ф.н. доцент
Рустамова М.Т.	Даволаш факултетининг УАШ тайёрлаш ички касалликлар ва эндокринология кафедраси профессори
Гадаев А.Г.	Тиббий педагогика факултетининг УАШ тайёрлаш ички касалликлар ва эндокринология кафедраси профессори
Усманходжаева А.А.	Халк тиббиёти, реабилитология ва жисмоний тарбия кафедраси мудири, т.ф.н. доцент

Тақризчилар:

Аляви А.Л.	–ТТА тиббий педагогика факултетининг госпитал, факултет терапияси ва стоматология факултетининг ички касалликлар кафедрасининг профессори
Захидова М.З.	- ТошВМОИ УАШ кайта тайерлаш кафедрасининг профессори

Фаннинг ўқув дастури Тошкент тиббиёт академияси Илмий-услубий кенгашида тавсия қилинган (201_ йил _____даги «_____» «____»-сонли баённома)

Кириш

«Даволаш иши» мутахассислиги бўйича «УАШ малакавий тавсифномаси» талабларига асосан кўриб чиқилган ҳолда – Соғлиқни сақлаш биринчи босқичида шифокор ёрдамини кўрсатиш асосий билим ва амалий кўникмаларига кирувчи : касалликлар профилактикаси, ички касалликлари бор беморларни эрта ва қиёсий ташхиси ва уларни режали равишда олиб бориш кўникмаларини тўлиқ эгаллаган УАШ тайёрлаш.

Ўқув фанининг мақсади ва вазифалари

Фанни ўқитишдан мақсад – Соғлиқни сақлаш бирламчи бўғинида асосий билим, шифокор ёрдамини кўрсата олиш кўникмаларини: эрта ташхис, қиёсий ташхис, профилактика ва беморларни олиб бориш тактикасини ўз ичига олувчи умумий амалиёт шифокори квалификацион характеристикасига «Даволаш иши» ихтисослиги талабларига жавоб берувчи УАШ тайёрлаш.

Фаниннг вазифалари:

- Профилактика ва ахоли соғлигини сақлаш учун бирламчи ёрдам кўрсатиш бўйича билимларни эгалаш
- КШП/КВП шароитида малакали шифокор ёрдамини кўрсата олиш билим ва кўникмаларини ўзлаштириш
- Диспансеризация ва реабилитация ўтқазиш чора тадбирларни билим ва кўникмаларини ўзлаштириш
-

Фан бўйича талабаларнинг билимига, кўникма ва малакасига қўйиладиган талаблар

- «УАШ тайёрлаш ички касалликлар» ўқув фанини ўзлаштириш жараёнида амалга ошириладиган масалалар доирасида бакалавр:
- УАШ амалиётида кўп учрайдиган асосий клиник синдромларни билиш.
- «УАШ малакавий тавсифномаси»да кўрсатилган ички касалликлар ташхис мезонлари ва хавф омилларини билиш.
- «УАШ малакавий тавсифномаси»да кўрсатилган ички касалликлар клиникаси ва эрта ташхисини билиш.
- УАШ тактикаси.
- Даволаш стандартлари.
- Меҳнатга лаёқатлилик экспертизаси, диспансеризацияси ва реабилитацияси асосларини билиш ***билиши керак***;
- ҚВП/ШВП даражасида УАШ имкониятига қараб баъзи касалликларнинг эрта ташхисини мустақил равишда тўлиқ амалга ошириши керак; фақат айрим ҳоллардагина, яъни бемор аҳволи яхшиланмасагина бошқа соғлиқни сақлаш ташкилотига (поликлиника, шифохона) қўшимча маслахат ва даво олиш учун юборилади. **(КВХ, 1 тоифали хизмат)**
- ҚВП/ШВП шароитида имкониятига қараб УАШ ўткир ҳолатлар ва касалликларни ажрата билиши ва уларни даволаб, лозим бўлса қўшимча маслаҳат ва даво олиш учун мутахассис кўригига юбориши керак. **(КВХ, 2 тоифали хизмат)**

- ҚВП/ШВП шароитида УАШ беморларга адекват текшириш ва муолажаларни малакали ва мустақил равишда амалга ошириши керак **(КВХ, 3.1 тоифали хизмат).**
- ҚВП/ШВП ва бошқа муассасаларга юбориш орқали керакли мувофиқ бўлган муолажа ва текширувлар ўтказиш.**(КВХ, 3.2 тоифали хизмат)**
- ҚВП/ШВПга ҳар хил сабаблар туфайли мурожаат қилаётган беморлар ва специфик хавф омилларига мойил бўлган шахсларга соғлом инсонларга профилактик оқартув ёрдамини тақдим этиш ***кўникмаларига эга бўлиши керак.***
-Соғлом турмуш тарзини ташвиқот қилиш
- Бемор ва соғлом аҳолига маслахат бериш
- Аҳолининг алоҳида гуруҳларига индивидуал ёрдам кўрсатиш
- Мижозларни мустақил қабул қилиш
- Тиббиёт этикаси ва деонтологиясини сақлаш
- Беморларда клиник текшириш ўтказиш, анамнез йиғиш, тизим ва органлар бўйича кўриш
- Қиёсий ташхис ўтказиш
- Тахминий ташхис қўйиш
- Мақсадга йўналтирилган текширувларни буюриш
- Якуний ташхисни қўйиш
- Ҳаракат режим ива пархезларни буюриш
- Рационал даволашни рецептура кўринишда белгилаш
- Зарур тиббий муолажаларни ўтказиб, шошилинч тиббий ёрдамни кўрсатиш
- Меҳнатга лаёқатлилик масаласини ҳал қилиш
- Керакли тиббий ҳужжатларни тўлдира билиш
- Қўшимча тиббий кўрикларга юбориш, ўтказиш ва шифохонага ётқизиш масалаларини ҳал қилиш
- Қайта тиклаш ва санатор дам олишларга юбориш
- Аҳолини ижтимоий ҳимояланмаган гурухларга ва беморларга парваришни ташкиллаштириш
- Диспансеризация ишларни ўтказиш
- Профилактик, соғломлаштириш сангигиеник ва эпидемияга қарши тадбирларни инфекцион ва ноинфекцион касалларда қўллаш
- Қилинган ишлар аудитери
- Тиббий адабиётлар билан ишлаш
- Компьютер билан ишлаш ***малакаларига эга бўлиши керак.***

Фаннинг ўқув режадаги бошқа фанлар билан ўзаро боғлиқлиги ва услубий жиҳатдан узвий кетма-кетлиги

Ички касалликлар фани клиник фан ҳисобланиб, 11,12,13,14 семестрларда ўқитилади. Дастурни амалга ошириш ўқув режасида режалаштирилган табиий-илмий ва клиник (биология, биофизика, биохимия, нормал анатомия, патологик анатомия, микробиология ва иммунология, умумий гигиена, ижтимоий гигиена, соғлиқни сақлашни ташкиллаштириш, тиббий техника, фармакология, клиник фармакология, шифокор ва

бемор, ички касалликлар пропедевтикаси, факултет терапия, госпитал терапия, халқ тиббиёти, реабилитология, нур ташхиси ва нур терапияси) фанлардан етарли билим ва кўникмаларга эга бўлишлик талаб этилади.

Соғлиқни сақлаш тизимидаги ўрни

УАШ тайерлаш соғлиқни сақлаш бирламчи бўғинида асосий ахамиятга эга. УАШ ахоли орасидаги ўрни: касалликларни эрта босқичларида аниқлаш, профилактик чора-тадбирларни ўтказиш, зарурат бўлганда тор мутахассисларга юбориш, айрим касалликларни тарқалиши ва асоратларини олдини олиш ва диспансеризация, реабилитация ўтқазиш. УАШ оилавий шифокор бўлиши билан бирга ёши катта ва ёш болаларгача бўлган ахолига хизмат кўрсатади хамда касалликларни олдини олиш билан шуғулланади.

Соғлиқни сақлаш тизимидаги муассасаларида тиббий реабилитация бўлимларида олиб бориладиган даволовчи тадбирлар асосан бузилган функцияларни кайта тиклайдиган ва компенсация киладиган махсус усулларни беморларга индивидуал холда ишлаб чикариш, уларни асосий мулжали тургун ногиронликни ва асоратларни бартараф килишига каратилган. Бунда беморни хар томонлама тиббий, жисмоний, психологик, ижтимоий ва касбий вазифаларини тулик кайта тиклаб жамиятда уз урнини эгаллашига имкон яратади.

Фанни ўқитишда замонавий ахборот ва педагогик технологиялар

Талабаларнинг ички касалликлар фанини ўзлаштиришлари учун ўқитишнинг илғор ва замонавий усулларидан фойдаланиш, янги информацион-педагогик технологияларни татбиқ қилиш муҳим ахамиятга эгадир. Фанни ўзлаштиришда дарслик, ўқув ва услубий қўлланмалар, маъруза матнлари, тарқатма материаллар, компьютер дастурлари, электрон материаллар фойдаланилади. Маъруза ва амалий дарсларда мос равишдаги илғор педагогик технологиялар қўлланилади.

Асосий қисм

Фаннинг назарий машғулотлари мазмуни

6-курс талабалари учун амалий машғулотлар учун кўрсатма

Ўпка касалликларида таққослама ташҳисот, юрак қон томир касалликларида таққослама ташҳисот, ошқозон ичак касалликларида таққослама ташҳисот, ревматологик касалликларида таққослама ташҳисот, сийдик ажратиш тизими касалликларида таққослама ташҳисот

7-курс талабалари учун амалий машғулотлар учун кўрсатма

Оилавий тиббиёт асослари, юрак қон томир касалликларида таққослама ташҳисот, упка касалликларида таққослама ташҳисот, ревматологик касалликларида таққослама ташҳисот, ошқозон ичак касалликларида таққослама ташҳисот, сийдик ажратиш тизими касалликларида таққослама ташҳисот, иситмада таққослама ташхисни ўтқазиш

Ички касалликлар фани ва унинг таркибий қисмлари.
6-курс талабалари учун амалий машғулотлар учун кўрсатма
Ўпка касалликларида таққослама ташҳисот
Йўтал балғам ажралиши билан.

Бўлакли ва сегментар ўпка зарарланишининг таққослама ташхиси. Бўлакли пневмония, инфильтратив ўпка сили, ўпка инфаркти. Касалхона ташқари ва касалхона ичи пневмонияси. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Халқали ўпка зараланишларида таққослама ташхис: ўчоқли пневмония, туберкулема, ўпка абсцеси, ўпка ўсмаси, ўпка эхинококи. Турли этиологияли пневмония (бактериал, вирусли, микоаплазмали). УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Диффуз диссеминациянинг таққослама ташхиси. Ўчоқли пневмония. Ўпка силининг гематоген диссеминирлашган формаси. Пневмокониоз, рак метастазлари. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Ўпка касалликлар билан боғлиқ кўкрак қафасидаги оғриқлар.

Қуруқ ва эксудатив плевритнинг таққослама ташхиси. Эксудатив плевритнинг турлари. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Ҳансираш, нафас сиқиш.

Бронхообструкция билан кечувчи касалликларнинг таққослама ташхиси. (бронхиал астма, ЎСОК, ўпка ўсмаси). УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Ўпка ва юрак касалликларда ҳансирашнинг таққослама ташхиси. Ўпка етишмовчилиги ва қон айланиш етишмовчилиги. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Юрак қон томир касалликларида таққослама ташҳисот
Аритмиялар.

Ритм бошловчи кўчишининг, синус тугунини заифлик синдроми. экстрасистолия турларининг таққослама ташхиси. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Бўлмачалар ҳилпирашининг ва титрашининг, пароксизмал тахикардия, WPW синдроми таққослама ташхиси. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Блокадаларнинг таққослама ташхиси: булмачалар аро, атриовентрикуляр, коринчалараро. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Артериал гипертензия.

Буйракли АГ билан гипертония касаллигини таққослама ташхиси. Ҳавф омиллари. ГК босқичлари, буйракли АГ турлари (паренхиматоз, реноваскуляр). УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Эндокрин АГ билан гипертония касаллигини таққослама ташхиси. Эндокрин АГ турлари (феохромацитома, Кон синдроми, Иценго-Кушинг синдроми, тиреотоксикоз). УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Гемодинамик АГ билан гипертоник касалликни таққослама ташхиси. Гемодинамик АГ турлари (атеросклероз, аорта коарктацияси, аорта клапани етишмовчилиги, димланиш гипертензияси, тўлиқ АВ блокада). УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Гипертония касаллиги билан марказий артериал гипертензияни таққослама ташхиси. Марказий АГ ни келтириб чиқарувчи сабаблар (БМЖ, арахноидит, энцефалит, мия ўсмаси). УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Юрак соҳасидаги оғриқлар.

ЮИК зўриқиш стенокардияни барча функционал синфлараро оғриқ синдромини қиёсий ташхиси. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

ЮИК ностабил стенокардияни барча турлари (илк пайдо бўлган, ривожланиб борувчи, спонтан, эрта инфарктан кейин, эрта операциядан кейин) оғриқ синдромини киёсий ташхиси. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

ЮИК стенокардия ва миокард инфарктини оғриқ синдромини қиёсий ташхиси (клиник, лаборатор, ЭКГ). УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Миокард инфарктининг турли клиник вариантларини қиёсий ташхиси. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Турли этиологияли миокардит ва миокардиодистрофияларнинг қиёсий ташхиси. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Перикардит, аорта аневризмаси ва ЎАТЭ қиёсий ташхиси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Кардиомегалия ва юрак шовқинлари.

Юрак чўққи турткисида эшитилувчи функционал (анемик, қон оқимининг ўзгариши, иситмада) ва органик (митрал клапан етишмовчилиги, митрал ёриқ стенози, митрал клапан пролапси) шовқинларнинг қиёсий ташхиси. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Аорта устида эшитилувчи юрак нуқсонларидаги (ревматик, инфекцион эндокардит, атеросклероз) шовқинларнинг қиёсий ташхиси. УАШ тактикаси.

Туғма ва орттирилган юрак нуқсонларини қиёсий ташхиси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Кардиомиопатиянинг турли шакилларини **(**дилятацион, рестриктив, гипертрофик, ўнг қоринча аритмоген дисплазияси**)** қиёсий ташхиси. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Кардиомиопатия, юрак нуқсонлари, ЮИК, гипертония касалликларини қиёсий ташхиси. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Ошқозон ичак касалликларида таққослама ташҳисот

Дисфагия

Эзофагит, рефлюкс эзофагит, склеродермиядаги дисфагия, қизилўнгач ўсмаларини қиёсий ташхиси. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Қориндаги оғриқ

Гастрит ва яра касаллиги (ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак) ни қиёсий ташхиси. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Сурункали холецистит ва сурункали панкреатитни қиёсий ташхиси. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Носпецифик ярали колит ва Крон касаллигини қиёсий ташхиси. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Гепатомегалия

Актив ва ноактив сурункали гепатитни қиёсий ташхиси. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Сурункали гепатит ва жигар циррозини қиёсий ташхиси. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Сариқлик.

Ўт-тош касаллиги ва билиар-панкреатик соҳа ўсмалари (жигар, ўт қопи, ошқозон ости бези ўсмалари) ни қиёсий ташхиси. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Ревматологик касалликларида таққослама ташҳисот

Бўғим синдроми.

Ревматизм ва ревматоид артритни қиёсий ташхиси. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Серонегатив спондилоартрит (реактив артрит, Бехтерев касаллиги, псориатик артрит) ларни қиёсий ташхиси. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Бириктирувчи тўқиманинг диффуз касалликларини (тизимли қизил бўрича, тизимли склеродермия) қиёсий ташхиси. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Тизимли васкулитларни (носпецифик аортоартериит, тугунли периартрит) қиёсий ташхиси. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Сийдик ажратиш тизими касалликларида таққослама ташҳисот

Сийдик чўкмасини ўзгаришлари.

Пиелонефрит, гломерулонефрит ва интерстициал нефритни қиёсий ташхиси. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Амилоидоз ва нефропатияларни қиёсий ташхиси. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Шиш синдроми.

Турли этиологияли махаллий (аллергик, қон томирли, яллиғланишли) ва умумий (қон айланиш етишмовчилигидаги, буйракка боғлиқ, эндокрин, оч қоринга) шишларни қиёсий ташхиси. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

7-курс талабалари учун амалий машғулотлар учун кўрсатма

Оилавий тиббиёт асослари.

УАШ вазифалари. Ишлашнинг ўзига хос томонлари. Тиббий хужжатлар. Беморлардан ўз уйида хабар олиш. Жамоатни жалб этиш. Врач ва беморларнинг хуқуқлари. УАШ ишида этика ва деонтология.

Ишлашнинг ўзига ҳос томонлари. Оилада руҳий муҳит. Дин ва урф одат муаммолари. Оилани маслаҳат қилиш.

Мулокотга алоқадор факторлар. Мулоқотдаги кийинчиликлар. Хахслараро мулоқот. Амалий маслаҳатлар.

Маслахат бериш турлари. Маслахат бериш принциплари. Беморни ўз соғлигига жавобгарлиги.

Профилактика турлари. Соғлом турмуш тарзини тадбиқ этиш. Озиқланиш ва рўзғор гигиенаси. Профилактик кўрик, скрининг. Инфекцион ва ноинфекцион касалликлар профилактикаси. Иммунизация. Дастурлар ва тадбирлар.

Болалар, ўсмирлар, аёллар (фертил ёшдаги аёллар, хомиладорлар), эркаклар, кексалар. Ишлаб чиқариш ва қишлоқ хўжалигидаги ишчилар. Ижтимоий ҳимояланган инсонлар. Беморлар, оғир беморлар, ўлаётган беморлар. Реабилитация ва диспансеризация муаммолари. Ишга лаёқатликни экспертизаси.

Санитар оқартув. Касалланиш ва ўлимнинг асосий сабабларига таъсир этиш. Руҳий ҳолатни мустаҳкамлаш. Экология ва касб омиллари. Беморларни ўқитиш, “мактаблар”.

Саёҳатчига маслахат бериш. Саёхатдан кейин маслахат бериш. Иммунизация. Иқлим ва соат ўзгаришларини алмашиниши. Чайқалиш ва тоғ касаллиги. Йўл тиббиёт анжомларни йиғиндиси.

Тахминий ташхис. Хавфли касалликлар. Ташхисий хатоликлар. Имитатор касалликлар. Руҳий бузилиш ва симуляция.

Юрак қон томир касалликларида таққослама ташҳисот

Кўкрак қафасидаги оғриқ.

НЦД, ЮИК стенокардия, ИККС, миокардит ва миокардиодистрофияни таққослама ташхиси. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Умуртқа кўкрак қисмини остеохондрози, қовурғааро нервларнинг невралгияси, кўкрак қафаси жарохати, ўраб олувчи темиратки таққослама ташҳиси. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Юрак уриб кетиши.

Аритмияларни таққослама ташхиси. Синусли тахикардия, нафас аритмияси, экстрасистолия. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Қон айланиш етишмовчилиги, анемия, тиреотоксикоздаги юрак уриб кетишининг таққослама ташхиси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Бош оғриғи.

Гипертония касаллиги ва склеротик артериал гипертензиянинг таққослама ташхиси.

Ўпка касалликларида таққослама ташҳисот

Йўтал балғам ажралиши билан.

ЎРК, ЎРВК, ўткир бронхит ва пневмониянинг таққослама ташхиси.

Сурункали бронхит ва бронхоэктатик касалликнинг таққослама ташҳиси. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Хансираш, бўғилиш.

Бронхиал астма, эмфизема, пневмосклерознинг таққослама ташҳиси. УАШ тактикаси.Сурункали нафас етишмовчилиги. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Ревматологик касалликларида таққослама ташҳисот

Бўғим синдроми (артралгия, артритлар).

Ревматизм, ревматоид артрит ва инфекцион артритларнинг таққослама ташҳиси. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Остеоартроз ва подагранинг таққослама ташҳиси. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Ошқозон ичак касалликларида таққослама ташҳисот

Диспепсия (жиғилдон қайнаши, кўнгил айниш, қайт қилиш). УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Гастрит, дуоденит ва яра касаллигининг таққослама ташҳиси. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Ўт йўллари дискинезияси ва холециститнинг таққослама ташҳиси. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Постхолецистэктомик синдром ва жаррохлик амалиёти бажарилган ошқозон касаллигини таққослама ташҳиси. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Қориндаги оғриқ.

Эпи-, мезо- ва гипогастрал соҳадаги оғриқлар билан кечувчи касалликларнинг таққослама ташҳиси. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Диарея.

Инфекцион ва ноинфекцион этиологияли диареянинг таққослама ташҳиси. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Қабзият.

Таъсирланган ичак синдроми, қариялардаги қабзият ва йўғон ичак ўсмаларининг таққослама ташҳиси. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Гепатомегалия.

Ўткир гепатит, сурункали гепатит, жигарнинг алкогол касаллигини таққослама ташҳиси. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Сийдик ажратиш тизими касалликларида таққослама ташҳисот

Дизурия.

Ўткир ва сурункали холециститнинг таққослама ташҳиси. УАШ тактикаси. Цистит ва сийдик кислотали диатезнинг таққослама ташҳиси. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Иситмада таққослама ташхисни ўтқазиш

Номаълум генезли иситма. Иситма турлари ва характери, иситмада текшириш режаси. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Инфекцион касалликлардаги (бактериал, вирусли) иситмани таққослама ташҳиси. УАШ тактикаси. Бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

Амалий машғулотларни ташкил этиш бўйича кўрсатма ва тавсиялар

Амалий машғулотларда талабалар ўрганиш ва ўзлаштириши, уларда клиник фикрлаш, турли гурух касалликларини дифференциал диагностикасини, профилактикасини билиш, хамда кейинчалик соғликни сақлашнинг бирламчи бўғинида ишлашларини ўрганадилар.

Амалий машғулотларнинг тахминий тавсия этиладиган мавзулари:

6-курс талабалари учун амалий машғулотлар учун кўрсатма

1. Оилавий тиббиёт асослари.
2. Оила билан ишлаш.
3. Мулоқот санъати.
4. Маслахат бериш.
5. УАШ ишида профилактика.
6. Йўтал балғам ажралиши билан.
7. Ўпка касалликлар билан боғлиқ кўкрак қафасидаги оғриқлар.
8. Ҳансираш, нафас сиқиш.
9. Аритмиялар.
10. Артериал гипертензия.
11. Юрак соҳасидаги оғриқлар.
12. Кардиомегалия ва юрак шовқинлари.
13. Дисфагия.
14. Қориндаги оғриқ.
15. Гепатомегалия.
16. Сариқлик.
17. Бўғим синдроми.
18. Сийдик чўкмасини ўзгаришлари.
19. Шиш синдроми.

7-курс талабалари учун амалий машғулотлар учун кўрсатма

1. Аҳолининг турли гуруҳлар билан ишлаш.
2. Ҳавф омилларига таъсир қилиш.
3. Саёҳатчилар учун тиббиёт.
4. УАШ амалиётига таққослама ташҳисот.
5. Кўкрак қафасидаги оғриқ..
6. Юрак уриб кетиши.
7. Бош оғриғи.
8. Йўтал балғам ажралиши билан.
9. Хансираш, бўғилиш.
10. Бўғим синдроми (артралгия, артритлар).
11. Диспепсия (жиғилдон қайнаши, кўнгил айниш, қайт қилиш).
12. Қориндаги оғриқ.

13. Диарея.

14. Қабзият.

15. Гепатомегалия.

16. Дизурия.

17. Иситма.

Амалий машғулотларни ташкил этиш бўйича кафедра профессор-ўқитувчилари томонидан кўрсатма ва тавсиялар ишлаб чиқилади. Унда талабалар асосий маъруза мавзулари бўйича олган билим ва кўникмаларини амалий масалалар ечиш орқали янада бойитадилар. Шунингдек, дарслик ва ўқув қўлланмалар асосида талабалар билимларини мустаҳкамлашга эришиш, тарқатма материаллардан фойдаланиш, илмий мақолалар ва тезисларни чоп этиш орқали талабалар билимини ошириш, масалалар ечиш, мавзулар бўйича кўргазмали қуроллар тайёрлаш ва бошқалар тавсия этилади.

Лаборатория ишларини ташкил этиш бўйича кўрсатмалар

кўзда тутилмаган

Мустақил ишни ташкил этишнинг шакли ва мазмуни

Талаба мустақил ишини тайёрлашда фаннинг хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда қуйидаги шакллардан фойдаланиш тавсия этилади:

- дарслик ва ўқув қўлланмалар бўйича фан боблари ва мавзуларини ўрганиш;
- тарқатма материаллар бўйича маърузалар қисмини ўзлаштириш;
- автоматлаштирилган ўргатувчи ва назорат қилувчи тизимлар билан ишлаш;
- махсус адабиётлар бўйича фанлар бўлимлари ёки мавзулари устида ишлаш;
- янги техникаларни, аппаратураларни, жараёнлар ва технологияларни ўрганиш;
- талабанинг ўқув-илмий-тадқиқот ишларини бажариш билан боғлиқ бўлган фанлар бўлимлари ва мавзуларни чуқур ўрганиш;
- фаол ва муаммоли ўқитиш услубидан фойдаланиладиган ўқув машғулотлари;
- масофавий (дистанцион) таълим.

Тавсия этилаётган мустақил ишларнинг мавзулари:

VI-курс талабалари учун

1. Қиёсий ташхис алгоритми
2. Қиёсий ташхисот (жадвал, схема ва слайдлар)
3. Хавф омиллари
4. Ташхис қўйишда ва даволашда янгиликлар (интернет, монографиялар, қўлланмалар, журнал мақолалари)
5. Ташхиснинг замонавий тамойиллари
6. Хомиладорларда даволаш ва кечишнинг ўзига хос томонлари
7. Кексаларда даволаш ва кечишнинг ўзига хос томонлари
8. Асоратлар
9. УАШ тактикаси (мутахассис кўриги ва госпитализация қилиш учун йўлланмага кўрсатмалар).
10. Ички касалликларнинг бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.

11. Стандарт даволашлар (жадвал, схема, кроссворд)
12. Дори воситаларини презентацияси
13. Беморга тавсиялар (превентив кўникмалар)
14. Тестлар (10 тадан кам эмас)
15. Карта-масалалар (2 тадан кам эмас)
16. Врач аудит ишлари

VII-курс талабалари учун

1. Қиёсий ташхис алгоритми
2. Қиёсий ташхисот (жадвал, схема ва слайдлар)
3. Ташхис қўйишда ва даволашда янгиликлар (интернет, монографиялар, қўлланмалар, журнал мақолалари)
4. Хав омиллари ва эрта ташхисот
5. Скрининг дастурлар
6. УАШ тактикаси (мутахассис кўриги ва госпитализация қилиш учун йўлланмага кўрсатмалар)
7. Стандарт даволашлар (жадвал, схема, кроссворд)
8. Реабилитация
9. Диспансеризация
10. Беморга тавсиялар (превентив кўникмалар)
11. Меҳнатга лаёқатлилик экспертизаси
12. Тестлар (10 тадан кам эмас)
13. Карта-масалалар (2 тадан кам эмас)
14. ВОП аудит ишлари

6-курс талабалари учун реабилитолгия фанидан амалий машғулотлар учун кўрсатма

Юрак-қон томир ва нафас тизимлари касалликларида тиббий реабилитация тадбирлари

Юрак ишемик касаллиги, миокард инфаркти, гипертония ва гипотония касаллиги, НЦД, атеросклероз билан касалланган беморларнинг комплекс реабилитацияси, юрак-кон томир тизимида операциялардан кейинги реабилитация усуллари; (тикланувчи даволашнинг турли босқичларида физиотерапия, даволовчи жисмоний тарбия ва реабилитациянинг ноанъанавий усулларини қўллаш). Босқичларида гипоксияни йўқотувчи, қон суюлтируви, спазмолитик, седатив, қон айланишини яхшиловчи, микроциркуляцияни ва модда алмашувни кучайтировчи физик муолажаларни ва жисмоний реабилитация қулланилади. Психологик ва ижтимоий аспектларни ўрганиш.

Зотилжам, бронхит, бронхиал астма, бронхоэктатик касаллик, эмфизема билан касалланган беморларнинг комплекс реабилитацияси (тиқланувчи даволашнинг турли босқичларида физиотерапия, даволовчи жисмоний тарбия ва реабилитациянинг ноанъанавий усулларини қўллаш). Физик муолажалар ялиғланишга қарши, сўрилтирувчи, қон айланишни яхшиловчи, бронхларни кенгайтирувчи, нафас олишни меъерловчи,

седатив таъсир кўрсатувчи, мода алмашинувини, буюрак усти безни фаолиятини яхшиловчи қаратирилган.

Беморларни санатор-курорт даволаш босқичиларида йўлланма бериш, бунда курорт турини аниқлаш ва йил фаслини белгилаш.

Овкат ҳазм килиш тизими, сийдик чиқариш йўллари ва буйрак касалликларида, эндокрин системаси касалликлари билан касалланган беморларнинг реабилитацияси

Гастрит, ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яраси касаллиги, энтероколит, сапроғ чиқариш йўллари ва жигар касалликлари, буйракнинг яллиғланиш жараёнлари билан касалланган, эндокрин системаси ва модда алмашинуви (қандли диабет, метаболик синдроми, семириш, қалқонсимон без касалликлари, подагра) беморларнинг комплекс реабилитацияси (тиқланувчи даволашнинг турли босқичларида физиотерапия, даволовчи жисмоний тарбия ва реабилитациянинг ноанъанавий усулларини қўллаш). Босқичларида: оғриқ қолдирувчи, яллиғланишга қарши, регенерацияни кучайтирувчи, сўрилтиручи, ошқозон ичак перисталтикасини нормалаштирувчи ва модда алмашинувини яхшиловчи, қондаги қанд миқдорини пасайтирувчи, микроциркуляцияни яхшиловчи, тана вазнини камайтирувчи, мода алмашинувини кучайтирувчи, яхшиловчи, седатив таъсир этувчи, туқима трофикасини яхшиловчи физиотерапевтик муолажаларни тавсия қилиш. . Беморларни санатор-курорт даволаш босқичиларида йўлланма бериш, бунда курорт турини аниқлаш ва йил фаслини белгилаш.

Нерв тизимлари, таянч-ҳаракат аппаратининг деструктив-дистрофик касалликлари билан касалланган беморларнинг реабилитацияси.

Периферик ва марказий нерв тизимлари патологияларида (неврит, невралгия, умуртқа поғона чурраси, инсульт, МНС функционал касаликларида) яллиғланишга қарши, дегидратацияни кучайтиручи, шишни қайтарувчи, буғимлар функционал холатини яхшиловчи, сурилтирувчи, буйрак усти бези фаолиятини яхшиловчи, седатив таъсир курсатувчи физиотерапия, даволовчи жисмоний тарбия ва реабилитациянинг ноанъанавий усулларини қўлланилади; таянч-ҳаракат аппаратининг деструктив-дистрофик ва ялиғланиш касалликлари (полиартритлар, ДОА, Бехтерев касаллиги), билан касалланган беморларнинг комплекс реабилитацияси;

Беморларни санатор-курорт даволаш босқичиларида йўлланма бериш, бунда курорт турини аниқлаш ва йил фаслини белгилаш

Гинекологик касалликларда, акушерлик ва педиатрияда учрайдиган баъзи патологик ҳолатларда реабилитация

Гинекологик яллиғланиш жараёнларида сурункали инфекция ўчоғи санацияси, яллиғлниш сўрилиши, бузилган функцияларни тиклаш, оғриқни қолдириш ва асоратларнинг олдини олиш мақсадида физиотерапевтик омиллар ва реабилитация усулларини қўллаш; акушерликда кузтиладиган баъзи патологик ҳолатларда физик омилларни профилактик мақсадда қўллаш; болалар ва ўспиринларда кузатиладиган нафас системаси ва таянч-ҳаракат аппарати касалликларида қўлланилдиган физиотерапевтик омиллар ва реабилитация усулларининг ўзига хослиги.

Хирургик касалликларни реабилитацияси

Травмотологияда ва умумий хирургик касалликларида комплекс реабилитациясида: яллиғланишга қарши, бактериоцид, бактериостатик, сўрилтирувчи, дегидратацияни яхшиловчи, спазмолитик, микроциркуляцияни ва туқима трофикасини яхшиловчи, регенерацияни кучайтирувчи, шишишни қайтарувчи; травматологияда иммобилизация ва иммобилизациядан сунги босқичларида контрактурани олдини олувчи, бўғим функционал холатини яхшиловчи, асоратини олдини олувчи физиотерапия, даволовчи жисмоний тарбия ва реабилитациянинг ноанъанавий усуллари қўлланиши.

Ўз вақтида беморларни санатор-курорт даволаш босқичиларида йўлланма бериш, бунда курорт турини аниқлаш ва йил фаслини белгилаш

Амалий машғулотларни ташқил этиш бўйича кўрсатма ва тавсиялар

Амалий машғулотларда талабалар

1. Беморларга ташхисига ва касаллигини даврига асосоланиб реабилитация этапини аниклаш;
2. Беморга индивидуал реабилитация дастурни тузиш;
3. Индивидуал реабилитация дастурида патогенетик таъсир этадиган физиотерапевтик муолажаларни тўғри танлаш ва комплекс равишда тузиш;
4. Реабилитация этапларида даволовчи жимоний тарбияни воситаларини ва шаклларини танлаш ва тўғри тавсия килиш;
5. Даволаш ҳужжатларини расмийлаштириш;
6. Расмийлаштирилган даволовчи усулларни самарадорлигини аниқлаш;
7. Беморга санаторий турини танлаш ва санаторий шаротида реабилитация тадбирларни аниқлаш;
8. Соғломлаштириш мақсадида физиопрофилактик муолажаларни қўллаш ва жисмоний тарбия усулларни тавсия килишни ўрганадилар.

Амалий машғулотларнинг тахминий тавсия этиладиган мавзулари:

1. Юрак-қон томир ва нафас тизими касалликларида реабилитация усуллари.
2. Ички аъзоларни , сийдик чиқариш йўллари ва буйрак касалликлари билан касалланган беморларнинг реабилитацияси.
3. Нерв системси, таянч-ҳаракат аппаратининг деструктив-дистрофик касалликлари билан касалланган беморларнинг реабилитацияси.
4. Эндокрин ва модда алмашинув касалликларда реабилитация усуллари
5. Гинекологик касалликларда, акушерлик ва педиатрияда учрайдиган баъзи патологик ҳолатларда реабилитация.
6. Жарроҳлик ва травматологик беморларни рабилитацияси

Амалий машғулотларни ташкил этиш бўйича кафедра профессор-ўқитувчилари томонидан кўрсатма ва тавсиялар ишлаб чиқилади. Унда талабалар асосий маъруза мавзулари бўйича олган билим ва кўникмаларини амалий масалалар ечиш орқали янада

бойитадилар. Шунингдек, дарслик ва ўқув қўлланмалар асосида талабалар билимларини мустаҳкамлашга эришиш, тарқатма материаллардан фойдаланиш, илмий мақолалар ва тезисларни чоп этиш орқали талабалар билимини ошириш, масалалар ечиш, мавзулар бўйича кўргазмали қуроллар тайёрлаш ва бошқалар тавсия этилади.

Мустақил ишни ташкил этишнинг шакли ва мазмуни

Талаба мустақил ишини тайёрлашда фаннинг хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда қуйидаги шакллардан фойдаланиш тавсия этилади:

- дарслик ва ўқув қўлланмалар бўйича фан боблари ва мавзуларини ўрганиш;
- тарқатма материаллар бўйича маърузалар қисмини ўзлаштириш;
- автоматлаштирилган ўргатувчи ва назорат қилувчи тизимлар билан ишлаш;
- махсус адабиётлар бўйича фанлар бўлимлари ёки мавзулари устида ишлаш;
- Янги техникаларни, аппаратураларни, жараёнлар ва технологияларни ўрганиш;
- талабанинг ўқув-илмий-тадқиқот ишларини бажариш билан боғлиқ бўлган фанлар бўлимлари ва мавзуларни чуқур ўрганиш;
- фаол ва муаммоли ўқитиш услубидан фойдаланиладиган ўқув машғулотлари;
- масофавий (дистанцион) таълим.

Тавсия этилаётган мустақил ишларнинг мавзулари:

1. Юрак кон-томир тизимидаги операцияларидан кейинги реабилитацияси.
2. Болалар церебрал параличларида реабилитация усуллари.
3. Миофасциал ва умуртка-погона огрик синдромларида комплекс реабилитация усуллари
4. Амиотрофик ён. склерозида реабилитацияни кулланиши
5. Онкологик касалликларида реабилитацияси
6. Суяк синишларида ва остеопороз касаллигида тиббий реабилитация усуллари
7. Турли касалликлар реабилитациясида мехнат билан даволаш усулини роли ва ахамияти

Дастурнинг информацион-услубий таъминоти

Мазкур фанни ўқитиш жараёнида таълимнинг замонавий методлари, педагогик ва ахборот-коммуникация технологиялари қўлланилиши назарда тутилган.

- барча мавзулар бўйича маъруза машғулотларида замонавий компьютер технологиялари ёрдамида презентацион ва электрон дидактик технологияларни;
- фаннинг умумий ва хусусий бўлимларига тегишли мавзуларида ўтказиладиган амалий машғулотларда ақлий ҳужум, қора қути, ўргимчак ини, гуруҳли фикрлаш педагогик технологияларини қўллаш назарда тутилади.

Дарсликлар, қўлланмаларнинг рўйхати

Асосий адабиётлар

Асосий

1. Умумий амалиёт шифокори учун кулланма Ф.Г.Назиров, А.Г.Гадаев тахр. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2007.
2. Общая врачебная практика Под ред.Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
3. Справочник врача общей практики. Дж.Мёрта. М.:Практика, 1998.
4. Сборник практических навыков для врачей общей практики. Гадаев А. и др. Т., 2010.
5. Гериатрия в деятельности врача общей практики Насреддинова Н.Н. Т:Шарк, 2004
6. Внутренние болезни, том 1 Мухин Н.А. М.: ГЭОТАР- Медиа,2009
7. Внутренние болезни, том 2 Мухин Н.А. М.:ГЭОТАР- Медиа, 2009
8. Терапевтический справочник Вашингтонского Под ред. М.Вудли М.: Практика, 2000.
9. InternalMedicinePearls Clay B. Marsh 1993
10. HandbookofAmbulatoryMedicine ed. Philip D. Zieve 1995
11. TextbookofInternalMedicine Editor-in-Chief William N. Kelley 1997

Қўшимча адабиётлар

1. Ички касалликлар Шарапов У.Ф. Т:ИбнСино, 2003
2. Ички касалликлар Бобожанов С. Т:Янгиасравлод, 2008
3. Диагностика болезней внутренних органов. Окороков А.Н. Все томы.2005.
4. Лечение болезней внутренних органов. Окороков А.Н. Все томы.2005.
5. Клинические рекомендации для практикующих врачей Под ред. И.Н. Денисова и др. М.:ГЭОТАР-Медиа,2002
6. Внутренние болезни: учебник.- в 2-х т. (1т) Под ред. Мартынова и др. М.: ГЭОТАР-Медиа , 2005:
7. Внутренние болезни: учебник.- в 2-х т.(2 т.) Под ред. Мартынова и др. М.: ГЭОТАР-Медиа , 2005:
8. Секреты гастроэнтерологии. МакНелли П.Р. М.:Бином – СПб.: Невский диалект, 2001
9. Секреты ревматологии. Вест С.Дж. М.:Бином – СПб.: Невский диалект, 2001.
10. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. Виноградов А.В. М.: Медицинское информационное агенство, 2009.
11. Внутренние болезни в вопросах и ответах. Ред.Ю.Р.Ковалев. СПб.:ФОЛИАНТ, 2004.
12. Пищеварительная система. Тешаев О.Р. Т.:Тафаккур бустони, 2011
13. Респираторная система. Тешаев О.Р. Т.:Тафаккур бустони, 2011
14. Методическое пособие по реализации образовательного стандарта по подготовке ВОП Часть 1 2011. Ташкент
15. Амалий электрокардиография (Тиббиёт олий таълим муассасалари 6-7 курс талабалари ва умумий амалиёт шифокорлари учун услубий кулланма Тошкент 2011)

16. Аритмии и их лечение (Методическое пособие для врачей и студентов медицинских ВУЗов)Ташкент, 2011
17. Грипп и ОРВИ в практике врача общей практики (Методическое пособие для студентов 6-7 курсов медицинских ВУЗов и врачей общей практики)Ташкент 2011
18. Handbook of Interpretation of Diagnostic Tests Jacques Wallach.
19. 1998
20. Manual of cardiovascular diagnosis and therapy Joseph S. Alpert
21. Интернет медицина сайтлари:
22. Med.-site.narod.ru
23. www.medlook.ru
24. www.medbok.ru
25. www.medicum.ru
26. www.medtext.ru
27. www.medkniga.ru
28. www.cardioline.ru

29. Реабилитология фанидан дарсликлар, қўлланмаларнинг рўйхати

30. Асосий адабиётлар

1. «Медицинская реабилитация» под ред. Боголюбова В.М. книга I,II,III Изд.3-е испр. и доп.-М.: 2010.-416с., илл.
2. «Медицинская реабилитация» под ред. Боголюбова В.М. М.-2007 г. 3-х томник
3. Пономаренко Г.М. « Частная физиотерапия» Медицина М. 2007 г. 698с.
4. Епифанов В.А. “Лечебная физическая культура” М. 2003 с.674
5. Дубровский В.А. “Лечебная физкультура” М. 2004 с. 450

Қўшимча адабиётлар

1. «Медицинская реабилитация» под ред. В.А. Епифанова Москва 2005. 400с
2. Боголюбов В.М. «Методика и техника проведения физиотерапевтических процедур» М. 2001 с.280
3. Ушаков А.А. «Руководство по практической физиотерапии» М. 1996 г. 250с.
4. Дубровский В.И. «Лечебная физическая культура (кинезотерапия)»: учеб. для студ. высш. учеб. заведений.- 2 изд., с тер.-М., 2001.-608 с.:илл.
5. Физическая реабилитация: под общей ред. проф. С.Н. Попова. Изд. 3-е.- Ростов на Дону, 2005.-608 с.
6. Евдокимова Т.А. Милюкова И.В. Новейший справочник“ Лечебная физкультура” М. 2004
7. Эдвард Т. Хоули, Б. Дон-Френкс «Руководство инструктора оздоровительного фитнесса» Киев 2004
8. Бет Шоу “Йога fit Тренинг для здоровья” М. 2005
9. Улащик В.С. « Физиотерапия» М. 2003 с. 450

10. Умарова Х.Т. , Карачевцева Т.В. «Физиотерапия в педиатрии» изд-во Ибн-Сино, 1993 с. 354

Чет эл адабиёти:

11. Marlis Gonzalez-Fernandez, MD, PhD, Jarrod David Friedman, MD Physical Medicine and Rehabilitation Pocket Companion
12. Mark Harrast, MD, Jonathan Finnoff, DO Sports Medicine Study Guide and Review for Boards
13. Wainapel, Stanley F.; Fast, Avital (Editors) Alternative Medicine and Rehabilitation A Guide for Practitioners 2003 - Demos Medical Publishing
14. Consuelo T Lorenzo et al. Physical Medicine and Rehabilitation Medscape Reference 2011 – WebMD
15. Sara J. Cuccurullo (Editor) Physical Medicine and Rehabilitation Board Review 2004 - Demos Medical Publishing, 848 pp.

Интернет ресурслар:

http://www.lib.uiowa.edu/hardin/md/index.html,http://dir.rusmedserv.c,http://www.medlinks.ru/, http://www.kosmix.com/,http://www.medpoisk.ru/,http://www.tripdatabase.com/,h ttp://www.klinrek.ru/cgi-bin/mbook,http://www.intute.ac.uk/medicine/
http://elibrary.ru http://www.freebooks4doctors.com/ http://www.medscape.com/
http://www.meducation.net/ http://www.thecochranelibrary.com

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

“ТАСДИҚЛАЙМАН”
Ўқув ва тарбиявий ишлар
проректори
доц. _____Г.Ж.Жарилкасинова
“_____” _____ 2018 й.

ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАР, ГЕРИАТРИЯ

ФАНИНИНГ ИШЧИ ЎҚУВ ДАСТУРИ

Таълим соҳаси:	110000 -	Педагогика
	510000 -	Соғлиқни сақлаш
Таълим йўналишлари:	5111000 -	Касб таълими (5510100-Даволаш иши)
	5510100 -	Даволаш иши

Курс	**6**
Соат ҳажми	**326**
Шу жумладан:	
Маъруза	**24**
Амалий машғулот	**102**
Клиник машғулот	**126**
Мустақил иш	**74**

Бухоро -2018

Фаннинг ишчи ўқув дастури ўқув, ишчи ўқув режа ва ўқув дастурига мувофиқ ишлаб чиқилди.

Тузувчилар:

Жураева Ҳ.И.- **Ички касалликлар ва эндокринология кафедраси катта ўқитувчиси, т.ф.н.**

Ражабова Г.Ҳ. - **Ички касалликлар ва эндокринология кафедраси ўқитувчиси.**

Джумаев К.Ш.- Ички касалликлар ва эндокринология кафедраси ассистенти.

Тақризчилар:

Орзиев З.М.–Ички касалликлар пропедевтикаси, ва олий ҳамширалик иши кафедраси профессори т.ф.д. доцент

Болтаев К.Ж.-Факультет ва госпитал терапия, гематология ва лаборатория иши кафедраси доценти, т.ф.н.

Ушбу ишчи дастур ўқув дастури ва ўқув режа асосида 5111000-Касб таълими (даволаш иши), 5510100-Даволаш иши йўналиши бўйича тузилган ва кафедра йиғилишида муҳокама қилинган ва тасдиқланган.

Баённома № _____ “____”_____2018 й.

Кафедра мудири: Бадритдинова М.Н _____

(имзо)

ФУК раҳбари: Облоқулов А.Р.- Юқумли касалликлар, эпидемиология, тери-таносил касалликлари кафедраси мудири, т.ф.д., доцент

_____

(имзо)

Ушбу ишчи дастур ўқув дастури ва ўқув режа асосида 5111000-Касб таълими (даволаш иши), 5510100-Даволаш иши йўналиши тузилган ва Бухоро давлат тиббиёт институти марказий услубий кенгашида муҳокама қилинган ва тасдиқланган.

Баённома № _____ “____”_____2018 й.

Услубчи: Жумаева Ш .Б. _____

(имзо)

Кириш

«Даволаш иши» мутахассислиги бўйича «УАШ малакавий тавсифномаси» талабларига асосан кўриб чиқилган ҳолда – Соғлиқни сақлаш биринчи босқичида шифокор ёрдамини кўрсатиш асосий билим ва амалий кўникмаларига кирувчи : касалликлар профилактикаси, ички касалликлари бор беморларни эрта ва қиёсий ташхиси ва уларни режали равишда олиб бориш кўникмаларини тўлиқ эгаллаган УАШ тайёрлаш.

Ўқув фанининг мақсади ва вазифалари

Фанни ўқитишдан мақсад – Соғлиқни сақлаш бирламчи бўғинида асосий билим, шифокор ёрдамини кўрсата олиш кўникмаларини: эрта ташхис, қиёсий ташхис, профилактика ва беморларни олиб бориш тактикасини ўз ичига олувчи умумий амалиёт шифокори квалификацион характеристикасига «Даволаш иши» ихтисослиги талабларига жавоб берувчи УАШ тайёрлаш.

Фанинг вазифалари:

- Профилактика ва ахоли соғлигини сақлаш учун бирламчи ёрдам кўрсатиш бўйича билимларни эгалаш
- ҚВП/ҚОП ёки ОП шароитида малакали шифокор ёрдамини кўрсата олиш билим ва кўникмаларини ўзлаштириш
- Диспансеризация ва реабилитация ўтқазиш чора тадбирларни билим ва кўникмаларини ўзлаштириш
-

Фан бўйича талабаларнинг тасаввур, билим, кўникма ва малакаларига қўйиладиган талаблар

“Ички касалликлар, гериатрия фани” талабаларни замонавий технологиялар ва адабиётлардан фойдаланган ҳолда амалий ва мустақил илмга, кўникмаларга бўлган зарурий талабларни, билимни баҳолашнинг назорат усулларини аниқ кўрсатиб беради ҳамда умумий амалиёт шифокорларида клиник фикрлаш, касаллик ва унинг белгиларини

асослаш бўйича билим ва кўникмаларини шакллантириш, шу жумладан: талабаларга синдромал ёндашган ҳолда касалликларни ўз вақтида ва эрта ташҳислашни ўргатиш, талабаларга маълум синдром билан кечувчи касалликларни қиёсий ташҳислашни ўргатиш, муҳим билим ва амалий кўникмаларни янада мукаммаллаштириш (маълумот йиғиш, бемор муаммосини аниқлаш ва объектив кўрик, шунингдек лаборатор-асбобий текширув усулларини асосли тавсия этиш, маслаҳат бериш кўникмалари, талабаларга беморларни олиб бориш тактикасини асосли танлашни ўргатиш, талабаларга мақсадли даволаш-профилактика чора-тадбирларини амалга оширишни ўргатиш, талабаларга қишлоқ врачлик пункти, қишлоқ оилавий поликлиника (ҚВП/ҚОП) ва оилавий поликлиника (ОП) шароитида диспансер кузатув ва мониторинг принципларини ўргатиш вазифаларини бажаради.

Фан бўйича талабаларнинг билим, кўникма ва малакаларига қуйидаги талаблар қўйилади: ***Талаба:***

- оилавий тиббиёт асослари, тамойиллари ва фалсафаси, аҳоли орасида кенг тарқалган касалликларни олдини олиш, ўз вақтида ташхислаш ва даволаш тамойиллари, соғлиқни сақлаш тизими бирламчи бўғинида олиб бориш тамойиллари тўғрисида ***тасаввурга эга бўлиши;***
- маслаҳат бериш тамойилларини;
- маълум бир синдром билан кечувчи касалликларни ва уларнинг ўзига хос кечиш ҳусусиятларини;
- маълум синдом билан кечувчи хавфли касалликларни ва уларнинг ўзига хос кечиш ҳусусиятларини;
- ҚВП/ҚОП ёки ОП шароитида олиб боришни талаб этувчи ҳолатларни (УАШ квалификацион характеристикасига мос равишда);
- тор доирадаги мутахассис консултацияси ёки касалхонага йўлланма беришни талаб этувчи ҳолатларни (УАШ квалификацион характеристикасига мос равишда);
- ҚВП/ҚОП ёки ОП шароитида ўтказишни талаб этувчи зарурий текширув усулларини (УАШ квалификасион характеристикасига мос равишда);
- кенг тарқалган касалликларнинг асосий клиник кўринишларини;
- маълум бир синдром билан кечувчи касалликларни ташҳислашдаги асосий мезоналари ва ички аъзолар зарарланиш симптомларини;
- далилларга асосланган тиббиёт тамойиллари бўйича касалликни даволаш усулларини (номедикаментоз ва медикаментоз)
- ҚВП/ҚОП ёки ОП шароитида бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика тамойилларини;
- ҚВП/ҚОП ёки ОП шароитида беморларни олиб бориш (шу билан бир қаторда, тор доирадаги мутахассис кўриги ва стационар даволанишдан сўнг олиб бориш), диспансер кузатув ва реабилитация тамойилларини ***билиши ва улардан фойдалана олиши;***
- талаба Беморларни мустақил қабул қилиш ва маслаҳат бериш;
- тиббий этика ва деонтологияга амал қилиш, шахслар аро мулоқот кўникмаларинини қўллаш;

- беморнинг ҳаёт сифатига таъсир қилган асосий муаммосини аниқлаш мақсадида анамнез йиғиш ва беморларда физикал текширувни (умумий кўрик, пальпация, перкуссия, аускультация) ўтказиш;
- асосий синдром (муоммони) ва хавф омилларини аниқлаш;
- анамнез ва объектив кўрикка асосланган ҳолда дастлабки ташҳисни қўйиш;
- мақсадга йўналтирилган текширувлар режасини тузиш ва уларнинг натижаларини таҳлил қилиш;
- касалликни қиёсий ташҳислаш ва якуний ташхис қўйиш;
- беморни олиб бориш тактикасини тўғри танлаш;
- шошилинч ҳолатларда шифохонагача бўлган ёрдамни кўрсатиш ва рационал даволаш тамойилларини қўллаш;
- ҚВП/ҚОП ёки ОП шароитида беморларни мониторинги ва диспансер кўрикдан ўтказиш;
- меҳнатга лаёқатлиликни аниқлаш (вақтинчалик ва турғун) ва тиббий ҳужжатларни расмийлаштириш;
- беморлар реабилитациясини ўтказиш ва санатор-курорт давога юбориш;
- ҚВП/ҚОП ёки ОП шароитида профилактик, соғломлаштирувчи, санитар-гигиеник чора-тадбирларни ўтказиш;
- ЭКГ олиш техникаси ва интерпритациясини ўтказиш;
- пикфлоуметрия ўтказиш;
- тонометрия ўтказиш;
- таъсири исботланган препаратларни танлаш;
- олиб борилган даво самарадорлигини назорат қилиш;
- экстрагенитал касаллиги бор ҳомиладор аёлларга тиббий-санитар ёрдамни кўрсатиш;
- соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш (хавф гурухи ва аҳоли билан ишлаш).
- илмий адабиётлардан, интернет тармоғидан фойдаланиш ва реферат ҳамда илмий тезис, мақолалар ёзиш;
- ўз фикр-мулоҳаза ва хулосаларини асосли тарзда аниқ баён эта олиш ***кўникмаларига эга бўлиши керак.***

Фаннинг ўқув режадаги бошқа фанлар билан ўзаро боғлиқлиги ва услубий жиҳатдан узвийлиги

Ички касалликлар, гериатрия фани клиник фан ҳисобланиб, 11,12 семестрларда ўқитилади. Дастурни амалга ошириш ўқув режасида режалаштирилган табиий-илмий ва клиник (биология, биофизика, биохимия, нормал анатомия, патологик анатомия, микробиология ва иммунология, умумий гигиена, ижтимоий гигиена, соғлиқни сақлашни ташкиллаштириш, тиббий техника, фармакология, клиник фармакология, шифокор ва бемор, ички касалликлар пропедевтикаси, факултет терапия, госпитал терапия, халқ табобати, шифокор назорати, ДЖТ ва физиотерапия, нур ташхиси ва нур терапияси) фанлардан етарли билим ва кўникмаларга эга бўлишлик талаб этилади.

Соғлиқни сақлаш тизимидаги ўрни

УАШ тайерлаш соғлиқни сақлаш бирламчи бўғинида асосий ахамиятга эга. УАШ ахоли орасидаги ўрни: касалликларни эрта босқичларида аниқлаш, профилактик чора-

тадбирларни ўтказиш, зарурат бўлганда тор мутахассисларга юбориш, айрим касалликларни тарқалиши ва асоратларини олдини олиш ва диспансеризация, реабилитация ўтқазиш. УАШ оилавий шифокор бўлиши билан бирга ёши катта ва ёш болаларгача бўлган ахолига хизмат кўрсатади хамда касалликларни олдини олиш билан шуғулланади.

Фанни ўқитишда замонавий ахборот ва педагогик технологиялар

Талабаларнинг ички касалликлар, гериатрия фанини ўзлаштиришлари учун ўқитишнинг илғор ва замонавий усулларидан фойдаланиш, янги информацион-педагогик технологияларни татбиқ қилиш муҳим ахамиятга эгадир. Фанни ўзлаштиришда дарслик, ўқув ва услубий қўлланмалар, маъруза матнлари, тарқатма материаллар, компьютер дастурлари, электрон материаллар фойдаланилади. Маъруза ва амалий дарсларда мос равишдаги илғор педагогик технологиялар қўлланилади.

“Ички касалликлар, гериатрия” фанини лойиҳалаштиришда қуйидаги асосий консептуал ёндошувлардан фойдаланилади:

Шахсга йўналтирилган таълим. Бу таълим ўз моҳиятига кўра таълим жараёнининг барча иштирокчиларини тўлақонли ривожланишларини кўзда тутади. Бу эса таълимни лойиҳалаштирилаётганда, албатта, маълум бир таълим олувчининг шахсини эмас, аввало, келгусидаги мутахассислик фаолияти билан болиқ ўқиш мақсадларидан келиб чиққан ҳолда ёндшилишни назарда тутади.

Тизимли ёндошув. Таълим технологияси тизимнинг барча белгиларини ўзида мужассам этмоғи лозим: жараённинг мантиқийлиги, унинг барча бўғинларини ўзаро боланганлиги, яхлитлиги.

Фаолиятга йўналтирилган ёндошув. Шахснинг жараёнли сифатларини шакллантиришга, таълим олувчининг фаолиятни активлаштириш ва интенсивлаштириш, ўқув жараёнида унинг барча қобилияти ва имкониятлари, ташаббускорлигини очишга йўналтирилган таълимни ифодалайди.

Диалогик ёндошув. Бу ёндошув ўқув муносабатларини яратиш заруриятини билдиради. Унинг натижасида шахснинг ўз-ўзини фаоллаштириши ва ўз-ўзини кўрсата олиши каби ижодий фаолияти кучаяди.

Ҳамкорликдаги таълимни ташкил этиш. Демократик, тенглик, таълим берувчи ва таълим олувчи фаолият мазмунини шакллантиришда ва эришилган натижаларни баҳолашда биргаликда ишлашни жорий этишга эътиборни қаратиш зарурлигини билдиради.

Муаммоли таълим. Таълим мазмунини муаммоли тарзда тақдим қилиш усули таълим олувчи фаолиятини активлаштиради. Бунда илмий билимни объектив қарама-қаршилиги ва уни ҳал этиш усулларини ижодий тарзда қўлланилиши диалектик мушоҳадани шакллантиради ва ривожлантиради натижада талабани мустақил ижодий фаолияти таъминланади.

Ахборотни тақдим қилишнинг замонавий восита ва усулларини қўллаш – янги компьютер ва ахборот технологияларини ўқув жараёнига татбиқ этиш.

Ўқитишнинг усуллари ва техникаси. Маъруза (кириш, мавзуга оид, визуаллаш), муаммоли таълим, кейс-стади ва лойиҳалаш усуллари, амалий ишлар.

Ўқитишни ташкил этиш шакллари: диалог, полилог, мулоқот ҳамкорлик ва ўзаро ўрганишга асосланган фронтал, коллектив ва гуруҳ.

Ўқитиш воситалари ўқитишнинг анъанавий шакллари (дарслик, маъруза матни) билан бир қаторда – компютер ва ахборот технологиялари.

Коммуникация усуллари: тингловчилар билан оператив тескари алоқага асосланган бевосита ўзаро муносабатлар.

Тескари алоқа усуллари ва воситалари: кузатиш, блиц-сўров, оралиқ, жорий ва якуний назорат натижаларини таҳлили асосида ўқитиш диагностикаси.

Бошқариш усуллари ва воситалари: ўқув машғулоти босқичларини белгилаб берувчи технологик харита кўринишидаги ўқув машғулотларини режалаштириш, қўйилган мақсадга эришишда ўқитувчи ва талабанинг биргаликдаги ҳаракати, нафақат аудитория машғулотлари, балки аудиториядан ташқари мустақил ишларнинг назорати.

Мониторинг ва баҳолаш: ўқув машғулотида ҳам бутун дарс давомида ҳам ўқитишнинг натижаларини режали тарзда кузатиб бориш. Цикл охирида ОСКИ ёрдамида тингловчиларнинг билимларини баҳолаш.

"**Ички касалликлар, гериатрия**" фанини ўқитиш жараёнида компьютер технологиясидан, ўргатувчи компьютер дастурларидан фойдаланилади, мавзулар бўйича тарқатма материаллар тайёрланади. Талабалар билимини баҳолаш оғзаки, компьютерли тест шаклларида амалга оширилади.

Талабаларнинг Ички касалликлар, гериатрия фанининг ўзлаштиришлари учун ўқитишнинг илғор ва замонавий усулларидан фойдаланиш, янги информацион-педагогик технологияларни татбиқ қилиш муҳим аҳамиятга эгадир. Фанни ўзлаштиришда дарслик, ўқув ва услубий қўлланмалар, маъруза матнлари, тарқатма материаллар, компьютер дастурлари, электрон материаллардан фойдаланилади. Маъруза ва амалий дарсларда мос равишдаги илғор педагогик технологиялар қўлланилади.

"Ижодий фикр ва клиник мушоҳада"

Мақсад: Талабаларни вазиятли масала мазмунига кўра ижодий фикрлаши ва клиник мушоҳадасини ўрганиш ва баҳолаш.

Бунда талабаларга мазкур мавзуга тегишли вазиятли масалалар ва ҳарорат эгри чизиғи варақалари тарқатилади. Талаба масала мазмунини чуқур ўрганиб, клиник белгилар ва лабораториявий маълумотларни кунига мос ҳолда варақада акс эттиради, ташхис қўяди ва даволаш тадбирларини белгилайди.

Мушоҳадали фикр

Мавзу мазмунини мустаҳкамлаш мақсадида тингловчилар ўзлаштириш даржасини билиш учун ушбу педагогик технология қўлланилади. Тингловчилар фикрлари таҳлил қилинилади. Мушоҳадали фикр билдирган тингловчи рағбатлантирилади.

"Уч босқичли интервью" услуби

Мақсад: Беморнинг муаммоларини аниқлаш ва ҳал қилишда унга тўғри психологик ёндашишни ўргатиш.

Асосий тамойиллари: Гуруҳ 2-3 та кичик гуруҳчаларга бўлинади ва талабаларга рол бўлиб берилади: шифокор, бемор, эксперт. Бемор ролини ижро этаётган талабага ташхис яширин етказилади. Бемор касаллик шикоятлари, касалликнинг ривожланиши, эпидемиологик анамнезни, врач эса бемор билганлар ва унда касаллик туфайли юзага келиши мумкин бўлган ўзгаришларни мукаммал билиши шарт. Ҳар бир врач бемор билан маслаҳатни 10-15 дақиқа мобайнида олиб боради. Эксперт иштирокчилар (бемор ва врач) фаолиятини қуйидаги 3 бўлим бўйича баҳолайди:

1.Нима тўғри қилинди?

2.Нима нотўғри қилинди?

3.Қандай бажарилиши керак эди?

“Стол ўртасидаги ручка” усулини ўтказиш сценарийси

Талабалар учун битта топшириқ берилади. Шу топшириқ асосида талаба 1 та жавоб намунасини ёзиб, ўзини ручкасини стол атрофида айлантирган ҳолда кейинги талабага узатади.

“Қопдаги мушук ўйини” услуби

Мақсад: Талабалар ушбу мавзу юзасидан чуқур билимга эга бўлишни таъминлаш.

Тамойиллари: Ўқитувчи талабалар учун мавзу бўйича саволлар тайёрлайди. Дарс вақтида талаба рўйхат бўйича қопдан саволларнинг бирини олади. Бу махсус карточка қилиб тайёрланган бўлади.

Талабалар карточкаларни тортиб олади. Саволларга жавобни ёзма бажаради. Вазифани текширгач консулътантлар баллар миқдорини эълон қилади ва зўрларининг балларини айтади.

3. Ўқув соатлари миқдори

Соат ҳажми	**Ўқув юклама миқдорининг аудитория машғулотлари бўйича тақсимланиши (соат)**				
	Жами	Маъруза	Амалий машғулот	Клиник машғулот	Мустақил иш
326	252	24	102	126	Даволаш фак. 74 соат касбий таълим 114соат

4. Маърузалар

4.1. Маъруза машғулотларининг тематик режаси

Маъруза машғулотлар мавзуси

1-жадвал

№	Маърузалар мавзулари	Дарс соатлари ҳажми
1.	Оилавий тиббиёт асослари. УАШ ишлаш тамойиллари. Ўзаро мулоқот асослари	**2**
2.	Кўкрак қафасидаги оғриқлар қиёсий ташхиси. ЮИК, МИ кечиш хусусиятлари. Даволаш. Профилактика. УАШ тактикаси.	**2**
3.	Артериал гипертензияларнинг қиёсий ташхиси. Профилактика. УАШ тактикаси	**2**
4.	Аритмия синдроми (Автоматизм ва қўзғалувчанлик, ўтказувчанликнинг бузилишлари). Қиёсий ташхислаш. Даволаш.	**2**
5.	Юракдаги шовкинлар қиёсий ташхиси. Профилактика. УАШ тактика	**2**
6.	Шиш синдромида қиёсий ташхислаш. Сурункали юрак етишмовчилигини замонавий даволаш усуллари. Профилактика. УАШ тактикаси.	**2**
7.	Бронхообструктив синдромда қиёсий ташхис ўтказиш. Профилактика. УАШ тактикаси.	**2**
8.	Диспепсия ва дисфагия. Қиёсий ташхислаш тамойиллари Профилактика. УАШ тактикаси	**2**
9.	Қориндаги оғриқ синдроми. Қиёсий ташхислаш. Даволаш. Профилактика. УАШ тактикаси	**2**
10.	Патологик сийдик чўкмасида қиёсий ташхис ўтказиш. Профилактика. УАШ тактикаси	**2**
11.	Бўғим синдромида қиёсий ташхислаш. Даволашга индивидуал ёндошиш. Профилактика. УАШ тактикаси.	**2**
12.	Геронтология ва умумий гериатрия. Кариялар муаммолари. Карияларда ички аъзолар касалликларининг ўзига хос кечиш ҳусусиятлари	**2**
	Жами	**24 соат**

Маъруза1: Оилавий тиббиёт асослари. УАШ ишлаш тамойиллари. Ўзаро мулоқот асослари

Мавзуни мухокама қилиш пайтида қуйидаги аспэктларга алохида эътибор берилади: хар бир беморга ёрдам бериш ва қўллаб қувватлаш хар бир шифокорнинг бурчи хисобланади.

1. Беморларни қандай бўлса шундай қабул қилиш керак. Уни тўғрилашдан тийилинг. Беморни кўп шикояти уни сиз билан мулоқотини ушлаб туриши мумкин. Бу шикоятларни ташхисни бошланиш даври. диагнозни тасдиқлаш керак бўлса текширувлар белгиланг.
2. Агар бемор сизга кўп мурожаат қилса унга учрашувлар графигини таклиф қилинг.
3. Консультация давомида бемордан оиласи ва иши хақида сўранг.
4. Беморга етарли вақт ажратинг у вақт чегараланганлигини тушунсин
5. Таскин берадиган хар бир сўзингиз асосланган бўлсин.

6. Ростгўй бўлинг. Бемор муаммоси сизнинг назарингизда қандайлигини айтинг.
7. Лекин қатъиятли бўлинг
8. Плацэбо ўтказманг врач билан сухбат даво хисобланмайди
9. Беморлар билан бошқа шифокорларни мухокама қилманг уларни камчилигини кўрсатманг
10. Олдингизга аниқ мақсад қўйинг
11. Беморлар билан алоқани ўзи хохламагунча тўхтатманг.
12. Бемор сизга мурожаат қилмоқчи бўлса тўсқинлик қилманг.
13. Танишларни даволаётганда ва улар совға бераётганда эхтиёт бўлинг. Шифокор этикасини сақланг.
14. Сизга бемор билан мулоқот қийинчилик туғдирса уни бошқа шифокор маслахатига юборинг.
15. Айрим беморларга ёрдам беришнинг иложи йўқлигига кўникинг.

Адабиётлар:

А-1,2,3.

Қ-2,3. .www.bsmi.uz

Мавзу-2. Кўкрак қафасидаги оғриқлар қиёсий ташхиси. ЮИК, МИ кечиш хусусиятлари. Даволаш. Профилактика. УАШ тактикаси.

Кўкрак қафаси оғриқлари ички касалликлар клиникасида алоҳида ўринни эгаллайдилар. Мижозлар гоҳида кўкрак оғриги деб, бошқа холларда «юрак соҳам оғрийди» деб ва бир холатларда эса «юрагим оғрийди» деб шикоят қиладилар. Бу оғриқлар қандай турда ифодаланишидан қатъий назар ҳам беморда, ҳам шифокорда деярли бирдай ташвиш, бехаловатлик чақиради. Хаёти давомида хеч бўлмаганда бир марта чап кўкрак сохасида оғриқ бўлмаган инсонлар жуда камдан-кам топилади. Кўпчилик шахслар бундай оғриқларни йиллаб уқубатини тортадилар.

Табиий, мабодо инсон оғриқнинг сабабига аниқ ишонч хосил қилса унга маълум вақтгача кўникиб яшайди. Умумий амалиёт врачининг асосий вазифаси айнан мазкур оғриқларнинг хақиқий табиатини очиб боришдан иборат бўлади. Қачон кўкрак оғриғи бўлса аввалambор юрак ишемик касаллиги хавфи намоён бўлади, вахолангки унинг юракга боғлиқ бўлмаган сабаблари ҳам кўп кузатилади.

Адабиётлар: А-1,2,4,5.

Қ-2,4,5,6,9,10,12. www.bsmi.uz

Ма’руза3: Артериал гипертензияларнинг қиёсий ташхиси. Профилактика. УАШ тактикаси

Артериал гипертония ахоли орасида кенг тарқалган касаллик хисобланади, унинг хавфи шуки-биринчидан, беморлар кўпчилик холатларда қон босими кўтарилганлигини сезмайдилар ва врачларга мурожаат килмайдилар: иккинчидан, у инсон хаёти учун тахдид соладиган касалликларни шакллантирувчи хавфли омиллар гурухига киритилади: инсулт, юик, юрак етишмовчилиги, хилпилловчи аритмия ва буйрак касалликлари келиб чиқиш хавфини кучайтиради.

Эпидемиологияси. АГ эпидемиологик текширувларда кенг ўрганилган синдром хисобланади, у УАВ тажрибасида асосий ўринни эгаллайди. Эпидэмиологик тадқиқотларга кўра АҚШ да хозирги пайтда 50 миллион гипертоник бор ёки бу мамлакатда 18-24 ёшдаги кишиларда АГ 15 фоизни, 65-74 ёшлиларда эса 60 фоизни ташкил қилади.

Адабиётлар: А-1,2,4,5.
Қ-2,4,5,6,9,10,12. www.bsmi.uz

Ма`руза №4 Аритмия синдроми (Автоматизм ва қўзғалувчанлик, утказувчанликнинг бузилишлари бузилишлари). Қиёсий ташхислаш. Даволаш.

Аритмиялар – бу юрак ритмининг бузилиши бўлиб хисобланади. Буларга қуйидагилар сабабчи бўлади. Аритмиялар юракнинг асосий функсиялари, автоматизм, қўзғалувчанлик, ўтказувчанлик ва қисқарувчанликнинг бузилиши натижасида келиб чиқилади.

Аритмиялар келиб чиқиш сабабларига кўра хар хил бўлади. Уларнинг бир хилларини беморлар ўзларида сезмасликлари мумкин, лекин иккинчи хил аритмиялар туфайли беморлар хаётдан кўз юмушлари ҳам мумкин. Шунинг учун аритмияларни билиш биз учун катта ахамият касб этади.

Сабаблари. Юрак ритмининг бузилишига олиб келувчи сабаблар қуйидагилар бўлиб хисобланади.

1. Юракнинг органик касалликлари (ЮИК, ревматизм, миокардит, кардиомиопатия, юрак иллатлари, гипертония касаллиги ва бошқалар).
2. Функсионал касалликлар (вегетатив асаб тизими лабиллиги).
3. Физик ва химик та`сиротлар (тананинг хаддан ташқари қизиб кетиши, алкогол, дигиталис билан зарарланиш, симпатомиметиклар ва сийдик хайдовчи воситалар та`сирида).
4. Юрак ритмининг идиопатик бузилиши. ЭКГда Р-Р интервалига тенг булган паузани куриш мумкин.Агарда кўп комплекслар тушиб қолса, унда беморни бош айланиши, юракни нотекис уриши, хушдан кетишлар безовта қилиши мумкин. Беморларни шифокорга мурожат қилишга кўпинчалик юрак сохасидаги оғриқ сабаб бўлади Кўкрак соҳасидаги оғрикни сабабчилари кўп бўлишига қарамай оилавий шифокор аниқ ташҳис қўйилгунча барча оғриклар кардиоген деб хисоблаб ҳаётга ҳавф солувчи асоратларни олдиниолиши зарур. Ушбу ҳолатда УАШ вазифаси биринчи бўлиб ҳаётга ҳавф солувчи миокард инфаркти, ЎАТЕ, спонтан пневмоторакс, аортанинг қаватланувчи аневризмасини холатларини вактида аниклашга ё`ллантирилган. Юкоридаги кўрсатилган ташҳисларни истисно килингандан сўнг УАШ кўкрак соҳасидаги оғриқларни қиёсий ташхис ўтқазиши керак

Адабиётлар: А-1,2,4,5
Қ-2,4,6,8,9www.bsmi.uz

Маъруза 5: Юракдаги шовкинлар қиёсий ташхиси. Профилактика. УАШ тактика

Юрак сохасида шовкин эшитилганда куйидаги режага асосан бахолаш лозим:
1. Шовкинниг юрак фазаларига муносабатини аниклаш
Шовкиннинг юрак фазаларига муносабатини аниклаш учун шовкин систолик эки диастолик эканлигини аниклаб олишимиз лозим. Систолик шовкинлар 1 ва 2 тон орасида, диастолик шовкинлар эса 2 ва 1 тон орасида эшитилади. Куйидаги расмда систолик шовкин курсатилган.
2. Шовкин кучини аниклаш
Шовкинлар кучсиз, урта кучли, кучли ва жуда кучли булиши мумкин
3. Шовкинниг юрак тонларига муносабатини аниклаш
Тонларни ўзгартирувчи шовқинлар деформасияловчи, ўзгартирулмайдиганлари шовқинлар эса деформасияламайдиган шовқинлар деб аталади.
4. Шовқин шаклини аниқлаш
Адабиётлар:А-1,2,4,5
Қ-2,4,6,8,9

Маъруза: 6. Шиш синдромида қиёсий ташхислаш. Сурункали юрак етишмовчи-лигини замонавий даволаш усуллари. Профилактика. УАШ тактикаси

Талабаларга шиш синдромида қиёсий ташхислаш. Сурункали юрак етишмовчи-лигини замонавий даволаш усуллари. Профилактика. УАШ тактикаси хакида маълумот бериш. Охирги ўн йилларда ўтказилган тадқиқотлардан маълум бўлдики, инсон организми фаолиятлари хам ана шу жараёнлар билан (ерни ўз ўқи атрофида айланиб туриши, ерни қуёш атрофида айланиши, ойни ер атрофида айланиши ва х.к.лар) чамбарчас бевосита алоқадор экан. Хусусан, биологик соатлар организмнинг деярли барча хаётий мухим вазифаларни бошкариб турадилар; масалан, тана харорати ёки ухлаш ритми ёхуд юрак ва буйрак фаолиятларини сутка давомида узгариб туришлари шулар жумласидандирлар. Демак, ички касалликлар семиотикасини урганишда ва тахлил килишда мазкур хронобиологик табиий жараёнлар албатта инобат қилинишликлари керак.
Адабиётлар:А-1,2,4,5
Қ-2,4,6,8,9. www.bsmi.uz

Маъруза:7 Бронхообструктив синдромда қиёсий ташхис ўтказиш. Профилактика. УАШ тактикаси.

*Ўпка инфилтратларида к*упинча йирингли касалликлардан кейин ***лейкоситар яллиғланиш*** келиб чиқади. Лейкоситлар таркибидаги протеолитик таъсир этувчи лизосомал ферментлар ўпка тўқимасига аста-секин эриб боришига олиб келади.
Ўткир яллиғланиш билан кечувчи касалликларда бу инфилтратлар сўрилиб кетади ва хеч қандай асорат қолдирмайди. Узоқ сақланган ва ўпка тўқимасини сезиларли даражада деструктив ўзгаришларга олиб келган инфилтратлар эса ўпка тўқимасида турғун патологик ўзгаришлар қолдиради. Бундай склеротик узгаришлар ўпка функстиясининг пасайиши ёки юқолишига олиб келади.

Маълумки табиат ритмлари ер куррасидаги борки мавжудотларнинг хаёт-момотларини белгилаб боргувчи жараёнлардир. Улар табиий ходисаларни бошқарадилар ва инсонлар умрларини белгилайдилар. Булар ўпка ва нафас йўлларига хам таалуқлидирлар ёхуд нафас аъзолари хасталикларининг асосий аломатлари булмиш, ютал, балгам ташлаш ва кон туфлашларнинг семиотикасини ургапиш учун улар хакида замонавий тасаввурларга эга булиш лозим.

Адабиётлар:А-1,2,4,5

Қ-2,4,6,8,9

Маъруза: 8 Диспепсия ва дисфагия. Қиёсий ташхислаш тамойиллари Профилактика. УАШ тактикаси

Психоген, истерик дисфагия неврозларда кузатилади, кўп холларда аёллар касалланади, 20-40 ёшдагилар. Об`ектив кўрганимизда дисфагиядан ташқари скелет мускулларнинг тонусини ошганлигини, психоген бош оғриқлар, тремор, мушакларнинг учиши, тез чарчаш холатлари кузатилади. Мия устини инсултларида дисфагия кузатилиши мумкин, бу бирга оёқ қўлларнинг парезлари, мияча симптомлари, кучли бош айланиши, нистагм, атония, мушакларнинг кучсизланиши,скандерлашган нутқ билан бирга кечади.

Адабиётлар:А-1,2,4,5

Қ-2,4,6,8,9www.bsmi.uz

Маъруза 9: Қориндаги оғриқ синдроми. Қиёсий ташхислаш. Даволаш. Профилактика. УАШ тактикаси

Корин огриги куплаб касалликларнинг аломатидир, клиник ахамияти ута кенг диапозоига эга у хаётга тахдид килиб кечувчи холатларни хамда яхши кечиш билан ифодаланувчи функсионал табиатга эга булган бузилишларни куриниши булиб белги беради. УАВ амалиётида тез-тез учраб турадиган, аксарият холларда УАВ биринчи маротаба тукнаш келадиган бу синдром УАВ имконияти ва нуктаи назардан келиб чикадиган мукобил ташхисий стратегияни талаб этади.

Адабиётлар:А-1,2,4,5

Қ-2,4,6,8,9 www.bsmi.uz

Маъруза 10: Патологик сийдик чўкмасида қиёсий ташхис ўтказиш. Профилактика. УАШ тактикаси

Сийдик то XX асргача организмиинг диагностикада ва касалликларни башоратлашни тузишда фойдаланиб келинаётган ягона субстантсия хисобланади. Бундан ташкари, ХВИИИ асргача лабораториялар булмаган ва бу ягона субстатсияни текширишнинг ягона усули булиб унинг ташки куриниши, хиди ва айрим холларда мазасини аниклаш хисобланган.100 йил аввал англиялик врач Вилъям Роберто (биринчи маротаба янги сийдикда бактериялар аникланиши мумкинлигини исботлаган олим) шундай деган: «...

Қўшимча текширувларсиз, фақатгина сийдикни кўздан кечириш ва ҳиди бўйича олинган ма`лумот анча кенг ва аниқ бўлади».

Адабиётлар:А-1,2,4,5

Қ-2,4,6,8,9

www.bsmi.uz

Маъруза 11 Бўғим синдромида қиёсий ташхислаш. Даволашга индивидуал ёндошиш.Профилактика. УАШ тактикаси.

Буюк Британия аҳолисининг 7 % и бўғим касаллиги билан умумий амалиёт врачига мурожаат қилади.

Таянч – ҳаракат системаси касалликлари билан амбулаторияга мурожаат қилган касаллар сони йилига 315 млн.дан ортиб боради.

Бўгимда оғриқнинг энг асосий сабаблари: Остеортрозлар, вирусли полиартритлар.

Остеортрозлар – кенг тарқалган касаллик ҳисобланиб, бирламчи ва иккиламчи бўлади.

Адабиётлар:А-1,2,4,5

Қ-2,4,6,8,9 9www.bsmi.uz

Маъруза 12: Геронтология ва умумий гериатрия. Кариялар муаммолари. Карияларда ички аъзолар касалликларининг ўзига хос кечиш ҳусусиятлари

Гериатрия. Қариликда функционал ва органик ўзгариўлар. Ёшдаги ўзгаришларни механизми.. Қарияларда ҳаракат тартиби. Остеопороз ва синишлар профилактикаси. Қарияларда рационал фармакотерапия ва овқатланиш хусусиятлари. Кекса ёшли инсонларда атеросклерознинг клиник намоён бўлиши ва уларнинг назорати. Кексалар эмфиземаси. Қариликда ички аъзолар касалликларининг ўзига хос кечиши. ҚВП ва ҚОП шароитида олиб бориш тамойиллари.

Адабиётлар: 1. Асосий адабиётлар - 1,2,3,4,5,

2. Қўшимча адабиётлар (4,5,6) 9www.bsmi.uz

Маъруза машғулотлари мультимедиа қурилмалари билан жиҳозланган аудиторияда академик гуруҳлар оқими учун ўтилади.

5. Амалий ва клиник машғулотларнинг тематик режалари

2-жадвал

т/р	Мавзулар мазмуни	Амалий машғулот	Клиник машғулот	Ҳам маси
	Оилавий тиббиёт асослари			
1.	**Оилавий тиббиёт асослари.** УАШ вазифалари. Ишлаш хусусиятлари. Тиббий ҳужжатлар. Жамоатнинг жалб этилиши. Бемор ва шифокор ҳуқуқлари. УАШ ишида этика ва деонтология. *Беморлар кўригини яхшилашда информацион технологияларни қўллаш* 1 илова	2	3	5
2.	Мулокотга алоқадор факторлар. Мулоқотдаги кийинчиликлар. Шахслараро мулоқот. Амалий маслаҳатлар.	2	3	5
3.	Маслахат бериш турлари. Маслахат бериш принциплари. Беморни ўз соғлигига жавобгарлиги.	2	3	5
4.	Профилактика турлари. Соғлом турмуш тарзини тадбиқ этиш. Озиқланиш ва рўзғор гигиенаси. Профилактик кўрик, скрининг. Инфекцион ва ноинфекцион касалликлар профилактикаси. Иммунизация. Дастурлар ва тадбирлар.	2	3	5
5.	Болалар, ўсмирлар, аёллар (фертил ёшдаги аёллар, хомиладорлар), эркаклар, кексалар. Ишлаб чиқариш ва қишлоқ хўжалигидаги ишчилар. Ижтимоий ҳимояланган инсонлар. Беморлар, оғир беморлар, ўлаётган беморлар. Реабилитация ва диспансеризация муаммолари. Ишга лаёқатликни экспертизаси.	2	3	5
6.	Санитар оқартув. Касалланиш ва ўлимнинг асосий сабабларига таъсир этиш. Руҳий ҳолатни мустаҳкамлаш. Экология ва касб омиллари. Беморларни ўқитиш, “мактаблар”.	2	3	5
7.	Саёҳатчига маслахат бериш. Саёхатдан кейин маслахат бериш. Иммунизация. Иқлим ва соат	2	3	5

	ўзгаришларини алмашиниши. Чайқалиш ва тоғ касаллиги. Йўл тиббиёт анжомларни йиғиндиси. Тахминий ташхис. Хавфли касалликлар. Ташхисий хатоликлар. Имитатор касалликлар. Руҳий бузилиш ва симуляция.			
	Кардиология			
8.	**Аритмиялар. Ритм бошқарувчиси миграцияси, синус тугуни холсизлиги синдроми, экстрасистолиялар, ҳамда синус тахикардияси, брадикардияси, синус аритмияларни қиёсий ташхислаш. Экстрасистолаларнинг турлари. УАШ тактикаси.**	2	3	5
9.	Аритмиялар. Бўлмачалар ва қоринчалар титраши, хилпираши (доимий ва пароксизмал), пароксизмал тахикардия, қоринчаларнинг вақтдан олдин қўзғалиши синдромини қиёсий ташхислаш. УАШ тактикаси.	2	3	5
10.	Аритмиялар. Синоатриал, бўлмача ичи, атриовентрикуляр ва қоринча ичи блокадаларида қиёсий ташҳислаш. УАШ тактикаси.	2	3	5
11.	Юрак уриб кетиши. Қон айланиши етишмовчилиги, камқонлик ва тиреотоксикозда юрак уриб кетишини қиёсий ташхислаш. УАШ тактикаси.	2	3	5
12.	Бош оғриғи. Бош оғриғи билан кечувчи хавфли касалликларни таққослама ташҳислаш. Гипертония касаллиги ва гемадинамик, церебрал артериал гипертензияларни (бош мия травмалари, вертебробазиляр синдром, арахноидит, энцефалит, мия ўсмаси) ва склеротик артериал гипертензияни таққослама ташҳислаш.УАШ тактикаси.	2	3	5
13.	Артериал гипертензия. Гипертония касаллиги ва буйрак билан боғлиқ артериал гипертензияларнинг қиёсий ташхиси. Хавф омиллари, гипертония касаллиги босқичлари, буйрак билан боғлиқ артериал гипертензияларнинг шакллари (паренхиматоз, реноваскуляр). УАШ тактикаси.	2	3	5

14.	**Артериал гипертензия. Гипертония касаллиги ва эндокрин тизимига боғлиқ артериал гипертензияларни қиёсий ташхислаш. Эндокрин артериал гипертензия турлари (феохромацитома, Конн синдроми, Ишенко-Кушинг синдроми, тиреотоксикоз. УАШ тактикаси.**	2	3	5
15.	Юрак соҳасида оғриқ. НЦД, умуртқа поғонаси кўкрак қисми остеохондрози, қовурғалар аро невралгияси, кўкрак қафаси жароҳатлари, ўраб олувчи темираткиларни қиёсий ташхислаш. УАШ тактикаси.	2	3	5
16.	**Юрак соҳасида оғриқ. ЮИК. Турғун зўриқиш стенокардияси (функционал синфлари), ностабил стенокардиялар ва ўткир коронар синдромни таққослама ташхислаш. ЮИК касаллигида парҳез қоидалари, кўрсатмалар. Жарроҳлик амалиётига кўрсатма ва қарши кўрсатмалар. УАШ тактикаси.**	2	3	5
17.	Юрак сохасида оғриқ. Стенокардиялар ва миокард инфарктида оғриқ синдромини таққослама ташхислаш (клиник, лаборатор белгилар). Миокард инфарктининг турли клиник шакллари ва босқичларини таққослама ташхислаш.ЭКГ диагностикаси. УАШ тактикаси.	2	3	5
18.	Юрак соҳасида оғриқ. ЎАТЭ, аорта аневризмаси, кардиоген шок, ўпка шиши, Дресслер синдромини қиёсий ташхислаш. УАШ тактикаси. Юрак сохасида оғриқ. Турли этиологияли миокардит ва миокардиодистрофия, перикардитни таққослама ташхислаш. УАШ тактикаси.	2	3	5
19.	Юрак шовқинлари ва кардиомегалия. Функционал (миокардиал, анемик, қон ўзгаришларида, иситмада) ва органик (юрак нуқсонларида) шовқинларни бахолаш ва қиёсий ташҳислаш. УАШ тактикаси.	2	3	5
20.	Юрак шовқинлари ва кардиомегалия. Кардиомиопатиянинг турли хил клиник формалари (дилятацион, рестриктив, гипертрофик, ўнг қоринчанинг аритмоген	2	3	5

	дисплазияси)нинг Ўткир ва сурункали юрак етишмовчилиги.таққослама ташхислаш. УАШ тактикаси.			
	Пульмонология			
21	**Йўтал ва балғам ажралиши. ЎРК, ЎРВИ, ўткир бронхит ва зотилжамни таққослама ташҳислаш. Ўпкани касалхонадан ташқари ва касалхона ичи пневмониясининг таққослама ташхиси. Зотилжамни келиб чиқишига кўра турлари (бактериал, вирусли, микаплазмозли). УАШ тактикаси. ҚВП шароитида респиратор касалликларни даволаш ва профилактикаси.**	2	3	5
22.	**Йўтал ва балғам ажралиши. Ўпкани сояли ўзгаришлардаги таққослама ташхис. Ўчоқли зотилжам, туберкулома, ўпка абцеси, ўпка ўсмаси, ўпка эхинакокки, УАШ тактикаси.**	2	3	5
23.	Йўтал ва балғам ажралиши. Сурункали бронхит ва бронхоэктатик касалликни таққослама ташҳислаш. Ўпкани диффуз касалликларини таққослама ташхиси. Ўпка сили ва унинг турли шакллари, пневмокониоз, ўпка метастазида қиёсий ташхислаш. УАШ тактикаси.	2	3	5
24.	Ҳансираш, нафас сиқиши. Бронхообструкция билан кечувчи касалликлар. Бронхиал астма, ЎСОК, эмфизема, пневмосклерозни Юрак ва ўпка патологиясида хансирашни қиёсий ташхислаш. таққослама ташҳислаш. Сурункали нафас етишмовчилиги. УАШ тактикаси.	2	3	5
25.	Кўкрак қафасидаги оғриқ. Қуруқ ва экссудатив плевритларни ташхислаш тамойиллари. УАШ тактикаси. “Йўтал” синдроми бўйича муаммоли-йўналтирилган ўқитиш. Тор мутахасисга ёки шифохонага йўлланма. ҚВП ёки ҚОП шароитида даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш. Профилактика тамойиллари. Мавзуни ўқитиш тамойиллари.	3	3	6
	Гастроэнтерология			
26.	Дисфагия. Эзофагит, рефлюкс-эозофагит, склеродермиядаги дисфагия ва қизилўнгач	3	3	6

	ўсмаларини, диспепсия. Ўт йўллари дискинезияси, холецистит, постхолецистектомик синдром ва жарроҳликдан кейинги меъда касаллигини таққослама ташхислаш. УАШ тактикаси.			
27.	Қориндаги оғриқ. Гастрит, дуоденит ва яра касаллиги (ўн икки бармоқли ичак ва ошқозон) таққослама ташхиси Сурункали холецистит ва сурункали панкреатитни. УАШ тактикаси. “Қориндаги оғриқ” синдроми бўйича муаммоли-йўналтирилган ўқитиш. Тор мутахасисга ёки шифохонага йўлланма. ҚВП ёки ҚОП шароитида даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш. Профилактика тамойиллари. Мавзуни ўқитиш тамойиллари.	3	3	6
28.	Гепатомегалия. Сурункали гепатит ва жигар циррози, Сариқлик. Ўт-тош касаллигини билиар-панкреатик соҳа ўсмалари (жигар, ўт қопи, ошқозоности бези ўсмалари) солиштирма ташхислаш. УАШ тактикаси.	3	3	6
29.	Диареялар. Инфекцион ва ноинфекцион этиологияли диареяларни, носпецифик ярали колит ва Крон касаллигининг таққослама ташҳислаш. УАШ тактикаси.	3	3	6
30.	Қабзиятлар. Таъсирланган ичак синдроми, қариялар қабзияти ва йўғон ичак ўсмаларини таққослама ташҳислаш. УАШ тактикаси.	3	3	6
	Нефрология			
31.	Дизурия. Сийдик кислотали диатез, цистит, ўткир ва сурункали пиелонефритларни таққослама ташҳислаш. УАШ тактикаси. Тор мутахасисга ёки шифохонага йўлланма бериш. ҚВП ёки ҚОП шароитида даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш. Профилактика тамойиллари.	3	3	6
32.	Сийдик чўкмасининг ўзгариши. Патологик сийдик чўкмасидаги ўзгаришларни қиёсий ташхислаш. Пиелонефрит, гломерулонефрит, интерстициал нефритларни, сийдик чўкмасининг	3	3	6

	ўзгариши. Нефропатияларнинг ва амилоидознинг солиштирма ташҳиси (ҳомиладорликдаги, диабетик, дори дармонли).қиёсий ташхислаш. УАШ тактикаси.			
33.	Нефротик синдромни таққослама ташҳислаш. УАШ тактикаси. Тор мутахасисга ёки шифохонага йўлланма. ҚВП ёки ОП шароитида даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш. Профилактика тамойиллари. Протеинурия ва сийдик чўкмасида ўзгариш бўлган ҳолатларда УАШ тактикаси. Сурункали буйрак этишмовчилигининг турли босқичларининг ўзаро қиёсий ташҳислаш. УАШ тактикаси.	3	3	6
34.	Шиш синдроми. Турли этиологияли шишларни таққослама ташҳиси (қон айланиш этишмовчилигида, буйракка алоқадор, эндокрин ва б.). УАШ тактикаси.	3	3	6
	Ревматология			
35.	Бўғим синдроми билан кечувчи касалликлар. Бўғим синдроми билан кечувчи хавфли касалликлар. Ревматик иситма ва инфекцион артритларни таққослама ташҳислаш. УАШ тактикаси. Тор мутахасисга ёки шифохонага йўлланма бериш. ҚВП ёки ҚОП шароитида даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш.	3	3	6
36.	Бўғим синдроми. Ревматоид, идиопатик, анклилозловчи спондилоартрит, псориатик, реактив артритларни таққослама ташҳислаш. УАШ тактикаси. Тор мутахасисга ёки махсус шифохонага йўлланма. ҚВП ёки ОП шароитида даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш.	3	3	6
37.	Бўғим синдроми. Остеоартроз, подаграни таққослама ташҳислаш. УАШ тактикаси. Тор мутахасисга ёки махсус шифохонага йўлланма. ҚВП ёки ОП шароитида даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш.	3	3	6
38.	Бўғим синдроми. Бириктирувчи тўқима диффуз	3	3	6

	касалликларини (тизимли қизил югурдак, тизимли склеродермия, дерматомиозит ва ревматик полимиалгия) Бўғим синдроми. Тизимли васкулитлар. Геморрагик васкулит, носпецифик аортоартерит ва тугунчали периартеритниқиёсий ташхислаш. УАШ тактикаси.			
39.	Иситма. Иситманинг характери, турлари, иситмада текшириш режаси. Ревматик касалликлар ва ҳавфли ўсма касалликлардаги иситмани таққослама ташҳислаш. Ноаниқ этиологияли иситма. ҚВП ёки ҚОП шароитида даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш. Профилактика тамойиллари.	3	3	6
	Гериатрия.			
40.	Гериатрия. Қариликда функционал ва органик ўзгариш лар. Ёшдаги ўзгаришларни механизми.. Қарияларда ҳаракат тартиби. Остеопороз ва синишлар профилактикаси.	3	3	6
41	Қарияларда рационал фармакотерапия ва овқатланиш хусусиятлари. Кекса ёшли инсонларда атеросклерознинг клиник намоён бўлиши ва уларнинг назорати.	3	3	6
42	Кексалар эмфиземаси. Қариликда ички аъзолар касалликларининг ўзига хос кечиши. ҚВП ва ҚОП шароитида олиб бориш тамойиллари.	3	3	6
		102	126	228
		Жами	**соат**	

5.1. Амалий машғулотлар мавзулари мазмуни

№ маш Ғулот	**Амалий машғулотлар номлари ва уларнинг янги педагогик технологияларни қўллаган ҳолда қисқача мазмуни**	**Адабиёт Лар**
	Оилавий тиббиёт асослари. УАШ вазифалари. Ишлашнинг ўзига хос томонлари. Тиббий хужжатлар. Беморлардан ўз уйида хабар олиш. Жамоатни жалб этиш. Врач ва беморларнинг хуқуқлари. УАШ ишида этика ва деонтология. Ишлашнинг ўзига ҳос	**Адабиётлар:** А-1,2,4,5 Қ-,8,910,11. **Интернет**

	томонлари. Оилада руҳий муҳит. Дин ва урф одат муаммолари. Оилани консультация қилиш. Врачлик деонтологияси фан сифатида кенг философик тушунча булиб, врач билан бемор уртасидаги муносабат; врач билан беморнинг кариндошлари, якинлари орасидаги муносабат; врачларнинг хамкасблари, урта ва кичик тиббиёт ходимлари билан муносабатлари; врач ва беморнинг даволаш жараёни пайтидаги хукуклари; устоз ва шогирд муносабатлари; врачлик сири ва хатолари каби муаммолар билан шугулланади. Оиланинг ижтимоий мақоми, типологияси ва асосий вазифалари. Оила шахс тарбиясида муҳим ўрин тутади. Оила – кишиларнинг никоҳ ёки қон-қариндошлик ришталари, умумий турмуш тарзи, ахлоқий масъулият ҳамда ўзаро ёрдамга асосланувчи кичик гуруҳи. “Жамият” ва “оила” тушунчалари бир-бири билан чамбарчас боғлиқ. **Интерфаол усул: “ЗАИФ ҲАЛҚА”**	**сайтлари** www.bsmi.uz
2.	**Мулокотга алоқадор факторлар. Мулоқотдаги кийинчиликлар. Шахслараро мулоқот. Амалий маслаҳатлар.** Шахслараро мулоқот бошқа одам ёки одамлар билан ахборот, фикр-ўй ёки ҳис-ҳаёжонни алмашувининг энг асосий ва балки энг та`сирчан ё`лидир. Шахслараро мулоқот тўппадан-тўғ`ри, бевосита амалга ошириладиган бир зумлик жараёндир. У аввалдан синчиклаб, ўйлаб кўрилган ва ишлаб чиқилган материалларни қўллашнинг аҳамиятини кучайтиради ва шу ё`л билан ўзини-ўзи ривожлантиради. Шахслараро мулоқот хулқ-атворни ўзгартиришга ёки мулоқотнинг янги амалиётини қабул қилишга олиб келадиган энг муҳим моментдир. **Интерфаол усул : “МУАММОНИНГ ЕЧИМИ”**	**Адабиётлар: А-2,4,5,6 Қ-2,3,4,6,8,9,11. Интернет сайтлари** www.bsmi.uz
3.	**Маслахат бериш турлари. Маслахат бериш принциплари. Беморни ўз соғлигига жавобгарлиги.** Маслаҳат беришнинг турлари: Директив маслаҳат бериш - шифокор беморга тайёр тавсияни беради. Недиректив маслаҳат бериш - шифокор беморга қийинчиликларни бартараф этишга,мустақил хулоса чиқаришга ёрдам беради.Шифокор беморнинг муаммосини ҳис қилиб,унинг дардини тушуниб,уни эчишга ёрдамлашади.Шундагина бемор масулиятни сезиб,ўз сог`лиги учун жавобгарлигини ҳис қилиб,даволанишга қат`ий риоя қилади. **Интерфаол усул :“Асалари уяси”**	**Адабиётлар А-4,5,6. Қ-2,3,4,5,8,9,10,11 Интернет сайтлари** www.bsmi.uz
4.	**Профилактика турлари. Соғлом турмуш тарзини тадбиқ этиш. Озиқланиш ва рўзғор гигиенаси. Профилактик кўрик, скрининг. Инфекцион ва ноинфекцион касалликлар профилактикаси. Иммунизация. Дастурлар ва тадбирлар.** Профилактика – согликни мустахкамлаш касалликларни олдини олиш	**Адабиётлар А-4,5,6. Қ-2,3,4,5,8,9,10,11 Интернет**

	стт таргиб этишга каратилган комплекс тадбирлар йигиндисидир Бирламч профилактика - согликни максимал саклашга каратилган хавф омилларни эрта аниклаш вабартараф этишга каратилган тадбирлар йигиндисидир булардан бошкариб булмайдиган эши жинси ирсий моиллик, бошкариб буладиган чекиш,алкогол, кам харакатлик хает тарзи нотугри овкатланиш киради.Бу эрга стт,тугри овкатланиш буйича тавсиялар зарали одатлар билан курашиш,жисмоний машклар билан мунтазам шугилланиш киради. Иккиламчи профилактика - бу касалликларни эрта аниклаш ва уз вактида даволаш. Бу эрга скрининг профилактик курувлар саволномалар утказиш киради. Биз биламизки усма касалликлари асосан ката эшли ахолии орасида куп учрайди,масалан сут бези усмасидаги эрта узгаришларни аниклаш учун оилавий шифокор барча 25 эшдан ката аелларни сут безини текшириб маммография утказиш,40 эшдан катта аелларни йилига 2 марта текшириш керак. . Учламчи профилактика-бу асоратлардан огохлантириш учун касалликларни даволаш ,масалан барча АД ва СД билан касалланган беморларга биз инсултва МИларни олдини олиш учун аспиринни профилактик дозада берамиз.Беморларни хает тарзини узгартириш буйича маслахат бериш умумий амалиет врачининг иш фаолиятига киради. **Интерфаол усул: “ЗАИФ ҲАЛҚА”**	**сайтлари** www.bsmi.uz
5.	**Болалар, ўсмирлар, аёллар (фертил ёшдаги аёллар, хомиладорлар), эркаклар, кексалар. Ишлаб чиқариш ва қишлоқ хўжалигидаги ишчилар. Ижтимоий ҳимояланган инсонлар. Беморлар, оғир беморлар, ўлаётган беморлар. Реабилитация ва диспансеризация муаммолари. Ишга лаёқатликни экспертизаси.** Мавзуни мухокама қилиш пайтида қуйидаги аспектларга алохида э`тибор берилади: хар бир беморга ёрдам бериш ва қўллаб қувватлаш хар бир шифокорнинг бурчи хисобланади. 1. Беморларни қандай бўлса шундай қабул қилиш керак. уни тўг`рилашдан тийилинг. беморни кўп шикояти уни сиз билан мулоқотини ушлаб туриши мумкин. бу шикоятларни ташхисни бошланиш даври. диагнозни тасдиқлаш керак бўлса текширувлар белгиланг. 2. агар бемор сизга кўп мурожаат қилса унга учрашувлар графигини таклиф қилинг. 3. консултасия давомида бемордан оиласи ва иши хақида сўранг. 4. беморга этарли вақт ажратинг у вақт чегараланганлигин тушунсин 5. таскин берадиган хар бир сўзингиз асосланган бўлсин.	**Адабиётлар:** **А-1,7,15,26** **Қ- 4,11,13** **Интернет сайтлари** www.bsmi.uz

	6. ростгўй бўлинг. бемор муаммоси сизнинг назарингизда қандайлигини айтинг. 7. лекин қат`иятли бўлинг 8. пласебо ўтказманг врач билан сухбат даво хисобланмайди 9. беморлар билан бошқа шифокорларни мухокама қилманг уларни камчилигини кўрсатманг 10. олдингизга аниқ мақсад қўйинг 11. беморлар билан алоқани ўзи хохламагунча тўхтатманг. 12. бемор сизга мурожаат қилмоқчи бўлса тўсқинлик қилманг. 13. танишларни даволаётганда ва улар совўа бераётганда эхтиёт бўлинг. шифокор этикасини сақланг. 14. сизга бемор билан мулоқот қийинчилик туг`дирса уни бошқа шифокор маслахатига юборинг. 15. айрим беморларга ёрдам беришнинг иложи йщқлигига кўникинг. **Интерфаол усул: “Қопдаги мушук”**	
6.	**Санитар оқартув. Касалланиш ва ўлимнинг асосий сабабларига таъсир этиш. Руҳий ҳолатни мустаҳкамлаш. Экология ва касб омиллари. Беморларни ўқитиш, “мактаблар”.** УАШ санитар оқартув ишларини хар бир беморни кўрганда олиб бориши мумкин. ўз ўзидан ма`лумки консултасия бу бемор истагига кўра, санитар оқартув ишлари эса врач истагига кўра амалга оширилади. Консултасия вақтида врач тактикаси актив ёки пассив бўлиши мумкин буни вазиятга қараб врач у ёки бу тактикани қўллаши мумкин. пассив тактика беморда касалликка оид шикоятлар бўлганда амалга оширилади. фақатгина пассив тактикада қолиш врач учун беморни ўқитиш имкониятидан махрум қилади. **Интерфаол усул: «Стол ўртасида ручка»**	**Адабиётлар:** **А-1,7,15,26** **Қ- 4,11,13** **Интернет сайтлари** www.bsmi.uz
7.	**Саёҳатчига маслахат бериш. Саёхатдан кейин маслахат бериш. Иммунизация. Иқлим ва соат ўзгаришларини алмашиниши. Чайқалиш ва тоғ касаллиги. Йўл тиббиёт анжомларни йиғиндиси. Тахминий ташхис. Хавфли касалликлар. Ташхисий хатоликлар. Имитатор касалликлар. Руҳий бузилиш ва симуляция.** Саёҳатчига маслаҳат бериш, саёҳатдан кейин маслаҳат бериш. Иммунизация. Иммунизациянинг афзалликлари. Иқлим ва соат ўзгаришлариниалмашиниши чайқалиш ва тоғ касаллиги. Йўл тиббиёт анжомларни йиғиндиси. Умумий амалиётнинг хусусиятлари – куплаб текширувлар ва лабораторной ва инструментальной диагностикаларнинг чегараланганлиги. Врач киска ва лундадидифференсиал-диагностика схемаларидан фойдаланиши	**Адабиётлар:** **А-1,7,15,26** **Қ- 4,11,13** **Интернет сайтлари** www.bsmi.uz

	зарур: булар унинг профессионал` иш фаолиятида куплаб хатоларга юл куймасликка ёрдам беради. **Интерфаол усул: “Ижодий фикр ва клиник мушоҳада”**	
	Кардиология	
8.	Аритмиялар. Ритм бошқарувчиси миграцияси, синус тугуни сустлик синдроми, экстрасистолиялар, ҳамда синус тахикардияси, брадикардияси, синус аритмияларни қиёсий ташхислаш. Экстрасистолаларнинг турлари. УАШ тактикаси. Юрак ритми ва ўтқазувчанлиги бузилиши деганда юрак қисқаришлари сони ва қўзғалиш манбаи мунтазамлигининг ўзгариши, ҳамда бўлмача ва қоринчалар фаолликлари ўртасидаги богъликлик ва кетма – кетликнинг бузилишлари тушинилади. Юрак ритми ва ўтқазувчанлигини бузилиши турли сабаблар туфайли юрак асосий функсияларини (автоматизм, қўзғалувчанлик, ўтқазувчанлиги, қисқарувчанлик) ўзгариши туфайли юзага келади. УАВ амалиётида тез- тез учраб турадиган ушбу ритм бузулишлари сўнги йилларда эришилган ижобий натижаларга қарамасдан тиббиётнинг долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. **Интерфаол усул** : “заиф ҳалқа”	**Адабиётлар:** А-1,2,4,5 Қ-2,4,6,8,9 **Интернет сайтлари** www.bsmi.uzwww.bsmi.uz
9.	**Аритмиялар. Бўлмачалар ва қоринчалар титраши, хилпираши (доимий ва пароксизмал), пароксизмал тахикардия, қоринчаларнинг вақтдан олдин қўзғалиши синдромини қиёсий ташхислаш. УАШ тактикаси.** Бўлмачалар хилпиллаши (фибриллясияси) ёки хилпилловчи аритмия (ҲА) бўлмачада жойлашган кўплаб эктопик ўчоқларда хосил бўлган импульсларга жавобан бўлмача мушаги алоҳида толаларини тартибсиз, тез-тез (бир дақиқада 350-700 тагача), ҳар ҳил кучланишда ва амплитудада хаотик қўзғалиши ҳамда қисқариши ҳисобланади. Бунда бўлмачаларни бир бутунлик сифатида қисқариши кузатилмайди. Импульсларнинг бир қисми этарли даражада кучга эга бўлмаганлиги учун АВ тугунгача этиб бормаса, яна бир қисми уни рефрактерлик даврига тўгъри келади ва бу тўсиқдан ўта олмайди. Шу сабабли уларнинг маълум бир миқдоригини АВ тугун орқали қоринчаларга ўтади ва уларнинг тартибсиз қўзғалиши хамда қисқаришига олиб келади. **Интерфаол усул: «Ротация»** иш ўйини	**Адабиётлар:** А-1,2,4,5 Қ-2,4,6,8,9,10,23

10.	**Аритмиялар. Синоатриал, бўлмача ичи, атриовентрикуляр ва қоринча ичи блокадаларида қиёсий ташҳислаш. УАШ тактикаси.** Ўтқазувчи тизимнинг қисмларида бирида электрик импульси ўтишини секинлашиши ёки вақти -вақти билан алохида ритмлар ўтишини тўхташи (нотўлиқ) ёки барча импульсларни умуман ўтмаслиги (тўлиқ) юрак блокадаси дейилади. Ўтқазувчанлик бузилган соха жойлашишига кўра синоатриал, бўлмача ичи, антриовентрикулар ва қоринчалар ичи блокадалари фарқланади. Блокадалар ритм бузилишлари каби юрак мушакларини органик шикастланиши билан кечадиган касалликларда (миокардитлар, кардиомиопатиялар, ЮИК, МИ, ГК, юракни тугъма ва орттирилган нуқсонлари) айрим дори воситаларини (ЮГ, β- блокаторлар, Са каналлари антогонистлари, калий препаратлари ва бошқалар) тартибсиз кўп миқдорда қабул қилганда кузатилади. **Интерфаол усул :** “муаммонинг ечими”	**Адабиётлар:** А-2,3,4, Қ-1,6,7,8,9,
11.	**Юрак уриб кетиши. Қон айланиши етишмовчилиги, камқонлик ва тиреотоксикозда юрак уриб кетишини қиёсий ташхислаш. УАШ тактикаси.** Юрак аритмияси –сони, ритмиклиги ва юрак кискаришларининг кетма-кетлиги бузилиш. Аритмиялар юрак утказувчи тизими тузилишида узгаришлар юзага келиши мумкин: юрак касалликлари, унга та`сир киладиган вегетатив, эндокрин, электролит ва бошка метаболик бузилишлар, интоксикасиялар ва ба`зи дори препаратларининг ножуя та`сири кам холларда сезиларли та`сирлар, миокард тузилишида узгаришларда аритмия асосан метаболик узгаришлар билан боглик булади. Аритмия поликлиника шароитида биринчи навбатда эКГ натижаларига асосан ташхисланади **Интерфаол усул:** ”Асалари уяси”	**Адабиётлар А-1,2,4,5 Қ-2,4,6,8,9,10,23**
12.	**Бош оғриғи. Бош оғриғи билан кечувчи хавфли касалликларни таққослама ташҳислаш. Гипертония касаллиги ва гемадинамик, церебрал артериал гипертензияларни (бош мия травмалари, вертебробазиляр синдром, арахноидит, энцефалит, мия ўсмаси) ва склеротик артериал гипертензияни таққослама ташҳислаш.УАШ тактикаси.** Бош оғриғи- бу клиник амалиётда кўп учрайдиган симптомлардан бири. “Бош оғриғи” термини ўзига оғриқ турлари ва дискомфортини, бошдаги оғриқ локализасиясини (лекин ҳаётда уни бош соғасида нохушлик сезиш деб ҳам юритилади) ўз ичига олади. **Интерфаол усул: “Академик полемика”методикаси**	**Адабиётлар: А-1,7,15,26** **Қ- 4,11,13**
13.	**Артериал гипертензия. Гипертония касаллиги ва буйрак билан**	**Интернет**

	боғлиқ артериал гипертензияларнинг қиёсий ташхиси. Хавф омиллари, гипертония касаллиги босқичлари, буйрак билан боғлиқ артериал гипертензияларнинг шакллари (паренхиматоз, реноваскуляр). УАШ тактикаси. Гипертония касаллигини буйрак артериал гипертензияси билан таққослама ташхисоти. Хавф омиллари, гипертония касаллиги босқичлари, буйрак артериал гипертензиясининг турлари (паренхиматоз ва реноваскуляр). Ёмон сифатли артериал гипертензия синдроми. УАШ тактикаси. ҚВП/ШП шароитида даволаш, диспансер кузатуви, назорати ва реабилитастиясининг асослари. Профилактика асослари. Артериал гипертензия (АГ)- бу артериал босимни (АБ) меъёрий кўрсатгичлардан (систолик АБ 140 мм.сим.уст. ва/ёки диастолик 90 мм.сим.уст.) юқорига тургъун кўтарилиши бўлиб, у камида икки марта шифокор кўриги вақтида, ҳар гал АБ ҳеч бўлмаганда икки марта ўлчангандан кейин аниқланган бўлиши лозим. Айни вақтда бемор АБ кўрсаткичига таъсир этувчи дори воситалари қабул қилмаган бўлиши АГ га берилган тарифни асослашнинг асосий шарти хисобланади. Меъёрда элка артериясида систолик АБ 139 мм.сим.уст., диастолик босим эса – 89 мм.сим.уст. дан ошмайди. АГ бўйича АҚШ миллий қўмитаси тавсиясига кўра (1993 й.) элка артериясидаги АБ нинг меъёрий кўрсатгичлари- систолик- 129 мм.сим.уст., диастолик босим эса – 84 мм.сим.уст. да бўлиши керак Интерфаол усул : **“асалари уяси”**	**сайтлари** **Адабиётлар** А-1,7,5 Қ-4,11,13 www.bsmi.uz
14.	Артериал гипертензия. Гипертония касаллиги ва эндокрин тизимига боғлиқ артериал гипертензияларни қиёсий ташхислаш. Эндокрин артериал гипертензия турлари (феохромацитома, Конн синдроми, Ишенко-Кушинг синдроми, тиреотоксикоз. УАШ тактикаси. САГнинг асосий хусусияти, АБ кўтарилиши маълум бир патологик ҳолатнинг клиник белгиси бўлиб, кўпинча радикал даволашдан сўнг ўз меъёрига қайтади. 1992 йилда ЖССТ экспертлари томонидан тавсия этилган САГ пайдо бўлишининг асосий этиологик сабаблари юқоридаги 3-жадвалда келтирилган. САГ борлигини тахмин қилишга асос бўладиган қатор белгилар мавжуд бўлиб, уларнинг асосийлари қуйидагилардир: - бемор ёшининг 40 гача бўлиши; - гипотензив воситаларни кам самара бериши; - хавфли ёки авж олиб бориш хусусиятига эга бўлган АГ мавжудлиги; - АБ юқори бўлсада шикоятларнинг камлиги; - асосан диастолик қон босимининг ошиши. Интерфаол усул : “**Кейс Study**”	**Адабиётлар:** А-2,3,4 Қ-1,6,7,8,9,10 **Интернет сайтлари** www.bsmi.uzwww.bsmi.uz

15.	**Юрак соҳасида оғриқ. НЦД, умуртқа поғонаси кўкрак қисми остеохондрози, қовурғалар аро невралгияси, кўкрак қафаси жароҳатлари, ўраб олувчи темираткиларни қиёсий ташхислаш. УАШ тактикаси.** Умиртқа поғонаси касалликлари. Поликлиникага мурожаат қилган беморларда кўплаб учрайдиган сабаблардан бири, кўкрак қафасидаги оғриқлардир, я`ни умиртқа поғонасининг бўйин қисми остеохондрози, умиртқа поғонаси диски чурраси билан мурожаат қилади. Ушбу касалликларда оғриқ тўмтоқ, симилловчи характерга эга, ба`зан кўкрак қафасининг ҳар қандай жойига локализасия қилади, айниқса тўш ортига. Оғриқлар чуқир нафас олганда ва харакат қилганда кучаяди. Умиртқа поғонаси ва элка бўғимлари касалликлари. Умиртқа поғонаси дисклар чурраси ва орқа мияга уларнинг пролапси, бўйин ва кўкрак қафаси қисми остеохондрози. Умиртқа поғонаси ёки элка бўғими жароҳатлари. Умиртқа поғонасининг бирламчи ёки метастатик ўсмалари. Умиртқа поғонасининг чуқур деформасияси (кифоз, сколиоз) ёки қовурғалар, тўш деформасияси, бемор текширувида умиртқа поғонасидаги нерв оҳирлари ва мускул оғриқлари пайдо бўлишида, ҳерпес зостер аниқланиши, кўкрак қафасидаги оғриқлар кузатилишига олиб келади. **Интерфаол усул: «Айлана стол»**	**Адабиётлар:** **А-1,2,4,5** **Қ-2,4,6,8,9, 10,23**
16.	Юрак соҳасида оғриқ. ЮИК. Турғун зўриқиш стенокардияси (функционал синфлари), ностабил стенокардиялар ва ўткир коронар синдромни таққослама ташхислаш. ЮИК касаллигида парҳез қоидалари, кўрсатмалар. Жарроҳлик амалиётига кўрсатма ва қарши кўрсатмалар. УАШ тактикаси. Коронороген огрик идентификасия килиб олингандан кейин тафовутлаш куйидагича олиб борилади: - Коронор этишмовчиликни турли шаклларини тафовутлаб олиш: - Стабил ва Принсметал стенокардияларни тафовутлаш: - Перикардит ва кардиалгияни тафовутлаш: - Атеросклеротик ва миокардитик кардиосклерозларни тафовутлаш: УАВ фаолиятида стенокардияларни ташхислаш ва даволаш мухим урин эгаллайди. Стенокардия, ёки кукрак кисиш касаллиги - миокард ишемиясининг субъектив кўриниши булиб хисобланади. Унинг турли шаклларини аниклаш учун оддий ва кулай текширувлардан фойдаланилади: зурикишдаги стенокардияларни аниклаш учун махсус стандарт суровномалардан, эКГ дан функсионал фармакология синовлардан фойдаланилади.	**Адабиётлар:** А-1,7,15,26 Қ-4,11,13 **Интернет сайтлари** www.bsmi.uz

	Интерфаол усул **:« заиф ҳалқа »**	
17.	**Юрак сохасида оғриқ. Стенокардиялар ва миокард инфарктида оғриқ синдромини таққослама ташхислаш (клиник, лаборатор белгилар). Миокард инфарктининг турли клиник шакллари ва босқичларини таққослама ташхислаш.ЭКГ диагностикаси. УАШ тактикаси. Миокард инфаркти.** МИ юрак мушакларининг чегараланган некрози бўлиб, унинг қон билан таъминланиши ва талаби ўртасидаги мувозанатнинг ўткир бузилиши натижасида юзага келади. Унинг асосида тож артерияларининг атеросклерози (аксарият ҳолларда), спазми ва атеросклеротик пилакчаларга қон қуйилиши ётади. МИга хос бўлган умумий белгилар: ❖ нитроглисерин билан бартараф этилмайдиган, узоқ вақт (30 дақиқадан кўпроқ) давом этувчи ангиноз огъриқлар; ❖ кардиоспесифик ферментларнинг (тропанин 1 ва Т, креатинфосфокиназанинг (КФК) МВ фраксияси) ишончли даражада ошиши; ❖ ЕКГ даги ўзгаришлар (СТ сигментининг депрессияси ва патологик Қ тишчасининг пайдо бўлиши). Интерфаол усул **:“асалари уяси**”	**Адабиётлар:** А-1,7,15,26 Қ-4,11,13 **Интернет сайтлари** www.bsmi.uz
18.	**Юрак соҳасида оғриқ. ЎАТЭ, аорта аневризмаси, кардиоген шок, ўпка шиши, Дресслер синдромини қиёсий ташхислаш. УАШ тактикаси. Юрак сохасида оғриқ. Турли этиологияли миокардит ва миокардиодистрофия, перикардитни таққослама ташхислаш. УАШ тактикаси.** **Перикардит** – перикарднинг яллигланиши булиб, айрим касалликларнинг махаллий белгиси сифатида (ревматизм, туберкулёз, бириктирувчи тукиманинг диффуз касаллликлари) ёки эндокард ва миокард касалликларида юлдош касаллик сифатида юзага келади. 3 – 6% холларда яширин кечиб, аутопсия вактида аникланади. МКБ 10 да – перикардит 130 уткир, 131 – перикарднинг бошка касалликлари, юракнинг бошка касалликлари (130 - 152). Э**пидемиологияси**: актив перикардит перикардитни бошдан кечирган беморларда 3 – 4% холларда аутопсияда аникланади. Кичик ва урта ёшдаги аёллар эркакларга нисбатан 3 марта куп перикардит билан касалланади. Инфексион перикардитнинг энг куп таркалгани туберкулёзли ва вирус этиологиялисидир. 1-2% холларда пневмонияси бор беморларда перикардит учрайдт (купрок унг томонли зарарланишда). **Интерфаол усул “заиф ҳалқа”**	**Адабиётлар:** А-1,2,4,5 Қ-2,4,6,8,9,10,23 **Интернет сайтлари** www.avicenna-med.uz: www.UAV.uz
19.	**Юрак шовқинлари ва кардиомегалия. Функционал (миокардиал, анемик, қон ўзгаришларида, иситмада) ва органик (юрак**	**Адабиётлар** А-1,2,4,5

	нуқсонларида) шовқинларни бахолаш ва қиёсий ташҳислаш. УАШ тактикаси. *Кардиомегалия*-юрак массасини ва хажмини ошишига айтилади. Камералари 1таси ёки бир нечта камераси катталашиши мумкин. Юракнинг катталиги ва конфигурасияси жинс ва ёшга богълиқ. Шунинг учун кардиомегалия нисбий хисобланади. УАШ кўп холарда кардиомегалия билан кечадиган касалликлар билан учрашига тўгъри келади. Шунинг учун бу хақида чуқур билимга эга бўлиши керак. Турли касалликлар ва холатлар юрак чегараларини кенгайишиги олиб келиши мумкин. *Чин кардиомегалиянинг сабаблари:* ЮИК, ПИКС, МИ, чап қоринча аневризмаси, ГК, КМП, тўгъма ва ортирилган юрак нуқсонлари, миокардит ва перикардит. Миокардиодистрофии,ендокрин касалликлар оқибатида юзага келгани. Електролит бузилишлари билан юзага келганлар.(фосфор ва магний этишмовчилиги)УСКлари, юрак усмалари, огъир анемиялар. **Интерфаол усул ”стол ўртасидаги ручка”**	Қ-2,4,6,8,9,10,23 **Интернет сайтлари** www.bsmi.uz
20.	**Юрак шовқинлари ва кардиомегалия. Кардиомиопатиянинг турли хил клиник формалари (дилятацион, рестриктив, гипертрофик, ўнг қоринчанинг аритмоген дисплазияси)нинг Ўткир ва сурункали юрак етишмовчилиги.таққослама ташхислаш. УАШ тактикаси.** Дилатасион кардиомиопатия- бу чап қоринчанинг ёки иккала қоринчанинг делетасияси ва қисқарувчанлик функсияларини бузилиши билан кечадиган касалликдир. Этиологиясига қараб оилавий, генетик, вирусли, иммун, алкоголли(токсик), идиопатик (ноаниқ этиологияли) ёки аниқланган юрак-қон томир касалликлари билан ассосиирланган бўлиши мумкин ва бунда миокарднинг дисфунксияси номаълумлигича қолади. Гипертрофик кардиомиопатия- бу чап ёки ўнг қоринчани миокардини гипертрофияси билан кечиб кўпинча асимметрик бўлиб, қоринчалараро тўсиқни жараёнга қўшилиши билан кечадиган касаллик. Кўп беморларда саркомернинг қисқарўвчи оқсилини синтезида иштирок этадиган генни мутасияси билан богълиқ. КАРДИОМИОПАТИЯЛАР (КМП) – Юрак мушакларининг патологияси булиб, бирламчи ёки иккиламчи булиши мумкин. дилатасион, Гипертрофик Рестриктив турлари фаркланади ДИЛАТАЦИОН КАРДИОМИОПАТИЯ (ДКМП) – юрак	**Адабиётлар** А-1,2,4,5 Қ-2,4,6,8,9, 10,23 **Интернет сайтлари** www.bsmi.uzwww.bsmi.uz

	улчамларининг катталашуви, систолик дисфункция ва юрак этишмовчилиги билан характерланади. Клиник картинаси. • Секин ривожланади (ойлаб, йиллаб белгисиз кечади,). • Рентгенография ёки эхокардиография-да чап коринча дилатасияси аникланади. • Эрта белгилар: Тез чарчаш, холсизлик, • Кейинчалик хансираш пайдо бўлади. У аввалига зўриқишда, кейинчалик эса ортопное ҳолларлари ҳам кузатилиши мумкин. • Периферик шишдар ва гепатомегалия – кечки ва мухим белгилар эмасдир. • Кардиалгия куп учраса, кам холларда стенокардия учрайди. • Тромбоемболия • Кўрганда – тери совуқ, систолик ва пульс босимининг пасайиши, юрак чегараларининг чапга силжиши, чап қоринча пульсасияси, кечки босқичларда эса ўнг қоринча пульсасияси. • Аускультасияда –систолик шовкин, Галоп ритми, ритмнинг бузилиши. • Хайдаш фраксияси камаяди. **Интерфаол усул: “ЗАИФ ҲАЛҚА”**	
	Пульмонология	
21	Йўтал ва балғам ажралиши. ЎРК, ЎРВИ, ўткир бронхит ва зотилжамни таққослама ташҳислаш. Ўпкани касалхонадан ташқари ва касалхона ичи пневмониясининг таққослама ташхиси. Зотилжамни келиб чиқишига кўра турлари (бактериал, вирусли, микаплазмозли). УАШ тактикаси. ҚВП шароитида респиратор касалликларни даволаш ва профилактикаси. **Йўтал** – мураккаб рефлектор жараён бўлиб кўкрак қафаси ичи босимининг бирдан кўтарилиши билан борувчи жараёндир. Йўтал хаммадан кўп ўпканинг касалликлари билан бирга намоён бўлади. Йўтал рефлекси адашген нерв толасидан бошланади. Плевра ёки нафас йўлларида жойлашган рестепторлар қитиқланиши натижасида узунчоқ мияда жойлашган йўтал марказига импулс узатилади. У эрда ретикуляр тизим полисинаптик йўллари орқалит бронхлар, диафрагма, ютқин кординирланган реакстияси юзага келади. Кўкрак қафаси босими 140 мм.сим.уст. Этади. Хаво оқими тезлиги 20-30 баробар ортади, йирик бронхларда 30-40м/сек, урилиш тезлиги 12л/с гача этади. Йўтал рефлекси бош мия пўстлоқ ости марказлардан назорат қилиниб, айрим касалликларда йўтал спестифик симптом бўлиб хисобланади. Шунинг учун беморлардан сўраш вақтида йўтал бошланиш вақтига, давомийлиги ва ажралаётган балғам	**Адабиётлар:** А-1,2,4,5 Қ-2,4,6,8,9,10 **Интернет сайтлари** www.bsmi.uzw ww.bsmi.uz

	характерига катта ахамият бериш керак. **Интерфаол усул: РУЧКА СТОЛ МАРКАЗИДА.**	
22.	Йўтал ва балғам ажралиши. Ўпкани сояли ўзгаришлардаги таққослама ташхис. Ўчоқли зотилжам, туберкулома, ўпка абцеси, ўпка ўсмаси, ўпка эхинококки, УАШ тактикаси. Крупоз ва ўчоқли зотилжамнинг клиник кўринишлари ўз хусусиятларига эга. Хозирги замон тиббиёт амалиётида кам учрайди. Крупоз зотилжамнинг клиник кўриниши ўпка тўқималаридаги шамоллаш орқали юзага келадиган ўзгаришларга мос келади. Касаллик ўткир бошланади интоксикастия бегилари пайдо бўлади юқори харорат биринчи кунларидаёқ махимал даражага этиши мумкин қалтироқ биқинда оўриққуруқ йўтал иситмадан қизариш, стианотик лаблар, бурун қанотлари хам нафас олганда шишиади. Кўкрак қафаси бир томони нафас олишдан орқада қолади. Бемор ўзини аяб, қўли билан ушлаб туради. Шикастланган томотда перкутор товуш тимпаник тус олади. Нафас олиш биринчи кунларида везикуляр лекин плевра ва беморниниг нафас олишида харакатларнинг чеклаш натижасида кучсизланган кўриниши мумкин. Эксудатнинг сўрилишига қараб нафас қаттиқ кейин везикуляр кўпинча бу даврда овозли хўл бўғилиш эшитилади. Йўтал бошида қуруқ, кўкракда бирданига ориқ билан кузатилади. Касалликнинг иккинчи кунидашилимшиқ қон аралаш шиша тусли балқам пайдо бўлади. Тана харорати юқорига кўтарилиб доимий бўлиб қолади. Кўп холларда тана хароратини пасайиши литический юз беради. Ўртача истмалаш даври 10-11 давом этиши мумкин. Ўчоқли зотилжамда шамоллаш ўчоғи шикастланган сигментларда ривожланиши турли босқичларда жойлашади. Юқори қисмларининг шикастланиши кўпроқ устки язикавой бронхологик сигментларни қамраб олади. Пастки қисмларда кўпроқ юқорилатерал базал жалб этилади. Инфекстия ўчоғини ўпкка юзасидан 4 см дан кўрпроқ чуқурликда жойлашганда ва уларнинг марказида жойлашганда овоз титроқни кучайиши ва перкутор овознинг бўғилиши аниқланмаслиги мумкин. **Интерфаол усул :“ Keys Study”**	**Адабиётлар:** А-1,2,4,5 Қ-2,4,6,8,9,23 **Интернет сайтлари** www.bsmi.uz
23.	**Йўтал ва балғам ажралиши. Сурункали бронхит ва бронхоэктатик касалликни таққослама ташҳислаш. Ўпкани диффуз касалликларини таққослама ташхиси. Ўпка сили ва унинг турли шакллари, пневмокониоз, ўпка метастазида қиёсий ташхислаш. УАШ тактикаси.** 1. Ўпка инфилтратлари, уларнинг турлари ва рентген хусусиятлари. Ўпка инфилътратлари синдроми (УИС) патологоанатомик жихатдан хужайра элементлари, суюкликлар ва турли кимёвий моддаларнинг	**Адабиётлар А-1,2,4,5 Қ-2,4,6,8,9 Интернет сайтлари** www.bsmi.uz

	упка тукимасига кириб йигилишидир. Ўпка тукимасида факатгина биологик суюкликларнинг йигилиши эса (хужайра элементлари эмас) УИС эмас, балки упка шиши дейилади. Ўпка инфильтратлари (УИ) купинча яллигланишлар натижасида келиб чикади. **Интерфаол усул: “ЗАИФ ҲАЛҚА”**	
24.	**Ҳансираш, нафас сиқиши. Бронхообструкция билан кечувчи касалликлар. Бронхиал астма, ЎСОК, эмфизема, пневмосклерозни Юрак ва ўпка патологиясида хансирашни қиёсий ташхислаш. таққослама ташҳислаш. Сурункали нафас етишмовчилиги. УАШ тактикаси.** Бронхиал астмани долзарб масалалари ёки эчими якин йилларгача мунозарали булиб келган анча-мунча муаммолари хам борки, улар тугрисида тухталиб утиш лозим. 1. Бронхиал астма таърифи ханузгача турли мактаб ва муаллифлар томонидан турлича талкин килиб келинмокда. Бронхнал астма-енгил ташхисланувчи, лекин таърифланиши кийин булган касалликдир. (Д. 1979: Н.Р.Палеев ва б.к. 1990). 2. Охирги йилларда асосий мунозаралар БА да буладиган яллигланиш ва уни персистенстияси хакида давом этмокда. Бу борада куплаб мамлакатларда (АКШ, Англия, Австрия, Япония, Россия ав б.к.) миллий консенсуслар кабул килинди интернастионал ва халкаро маърузалар пайдо булди (Бронхиал астмага карши курашиш буйича глобал стратегия, ВОЗ, 1995). **Интерфаол усул: “АСАЛАРИ УЯСИ”.**	**Адабиётлар:**А-1,2,4,5 Қ-2,4,6,8,9,10,23
25.	**Кўкрак қафасидаги оғриқ. Қуруқ ва экссудатив плевритларни ташхислаш тамойиллари. УАШ тактикаси. “Йўтал” синдроми бўйича муаммоли-йўналтирилган ўқитиш. Тор мутахассисга ёки шифохонага йўлланма. ҚВП ёки ҚОП шароитида даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш. Профилактика тамойиллари. Мавзуни ўқитиш тамойиллари.** Плеврит - плевра пардаларининг фибрин ёки плевра бўшлиғида яллиғланиш суюқлиги - экссудат тўпланиши билан кечадиган касалликдир. Баъзан плевра бўшлиғида яллиғланиш билан боғлиқ бўлмаган равишда ҳар хил касалликлар сабабли патологик суюқлик - трассудат тўпланиши билан кечадиган ҳолатлар ҳам шу ном билан аталади. Иккала ўпка ташқи томонидан висстерал плевра, улар жойлашган кўкрак қафасининг ички юзаси париетал плевра билан қопланган бўлиб, иккала плевра пардалари орасининг маълум	**Адабиётлар:** А-1,2,4,5 Қ-2,4,6,8,9,10,23 **Интернет сайтлари** www.bsmi.uz

	эрларида плевра бўшлиғи мавжуд бўлади. Касаллик вужудга келганда шу эрларда суюқлик тўпланиши мумкин. **Интерфаол усул : “ручка стол марказида»**	
	Гастроэнтерология	
26.	**Дисфагия. Эзофагит, рефлюкс-эозофагит, склеродермиядаги дисфагия ва қизилўнгач ўсмаларини, диспепсия. Ўт йўллари дискинезияси, холецистит, постхолецистектомик синдром ва жарроҳликдан кейинги меъда касаллигини таққослама ташхислаш. УАШ тактикаси.** Қизилўнгачнинг органик ва функтсионал касалликларининг асосий симптомларидан бири дисфагия бўлиб, бунда ютишнинг 3та фазалари бор-оғиз фазасининг бузилиши бўлиб бу эркин акт хисобланади. 2-фазаси халқум фазаси бўлиб, халқум мускулариги боғлиқ. 3-фазаси қизилўнгач фазаси бўлиб, бунда қизилўнгачнинг ўрта ва пастки қисмларининг ўтказувчанлигини бузилиши билан боғлиқ. Дисфагиялар келиб чиқишига кўра функтсионал ва органик бўлади. Функтсионал дисфагияга қўйидагилар киради: психоген, истерик, мия устуни инсулътларида, кардиоспазм ва ботулизм натижасида юзага келадиганлари Интерфаол усул: “БЎШ БЎҒИН МЕТОДИ	**Адабиётлар** :А-1,7,15,26 Қ- 4,11,13
27.	**Қориндаги оғриқ. Гастрит, дуоденит ва яра касаллиги (ўн икки бармоқли ичак ва ошқозон) таққослама ташхиси Сурункали холецистит ва сурункали панкреатитни. УАШ тактикаси. “Қориндаги оғриқ” синдроми бўйича муаммоли-йўналтирилган ўқитиш. Тор мутахасисга ёки шифохонага йўлланма. ҚВП ёки ҚОП шароитида даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш. Профилактика тамойиллари. Мавзуни ўқитиш тамойиллари.** Организм билиги ва ошкозон функсиянинг МНС ва вегетатив асаб системаси билан узаро богликлигидан, функсионал касалликлар – олий нерв фаолияти бузилишидан ва вегетив нерв системаси бузилишидан келиб чикади. Ошкозонинг функсионал касаллиги – купрок бошлангич морфология узгаришлар би-лан ёки гастритнинг ифодаланган клиник симптомларига аста-секин утиши билан ёки яра касаллиги билан кушилиб келади. Куйидаги функсионал холатлар ва ошкозон фаолиятининг бузилиши фаркланади: Гастроптоз. Харакат функсиясининг бузилиши моторли неврозлар, гипоатония,	**Адабиётлар:** **А-1,2,4,5** **Қ-2,4,6,8,9, 10** **Интернет сайтлари** www.bsmi.uz

	гастро ёки пило-роспизм харакат функсиясининг кучайиши. Секретор функсиясининг бузилиши ошиши ёки камайиши. Ошкозон диспепсияси. Гастроптоз - ошкозоннинг тушиши – конститусион ёки орттирилган тушиши, бунда катта эгриликкининг юкори кисмини бир неча бармок пастга тушади. **Интерфаол усул: “ручка –стол марказида”**	
28.	**Гепатомегалия. Сурункали гепатит ва жигар циррози, Сариқлик. Ўт-тош касаллигини билиар-панкреатик соҳа ўсмалари (жигар, ўт қопи, ошқозоности бези ўсмалари) солиштирма ташхислаш. УАШ тактикаси.** Уткир ВГБ соғлом одамлар орасида 5-10% холатларда сурункали формага утади. Иммунитетида узгариш булган одамлар орасида бу курсаткич 20-% ни ташкил килади. Сурункали гепатитнинг 30-40% и жигар тсирозига утади. Диагностикаси: Кон зардобида гепатит В вируси маркерлари: ҲВсАг – юза (суперфисиалис) оксил-антиген; ҲБсАг (ҲБсореАг) – факат гепатотситлар ядросида жойлашадиган ва конда аникланмайдиган антиген аникланади. Жигар тсиррози – жигарнинг сурункали диффуз, полиетиологик усиб борувчи касаллиги булиб, гепатотситлар сонининг камайиши, усиб борувчи фиброз, жигар тситоархитектоникаси ва ангиоархитектоникасининг бузилиши ва окибатда жигар этишмовчилиги ва портал гипертензия келиб чикиши билан характерланадиган патологик холат. **Етиологияси** ✓ Вирусли гепатитлар ✓ Сурункали алкогол интоксикатсияси ✓ Моддалар алмашинувининг генетик бузилиши (α_1-антитрипсин, галактозо-1-фосфат-уридилтрансфераза, амило-1,6-гликозидаза эишмовчилиги) ✓ Гемохроматоз ва гепатотсеребрал дистрофия ✓ Химиявий токсик моддалар ва дори воситалари ✓ Жигардан ташкари ва жигар ут юлларининг обструктсияси ✓ Жигарда узок веноз димланиш **Иинтерфаол усул:” айлана стол ”**	**Адабиётлар**: А-1,2,4,5 Қ-2,4,6
29.	**Диареялар. Инфекцион ва ноинфекцион этиологияли диареяларни, носпецифик ярали колит ва Крон касаллигининг таққослама ташҳислаш. УАШ тактикаси.** **Ингичка ичак жуда хам мухим орган хисобланади, унда куйидагилар амалга ошади: 1) ошкозондаги хазм булишни ичак**	**Адабиётлар**: А-1,7,15 Қ- 4,11,13 **Интернет сайтлари**

	хазм булишига утиши 2) учта асосий хазм булиш турлари (бушликдаги, мембранадаги ва хужайра ичи) 3) сурилиш ва ажратиб чикариш (секресия) 4) секресияни бир неча турларини бирикиши (ташки ва ички) 5) ишлаб чикариш – ичак гормонларини ва биологик актив моддаларни, 6) организмни ички мухитига кирувчи хар хил зарарли моддаларни организмга киришидан тускинлик, химоя. **Интерфаол усул :“ Keys Study”**	www.bsmi.uz
30.	**Қабзиятлар. Таъсирланган ичак синдроми, қариялар қабзияти ва йўғон ичак ўсмаларини таққослама ташҳислаш. УАШ тактикаси.** Йўғон иак таъсирланиш синдроми ошкозон- ичак юли фаоллигининг бузилиши булиб, унинг пастки булимлари шикаситланиши билан намоён булади. Асосий белгилари- коринда огрик, кабзият, диарея. Клиникаси деярли хамма вакт бемор уйгоклигида ва стресс холатида ёки овкат эяётганда пайдо булади. Учраши: Умумий популясиянинг 14-30% (болалар ва усмирларда кам учрайди) Касалликнинг усиши- йилига % 30-40 ёшлиларда касаллик энг кам учрайди. Купрок аёлларда учрайди (3:1) **Интерфаол усул: “Галерея бўйлаб тур”**	**Адабиётлар : А-1,7,15,26 Қ- 4,11,13 Интернет сайтлари** www.bsmi.uz
	Нефрология	
31.	**Дизурия. Сийдик кислотали диатез, цистит, ўткир ва сурункали пиелонефритларни таққослама ташҳислаш. УАШ тактикаси. Тор мутахасисга ёки шифохонага йўлланма бериш. ҚВП ёки ҚОП шароитида даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш. Профилактика тамойиллари.** Сийдик билан оксилнинг ажралиши- протеинурия, альбуминурияга ухшаб буйрак ка-салликларининг энг куп ва асосий симтомларидан бири булиб хисобланади. Физиологик холлатларда хам буйракнинг филтир кисмида, хамда умумий сийдикда кам микдорда оксил топилади (суткасида 10 мг), чунки каналчалар эпителиясида реабсорбсияланади. Бир кунда соглом одам 30 гр.ча организмига оксил сўрилади. Протеинурия — шартсиз патологик холат булиб, уни пайдо булиши хар доим эхтиёт-ликка чакиради. **интерфаол усул:”Заиф ҳалқа”**	**Адабиётлар**: А-1,2,4,5 Қ-2,4,6 **Интернет сайтлари** www.bsmi.uz
32.	**Сийдик чўкмасининг ўзгариши. Патологик сийдик чўкмасидаги ўзгаришларни қиёсий ташхислаш. Пиелонефрит,**	**Интернет сайтлари**

	гломерулонефрит, интерстициал нефритларни, сийдик чўкмасининг ўзгариши. Нефропатияларнинг ва амилоидознинг солиштирма ташҳиси (ҳомиладорликдаги, диабетик, дори дармонли).қиёсий ташхислаш. УАШ тактикаси. **Протеинурия** — шартсиз патологик ҳолат бўлиб, уни пайдо бўлиши хар доим эҳтиётликка чақиради. Хақиқатдан хам яхши сифатли протеинурия хам мавжуд бўлиб, бу иситмада учраши мумкин, бунда буйракда бирор бир анатомик ўзгариш топилмайди, лекин барибир бу холга патологик симтом деб қараш керак. Сийдик билан кўпинча алъбуминлар ажралиб чиқади. Бу 70-100% гача сийдик оқсили хисобланади. Протеинурияда сийдик билан алъбуминниг ажралиб чиқиш механизмига эътибор берадиган бўлсак, бу оқсилнинг молекуляр хажми пастлигидир (70 000.дан ошмайди) ва уларни размерлари жуда кичкина, шунинг учун буйракнинг капиллярлари деворидан ўта олади. Айрим касалликларда, М: буйрак миелом касаллигида сийдик оқсилининг ярмидан кўпини глобулинлар ташкил қилади, лекин бу оддатдаги оқсил бўлмай Бенс-Джонс таначалари бўлиб, у глобулинлар гурухига киради ва бу хеч қачон нормада учрамайди. **Иинтерфаол усул: “Бўш бўғин”**	**Адабиётлар** :А-1,2,4,5 Қ-2,4,6. www.bsmi.uz
33.	**Нефротик синдромни таққослама ташҳислаш. УАШ тактикаси. Тор мутахасисга ёки шифохонага йўлланма. ҚВП ёки ОП шароитида даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш. Профилактика тамойиллари. Протеинурия ва сийдик чўкмасида ўзгариш бўлган ҳолатларда УАШ тактикаси. Сурункали буйрак этишмовчилигининг турли босқичларининг ўзаро қиёсий ташҳислаш. УАШ тактикаси.** Бу касалликда энг бирламчи белгилар ва симтомларига макро-ёки микроскопик гематурия, коринда огрик ёки бел ва корин сохасида катта пайпасланадиган хосилани аниклаш мумкин. Бу белгилар учта классик белгилар булиб, 10-15 % беморларда кузатилади. Агарда беморларда метаз шикастланиш жараёни кузатилса, унда упкага ёки суякларга тегишли булган, масалан хансираш, ютал ва суяклардаги огриклардаан шикоят киладилар. Усмаси бор беморларда паранеопластик синдромолардан, эритротситоз, гиперкалътсиемия, гипертензия ва жигарни функтсиясини бузилиши хам кузатилади. Куйида чап буйрак КГ да усма борлиги стрелка оркали курсатилган. **Иинтерфаол усул: “Стол ўртасида ручка”**	**Адабиётлар** :А-1,2,4,5 Қ-2,4,6 **Интернет сайтлари** www.bsmi.uz
34.	**Шиш синдроми. Турли этиологияли шишларни таққослама ташҳиси (қон айланиш этишмовчилигида, буйракка алоқадор, эндокрин ва б.). УАШ тактикаси.** Шуни эслатиб ўтамизки, буйрак	**Адабиётлар** :А-1,2,4,5 Қ-2,4,6,

	касалликларида шишлар нефротик синдромнинг кўриниши сифатида намоён бўлади. Бирламчи нефротик синдромда шишларнинг патогенези буйрак патологияси билан боғлиқ бўлиб, кўпинча гломерулонефрит туфайли юзага келади.Иккиламчи нефротик синдром кўп касалликлар оқибатида ривожланади ва бунда буйрак асосий жараёнга қўшимча шикастланади (амилоидоз, ҳомиладор-ликдаги нефропатия, туберкулез, сифилис, БТТК, васкулитлар, оғир металл тузларидан захарланишлар, гипернефрома ва бошқалар) ва бу ҳолатда шишлардан ташқари, массив протеинурия, гипер-протеинемия, гиперлипидемия, гиперкоагулятсия ҳам куза-тилади. **Интерфаол усул: “Кичик гурухда иш”**	**Интернет сайтлари** www.bsmi.uz
	Ревматология	
35.	**Бўғим синдроми билан кечувчи касалликлар. Бўғим синдроми билан кечувчи хавфли касалликлар. Ревматик иситма ва инфекцион артритларни таққослама ташҳислаш. УАШ тактикаси. Тор мутахасисга ёки шифохонага йўлланма бериш. ҚВП ёки ҚОП шароитида даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш.** Талабаларга артрит ва артралгияларда қиесий ташхислаш,ревматизм,ревматоид артрит, ювенил ревматоид Фелти ва Стилл, Шегрен синдроми,этиологияси, патогенези, клиник белгилари, диагностикаси, дифференциал диагностикаси, даволаш ва профилактика чора тадбирлари хакида умумий тушунча бериш,булимда беморларни мустакил курация килиб,текшириш ва даволаш режасини тузиш ва талабалар билан мухокама килиш. **Интерактив усул:"Инцидент" усули.**	**Адабиётлар: 1. Асосий адабиётлар - 1,2,3,4,5** **2. Қўшимча адабиётлар (1,2,3)** **Интернет сайтлари** www.bsmi.uz
36.	**Бўғим синдроми. Ревматоид, идиопатик, анкилозловчи спондилоартрит, псориатик, реактив артритларни таққослама ташҳислаш. УАШ тактикаси. Тор мутахасисга ёки махсус шифохонага йўлланма. ҚВП ёки ОП шароитида даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш.** Талабаларга серонегатив спондилоартрит ,реактив артритлар,Рейтер касаллиги, Бехтерев касаллиги, псориатик артрит касалликлари этиологияси,патогенези,клиник белгилари ,диагностикаси, дифференстиал диагностикаси,даволаш ва профилактика чора тадбирлари хакида умумий тушунча бериш,булимда беморларни мустакил курастия килиб,текшириш ва даволаш режасини тузиш ва талабалар билан мухокама килиш. Талабаларга бўғим олди юмшоқ тўқималари касалликларида қиёсий ташхислаш периартериит, миотенденит, тендовагинит,тендосиновит,	**Адабиётлар: 1. Асосий адабиётлар - 1,2,3,4,5** **2. Қўшимча адабиётлар (1,2,3)**

	лигоментит, бурсит, тендобурсит, фасстиит, апоневрозит касалликлари қиесий ташхиси, полимиозит, дерматомиозит касалликлари этиологияси, патогенези, клиник белгилари ,диагностикаси, дифференстиал диагностикаси, даволаш чора тадбирлари хакида умумий тушунча бериш, булимда беморларни мустакил курастия килиб, текшириш ва даволаш режасини тузиш ва талабалар билан мухокама килиш.УАВ тактикаси,диспансеп кузатув ва амбулатор даволаш. Профилактика. Мехнат қобилиятини аниклаш **Интерактив усул: ."Айланма стол"**	
37.	**Бўғим синдроми. Остеоартроз, подаграни таққослама ташҳислаш. УАШ тактикаси. Тор мутахасисга ёки махсус шифохонага йўлланма. ҚВП ёки ОП шароитида даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш.** Талабаларга остеоартроз ва подагра касалликлари этиологияси, патогенези, клиник белгилари ,диагностикаси, дифференстиал диагностикаси, даволаш чора тадбирлари хакида умумий тушунча бериш, булимда беморларни мустакил курастия килиб, текшириш ва даволаш режасини тузиш ва талабалар билан мухокама килиш.УАВ тактикаси,диспансеп кузатув ва амбулатор даволаш. Профилактика. Мехнат кобилиятини аниклаш **Интерактив усул: "Ротация"**	**Адабиётлар: 1. Асосий адабиётлар - 1,2,3,4,5, 2. Қўшимча адабиётлар (1,2,3) Интернет сайтлари** www.bsmi.uz
38.	**Бўғим синдроми. Бириктирувчи тўқима диффуз касалликларини (тизимли қизил югурук, тизимли склеродермия, дерматомиозит ва ревматик полимиалгия) Бўғим синдроми. Тизимли васкулитлар. Геморрагик васкулит, носпецифик аортоартерит ва тугунчали периартеритниқиёсий ташхислаш. УАШ тактикаси.** Талабаларга бириктирувчи туқима диффуз касалликлари қиесий ташхиси,системаликизил югурик,системали склеродермия касалликлари этиологияси,патогенези,клиник белгилари ,диагностикаси, дифференстиал диагностикаси,даволаш чора тадбирлари хақида умумий тушунча бериш,булимда беморларни мустакил курастия қилиб,текшириш ва даволаш режасини тузиш ва талабалар билан мухокама қилиш.УАВ тактикаси,диспансеп кузатув ва амбулатор даволаш. Профилактика. Мехнат қобилиятини аниклаш **Интерфаол усул: "Ижодий фикр ва мушоҳада қилиш "**	**Адабиётлар: 1. Асосий адабиётлар - 1,2,3,4,5, 2. Қўшимча адабиётлар (1,2,3) Интернет сайтлари** www.bsmi.uz
39.	**Иситма. Иситманинг характери, турлари, иситмада текшириш режаси. Ревматик касалликлар ва ҳавфли ўсма касалликлардаги**	**Адабиётлар:** А-1,2,4,5

	иситмани таққослама ташҳислаш. Ноаниқ этиологияли иситма. ҚВП ёки ҚОП шароитида даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш. Профилактика тамойиллари. Иситма билан кечувчи касалликлар амалиёт врачлари фаолиятида мухим ахамият касб этади Уларни вактли ва киёсий ташхислаб, даволаш врач уларга катта кийинчиликлар тугдирмокда. Иситма нафакат юкумли касалликларда балки соматик касалликларда хам учрайди. **Интерфаол усул: Кичик гуруҳларда ишлаш**	Қ-2,4,6,8,9, **Интернет сайтлари** www.bsmi.uz
	Гериатрия.	
40.	**Гериатрия. Қариликда функционал ва органик ўзгаришлар. Ёшдаги ўзгаришларни механизми.. Қарияларда ҳаракат тартиби. Остеопороз ва синишлар профилактикаси. Кексалар эмфиземаси. Қариликда ички аъзолар касалликларининг ўзига хос кечиши. ҚВП ва ҚОП шароитида олиб бориш тамойиллари.** Талабаларга қариликда функционал ва органик ўзгаришлар. Ёшдаги ўзгаришларни механизми.. Қарияларда ҳаракат тартиби. Остеопороз ва синишлар профилактикаси. Қарияларда рационал фармакотерапия ва овқатланиш хусусиятлари. Кекса ёшли инсонларда атеросклерознинг клиник намоён бўлиши ва уларнинг назорати. Кексалар эмфиземаси. Қариликда ички аъзолар касалликларининг ўзига хос кечиши. ҚВП ва ҚОП шароитида олиб бориш тамойилларини ўргатиш. **Интерфаол усул: “Кичик гуруҳда иш”**	**Адабиётлар:** А-1,2,4,5 Қ-2,4,6,8,9, **Интернет сайтлари** www.bsmi.uz
41	**Қарияларда рационал фармакотерапия ва овқатланиш хусусиятлари. Кекса ёшли инсонларда атеросклерознинг клиник намоён бўлиши ва уларнинг назорати.** Қарияларда рационал фармакотерапия ва овқатланиш хусусиятлари. Кекса ёшли инсонларда атеросклерознинг клиник намоён бўлиши ва уларнинг назорати хакида маълумот бериш **Интерфаол усул: “Муаммо ечими”**	**Адабиётлар: 1. Асосий адабиётлар - 3,4,5** **2. Қўшимча адабиётлар (,3)** **Интернет сайтлари** www.bsmi.uz
42	**Кексалар эмфиземаси. Қариликда ички аъзолар касалликларининг ўзига хос кечиши. ҚВП ва ҚОП шароитида олиб бориш тамойиллари.** Кексалар эмфиземаси. Қариликда ички аъзолар касалликларининг ўзига хос кечиши. ҚВП ва ҚОП шароитида олиб бориш тамойилларини ўргатиш. **Интерфаол усул: “Асалари уяси”**	**Адабиётлар: 1. Асосий адабиётлар - 3,4,5** **2. Қўшимча адабиётлар (,3)**

		Интернет сайтлари www.bsmi.uz

Амалий машғулотлар мультимедиа қурилмалари билан жиҳозланган аудиторияда ҳар бир академик гуруҳга алоҳида ўтилади. Машғулотлар фаол ва интерфаол усуллар, хусусан “Клиник – аналитик таҳлил”, Кейс – технологияси ёрдамида ўтилади. Кўргазмали материаллар ва ахборотлар мультимедиа қурилмаларидан фойдаланилади.

5.2. Ўқув клиник амалиёти

Мавзувий режа бўйича Вилоят Кардиология диспансерининг бўлимларида, , амалий кўникмаларни эгаллаш лабораториясида, ҚВП ва ҚОП модулида ўтказилади.

Клиник машғулотлар мавзулари мазмуни

№ машғулот	Клиник машғулотлар номлари ва уларнинг қисқача мазмуни
	Оилавий тиббиёт асослари
1.	**Оилавий тиббиёт асослари. УАШ вазифалари. Ишлашнинг ўзига хос томонлари. Тиббий хужжатлар. Беморлардан ўз уйида хабар олиш. Жамоатни жалб этиш. Врач ва беморларнинг хуқуқлари. УАШ ишида этика ва деонтология. Ишлашнинг ўзига ҳос томонлари. Оилада руҳий муҳит. Дин ва урф одат муаммолари. Оилани консультация қилиш.** 1. Бемор курацияси. Шифохона шароитида касбий сўраб суриштириш ва тизимлар бўйича кўрик (КВХ 2-тоифа хизмати). Тахминий ташхисни асослаш. Текширув режасини буюриш (КВХ 3.1 ва 3.2-тоифа хизматлари). Клиник ва иммунологик текширувлар хулосасининг тахлили. Биохимик анализлар тахлили. Асбобий текширувлар хулосалари тахлили. 7. Дифференциал диагностика ўтказиш. Якуний диагнозни асослаш. Биринчи врачлик ёрдами кўрсатиш (КВХ 2-тоифа хизмати). . Даволаш. . Тавсиялар (КВХ 4-тоифа хизмати). . Касаллик тарихини тўлдириш.
2.	**Мулокотга алоқадор факторлар. Мулоқотдаги кийинчиликлар. Шахслараро мулоқот. Амалий маслаҳатлар.** 1.Шахслараро мулоқотга (ШМ) таъриф бериш. ШМнинг асосий концепция ва тамойилларини аниқлаш Мулоқот жараёнини ўрганиш.

	Ўз ШМ кўникмаларига баҳо бериш.
3.	**Маслахат бериш турлари. Маслахат бериш принциплари. Беморни ўз соғлигига жавобгарлиги.** Шахслараро мулоқот кўникмаларини намойиши ёрдамида УАШ хонасида беморни қабул қилди. Ҳақиқий касаллик (anamnesis morbi) нинг тарихини пухталик билан ўрганди. Умр тарихини (anamnesis vitae) аҳамият билан йиғди Шикоятлар, анамнез ва врачдан олдинги хонада олинган маълумотларни назарда тутган ҳолда бемордаги хафв омилларини (бошқариладиган ва бошқарилмайдиган) аниқлади Шикоятлар, касаллик анамнези ва яшаш тарзи ҳақидаги маълумотлар тўла йиғилгандан кейин беморнинг (асосий, қўшимча) муаммоларини аниқлади Аниқ текширувни бошлади (талаба кузатилаётган синдроми бор бемор ҳолатини пухта ва аниқ текширувдан ўтказганини кўрсатиши керак). Мазкур пациентнинг касалига боғлиқ хизматлар категорияси кўрсатилган дастабки диагнозни расмийлаштиришга киришди. Мазкур пациентнинг кўрик режасини тузди (ҚВП кишлоқ врачлик пунткти) ва ундан ташқари шароитдаги лаборатор-инструментал текширув). ҚВП ва ОП шароитида УАШ томонидан етказилган тиббий хизматнинг 3.1 катерогиясига асосан зарур тадқиқот ҳажмини мустақил бажарди. Комплекс текширувдан кейин талаба олинган объектив ва лаборатор-инструментал маълумотларни ўзлаштириш бўйича билимларини кўрсатади. Бу босқичда талаба беморни текширишнинг юқорида келтирилган босқичларида олинган маълумотларни кўзда тутган ҳолда кўп учрайдиган бир қатор хасталикларни деференциал диагностика ўтказди. Мазкур беморнинг хасталигига асосан хизмат категориясини кўрсатган ҳолда якуний диагнозни тузиб асослади. Мазкур бемор профилактиканинг қайси турига муҳтож эканини белгилади Намойиш ва тушунтириш асосида беморга номедикаментоз даволаш усулини ишлаб чиқди. Белгиланган дори препаратининг дозаси вақти, қабул қилиш муддатининг узун, қисқалиги кўрсатилган медикаментоз даволашни буюрди. Белгиланган номедикаментоз ва медикаментоз даволашнинг самарасини назорат қилиш учун тескари алоқани ўрнатиб беморни ОП ёки ҚВПга қайта келиш вақти ва санасини қайд этди Диспанцер кузатув гуруҳини олдиндан белгилаб, беморни рўйхатга олди. Кузатувчиларга мурожаат қилганда талаба тегишли касалликнинг ҳамма профилактика турлари бўйича назарий билим ва амалий қадамларни кўрсатди. Кузатувчиларга мурожаат қилганда талаба тегишли касаллик диспансеризация босқичлари бўйича назарий билим ва амалий ишларни намойиш этди.
4.	**Профилактика турлари. Соғлом турмуш тарзини тадбиқ этиш. Озиқланиш ва рўзғор гигиенаси. Профилактик кўрик, скрининг. Инфекцион ва ноинфекцион касалликлар профилактикаси. Иммунизация. Дастурлар ва тадбирлар.** Шахслараро мулоқот кўникмаларини намойиши ёрдамида УАШ хонасида беморни қабул қилди. Ҳақиқий касаллик (anamnesis morbi) нинг тарихини пухталик билан ўрганди. Умр тарихини (anamnesis vitae) аҳамият

	билан йиғди Шикоятлар, анамнез ва врачдан олдинги хонада олинган маълумотларни назарда тутган ҳолда бемордаги хафв омилларини (бошқариладиган ва бошқарилмайдиган) аниқлади Шикоятлар, касаллик анамнези ва яшаш тарзи ҳақидаги маълумотлар тўла йиғилгандан кейин беморнинг (асосий, қўшимча) муаммоларини аниқлади Аниқ текширувни бошлади (талаба кузатилаётган синдроми бор бемор ҳолатини пухта ва аниқ текширувдан ўтказганини кўрсатиши керак). Мазкур пациентнинг касалига боғлиқ хизматлар категорияси кўрсатилган дастабки диагнозни расмийлаштиришга киришди. Мазкур пациентнинг кўрик режасини тузди (ҚВП кишлоқ врачлик пунткти) ва ундан ташқари шароитдаги лаборатор-инструментал текширув). ҚВП ва ОП шароитида УАШ томонидан етказилган тиббий хизматнинг 3.1 катерогиясига асосан зарур тадқиқот ҳажмини мустақил бажарди. Комплекс текширувдан кейин талаба олинган объектив ва лаборатор-инструментал маълумотларни ўзлаштириш бўйича билимларини кўрсатади. Бу босқичда талаба беморни текширишнинг юқорида келтирилган босқичларида олинган маълумотларни кўзда тутган ҳолда кўп учрайдиган бир қатор хасталикларни деференциал диагностика ўтказди. Мазкур беморнинг хасталигига асосан хизмат категориясини кўрсатган ҳолда якуний диагнозни тузиб асослади. Мазкур бемор профилактиканинг қайси турига муҳтож эканини белгилади Намойиш ва тушунтириш асосида беморга номедикаментоз даволаш усулини ишлаб чиқди. Белгиланган дори препаратининг дозаси вақти, қабул қилиш муддатининг узун, қисқалиги кўрсатилган медикаментоз даволашни буюрди. Белгиланган номедикаментоз ва медикаментоз даволашнинг самарасини назорат қилиш учун тескари алоқани ўрнатиб беморни ОП ёки ҚВПга қайта келиш вақти ва санасини қайд этди Диспанцер кузатув гуруҳини олдиндан белгилаб, беморни рўйхатга олди. Кузатувчиларга мурожаат қилганда талаба тегишли касалликнинг ҳамма профилактика турлари бўйича назарий билим ва амалий қадамларни кўрсатди. Кузатувчиларга мурожаат қилганда талаба тегишли касаллик диспансеризация босқичлари бўйича назарий билим ва амалий ишларни намойиш этди.
6.	**Болалар, ўсмирлар, аёллар (фертил ёшдаги аёллар, хомиладорлар), эркаклар, кексалар. Ишлаб чиқариш ва қишлоқ хўжалигидаги ишчилар. Ижтимоий ҳимояланган инсонлар. Беморлар, оғир беморлар, ўлаётган беморлар. Реабилитация ва диспансеризация муаммолари. Ишга лаёқатликни экспертизаси.** Шахслараро мулоқот кўникмаларини намойиши ёрдамида УАШ хонасида беморни қабул қилди. Ҳақиқий касаллик (anamnesis morbi) нинг тарихини пухталик билан ўрганди. Умр тарихини (anamnesis vitae) аҳамият билан йиғди Шикоятлар, анамнез ва врачдан олдинги хонада олинган маълумотларни назарда тутган ҳолда бемордаги хафв омилларини (бошқариладиган ва бошқарилмайдиган) аниқлади Шикоятлар, касаллик анамнези ва яшаш тарзи ҳақидаги маълумотлар тўла йиғилгандан кейин

	беморнинг (асосий, қўшимча) муаммоларини аниқлади Аниқ текширувни бошлади (талаба кузатилаётган синдроми бор бемор ҳолатини пухта ва аниқ текширувдан ўтказганини кўрсатиши керак). Мазкур пациентнинг касалига боғлиқ хизматлар категорияси кўрсатилган дастабки диагнозни расмийлаштиришга киришди. Мазкур пациентнинг кўрик режасини тузди (ҚВП кишлоқ врачлик пунткти) ва ундан ташқари шароитдаги лаборатор-инструментал текширув). ҚВП ва ОП шароитида УАШ томонидан етказилган тиббий хизматнинг 3.1 катерогиясига асосан зарур тадқиқот ҳажмини мустақил бажарди. Комплекс текширувдан кейин талаба олинган объектив ва лаборатор-инструментал маълумотларни ўзлаштириш бўйича билимларини кўрсатади. Бу босқичда талаба беморни текширишнинг юқорида келтирилган босқичларида олинган маълумотларни кўзда тутган ҳолда кўп учрайдиган бир қатор хасталикларни деференциал диагностика ўтказди. Мазкур беморнинг хасталигига асосан хизмат категориясини кўрсатган ҳолда якуний диагнозни тузиб асослади. Мазкур бемор профилактиканинг қайси турига муҳтож эканини белгилади Намойиш ва тушунтириш асосида беморга номедикаментоз даволаш усулини ишлаб чиқди. Белгиланган дори препаратининг дозаси вақти, қабул қилиш муддатининг узун, қисқалиги кўрсатилган медикаментоз даволашни буюрди. Белгиланган номедикаментоз ва медикаментоз даволашнинг самарасини назорат қилиш учун тескари алоқани ўрнатиб беморни ОП ёки ҚВПга қайта келиш вақти ва санасини қайд этди Диспанцер кузатув гуруҳини олдиндан белгилаб, беморни рўйхатга олди. Кузатувчиларга мурожаат қилганда талаба тегишли касалликнинг ҳамма профилактика турлари бўйича назарий билим ва амалий қадамларни кўрсатди. Кузатувчиларга мурожаат қилганда талаба тегишли касаллик диспансеризация босқичлари бўйича назарий билим ва амалий ишларни намойиш этди.
7.	**Санитар оқартув. Касалланиш ва ўлимнинг асосий сабабларига таъсир этиш. Руҳий ҳолатни мустаҳкамлаш. Экология ва касб омиллари. Беморларни ўқитиш, “мактаблар”.** Шахслараро мулоқот кўникмаларини намойиши ёрдамида УАШ хонасида беморни қабул қилди. Ҳақиқий касаллик (anamnesis morbi) нинг тарихини пухталик билан ўрганди. Умр тарихини (anamnesis vitae) аҳамият билан йиғди Шикоятлар, анамнез ва врачдан олдинги хонада олинган маълумотларни назарда тутган ҳолда бемордаги хафв омилларини (бошқариладиган ва бошқарилмайдиган) аниқлади Шикоятлар, касаллик анамнези ва яшаш тарзи ҳақидаги маълумотлар тўла йиғилгандан кейин беморнинг (асосий, қўшимча) муаммоларини аниқлади Аниқ текширувни бошлади (талаба кузатилаётган синдроми бор бемор ҳолатини пухта ва аниқ текширувдан ўтказганини кўрсатиши керак). Мазкур пациентнинг касалига боғлиқ хизматлар категорияси кўрсатилган дастабки диагнозни расмийлаштиришга киришди. Мазкур пациентнинг кўрик режасини тузди (ҚВП кишлоқ врачлик пунткти) ва ундан

	ташқари шароитдаги лаборатор-инструментал текширув). ҚВП ва ОП шароитида УАШ томонидан етказилган тиббий хизматнинг 3.1 катерогиясига асосан зарур тадқиқот ҳажмини мустақил бажарди. Комплекс текширувдан кейин талаба олинган объектив ва лаборатор-инструментал маълумотларни ўзлаштириш бўйича билимларини кўрсатади. Бу босқичда талаба беморни текширишнинг юқорида келтирилган босқичларида олинган маълумотларни кўзда тутган ҳолда кўп учрайдиган бир қатор хасталикларни деференциал диагностика ўтказди. Мазкур беморнинг хасталигига асосан хизмат категориясини кўрсатган ҳолда якуний диагнозни тузиб асослади. Мазкур бемор профилактиканинг қайси турига муҳтож эканини белгилади Намойиш ва тушунтириш асосида беморга номедикаментоз даволаш усулини ишлаб чиқди. Белгиланган дори препаратининг дозаси вақти, қабул қилиш муддатининг узун, қисқалиги кўрсатилган медикаментоз даволашни буюрди. Белгиланган номедикаментоз ва медикаментоз даволашнинг самарасини назорат қилиш учун тескари алоқани ўрнатиб беморни ОП ёки ҚВПга қайта келиш вақти ва санасини қайд этди Диспанцер кузатув гуруҳини олдиндан белгилаб, беморни рўйхатга олди. Кузатувчиларга мурожаат қилганда талаба тегишли касалликнинг ҳамма профилактика турлари бўйича назарий билим ва амалий қадамларни кўрсатди. Кузатувчиларга мурожаат қилганда талаба тегишли касаллик диспансеризация босқичлари бўйича назарий билим ва амалий ишларни намойиш этди.
8.	**Саёҳатчига маслахат бериш. Саёхатдан кейин маслахат бериш. Иммунизация. Иқлим ва соат ўзгаришларини алмашиниши. Чайқалиш ва тоғ касаллиги. Йўл тиббиёт анжомларни йиғиндиси. Тахминий ташхис. Хавфли касалликлар. Ташхисий хатоликлар. Имитатор касалликлар. Руҳий бузилиш ва симуляция.** Шахслараро мулоқот кўникмаларини намойиши ёрдамида УАШ хонасида беморни қабул қилди. Ҳақиқий касаллик (anamnesis morbi) нинг тарихини пухталик билан ўрганди. Умр тарихини (anamnesis vitae) аҳамият билан йиғди Шикоятлар, анамнез ва врачдан олдинги хонада олинган маълумотларни назарда тутган ҳолда бемордаги хафв омилларини (бошқариладиган ва бошқарилмайдиган) аниқлади Шикоятлар, касаллик анамнези ва яшаш тарзи ҳақидаги маълумотлар тўла йиғилгандан кейин беморнинг (асосий, қўшимча) муаммоларини аниқлади Аниқ текширувни бошлади (талаба кузатилаётган синдроми бор бемор ҳолатини пухта ва аниқ текширувдан ўтказганини кўрсатиши керак). Мазкур пациентнинг касалига боғлиқ хизматлар категорияси кўрсатилган дастабки диагнозни расмийлаштиришга киришди. Мазкур пациентнинг кўрик режасини тузди (ҚВП кишлоқ врачлик пунткти) ва ундан ташқари шароитдаги лаборатор-инструментал текширув). ҚВП ва ОП шароитида УАШ томонидан етказилган тиббий хизматнинг 3.1 катерогиясига асосан зарур тадқиқот ҳажмини мустақил бажарди. Комплекс текширувдан кейин талаба олинган объектив ва лаборатор-инструментал маълумотларни ўзлаштириш

	бўйича билимларини кўрсатади. Бу босқичда талаба беморни текширишнинг юқорида келтирилган босқичларида олинган маълумотларни кўзда тутган ҳолда кўп учрайдиган бир қатор хасталикларни деференциал диагностика ўтказди. Мазкур беморнинг хасталигига асосан хизмат категориясини кўрсатган ҳолда якуний диагнозни тузиб асослади. Мазкур бемор профилактиканинг қайси турига муҳтож эканини белгилади Намойиш ва тушунтириш асосида беморга номедикаментоз даволаш усулини ишлаб чиқди. Белгиланган дори препаратининг дозаси вақти, қабул қилиш муддатининг узун, қисқалиги кўрсатилган медикаментоз даволашни буюрди. Белгиланган номедикаментоз ва медикаментоз даволашнинг самарасини назорат қилиш учун тескари алоқани ўрнатиб беморни ОП ёки ҚВПга қайта келиш вақти ва санасини қайд этди Диспанцер кузатув гуруҳини олдиндан белгилаб, беморни рўйхатга олди. Кузатувчиларга мурожаат қилганда талаба тегишли касалликнинг ҳамма профилактика турлари бўйича назарий билим ва амалий қадамларни кўрсатди. Кузатувчиларга мурожаат қилганда талаба тегишли касаллик диспансеризация босқичлари бўйича назарий билим ва амалий ишларни намойиш этди.
	Кардиология
8.	Аритмиялар. Ритм бошқарувчиси миграцияси, синус тугуни холсизлиги синдроми, экстрасистолиялар, ҳамда синус тахикардияси, брадикардияси, синус аритмияларни қиёсий ташхислаш. Экстрасистолаларнинг турлари. УАШ тактикаси. Бемор курацияси, ЭКГ, Холтер бўйича мониторлаш, ЭхоКГ, дифференциал диагностикаси, диагнозни асослаш, даволаш, тавсиялар ишлаб чиқиш.
9.	**Аритмиялар. Бўлмачалар ва қоринчалар титраши, хилпираши (доимий ва пароксизмал), пароксизмал тахикардия, қоринчаларнинг вақтдан олдин қўзғалиши синдромини қиёсий ташхислаш. УАШ тактикаси.** Бемор курацияси, ЭКГ, Холтер бўйича мониторлаш, ЭхоКГ, дифференциал диагностикаси, диагнозни асослаш, даволаш, тавсиялар ишлаб чиқиш.
10.	**Аритмиялар. Синоатриал, бўлмача ичи, атриовентрикуляр ва қоринча ичи блокадаларида қиёсий ташҳислаш. УАШ тактикаси.** Бемор курацияси, ЭКГ, Холтер бўйича мониторлаш, ЭхоКГ, дифференциал диагностикаси, диагнозни асослаш, даволаш, тавсиялар ишлаб чиқиш.
11.	**Юрак уриб кетиши. Қон айланиши етишмовчилиги, камқонлик ва тиреотоксикозда юрак уриб кетишини қиёсий ташхислаш. УАШ тактикаси.** Бемор курацияси, ЭКГ, Холтер бўйича мониторлаш, ЭхоКГ, дифференциал диагностикаси, диагнозни асослаш, даволаш, тавсиялар ишлаб чиқиш.
12.	**Бош оғриғи. Бош оғриғи билан кечувчи хавфли касалликларни таққослама ташҳислаш. Гипертония касаллиги ва гемадинамик, церебрал артериал гипертензияларни (бош мия травмалари, вертебробазиляр синдром, арахноидит, энцефалит, мия ўсмаси) ва склеротик артериал гипертензияни**

	таққослама ташҳислаш.УАШ тактикаси. Бемор курацияси, умумий қон тахлили, умумий сийдик тахлили, қонда холестерин миқдори, Қонда ва сийдикда қанд миқдори, ЭКГ, ЭхоКГ, Ангиография, Окулист маслахати, Дифференциал диагностикаси, Диагнозни асослаш, Даволаш, Тавсиялар бериш.
13	**Артериал гипертензия. Гипертония касаллиги ва буйрак билан боғлиқ артериал гипертензияларнинг қиёсий ташхиси. Хавф омиллари, гипертония касаллиги босқичлари, буйрак билан боғлиқ артериал гипертензияларнинг шакллари (паренхиматоз, реноваскуляр). УАШ тактикаси.** Бемор курацияси, умумий қон тахлили, умумий сийдик тахлили, қонда холестерин миқдори, Қонда ва сийдикда қанд миқдори, ЭКГ, ЭхоКГ, Ангиография, Окулист маслахати, Дифференциал диагностикаси, Диагнозни асослаш, Даволаш, Тавсиялар бериш.
14.	Артериал гипертензия. Гипертония касаллиги ва эндокрин тизимига боғлиқ артериал гипертензияларни қиёсий ташхислаш. Эндокрин артериал гипертензия турлари (феохромацитома, Конн синдроми, Ишенко-Кушинг синдроми, тиреотоксикоз. УАШ тактикаси. **Бемор курацияси, умумий қон тахлили, умумий сийдик тахлили, қонда холестерин миқдори, Қонда ва сийдикда қанд миқдори, ЭКГ, ЭхоКГ, Ангиография, Окулист маслахати, Дифференциал диагностикаси, Диагнозни асослаш, Даволаш, Тавсиялар бериш.**
15.	**Юрак соҳасида оғриқ. НЦД, умуртқа поғонаси кўкрак қисми остеохондрози, қовурғалар аро невралгияси, кўкрак қафаси жароҳатлари, ўраб олувчи темираткиларни қиёсий ташхислаш. УАШ тактикаси.** Бемор курацияси, Умумий қон тахлили, Ферментлар миқдори, Тропанин миқдори, Ўткир фазали синамалар, Қонда холестерин миқдори, Қонда ва сийдикда қанд миқдори, ЭКГ, Юкламали ЭКГ, ЭхоКГ доплерография билан, Кўкрак қафаси рентгени, Дифференциал диагностикаси, Диагнозни асослаш, Даволаш, Тавсиялар бериш.
16.	Юрак соҳасида оғриқ. ЮИК. Турғун зўриқиш стенокардияси (функционал синфлари), ностабил стенокардиялар ва ўткир коронар синдромни таққослама ташхислаш. ЮИК касаллигида парҳез қоидалари, кўрсатмалар. Жарроҳлик амалиётига кўрсатма ва қарши кўрсатмалар. УАШ тактикаси. **Бемор курацияси, Умумий қон тахлили, Ферментлар миқдори, Тропанин миқдори, Ўткир фазали синамалар, Қонда холестерин миқдори, Қонда ва сийдикда қанд миқдори, ЭКГ, Юкламали ЭКГ, ЭхоКГ доплерография билан, Кўкрак қафаси рентгени, Дифференциал диагностикаси, Диагнозни асослаш, Даволаш, Тавсиялар бериш.**
17.	**Юрак сохасида оғриқ. Стенокардиялар ва миокард инфарктида оғриқ синдромини таққослама ташхислаш (клиник, лаборатор белгилар). Миокард инфарктининг турли клиник шакллари ва босқичларини таққослама ташхислаш.ЭКГ диагностикаси. УАШ тактикаси.** Бемор курацияси, Умумий қон тахлили, Ферментлар миқдори, Тропанин миқдори,

	Ўткир фазали синамалар, Қонда холестерин миқдори, Қонда ва сийдикда қанд миқдори, ЭКГ, Юкламали ЭКГ, ЭхоКГ доплерография билан, Кўкрак қафаси рентгени, Дифференциал диагностикаси, Диагнозни асослаш, Даволаш, Тавсиялар бериш.
18.	**Юрак соҳасида оғриқ. ЎАТЭ, аорта аневризмаси, кардиоген шок, ўпка шиши, Дресслер синдромини қиёсий ташхислаш. УАШ тактикаси. Юрак сохасида оғриқ. Турли этиологияли миокардит ва миокардиодистрофия, перикардитни таққослама ташхислаш. УАШ тактикаси.** Бемор курацияси, Умумий қон тахлили, Ферментлар миқдори, Тропанин миқдори, Ўткир фазали синамалар, Қонда холестерин миқдори, Қонда ва сийдикда қанд миқдори, ЭКГ, Юкламали ЭКГ, ЭхоКГ доплерография билан, Кўкрак қафаси рентгени, Дифференциал диагностикаси, Диагнозни асослаш, Даволаш, Тавсиялар бериш.
19.	**Юрак шовқинлари ва кардиомегалия. Функционал (миокардиал, анемик, қон ўзгаришларида, иситмада) ва органик (юрак нуқсонларида) шовқинларни бахолаш ва қиёсий ташҳислаш. УАШ тактикаси.** Бемор курацияси, Умумий қон тахлили, Ўткир фазали синамалар, Қоннии стериллигини текшириш, ЭКГ, ЭхоКГ доплерография билан, Липид спектри, Кўкрак қафаси рентгени, Дифференциал диагностикаси, Диагнозни асослаш, Даволаш, Тавсиялар бериш.
20.	**Юрак шовқинлари ва кардиомегалия. Кардиомиопатиянинг турли хил клиник формалари (дилятацион, рестриктив, гипертрофик, ўнг қоринчанинг аритмоген дисплазияси)нинг Ўткир ва сурункали юрак етишмовчилиги.таққослама ташхислаш. УАШ тактикаси.** Бемор курацияси, Умумий қон тахлили, Ўткир фазали синамалар, Қоннии стериллигини текшириш, ЭКГ, ЭхоКГ доплерография билан, Липид спектри, Кўкрак қафаси рентгени, Дифференциал диагностикаси, Диагнозни асослаш, Даволаш, Тавсиялар бериш.
	Пульмонология
21.	Йўтал ва балғам ажралиши. ЎРК, ЎРВИ, ўткир бронхит ва зотилжамни таққослама ташҳислаш. Ўпкани касалхонадан ташқари ва касалхона ичи пневмониясининг таққослама ташхиси. Зотилжамни келиб чиқишига кўра турлари (бактериал, вирусли, микаплазмозли). УАШ тактикаси. ҚВП шароитида респиратор касалликларни даволаш ва профилактикаси. **Бемор курацияси, Умумий қон тахлили, Умумий балғам тахлили, Балғамнинг бактериологик экмаси антибиотикограммаси билан, Пикфлуометрия, Спирография, Кўкрак қафаси рентгени, КТ ва ЯМР, Фтизиатр маслахати, Онколог маслахати, Дифференциал диагностикаси, Диагнозни асослаш, Даволаш, Тавсиялар бериш.**
22.	Йўтал ва балғам ажралиши. Ўпкани сояли ўзгаришлардаги таққослама ташхис. Ўчоқли зотилжам, туберкулома, ўпка абцеси, ўпка ўсмаси, ўпка эхинакокки, УАШ тактикаси. **Бемор курацияси, Умумий қон тахлили, Умумий балғам тахлили, Балғамнинг бактериологик экмаси антибиотикограммаси билан,**

	Пикфлуометрия, Спирография, Кўкрак қафаси рентгени, КТ ва ЯМР, Фтизиатр маслахати, Онколог маслахати, Дифференциал диагностикаси, Диагнозни асослаш, Даволаш, Тавсиялар бериш.
23.	**Йўтал ва балғам ажралиши. Сурункали бронхит ва бронхоэктатик касалликни таққослама ташҳислаш. Ўпкани диффуз касалликларини таққослама ташхиси. Ўпка сили ва унинг турли шакллари, пневмокониоз, ўпка метастазида қиёсий ташхислаш. УАШ тактикаси.** Бемор курацияси, Умумий қон тахлили, Умумий балғам тахлили, Балғамнинг бактериологик экмаси антибиотикограммаси билан, Пикфлуометрия, Спирография, Кўкрак қафаси рентгени, КТ ва ЯМР, Фтизиатр маслахати, Онколог маслахати, Дифференциал диагностикаси, Диагнозни асослаш, Даволаш, Тавсиялар бериш.
24.	**Ҳансираш, нафас сиқиши. Бронхообструкция билан кечувчи касалликлар. Бронхиал астма, ЎСОК, эмфизема, пневмосклерозни Юрак ва ўпка патологиясида хансирашни қиёсий ташхислаш. таққослама ташҳислаш. Сурункали нафас етишмовчилиги. УАШ тактикаси.** Бемор курацияси, Умумий қон тахлили, Умумий балғам тахлили, Пикфлуометрия, Спирография, Кўкрак қафаси рентгени, ЭКГ, Дифференциал диагностикаси, Диагнозни асослаш, Даволаш, Тавсиялар бериш.
25.	**Кўкрак қафасидаги оғриқ. Қуруқ ва экссудатив плевритларни ташхислаш тамойиллари. УАШ тактикаси.** **“Йўтал” синдроми бўйича муаммоли-йўналтирилган ўқитиш. Тор мутахасисга ёки шифохонага йўлланма. ҚВП ёки ҚОП шароитида даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш. Профилактика тамойиллари. Мавзуни ўқитиш тамойиллари.** Бемор курацияси, Умумий қон тахлили, Умумий балғам тахлили, плеврал пункция ўтказиш билан, Пикфлуометрия, Спирография, Кўкрак қафаси рентгени, КТ ва ЯМР, Фтизиатр маслахати, Онколог маслахати, Дифференциал диагностикаси, Диагнозни асослаш, Даволаш, Тавсиялар бериш.
	Гастроэнтерология
26.	**Дисфагия. Эзофагит, рефлюкс-эозофагит, склеродермиядаги дисфагия ва қизилўнгач ўсмаларини, диспепсия. Ўт йўллари дискинезияси, холецистит, постхолецистектомик синдром ва жарроҳликдан кейинги меъда касаллигини таққослама ташхислаш. УАШ тактикаси.** Бемор курацияси, Умумий қон тахлили, ЭГФГДС, Кўкрак қафаси рентгени, биопсия, Онколог маслахати, Дифференциал диагностикаси, Диагнозни асослаш, Даволаш, Тавсиялар бериш.
27.	**Қориндаги оғриқ. Гастрит, дуоденит ва яра касаллиги (ўн икки бармоқли ичак ва ошқозон) таққослама ташхиси Сурункали холецистит ва сурункали панкреатитни. УАШ тактикаси. “Қориндаги оғриқ” синдроми бўйича муаммоли-йўналтирилган ўқитиш. Тор мутахасисга ёки шифохонага йўлланма. ҚВП ёки ҚОП шароитида даволаш тамойиллари, диспансер**

	кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш. Профилактика тамойиллари. Мавзуни ўқитиш тамойиллари. Бемор курацияси, Умумий қон тахлили, Яширин қон кетишига нажас тахлили, Ошқозон ва 12 бармоқли ичак суюқликлари тахлили, Қон ва пешобда диастаза миқдори, ЭГФГДС, Ўт пуфаги, ошқозон ости бези УТТ, Ошқозон-ичак тизими рентгени, Хирург маслахати, Дифференциал диагностикаси, Диагнозни асослаш, Даволаш, Тавсиялар бериш.
28.	**Гепатомегалия. Сурункали гепатит ва жигар циррози, Сариқлик. Ўт-тош касаллигини билиар-панкреатик соҳа ўсмалари (жигар, ўт қопи, ошқозоности бези ўсмалари) солиштирма ташхислаш. УАШ тактикаси.** Бемор курацияси, Умумий қон тахлили, Умумий пешоб тахлили, АЛТ,АСТ, Билирубин, Умумий оқсил ва унинг фракциялари, Тимол синамаси, Гепатит маркерлари, Жигарни УТТ, КТ ва ЯМР, Биопсия, Инфекционист маслахати, Гематолог маслахати, Онколог маслахати, Дифференциал диагностикаси, Диагнозни асослаш, Даволаш, Тавсиялар бериш.
29.	**Диареялар. Инфекцион ва ноинфекцион этиологияли диареяларни, носпецифик ярали колит ва Крон касаллигининг таққослама ташҳислаш. УАШ тактикаси.** Бемор курацияси, Умумий қон тахлили, Яширин қон кетишига нажас тахлили, Ошқозон ва 12 бармоқли ичак суюқликлари тахлили, Қон ва пешобда диастаза миқдори, ЭГФГДС, Ўт пуфаги, ошқозон ости бези УТТ, Ошқозон-ичак тизими рентгени, Хирург маслахати, Дифференциал диагностикаси, Диагнозни асослаш, Даволаш, Тавсиялар бериш.
30.	**Қабзиятлар. Таъсирланган ичак синдроми, қариялар қабзияти ва йўғон ичак ўсмаларини таққослама ташҳислаш. УАШ тактикаси.** Бемор курацияси, Умумий қон тахлили, Яширин қон кетишига нажас тахлили, Ошқозон ва 12 бармоқли ичак суюқликлари тахлили, Қон ва пешобда диастаза миқдори, ЭГФГДС, Ўт пуфаги, ошқозон ости бези УТТ, Ошқозон-ичак тизими рентгени, Хирург маслахати, Дифференциал диагностикаси, Диагнозни асослаш, Даволаш, Тавсиялар бериш.
	Нефрология
31.	**Дизурия. Сийдик кислотали диатез, цистит, ўткир ва сурункали пиелонефритларни таққослама ташҳислаш. УАШ тактикаси. Тор мутахасисга ёки шифохонага йўлланма бериш. ҚВП ёки ҚОП шароитида даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш. Профилактика тамойиллари.** Бемор курацияси, Умумий қон тахлили, Умумий пешоб тахлили, Нечипоренко бўйича пешоб тахлили, Пешоб бактериологик экмаси, антибиотикограммаси билан, Умумий оқсил ва унинг фракциялари, Липид спектри, Мочевина, Креатинин, Қонда ва сийдикда қанд миқдори, Реберг синамаси, Буйрак УТТ, Дифференциал диагностикаси, Диагнозни асослаш, Даволаш, Тавсиялар бериш.
32.	**Сийдик чўкмасининг ўзгариши. Патологик сийдик чўкмасидаги ўзгаришларни қиёсий ташхислаш. Пиелонефрит, гломерулонефрит,**

	интерстициал нефритларни, сийдик чўкмасининг ўзгариши. Нефропатияларнинг ва амилоидознинг солиштирма ташҳиси (ҳомиладорликдаги, диабетик, дори дармонли).қиёсий ташхислаш. УАШ тактикаси. Бемор курацияси, Умумий қон тахлили, Умумий пешоб тахлили, Нечипоренко бўйича пешоб тахлили, Пешоб бактериологик экмаси, антибиотикограммаси билан, Умумий оқсил ва унинг фракциялари, Липид спектри, Мочевина, Креатинин, Қонда ва сийдикда қанд миқдори, Реберг синамаси, Буйрак УТТ, Дифференциал диагностикаси, Диагнозни асослаш, Даволаш, Тавсиялар бериш.
33.	**Нефротик синдромни таққослама ташҳислаш. УАШ тактикаси. Тор мутахасисга ёки шифохонага йўлланма. ҚВП ёки ОП шароитида даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш. Профилактика тамойиллари. Протеинурия ва сийдик чўкмасида ўзгариш бўлган ҳолатларда УАШ тактикаси. Сурункали буйрак этишмовчилигининг турли босқичларининг ўзаро қиёсий ташҳислаш. УАШ тактикаси.** Бемор курацияси, Умумий қон тахлили, Умумий пешоб тахлили, Нечипоренко бўйича пешоб тахлили, Пешоб бактериологик экмаси, антибиотикограммаси билан, Умумий оқсил ва унинг фракциялари, Липид спектри, Мочевина, Креатинин, Қонда ва сийдикда қанд миқдори, Реберг синамаси, Буйрак УТТ, Дифференциал диагностикаси, Диагнозни асослаш, Даволаш, Тавсиялар бериш.
34.	**Шиш синдроми. Турли этиологияли шишларни таққослама ташҳиси (қон айланиш этишмовчилигида, буйракка алоқадор, эндокрин ва б.). УАШ тактикаси.** Бемор курацияси, Умумий қон тахлили, Умумий пешоб тахлили, Умумий оқсил ва унинг фракциялари, Липид спектри Т3,Т4, ЭКГ, ЭХОКГ доплерография билан, буйрак УТТ, Дифференциал диагностикаси, Диагнозни асослаш, Даволаш, Тавсиялар бериш.
	Ревматология
35.	**Бўғим синдроми билан кечувчи касалликлар. Бўғим синдроми билан кечувчи хавфли касалликлар. Ревматик иситма ва инфекцион артритларни таққослама ташҳислаш. УАШ тактикаси. Тор мутахасисга ёки шифохонага йўлланма бенриш. ҚВП ёки ҚОП шароитида даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш.** Бемор курацияси, Умумий қон тахлили, Умумий пешоб тахлили, Ўткир фазали синамалар, Сийдик кислотаси, Қонда LE-хужайралар, ревмоомил ,HLA-B27 ва бошқалар., ЭКГ, ЭХОКГ, Бўғимлар рентгени, Бўғимлар пункцияси синовиал суюқликни текшириш билан, Биопсия, Дифференциал диагностикаси, Диагнозни асослаш, Даволаш, Тавсиялар бериш.
36.	**Бўғим синдроми. Ревматоид, идиопатик, анклилозловчи спондилоартрит, псориатик, реактив артритларни таққослама ташҳислаш. УАШ тактикаси. Тор мутахасисга ёки махсус шифохонага йўлланма. ҚВП ёки ОП шароитида**

	даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш. Бемор курацияси, Умумий қон тахлили, Умумий пешоб тахлили, Ўткир фазали синамалар, Сийдик кислотаси, Қонда LE-хужайралар, ревмоомил ,HLA-B27 ва бошқалар., ЭКГ, ЭХОКГ, Бўғимлар рентгени, Бўғимлар пункцияси синовиал суюқликни текшириш билан, Биопсия, Дифференциал диагностикаси, Диагнозни асослаш, Даволаш, Тавсиялар бериш.
37.	**Бўғим синдроми. Остеоартроз, подаграни таққослама ташҳислаш. УАШ тактикаси. Тор мутахасисга ёки махсус шифохонага йўлланма. ҚВП ёки ОП шароитида даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш.** Бемор курацияси, Умумий қон тахлили, Умумий пешоб тахлили, Ўткир фазали синамалар, Сийдик кислотаси, Қонда LE-хужайралар, ревмоомил ,HLA-B27 ва бошқалар., ЭКГ, ЭХОКГ, Бўғимлар рентгени, Бўғимлар пункцияси синовиал суюқликни текшириш билан, Биопсия, Дифференциал диагностикаси, Диагнозни асослаш, Даволаш, Тавсиялар бериш.
38.	**Бўғим синдроми. Бириктирувчи тўқима диффуз касалликларини (тизимли қизил югурдак, тизимли склеродермия, дерматомиозит ва ревматик полимиалгия) Бўғим синдроми. Тизимли васкулитлар. Геморрагик васкулит, носпецифик аортоартерит ва тугунчали периартеритникиёсий ташхислаш. УАШ тактикаси.** Бемор курацияси, Умумий қон тахлили, Умумий пешоб тахлили, Ўткир фазали синамалар, Сийдик кислотаси, Қонда LE-хужайралар, ревмоомил ,HLA-B27 ва бошқалар., ЭКГ, ЭХОКГ, Бўғимлар рентгени, Бўғимлар пункцияси синовиал суюқликни текшириш билан, Биопсия, Дифференциал диагностикаси, Диагнозни асослаш, Даволаш, Тавсиялар бериш.
39.	**Иситма. Иситманинг характери, турлари, иситмада текшириш режаси. Ревматик касалликлар ва ҳавфли ўсма касалликлардаги иситмани таққослама ташҳислаш. Ноаниқ этиологияли иситма. ҚВП ёки ҚОП шароитида даволаш тамойиллари, диспансер кузатув, назоратга олиш ва реабилитация қилиш. Профилактика тамойиллари.** Бемор курацияси, Умумий қон тахлили, Умумий пешоб тахлили, Ўткир фазали синамалар, Сийдик кислотаси, Қонда LE-хужайралар, ревмоомил ,HLA-B27 ва бошқалар., ЭКГ, ЭХОКГ, Бўғимлар рентгени, Бўғимлар пункцияси синовиал суюқликни текшириш билан, Биопсия, Дифференциал диагностикаси, Диагнозни асослаш, Даволаш, Тавсиялар бериш.
	Гериатрия.
40.	**Гериатрия. Қариликда функционал ва органик ўзгариўлар. Ёшдаги ўзгаришларни механизми.. Қарияларда ҳаракат тартиби. Остеопороз ва синишлар профилактикаси. Қарияларда рационал фармакотерапия ва овқатланиш хусусиятлари. Кекса ёшли инсонларда атеросклерознинг клиник намоён бўлиши ва уларнинг назорати. Кексалар эмфиземаси. Қариликда ички аъзолар касалликларининг ўзига хос кечиши. ҚВП ва ҚОП шароитида олиб бориш тамойиллари.** Бемор курацияси, Умумий қон тахлили,

	Умумий пешоб тахлили, Ўткир фазали синамалар, Сийдик кислотаси, Қонда LE-хужайралар, ревмоомил ,HLA-B27 ва бошқалар., ЭКГ, ЭХОКГ, Бўғимлар рентгени, Бўғимлар пункцияси синовиал суюқликни текшириш билан, Биопсия, Дифференциал диагностикаси, Диагнозни асослаш, Даволаш, Тавсиялар бериш.
41	**Қарияларда рационал фармакотерапия ва овқатланиш хусусиятлари. Кекса ёшли инсонларда атеросклерознинг клиник намоён бўлиши ва уларнинг назорати.** Бемор курацияси, Умумий қон тахлили, Умумий пешоб тахлили, Ўткир фазали синамалар, Сийдик кислотаси, Қонда LE-хужайралар, ревмоомил ,HLA-B27 ва бошқалар., ЭКГ, ЭХОКГ, Бўғимлар рентгени, Бўғимлар пункцияси синовиал суюқликни текшириш билан, Биопсия, Дифференциал диагностикаси, Диагнозни асослаш, Даволаш, Тавсиялар бериш
42	**Кексалар эмфиземаси. Қариликда ички аъзолар касалликларининг ўзига хос кечиши. ҚВП ва ҚОП шароитида олиб бориш тамойиллари.** Бемор курацияси, Умумий қон тахлили, Умумий пешоб тахлили, Ўткир фазали синамалар, Сийдик кислотаси, Қонда LE-хужайралар, ревмоомил ,HLA-B27 ва бошқалар., ЭКГ, ЭХОКГ, Бўғимлар рентгени, Бўғимлар пункцияси синовиал суюқликни текшириш билан, Биопсия, Дифференциал диагностикаси, Диагнозни асослаш, Даволаш, Тавсиялар бериш

6.Лаборатория ишларини ташкил этиш бўйича кўрсатмалар

Лаборатория ишлари юқумли касалликлар ва болалар юқумли касалликлар фанидан тайёрланган дастури бўйича режалаштирилмаган.

7. Мустақил ини ташкил этишнинг шакли ва мазмуни

Талаба мустақил ишини тайёрлашда фаннинг хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда қуйидаги шакллардан фойдаланиш тавсия этилади:

- дарслик ва ўқув қўлланмалар бўйича фан боблари ва мавзуларини ўрганиш;
- тарқатма материаллар бўйича маърузалар қисмини ўзлаштириш;
- автоматлаштирилган ўргатувчи ва назорат қилувчи тизимлар билан ишлаш;
- махсус адабиётлар бўйича фанлар бўлимлари ёки мавзулари устида ишлаш;
- янги техникаларни, аппаратураларни, жараёнлар ва технологияларни ўрганиш;
- талабанинг ўқув-илмий-тадқиқот ишларини бажариш билан боғлиқ бўлган фанлар бўлимлари ва мавзуларни чуқур ўрганиш;
- фаол ва муаммоли ўқитиш услубидан фойдаланиладиган ўқув машғулотлари;
- масофавий (дистанцион) таълим.

8. Талабалар мустақил ишларининг тематик режаси

1.Даволаш факультети учун

№	Мустақил таълим мавзулари	Дарс соатлари ҳажми
1	Юрак мушакларининг физиологик вазифалари. Нормал ЭКГ.	**2**

2	Аритмияда қўлланиладиган дори воситаларининг фармакодинамикаси.	**2**
3	Ўтказувчанлик бузилишининг этиологияси ва патогенези.	**2**
4	Гипертония касаллиги ва буйракка боғлиқ бўлган артериал гипертензия этиалогияси, патогенези, таснифи.	**2**
5	Эндокрин касалликларида кузатиладиган артериал гипертензия этиологияси, патогенези ва клиник белгилари.	**2**
6	Гипотензив дори воситаларнинг таснифи.	**2**
7	Гемодинамик ва церебрал артериал гипертензия этиалогияси, патогенези ва гипотензив дори воситаларнинг таснифи.	**2**
8	Юрак ишемик касаллиги этиологияси, патогенези, таснифи ва даволаш усуллари.	**2**
9	Миокард инфаркти, этиологияси, патогенези. Миокард инфарктида қўлланиладиган дори воситаларининг фармакодинамикаси.	**2**
10	Кардиомегалия келиб чиқиш сабаблари, кардиомегалия турлари, клиник симптомларининг ўзига хослиги, ЭКГ даги ва рентгенологик текширувлардаги ўзгаришлар хамда даволаш тамойиллари.	**2**
11	Юрак нуқсонларининг ривожланиш сабаблари. ЭКГ ва рентгенологик текширувдаги белгилари ва даволаш усуллари. Аортал юрак нуқсонларининг этиалогияси, патогенези, клиникаси ва диагностикаси.	**2**
12	Юрак нуқсонлари ривожланиши, этиологияси, патогенези, органик ва функционал юрак шовқинларининг ҳосил бўлиш механизми, нуқсонлар кечишининг ўзига хослиги.	**2**
13	Кардиомегалия сабаблари, сабабларига кўра даволаш, β-адреноблокаторлар ва юрак гликозидларни қўллашда ўзига хос хусусиятлари.	**2**
14	Қон айланиши етишмовчилиги этиологияси, патогенези, таснифи ва клиник кечиши. Юрак гликозидлари, β-блокаторлар, АПФ ингибиторлари, сийдик хайдовчи воситаларнинг қўллашдаги ўзига хос хусусиятлари.	**2**
15	Миокардит ва миокардиодистрофияларни этиологияси, патогенези ва даволаш усуллари. Миокардит ва миокардиодистрофияларни даволашда қўлланиладиган дори воситаларнинг фармакодинамикаси.	**2**
16	Перикардит ривожланиш сабаблари ва диагностикаси. ЎАТЕ(ТЕЛА) ва қаватланувчи аневризмаси этиопатогенези ва клиникаси.	**2**
17	Пневмония, туберкулез ва ўпка инфаркти этиологияси,	**2**

	патогенези, таснифи,клиник кўриниши ва шакллари. Текшириш усуллари ва асоратлари.	
18	Ўпка абцесси, ўпка раки, ўпка эхинококки клиник кўринишлари ва шакллари, текшириш усуллари, асоратлари.	**2**
19	Ўпка туберкулези ва ўпка раки этиологияси ва таснифи. Даволаш тамойиллари.	**2**
20	СОЎК (ХОБЛ) этиологияси, таснифи, клиник кўринишлари, текширув усуллари ва асоратлари.	**2**
21	Ревматик иситма ва ревматоидли артрит касалликларининг диагностик критериалари.	**2**
22	Серонегатив спондилоартритларнинг (Реактив артрит, Бехтерев касаллиги, псориатик артрит) диагностик критериалари.	**2**
23	Бириктирувчи тўқима диффуз касалликларининг диагностик критериалари, фаоллик даражалари ва даволаш усуллари.	**2**
24	Тизимли васкулит касалликларининг диагностик критериалари, активлик даражалари, даволаш усуллари ва профилактикаси. Даволашда қўлланиладиган дори воситаларининг фамакодинамикаси.	**1.5**
25	Тугунчали периартритнинг диагностик критериалари, активлик даражалари, даволаш усуллари ва профилактикаси. Даволашда қўлланиладиган дори воситаларнинг фармакодинамикаси.	**1.5**
26	Буйракнинг яллиғланиш ва иммун яллиғланиш касалликларининг этиологияси, патогенези, касалликнин клиник намоён бўлиши, диагностикаси ва активлик критериалари.	**1.5**
27	Нефропатияларнинг этиологияси, патогенези ва касалликни аниқлаш усуллари.	**1.5**
28	Шиш синдроми, сабаблари. Ташхислаш усуллари.	**1.5**
29	Дисфагия ривожланиш сабаблари, Дисфагия ривожланишидаги хавф омиллар.	**1,5**
30	Яра касаллигининг клиник кўринишлари, клинико-лаборатор мезонлари, асорати ва даволаш усуллари.	**1,5**
31	Панкреатит этиологияси, патогенези, ва таснифи. Ошқозон ости бези ўсмасида ўтказиладиган диагностик текширувлар.	**1,5**
32	Носпецефик ярали коллит асоратлари ва текширув усуллари.	**1,5**
33	Гепатомегалия билан кечувчи касалликлар этиопатогенези, клиник кўринишлари, даволаш тамойиллари.	**1,5**
34	Жигар циррози этиопатогенези, клиник кўринишлари ва даволаш тамойиллари.	**1,5**
35	Сариқлик билан кечувчи касалликлар этиопатогенези, клиник кўринишлари, касалликнинг синдромал диагностикаси.	**1,5**

36	Ошқозон-ичак касалликларидаги фармакотерапиянинг ўзига хос хусусиятлари ва асоратларидаги тактика.	**1,5**
37	Қарилик, касалликларни ўзига хос кечиши ва уларни даволашда индивидуал ёндошув.	**1,5**
38	Атеросклероз, ўпка эмфиземаси касаллиги диагностик критериалари ва таснифи.	**1,5**
39	Гастрит, яра касаллиги, коллитларнинг диагностик критерийлари ва таснифи.	**1,5**
40	Пиелонефрит ва сурункали буйрак етишмовчилиги диагностик критериалари.	**1.5**
41	Ички касалликларнинг бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.	**1.5**
42	Стандарт даволашлар (жадвал, схема, кроссворд)	**1.0**
	жами	**74 соат**

8. Талабалар мустақил ишларининг тематик режаси

2.Тиббий педагогика факультети учун

№	**Мустақил таълим мавзулари**	**Дарс соатлари ҳажми**
1	Юрак мушакларининг физиологик вазифалари. Нормал ЭКГ.	**3**
2	Аритмияда қўлланиладиган дори воситаларининг фармакодинамикаси.	**3**
3	Ўтказувчанлик бузилишининг этиологияси ва патогенези.	**3**
4	Гипертония касаллиги ва буйракка боғлиқ бўлган артериал гипертензия этиалогияси, патогенези, таснифи.	**3**
5	Эндокрин касалликларида кузатиладиган артериал гипертензия этиологияси, патогенези ва клиник белгилари.	**3**
6	Гипотензив дори воситаларнинг таснифи.	**3**
7	Гемодинамик ва церебрал артериал гипертензия этиалогияси, патогенези ва гипотензив дори воситаларнинг таснифи.	**3**
8	Юрак ишемик касаллиги этиологияси, патогенези, таснифи ва даволаш усуллари.	**3**
9	Миокард инфаркти, этиологияси, патогенези. Миокард инфарктида қўлланиладиган дори воситаларининг фармакодинамикаси.	**3**
10	Кардиомегалия келиб чиқиш сабаблари, кардиомегалия турлари, клиник симптомларининг ўзига хослиги, ЭКГ даги ва рентгенологик текширувлардаги ўзгаришлар хамда даволаш тамойиллари.	**3**
11	Юрак нуқсонларининг ривожланиш сабаблари. ЭКГ ва рентгенологик текширувдаги белгилари ва даволаш усуллари.	**3**

	Аортал юрак нуқсонларининг этиалогияси, патогенези, клиникаси ва диагностикаси.	
12	Юрак нуқсонлари ривожланиши, этиологияси, патогенези, органик ва функционал юрак шовқинларининг ҳосил бўлиш механизми, нуқсонлар кечишининг ўзига хослиги.	**3**
13	Кардиомегалия сабаблари, сабабларига кўра даволаш, β-адреноблокаторлар ва юрак гликозидларни қўллашда ўзига хос хусусиятлари.	**3**
14	Қон айланиши етишмовчилиги этиологияси, патогенези, таснифи ва клиник кечиши. Юрак гликозидлари, β-блокаторлар, АПФ ингибиторлари, сийдик хайдовчи воситаларнинг қўллашдаги ўзига хос хусусиятлари.	**3**
15	Миокардит ва миокардиодистрофияларни этиологияси, патогенези ва даволаш усуллари. Миокардит ва миокардиодистрофияларни даволашда қўлланиладиган дори воситаларнинг фармакодинамикаси.	**3**
16	Перикардит ривожланиш сабаблари ва диагностикаси. ЎАТЕ(ТЕЛА) ва қаватланувчи аневризмаси этиопатогенези ва клиникаси.	**3**
17	Пневмония, туберкулез ва ўпка инфаркти этиологияси, патогенези, таснифи,клиник кўриниши ва шакллари. Текшириш усуллари ва асоратлари.	**3**
18	Ўпка абцесси, ўпка раки, ўпка эхинококки клиник кўринишлари ва шакллари, текшириш усуллари, асоратлари.	**3**
19	Ўпка туберкулези ва ўпка раки этиологияси ва таснифи. Даволаш тамойиллари.	**2.5**
20	СОЎК (ХОБЛ) этиологияси, таснифи, клиник кўринишлари, текширув усуллари ва асоратлари.	**2.5**
21	Ревматик иситма ва ревматоидли артрит касалликларининг диагностик критериалари.	**2.5**
22	Серонегатив спондилоартритларнинг (Реактив артрит, Бехтерев касаллиги, псориатик артрит) диагностик критериалари.	**2.5**
23	Бириктирувчи тўқима диффуз касалликларининг диагностик критериалари, фаоллик даражалари ва даволаш усуллари.	**2.5**
24	Тизимли васкулит касалликларининг диагностик критериалари, активлик даражалари, даволаш усуллари ва профилактикаси. Даволашда қўлланиладиган дори воситаларининг фамакодинамикаси.	**2.5**
25	Тугунчали периартритнинг диагностик критериалари, активлик даражалари, даволаш усуллари ва профилактикаси. Даволашда қўлланиладиган дори воситаларнинг фармакодинамикаси.	**2.5**

26	Буйракнинг яллиғланиш ва иммун яллиғланиш касалликларининг этиологияси, патогенези, касалликнин клиник намоён бўлиши, диагностикаси ва активлик критериалари.	**2.5**
27	Нефропатияларнинг этиологияси, патогенези ва касалликни аниқлаш усуллари.	**2.5**
28	Шиш синдроми, сабаблари. Ташхислаш усуллари.	**2.5**
29	Дисфагия ривожланиш сабаблари, Дисфагия ривожланишидаги хавф омиллар.	**2.5**
30	Яра касаллигининг клиник кўринишлари, клинико-лаборатор мезонлари, асорати ва даволаш усуллари.	**2.5**
31	Панкреатит этиологияси, патогенези, ва таснифи. Ошқозон ости бези ўсмасида ўтказиладиган диагностик текширувлар.	**2.5**
32	Носпецефик ярали коллит асоратлари ва текширув усуллари.	**2.5**
33	Гепатомегалия билан кечувчи касалликлар этиопатогенези, клиник кўринишлари, даволаш тамойиллари.	**2.5**
34	Жигар циррози этиопатогенези, клиник кўринишлари ва даволаш тамойиллари.	**2.5**
35	Сариқлик билан кечувчи касалликлар этиопатогенези, клиник кўринишлари, касалликнинг синдромал диагностикаси.	**2.5**
36	Ошқозон-ичак касалликларидаги фармакотерапиянинг ўзига хос хусусиятлари ва асоратларидаги тактика.	**2.5**
37	Қарилик, касалликларни ўзига хос кечиши ва уларни даволашда индивидуал ёндошув.	**2.5**
38	Атеросклероз, ўпка эмфиземаси касаллиги диагностик критериалари ва таснифи.	**2.5**
39	Гастрит, яра касаллиги, колитларнинг диагностик критерийлари ва таснифи.	**2.5**
40	Пиелонефрит ва сурункали буйрак етишмовчилиги диагностик критериалари.	**2.5**
41	Ички касалликларнинг бирламчи, иккиламчи, училамчи профилактикаси ва диспансеризацияси.	**2.5**
42	Стандарт даволашлар (жадвал, схема, кроссворд)	**2.5**
	Жами:	**114 соат**

Фан бўйича курс иши. Фан бўйича курс иши намунавий ўқув режада режалаштирилмаган.

9. АМАЛИЙ КУНИКМАЛАР РУЙХАТИ

1. Юрак сохаси пальпацияси (юрак чукки турткисини аниклаш, бахолаш, кукрак кафаси титрашини аниклаш)
2. Юрак сохаси перкуссияси (юракнинг нисбий ва абсолют тумтоклик чегараси,

юрак кундаланг улчами, томирлар тутами кенглиги ва юрак конфигурациясини аниклаш)

3. Юрак аускультацияси (эшитиш нукталари аниклаш, тонлар ва шовкинларни бахолаш)
4. ЭКГ тушириш техникаси (аппарат ва беморни тайёрлаш, электродларни урнатиш ва ёзиб олиш)
5. Артериал кон босимни улчаш (танометрни тайёрлаш, бемор холати, кон босимини улчаш ва бахолаш)
6. Кукрак кафаси пальпацияси (огрикни бахолаш, товуш тебраниши, кукрак кафаси эластиклиги ва экскурсиясини бахолаш)
7. Ўпканинг киёсий перкуссияси (патологик холатларда иккала упкани киёслаш)
8. Ўпканинг топографик перкуссияси (упканинг юкори ва пастки чегараларини ва Кренинг майдонини аниклаш, упка пастки чегарасини харакатчанлигини бахолаш)
9. Ўпка аускультацияси (ўпкани орка ва олдинги томондан эшитиш нукталари аниклаш, нормал ва патологик нафас шовкинларини фарклаш)
10. Пикфлоуметрия утказиш (пикфлоуметрияга кўрсатма, текширишга тайёрлаш ва ўтказиш техникаси)
11. Пикфлоуметрия натижаларини бахолаш (пикфлоуметрия натижаларига кура, обструкция даражасини аниклаш ва касалликни прогноз килиш)
12. Корин бушлиги аъзолари юзаки ва чукур пальпацияси (бемор холати, пайпаслаш техникаси, огрикли нукталар, корин мушаклари таранглигини аниклаш, чамбар ичак, сигмасимон ичак, ёнбош ичакни пайпаслаш холатини бахолаш)
13. Жигар перкуссияси (перкуссия техникаси ва жигар улчамларини аниклаш)
14. Жигар ва ут пуфаги пальпацияси (пайпаслаш техникаси, жигарни пастки чегаралари холати, огрик, консистенцияси, юзасини бахолаш, корин бушлигида суюклик йигилганлигини аниклаш, ут копи холатини бахолаш)
15. Калконсимон без пальпацияси (бемор холати, техникаси, натижаларни бахолаш)
16. Терини текшириш (ранги, силликлиги, намлиги, бирламчи ва иккиламчи тери элементлари)
17. Ошкозонни ювиш (кўрсатма, карши курсатма, утказиш техникаси)
18. Бўғимлар функциясини текшириш ва баҳолаш
19. Буйраклар пальпацияси, перкуссияси

6.Асосий ва қўшимча адабиётлар ҳамда ахборот манбалари

Дарсликлар, қўлланмаларнинг рўйхати

Асосий адабиётлар

Асосий

1. Умумий амалиёт шифокори учун кулланма Ф.Г.Назиров, А.Г.Гадаев тахр. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2007.

2. Общая врачебная практика Под ред.Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
3. Справочник врача общей практики. Дж.Мёрта. М.:Практика, 1998.
4. Сборник практических навыков для врачей общей практики. Гадаев А. и др. Т., 2010.
5. Гериатрия в деятельности врача общей практики Насреддинова Н.Н. Т:Шарк, 2004
6. Внутренние болезни, том 1 Мухин Н.А. М.: ГЭОТАР- Медиа,2009
7. Внутренние болезни, том 2 Мухин Н.А. М.:ГЭОТАР- Медиа, 2009
8. Терапевтический справочник Вашингтонского Под ред. М.Вудли М.: Практика, 2000.
9. InternalMedicinePearls Clay B. Marsh 1993
10. HandbookofAmbulatoryMedicine ed. Philip D. Zieve 1995
11. TextbookofInternalMedicine Editor-in-Chief William N. Kelley 1997

Қўшимча адабиётлар

1. Ички касалликлар Шарапов У.Ф. Т:ИбнСино, 2003
2. Ички касалликлар Бобожанов С. Т:Янгиасравлод, 2008
3. Диагностика болезней внутренних органов. Окороков А.Н. Все томы.2005.
4. Лечение болезней внутренних органов. Окороков А.Н. Все томы.2005.
5. Клинические рекомендации для практикующих врачей Под ред. И.Н. Денисова и др. М.:ГЭОТАР-Медиа,2002
6. Внутренние болезни: учебник.- в 2-х т. (1т) Под ред. Мартынова и др. М.: ГЭОТАР-Медиа , 2005:
7. Внутренние болезни: учебник.- в 2-х т.(2 т.) Под ред. Мартынова и др. М.: ГЭОТАР-Медиа , 2005:
8. Секреты гастроэнтерологии. МакНелли П.Р. М.:Бином – СПб.: Невский диалект, 2001
9. Секреты ревматологии. Вест С.Дж. М.:Бином – СПб.: Невский диалект, 2001.
10. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. Виноградов А.В. М.: Медицинское информационное агенство, 2009.
11. Внутренние болезни в вопросах и ответах. Ред.Ю.Р.Ковалев. СПб.:ФОЛИАНТ, 2004.
12. Пищеварительная система. Тешаев О.Р. Т.:Тафаккур бустони, 2011
13. Респираторная система. Тешаев О.Р. Т.:Тафаккур бустони, 2011
14. Методическое пособие по реализации образовательного стандарта по подготовке ВОП Часть 1 2011. Ташкент
15. Амалий электрокардиография (Тиббиёт олий таълим муассасалари 6-7 курс талабалари ва умумий амалиёт шифокорлари учун услубий кулланма Тошкент 2011)
16. Аритмии и их лечение (Методическое пособие для врачей и студентов медицинских ВУЗов)Ташкент, 2011
17. Грипп и ОРВИ в практике врача общей практики (Методическое пособие для студентов 6-7 курсов медицинских ВУЗов и врачей общей практики)Ташкент 2011
18. Handbook of Interpretation of Diagnostic Tests Jacques Wallach.

1998
19. Manual of cardiovascular diagnosis and therapy Joseph S. Alpert

Интернет медицина сайтлари:
20.www.bsmi.uz
21.www.medlook.ru
22.www.medtext.ru
23.www.medkniga.ru

Фан бўйича курс иши. Фан бўйича курс иши намунавий ўқув режада режалаштирилмаган.

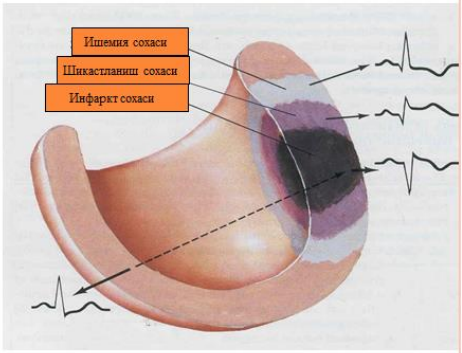
9. АМАЛИЙ КУНИКМАЛАР РУЙХАТИ

1. Юрак сохаси пальпацияси (юрак чукки турткисини аниклаш, бахолаш, кукрак кафаси титрашини аниклаш)
2. Юрак сохаси перкуссияси (юракнинг нисбий ва абсолют тумтоклик чегараси, юрак кундаланг улчами, томирлар тутами кенглиги ва юрак конфигурациясини аниклаш)
3. Юрак аускультацияси (эшитиш нукталари аниклаш, тонлар ва шовкинларни бахолаш)
4. ЭКГ тушириш техникаси (аппарат ва беморни тайёрлаш, электродларни урнатиш ва ёзиб олиш)
5. Артериал кон босимни улчаш (танометрни тайёрлаш, бемор холати, кон босимини улчаш ва бахолаш)
6. Кукрак кафаси пальпацияси (огрикни бахолаш, товуш тебраниши, кукрак кафаси эластиклиги ва экскурсиясини бахолаш)
7. Ўпканинг киёсий перкуссияси (патологик холатларда иккала упкани киёслаш)
8. Ўпканинг топографик перкуссияси (упканинг юкори ва пастки чегараларини ва Кренинг майдонини аниклаш, упка пастки чегарасини харакатчанлигини бахолаш)
9. Ўпка аускультацияси (ўпкани орка ва олдинги томондан эшитиш нукталари аниклаш, нормал ва патологик нафас шовкинларини фарклаш)
10. Пикфлоуметрия утказиш (пикфлоуметрияга кўрсатма, текширишга тайёрлаш ва ўтказиш техникаси)
11. Пикфлоуметрия натижаларини бахолаш (пикфлоуметрия натижаларига кура, обструкция даражасини аниклаш ва касалликни прогноз килиш)
12. Корин бушлиги аъзолари юзаки ва чукур пальпацияси (бемор холати, пайпаслаш техникаси, огрикли нукталар, корин мушаклари таранглигини аниклаш, чамбар ичак, сигмасимон ичак, ёнбош ичакни пайпаслаш холатини бахолаш)
13. Жигар перкуссияси (перкуссия техникаси ва жигар улчамларини аниклаш)

14. Жигар ва ут пуфаги пальпацияси (пайпаслаш техникаси, жигарни пастки чегаралари холати, огрик, консистенцияси, юзасини бахолаш, корин бушлигида суюклик йигилганлигини аниклаш, ут копи холатини бахолаш)
15. Калконсимон без пальпацияси (бемор холати, техникаси, натижаларни бахолаш)
16. Терини текшириш (ранги, силликлиги, намлиги, бирламчи ва иккиламчи тери элементлари)
17. Ошкозонни ювиш (кўрсатма, карши курсатма, утказиш техникаси)
18. Бўғимлар функциясини текшириш ва баҳолаш
19. Буйраклар пальпацияси, перкуссияси

6.3.ТАРҚАТМА МАТЕРИАЛЛАР

Тарқатма материал



МИ умумий шикоятлари

- 30 дакикадан ва ундан кўп давом этувчи юрак сохасида ва тўш ортида санчувчи, куйдирувчи, босувчи оғриклар,
- нам, епишқоқ тер ажралиши
- кўнгил айниш, қайд қилиш
- хансираш ва хушдан кетиш

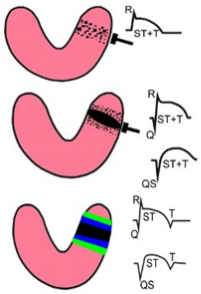
НЕКРОЗ ЎЧОҒИНИНГ МИОКАРД ҚАВАТЛАРИГА ТАРҚАЛИШИ ВА ЧУҚУРЛИГИГА КЎРА ҚУЙИДАГИ МИ ТУРЛАРИ ТАФОВУТЛАНАДИ:

КИЧИК ЎЧОҚЛИ- Q ТИШЧАСИЗ (СУБЭНДО-, СУБЭПИ-КАРДИАЛ Е ИНТРАМУРАЛ). ЭКГ ДА АСОСАН ST СИГМЕНТИ ВА Т ТИШЧАСИД ЎЗГАРИШЛАР КУЗАТИЛАДИ.

КАТТА ЎЧОҚЛИ- Q ТИШЧАЛИ (НОТРАНСМУРАЛ МИОКАРД ҚАВАТЛАРИНИНГ 50% И ШИКАСТЛАНГАН) – ЭКГДА ПАТОЛОГИК ТИШЧАСИ ПАЙДО БЎЛИБ, ST СЕГМЕНТИ ВА Т ТИШЧАСИДА ЎЗГАРИШЛАР КУЗАТИЛАДИ, ХАМДА R ТИШЧАСИ САҚЛАНИБ ҚОЛ

ТРАНСМУРАЛ- Q ТИШЧАЛИ (НЕКРОЗ ЎЧОҒИ МИОКАРДНИНГ МАЪЛУМ БИР СОХАСИДАГИ БАРЧА ҚАВАТЛАРИНИ ШИКАСТЛАГАН ЭКГ ДА QRS КОМПЛЕКСИ QS КЎРИНИШИДА БЎЛАДИ, ХАМДА СЕГМЕНТИ ВА Т ТИШЧАСИДА ЎЗГАРИШЛАР КУЗАТИЛАДИ.

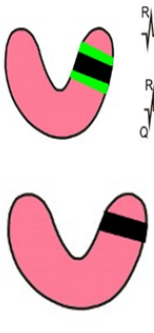
ИМ БОСКИЧЛАРИ



1.Продромал (инфарктидан олдинги давр)- бир неча соатдан бир ойгача, баъзан бўлмаслиги хам мумкин. Ушбу даврда ностабил стенокардиянинг клиник белгилари кузатила*ди.*

2.Ўта ўткир даври – 30 дақиқадан 2 соатгача давом этади.

3.Ўткир даври –2 соатдан 14 кунгача давом этади.

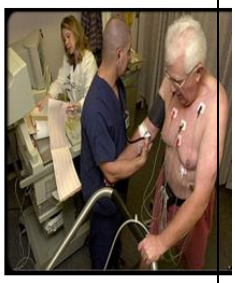


4. **Ўткир ост** 14 КУНДАН-3 ДАВОМ ЭТАДИ

5. **Чандикла даври 3-6** ОЙ ЭТИБ, КАСАЛЛ АСОРАТЛАНМА БЕМОР ХЕЧ ҚА ШИКОЯТЛАР БИЛДИРМАЙДИ

Tashxis:

- Bemor shikoyatlari;
- Anamnez malumotlari;
- UQT (leykositoz,echt);
- QBT (kfk, ast, troponin);
- EKG;
- Funksional testlar
- Koronarografiya
- Exokg

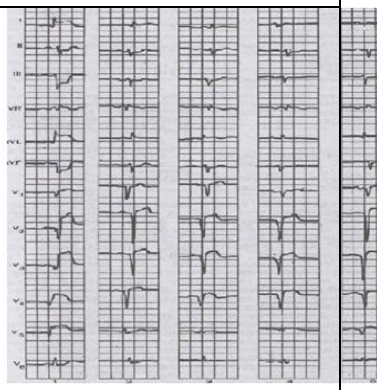


Лаборатор текширишлар ():

- гемоглобин
- УХС; ХС ЗЮЛП, ХС ЗПЛП, ХС ЗУПЛП, ТГ
- глюкоза

МИ шубха кузатилганда:

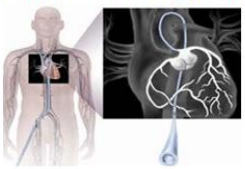
- Лейкоцитлар (8-9 х109/л дан юкори биринчи соатидан 2-4 кунигача, кейин пасайиш)
- Тромбоцитлар (180-320х109/л, 320 г/л юкори)
- СОЭ (Э 1-10 мм/с; А 2-15 мм/с; 10-15 мм/с куп 2-3 кунидан бошлаб 2 хафтагача, кейин пасайиш)
- Коагулограмма (ПТИ 80-100%, 100 % юкори), плазманинг фибриногени (2-4 г/л, 4 г/л юкори), фибринолитик активлиги (0,8-1,2 г/л, (7-11 дак., 12 дак. юкори)
- КИВ (Сухарев буйича) нормада 2-5 дак., 5 дак. юкори
- Умумий КФК: Э < 195 Е/л, А < 170 Е/л. биринчи 4-8 соатида ошади ва юкори активлиги 12-24 соатида кузатилади.
- ЛДГ, ЛДГ1 < 248 Е/л, МИ бошлангандан сунг 2 соат утгач
- Миокарднинг шикастланиш маркерлари: тропонин



№	Некроз ўчогининг жойлашиш сохаси	ЭКГ тармоклари
I. Олдинги девор МИ		
1	олдинги –ён девор	I, aVL, V5, V6
2	олдинги- тўсик сохаси	V1-V3, I, aVL
3	олдинги -чўккн	V3, V4
4	олдинги таркалган (олдинги- тўсик сохаси ва олдинги –ён девор)	I, aVL, V1- V6, III, aVF
II. Орка девор МИ		
1	орка -диафрагмал	III, aVF, II, I, aVL, V1-V4
2	орка - базал	V1-V3 да R тишчанинг баландлаши ва V1-V4 да ST сегментини депрес кўринишидаги рецирок ўзгарили V7-V9 тармокларда QRS комплекси Т тишчаси деормацияси.
3	орка – ён девор	I, II, III, aVL, aVF, V6. V1-V2 рецирок ўзгаришлар.
4	орка –таркалган (орка –диафрагмал ва орка – ён девор)	II, III, aVF, V5-V9. V1-V3 да рецир ўзгаришлар.
III	Ён девор МИ	I, II, aVL, V5, 6.

КОРОНАР АНГИОГРАФИЯ.

КОРОНАР АНГИОГРАФИЯ КОРОНАР АТЕРОСКЛЕРОЗ МАВЖУДЛИГИНИ ИШОНЧЛИ АНИҚЛАШ УСУЛЛАРИДАН БИРИ ХИСОБЛАНИБ, ТОЖ АРТЕРИЯЛАРНИНГ ТОРАЙИШ ДАРАЖАСИ ВА ЎЛЧАМИНИ АНИҚЛАШГА КАТТА ЁРДАМ БЕРАДИ.

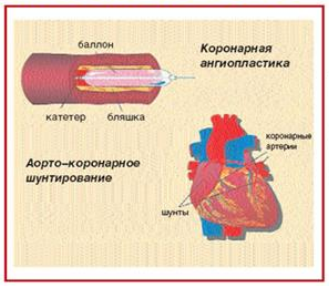


КАГ нимани аниқлаб беради

Қон томирларнинг торайиш даражасини

- I даража — 50%;
- II даража — 50дан 75% гача;
- III даража —75% куп;
- IV даража — КА окклюзияси

АКШ ВА СТЕНТЛАШ



Davolash

Nomedikamentoz

- Xavf omillarni erta aniqlash hamda mumkun qadar bartaraf etish bemorlar hayot sifatini yaxshilaydi va kasallikning asoratlanishi hamda to'satdan o'lim xavfini kamaytiradi.

ИМ ШИФОХОНАДА ЎТКАЗИЛАД КЕЙИНГИ ЧОРА – ТАДБИРЛ

- Беморни биринчи 24-28 соат давомида маж тартибга риоя қилиши;
- Пархезга риоя қилиш (енгил овқатла
- 7-12 кундан кейин беморни доимий фаол х холатига қайтариш (асоратсиз кечга
- Қон зардобида тез-тез электролитлар миқдо
- Тинчлантирувчи дори воситаларини та
- Тромбоэмболик асоратлар, варфарин
- Юрак етишмовчилиги белгилари пайдо бў билан бир қаторда диуретиклар (верашпирон гипотиазид) бериш

Davolash

Medikamentoz:

- Nitratlar;
- B-blokatorlar
- Statinlar
- Ca-antogonistlari
- Antikoagulyantlar
- Antiagregantlar
- Trombolitiklar
- AAFI
- Antiaritmik dori vositalari

Диспансер кузатув:

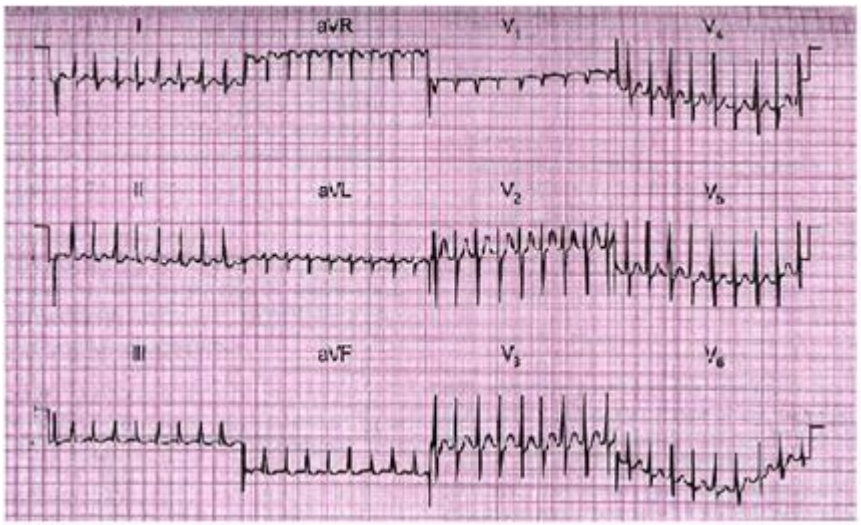
Хамма стабил зўрикиш стенокардия билан оғриган беморлар «Д» кузатувда туришлари шарт. Улардан хавфи юкори гурухига куйдагилар киради:

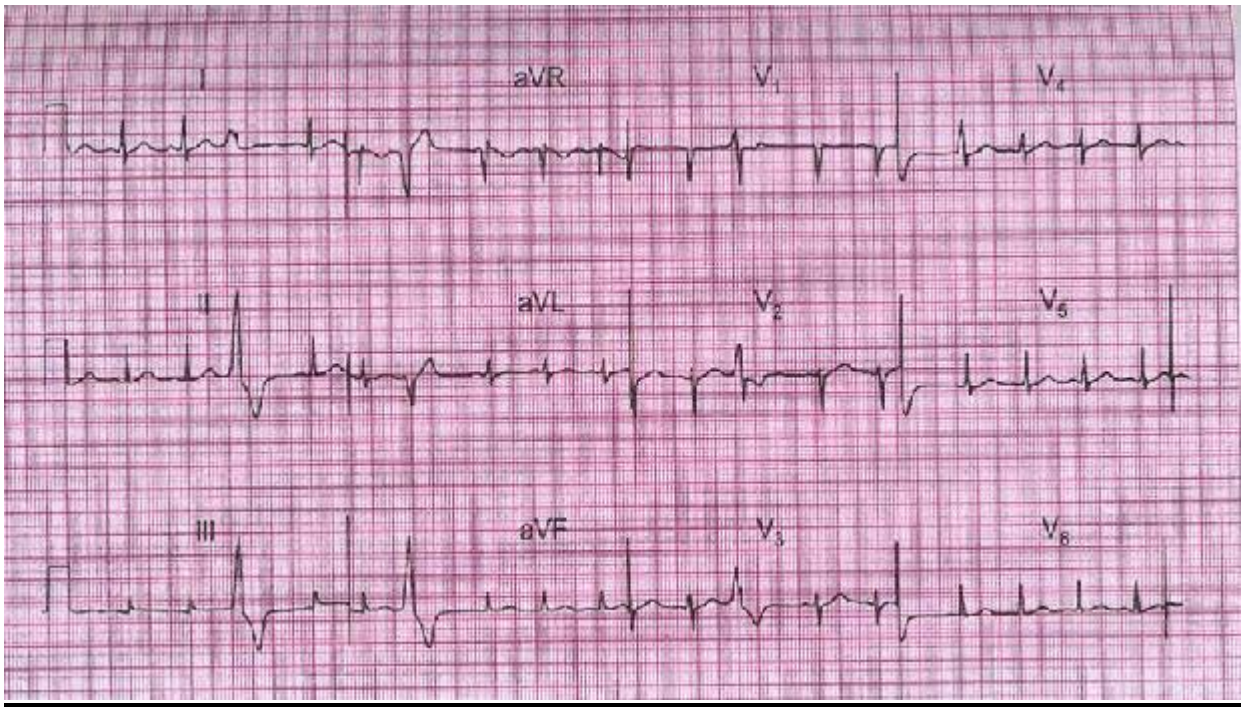
- Анамнезда ЮИК мавжудлиги, ҚАЕ
- ЮИК ностабил кечиш
- Тез-тез кайталанадиган оғриксиз миокард ишемияси
- Жиддий ритм бузилишлари
- Оғир ёндош касалликлар (қандли диабет, мияда қон айланишининг бузилишлари ва хоказо).

«Д» кузатувлар нимадан иборат: УАШга систематик кўриниш ёки кардиолог назоратида туриш 1 марта хар 6-12 ой ичида. Хамда йил давомида 1 марта инструментал текширишлардан ўтиш: ЭКГ, ЭхоКГ, юклама билан текшириш, липидлар миқдорини аниклаш, кўрсатма билан Холтер мониторлаш, ЭКГ. Юкоридагилардан ташқари асосий қоида адекват медикаментоз даволаш ва ХО коррекция буюриш, масалан «Саломатлик мактабларида» ўқиш.

Юрак ишемик касаллигини даволашга умумий табс (профилактика тамойилари)

- ЮИК ва унга олиб келувчи хавф омиллари тўғри-си тушунча бериш ва уни самарали даволаш усуллари и чикилганлигини беморга тушунтириш;
- Беморда мафжуд бўлган хавф омилларни аниқлаш в бартараф этиш йўлларини тушунтириш (хайвон ёғлар тузи миқдори чегараланган мева- савзаотларга бой риоя қилиш, зарарли одатлардан воз кечиш, СТТ оли тана вазнини камайтириш, касаллик оғирлигидан ке жисмоний машғулотлар билан шуғулланиш);
- Эмоционал холатларга ва атрофдаги келишмовчи-л психотерапия ўтказиш;
- Стенокардия хуружини олдини олиш ва уни бартар усулларини ўргатиш





КЎКРАК ҚАФАСИДАГИ ОҒРИҚЛАРНИНГ СОЛИШТИРМА ТАШХИСИ.
ИНФАРКТ МИОКАРД КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ.
УАШ ТАКТИКАСИ.
ЮИК ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ

THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF CHEST PAIN. FEATURES OF MYOCARDIAL INFARCTION. THE TACTICS OF THE GP. THE PRINCIPLES OF PREVENTION AND TREATMENT.

МАЪРУЗАЧИ: ДОЦЕНТ Н.М. НУРИЛЛАЕВА

КЎКРАК ҚАФАСИДАГИ ОҒРИҚЛАРНИНГ САБАБЛАРИ

Ҳаётга хавф солувчи холат
Кўкс оралиғи аъзолари касаллиги:
медиастинит
кизилўнгач шикастланиши
Қон томирлар касаллиги:
Қаватланувчи аорта
аневризмаси
ўпка артерияси
тромбозэмболияси

Юрак касалликлари:
миокард инфаркти
стенокардия
перикардитлар

Нафас олиш тизими касалликлари:
ўпка инфаркти
пневмоторакс
плеврит
пневмония

Ҳаётга хавф солмайдиган холат
Кўзғалишли бузилишлар, жумладан
ипервентиляцион синдром
Умуртқа поғонаси бўйин ва кўкрак қисми касалликлари
Кўкрак кафасини шикастланиши:
уриб олиш
ковурға синиши
ковурғанинг тоғай кисмини
ллиғланиши, Титце синдроми
Инфекциялар:
ўраб олувчи темиратки
эпидемик миалгия
Ошқозон ичак тизими касалликлари:
эзофагит
эзофагоспазм
ошкозон ва 12 бармок ичак яра
асаллиги
аэрофагия
ўт коши касалликлари

Марказий Осиё республикаларида ЮҚТ касалликларидан ўлим Европа мамлакатлари кўрсатгичларидан 2,7 марта кўп, 65 ёшдан катталар орасида эса бу кўрсатгич 4,6 ни ташкил этади

Ёш катталашиши билан стенокардия билан оғриганлар сони ортиб боради. 45- 54 ёш оралигидаги аёлларда 0,1-1% ни, 65-74 ёшда 10-15% ни, 45-54 ёшдаги эркаклар орасида эса 2-5%, 65-74 ёшда 10-20 % ни ташкил этади.

Таъкидлаб ўтиш лозимки фақат 40-50% беморлар ўзида ЮИК мавжудлигини биладилар ва мос даволаш муолажаларини қабул қиладилар, 50-60% беморлар эса аникланмаганлигича қолади.

ЮИК асосий патоморфологик субстрати коронар қон томирларнинг атеросклеротик торайиш

ЮИК НИ РИВОЖЛАНИШИ ВА АВЖ ОЛИШИДА АХАМИЯТ КАСБ ЭТУВЧИ ХАВФ ОМИЛЛАРИ

- Ижтимоий ва хулқ атворга алоқадор: нотўғри овқатланиш, чекиш, спиртли ичимликлар, гиподинамия, паст ижтимоий ва маълумот даражаси.
- Биопогик: гипертония, дислипидемия, гиперинсулинемия, гипергликемия, тромбоген омиллар
- Атроф мухит: ифлосланган хаво, сув, тупроқ.

Натижада ривожланади: ЮИК, инсульт, ўсма, диабет, остеопороз, семириш, захарланиш, жарохатлар.

СТЕНОКАРДИЯ

- ОҒРИҚЛАР ОДАТДА ЭЗУВЧИ, СИҚУВЧИ, КУЙДИРУВЧИ, БОСУВЧИ ХУСУСИЯТЛАРГА ЭГА БЎЛИБ, ЧАП ҚЎЛГА, ПАСТКИ ЖАҒГА, БЎЙИНГА, БЕЛГА УЗАТИЛАДИ ВА АЙРИМ ХОЛЛАРДА ХАНСИРАШ, ТЕРЛАШ, ЎЛИМДАН ҚЎРҚИШ ХИСИ БИЛАН КЕЧАДИ.
- ОҒРИҚЛАР КУЧЛИ, КУЧСИЗ 1-2ДАН 20 ДАҚИҚАГАЧА ДАВОМ ЭТИШИ МУМКИН.
- ОҒРИҚЛАР ЖИСМОНИЙ ЁКИ ЭМОЦИОНАЛ ЗЎРИҚИШ ВАҚТИДА, СОВУҚДА ЁКИ ОВҚАТЛАНГАНДАН СЎНГ ПАЙДО БЎЛАДИ ВА ТИНЧ ХОЛАТДА ЁКИ НИТРОГЛИЦЕРИННИ ТИЛ ОСТИГА ҚАБУЛ ҚИЛГАНДАН СЎНГ ЎТИБ КЕТАДИ

Classification of IHD (with changes of IV congress of cardiologists of Uzbeki 2000)

- **1. Sudden coronary death** - Тўсатдан коронар ўлим
- **2. Stenocardia:** - Стенокардия:
- **2.1. Stable stenocardia with extension (4 FC)**-Стаб. зўриқиш стен. (4 ФС)
- **2.2. No stable stenocardias:** - Ностабил стенокардия:
- **First appeared stenocardia** - Биринчи пайдо булган стенокардия
- **Progressing stenocardia with extension** - Авж олиб борувчи стенокардия
- **Spontaneous (particular) stenocardia with extension**-Спонтан стенокардия
- **Early post-infarction stenocardia** - Эрта инфарктдан кейинги стенокардия
- **Early post-operation stenocardia** - Эрта операциядан кейинги стенокардия
- **3. Painless myocardial ischemia** - Огривсиз миокард ишемияси
- **4. Myocardial infarction** - Миокард Инфаркти
- **- with Q tooth** - Q тишчали
- **- without Q tooth** - Q тишчасиз
- **4. Post-infarction cardio sclerosis** - Инфарктдан кейинги кардиосклероз
- **5. Disturbances of heart rhythm (with indication of form)**- Ритм бузилиши (шакли кўрсатилади)
- **6. Heart insufficiency (with indication of stage and FC by NYHA)** ҚАЕ (босқич ва ФС кўрсатилади)

THE CANADIAN SOCIETY OF CARDIOLOGISTS SUGGESTED THE FOLLOWING CLASSIFICATION OF STENOCARDIA (1976):

CLASS 1. «USUAL PHYSICAL ACTIVITY DOES NOT CAUSE A STENOCARDIA ATTACK». SUCH, AS WALK (MORE THAN 500 M) OR GOING UP THE STAIR (UP TO 2ND FLOOR).

CLASS 2. «SMALL RESTRICTION OF A USUAL LOAD». THE ATTACK ARISES AT WALKING OR FAST LIFTING UP A STAIR, DURING MEAL, AT A COLD, A WIND, AT PSYCHO-EMOTIONAL OVERLOADS, OR IN SOME HOURS AFTER AWAKENING. WALK MORE THAN 100-200 M IN NORMAL RATE AND LIFTING UP A STAIR HIGHER THAN 1ST FLOOR DOES NOT CAUSE A STENOCARDIA ATTACK.

CLASS 3. «THE EXPRESSED RESTRICTION OF USUAL PHYSICAL ACTIVITY». ATTACKS TAKE PLACE AT WALKING ON 100-200 M AND LIFTING TO 1ST FLOOR ON A STAIR.

CLASS 4. «DISABILITY TO CARRY OUT ANY PHYSICAL ACTIVITY WITHOUT DISCOMFORT». STENOCARDIA SYMPTOMS CAN ARISE WHILE RESTING.

1. **ЭКГ** (ST СЕГМЕНТИНИНГ ДЕПРЕССИЯСИ)
2. **ЭхоКГ**. ЧАП КОРИНЧА МИОКАРДИНИНГ УМУМИЙ КИСКАРИШ ФУНКЦИЯСИНИ (ОФ) ВА ЛОКАЛ ҚИСКАРИШ БУЗИЛИШЛАРИНИ АНИҚЛАБ БЕРАДИ
3. **ТРЕДМИЛ-ТЕСТ ВА ВЕЛОЭРГОМЕТРИЯ** (ЮКЛАМА БИЛАН ТРЕДМИЛДА ЕКИ ВЕЛОЭРГОМЕТРДА)

Юклама билан утказиш синамасининг кўрсатмалари:

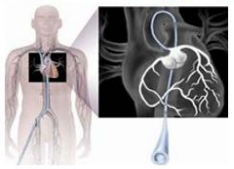
- ЮИК қиёсий ташхислаш ва турини аниқл
- ЮИК оғриган беморларда индивидуал толерантлигини, стенокардиянинг ФС аниқлаш;
- Даволаш, хирургик ва реабилитацион чораларнинг самаралигини аниқлаш;
- ЮКТК оғриган беморларда иш кобилияти ва башоратини бахолаш ;
- Антиангинал дориларнинг самаралигини ўрганиш ва аниқлаш.

Юклама билан текшириш синаманинг мусбатлиги нимадан иборат:

1. Юрак ёки тўш орқасида сиқилиш ва стенокардитик оғриклар пайдо бўлса
2. ЭКГдаги ўзгаришлар (ST интервалининг пасайиши ёки кўтарилиши > 1мм юқори).
3. Ҳамда оғриқсиз ST сегментининг кўтарилиши ёки пасайиши холатларида

КОРОНАР АНГИОГРАФИЯ.

КОРОНАР АНГИОГРАФИЯ КОРОНАР АТЕРОСКЛЕРОЗ МАВЖУДЛИГИНИ ИШОНЧЛИ АНИҚЛАШ УСУЛЛАРИДАН БИРИ ХИСОБЛАНИБ, ТОЖ АРТЕРИЯЛАРНИНГ ТОРАЙИШ ДАРАЖАСИ ВА ЎЛЧАМИНИ АНИҚЛАШГА КАТТА ЁРДАМ БЕРАДИ.



ЮИК даволаш тамойиллари

2та асосий максад:

- Биринчи – МИ ва тўсатдан ўлимни олдини олиш билан прогнозини яхшилаш ҳамда х давомини узайтириш. Бу мақсадга эришиш учун ўткир тромбоз белгиларни йўқотиш в қоринчалар дисфункциясини коррекциялаш кўрсатилган.
- Иккинчи – стенокардия хуружларининг кайталанишини камайтириш ва хаёт сифатини яхшилаш

СТАБИЛ СТЕНОКАРДИЯНИ ШИФОХОНА ШАРОИТИДА ДАВОЛАШГА КЎРСАТМАЛАР:

- АМБУЛАТОР ДАВО ЯХШИ САМАРА БЕРМАГАНДА;
- КАСАЛЛИКНИ АВЖЛАНИШИГА ЁКИ МИ ГА ШУБХА ТУҒИЛГАНДА;
- АСОРАТЛАР (ЎТКИР ЁКИ СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИНИ АВЖЛАНИШИ, ЎПКА ШИШИ, ЮРАК РИТМИ ВА ЎТКАЗУВЧАНЛИГИ БУЗИЛИШИ, ТРОМБОЭМБОЛИЯЛАР) РИВОЖЛАНГАНДА;
- ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИ БИЛАН БИРГА КЕЧГАН ИБС ДА ГИПЕРТОНИК КРИЗЛАР КУЗАТИЛГАНДА

СТАБИЛ СТЕНОКАРДИЯ I ВА II ФС ОП ВА КВП ШАРОИТИДА ДАВОЛАНАДИ

ЮИК МЕДИКАМЕНТОЗ ДАВОЛАШ

Антиангинал дори воситалар	• Нитратлар • Коронаролитиклар
БАБ	• Метопролол • Бисопролол
Антиагрегант ва антикоагулянтлар	• Аспирин • Гепарин

ЮИК МЕДИКАМЕНТОЗ ДАВОЛАШ

Кальций Антагонистлар	• Амлодипин
Статинлар	• Симвастатин • Аторвастатин
Бошқа антиангинал дори воситалар	• Триметазидин гурухи

СТЕНОКАРДИЯ ХУРУЖИДА БИРИНЧИ ЁРДАМ

сифатида қуйида санаб ўтилган дори воситалардан биронтаси қўлланилади.

- Нитроглицерин -300-600 мкг тил остига;
- Изосорбид динитрат хар 5 минутда тил остига 5 мг дан (3 мартагача) 15 минут давомида;
- Нитроглицерин дозаланган аэрозоль, 1-2 нафас олганда (3 мартагача) 15 минут давомида;

ЮИКда УАШ тактикаси

1. ЮИК профилактикаси (ЮИК чалинган беморларни эрта аниқлаш, ХО қарши курашиш, СТТ ўтказиш ва ҳоказо)
2. ЮИК чалинган беморларни диспансер кузатиш
3. Барча стенокардия турларини ва МИ вактида аниклаш ШП ва ҚВП шароитида
4. ЮИК диагностикасида информатив текширишларни буюриш
5. Стабил зўрикиш стенокардия III ва IV ФС, ностабил стенокардия, ЎКС, МИ, юқори градациядаги ритм ва ўтказувчанлик бузулишлари, КАЕ II, III, IV ФК NYHA буйича госпитализация буюриш

Номуким стерокардияни даволаш изчиллиги.

№	
1	Огрикни бартараф килиш.
2	Антиангинал воситалар ёрдамида миокард ишемиясини йўкотиш (нитратлар, В-адреноблокаторлар; кальций антагонистлари).
3	Антикоагулянт (гепарин) ва антиагрегант (аспирин, тиклопидин) ёрдамида ўткир миокард инфаркти ривожланиши хавфи ва ўлим хавфини камайтириш.
4	Баллонли коронар ангиопластика ва аорта-коронар шунтлаш.

Ангиноз хуружда тез ёрдам стандарти.

№	

1	Ангиноз хуруж пайтида: - беморни оёкларини осилтириб ўтиргизиш керак; - нитроглицерин таблеткаси ёки аэрозол 0,4-0,5мг 3 марта 3мин. оралатиб тил остига (нитроглицеринни кўтара олмаса, Вальсальва синамаси ёки каротид синус массажи); - жисмоний ва рухий дам; - АКБ ва юрак ритмини коррекциялаш.
2	Стенокардия хуружи утмаганда: - оксигенотерапия; - зўрикиш стенокардиясида – анаприлин 10-40мг тил остига; вариант стенокардияда – нифедипин 10мг тил остига ёки томчи холида ичишга; - гепарин 10000 ТБ в/и; - ацетилсалицилат кислота 0,25г чайнашга берилади.
3	Огрик ифодаланиш даражаси, ёши, ахволига караб (хуружни чўзилшига йул куймасдан): фентанил 0,05-0,1мг ёки промедол 10-20мг ёки буторфанол 1-2мг ёки анальгин 2,5г + дроперидол 2,5-5мг в/и секин ёки бўлиб-бўлиб килинади.
4	Коринчали экстрасистолаларнинг 3-5 градациясида: - лидокаин в/и секин 1-1,5мг/кг ва хар 5мин ичида 0,5-0,75мг/кг таъсир юзага чиккунча 3мг/кг гача ошириш мумкин. Олинган натижани узайтириш учун – лидокаин 5мг/кг м/о га юборилади. -
5	Ностабил стенокардия ёки миокард инфарктига шубха килинганда – ахвол имкон кадар тургунлашгач, госпитализация килиш керак.

Ўткир коронар синдром даволаш.

1	Огрик синдромини даволаш (наркотик анальгетиклар – морфин: 1% ли эр-сидан 1-2мл м/о ёки т/о ёки 1% 0,3-0,5мл в/и, ёки промедол, омнопон 1% ли эр-сидан 1-2мл). Нейролептанальгезия: дроперидол 0,25% ли эр-сидан 2-4мл ва фентанил 0,05% ли эр-сидан 1-2мл в/и ёки м/о га, азот оксиди билан ингаляцион наркоз.
2	Оксигенотерапия (намланган кислородни бурун катетери оркали 4л/мин тезликда 24-48 соат ичида ингаляция
3	Антикоагулянт терапия: гепарин 5-10минг ТБ в/и га, кейин кунига 20-40минг ТБ 4-6махал т/и га юбориш.
4	Фибринолитик терапия: фибринолизин 80000-100000 Б препарат кукуни 0,9% ли NaCl нинг 500мл эр-сида ёки стрептодеказа, алтеплаза.
5	Антиаггрегантлар билан даволаш: аспирин 160-325 мг/сутка.
6	Юрак ритми бузилишини даволаш ва олдини олиш: лидокаин 120мг (2% - 3,0)

	узлуксиз юбориш, кейин 200мг (2% - 5,0) в/и томчилаб, В-адреноблокаторлар.
7	Миокард инфарктининг ўлчамини чегаралаш: изокет 0,1% - 10,0, ёки нитроглицерин 2мл 1% ли эр-си NaCl нинг 0,9% - 200мл эр-сида; В-адреноблокаторлар – обзидан 5-10мг NaCl нинг 0,9% - 200мл эр-сида, атенолол 50мг 2 марта.
8	Метаболик терапия: кутбловчи бирикма – глюкоза 10% - 250мл, KCl 4% - 10мл, инсулин 6-8 ТБ; витамин Е 30% - 1мл м/о; неотон 30г гача в/и; ретаболил м/о.
9	МНС функционал холатини меъёрлаштириш: рационал психотерапия ва психотроп моддаларни асосий психопатологик синдромга караб ишлатиш; Масалан: феназепам 0,25-0,5мг 3махал.

Ўпка - юрак реанимациясининг асосий коидалари.

№	
1	Бемор каттик текис жойга ёткизилади, бошини максимал оркага ташлаб, оёкларини кўтариб еткизиш керак.
2	Массаж килувчининг кўллари бир-бирининг устига шундай жойлаштириладики, кафтнинг асоси тўш устига, катьий ўрта чизик буйлаб жойлаштирилиб, киличсимон ўсимтадан 2 кўндаланг бармок тепада бўлиши керак.
3	Тўшнинг умуртка погонаси томон силжитишни секин, 4-5см.га массаж килувчи кўлларини букмасдан, ўз огирлиги билан амалга оширилади.
4	Хар бир компрессия давомийлиги улар орасидаги вактга тенг бўлиши керак : тезлиги 1 минутда 90та, пауза вактида кўллар касалнинг тўш сохасида бўлади.
5	ЎСВ ўтказиш учун бемор боши оркага ташланиб, пастки жаги олдинга тортилади.
6	Хавони бемор огзига ёки хаво ўтказувчи найга пуфланади, шу пайтда бемор бурни ёпилади ёки ёпик никобли Амбу копи билан хаво юборилади; хар 5 массаж харакатидан кейин 1 мин.да 12 марталик тезликда килинади (реаниматор 1 киши бўлса, хар 15 массаж харакатидан кейин 2та кетма-кет пуфлаш).
7	Иложи бўлса, 100% ли O_2 ишлатиш керак ва трахея интубация килинади.
8	Огзида олинадиган тиш протезлари ва бошка ёт жисмлар бўлса, кўл билан олиб ташланади.
9	Ошкозон таркиби регургитация бўлганда Селлик синамаси килинади (хикилдок халкумнинг орка деворига кисилади). Бемор бошини бир неча сонияга ёнга буриб, огиз ва халкум таркиби тампон ёки сўргич билан олиб ташланади.

10	хар 5мин.да вена ичига адреналин юборилади.
11	Доимий равишда реанимацион чоралар самараси бахолаб борилиши керак : тери ва шиллик каватлар ранги, корачиклар торайиши ва ёругликка жавоб реакцияси пайдо бўлиши, спонтан нафас олишнинг тикланиши ва яхшиланиши, уйку артериясида пульс пайдо бўлиши.

Юракни ЭХОКГ ва допплер текшируви натижаларига кўра малакали хулоса чикариш.

1	Текширув тури: М-модал текширув, 2 ўлчамли текширув, импульсли допплер текширув, рангли допплер сканерлаш, стресс-эхокардиография ва бошкалар.
2	Текширув ўтказилди: - эхокардиография лабораториясида; бемор ёток жойида; жаррохлик хонасида.
3	Чап коринча: Тузилиши ва функцияларининг бузилиши; бўшликларнинг ўлчамлари; глобал кискарувчанлик; деворларнинг калинлиги; хайдаш фракцияси; диастола сўнгидаги хажм; диастола сўнгидаги хажм индекси; миокард вазни; миокард вазни индекси; зарба хажми; кон окиш минутлик хажми; максимал коринчалар ичи градиент босими.
4	Ўнг коринча: Тузилиши ва функцияларининг бузилиши; бўшликларининг ўлчамлари; глобал кискарувчанлик; деворларининг калинлиги.
5	Чап бўлмача: Тузилиши ва функцияларининг бузилиши; бўшликларининг ўлчамлари; максимал (систола сўнгидаги) хажм; хажм индекси; бўлмачалараро тўсик.
6	Ўнг бўлмача: Тузилиши ва функцияларининг бузилиши; бўшликларининг ўлчамлари; максимал (систола сўнгидаги) хажм; хажм индекси; бўлмачалараро тўсик.
7	Митрал клапан: Тузилиши ва функцияларининг бузилиши; патологик ўзгаришлар; тешик майдони; табакаларнинг калинлашуви; табакаларнинг каракатчанлиги; митрал халканинг кальцинози; митрал регургитация; табакаларнинг олд-систолик каракати; хордаларнинг холати.
8	Аортал клапан: Тузилиши ва функцияларининг бузилиши; патологик ўзгаришлар; тешик майдони; табакаларнинг калинлашуви; табакаларнинг харакатчанлиги; етишмовчилик даражаси; аортал регургитация.
9	Уч табакали клапан:

	Тузилиши ва функцияларининг бузилиши; патологик ўзгаришлар; тешик майдони; табакаларнинг калинлашуви; табакаларнинг харакатчанлиги; трикуспидал регургитация.
10	Ўпка артерияси клапани: Тузилиши ва функцияларининг бузилиши; патологик ўзгаришлар; тешик майдони; табакаларнинг калинлашуви; табакаларнинг харакатчанлиги; кон окими бир хил тезлиги интеграли; ўпка гипертензияси белгилари; диастолик босим.
11	Перикард: Бўшликдаги суюклик; суюклик хажми; перикард варакларининг калинлиги; перикард варакларининг ёпишганлиги; адгезия майдони.
12	Эхокардиографик текширув хулосасини тузиш.

Ўпка шишида тез ёрдам стандарти.

1	Веноз кон кайтишини камайтириш учун бемор ўтирган холатда булиши керак.
2	PaO_2 > 60мм с.у. бўлгунча 100% ли кислородни никоб оркали бериш керак.
3	Халкали диуретикларни в/и га юбориш (фуросемид 40-100мг ёки буметанид 1мг); агар бемор диуретикларни тартибсиз ичган бўлса, дозаларни камайтириш мумкин.
4	Морфин 2-5мг в/и га юборилади; кўпинча АКБни ва хансирашни камайтириш учун ишлатилади; кўл остида морфинни нейтраллаш учун налоксан бўлиши керак.
5	Постнагрузкани камайтириш – натрий нитропруссид 20-300мкг/мин, агар систолик АКБ>100мм с.у. бўлса, АКБ ни бевосита ўлчашни ташкил килиш.
6	Ахвол тез яхшиланмаса, кўшимча даво утказилади: агар бемор дигиталисни мунтазам кабул килмаган бўлса, 75% тўлик терапевтик дозани в/и га юбориш керак.
7	Аминофиллин 6мг/кг 20мин. ичида в/и, кейин 0,2-0,5мг/кг/соатига юборилади; бу бронхоспазмни камайтиради, миокард кискарувчанлиги ва диурезни оширади; агар нафас бузилиши сабаби ўпка шиши ёки обструктив касаллик оркали чакирилгани аник бўлмаса (кўкрак кафаси рентгенографиясигача), бошлангич этапда морфин урнига килинади.
8	Агар сийдик хайдовчилар тезда диурезни оширмаса, УАК (ОЦК) ни камайтириш учун веноз кон чикарилади ёки кўл-оёкка веноз жгут кўйилади.
9	Гипоксемия ва гиперкапния сакланиб колса, трахеяни интубация килиш керак.

Ўткир коронар синдромда тез ёрдам стандарти.

1	Буюрилади: - жисмоний ва рухий дам; - нитроглицерин, таблетка ва аэрозол 0,4-0,5мг тил остига, такрорий; - оксигенотерапия; - АКБ ва юрак ритмини коррекциялаш; - анаприлин 10-40мг тил остига.

2	Огриксизлантириш учун (огрик якколлигига, ёш, ахволга караб): - морфин 10мг гача ёки нейролептанальгезия: фентанил 0,05-0,1мг, ёки промедол 10-20мг ёки буторфанол 1-2мг ва 2,5-5мг дроперидол в/и секин томчилаб, бўлиб-бўлиб; етарлича огриксизлантириш бўлмаса – 2,5мг анальгин в/и, АКБ баланд бўлса – 0,1мг клонидин килинади.
3	Коронар кон окимини тиклаш учун: - имкон борича вактлирок (1-6соат ичида, такрорланувчи огрикда 12соатгача) – стрептокиназа 1500000 ТБ в/и томчилаб 30мин давомида, 30мг преднизалон узлуксиз юборилгандан кейин килинади; - агар стрептокиназа юборилмаган бўлса – гепарин 10000 ТБ в/и узлуксиз юборилади, кейин 1000 ТБ/соат в/и томчилаб юборилади; - ацетилсалицилат кислота 0,25г чайналади.
4	Кўрсатмага кўра – коринчалар фибрилляциясини олдини олишнинг махсус чоралари: - лидокаин 1мг/кг в/и ва 5мг/кг гача м/о; - лидокаинга карши кўрсатма бўлса, анаприлин 20-40мг т/о га ёки магнезий сульфат 2-2,5г в/и га секин томчилаб юборидади.
5	Асорат бўлганда – шунга кўра даво утказилади.
6	Юрак ритми ва ўтказувчанлигини доимий назорат килиш керак.

Тўсатдан ўлимда тез ёрдам стандарти.

№	
1	Тез дефибрилляция килишни иложи бўлмаганда: - прекардиал зарб; - натижа булмаса – ЎЮР тез бошлаш, дефибрилляция килишни тезлаштириш.
2	Юракни ёпик массажи 1мин. да 90 тезликда килинади, компрессия – декомпрессия 1:1 нисбатда ўтказилади. Фаол компрессия – декомпрессия усули эффектив хисобланади (кардиопампа ёрдамида).
3	ЎСВ (ИВЛ) кулай усули (массаж харакати ва нафас нисбати 5:1, бир шифокор бўлганда 15:1) нафас йўлларини ўтказувчанлигини таъминлаш (бошни оркага килиб, пастки жагни кўтариб, хаво ўтказувчи найни киргизиш, курсатмага кура – нафас йуллари санацияси килинади): - 100% O_2 кўллаш; - трахеяни интубациялаш (30с дан куп булмаган вактда); - юрак массажи ва УСВ 30с дан куп вактга тухтатмаслик.
4	Марказий ва периферик венани катетерлаш.
5	ЎЮР да хар 3-5мин да 1мг адреналин юбориш.

6	Иложи борича вактлирок – дефибрилляция 200Дж; - натижа булмаса - дефибрилляция 300Дж - натижа булмаса - дефибрилляция 360Дж - натижа булмаса – 7 боскич бўйича давом этиш.
7	Схема бўйича ердам килиш: - дори -юрак массажи ва ЎСВ, 30-60с ўтгач - дефибрилляция 360Дж; - лидокаин 1,5мг/кг - дефибрилляция 360Дж; - натижа булмаса – 3-5мин. дан кейин лидокаин инъекциясини шу дозада такрорлаш ва дефибрилляция 360Дж; - натижа булмаса – орнид 5мг/кг – дефибрилляция 360Дж; - натижа булмаса –5мин. дан кейин орнид 10мг/кг –дефибрилляция 360Дж; - натижа булмаса – новокаинамид 1г (17мг/кг гача) – дефибрилляция 360Дж; - натижа булмаса – магний сульфат 2г – дефибрилляция 360Дж; - разрядлар оралигидаги паузада юрак ёпик массажи ва ЎСВ ўтказиш;
8	Асистолияда: - агар юрак электрик фаоллигини бахолаш иложи бўлмаса (коринчалар фибрилляцияси атоник стадияси истисно килмаслик, электрокардиограф ёки кардиомониторга тезда уланмаслик керак) – коринчалар фибрилляциясидагидек харакат килиш керак (1 – 7 булим); - агар асистолия ЭКГ иккита тармогида тасдикланса – 2-5 булимдагиларни бажариш керак; - натижа булмаса – атропин 3-5мин. ўтгач 1мг дан таъсир юзага чиккунча ёки умумий доза 0,04мг/кг га етгунча килинади; - имкон борича вактлирок ЭКС; - тахминий сабабларини йўкотиш (гипоксия, гипо ёки гиперкалиемия, ацидоз, дори дозанинг ошиб кетиши ва б.); - эуфиллин 240-480мг юбориш фойда бериши мумкин.
9	Электромеханик диссоциацияда: - 2-5 булимлари килинади; - тахминий сабабларини аниклаш ва йўкотиш (массив ЎАТЭ – мос келувчи стандартга каралсин, юрак тампонадаси – перикардиоцентез, гиповолемия – инфузион терапия);
10	Хаёт учун мухим функцияларни мониторлаш.
11	Бемор ахволини имкон кадар тургунлаштириб, госпитализациялаш.
12	Коринчалар фибрилляциясидан кейин - рецидивларнинг олдини олувчи махсус чоралар;

13	ЎЮР тўхтатиш мумкин: - агар бажарилаётган махал ЎЮР кўрсатма эмаслиги аникланса; - тургун, дори таъсир килмайдиган асистолия ёки кўп марталаб асистолия эпизодлари кузатилса; - бошка барча усуллардан фойдаланилганда 30мин ичида ЎЮР эффективлиги кузатилмаса;
14	ЎЮР бошламаслик мумкин: - давосиз касалликнинг терминал боскичида (агар ЎЮР фойда бермаслиги олдиндан хужжатларда кайд килинган бўлса); - агар кон айланиши тўхтаганига 30мин бўлган бўлса; - агар бемор олдиндан ЎЮР ни ёзма равишда рад килган бўлса.

Ўткир коронар синдромни даволаш изчиллиги.

№	
1	Огрикни бартараф килиш.
2	Оксигенотерапия.
3	Магистрал коронар кон айланишини тиклаш ва тромб хосил бўлишини олдини олиш.
4	Хаёт учун хавфли бўлган аритмияларни олдини олиш.
5	Эрта реваскуляризация ва миокард инфаркти ўлчамини чеклаш.
6	Метаболик кардиопротекторлар билан даволаш.
7	МНС функционал холатини яхшилаш.
8	Режим.
9	Пархез.

Ўткир миокард инфарктини даволаш.

1	Огрик синдромини даволаш (наркотик анальгетиклар – морфин: 1% ли эр-сидан 1-2мл м/о ёки т/о ёки 1% 0,3-0,5мл в/и, ёки промедол, омнопон 1% ли эр-сидан 1-2мл). Нейролептанальгезия: дроперидол 0,25% ли эр-сидан 2-4мл ва фентанил 0,05% ли эр-

	сидан 1-2мл в/и ёки м/о га, азот оксиди билан ингаляцион наркоз.
2	Оксигенотерапия (намланган кислородни бурун катетери оркали 4л/мин тезликда 24-48 соат ичида ингаляция
3	Антикоагулянт терапия: гепарин 5-10минг ТБ в/и га, кейин кунига 20-40минг ТБ 4-6махал т/и га юбориш.
4	Фибринолитик терапия: фибринолизин 80000-100000 Б препарат кукуни 0,9% ли NaCl нинг 500мл эр-сида ёки стрептодеказа, алтеплаза.
5	Антиаггрегантлар билан даволаш: аспирин 160-325 мг/сутка.
6	Юрак ритми бузилишини даволаш ва олдини олиш: лидокаин 120мг (2% - 3,0) узлуксиз юбориш, кейин 200мг (2% - 5,0) в/и томчилаб, В-адреноблокаторлар.
7	Миокард инфарктининг ўлчамини чегаралаш: изокет 0,1% - 10,0, ёки нитроглицерин 2мл 1% ли эр-си NaCl нинг 0,9% - 200мл эр-сида; В-адреноблокаторлар – обзидан 5-10мг NaCl нинг 0,9% - 200мл эр-сида, атенолол 50мг 2 марта.
8	Метаболик терапия: кутбловчи бирикма – глюкоза 10% - 250мл, KCl 4% - 10мл, инсулин 6-8 ТБ; витамин Е 30% - 1мл м/о; неотон 30г гача в/и; ретаболил м/о.
9	МНС функционал холатини меъёрлаштириш: рационал психотерапия ва психотроп моддаларни асосий психопатологик синдромга караб ишлатиш; Масалан: феназепам 0,25-0,5мг 3махал.

Миокард инфарктида тез ёрдам стандарти.

1	Буюрилади: - жисмоний ва рухий дам; - нитроглицерин, таблетка ва аэрозол 0,4-0,5мг тил остига, такрорий; - оксигенотерапия; - АКБ ва юрак ритмини коррекциялаш; - анаприлин 10-40мг тил остига.
2	Огриксизлантириш учун (огрик якколлигига, ёш, ахволга караб): - морфин 10мг гача ёки нейролептанальгезия: фентанил 0,05-0,1мг, ёки промедол 10-20мг ёки буторфанол 1-2мг ва 2,5-5мг дроперидол в/и секин томчилаб, бўлиб-бўлиб; етарлича огриксизлантириш бўлмаса – 2,5мг анальгин в/и, АКБ баланд бўлса – 0,1мг клонидин килинади.
3	Коронар кон окимини тиклаш учун: - имкон борича вактлирок (1-6соат ичида, такрорланувчи огрикда 12соатгача) – стрептокиназа 1500000 ТБ в/и томчилаб 30мин давомида, 30мг преднизалон узлуксиз юборилгандан кейин килинади; - агар стрептокиназа юборилмаган бўлса – гепарин 10000 ТБ в/и узлуксиз юборилади,

	кейин 1000 ТБ/соат в/и томчилаб юборилади; - ацетилсалицилат кислота 0,25г чайналади.
4	Кўрсатмага кўра – коринчалар фибрилляциясини олдини олишнинг махсус чоралари: - лидокаин 1мг/кг в/и ва 5мг/кг гача м/о; - лидокаинга карши кўрсатма бўлса, анаприлин 20-40мг т/о га ёки магнезий сульфат 2-2,5г в/и га секин томчилаб юборидади.
5	Асорат бўлганда – шунга кўра даво утказилади.
6	Юрак ритми ва ўтказувчанлигини доимий назорат килиш керак.

Упка - юрак реанимациясининг асосий коидалари.

1	Бемор каттик текис жойга ётказилади, бошини максимал оркага ташлаб, оёкларини кўтариб еткизиш керак.
2	Массаж килувчининг кўллари бир-бирининг устига шундай жойлаштириладики, кафтнинг асоси тўш устига, катьий ўрта чизик буйлаб жойлаштирилиб, киличсимон ўсимтадан 2 кўндаланг бармок тепада бўлиши керак.
3	Тўшнинг умуртка погонаси томон силжитишни секин, 4-5см.га массаж килувчи кўлларини букмасдан, ўз огирлиги билан амалга оширилади.
4	Хар бир компрессия давомийлиги улар орасидаги вактга тенг бўлиши керак : тезлиги 1 минутда 90та, пауза вактида кўллар касалнинг тўш сохасида бўлади.
5	ЎСВ ўтказиш учун бемор боши оркага ташланиб, пастки жаги олдинга тортилади.
6	Хавони бемор огзига ёки хаво ўтказувчи найга пуфланади, шу пайтда бемор бурни ёпилади ёки ёпик никобли Амбу копи билан хаво юборилади; хар 5 массаж харакатидан кейин 1 мин.да 12 марталик тезликда килинади (реаниматор 1 киши бўлса, хар 15 массаж харакатидан кейин 2та кетма-кет пуфлаш).
7	Иложи бўлса, 100% ли O_2 ишлатиш керак ва трахея интубация килинади.
8	Огзида олинадиган тиш протезлари ва бошка ёт жисмлар бўлса, кўл билан олиб ташланади.
9	Ошкозон таркиби регургитация бўлганда Селлик синамаси килинади (хикилдок халкумнинг орка деворига кисилади). Бемор бошини бир неча сонияга ёнга буриб, огиз ва халкум таркиби тампон ёки сўргич билан олиб ташланади.
10	хар 5мин.да вена ичига адреналин юборилади.
11	Доимий равишда реанимацион чоралар самараси бахолаб борилиши керак : тери ва шиллик каватлар ранги, корачиклар торайиши ва ёругликка жавоб реакцияси пайдо бўлиши, спонтан нафас олишнинг тикланиши ва яхшиланиши, уйку артериясида пульс пайдо бўлиши.

Юрак билвосита массажини ўтказиш методикаси.

1	Тезлик билан беморни каттик жойга ётказиб, оёклари бироз кўтарилади (бу коннинг юракка кайтишини оширади), бош оркага букилади.
2	Беморнинг ён томонида туриб, кафтни бир – бирига устма-уст куйиб, тўшнинг пастки 1/3 кисмига кўйилади
3	Кафтнинг проксимал кисми билан ханжарсимон ўсикдан икки кўндаланг бармок юкори сохасига босилади.
4	Кейин шифокор кўлларини букмасдан, елкасини бемор кўкраги устида тутган холда олдинга эгилади.
5	Тўшнинг умуртка погонаси томон силжитишни секин, кафти билан 4-5см.га массаж килувчи кўлларини букмасдан амалга оширади.
6	Шу холатда тахминан 0.5с. турилади, кейин босим тўхтатилиб, яна такрорланади. Массаж килинаётганда нафакат кўл кучи, балки бутун тана вазни ишлатилади.
7	Массажнинг тавсия килинадиган тезлиги 1мин. да 60-80 та босиш. Минутига 60 тадан кам бўлса, етарлича кон айланиши тикланмайди.
8	Босим оралигида кўллар кўкракдан олинмайди. Массаж давомида бармоклар кутарилган холда ушланади ва ковургаларга теккизилмайди. Ковургаларни синдирмаслик учун кўкрак кафасининг ён томонига босилмайди.
9	Ташки массаж одатдаги кон айланишининг 20-40% ини ташкил килганлиги учун тўш ритмик босими факатгина бир неча сонияга тўхтатилиши мумкин (агар реанимацияни бир киши бажараётган бўлса, “огиздан-огизга” нафасини юбораётган вактда).
10	Беморга бир киши ёрдам бераётган бўлса, хар 15 массаж харакатидан кейин 2та, агар икки киши бўлса хар 5 массаж харакатидан кейин 1та тез “огиздан-огизга” нафас юборилади.

Кардиоген шокда тез ёрдам стандарти.

№	
1	- Ўпкаларда яккол димланиш бўлмаса: беморни оёкларини 20^{o} бурчак остида кўтариб еткизиш керак; - Оксигенотерапия; - Тўлаконли огриксизлантириш; - ЮКС ни коррекциялаш (пароксизмал тахиаритмияда – ККС 1мин 150та ЭИТ га мутлок кўрсатма, ўткир брадикардия – ККС 1мин 50та ЭКС га кўрсатма); - Гепарин 10000 ТБ в/и га узлуксиз юборилади.
2	Ўпкаларда яккол димланиш ва юкори МВБ (ЦВД) белгилари бўлмаганда: 0,9% ли NaCl нинг 200мл эр-си в/и 10мин давомида томчилаб, АКБ, ЮКС, нафас сони, ўпка ва юрак аускультацияси назорати остида (АКБ ошганда ва трансфузион гиперволемия белгилари бўлмаганда - ўша мезонлар бўйича суюклик куйишни давом эттириш керак) юборилади.
3	200мг дофамин 400мл реополиглюкинда ёки 5% ли глюкоза эр-сида в/и томчилаб юбориш, куйиш тезлигини 5мкг/мин дан АКБ минимал мумкин даражасигача

	юбориш тезлигини ошириш керак; - натижа бўлмаса, кўшимча равишда норадреналин гидротартрат 2-4 мг глюкозанинг 5% ли 400мл эр-сида в/и га томчилаб, секин инфузия тезлигини 4мкг/мин дан минимал АКБ даражасигача ошириш керак; -
4	Хаёт учун мухим фаолиятларни мониторлаш (кардиомонитор, пульсоксиметр).

Дефибрилляция ўтказиш методикаси.

1	Электрик разряд. Биринчи электрик разряд энергияси – 200Дж. Агар биринчи разряддан кейин хам коринчалар фибрилляцияси (КФ) сакланса, такрорий разряд – 200-300Дж.
2	Трахея интубацияси ва веноз окимини таъминлаш. Агар учинчи уланишда хам КФ сакланса, асосий реанимацион чораларни такрорлаш, трахеяни интубациялаш, веноз окимни таъминлаш ва ЭКГ мониторлаш.
3	Адреналин.Стандарт дозалари – 1мг в/и га 1-2 марта юборилади. (Хар 3-5мин. да такрорлаш мумкин). Веноз оким тикланмаган бўлса, адреналин эндотрахеал (2-2,5мг) юборилади.
4	Электрик разряд (360Дж).
5	Лидокаин. Тўйинтирувчи дозани в/и га узлуксиз юбориш – 1,5мг/кг. Бир вактнинг ўзида лидокаин инфузияси ушлаб турувчи дозада 2мг/мин бошланади.
6	Электрик разряд (360Дж).
7	КФ нинг бартараф килиб бўладиган сабабларини излаш. Метаболик бузилишлар (диабетик кетоацидоз, гиперкалиемия), гипотермия, гиповолемия, дорилардан захарланиш ёки передозировкаси (кокаин, трициклик антидепрессантлар, наркотик анальгетиклар), ЎЮР асоратлари (клапанли пневмоторакс, юрак тампонадаси).
8	Адреналиннинг юкори дозалари. 3-5мин оралатиб в/и га юбориш (чегараланмаган микдорда).
9	Бикарбонат натрий. Реанимацион чоралардан 10-15мин. ўтгач, эмпирик даво сифатида 1мэкв/кг в/и га юбориш мумкин.
10	Агар КФ сакланса, лидокаинни иккинчи марта в/и 1,5мг/кг узлуксиз юбориш мумкин.
11	Такрорий электрик разряд (360Дж).
12	Кўшимча антифибриллятор муолажалар: Магний сульфат, бретилий, В-адреноблокатор, амиодарон.
13	КФ бартараф килингандан сўнг тезда профилактик антиаритмик даво (лидокаин, бретилий, амиодарон)

Ўпка шишида тез ёрдам стандарти.

1	Веноз кон кайтишини камайтириш учун бемор ўтирган холатда булиши керак.
2	PaO_2 > 60мм с.у. бўлгунча 100% ли кислородни никоб оркали бериш керак.
3	Халкали диуретикларни в/и га юбориш (фуросемид 40-100мг ёки буметанид 1мг); агар бемор диуретикларни тартибсиз ичган бўлса, дозаларни камайтириш мумкин.

4	Морфин 2-5мг в/и га юборилади; кўпинча АКБни ва хансирашни камайтириш учун ишлатилади; кўл остида морфинни нейтраллаш учун налоксан бўлиши керак.
5	Постнагрузкани камайтириш – натрий нитропруссид 20-300мкг/мин, агар систолик АКБ>100мм с.у. бўлса, АКБ ни бевосита ўлчашни ташкил килиш.
6	Ахвол тез яхшиланмаса, кўшимча даво утказилади: агар бемор дигиталисни мунтазам кабул килмаган бўлса, 75% тўлик терапевтик дозани в/и га юбориш керак.
7	Аминофиллин 6мг/кг 20мин. ичида в/и, кейин 0,2-0,5мг/кг/соатига юборилади; бу бронхоспазмни камайтиради, миокард кискарувчанлиги ва диурезни оширади; агар нафас бузилиши сабаби ўпка шиши ёки обструктив касаллик оркали чакирилгани аник бўлмаса (кўкрак кафаси рентгенографиясигача), бошлангич этапда морфин урнига килинади.
8	Агар сийдик хайдовчилар тезда диурезни оширмаса, УАК (ОЦК) ни камайтириш учун веноз кон чикарилади ёки кўл-оёкка веноз жгут кўйилади.
9	Гипоксемия ва гиперкапния сакланиб колса, трахеяни интубация килиш керак.

Тўсатдан ўлимда тез ёрдам стандарти.

№	
1	Тез дефибрилляция килишни иложи бўлмаганда: - прекардиал зарб; - натижа булмаса – ЎЮР тез бошлаш, дефибрилляция килишни тезлаштириш.
2	Юракни ёпик массажи 1мин. да 90 тезликда килинади, компрессия – декомпрессия 1:1 нисбатда ўтказилади. Фаол компрессия – декомпрессия усули эффектив хисобланади (кардиопампа ёрдамида).
3	ЎСВ (ИВЛ) кулай усули (массаж харакати ва нафас нисбати 5:1, бир шифокор бўлганда 15:1) нафас йўлларини ўтказувчанлигини таъминлаш (бошни оркага килиб, пастки жагни кўтариб, хаво ўтказувчи найни киргизиш, курсатмага кура – нафас йуллари санацияси килинади): - 100% O_2 кўллаш; - трахеяни интубациялаш (30с дан куп булмаган вактда); - юрак массажи ва УСВ 30с дан куп вактга тухтатмаслик.
4	Марказий ва периферик венани катетерлаш.
5	ЎЮР да хар 3-5мин да 1мг адреналин юбориш.
6	Иложи борича вактлирок – дефибрилляция 200Дж; - натижа булмаса - дефибрилляция 300Дж - натижа булмаса - дефибрилляция 360Дж - натижа булмаса – 7 боскич бўйича давом этиш.
7	Схема бўйича ердам килиш: - дори -юрак массажи ва ЎСВ, 30-60с ўтгач - дефибрилляция 360Дж; - лидокаин 1,5мг/кг - дефибрилляция 360Дж; - натижа булмаса – 3-5мин. дан кейин лидокаин инъекциясини шу дозада такрорлаш

	ва дефибрилляция 360Дж; - натижа булмаса – орнид 5мг/кг – дефибрилляция 360Дж; - натижа булмаса –5мин. дан кейин орнид 10мг/кг –дефибрилляция 360Дж; - натижа булмаса – новокаинамид 1г (17мг/кг гача) – дефибрилляция 360Дж; - натижа булмаса – магний сульфат 2г – дефибрилляция 360Дж; - разрядлар оралигидаги паузада юрак ёпик массажи ва ЎСВ ўтказиш;
8	Асистолияда: - агар юрак электрик фаоллигини бахолаш иложи бўлмаса (коринчалар фибрилляцияси атоник стадияси истисно килмаслик, электрокардиограф ёки кардиомониторга тезда уланмаслик керак) – коринчалар фибрилляциясидагидек харакат килиш керак (1 – 7 булим); - агар асистолия ЭКГ иккита тармогида тасдикланса – 2-5 булимдагиларни бажариш керак; - натижа булмаса – атропин 3-5мин. ўтгач 1мг дан таъсир юзага чиккунча ёки умумий доза 0,04мг/кг га етгунча килинади; - имкон борича вактлирок ЭКС; - тахминий сабабларини йўкотиш (гипоксия, гипо ёки гиперкалиемия, ацидоз, дори дозанинг ошиб кетиши ва б.); - эуфиллин 240-480мг юбориш фойда бериши мумкин.
9	Электромеханик диссоциацияда: - 2-5 булимлари килинади; - тахминий сабабларини аниклаш ва йўкотиш (массив ЎАТЭ – мос келувчи стандартга каралсин, юрак тампонадаси – перикардиоцентез, гиповолемия – инфузион терапия);
10	Хаёт учун мухим функцияларни мониторлаш.
11	Бемор ахволини имкон кадар тургунлаштириб, госпитализациялаш.
12	Коринчалар фибрилляциясидан кейин - рецидивларнинг олдини олувчи махсус чоралар;
13	ЎЮР тўхтатиш мумкин: - агар бажарилаётган махал ЎЮР кўрсатма эмаслиги аникланса; - тургун, дори таъсир килмайдиган асистолия ёки кўп марталаб асистолия эпизодлари кузатилса; - бошка барча усуллардан фойдаланилганда 30мин ичида ЎЮР эффективлиги кузатилмаса;
14	ЎЮР бошламаслик мумкин: - давосиз касалликнинг терминал боскичида (агар ЎЮР фойда бермаслиги олдиндан хужжатларда кайд килинган бўлса); - агар кон айланиши тўхтаганига 30мин бўлган бўлса; - агар бемор олдиндан ЎЮР ни ёзма равишда рад килган бўлса.

Ўткир миокард инфарктини даволаш изчиллиги.

№	
1	Огрикни бартараф килиш.
2	Оксигенотерапия.
3	Магистрал коронар кон айланишини тиклаш ва тромб хосил бўлишини олдини олиш.
4	Хаёт учун хавфли бўлган аритмияларни олдини олиш.
5	Эрта реваскуляризация ва миокард инфаркти ўлчамини чеклаш.
6	Метаболик кардиопротекторлар билан даволаш.
7	МНС функционал холатини яхшилаш.
8	Режим.
9	Пархез.

Электрик дефибрилляция ўтказиш методикаси.

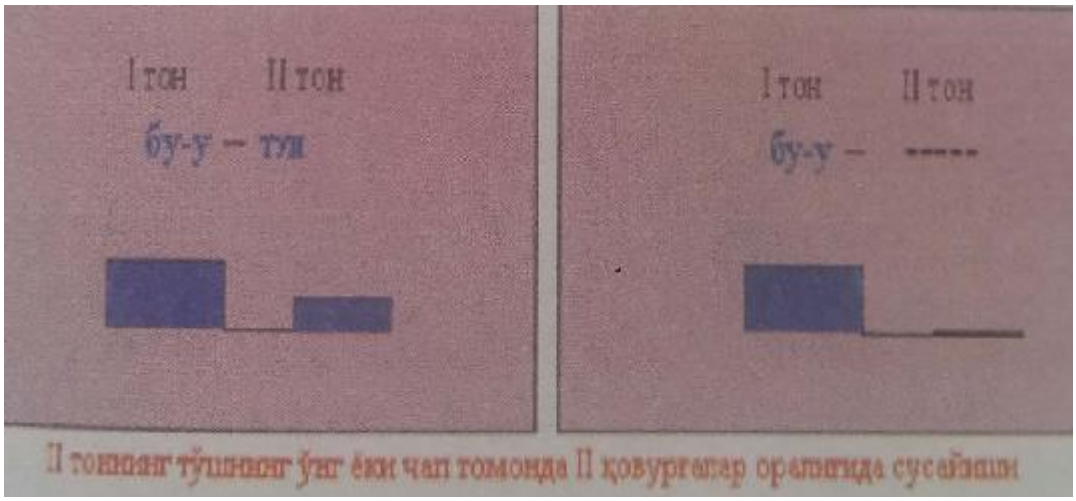
№	
1	Дефибриллятор электродлари NaCL изотоник эритмасида намланади.
2	Битта электрод тўш юкори ўнг киррасига ўмров остига, иккинчиси чап сўргичдан чеккарокда, ўрта кўлтик ости чизиги бўйлаб ўрнатилади. В. В. Руксин (1994) фикрича, бир электрод юрак тумтоклиги сохасига, бошкаси ўнг ўмров остига урнатилади, агар орка электрод бўлса, чап курак остига ўрнатилади.
3	Дефибриллятор 4.5кВ (200Дж) гача зарядланади.
4	Электрокардиграф кабели бемордан олиб кўйилади (электрокардиограф уланиши учирилмайди).
5	Дефибрилляцияни бажарувчи барча реанимациядагиларга беморга тегинмасликни буюрилади. Бунга ишонч хосил килингач, “Разряд” буйругини беради ва дефибриллятордаги “разряд” тугмачасини босади.
6	Юрак ташки массажи ва ЎСВ “огиздан-огизга” ёки Амбу копи ва нафас аппаратлари ёрдамида давом этказилади.
7	Электрокардиограф кабели беморга уланади ва 8-10с массаж тўхтатилиб, II стандарт тармокда ЭКГ ёзилади.
8	Агар биринчи электрик разряд (200Дж) синус ритмини тикламаса, тезлик билан иккинчи, зарурият бўлса учинчи разряд берилади (300 ва 360Дж).

Мезонлар	**Функционал шовқинлар**	**Органик шовқинлар**
Сабаби	Ўзгаришга учрамаган клапанлар функцияси бузилиши. Қон оқиш тезлиги ошганда ёки қон суюқлашиши: анемия, иситмада қон таркиби ўзгариши,	Юрак клапанлари тузилишидаги анатомик ўзгаришлар:митрал клпан етишмовчилиги, митрал тешик стенози, митрал

	ҳомиладорлик.	клапан пролапси.
Юрак иши фазаси билан боғлиқлиги	Кўпчилик ҳолларда систолик	Систолик шовқин Iтон билан бирга қисқа юрак паузасида пайди бўлади; у чўққи турткиси ва уйқк артериясидаги томир уриши билан мос келади. Диастолик шовқин юрак узоқ паузаси вақтида IIтондан сўнг пайдо бўлади: - протодиастолик - мездиастолик - пресистолик
Характер	Доимий эмас, турли тана ҳолатида, жисмоний зўриқишдан сўнг, нафаснинг эрта фазаларида пайдо бўлиши ёки йўқолиши мумкин, майин, пуфловчи	Майин, пуфловчи, қўпол, ғичирловчи, арраловчи, баъзан мусиқий
Давомийлигига кўра	Давомий эмас	Қисқа, узун
Жаранглилигига кўра	Жарангли эмас	Секин, жарангли
Энг яхши эшитиладиган нуқта, иррадиацияси	Чегараланган ерда эшитилади ва пайдо бўлиш жойидан узоқга тарқалмайди	Митрал клапан етишмовчилигида ситолик шовқин юрак чўққисида эшитилади; чап қоринча зич мушаклари орқали аксилляр соҳога ёки тескари қон оқимига кўра чап қоринчадан чап бўлмачага тарқалиши мумкин. Митрал тешик стенозида юрак чўққисининг чегараланган қичмида диастолик шовқин эшитилади. Митрал клапан пролапсида қўшимча систолик тонлар алоҳида ёки ситоланинг ўртасида ёки ҳам ўртаси ва охирида ёки бутун систолани

		эгаллайдиган шовқинлар билан бирга эшитилиши мумкин. Юракнинг систолик от дупури ритми, “кучсиз юракнинг ёрдам қичқириғи”
Интенсивлигига кўра		Камайиб борувчи, кучаювчи
Даволаш	Талаб этмайди	Асосий касалликни даволаш

16-расм. Юрак аускультациясининг асосий нуқталари.



Стенокардияда тез ёрдам стандарти.

№	
1	Ангиноз хуруж пайтида: - беморни оёкларини осилтириб ўтиргизиш керак; - нитроглицерин таблеткаси ёки аэрозол 0,4-0,5мг 3 марта 3мин. оралатиб тил остига (нитроглицеринни кўтара олмаса, Вальсальва синамаси ёки каротид синус массажи); - жисмоний ва рухий дам; - АКБ ва юрак ритмини коррекциялаш.
2	Стенокардия хуружи утмаганда: - оксигенотерапия; - зўрикиш стенокардиясида – анаприлин 10-40мг тил остига; вариант стенокардияда – нифедипин 10мг тил остига ёки томчи холида ичишга; - гепарин 10000 ТБ в/и; - ацетилсалицилат кислота 0,25г чайнашга берилади.
3	Огрик ифодаланиш даражаси, ёши, ахволига караб (хуружни чўзилшига йул куймасдан): фентанил 0,05-0,1мг ёки промедол 10-20мг ёки буторфанол 1-2мг ёки анальгин 2,5г + дроперидол 2,5-5мг в/и секин ёки бўлиб-бўлиб килинади.
4	Коринчали экстрасистолаларнинг 3-5 градациясида: - лидокаин в/и секин 1-1,5мг/кг ва хар 5мин ичида 0,5-0,75мг/кг таъсир юзага чиккунча 3мг/кг гача ошириш мумкин. Олинган натижани узайтириш учун – лидокаин 5мг/кг м/о га юборилади.
5	Номуким стенокардия ёки миокард инфарктига шубха килинганда – ахвол имкон кадар тургунлашгач, госпитализация килиш керак.

Зўрикиш стенокардиясини даволаш изчиллиги.

№	
1	Антиангинал воситалар билан даволаш. Нитратлар; В-адреноблокаторлар; кальций антагонистлари; калий канали

	активаторлари.
2	Антиагрегантлар билан даволаш.
3	Кон плазмаси липид таркибини коррекциялаш.
4	Психофармокологик таъсир.
5	Экстракорпорал терапия ва иммуномодуляторлар билан даволаш.
6	Физиотерапевтик даво.
7	Жаррохлик давоси.
8	Санатор – курорт даво.
9	Жисмоний машгулот.
10	Хавф омилларини йўкотиш, яшаш тарзини ўзгартириш.
11	Метаболик терапия.

Сурункали кон айланиш етишмовчилигини даволаш изчиллиги.

№	
1	Асосий касалликни даволаш (этиологик даво).
2	Рационал даво режими.
3	Пархез.
4	Сусайган чап коринча миокарди кискарувчанлигини ошириш (юрак гликозидлари ва гликозид бўлмаган инотроп дорилар билан).
5	Шиш синдромини бартараф килиш (диуретиклар, кон ультрафилтрацияси).
6	Чап коринчага пост ва преднагрузкани камайтириш.
7	Симпатоадренал тизим ошган фаоллигини сусайтириш (В-адреноблокатор).
8	Метаболик ва антиоксидант терапия, антигипоксант кабул килиш.
9	Оптимал кислородли режим.
10	Массаж, даволовчи жисмоний машклар.
11	Санатор – курорт даво.

Электрокардиограма кайд килиш методикаси.

№	
1	ЭКГ одатда бемор ўринда юкорига караб ётган холатда олинади. Бемор белигача ечинган, оёклари хам очик бўлиши керак.
2	Тўпик ва билак ички юзаларига резина лента ёрдамида 4та пластинкали электрод кўйилади, кўкрак кафасига бир ёки бир неча кўкрак электродларини резинали ноксимон сўркичларда кўйилади.
3	Электрод уланадиган соха териси олдиндан спирт билан намланади; электрод остига 5-10% NaCL эритмасида намланган марле кўйилади ёки электродга махсус ток ўтказувчи паста суртилади.

4	Стандарт тармокларни ёзиш учун электродлар ўнг кўлга (қизил), чап кўлга (сарик), чап оёкка (яшил) бириктирилади. Тўртинчи электрод ўнг оёкка (кора) токни ерга ўтказиш учун уланади.
5	Кўкрак тармоклари ўрнатилади: V_1 – тўш ўнг киррасида тўртинчи ковурга ораликига; V_2 – тўшнинг чап киррасида тўртинчи ковурга оралигига; V_3 – иккинчи ва тўртинчи уланиш орасига, тахминан чап парастернал чизикда тўртинчи ковурга сохасига; V_4 – чап ўрта ўмров чизигида бешинчи ковурга оралигига; V_5 – чап олд кўлтик ости чизикда бешинчи ковурга оралигига; V_6 - чап ўрта кўлтик ости чизикда бешинчи ковурга оралигига урнатилади.
6	ЭКГ ёзишни бошлашдан олдин, барча ЭКГ каналларида бир хил кучланиш ўрнатилади. Бунинг учун хар бир электрокарографда 1mV га тенг стандарт калибрли кучланиш юбориш имконияти билан таъминланган.
7	ЭКГ ёзиш тинч нафас олаётганда бажарилади. Аввал стандарт тармокларда (I, II, III), кейин кўл – оёклардаги кучайтирилган тармокларда (aVR, aVL, aVF) ва кўкрак тармокларида (V_1 – V_6) ёзилади.
8	Хар бир тармокда камида тўртта юрак цикли PQRST ёзилади.
9	ЭКГ когоз ўтиш тезлиги 50мм $с^{-1}$ ёки 25мм $с^{-1}$ да ёзилади.
10	Текширув тугаши билан ЭКГ лентасига бемор Ф.И.О., ёши, текширув санаси ва вакти, касаллик тарихи раками езилади.

ЭКГ тахлили схемаси.

№	
1	Юрак ритми ва ўтказувчанлигини тахлил килиш: Юрак кискариши мунтазамлигини бахолаш; ЮКС ни хисоблаш; кўзгалиш ўчокини аниклаш; ўтказувчанлик фаолиятига бахо бериш.
2	Юракнинг олд – орка, бўйлама ва кўндаланг ўклар бўйлаб айланишини аниклаш: ЮЭЎ холатини фронтал юзада аниклаш; юракни бўйлама ўк бўйлаб силжишини аниклаш; юракни кўндаланг ўк бўйлаб силжишини аниклаш.
3	Р бўлмача тишини тахлили.
4	Коринча QRST комплексининг тахлили: QRS комплекси тахлили; RS – T сегменти тахлили; T тишча тахлили; Q – T интервали тахлили.
5	Электрокардиографик хулоса.

Юракни ЭХОКГ ва допплер текшируви натижаларига кўра малакали хулоса чикариш.

1	Текширув тури: М-модал текширув, 2 ўлчамли текширув, импульсли допплер текширув, рангли

	допплер сканерлаш, стресс-эхокардиография ва бошкалар.
2	Текширув ўтказилди: - эхокардиография лабораториясида; бемор ёток жойида; жаррохлик хонасида.
3	Чап коринча: Тузилиши ва функцияларининг бузилиши; бўшликларнинг ўлчамлари; глобал кискарувчанлик; деворларнинг калинлиги; хайдаш фракцияси; диастола сўнгидаги хажм; диастола сўнгидаги хажм индекси; миокард вазни; миокард вазни индекси; зарба хажми; кон окиш минутлик хажми; максимал коринчалар ичи градиент босими.
4	Ўнг коринча: Тузилиши ва функцияларининг бузилиши; бўшликларининг ўлчамлари; глобал кискарувчанлик; деворларининг калинлиги.
5	Чап бўлмача: Тузилиши ва функцияларининг бузилиши; бўшликларининг ўлчамлари; максимал (систола сўнгидаги) хажм; хажм индекси; бўлмачалараро тўсик.
6	Ўнг бўлмача: Тузилиши ва функцияларининг бузилиши; бўшликларининг ўлчамлари; максимал (систола сўнгидаги) хажм; хажм индекси; бўлмачалараро тўсик.
7	Митрал клапан: Тузилиши ва функцияларининг бузилиши; патологик ўзгаришлар; тешик майдони; табакаларнинг калинлашуви; табакаларнинг каракатчанлиги; митрал халканинг кальцинози; митрал регургитация; табакаларнинг олд-систолик каракати; хордаларнинг холати.
8	Аортал клапан: Тузилиши ва функцияларининг бузилиши; патологик ўзгаришлар; тешик майдони; табакаларнинг калинлашуви; табакаларнинг харакатчанлиги; етишмовчилик даражаси; аортал регургитация.
9	Уч табакали клапан: Тузилиши ва функцияларининг бузилиши; патологик ўзгаришлар; тешик майдони; табакаларнинг калинлашуви; табакаларнинг харакатчанлиги; трикуспидал регургитация.
10	Ўпка артерияси клапани: Тузилиши ва функцияларининг бузилиши; патологик ўзгаришлар; тешик майдони; табакаларнинг калинлашуви; табакаларнинг харакатчанлиги; кон окими бир хил тезлиги интеграли; ўпка гипертензияси белгилари; диастолик босим.
11	Перикард: Бўшликдаги суюклик; суюклик хажми; перикард варакларининг калинлиги; перикард варакларининг ёпишганлиги; адгезия майдони.
12	Эхокардиографик текширув хулосасини тузиш.

Кўкрак кафаси обзор рентгенографияси.

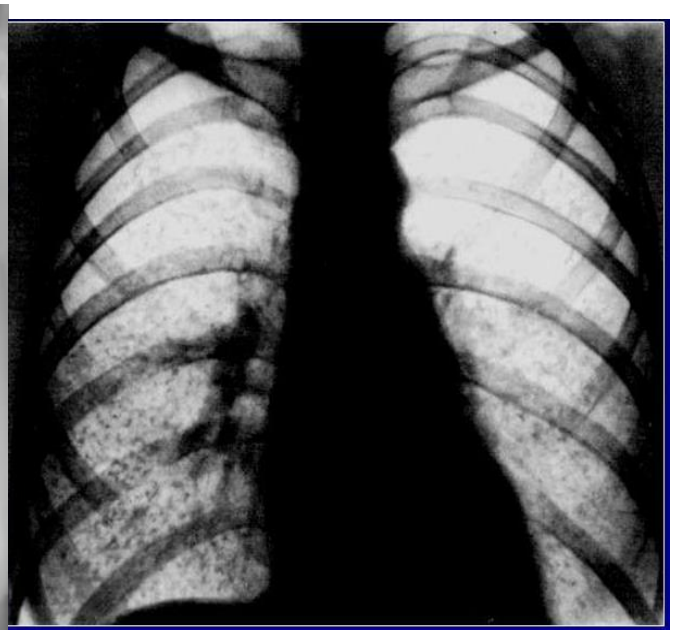
№	
	Кўкс оралиги чап кирраси бўйлаб фронтал юзада юрак ва унинг бўшликлари тузилиши тахлили.
1	Биринчи ёки юкори сегментни аорта равоги дистал кисми латерал кирраси хосил килади.
2	Иккинчи сегмент ўпка устуни киррасидан ташкил топган.
3	Учинчи сегментни чап бўлмача кулокчаси ташкил килади.
4	Тўртинчи сегмент коринчалардан ташкил топган.
	Кўкс оралиги ўнг кирраси бўйлаб фронтал юзада юрак ва унинг бўшликлари тузилиши тахлили.
5	Юкори сегмент юкори ковак вена юзаси латерал кисмидан ташкил топган.
6	Пастки буртган сегмент ўнг бўлмача латерал чеккасидан ташкил топган.
	Ён прекцияда юрак ва унинг бўшликлари тузилиши тахлили.
7	Кўкс оралиги ва юракнинг ён ўлчамлари ва чеккаларини ўлчаш ва солиштириш.
	Ўпка томирлари рентгенологик кўринишини бахолаш.
8	Йирик томирларнинг конфигурацияси.
9	Ўпкада кон томирлари суръатининг ўзгариши.

Позитрон – эмиссион томография.

№	
1	Миокардни in-situ метаболик фаолиятини кўриш.
2	Ёг кислоталари метаболизмини бахолаш.
3	Миокарднинг глюкоза билан махаллий таъминланиши.
4	Махаллий кон айланишини бахолаш.
5	Миокарднинг хаётий кобилиятини аниклаш.

Миокардда фармакологик синамалар билан перфузион сцинтиграфия ўтказиш.

№	
1	Синама ўтказиш учун дипиридамол ёки аденозин кўлланилади.
2	Бемор ётокда юкорига караб ёткизилади.
3	Дипиридамол в/и секин 4мин. давомида юборилади.
4	Радиофармпрепарат синамани тўхтатиш критериялари юзага чиккунча в/и юборилади.
5	Ножўя таъсирлар дипиридамол юборилгач 30мин. давомида билиниши мумкин.
6	Синамага карши кўрсатма: анамнезида бронхоспазм, ўпка касалликлари, ифодаланган гипотония, юрак огир клапан иллати.

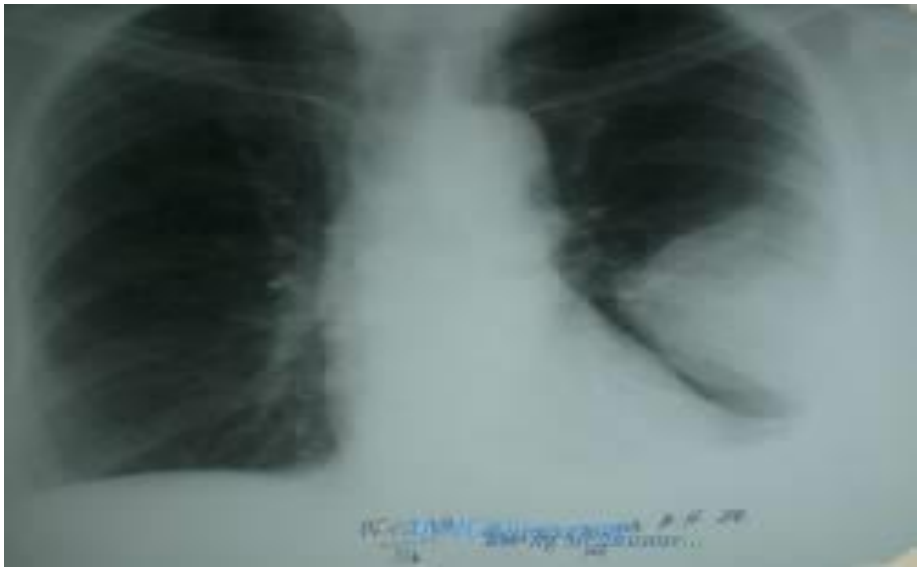


Ўткир гематоген диссеминация
(миллиар туберкулез)

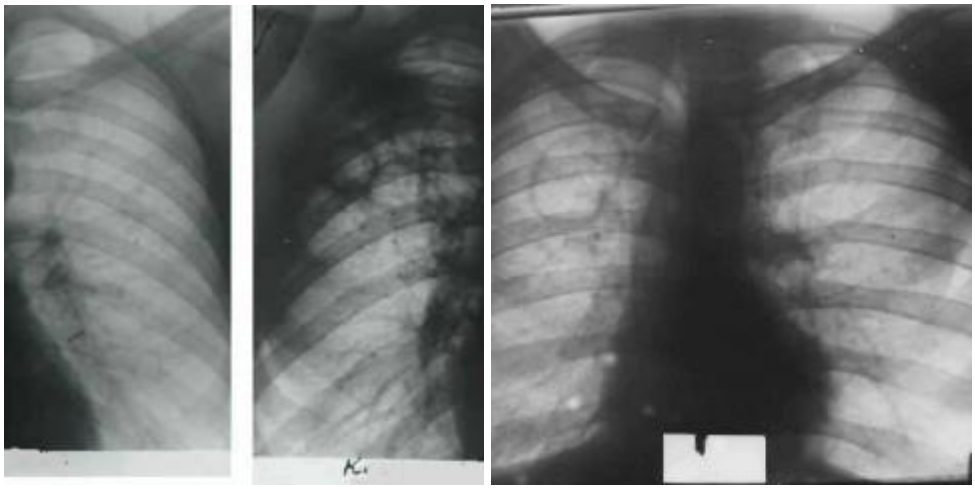
қурук плеврити

Хулоса:

Ўнг томонлама пастки бўлак деструктив пневмония, чап томонлама пастки бўлак гидропневмоторакс асорати билан.

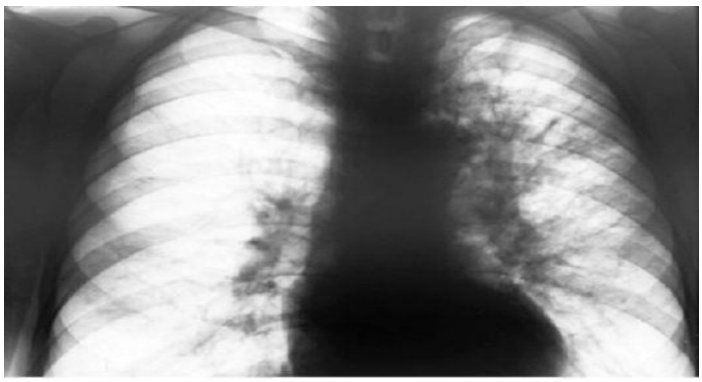


Силнинг рентген суратидаги белгилари



Фиброз-каверноз сил

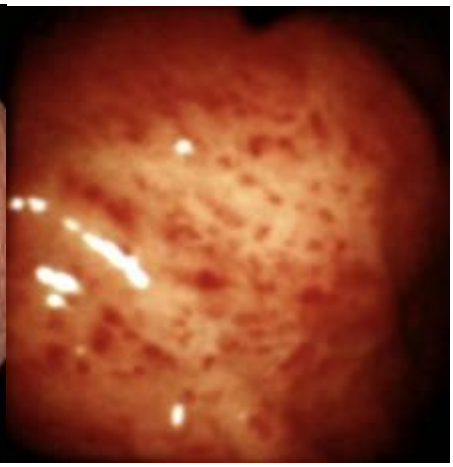
Ўнг ўпканинг раки



б

эксудатив плеврити

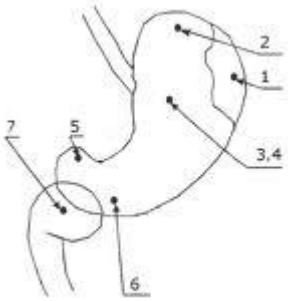
Врач Кузнецов К.В.

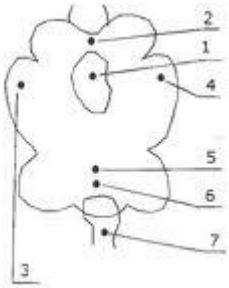


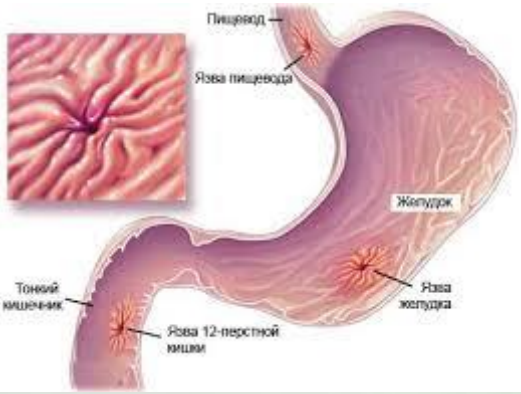
Врач Кузнецов К.В.

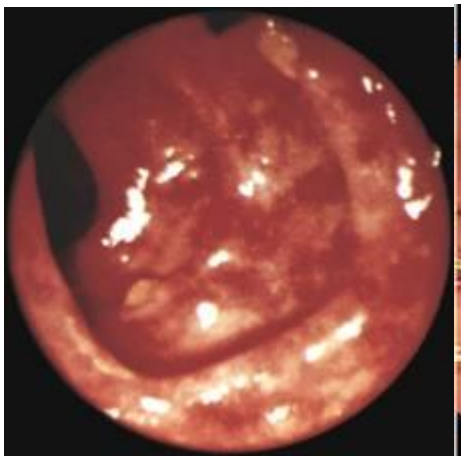
- Гастрит относится к заболеваниям, которые без своевременного и всестороннего лечения могут привести к язве желудка и желудочному кровотечению. Некоторые формы хронического гастрита увеличивают опасность рака желудка, особенно при обширном утончении слизистой оболочки желудка. В частности, аденокарциномы обычно развиваются из инфекции Helicobacter pilori. Лечение гастрита желудка требует систематического наблюдения у лечащего врача.

MyShared



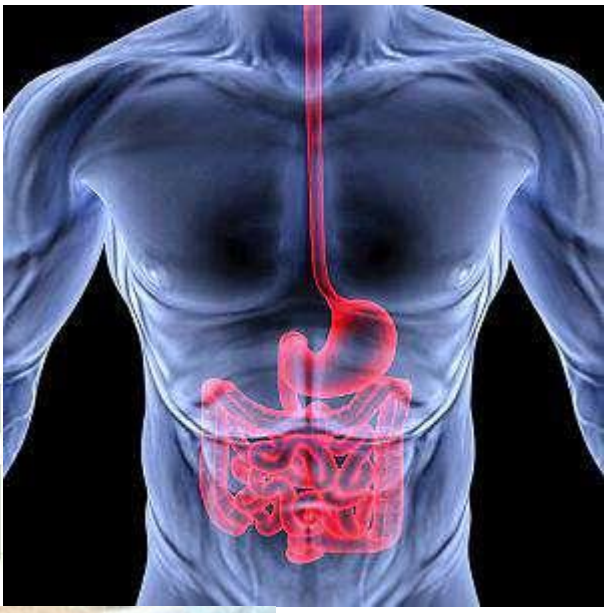




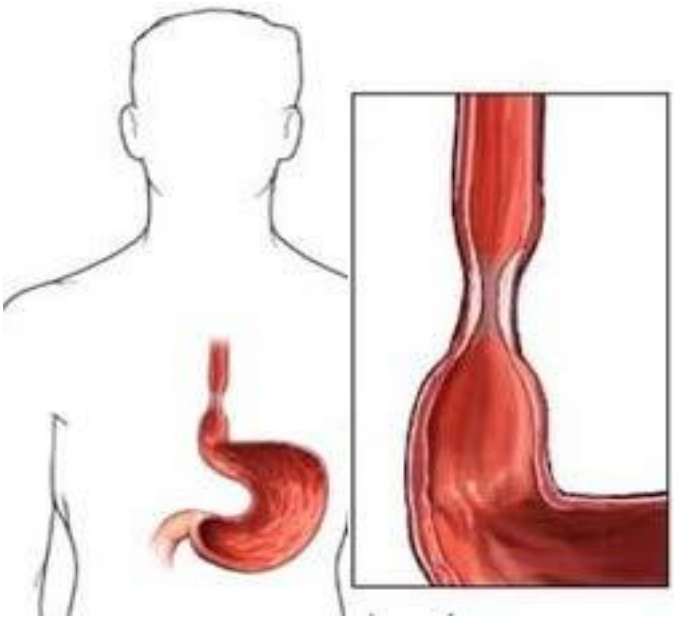


MedUniver.com

Рис. 2. Алгоритм курации больных с острой абдоминальной болью (Бабак О.Я., 2006)

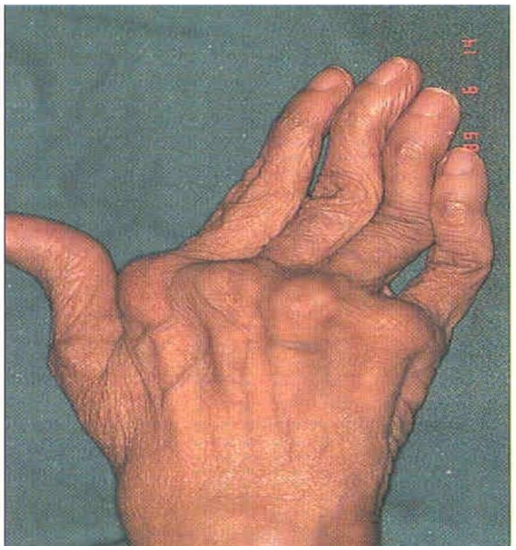


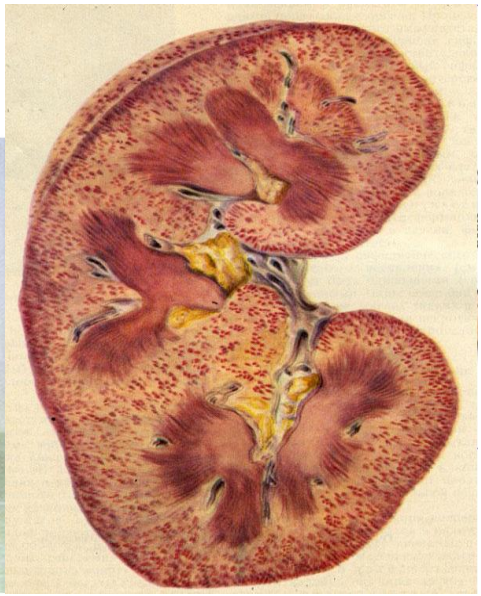
Желудок и сердце
Печень и желчный пузырь
Поджелудочная железа
Кишечник
Кишечник
Почки
Аппендикс
Кишечник и почки

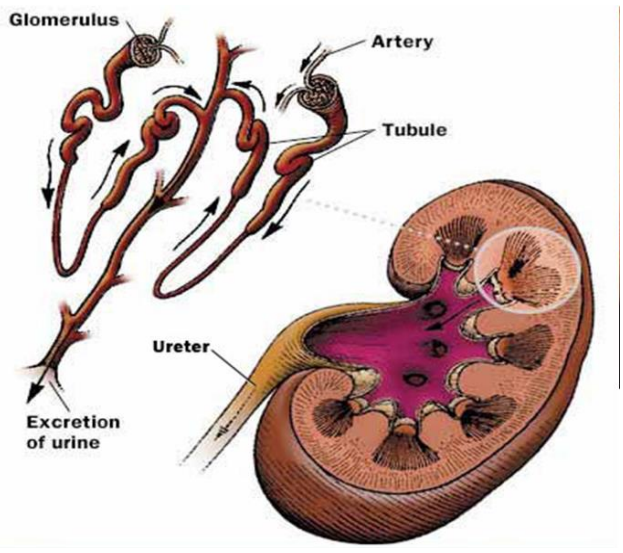


Б
А
Б
А
В
А

Ревматоидный артрит
(поздняя стадия)
Контрактура Вайнштейна
большого пальца
Локтевое отклонение
пястно-фаланговых суставов
Деформация пальцев в виде
"шеи лебедя"
NarMed24.ru






Glomerulus
Artery
Tubule
Ureter
Excretion
of urine

ТЕСТЛАР

1.Нв-70 г/л – юракда қандай ўзгаришлар кузатилади:

А. инфекцион эндокардит

Б. миокардит

С. юрак нуқсонлари

Д. миокардиодистрофия

Е. миокард инфаркти

2.Қайси белгилар Абрамов-Фидлер миокардитига ҳос:

А. аортал клапан етишмовчилиги

Б. чап қоринча гипертрофияси

С.артериал гипертензия

Д. юрак етишмовчилиги

Е. миокард инфаркти

3.Миокардитда асосий клиник белгилардан бири:

А. хушдан кетиш

Б. тахикардия

С. стенокардитик оғриқлар

Д. нитратларнинг мусбат таъсири

Е. оғриқлар жисмоний харакатга боғлиқ

4.Миокардиодистрофияни даволаш тамойиллари:

А. гипотензив терапия

Б. хирургик даво

С. асосий касалликни даволаш

Д. нитратларни қўллаш

Е. рауволфия препаратлари

5.Миокардитда ЭКГ белгилар:

А.Ўтказувчанлик ва ритмнинг бузилиши

Б. PQ интервалнинг камайиши

С. ST сегментнинг кўтарилиши

Д. патологик QS

э. Т тишча инверсияси

6.Миокардиодистрофия тури:

А. аллергик

Б. вазоспастик

С. ишемик

Д. тиреотоксик

Е. миокард инфарктидан кейин

7.Миокардиодистрофиянинг қандай тури бор:

А. миокард инфарктидан кейин

Б. ривожланиб борувчи

С. ишемик
Д. аллергик
Е. дисгормонал

8.Алкоголли миокардиодистрофияда кузатилади:
А. миокардда ўчоқли ўзгаришлар
Б. артериал гипертензия
С. кардиалгия, аритмия, «байрам дастурхони» синдроми
Д. Эндокард шикастланиши
Е. диастолик шовқин

9.Гипотиреозда миокардиодистрофия белгилари:
А. кафтларнинг нам бўлиши
Б. брадикардия
С. терлаш
Д. кузгалувчанлик
Е. асосий алмашинув кучайиши

10Миокардитларни шаклини кўрсатинг:
А. дистрофик
Б. миокардиосклеротик
С. токсико-аллергик
Д. постишемик
Е. нейроциркулятор
11.Зарарланиш соҳасига қараб миокардитлар бўлинади:
А. бўлакли, локал
Б. диффуз, локал
С. бўлакли, субендокардиал
Д. субендокардиал, локал
Е. диффуз, ўчоқли

12.Миокардитда асосий клиник белгиларидан бири:
А. брадикардия
Б. артериал гипертензия
С. кардиалгия
Д. аортада систолик шовқин
Е. артериал гипотензия

13.Миокардитларни даволаш тамойиллари:
А.антибиотиклар
Б. β-адреноблокаторлар
С. калwий антагонистлари

Д. нитратлар
Е. АПФ ингибиторлари

14.Миокардиодистрофияларда ЭКГ ўзгаришлар:
А. PQ интервалнинг камайиши
Б. Т ва Р тишча волтажини пасайиши
С. СТ сегментнинг кўтарилиши
Д. патологик QS тишча
э. Т тишча инверсияси

15.Миокардиодистрофияга олиб келувчи омиллардан бирини кўрсатинг:
А. инсоляция
Б. алкогол
С.стресслар
Д. чекиш
Е. совуқ қотишлар

16.Миокардиодистрофийларни даволаш тамойиллари:
А. гипотензив терапия
Б. хирургикдаво
С. метаболик ва симптоматик даво
Д. нитратларни қўллаш
Е. рауволфия препаратлари

17.Миокардитда ЭКГ даги ўзгаришлар:
А. Патологик QS
Б. PQ интервалини қисқариши
С. ST сегментини пасайиши
Д. ST сегментини кўтарилиши
Е. патологик Qтишча

18.Қайси этиологик омилни миокардитга сабаб бўлиш эхтимоли кам:
А. стрептококк
Б. Коксаки вируслари
С. стафилококк
Д. Эпштейн –Бар вируси
Е. туберкулёз

19.Миокардитда юрак мушагининг шикастланишида иштирок этмайди:
А. токсик таъсир
Б. Этиологик омилли тўғридан-тўғри таъсири
С. тироксин таъсири

Д. миокард аллергизацияси ва аутоиммунизацияси
Е. аутоантителалар таъсири

20.Тонзилоген миокардиодистрофиясига характерли:
А. қўллар тремори
Б. Экзофталм
С. тез-тез ангиналар кузатилиши
Д. қалқонсимон без катталашиши
Е. Эндофталм

21.Қайси дорилар СЮЕ даволашда асосий гуруҳга киритилган:
А. β-адреноблокаторлар
Б. нитратлар
С. антикоагулянтлар
Д. транквилизаторлар
Е. ноотроплар

22.СЮЕ да юрак гликозидларини қўллашга қарши кўрсатма:
А. СЮЕ II Б
Б. пароксизмал тахикардия
С. ҳилпироқ аритмия
Д. қарши кўрсатма йўқ
Е. АВ блокада

23.СЮЕ да верошпирон ва фуросемид комбинациясини қўллашга кўрсатма:
А. СЮЕ II Б
Б. СЮЕ I
С. СЮЕ IIА, Б
Д. СЮЕ II А,Б
Е. СЮЕ хамма босқичлари

24.СЮЕ даволашда верошпирон қайси гуруҳ дориларига киради:
А. диуретикларга
Б. қўшимча
С. ёрдамчи
Д. асосий
Е. қўлланилмайди

25.СЮЕ II Б да қандай объектив белгилар кузатилади:
А. диффуз цианоз
Б. оёқларида шиш
С. Экзофталм

Д. анурия
Е. тер қопламлари қуриқлиги

26. НЦДни даволаш тамойиллари:
А. калций антагонистлари
Б. седатив препаратлар
С. юрак гликозидлари
Д. нитратлар
Е. диуретиклар

27.СЮЕ ФС II В (NYHA бўйича) хансираш пайдо бўлади:
А. 2 қаватга кўтарилганда
Б. одатий жисмоний зўриқишда
С. тинч холатда
Д. кучли жисмоний зўриқишда
Е. 1 қаватга кўтарилганда

28.Тиреотоксикозда юракда қандай ўзгаришлар кузатилади:
А. миокардит
Б. миокардиодистрофия
С. ЮИК
Д. брадикардия
Е. кузатилмайди

29.Қайси холатларга юрак уриб кетиши ҳос эмас:
А. камқонлик
Б. НЦД
С. тиреотоксикоз
Д. гипотиреоз
Е. СЕ

30.Синусли тахикардияда юрак уриш сони нечига тенг бўлади:
А. 60 гача
Б. 100 ва кўпроқ
С. 90 ва кўпроқ
Д. 40-80
Е. 120 ва кўпроқ

31.Синусли тахикардия қайси ритм бошқарувчисини автоматизмини ошишига боғлиқ:
А. синоатриал тугун
Б. атриовентрикуляр тугун
С. Кент тутами

Д. Гис тутами
Е. Пуркине толалари

32.Синусли тахикардиянинг эКГ белгиси:
А. нотўғри синусли ритм
Б. тўғри синусли ритм
С. PQ узайиши
Д. QRS кенгайиши
Е. QRS қисқариши

33.ЭКГ да синусли тахикардияда асосий ўзгариш:
А. R-R оралигини қисқариши
Б. нотўғри синусли ритм
С. PQ узайиши
Д. QRS кенгайиши
Е. QRS қисқариши

34.НЦД ни инкор қилувчи белги
А. кардиалгия
Б. тахикардия
С. қўрқув ҳисси
Д. Экстрасистолиялар
Е. юрак чегараларини кенгайиши

35.НЦД да юрак қон томир тизимида қандай ўзгаришлар кузатилади:
А. АВ блокадалар
Б. лабил пулс
С. қон айланиш етишмовчилиги
Д. диастолик шовқинлар
Е. ҳилпироқ аритмия

36. НЦД да эКГ даги ўзгаришлар:
А. QRS > 0.12 с.
Б. АВ блокадалар
С. ф тўлқинлар
Д. манфий Т (ўзгарувчан)
Е. PQ > 0.2 с.

37.Анемияда юракда аускултатив ўзгаришлар:
А. 2 тон иккиланиши
Б. дағал диастолик шовқин

С. 1 тон иккиланиши
Д. чўққида систолик шовқин
Е. ўпка артериясида 2 тон аксенти

38.Сурункали юрак етишмовчилиги II Б да кузатиладиган ўзгаришлар:
А. гепатомегалия, шишлар
Б. юрак ўлчамлари меъёрда
С. аортада 2 тон аксенти
Д. талоқ катталашиши
Е. полиурия

39.СЮЕ II Б да диуретикларнинг қандай комбинациясини қўллаш maQSadга мувофиқ:
А. фақат тиазидлар
Б. тиазид+тиазидсимонлар
С. фақат тиазидсимонлар
Д. ҳалқали+К сақловчи
Е. қўлланилмайд

40.Юрак етишмовчилигида объектив ўзгаришлар:
А. диффуз сианоз (илиқ)
Б. акросианоз
С. қўл ва оёқларнинг илиқлиги
Д. Экспиратор ҳансираш
Е. гемоглобинни юқори бўлиши

41.Юрак етишмовчилигида кузатиладиган клиник ўзгаришлар:
А. бошини паст қилиб ётиши
Б. юзда шишлар
С. қўл ва оёқларнинг илиқлиги
Д. Экспиратор ҳансираш
Е. қўл ва оёқларнинг совуқ қотиши

42.НЦД қайси ёшдагиларда кузатилиши хос:
А. қариларда
Б. ёши катталарда
С. ёшларда
Д. ўрта ёшдагиларда
Е. мактаб ёшидагиларда

43.Юрак етишмовчилигида плеврал суюқликка характерли:
А. иккала плеврал бўшлиқларда бир вақтда йиғилиши

Б. фақат ўнг томонлама
С. фақат чап томонлама
Д. аввал ўнг томонлама
Е. аввал чап томонлама

44.НЦД қайси клиник синдромига юрак уриб кетиши тегишли:
А. аденамик
Б. иммун-яллигланиш
С. инфексион-токсик
Д. кардиалгик
Е. гипотермик

45.Тиреотоксикозда асосан юрак ритмини қандай бузилиши учрайди:
А. брадикардия
Б. ҳилпироқ аритмия
С. АВ блокадалар
Д. синус тугуни сустлиги синдроми
Е. қоринчалар экстрасистолияси

46.Артериал гипертензияда учровчи белгилар:
А. Эпигастрал соҳасидаги оғриқлар
Б. бошдаги шовқин
С. озиб кетиш
Д. кўз олдида жисмларни иккиланиши
Е. қорин дам бўлиши

47.Гипертоник кризларга олиб келувчи экзоген омилларга нималар киради:
А. гипотензив воситаларни қабул қилиш
Б. бемор организмидаги ўчоқли инфекцияларнинг зўрайиши
С. климакс даврида бўладиган гормонал ўзгаришлар
Д. ош тузини ортиқча истеъмол қилиш
Е. простата бези аденомаси

48.Гиперхолестеринемия аниқланган беморларга қуйидагиларни тавсия қилиш мақсадга мувофик:
А. тухум сариғини истеъмол қилиш
Б. ўсимлик ёғини истеъмол қилиш
С. қаҳва ва ширинликлар
Д. тузламаларни истеъмол қилиш
Е. қази ва пишлоқ маҳсулотлари

49.Артериал гипертензия билан кечувчи касалликлар:

А. жигар сиррози
Б. ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги
С. феохромоцитома ва гломерулонефрит
Д. миокардиодистрофия
Е. миокардитлар

50.Қон босимни кўтарилишига олиб келадиган дорилар:
А. 4-аминохинолинлар
Б. метаболиклар
С. ноотроплар
Д. контрасептивлар
Е. Н2 – гистаминблокаторлар

51.Қайси дори воситалари артериал гипертензияга олиб келиши мумкин:
А. 4-аминохинолинлар
Б. антидепрессантлар
С. метаболиклар
Д. ГКС
Е. Н2 – гистаминблокаторлар

52.Артериал қон босимининг ошишида қайси механизмлар иштирок этади:
А. НО ишлаб чиқарилиши
Б. натрийнинг ушлаб қолиниши
С. сукралфат ишлаб чиқарилишининг ошиши
Д. веноз қон босимининг ошиши
Е. алдостерон ишлаб чиқарилишининг камайиши

53.Артериал гипертензияда кузатилади:
А. катехоламинлар ишлаб чиқарилишининг ошиши
Б.ренин фаоллигини камайиши
С. веноз қон босимининг ошиши
Д. алдестерон ишлаб чиқарилишининг камайиши
Е. гипонатриемия

54.Иккиламчи артериал гипертензияга олиб келувчи касалликлар:
А. гипотериоз
Б. инсулинома
С. миокардитлар
Д. миокард инфаркти
Е. гломерулонефрит

55.АГ ли беморларга тавсия қилинадиган пархез стол рақами:

А. 2
Б. 9
С. 10
Д. 4
Е. 5

56.Симптоматик артериал гипертензиянинг сабаблари:
А. миокардитлар
Б. жигар сиррози
С. инсулинома
Д. Конн синдроми
Е. гипотериоз

57.Гипертония касаллиги ИИ босқичини қўйиш тамойиллари:
А. миокард инфаркти
Б. чап қоринча гипертрофияси белгилари
С. бош мия қон айланишини транзитор бузилиши
Д. сурункали буйрак етишмовчилиги
Е. аорта стенози

58.Қон босим кўталиши билан кечмайдиган касалликлар:
А. бирламчи алдостеронизм
Б. феохромаситома
С. дилятацион кардиомиопатия
Д. аорта коарктацияси
Е. Конн синдроми

59.Гипертоник криз турлари:
А. неврроген, психосоматик
Б.Рефлектор, ареактив
С. кардиопулмонал, нефроген
Д. асоратланган, асоратланмаган
Е. парадоксал

60.Гипертоник кризда тез ёрдам сифатида ишлатиладиган дори воситаси:
А. бисопролол
Б. амлодипин
С. корвалол
Д. клофелин
Е. аспирин
61.Тезда баланд артериал қон босимни туширувчи дори воситаси:
А. нитросорбид

Б. амлонон
С. метапролол
Д. каптоприл
Е. аторвакор

62.Гипертоник кризда тез ёрдам учун қўлланиладиган калсий антагонистини кўрсатинг :
А. каптоприл
Б. нифедипин
С. метапролол
Д. фармодипин
Е. амлодипин

63.Артериал гипертензия ИИ даражасида диастолик қон босим кўрсаткичлари:
А. 80-89
Б. 90-94
С. 110-119
Д. 100-109
Е. 95-105

64.Артериал гипертензия ИИ даражасида систолик қон босим кўрсаткичлари:
А. 150-159
Б. 140-149
С. 160-179
Д. 180>
Е. 179>

65.Артериал гипертензияни даволашда асосий гуруҳ дори воситаларига кирмайди:
А. юрак гликозидлари
Б. β-адреноблокаторлар
С. диуретиклар
Д. АПФ ингибиторлари
Е. Са антогонистлари

66.Бронхиал астмага кўпроқ хос бўлган белги:
А.шиллиқ-йирингли балғам
Б. Экспиратор ҳансираш
С. ўпка пастки қисмларида нам хириллашлар
Д. суюқ кўпиксимон балғам
Е. инспиратор ҳансираш

67.Бронхиал астмадаги балғам хусусияти:
А. шиллиқ-йирингли

Б. нохуш ҳидли, оғиз тўлиб тушувчи
С. қийин ажралувчи, шишасимон
Д. зангсимон
Е. пушти рангли кўпиксимон

68.Бронхиал астмаси бор беморларга хос бўлган шикоятлар:
А. бўғилиш хуружи, қийин ажралувчи балғамли йўтал
Б. тана ҳарорати қутарилиши, кўкрак қафасида оғриқ, шиллиқ-йирингли балғам билан йўтал
С. қуруқ, акилловчи йўтал
Д. қон туфлаш
Е. йирингли балғам ажралувчи хуружсимон йўтал

69.Бронхиал астмада ёндош касалликлардан қайси бири бўлганда кортикостероид давога қарши кўрсатма ҳисобланади:
А. ревматоид артрит
Б. ошқозон ва 12 б/и яра касаллигини қўзиш даври
С. артериал гипотония
Д. остеопороз
Е. сурункали гломерулонефрит

70.Тиффно индекси бу:
А. 1 секунддаги нафас чиқариш ҳажмининг ўпканинг тириклик сиғимига нисбати
Б. нафас чиқариш резерв ҳажмининг нафас чиқариш сиғимига нисбати
С. нафас ҳажмининг ўпкадаги қолдиқ ҳажмига нисбати
Д. ўпканинг максимал вентиляциясининг ўпканинг ҳаётий сиғимига нисбати
Е. нафас олиш резерв ҳажмининг нафас чиқариш резерв ҳажмига нисбати.

71. Селектив β2-адренорецептор агонистларни кўрсатинг?
А.задитен
Б. беротек
С. интал
Д.вентолин
Е. ретотифен

72.Аспиринли бронхиал астмада учрайдиган касаллик:
А.сурункали фарингит
Б. сурункали обструктив бронхит
С. кўкйўтал
Д. поллиноз
Е. сурункали пневмония

73.Муколитикларга қуйидагиларга киради:
А.еуфиллин
Б. кодеин
С. аналгин
Д. либексин
Е. ацетилцистеин

74.Астматик статуснинг ИИ босқичида ўпкадаги аускултатив ўзгаришлумот:
А. соқов ўпка
Б. жарангсиз майда пуфакчали нам хириллашлар
С. плевра ишқаланиш шовқини
Д. амфорик нафас
Е. крепитация

75.Соқов ўпка симптоми нимани кўрсатади:
А. бронхиал астма енгил хуружини
Б. бронхиал астма ремиссиясини
С. II босқич астматик статус ривожланганлигини
Д. бўғилиш хуружи тўлиқ кетганда
Е. И босқич астматик статус ривожланганлигини

76.Балғамда Шарко-Лейден кристалларининг аниқланиши қайси касаллик учун хос?
А. ўпка сили
Б. сурункали бронхит
С. ўткир пневмония
Д. бронхиал астма
Е. бронхоектатик касаллик

77.Бронхиал астма белгилари учун хос:
А. балғамда ва қонда эозинофилия
Б. инспиратор хансираш
С. куршман спираллари, Кебот халқалари
Д. жолли таначалари, Шарко-Лейден кристаллари
Е. лимфоцитоз, хириллашлар

78.Астматик статусни даволашда қўлланилмайди:
А. Эуфиллин
Б. юрак гликозидлари
С. натрий гидрокарбонатнинг 4% ли эритмаси
Д. кортикостероидлар
Е. бета-адреноблокаторлар

79.Ўпка эмфиземасида кўкрак қафаси кўриниши:
А. бочкасимон тип
Б. рахитик тип
С. цилиндрик тип
Д. конуссимон тип
Е. Этикдўз кўкраги

80.Нафас етишмовчилиги ривожланади:
А. портал гипертензияда
Б. пневмосклерозда
С. жигар циррозида
Д. митрал стенозда
Е. ў пка гипертензиясида

81.Пневмосклероз учун қандай бронхографик маълумотлар хос?
А. бронхларнинг яқинлашиши, девиацияси
Б. бронхларнинг қисқариши
С. бронхларниг кенгайиши
Д. майда бронхларнинг торайиши
Е. асосий бронхларнинг торайиши ва йўқолиши

82.Пневмосклерозни текшириш режасига қуйидаги усуллар киради:
А. ўпкалар рентгенографияси, бронхография
Б. умумий қон таҳлили, умумий сийдик таҳлили
С. пневмотахография, УТТ
Д. спирография
Е. флюрография, УТТ

83.Пневмосклерозни даволашда қўлланиладиган асосий дори воситалар гуруҳини кўрсатинг:
А. цитостатиклар
Б. бронходилятаторлар
С. антибиотиклар
Д. иммуномодуляторлар
Е. антидепрессантлар

84.Бронхиал астма ўрта оғир персистирловчи босқичига хос бўлган кўрсаткичлар:
А. тунги хуружлар хар куни, ПСВ 60-80%, суткалик фарқ> 30%дан кўп
Б. тунги хуружлар ойда 1 марта, ПСВ 60-80%, суткалик силжиш 20-30%
С. тунги хуружлар ҳафтада 1 марта, ПСВ 60-80%, суткалик силжиш 20-30%
Д. тунги хуружлар ҳафтада 1 марта, ПСВ 80%дан кўп, суткалик силжиш 20%дан кам

Е.тунги хуружлар хар куни, ПСВ 60%дан паст, суткалик силжиш20- 30%

85.Ўпка эмфиземасининг перкутор белгилари хисобланади:
А. крениг майдонини торайиши
Б. тимпаник перкутор товуш
С. нисбий юрак тумтоклиги чегараларини кенгайиши
Д. ўпканинг пастки чегараларини экскурциясини ошиши
Е.қутичасимон перкутор товуш

86.Ўпканинг бирламчи эмфиземасига хос:
А. беморлар ёшини 40 дан ошганлиги
Б. ўпка юракнинг (сор пулмонале) яккол белгилари юклиги
С. гипоксемия ва гиперкапнияни тезлик билан ривожланиши
Д. декомпенсирланган упкали юракни тезлик билан шаклланиши
Е. расалликни юталдан бошланиши

87.Ўпканинг иккиламчи эмфиземасига хос:
А. ўпкали юракнинг яккол белгилари юклиги
Б. касалликни “пихиллаш”симон хансирашдан бошланиши
С. беморларни ёш булиши
Д. касалликни юталдан бошланиши
Е. ўпка гипертензиясини юклиги

88.Ревматик иситмада касаллик фаоллигини аниқлашда аҳамиятга эга:
А. қонда ревматоид омилни аниқлаш
Б. ўткир фазали синамалар ва HLA B-27 мусбат.
С. лихорадка миқдори ва HLA B-27 - мусбат.
Д. ўткир фазали синамалар ва эЧТ миқдори
Е. бўғимлардаги рентгенологик ўзгаришлар

89.Митрал иллатларнинг энг кўп сабаби:
А. ревматик иситмадан кейин
Б. атеросклероз
С. инфекцион миокардит
Д. папилляр мушаклар узилиши билан асоратланган миокард инфаркти
Е. кўкрак қафаси ўтмас жарохати

90.Ревматик иллатлар орасида кўпроқ учрайди:
А. ўпка артерияси клапанлари иллати
Б. митрал иллатлар
С. аортал етишмовчилик
Д.аортал стеноз

Е. трикуспидал иллатлар

91.Ревматик полиартритга хос:
А. тоз-сон бугимларининг тургун деформацияси
Б. қўл бугимларининг симметрик зарарланиши
С. тизза бугимларининг зарарланиши
Д. кул бармок бугимларининг улнар девиацияси
Е. урогенитал инфекция билан ассоциацияланиши

92.Ревматизмнинг III фаоллик даражасида кайси дори воситалари кулланилади:
А. гентамицин
Б. ципрофлоксацин
С. преднизолон
Д. сулфасалазин
Е. аллопуринол

93.Ревматик полиартритга купрок хос:
А.ратта бугимларнинг симметрик зарарланиши
Б. огрикларнинг кучиб юрувчи характерга эга эканлиги
С. бугимлар деформацияси
Д. қўл бармоқларининг “сосискасимон” шикастланиши
Е. Эрталабки карахтлик

94.Откир ревматик иситмада тактикани аниқланг:
А. ситостатиклар ва пенициллинлар бир вақтда 6 ой давомида
Б. сулфаниламид 18 кун, кейин бисилин-5 2 хафта давомида
С. 4-аминохинолин гурух 1 хафта давомида
Д. кучли пенициллинотерапия 5 соат давомида кейин глукокортикостероидлар
Е. пенициллин 10 кун, кейин бисилин-5 йил давомида

95.Ревматик миокардитда ЭКГда кузатилади:
А. Р –тишчасининг чўққисимон бўлиши
Е. чукур Q-тишчасининг мавжудлиги
Б. ST оралигининг урта чизикдан пастга тушиши
С. Т-тишчасининг манфий булиши
Д. PQ оралигининг 0,2 секунддан куп булиши

96.Ревматоид артритда бўғим синдроми хусусияти:
А. битта йирик бўғим зарарланади
Б. носимметрик зарарланиш
С. симметрик зарарланиш
Д. оғриқнинг учувчан хусусияти

Е. фақат тизза бўғими зарарланиши

97.Ревматоид тугунча бу:
А. тирсакнинг ёзилувчи соҳасида жойлашган, оғрисиз, (0,5-2см) ҳаракатчан ҳосила
Б. қулоқ супрасидаги қаттиқ, оғрисиз, оқиш ҳосила
С. проксимал фалангаларараро бўғинлардаги қаттиқ, ҳаракациз суяк ўсимтаси
Д. дистал фалангаларараро бўғинлардаги қаттиқ, ҳаракациз суяк ўсимтаси
Е. нерв-томирлар бўйлаб тери остуда жойлашган майда тугунчалар

98.Ревматоид артритдаги дастлабки патологик жараён жойлашади:
А. чаноқ-сон бўғимларида
Б. елка бўғимларида
С. проксимал фалангаларараро бўғимлар
Д. тизза бўғимида
Е. сакроилеал бўғимлар

99.Ревматоид артритга хос рентгенологик ўзгариш:
А остеосклероз
Б. қўл панжаси дистал фалангалари остеолизи
С. остеофитлар борлиги
Д. Эрозив-деструктив жараён
Е. сакроилеит

100.Остеоартроздан фарқли равишда ревматоид артритга хос:
А. механик характердаги оғриқлар
Б. Эрталабки карахтлик мавжудлиги
С. старт характердаги оғриқлар
Д. тунги оғриқлар
Е. жисмоний зўриқишдан кейин оғриқларнинг кучайиши

101.Ревматоид артрит II даража бўғим функционал етишмовчилигига хос:
А. ўз-ўзига хизмат қилиш қобилияти чекланган
Б. ўз-ўзига хизмат қилиш қобилияти йўқолган
С. касбий меҳнат қобилияти сақланган
Д. касбий меҳнат қобилияти йўқолган
Е. касбий меҳнат қобилияти чекланган

102.Ревматоид артритга базис давони танланг:
А. румалон
Б. преднизолон
С. ортофен
Д. делагил

Е. колхицин

103.Ревматоид артритнинг ташхисини барвақт аниқлашда қайси симптом аҳамиятга эга:
А. умуртқа поғонаси бўйин қисми зарарланиши
Б. ревматоид тугунча
С. Эрталабки карахтлик
Д. улнар девиация
Е. суякларо мушаклар атрофияси

104. Ревматоид артрит учун хос рентгенологик ўзгариш:
А. умуртқа квадратизацияси
Б. периостит
С. субхондрал остеосклероз
Д. калцификат
Е. бўғим атрофи остеопорози, нақшлар

105.Ревматоид артритнинг И рентгенологик босқичида кузатилади:
А. камлаб узурлар
Б. бўғим олди остеопорози
С. кўплаб узурлар
Д. бўғим тирқиши торайиши
Е. бўғим атрофи остеопорози, бўғим тирқиши торайиши

106.Қайси усул билан қон зардобида ревматоид омилни аниқлайди:
А. Райта-Хеддлсон реакцияси
Б. Буже реакцияси
С. Видал реакцияси
Д. Ваалер-Розе реакцияси
Е. Борде-Жангу реакцияси

107.Нечта бўғим зарарланганда олигоартрит ҳисобланади:
А. битта бўғим
Б. иккита бўғим
С. тўртта бўғим
Д. учта бўғим
Е.беш ва ундан кўп бўғим

108.Ревматоид артритда учрайдиган белгини кўрсатинг:
А. тофуслар
Б. бушар тугунчалари
С. геберден тугунлари
Д. Рандю-Ослер тугунчалари

Е. ревматоид тугунчалар

109.Ревматоид артритда ички аъзолар зарарланиши кўриниши:
А. ўпка гипертензияси, нефрит
Б. гепатит, меъда яра касаллиги
С. пневмонит, кардит
Д. плеврит, перикардит, перитонит
Е. ўпкада катта ўчоқли соялар

110.Идиопатик остеопороз ривожланишининг асосий хаVF омилларини кўрсатинг:
А. инфекцион агентлар
Б. турмуш тарзи билан боғлиқ хаVF омиллар: камҳаракатчанлик, чекиш
С. овқатланиш билан боғлиқ омиллар
Д. генетик омил ва оилавий анамнез
Е.касбга боғлиқ омиллар

111.Остеопорозга характерли клиник белгиларни санаб ўтинг:
А. оёқларнинг чиқиши
Б. паравертебрал нуқталарда оғриқ
С. миалгия
Д. суякларнинг синиши
Е. бўғимларнинг деформацияси

112.Бирламчи остеопорознинг хаVF омилларини кўрсатинг:
А. европоид ва монголоид ирққа мансуб ахоли
Б. умуртқа поғонасининг касалликлари
С. овқатланиш билан боғлиқ омиллар
Д. инфекцион агентлар
Е. кофе ва алкоголни кўп истеъмол қилиш

113.Сенил остеопороз ривожланишининг хаVF омили:
А. касбга боғлиқ омиллар
Б. организмнинг қариши
С. камҳаракатчанлик, чекиш
Д. умуртқа поғонасининг касалликлари
Е. генетик омил ва оилавий анамнез

114.Бирламчи остеопорознинг сабабларидан бири:
А. кўп сутли овқат истеъмол қилиш
Б. узоқ вақт лактация ва кўп хомиладорлик
С. серхаракат бўлиш, оғир юк кўтариш
Д. преднизолон қабул қилиш

Е. ревматоид артрит

115.Иккиламчи остеопорознинг асосий сабабларидан бири:
А. кофе истеъмол қилиш
Б. кўп сутли овқат истеъмол қилиш
С. менопауза
Д. узоқ вақт лактация ва кўп хомиладорлик
Е. преднизолон қабул қилиш

3116.Суяк таркибидаги хужайралараро моддани ташкил қилувчи oQSилни топинг:
А. гликозамингликан
Б. остеопротеин
С. калцитонин
Д. простогландиин Е
Е. серомукоид

117.Остеопорознинг бирламчи профилактикаси:
А. семиришни олдини олиш
Б. бифосфонатларни схема асосида ичиб туриш
С. калцийга бой овқатларни истеъмол қилиш
Д. чекишни ташлаш
Е. кунига камида 7 стакан кофе ичиш

118.Остеопорознинг иккиламчи профилактикаси:
А. ҳомиладорликлар орасида интервални сақлаш
Б. алкогол истеъмол қилмаслик
С. калцийга бой овқатларни истеъмол қилиш
Д. бифосфонатларни схема асосида ичиб туриш
Е. кунига камида 1 соат қуёш нури остида сайр этиш

119. Остеопорозга олиб келувчи ирсий касалликни кўрсатинг:
А. Даун синдроми
Б. Шершевский-Тернер синдроми
С. Клайнфелтер синдроми
Д. фенилкетонурия
Е.алкаптонурия

120.Бифосфонат берилган қаторни топинг
А. калций фосфат
Б. калций глюконат
С.спиронолактон
Д. витрум форте

Е. алендронат кислота

121.Алемаксни (алендронат) қандай дозада остеопороз профилактикаси учун ишлатилади?
А. хафтасига 10 мг ичишга, 3 ой давомида
Б. таблетка шаклида, кунига 10мг ичишга, 1ой давомида
С. кунига 70 мг ичишга, 3ой давомида
Д. хафтасига 35мг ичишга, 6 ой давомида
Е. хафтасига 70 мг ичишга, 6 ой давомида

122.Остеопорозга олиб келувчи дори воситалар:
А. ЯҚНВ
Б. калций антагонистлари
С. антиконвулсантлар
Д. протон помпа ингибиторлари
Е. темир препаратлари

123.Бифосфонатларни қўллашга қарши кўрсатма:
А. гипокалциемия
Б. бронхообструктив синдром
С. атрофик гастрит
Д. гиперкалиемия
Е. артериал гипертензия

124.Остеопорознинг энг кўп учрайдиган асорати:
А. елка суяги хирургик бўйнидан синиши
Б. тизза бўғими деформацияси
С. сон суяги бошчасининг синиши
Д. умуртқалараро диск чурраси
Е. елка бўғимида чиқишлар

125.Шимолий совуқ минтақаларда остеопорозга олиб келувчи асосий сабабни кўрсатинг:
А. кам харакатлилик
Б. кўп хомиладорлик
С. кофени кўп истеъмол қилиш
Д. қуёш инсоляциясини етишмаслиги
Е. алкогол суиистеъмол қилиш

126.Жанубий иссиқ минтақаларда остеопорозга олиб келувчи асосий сабабни кўрсатинг:
А. чекиш
Б. менопаузани эрта бошланиши
С. қуёш инсоляциясини етишмаслиги
Д. ошқозон ичак тизимида сўрилишнинг бузилиши

Е. европоид ирқни кенг тарқалганлиги

127.Суяк тўқимаси минерал зичлигини ўлчайдиган текширув усули:
А. УЗИ денситометрия
Б. суяк рентгенографияси
С. МРТ
Д. суяклар ултратовуш текшируви
Е. остеопороз маркерлари

128.Остеопорозни даволаш учун қўлланиладиган гормонал дори воситаси:
А. остеогенон
Б. паратгормон
С. инсулин
Д. калцитонин
Е. Л-тироксин

129.Остеопорозни даволашда қўлланиладиган қайси дори воситаси таркибида гидроксиапатит ва оссеин сақлайди?
А. Калций-Д3
Б. остеогенон
С. калцитонин
Д. ралоксифен
Е. алендронат

130.Калцитонинни ножўя таъсирларини олдини олиш учун қандай препаратдан фойдаланилади:
А. инсулин
Б. калций глюконат
С. витамин Д
Д. паратгормон
Е. ралоксифен

131.30 ёшдан кичик беморларга остеопенияни даволаш маQSадида тавсия этиладиган препаратни кўрсатинг:
А. калций-Д3
Б. остеомакс
С. резандронат натрий
Д. калцитонин
Е. паратгормон

132.Ёғон ичак раки ичакнинг қайси қисмида кўпроқ учрайди?

А. кўндаланг чамбар ичак
Б. кўтарилувчи чамбар ичак
С. сигмасимон, тўғри ичак
Д. тушувчи чамбар ичак
Е. хамма жойда бир хилда учрайди

133.Йўғон ичак ракини даволаш усуллари?
А. фақат оператив йўл билан даволанади
Б. оператив ва химиотерапия усули билан
С. фақат химиотерапия
Д. санатор-курорт даволаш
Е. парҳез ва прокинетиклар билан

134.Йўғон ичак раки бўлган беморларда умумий қон таҳлилидаги асосий ўзгаришлар?
А. лейкоцитоз
Б. тромбоситопения
С. лейкопения
Д. анемия белгилари ва эЧТ жуда юқори бўлади
Е. тромбоситоз

135.Йғон ичак ракининг биринчи босқич белгилари:
А. бунда ўсма лимфа тугунчаларга метастаз берган бўлади
Б. бунда хосила фақат шиллиқ қаватда бўлади
С. вақтида аниқланса 50% холларда тузалиш бўлади
Д. бунда ўсма бошқа органларга ҳам метастаз берган бўлади
Е. шиллиқ қават билан мушак қават зарарланган бўлади

136.Ичак таъсирланиш синдроми кўпроқ кимларда учрайди :
А. болаларда
Б. Эркакларда
С. аёлларда
Д. 70-75 ёшлиларда
Е. ёшга бог`лиқ эмас

137.Ичак таъсирланиш синдромини юзага келиш сабаблари:
А. инфексион факторлар
Б. меда ичак травмаси
С. ичак аномалиялари
Д. стресс, алиментар, дисгормонал
Е. дорилар таъсири

138.Ичак таъсирланиш синдроми да нажасни характери:

А. гуруч ювиндиси
Б. қонли
С. шиллиқли
Д. нўҳот шўрваси кўринишида
Е. йирингли нажас

139.Ичак таъсирланиш синдромини дифференсиал диагностикасини ўтказиш лозим эмас:
А. аппендицит
Б. ичак усмаси билан
С. носпесифик ярали колит билан
Д. Крон касаллиги билан
Е. панкреатит билан

140.Ичак таъсирланиш синдроми ни даволаш принсиплар:
А. оператив даво
Б. тўғри овқатланиш, медикаментоз, психотерапия
С. нур билан даволаш
Д. кимё терапия
Е. оператив ва кимё терапия

141.Ичак таъсирланиш синдромининг бошқа ичак касалликларидан фарқи :
А. касалликни аниқ сабаби мавжуд
Б. органик ўзгаришлар ёқлиги
С. органик ўзгаришлар кузатилиши
Д. ўткир кечиши.
Е. нажасда қон ва йиринг кузатилиши

142.Ичак таъсирланиш синдромининг даволаш йўналишлари:
А. нитрофуранлар
Б. симптоматик даво
С. оператив
Д. антибиотикотерапия
Е. тозаловчи клизма

3143.Бир кунда дефекасия сони:
А. 3-4 марта
Б. бир ёки икки марта
С. 4-5 марта
Д. 5-7 марта
Е. 3-7 марта

144.Болаларда кўпинча қабзиятга олиб келади:

А. гастрит
Б. ичак инвагинасияси
С. Гиршпрунг касаллиги
Д. Энтерит
Е. муковиссидоз

145.Функционал қабзият турлари:
А. ичак тасирланиш синдроми, НЯК, энтерит
Б. ичак гиперкинезияси, оддий қабзият
С. ичак тасирланиш синдроми, оддий қабзият, осмалар
Д. оддий, ичак гипокинезияси, ичак таъсирланиш синдроми
Е. ичак гипокинезияси, геморой

146.Қайси эндокрин касалликларда қабзият кузатилади
А. қандли диабет, микседема
Б. акромегалия
С. тиреотоксикоз
Д. қандсиз диабет, паратиреоз
Е. Иценго- Кушиг синдроми

147.Қайси дори воситалари қабзият чақиради:
А. антиагрегантлар
Б. атропин, гексоний,антидепрессантлар
С. АПФ ингибиторлари
Д. антибиотиклар, седативлар
Е. антивирус воситалар, иммуномодуляторлар

148.Гиршпрунг касаллигида кўпроқ йўгон ичакнинг қайси қисмида аганглионар зона аниқланади.:
А. бутун ичак бойлаб
Б. ректосигмоидал қисм
С. ёгон ичак
Д. ёгон ичак бош қисми
Е. 12б.и ва ингичка ичак

149.Хомиладорлар қабзиятида қайси қормон рол ўйнайди:
А. АДГ.
Б. Эстроген
С. хорион гонадонотропин
Д. тироксин
Е. прогестерон

150.Мушаклар тонусининг пасайиши билан кечувчи қабзиятга олиб келувчи касалликлар:
А. қорин тифи
Б. салмонеллез
С. Гиршпрунг касаллиги
Д. ичак осмалари
Е. ичак инвагинасияси

151.Тизимли касалликларга ҳарорат кўтарилишдан ташқаринимаҳос:
А. кўпроқ эркакларда кузатилиши
Б. фақат тери , бўгимлар шикастланиши
С. полисиндромли кечиши
Д. лимфааденопатия кузатилмаслиқи
Е. фақат буйрак , ўпка шикастланиши

152.Ўсма касалликларида ҳарорат кўтарилишига сабаб:
А. аллергик реаксия
Б. қўшни аъзога тарқалиш
С. аутоиммун жараён ҳисобига
Д. ўсмага ҳос пироген моддалар, парчаланиш, инфекцион асоратлар
Е. регионар метастазлар

153.Қайси дорилар таъсирида ҳарорат кўтарилиши мумкин:
А. ГКС ва НЯҚВ
Б. баъзи антибиотик, ситостатик, МНСга тасир этувчи препаратлар
С. прокинетик
Д. гипотензив
Е. аналгетик

154.Тйреотоксик буқоқга ҳос:
А. тери қуруқлиги
Б. юқори тана ҳарорати- 40 С
С. холсизлик, апатия билан кечади
Д. субфебрил харорат, жиззакилик, асабийлик
Е. уйқучанлик

155.Бруцеллезни ўткир септик кечишига хос?
А. оғир умумий ахвол
Б. нафас қисиши, бўғимда оғриқ
С. ифодаланган интоксикация белгилари
Д. тана харорати 39-40 С, лимфоаденопатия, лейкопения
Е. субфебрил тана харорати

156.Бруцеллезни бирламчи латент кечишида инкубасион давр:
А. бир неча соат
Б. 3 ҳафта
С. бир неча ойдан бир неча йиллгача
Д. 3-4 кун
Е. 1 ҳафта

157.Бруселлезни бирламчи сурункали кечишига хос:
А.жигар ва талок катталашмайди
Б. полиартрит, невритлар спонтан абортлар
С. Бйирне синамаси манфийлиги
Д. тана харорати 39-40 С
Е. уммумий интоксикачия белгилари юклиги

158.Безгак учун хос:
А. афтоз стоматит , нажасда қон
Б. иситма, анемия, спленомегалия
С. геморрагик тошмалар, тиришиш
Д. ич кетиш, қалтираш
Е. менингизм, метеоризм, фотосенсибилизасия

159.Салмонеллёзни асосий юқиш йўллари:
А. лимфоген
Б. хаво-томчи
С. гематоген
Д. фекал-орал
Е. маиший

160.Салмонеллёзни тифга ўхшаш шакли:
А. гастроентеритик
Б. тарқоқ
С. гастритик
Д. септик
Е. гастроентероколитик

161.Салмонеллалар қандай модда ажратади?
А. Экзотоксин
Б. Эндотоксин
С. ҳам эндо ҳам экзотоксин
Д. тирик личинка
Е. коагулаза

162.Салмонеллёзни кўпроқ кузатиладиган клиник шакли:
А. гастритик
Б. абортив
С. сурункали
Д. колитик
Е. гастроинтестинал

163.Салмонеллани ташқи муҳитга чидамлилиги:
А. сувда-18 ҳафта,тупрокда 1йил
Б. сувда-2-4 ой тупрокда-1 йил
С. сувда-120 кун,тупрокда-1-9 ой
Д. сувда-2-4 ҳафта тупрокда-2-йил
Е. сувда 1 йил,тупрокда 120 кун

164. Қорин тифининг авж олиш даврида теридаги ўзгаришлар:
А. рангпарлик, тери қуруқлиги , розеолаларнинг бўлиши
Б. гиперемия, экхимоз, яралар
С. петехияларнинг бўлиши, гиперемия, тери қуруқлиги
Д. жгут симптомининг мусбатлиги, терининг мармарсимон кўриниши
Е. ксантома ва ксантелазмалар

165. Қорин тифида овқат хазм қилиш системасида бўладиган асосий симптомларни кўрсатинг:
А. ичнинг оз-оздан шиллиқ ва қон аралаш келиши , кўнгил айниш
Б. Керниг симптоми мусбат
С. географик тил , қорин таранглашиши , ичаклардан қон кетиш
Д. "тифозли тил", метеоризм , гепатолиенал синдром
Е. қоринда жуда кучли оғриқлар , ютушнинг бузилиши

166.Қорин тифининг специфик асоратларини кўрсатинг:
А. ичакдан қон кетиши, перфорация, инфекцион-токсик шок
Б. геморрагик шок, мезентерал томирлар тромбози
С. кома, плеврит, перикардит
Д. пневмония, туберкулёз
Е. перианал оқмалар ичак, тутулишлари

167.Қорин тифини бошлангич даврига хос асосий симптомни кўрсатинг:
А. ҳолсизлик, иштаҳа пасайиши
Б. кўнгил айниши, қайт қилиш, қалтираш
С. бош айланиши, бош оғриши, хушдан кетиш
Д. теридаги тошмалар, лакланган тил, соч тўкилиши
Е. Иситма, бос

168. Қорин тифи авж олиш давринининг асосий клиник симптомларини кўрсатинг:
А. гепатомегалия, интоксикацион-токсик шок
Б. уйқучанлик, менингиал белгилар, иштаха бузилиши
С. геморрагик тошмаларнинг пайдо булиши, кома, атрофияланган тил
Д. иситма, МНС нинг интоксикацияси, тошмалар
Е. иситма, бош оғриши, уйқусизлик

169.Қорин тифини даволаш:
А. антипротозой терапия, интерферонстимуляция терапия, ётоқ режими
Б. интерферонстимуляция терапия, ётоқ режими
С. антитоксик терапия, пархез, антипротозой терапия
Д. ётоқ режими, пархез, антибактериал, дезинтоксикацион
Е. антигистамин ва прокинетиклар

170.Безгак хуружининг умумий интоксикация белгиларини кўрсатинг:
А. бош оғриғи, бош айланиши, миалгия, қусиш, кўнгил айниши
Б. менингизм, иситма, метеоризм, ич кетиш
С. тиришиш, терлаш, оёқларда оғриқ, кўз хиралашуви
Д. сардоник тиржайиш, ютушнинг бузилиши, кўп сийдик ажралиш
Е. теридаги тошмалар, лакланган тил, соч тўкилиши

171. Безгакда гемограммадаги асосий ўзгаришни кўрсатинг:
А. лейкоцитоз, ЭЧТ нинг пасайиши, эритроцит ва гемоглобиннинг ошиши
Б. анемия, ретикулоцитоз, панситопения, ЭЧТнинг ошиши
С. лимфопения, эозинофилия, тромбоцитопений1) ретикулоцитоз
Д. тромбоцитоз, ЭЧТ нинг ошиши, эозинофилия,
Е. нейтрофилёз, эозинофилия

172.Безгак клиникасига хос белгилар :
А. иситма, анемия, спленомегалия
Б. тириши, терлаш, ич кетиши
С. қон кетиш, ахлатда йиринг, стомотитлар
Д. геморрагик тошмалар, оёқларда шиш, метиаризм
Е. теридаги розеолёз тошмалар, лакланган тил

173.Безгак пароксизми фазалари кетма-кетлиги:
А. қизиш, қалтираш, терлаш
Б. иситма босқичи, тиришиш босқичи, қалтираш
С. Эс-хушини йўқотиш, қалтираш, терлаш
Д. қалтираш босқичи, қизиш босқичи, терлаш босқичи
Е. аллергик босқичи, артралгик ва лимфоаденопатия фазалари

174.Инфексион эндокардитдаги тошмаларга хос:
А. бўйин, билак, болдир сохаларда геморрагик петихиал тошмалар, босганда йўқолмайди
Б. бутун тана бўйлаб тугунчали тошмалар
С. кўкрак ва қоринда розеолёз тошмалар
Д. розеолез-папулез тошмалар
Е. папулез тошмалар бўйин ва елка сохаларда кузатилади

175.Инфекцион эндокардитни асосий қўзғатувчилари:
А. вируслар
Б. стафилококк,стрептококк
С. ичак таёқчаси
Д. замбуруглар
Е. риккециялар

176.Пиелонефритда қўзгатувчиларнинг тушиш йўллари:
А. контакт
Б. уроген, гематоген
С. лимфоген
Д. пастга тушувчи
Е. уроген, лимфоген

177.Пиелонефритнинг аёлларда коп учрашининг сабаблари:
А. буйракларнинг жойлашуви
Б. иммунитетнинг пастлиги
С. уретранинг анатомик тузилиши
Д. стресс
Е. анемия мавжудлиги

178.1 мл пешоб таҳлилидада пиелонефрит актив яллигланиш фазасига хос ўзгаришларни аниқланг:
А. лейкосит 2000, бактерия 1000
Б. лейкосит 2000, бактерия 6000
С. лейкосит 2500, бактерия 10000
Д. лейкосит 1500, бактерия 70000
Е. лейкосит 5000, бактерия 200000

179.Пиелонефритда сийдикнинг макроскопик кўринишига характеристика беринг:
А. рангсиз,чўкмали
Б. ҳира,сариқ, чўкмали
С. ҳира, чокмали, қизгиш
Д. гошт ювиндисига охшаш
Е. рангсиз

180.Пиелонефритда яширин лейкоцитурияни аниқлаш усули:
А. глюкоза толерантлик тести
Б. дипиридамолли синама
С. верошпиронли синама
Д. преднизолонли синама
Е. тимол-сулема синамаси

181.Ўткир пиелонефрит асоратлари:
А. СБЕ
Б. қон айланиш етишмовчилиги
С. буйрак абсесси,карбункули, ЎБЕ
Д. нефротик шок
Е. нафас етишмовчилиги

182.Пиелонефритда бактерияларнинг қандай миқдори мусбат бактериурия ҳисобланади?
А. 1 мл сийдикда 102 дан ортиқ болганда
Б. 1 мл сийдикда 103 дан ортиқ болганда
С. 1 мл сийдикда 104 дан ортиқ болганда
Д. 1 мл сийдикда 105 дан ортиқ болганда
Е. 1 мл сийдикда 101 дан ортиқ болганда

183.Ўткир пиелонефритда асосийқўзғатувчиси:
А. гемолитик стрептококк
Б. замбуруғлар
С. микобактериялар
Д. ичак таёқчаси
Е. хламидиялар

184.Пиелонефритда буйракнинг қайси қисми шикастланади?
А. томирлар
Б.косача - жомча
С. коптокча
Д. юкстагломеруляр аппарат
Е. уретра

185.Ўткир пиелонефритда триада симптомлари:
А. силиндрурия, шиш, гипертензия
Б. гипертония, протеинурия, силиндрурия
С. гематурия, шиш, дизурия
Д. интоксикация, дизурия, белда оғриқ

Е. макрогематурия, гипертензия, дизурия

186.Ўткир пиелонефритни даволаш
А. антиагрегантлар
Б. антибиотиклар, уроантисептиклар
С. антикоагулянтлар
Д. иммунодепрессантлар
Е. ГКС

187.Қалтираш, махаллий оғриқ, лейкоцитурия кузатилади:
А. ўткир пиелонефритда
Б. ўткир гломерулонефритда
С. амилаидоз касаллигида
Д. сурункали гломерулонефритда
Е. простатитда

188.Сурункали пиелонефритда қўлланиладиган дори воситаси:
А. ГКС
Б. нитроксолин, ампициллин
С.исониазид, димедрол
Д.гепарин, дипиридамол
Е. иммунодепрессантлар

189.Ўткир пиелонефритда текшириш усуллари:
А. липид спектри, ферментлар
Б. Экскретор урография
С. радиоизотоп ренография
Д. УСТ,УҚТ
Е. колоноскопия, сопрограмма

190.УСТда бир кўрув майдонида лейкоцитлар 30тагача, эритроцитлар 1-2, бактериялар +++, шиллиқ +++. Сизнинг тахминий ташхисингиз?
А. амилоидоз
Б. ўткир пиелонефрит
С. ўткир гломерулонефрит
Д. интерстициал нефрит
Е. сийдик – тош касаллиги

191.Болаларда откир пиелонефрит ривожлантиришига олиб келувчи омиллар:
А. совуқ қотиш, инфексия
Б. нотогри овқатланиш
С. уродинамика бузиши

Д. сурункали инфексия очоқлари
Е. инсолясия

192.Сурункали пиелонефритда информатив текшириш усуллари:
А. липид спектри
Б. ферментлар (ЛДГ, КФК)
С. сийдикда канд микдори
Д. УТТ, экскретор урография
Е. колоноскопия,

193.Пиелонефритда сийдикда оқсил миқдори:
А. 3 дан 5гр/л гача
Б. 1 дан 3 гр/л гача
С. 0.033 дан 1 гр/л гача
Д. 5 дан 7гр/л гача
Е. 7гр ва ундан ўртиқ

194.Сурункали пиелонефритда УТТдаги ўзгаришлар:
А. коса- жомчаларни кенгайиши ва деформасияси
Б. буйрак паренхемасини ўтказувчанлиги камайиши
С. гломерулосклероз
Д. буйрак паренхемаси ўзгармайди
Е. буйрак ўлчамларини катталашишга мойиллиги

195.Пиелонефрит эркакларда боғлиқ бўлиши мумкин:
А. чекиши билан
Б. ёши кишиклиги билан
С. бўйи баланд бўлиши билан
Д. семизлиги билан
Е. простата бези аденомаси билан

196.Еркакларда пиелонефрит кўпинча қайси йўл билан ривожланади:
А. кўтарилувчи ва тушувчи
Б. алиментар
С. наслий
Д. фекал-орал
Е. ҳаво-томчи

197.Ўпка ракида ажраладиган атипик хужайра ва детритлардан иборат балғам қандай номланади?
А. зангсимон балғам
Б. дурсимон балғам

С. шишасимон балғам
Д. шоколадсимон балғам
Е. сероз-пушти балғам

198.Силни жаррохлик усулида даволашга кўрсатмаларни айтинг:
А. инфилтратив сил
Б. тарқоқ сил
С. туберкуломалар
Д. ўчоқли сил
Е.яллиғланган сил

199.Туберкулез яллиғланишининг специфик элементлари хисобланади:
А. нейтрофиллар
Б. макрофаглар
С. Ашофф-Талалаев хужайралари
Д. Пирогов-Ланганс хужайралари
Е. ретикулоцитлар

200.Туберкулёз замонавий профилактикасининг асосий усулларини кўрсатинг:
А. фаол ва пассив профилактика
Б. иммунопрофилактика ва химиопрофилактика
С. специфик ва носпецифик профилактика
Д. Эпидемиологик ва санитар профилактика
Е. умумий ва махаллий профилактика

201. Атриовентрикуляр блокада II даража Мобиц Ида эКГ озгаришлари:
А. PQ ≥0,20 с., PQ=PQ
Б. PQнинг аста секин узайишива QRS нинг тушиб қолиши
С.Р ва QRS хар хиллиги
Д. QRS нинг даврий тушиб қолиши
Е. QRS нинг регулар тушиб қолиши

202. Ўпканинг сурункали носпецифик касалликларига қуйидаги касалликлар кирмайди:
туберкулёздан кейинги пневмосклероз
сурункали ўпканинг обструктив касаллиги
бронхиал астма
фиброзланувчи алвеолит
сурункали ўпка абсесси

203. Бўлакли пневмониянинг қуйилиш босқичида перкуссияда аниқланади:
Ўпкатовуши
Бўғиқперкутортовуш

Қутичасимонтовуш
Тимпаниктовуш
Перкутортовушнингйўқолиши

204. Ҳомиладорликнинг биринчи триместрида пневмонияни даволашда ишлатиладиган дорилар:
тетрасиклин
пенициллин
еритромицин
левомецитин
гентамицин

205. РА базис даволашда ишлатилади:
НЯҚДВ
метотрексат
ацикловир
хондроксид
ГКС

206. Қайси касаллик учун “Тиламчи ҳолати” ва рентгенологик “бамбук таёқчаси” белгиси ҳарактерли:
деформацияланган остеартроз
ревматоидний артирит
ревматизм
тизимли склеродермия
Беҳтеров касаллиги

207. Геморрагик васкулит учун хос бўлмаган синдром:
бронхообструктив синдром
абдоминал
терига оид
бўгимга оид
буйракка оид

208. Вегенер грануломатози учун хос эмас:
Ўпка тўқимасининг парчаланиши
кардиосклероз
тўқима деструксияси
бурун бўшлиғи шиллиқ қавати ва тўсиғининг перфорацияси ифодасидир
гломерулонефрит

209.Кўзойнак симптоми қайси касалликда учрайди?

тизимли қизил бўрича
тизимли склеродермия
дермотомиозит
тугунли периартирит
Такаясу касаллиги

210.БТТК да патогенетик дори воситасини танланг:
преднизалон
еритромицин
колхицин
сулфасалазин
фуросемид

211.Тугунчали периартрит учун хос эмас:
еозинопения
СОЕ тезлашиши
анемия тромбоситопения билан
гипер гамма глобулинемия
айланиб юрувчи иммун комплекслар миқдорининг ошиши

212.Тугунчали периартиритни даволаш учун танлов препаратини танланг:
ситостатик воситалар глюкокортикоидлар билан комбинацияда
Д-пеницилламин
ностероид яллиғнаишга қарши дори воситалар
олтин препаратлари
антибиотиклар

213.Тугунчали периартиритда қуйидаги белгилардан ташқари қайсилари кузатилмайди:
томир деворида атеросклеротик ўзгаришлар
томирларнинг сегментар зараланиши
жараёнга майда орта артериялар қўшилиши
панартерит
томирлар тромбоз ва аневризмаси

214.Тугунчали периартеритдақуйидаги томирлар зарарланиши характерли:
майдаваўртакалибрли
йирикартерия
аорта
аортаваунингшохлари
вена

215.Тугунчали периартеритда ўпканинг зарарланиши қуйидагича намоён бўлади:
бронхиал астма синдроми ривожланиши эозинофилия билан
бирламчи опка энфиземаси ривожланиши
қон туфлаш
ўпка васкулитда огир ҳаҳсираш билан
Ўткир бронхит
ўткир пневмония

216Қизилўнгачни бирламчи ахалазияи (кардиоспазм)кўпроқ учрайди:
ёшлар ва ўрта ёшдагилар
қарияларда
болаларда
чақалоқларда
ўсмирларда

217 .Рефлюкс незофагитни ривожланиши учун сабаб бўлмайдиган омиллар:
церукал қабул қилиш
қизилўнгачнинг диафрагмал чурраси
семизлик
хомиладорлик
алкогол, чекиш

218 Ошқозон моторикасини меъёрлаштирувчи ва рефлюксезофагитда қўлланиладиган препаратлар:
прокинетиклар
метацин
атропин
ферментлар
спазмолитиклар

219 Ранитидин препарати учун мосини танланг :
махаллийтаъсирли холинолитик
Н2гистаминрецептор блокатори
антацид
миотоник
холинолитик

220.Алмагел препаратига тегишли белги:
Н2гистаминрецептор блокатори
махаллийтасирли холинолитик
миотониклар
антацид

умумий тасирли холинолитик

221. Қуйидагилардан қайси бири сурункали панкреатитни даволашда ишлатилмайди:
сурункали боскичидаги даво ўткир панкреатитдан фарк қилмайди
ошкозонни секрециясини камайтирувчи препаратларни қўллаш
ўсимлик ёгини тавсия килиш
диетақилиш
пархез қилиш касаллик даволашга тасир қилмайди

222. Ўткир панкреатитри патогенизида ахамиятга эга емас:
ўтни 12 бармокли ичакган рефлюкси
ўтни панкреатик йўлга рефлюкси
хужайра мембранаси парчаловчи трипсин ферментини активацияси
геморрагик некроз сабаб булувчи трипсин эластазани активацияси
ацинар хужайраларни ва томирларни жарохати ва ишемияси натижасида зарарланиши

223.Меъда ости бези функсияси етишмовчилиги бор бемор капрограммасида қуйидагилар аниқланмайди:
суюқ ёки бўтқасимон ахлат
еритроситлар
стеаторея
амилорея
креаторея

224.Ўткир панкреатит симптомига характерли эмас:
епигастрал сохада доимий огриқлар
қайт қилиш енгиллик келтирмайди
суюқ ёки бўтқасимон ахлат
гипертония
метеоризм, ичак парези

225. Ўткир панкреатитни даволашда ишлатилмайди:
очлик ва назогастраль зонд орқали ошқозонни ювиш
спазмолитиклар
протеазаингибиторлари (трасилол, контрикал)
реополиглюкин, электролитлар
морфин

226. Дисбактериоз ташхисини тасдиқлаш учун бажариш керак:
нажаснингбактериологик текшируви
фиброгастроколоноскопия шиллиқ биопсияси билан
ўтни бактериал флорасини текшириш учун дуоденал зондлаш

серологик текширувлар
иммунологик текширувлар

227.Билиар инфекцияни даволашда қўлланилмайди:
тетрациклинлар
сулфаниламидлар
линкомицин
аминогликозидлар
цефалоспоринлар

228.Ўткир холециститда оғриқ синдромида қўлланиладиган препаратлар, қуйидагидан ташқари:
баралгин
но-шпа
морфин
метацин
атропин

229.Лямблия асосан қаерда учрайди:
ўт пуфагида
йўғон ичакда
жигар ичи ўт йўлларида
тоғри ичакда
ошқозонда

230.Ўт тош касаллиги пайдо бўлишида характерли эмас:
ўт йўллари гипокинетикдискенизияси
сурункали холецистит
хайвон ёғларни тутувчи махсулотлар
контрацептив воситаларни давомли қабул қилиш
диета қилиш

231.Вена ичи холеграфияси учун қарши кўрсатма эмас:
сурункали холецистит ва ўт йўллари дискенизиясида
хомиладорликда
билигнос ва иопагнос препаратларни кўтара олмаслик
ёд препаратлариги аллергик холат кузатилганда
гипербилирубинемияда 70 мкмоль/л ва юқори

232. Ўт тош касаллиги консерватив даво:
холицистокинетиклар
спазмолитиклар

пол-пола дамламаси
физиотерапевтик даво
дуоденал зондлаш

233. НЯК базис давоси учун қўлланиладиган дори воситалари, қуйидагидан ташқари:
сулфосалазин
салофалк
антацидлар
ГКС
Цитостатиклар

234.Дисбактериозни даволашда ишлатиладиган дори воситалари, қуйидагидан ташқари:
бификол
бифидумбактерин
лактобактерин
бисептол
бактисубтил

235.Ёғлар сўрилиши бузилиши характерли белгилари, қуйидагидан ташқари:
стеаторея
озиш
тана массасини дефицити
ёғда эрувчи витамин танқислиги
креаторея

236.Сурункали НЯК учун характерли белгилар, қуйидагидан ташқари:
қайт қилиш
диарея
оғриқ симптоми
ичакдан қон кетиши
тенезмлар

237.НЯК да кўпроқ зарарланади, қуйидагидан ташқари:
жигар
ўпкалар
бўғимлар
афтоз стоматит
ичак

238. НЯК да қиёсий таққослаш ўтказилади қуйидагидан ташқари:
салмонеллез
Крон касаллиги

холера
йўғон ичак ўсмаси
амебиаз

239. НЯК да зарарланадиган ОИТ қисмлари, қуйидагидан ташқари:
тўғри ичак
кўндаланг чамбар ичак
сигмасимон ичак
талоқ
кўр ичак

240. НЯК да кўпроқ зарарланади, қуйидагидан ташқари:
шиллиқ қават
жигар
бўғимлар
тери
буйраклар

241.Ўткир нефротик синдром учун характерли эмас:
яққол бронхоспастик синдром
диспротеинемия
олигурия
яққолшишлар
протеинурия 1-2 г/л

3242.Қуйидаги патологик холатлардан қайси бири коптокча аппарати кам зарарланган даражадабуйрак зарарланиши учун характерли.
қандли диабетда
амилоидозда
Гудпасчерсиндромида
шокда
тизимли қизил бўричада

243.Сийдикниг нисбий зичлиги ошиши кузатилади:
кўп суюқлик истеъмол қилганда
идиопатик қандсиз диабетда
бошқариб бўлмайдиган қандли диабетда
СБЕ да
диуретик воситарини қабул қилганда

243.Нефротик синдром ривожланиши учун характерли эмас:
буйрак веналари тромбозида

амилоидозда
волчанкали нефритда
сурункали пиелонефритда
диабетик гломерулосклерозда

244.Нефротик синдромга характерли эмас:
протеинурия
шишлар
гипопротеинемия
гиперлипидемия
артериал гипертензия

245. Гемодиализга кўрсатмалар:
коптокча фильтрацияси 15-20 мл/мин дан кам
болалар ва кекса ёшдаги беморларда
бошқариб бўлмайдиган гипертония
коптокча фильтрацияси 50-60 мл мин да
ёндош қандли диабет

3246.Сийдик чиқарув йўлларида учрайдиган қўзғатувчи:
анаероб инфекция
ичак таёқчаси
протей
ентеробактерия
клебсиелла

3247.СБЕ да юрак қон томир тизими томонидан кузатиладиган асорат :
систолик гипертензия
аритмия, пороклар
ҚАЕ, перикардит, гипертензия
перикардит, миокард инфаркт
миокардиодистрофия, юқори пульс босими

3248.Нефротик синдромнинг асоратлари:
гиповолемик шок
периферик флеботромбоз
кўз тўр парда кўчиши
мия шиши, тўр парда кўчиши, инфекцион асоратлар, гиповолемик шок
инфекцион асоратлар

3249.Буйрак кўчириб ўтказишга абсолют қарши кўрсатма:
яллиғланиш жараёни

буйракдан ташқари асорат
буйракнинг қайтмас зарарланиши
артериал гипертензия
донор тўқималарига сенсибилизация

3250.Атипик пневмонияни қўзғатмайдиган:
А. хламидия
Б. микоплазма
С. легионелла
Д. пневмоккок
Е. клибселла

3251. Нотолиқ болмача ичи қамали белгилари:
А. P-Q >0.20 сек.
Б. Р тишча кенгайиши
С. Р тишча>0.11 сек.
Д. QRS деформасияси

3252.Қайси антиангинал воситалар АВ қамалида қарши корсатилган:
А. атенолол
Б. нитродлисерин
С. нитросорбид
Д. бисопролол

3253.Абрамова-Фидлер миокардитида бўладиган ўзгаришлар:
А. юрак етишмовчилиги
Б. чап қоринча гипертрофияси
С. ритм ва ўказувчанликни бузулиши
Д. артериал гипертензия

3254.Миокардит шаклларини кўрсатинг:
А. миокардиосклеротик
Б. инфекцион-токсик
С. токсико-аллергик
Д. дистрофик

3255.Миокардитнинг асосий клиник белгилари:
А. аортада систолик шовқин
Б. кардиалгия
С. артериал гипертензия
Д. тахикардия

3256.Сурункали юрак етишмовчилиги ИИ Б да кузатиладиган объектив ўзгаришлар:
А. юрак ўлчамлари меъёрда
Б. шишлар
С. гепатомегалия
Д. талоқ катталашиши

3258.НЦД ли беморларни олиб бориш тамойиллари:
А. дам олиш ва мехнат режими
Б. нитратлар
С. калций антагонистлари
Д. тинчлантирувчи дорилар

3259.Қайси касалликлар билан НЦД ни қиёсий ташхис ўтказиш керак:
А. юрак туғма нуQSонлари
Б. миокардитлар
С. ЮИК
Д. кардиомиопатия

3260.Селектив б-адреноблокаторларни кўрсатинг:
А. анаприлин
Б. бисопролол
С. пропранолол
Д. метопролол

3261.АҚБ билан курашиш учун қайси асосий ҳаVF омилларини бартараф этиш керак:
А. жисмоний зўриқишлар
Б. чекиш
С. организмни чиниқтиришни
Д. семизлик

3262.Верапамил ва дилтиазем қўллашга қарши кўрсатма:
А. қоринчалар экстрасистолияси
Б. синусли брадикардия
С. синусли тахикардия
Д. синус тугуни сустлиги синдроми

3263.Пневмосклерознинг субъектов белгиларини кўрсатинг:
А.балғам ажралиши билан йўталнинг кузатилиши
Б. қуруқ йўтал
С. ҳансираш
Д. аниқ ривожланган диффуз цианоз

3264.Спирометриянинг асосий параметрларини кўрсатинг:
А.ўпкадаги газларнинг диффузион қобилияти
Б. форсирланган нафас чиқариш сиғими
С. нафас олиш ҳажми
Д. ўпканинг ҳаётий сиғими

3265.Пневмосклерознинг этиологик омилларини белгиланг:
А. турли генездаги пневмокониозлар
Б. сурункали обструктив бронхит
С. ўпка эхинококкози
Д. ўпка абцесси

3266.Бруцеллезли артритга куйидагилардан кайси бири хос:
А. лимфопения
Б. бугимлар деформацияси
С. лимфа тугунларининг катталашиши
Д. тулкинсимон иситмалаш

3267.Ревматик иситманинг катта мезонлари:
А. артралгия, иситма
Б.ҳорея, халқасимон эритема
С. абдоминал синдром, ЭКГда PQ-интервални узайиши
Д. кардит, артрит

3268.Ревматик иситмани даволашда қўлланиладиган препаратлар:
А. сулфасалазин
Б. диклофенак натрий
С.метотрексат
Д. пенициллин

3269.Суяк тўқимаси хужайраларини кўрсатинг:
А. фибробласт
Б. остеокласт
С. купфер хужайралари
Д. остеобласт

3270.Остеопорознинг патоморфологик турлари:
А. генетик
Б. трабекуляр
С. кортикал
Д. резорбцион

3271.Йўғон ичак раки кимларда кўпроқ учрайди?
А. ёши ва касаллигини фарқи ёқ
Б. колит, полип ва сурункали ич қотиши бор одамларда
С. сурункали гепатит билан касалланган одамларда
Д. ёши катта ва наслий мойиллиги бор одамларда

3272.ЙЎғон ичак ракини аниқлаш усуллари?
А. УҚТ, МРТ, КТ
Б. УСТ, УЗД
С. ирригоскопия, колоноскопия
Д. қондакреатинин, мочевинанианиклаш

3273.40 ёшдан ошган хаVF гуруҳига кирувчиларда ичак раки профилактикаси:
А. симптомлари пайдо болганда текширувлар ўтказиш
Б. хар йили УҚТ ва ахлатни яширин қонга текшириш
С. хар 3йилда бир марта гастроентролог ва проктолог кўриги
Д. хар ойда ахлатни яширин қонга текшириш

3274.Тизимли қизил бўричада ҳарорат кўтарилишига хос:
А. ГКС ва НЯҚПлар самарасиз
Б. антимикроб дори воситалари самараси юқори
С. ГКС ва НЯҚПлар тез тасир қилади
Д. антимикроб дори воситалари самарасиз

3275.Йўғон ичак раки тўртинчи босқичининг белгилари:
А. ўсманинг бошқа органларда ҳам метастазлари аниқланади
Б. шиллиқ қават билан мушак қават зарарланган бўлади
С. кўпинча оқибати яхшимас
Д. 50% холларда тузалиш болади

3276.Бирламчи инфексион эндокардитда қуйидагилар кузатилади?
А. ўзгарган клапанларда ривожланади
Б. асоратлар тез ривожланади
С. ўзгармаган клапанларда ривожланади
Д. асоратлар ривожланмайди

3277.Инфекцион эндокардит ўткир ости кечишида иситма характери?
А.харорат кўтарилиши турли типда
Б. айнан гектик типдаги харорат
С. қисқа муддатли антибактериал терапиядан сўнг харорат қайта кўтарилади
Д. қисқа муддатли антибастериал терапиядан сўнг харорат тўлиқ тушади

3278.Сурункали пиелонефритли беморларга тавсия этилади:
А. ётоқ режим
Б. уросептик ўтли воситаларни йил давомида қўллаш
С. диета № 7: ош тузи чегаралаш
Д. суюқлик миқдорини камайтириш

3279.Пиелонефрит учун хос клиник симптомлар:
А. таркок шиш
Б. бел оғриғи дизурия
С. қонда қанд миқдорини ортиши
Д. интоксикация

3280.Пиелонефритда қайси препаратларни қўллаш мумкин:
А. фурадонин
Б. алмагел
С. нитроксалин
Д. гепарин

3281.Пиелонефритда инфетксиянинг асосий тарқалиш ё`ллари:
А. лимфоген
Б. гемотоген
С. контактли
Д. кутарилувши

3282.Қандай текширувлар 3.1 категорияга киради:
А. қонда глюкоза аниқлаш
Б. коагулограмма
С. липид спектри
Д. сийдик таҳлили

3283.Қандай текширувлар 3.2 категорияга киради:
А. сийдик таҳлили
Б. Эҳокардиёграфйи
С. офталмоскопия
Д. кўкрак рентгенографияси

3284.Стабил стенокардияга характерли кўкрак оғриғини белгиланг:
А. 2-15 дақиқа давом этади.
Б. тана ҳолатида ўзгариши билан боглиқ
С. бир неча соатгача давом этади
Д. нитроглисериндан қолиши

3285.Юрак ишемик касаллиги учун ўзгарадиган хаVF омилларни аниқланг:
А. гипертензия
Б. қандли диабет
С. ёш
Д. жинси

3286.Стенокардия ҳуружи қайси пайтда содир болади:
А. чап қоринча девор таранглашганда
Б. қон босими камайтириш;
С. коронар қон оқими камайишида
Д. юрак тезлиги камайиш.

3287.Миокардит фарқли ўлароқ, барқарор стенокардия учун одатда нима хос:
А. жисмоний фаолияти фонида, овқатдан кейин оғриқ
Б. узоқ вақт давом этадиган огриқ
С. иситма
Д. оғриқ давомийлиги 10-15 дақиқа

3288.Семизликка ҳос тана вазни индексларини кўрсатинг:
А. 35,6 кг / м2
Б. 25,9 кг / м2
С. 30,9 кг / м2
Д. 20,9 кг / м2

3289.Брончиал астмадан фарқли ўлароқ юрак астмасининг характерли белгилари нима:
А қуруқ ҳириллашлар
Б. упкада икки томонлама пастки сохаларида майда пуфакчали нам ҳириллашлар
С. НЧТ камайиш
Д. отропное

290. СЎОК хаVF омиллар белгиланг:
А. гиподинамия
Б. алпҳа1-антитрипсин танқислиги
С. Экзема
Д. чекиш

3291.Юрак ишемик касаллиги билан касалланган беморларни шифохонага ётқизиш учун кўрсатма танланг:
А. стабил ангина ФСИ
Б. стабил стенокардия ФС ИИ
С. васоспастис стенокардия
Д. биринчи мартта пайдо болган стенокардия

3292.Ҳилпилловчи аритмия ривожланишига олиб келадиган касалликларини танланг:
А. митрал стеноз ИИИ даража
Б. анемия
С. миокардиодистрофия
Д. тиреотоксикоз

3293.Ўткир миокард инфарктида УАШ тактикасини танланг:
А. касалхонага ўз беморни юбориш
Б. тез ёрдам машинада касалхонага ётқизиш
С. спазмолитиклар килиш ва назорат ўтказиш
Д. аспирин ва антитромбоситар дорилар

3294.Пароксизмал суправентрикуляр тахикардияга олиб келадиган касалликларни белгиланг
А. қоринчалар эрта реполяризация синдроми
Б. ЮИК
С. ремиссия даврида сурункали бронхит
Д. Ўткир респиратор вирусли инфекциялар

3295.Пароксизмал суправентрикуляр таҳикардясидаи шифохонагача УАШ тактикасини танланг:
А. венага верапамил (Изоптин)
Б. сублингуал нитроглисерин
С. венага лидокаин
Д. вагус рефлектор синамалари

3296.Поликлиника ёки ҚВП шароитида ўткир миокард инфаркти билан оғриган беморларда ўпка шиши ривожланганда тез ёрдам танланг:
А. бронходилататорларр тайинлаш
Б. аспирин ва плавикс
С. томирга диуретиклар, оғрисиизлантириш
Д. юрак гликозидларини тайинлаш

3297.Поликлиникада/ҚВПда пароксизмал қоринча тахикардияда УАШ тактикаси:
А. вена ичига лидокаин
Б. томир ичига юрак гликозидлар
С. шошилинч госпитализация
Д. ҳуружни бартараф қилиш ва амбулатор даволаш

3298.ЕКГда қоринча пароксизмал тахикардия белгилари:
А. кенгайган ва деформацияланган қоринча QRS комплекси

Б. озгармаган QRS комплекси
С. QRS комплексидан олдин П тишча йўқ
Д. деформацияланган П тишча

3299.ЭКГда суправентрикуляр пароксизмал тахикардия белгилари:
А. деформацияланган кенг QRS комплекси
Б. озгармаган QRS комплекси
С. R-R ўртасида турли масофалар
Д. R-R орасидаги масофа тенг

3300.Поликлиникада беморда артериал гипертонияни аниқлаш бўйича режага киради
А. офталмоскопия
Б. ҳолтер мониторлаш
С. ЭКГ
Д. нечипоренко сийдик таҳлили

3301.Клиник ўлимда шифохонагача реанимация тадбирлари:
А. томир ичига преднизолон
Б. тери остига норадреналин
С. билвосита юрак массаж, "оғиздан оғиз" нафас
Д. дефибрилация

3302.Гипертония хаVFини аниқлаш маQSадида кўриб чиқилиши керак:
А. оёкларда шиш борлиги
Б. қон босими ортиши даражаси
С. тиреотоксикоз мавжудлиги
Д. нишон органларни зарарланиши

3303.Гипертония касаллигида касалхонага госпитализация қилишга корсатма:
А. ягона қоринча экстрасистолия мавжудлиги
Б. беморнинг талабига биноан
С. асоратланган гипертония кризи
Д. юрак этишмовчилиги

3304.ЮИК хасталиги билан беморни текшириш режаси қуйидагилардан иборат:
А. ЭКГ
Б. Реберг синамаси
С. офталмоскопия
Д. қондаги липидлар

3305.Соғлом турмуш тарзи бойича тавсиялар ўз ичига олади:
А. жисмоний тарбия дарслари

Б. расионал озиқланиш
С. 10 грамм туз истеъмол қилиш
Д. углеводлар копроқ истеъмол қилиш

3306.Полислиниса/ҚВП шароитидада СЎОК касаллиги диагностикаси учун зарур:
А. пикфлуометрия
Б. спирографҳй
С. умумий қон таҳлили
Д. кўкрак қафаси рентгенографияси

3307.Ревматоид артрит билан беморни текшириш режаси қуйидагиларни ўз ичига олади:
А. бўғимлар рентгенографияси
Б. АСЛ-О аниқлаш
С. ҲЛА- Б27 аниқлаш
Д. ревматоид омилни аниқлаш

3308.Бронхиал астмада ҳуруж пайтида ишлатилади:
А. юрак гликозидларини
Б. глукокортикоидлар.
С. томигар эуфиллин
Д. интал

3309.Бронхообсруктив синдроми билан беморларни поликлиникада ташҳислаш учун керак:
А. пикфлуометрия
Б. бронкоскопия
С. бак.посев балғам
Д. умумий қон анализи

3310.РА бўлган беморларни касалхонага госпитализация учун корсатмалар:
А. Ра фаоллиги III босқич висцерал тури билан
Б. Фелти синдроми
С. РА фаолиятининг энг кам даражаси
Д. мунтазам асосий даволаш учун

3311.Юқори протеинурия бўлиши мумкин:
А. пиелонефридат
Б. ҳар қандай этиологияли нефротик синдромида
С. буйрак амилоидозида
Д. остеоартҳрозда

3312.Подагра учун ҳос белгиларни аниқланг:

А. тофуслар мавжудлиги
Б. полиартрит
С. аёллар копроқ касал болади
Д. бўғим қўшма артрити

3313.Сурункали гломерулонефрит учун қуйидаги ўзгаришлар ҳос:
А. протеинурия
Б. сийдик солиштирма оғирлиги юқори
С. гематурия
Д. пиурия

3314. Сурункали пиелонефритда қуйидаги белгилар кузатилади:
А. фақат гематурия
Б. бактериурия
С. сийдик зичлиги пасайиши (солиштирма оғирлик)
Д. леукосйтуриа

3315.Поликлиника/ҚВП шароитида сурункали гепатит билан касалланган беморлар текшириш режасига киради:
А. ишқорий фосфатаза
Б. умумий оқсил, фракциялари
С. қонда билирубин аниқлаш
Д. АЛТ

3316.Ревматик касаллигининг катта диагностик мезонларини аниқланг:
А. полиартритл
Б. иситма
С. кардит
Д. арталгия

3317.Ностабил стенокардияга киради:
А. биринчи мартда пайдо буган стенокардия
Б. стабил стенокардия ФС III
С. Эрта инфарктдан кейин стенокардия
Д. стабил стенокардия ФС II

3318.Стабил стеносардияда даволашни танланг:
А. антикоагулянтлар
Б. статинлар
С. тромболитиклар
Д. бета-блокаторлар

319. Ўткир коронар синдромга киради:
А. атеросклероз
Б. миёкард инфаркти
С. стабил стенокардия
Д. ностабил стенокардия

3320.Гипертония касаллиги III босқичида нишон органлар зарарланишини белгиланг:
А. стенокардия
Б. инсулт
С. аритмиялар
Д. атеросклеротик п

3321.Брончиал астмани асосий давоси:
А. ГКС
Б. бета-блокторлар
С. бетта 2 - агонистлари
Д. антибиотиклар

3322.СУОК клиник белгиларини танланг:
А. балғам билан йўтал
Б. қон тупуриш
С. нафас сиқиши
Д. ҳансираш

3323.Сурункали юрак этишмовчилигида даволаш:
А. калций канал блокаторлари
Б. нитратлар
С. ААФ-ингибиторлари
Д. диуретиклар

3324.Синус тахикардияга олиб келувчи сабаларни танланг:
А. гипертиреоз
Б. иситма
С. гиперкалемия
Д. гиперкалсемия

3325.Яра касаллигининг асосий этиологик омилларни белгиланг:
А. ўткир ва сурункали стресс
Б. чекиш
С. ирсият
Д. иммуноглобулин А секрециясини камайиш

3326.Сурункали гепатитни жигар циррозига ўтиш белгиларини аниқланг:
А. сариқлик
Б. ҳепатомегалия
С. қизилўнгач веналарнинг бортиши
Д. ҳемороидал тугунлар кўриниши

3327.Сурункали панкреатитнинг асосий этиологик омилларини белгиланг:
А. асаб стресс
Б. калкулёз ҳолесйстит
С. жисмоний машқлар этишмаслиги
Д. алколизм;

3328.Ўткир панкреатит оғриқ асосий хусусиятларини кўрсатинг:
А. оғриқ синдроми қайд қилиш билан
Б. оғриқ битта нуқтада.
С. оғриқ синдроми ноаниқ, кучсиз эмас;
Д. белбогсимон огриқлар

3329.Сурункали панкреатит ташхисини асосий белгилари қандай:
А. ижобий аломат Попова
Б. мусбат симтом Василенко
С. дежарден нуқтада огрик
Д. Гроцимптоми ижобий

330.Ошқозон бези ости патологияси билан беморларда энг характерли шикоят қайси:
А. қабзият
Б. иштаҳа камайиши
С. белбогсимон оғриқ;
Д. оғзига аччиқ там

3331.Асосан ҳолекинетическ эффектга эга дориларни танланг:
А. аллоҳол
Б. но-шпа
С. [олензим
Д. атропин

3332.Гепатопротекторларни танланг:
А. Эссенциале
Б. но-шпа
С. карсил
Д. Д-пеницилламин

3333.Гиперспленизм синдромига характерли лаборатория ва инструментал параметрлари қайси:
А. анемия
Б. Эритроцитоз
С. лейкопения
Д. лейкоцитоз

3334.Холестаз синдромининг асосий хусусиятлари қайсилар:
А. гипертензия
Б. брадикардия
С. тахикардия
Д. терида қичиш

3335.Диафрагма чуррасига хос белгилар:
А. кўкракда ёки эпигастрал соҳада, танани ўзгарувчанлиги билан боглиқ оғриғи
Б. қон аралаш қусиш
С. ҳаво ёки овқат билан кекириш
Д. ачаласиа кардии
3336.Маслаҳат турларини белгиланг:
А. мажбурий
Б. танланадиган
С. директив
Д. нодиректив
3337.Шифокорнинг бемор билан мулоқотига тўсқинлик қилиши мумкин:
А. гамхурлик
Б. ёмон одоблари
С. бесабрлик
Д. жавобгарлик
3338.Касалликларни эрта аниқлашда амал қилинади:
А. Эмлаш
Б. профосмоторлар
С. скрининг
Д. ҳисобот таҳлили

3339. β2-агонистларни танланг:
А. беклометазон
Б. беротек
С. салбутамол
Д. теофиллин

3340.Дорилардан антиҳеликобактер таъсири борларни танланг:

А. гастрофарм, солкосерил
Б. де-Нол (коллоид висмут субситрате)
С. сукралфат (Вентер, андапсин)
Д. метронидазол, амписилин
3341.Сурункали пиелонефритни даволашига киради:
А. ГКС
Б. уросептиклар
С. антикоагулянтлар
Д. антибиотиклар
3342.Сохта касалликларни аниқланг:
А. депрессия
Б. қандли диабет
С. ЮИК
Д. артериал гипертензия
3343.Бирламчи профилактика чора-тадбирларига киради:
А. соғлом турмуш тарзини тарғиб этиш
Б. профилактик кўрикдан ўтказиш
С. скрининг
Д. Эмлаш

3344.Авиа саёҳатларга қарси курсатмалар:
А. Эпилепсия (даволаш самарасизлигида)
Б. 20 ҳафта ҳомиладорлик
С. пептик яраси
Д. мия шиши

3345.Саёҳат тиббий топлам қуйидаги воситаларни ва материаллар ўз ичига олади:
А. ойна
Б. китоб
С. бинтлар
Д. лейкопластир

3346.Шифокор-бемор мулиқотига ташқи тўсиқларни белгиланг:
А. ногиронлик
Б. ноқулай кушетка
С. шифокор тажрибаси йўқлиги
Д. шовқин

3347.Новербал мулоқот қуйидагиларни ўз ичига олади:
А. сухбат рйтм
Б. нутқ бузилиши
С. имо-ишора

Д. тил тўсиқни

3348.Ахлоқий дилеммани ўз ичига олади:
А. аборт
Б. Эвтанасия
С. шифокор сирини сақлаш
Д. депрессия

3349.Бош оғриғи асосий симптоми бўлган касалликларни танланг:
А. Пискwиск синдроми
Б. мигрен
С. Мениере синдроми
Д. артериал гипертензия

3350.Бронхиал астмани қиёсий ташҳислаҳ керак:
А. юрак астма
Б. грипп
С. пневмония
Д. СУОК

3351.артериал гипертензия бронхиал астма билан биргаликда бўлганида оптимал антигипертенсив дориларни белгиланг:
А. амлодипин
Б. бисопролол
С. дилтиазем
Д. метопролол

3352.Серонегатив спондилоартрит гурухига кирувчи касалликларни аникланг:
А. Бехтерев касаллиги
Б. Лайм касаллиги
С. Рейтер касаллиги
Д. Ўткир ревматик иситма

3353.АВ тугунда отказувчанликни яхшилайди:
А.сордарон
Б. строфантин
С. САТ фаоллиги ошганда
Д.атрорин
Е. верапамил
Ф.алупент

3354.Тўлиқ АВ қамал белгилари:

А. хушдан кетиш ва бош айланиши
Б. Юрак этишмовчилигини ортиши
С. QRS комплексининг узайиши
Д. тахиаритмиялар
Е. кучли тахикардиялар
Ф. кучли брадикардия

3355.АВ қамал билан кечади:
А. Фредерик синдроми
Б. МАС синдроми
С. диффуз миосардит
Д. откир ривожланган брадисардия
Е. қоринчалар экстрасистолияси
Ф. Пиквик синдроми

3356.Юрак етишмовчилигида юрак фаолиятини яхшилаш қуйидагилар билан эришилади:

А. ўпка гипертензиясини ошириш
Б. ЮУС ошириш
С. ЮУС камайтириш
Д. юрак қон отишини енгилаштириш
Е. юракка юкламани камайтириш
Ф. миокард қисқаришини кучайтириш

3357.Ўпка касалликлардан фарқли равишда юрак этишмовчилигининг белгилари:
А. диффуз сианоз
Б. иссиқ қол-оёқлар
С. гемоглобин ошган
Д. акросианоз
Е. совуқ қол-оёқлар
Ф. гемоглобин нормада

3358.Суюқлик ушланиб қолиши ёки миокард қисқаришини пасайиши оқибатида юрак етишмовчилигига олиб келиши мумкин:
А. β-адреноблокаторлар
Б. Фуросемид
С. юрак гликозидлари
Д. стероидли гормонлар
Е. яллиғланишга қарши ностероид дори воситалари
Ф. верошпирон

3359.Гипертоник кризни даволашда қуйидаги санаб ўтилган воситалардан қайси бирларини таклиф этасиз:
А. но-шпа
Б. каптоприл
С. папаверин
Д. клофелин
Е. баралгин
Ф. коринфар

3360.Б-адреноблокаторларни бирданига тўхташиш қуйдагиларга олиб келади:
А. АҚБ ни ошишига
Б. тахикардияга
С. гипотонияга
Д. брадикардияга
Е. тўсатдан коронар ўлим
Ф. бронхоспазга

3361.Ангиотензин II блокаторларини кўрсатинг:
А. Эналаприл
Б. диован
С. лозартан
Д. берлиприл
Е. капотен
Ф. валсартан

3362.Миокардиодистрофияларни даволаш тамойиллари:
А. рауволфий дорилари
Б. гипотензив терапия
С. асосий касалликни даволаш
Д. метаболик терапия
Е. симптоматик терапия
Ф. хирургик даво

3363.Миокардитда эКГ даги ўзгаришлар ҳос:
А. ритм ва ўтказувчанликни бузилиши
Б. патологик Q тишча
С. Т тишча инверсияси
Д. патологик QS
Е. ST сегментини пасаиши
Ф. OQ интервалини қисқариши

3364.Антиангинал препаратлар кандай гурухларга булинади?

А. нитратлар
Б. бета-блокаторлар
С. АИИ-рецептори антогонистлари
Д. АПФ ингибиторлари
Е.юрак гликозидлари
Ф. калций антагонистлари

3365.Нитроглицеринни вена ичига юборишга курсатма:
А. ностабил ривожланиб борувчи стенокардия
Б. ммиокард инфаркти
С. уткир чап коринча етишмовчилиги
Д. ҳилпилловчи аритмия
Е. артериал гипотония
Ф. диффуз миокардит

3366.Чап қоринча олд-ён девор уткир миокард инфарктида эКГ узгаришлари:
А. III тармоқда Q/ QS, ST кўтарилиши
Б. aVF да Q/ QS, ST кўтарилиши
С. V3-V4 да Q/ QS, ST кўтарилиши
Д. I тармоқда Q/ QS, ST кўтарилиши
Е. aVL да Q/ QS, ST кўтарилиши
Ф. V5-V да Q/ QS, ST кўтарилиши

3367.Гипотиреозда миокардиодистрофиянинг клиник белгилари:
А.брадикардия
Б. кафтлар терлаши
С. асосий алмашувни пасаиши
Д. юрак тонларини бўғиқлашиши
Е. кўп терлаш
Ф. тасирчанлик

3368.Бронхиал астманинг этиологик омилларини санаб ўтинг:
А.аллергенлар
Б. жисмоний фаолликнинг камайиши
С. респиратор инфекция
Д. алкогол
Е. Эндоген этиологик омиллар
Ф. юқори калорияли овқатланиш

3369.Бронхиал астманинг субектив белгиларини кўрсатинг:
А. ҳаво етишмаслик ҳисси
Б.юрак нотекис уриши

С. аниқ экспиратор ҳансираш
Д. артериал гипотония
Е.кўкрак қафасида сиқилиш
Ф. аниқ инспиратор ҳансираш

3370.Бронхиал астмада обструкция омилларини кўрсатинг:
А. бронхоспазм
Б. алвеолалар девори ўтказувчанлигини ошиши
С. шиллиқ гиперсекрецияси
Д. ларингоспазм
Е. танглай муртакларининг яллиғланиши
Ф. нафас йўлларининг шиши

3371.Гонореяли артритга хос булган белгилар:
А. купрок кул бармок бугимларининг шикастланиши
Б. кучиб юрувчи артралгия
С. субфебрил иситмалаш
Д. юкори даражадаги иситмалаш
Е. купрок тизза ва болдир товон бугимларининг зарарланиши
Ф. кучиб юрувчи артрит

3372.Дизентериядан кейин ривожланувчи артритга куйидагилар хос:
А. яллигланиш жараенига аксарият бугимларнинг тортилиши
Б. суяклар деструкцияси
С. бугимлар деформацияси
Д. анамнезда дизентерия мавжудлиги
Е. яккол кучли огрикнинг кузатилиши
Ф. кўчибюрувчи артрит

3373.Псориатик артритга хос:
А. сосискасимон бармок
Б. иситмалаш
С. купрок бармок дистал бугимларининг зарарланиши
Д. огрикларнинг кучиб юриши
Е. терида узгаришларнинг юклиги
Ф. беморда псориаз касаллигининг мавжудлиги.

3374.Йўғон ичак ракининг клиник белгилари:
А. қоринда оғриқ, сурункали ич қотишиши ёки ич кетиши
Б. оғиз қуриши, полиурия, полидипсия
С. субфебрил температура, тана вазнини камайиши
Д. фебрил температура, қусиш

Е. умумий холсизлик, ичакни дам болиши, ғулдираши
Ф. босим котарилиши, тахикардия

3375.Йўғон ичак раки касаллигини профилактикаси:
А. колит ва полипларни ўз вақтида даволаш
Б. ич сурувчи дориларни истемол қилиб туриш
С. ич қотишини олдини олиш, тўғри овқатланиш.
Д. ёғли, қовурилган овқатларни кўпроқ истемол қилиш
Е. санатор-курорт даволаш
Ф. рационга кўпроқ мева ва сабзавотларни киритиш

3376.Ичак тасирланиш синдромининг клиник формаларини кўрсатинг?
А. қабзият билан
Б. кучли қайт қилиш
С. қоринда оғриқли
Д. ахлатда қон топилиши
Е. диарея билан
Ф. ичак тутилиши билан

3377.Қари кишилардаги қабзиятнинг сабаблари:
А. гипертиреоз
Б. гипотиреоз
С. гипермагниемия
Д.менопауза
Е. гиперкалиемия
Ф. гипокалиемия

3378.Ҳарорат кўтарилишига олиб келадиган ноинфексион сабаблар:
А. ОРВИ
Б. онкологик касалликлар
С. сепсис
Д.тизимли касалликлар
Е. бруцелёз
Ф. аллергик реаксиялар

3379.Онкологик касалликларда ҳарорат характери:
А. семириш билан бирга кечиши
Б. иштахасизлик, холсизлик, озиб кетиш билан бирга кечиши
С. шамоллаш ва яллиғланиш белгиларисиз кечиши
Д. яллиг`ланиш белгилари устунлиги
Е. тез ўтиб кетувчи ҳарорат кўтарилиши
Ф. узоқ вақт - 1ой ва ундан кўп вақт давом этиши

3380.Тизимли касалликларда ҳарорат кўтарилиши билан бирга кузатиладиган белгилар:
А. полисиндромли кечиши
Б. лимфааденопатия кузатилмаслиги
С. кўпроқ аёлларда кузатилиши
Д. фақат тери шикастланиши
Е. кўпроқ эркакларда кузатилиши
Ф. лимфа тугунлар катталашиши

3381.Инфекцион эндокардитда қандай холатларда харорат кўтарилмайди?
А. ёшларда
Б. оғир юрак етишмовчилигида
С. жигар етишмовчилигида
Д. қарияларда
Е. бирламчи эндокардитда
Ф. буйрак етишмовчилигида

3382.Пиелонефритни гломерулонефритдан фарқи:
А. лейкоцитурия
Б. турғун артериал гипертензия
С. бактерйрия
Д. макрогематурия
Е. протеинурия 1 литр пешобда 1гр. дан юқори
Ф. протеинурия 1 литр пешобда 1 грдан кам

3383.Сурункали пиелонефрит таснифида қандай клиник формалар фарқланади:
А. фаол ялиғлайиш
Б. латент ялиғлайиш
С. ўткир ости кечиши
Д. ўткир кечиши
Е. буйрак бужмайиши
Ф. яшинсимон кечиши

3384.Ўткир пиелонефритга хос белгиларни кўрсатинг:
А. дизурик бузилишлар
Б. гипотония
С. шишлар
Д. бошланиши ўткир инфексия фонида
Е. гипертензия
Ф. фебрил иситма

3385.Пиелонефритда хаVF омиллар:

А. фертил ёш
Б. иммун силқишлар
С. сийдик ёллари аномалиялари ва обструксияси
Д. болалик ёши
Е. аёл жинси
Ф. аутоиммун яллиқланиш

3386.Крупоз пневмания учун характерли (ўчоқлидан фарқли):
А. ЭКГда чап қоринча гипертрофия белгилари
Б. шикастланган тарафда яноқнинг қизариши
С. ЭКГ да чап қоринчада юклама белгилари
Д. лейкоцитоз
Е. токсик ҳолатда сегмент ядроли нейтрофилларни кам аниқланиши
Ф. ЭКГ да ўнг қоринча юклама белгилари

3387.Алкоголикларда умумий популяцияда кўпроқ нима учрайди:
А. абсселанувчи пневмания
Б. вурусли пневмания
С. пневманиянинг энгил кечиши
Д. аспирацион пневмания
Е. легионелли пневмания
Ф. клебсияли пневмания

3388.Бронхоектатик касалликлар учун характерли симптомни белгиланг:
А. диффуз сианоз
Б. "барабан таёқча"
С. нафас чиқарганда хуштаксимон товуш
Д. хуружли қуввацизлантирувчи йўтал
Е. кўп миқдордаги йирингли балгамни ажралиши
Ф. қон тупуриш

3389.Бронхоектатик касалликни локал формасини аниқлаш учун мухим бўлган клиник белгилар аниқланг:
А. ўрта пуфакчали локал нам хириллашлар
Б. дағал нафас
С. қуруқ хириллаш
Д. йирик пуфакчали локал нам хириллашлар
Е. қисқарган перкутор товуш
Ф. майда пуфакчали нам хириллашлар

3390.Алкоголикларда аспирацион пневмонияга олиб келувчи омил:
А. қусиш

Б. уйқу вақтида эпизодли апное ҳолати
С. ошқозон ширасини кислаталигини ортиб кетиши
Д. кучли хуррак отмоқ
Е. рефлюкс эзофагит
Ф. йўтал

3391. Бемор ўткир пневмонияда мушак ичига пенициллин олгандан кейин аллергик реаксия пайдо бўлди. Бу ҳолатда нима қилинади:
А. линкомицин
Б. феноксиметилпенициллин
С. ампиокс
Д. доксициклин
Е. диклоксациллин
Ф. Эритромицин

3392.Қуйидаги триадалар қайси бири сурункали бронхитга тегишли:
А. кўкрак қафасидаги оғриқ
Б. балгам ажралиши
С. ўпка гипертензияси
Д. сианоз
Е. йўтал
Ф. хансираш

3393.Қон тупуриш кузатилиши мумкин:
А. сурункали бронхит билан иккиламчи бронхектазда
Б. проксимал атрофик бронхитда
С. юрак этишмаслиги давридаги бронхитда
Д. асматик бранхитда
Е. бронхоектатик касаллик билан иккиламчи диффуз бронхитда
Ф. сурункали обструктив бронхит билан тез пайдо болган эмфиземада

3394.Ўпка абссеси билан қиёсий ташхисланадиган касалликлардан учтасини белгиланг:
А. ўчоқли пневмония
Б. бронхоектазия
С. йирингли ўпка кистаси
Д. таркалган бронхоген рак
Е. йирингли бронхит
Ф. каверноз туберкулёз

3395.Йирингли ўпка касаллигида асосий консерватив терапия нима:
А. иммуносупрессорлар
Б. кортикостероидлар

С. антибактериял терапия
Д. актив иммунизация
э. дезинтоксикацион терапия
Ф. бронх утказувчанлигини яхшиланиши

3396.Ателектаз ва экссудатив плевритни дифференциал диагностика қилиш учун информатив текшириш усули бу:
А. плевра пункцияси
Б. фибробронхоскопия
С. компютер томография
Д. ангиопулмонография
Е. бронхография
Ф. ультратовуш текшируви

3397.Экссудатнинг таркиби:
А. плеврал суюқлик нисбий зичлиги 1015 дан кўп
Б. плеврал суюқлик нисбий зичлиги 1015 дан кам
С. проба Ривалта мусбат
Д. проба Ривалта манфий
Е. плеврал суюқлик таркибида оқсил 3% ва ундан кўп
Ф. плеврал суюқлик таркибида оқсиллар йўқ

3398.Геморрагик характерли экссудат нима учун хос:
А. ўсмага оид плевритга
Б. сурункали юрак этишмовчилигидаги плевритга
С. посттравматик плевритга
Д. нефротик синдром фонида юзага келадиган оқма
Е. ўпка инфарктидаги плеврит учун
Ф. волчанкага оид плевритга

3399.Ревматик атака вақтида терапевтик тактика нимадан иборат:
А. ялиғланишга қарши ностероид воситаларни қўллаш
Б. ситастатикларни қўллаш
С. юқори актив холатда ва полисерозитлар бўлганда кортикостероид воситаларни қўллаш
Д. пенициллон терапия ўтказиш 5 соат мобайнида
Е. пенициллини 10 кун давомида кейин бициллин-5 бошлаш
Ф. сулфаниламидларни қабул қилиш

3400.Ревматизм активлик даражаси ИИИ бўлган беморга берилади:
А. диклоберл
Б. сипрофлоксацин
С. сулфасалазин

Д. пенициллин
Е. гентамицин
Ф. преднизалон

3401.Ревматоид артритда қайси гурух препаратлар қўлланилмайди:
А. ситостатиклар
Б. ГКС
С. хондропротекторлар
Д. урикозуриклар
Е. олтин препаратлари
Ф. антибиотиклар

3402.Ревматоид артритнинг махсус шаклига кирмайди:
А. Шегрен синдроми
Б. Фелти синдроми
С. Шарп синдроми
Д. Рейтер синдроми
Е. Стилл синдроми
Ф. Гудпасчер синдроми

3403.Реактив артритнинг фарқли белгилари бу:
А. яллиғланишга қарши давонинг эффектив эмаслиги
Б. қисқа вақт ичида қандайдир инфексия билан бошланиши ёки унинг зўрайиши
С. яллиғланишли ўзгаришларнинг сурункали бўлиши
Д. яққол рентгенологик ўзгаришлар бўлиши
Е. яхши сифатли рецидивланиб кечиши
Ф.ерталабки карахтлик

3404.Рейтер касаллигида классик клиник триада нимадан иборат:
А. моно-олигоартрит тананинг пастки бўғимларида
Б. сакроилеит
С. спондилоартрит
Д. нефрит
Е. уретрит
Ф. конюктивит

3405. Бехтерев касаллигига хос:
А. асосан эркаклар касалланади
Б. касаллик хуружлар билан бошланади
С. дастлабки ўринда думғаза ёнбош бирикмаси зарарланади
Д. катта ёшдаги аёлларда хам касалланади
Е. касаллик асосан 15-30 ёшда бошланади

Ф. колхицинни қабул қилиш тез натижа беради

3406.Бехтеров касаллигида виссерал ўзгаришлар аниқланади. Уларнинг орасида энг характерлилари:
А. гломерулонефрит
Б. аортит ва аортал клапонларнинг этишмовчилиги
С. систит
Д. кўзларнинг зарарланиши
Е. буйраклар амилоидози
Ф. уретрит

3407.Бехтерев касаллигида бел-думғаза сохасидаги оғриқ синдроми характерланади:
А. «кризли» кечиши бир неча кундан бир неча ойгача
Б. Этамид қабул қилиш яхши натижа беради
С. кўзнинг зарарланиши билан бирга келиши мумкин
Д. Эрталабки харакатдаги чекланиш характерли
Е. албатта яққол иммун –яллиғланиш синдроми билан бирга кечади
Ф. туннинг 2 ярмида кучайиши

3408.ТҚБ 3 фаоллик даражасида қуйидаги ўзгаришлар кузатилади:
А. Экссудатив плеврит
Б. ЭЧТ 40-30
С. ЭЧТ 45 ва ундан юқори
Д. қуруқ плеврит
Е. нефротик синдром
Ф. қонда кўплаб ЛЕ хужайралар 2:1000 лейкоцитлар билан таққослаганда

3409.ТҚБ 1 фаоллик даражасида қуйидаги ўзгаришлар кузатилади:
А. нефротик синдром
Б. адгезив плеврит
С. қонда камроқ ЛЕ хужайралар ёки уларнинг бўлмаслиги
Д. Экссудатив плеврит
Е. артралгия
Ф. ЭЧТ 45 ва ундан юқори

3410.ТҚБ тахмин қилинганда УАШ тактикаси:
А. мавжуд клиник-лаборатор текширувлар натижасида ташхисни аниқлаш
Б. уй шароитида давлашга уриниб кўрмоқ
С.махаллий даво
Д. беморга мутахассислаштирилган бўлимга йўлланма бериш
Е. амбулатор шароитда беморларни даволаш
Ф. беморга ГКС қабул қилишни тавсия қилмоқ

3411.Типик дерматомиозит клиникаси :
А. мушак холсизлиги, псевдопаралич ривожлангунга қадар
Б. гипертиреоид синдром
С. гипотиреод синдром
Д. миалгии
Е. терининг турли хил шикастланиши
Ф. невуслар

3412.Типик дерматомиозит клиникаси :
А. гипертиреоид синдром
Б. гипотероид синдром
С. мушак холсизлиги, псевдопаралич ривожлангунга қадар
Д. юрак порокларини тез-тез намаён бўлиши
Е. миалгиялар
Ф. терининг турли хил шикастланиши

3413.Ўткир гломерулонефритнинг даволашдаги зарурий компонентлари қуйидагилар:
А. сулфаниламидлар
Б. ностероид яллиғланишга қарши воситалар
С. Н2 блокаторлар
Д. ситостатиклар
Е. ётоқ режими ва парҳез
Ф. АПФ ингибиторлар

3414.Сурункали буйрак етишмовчилигида тутқаноқ келиб чиқиши сабаби:
А. гипокалиемия
Б. алколоз
С. гиперкератенимия
Д. гипокалсиемия
Е. гиперкалсиемия
Ф. ацидоз

3415.Уремияда қондаги электролитлар ўзгаришида ўзига ҳос хусусияти:
А. гиперфосфатемия
Б. гипофосфатимия
С. гипокалсиемия
Д. гипокалиемия
Е. гиперкалиемия.
Ф. гиперкалсимия

3416.АПФ ингибиторлари учун кўрсатмалар:

А. қандли диабет АГ фонида.
Б. қандли диабет
С.ҳомиладорларда Артериал гипертония
Д. АГ
Е. синусли тахикардия
Ф. ҚАЕ

3417.Переферик шишлар юрак этишмовчилигининг белгиси хисобланади шу билан биргаликда "юракдан ташқари" шишлар хам бўлиб унга хос характерлар:
А. бир тарафлама шиш
Б. жигарнинг катталашиши
С. шишлар, куннинг иссиқ вақтларида кузатилади
Д. иккала болдирда симметрик шишлар
Е. яқол марказий веноз босимнинг ошиши
Ф. шишлар менустриал сиклга боғлиқ

3418.Остеопорознинг классик клиник триадаси:
А. остеомиелит
Б. бўғимларда оғриқ
С. қад-қомат ва скелет деформацияси
Д. суякларда оғриқ
Е. озиш
Ф. суяклар синиши

3419.Суяк тўқимаси резорбсиясига таъсир этувчи гормонлар:
А. ФСГ
Б. СТГ
С. ГКС
Д. прогестерон
Е. паратгормон
Ф. калситонин

3420.Бирламчи остеопороз турларини кўрсатинг:
А. Ювенил
Б.ирсий
С.сенил
Д.дисгормонал
Е. алиментар
Ф.постменопаузали

3421.Гонореяли артритга хос булган белгилар:
А. субфебрил иситмалаш

Б. купрок тизза ва болдир товон бугимларининг зарарланиши
С. юкори даражадаги иситмалаш
Д. купрок кул бармок бугимларининг шикастланиши
Е. кучиб юрувчи артралгия
Ф. кучиб юрувчи артрит

3422.Дизентериядан кейин ривожланувчи артритга куйидагилар хос:
А. яллигланиш жараенига аксарият бўғимларнинг тортилиши
Б. кўчиб юрувчи артрит
С. суяклар деструксияси
Д. яққол кучли оғриқнинг кузатилиши
Е. анамнезда дизентерия мавжудлиги
Ф. бўғимлар деформацияси

3423.Псориатик артритга хос:
А. терида узгаришларнинг йўқлиги
Б. иситмалаш
С. купрок бармок бугимлари дистал қисмининг зарарланиши
Д. сосискасимон бармоқ
Е. оғриқларнинг кўчиб юриши
Ф. беморда псориаз касаллигининг мавжудлиги

3424.Бронхиал астманинг этиологик омилларини санаб ўтинг:
А. алкогол
Б. Эндоген этиологик омиллар
С. юқори калорияли овқатланиш
Д. аллергенлар
Е. жисмоний фаолликнинг камайиши
Ф.респиратор инфексия

3425.Бронхиал астманинг субектив белгиларини кўрсатинг:
А. Юрак нотекис уриши
Б.артериал гипотония
С. аниқ экспиратор ҳансираш
Д. аниқ инспиратор ҳансираш
Е. ҳаво этишмаслик ҳисси
Ф. кўкрак қафасида сиқилиш

3426.Астмада бронхиал обструксия омилларини кўрсатинг:
А. бронхоспазм
Б. алвеолалар девори ўтказувчанлигини ошиши
С. шиллиқ гиперсекрецияси

Д. танглай муртакларининг яллиғланиши
Е. иаринготспазм
Ф. нафас йўлларининг шиши

3427.Ичак таъсирланиш синдроми клиник шаклларини кўрсатинг:
А. диарея билан кечиш
Б. ичак тутилиши билан
С. қоринда оғриқ билан
Д. ахлатда қон билан
Е. қабзият билан кечиш
Ф. кучли қайд қилиш билан

3428.Қарияларда қабзият бўлиши сабаблари:
А. менопауза
Б. гиперкалиемия
С. гипокалиемия
Д. гипертиреоз
Е. гипотиреоз
Ф. гипермагниемия

3429.Қарияларда қабзият чақирувчи дори воситаларини кўрсатинг:
А. холинолитиклар
Б. антибиотиклар
С. антацидлар
Д. антидепрессантлар
Е. аналгетиклар
Ф. калсий канал блокаторлари

3429.Пиелонефритнинг гломерулонефрит билан дифференсиал диагностикаси
А. макрогематурия
Б. протеинурия 1гр/литрдан кам бўлиши
С. силиндрурия
Д. Лейкоцитурия
э. протеинурия 1гр/литрдан кўп бўлиши
Ф. бактериурия

3430.Сурункали пиелонефрит клиникшакллари:
А. латент яллиғланиш
Б. ўткир ости кечиши
С. "бужмайган буйрак "
Д. ўткир кечиши
э. яшин тезлигида кечиши

Ф. фаол яллиғланиш

3431.Ўткир пиелонефрит белгилари:
А. дизурик белгилар
Б. балғамли йўтал
С. ўткир инфексия фонида
Д. Эпигастрал сохада оғриқ
э. фебрил температура
Ф. кўкрак қафасида оғриқ

3432.Пиелонефрит хаVF омиллари:
А. фертил ёш
Б. болалик ёш
С. аутоиммун жараёнлар
Д. аёл жинси
э. иммунитет пасайиши
Ф. сийдик чиқарув йўллари аномалия ва обструксияси

3433.Кўкрак қафасида оғриқ пайдо қилувчи уч хил тери касаллиги:
А. замбуруғ
Б. Эшакеми
С. ўраб олувчи темиратки
Д. сарамас
Е.қипиқли темиратки
Ф. дерматитлар

3434.Куракларарo оғриқ синдроми учта сабаби:
А. реактивный артрит
Б. ўпка, плевра патологияси
С. псориатик артрит
Д. ревматоид артрит
Е. умуртқа-қовурғаларарo бўғимлар артрозлари
Ф. қизилўнгач, МИТ патологияси

3435.Тизимли қизил бўрича касаллигида ўпка шикастланишининг 3 шакли:
А. бронхопневмония
Б. ўткир интерстециал пневмония
С. сурункали интерстециал пневмония
Д. бўлакли пневмония
Е. плеврит
Ф. ўпкада кисталар

3436.Б-гемолитик стрептококнинг ревматизметиологисидаги асосий роли тасдиқланади:
А. ўтказилган ангина (ёки фарингит)нинг касаллик бошланиши билан боғлиқлиги
Б. пенициллин қатор антибиотикларнинг самараси юқорилиги
С.антистрептококк антителолар титрининг ошиши
Д. касаллик қўзғалишини антибиотиклар ёрдамида профилактикаси билан
Е. 1 ва 3 жавоблар тўғри
Ф. стрептококкли бактериемия аниқланиши

3437.Ўткир ревматик иситманинг типик белгиларига кирмайди:
А. митрал стеноз
Б. артрит
С. пневмонит
Д. кардит
Е. нефрит
Ф. тери ости тугунчалари

3438.Ўткир ревматик иситма эканлигидан далолат беради:
А. касаллик кузатувида юрак шовқинларининг интенсивлиги ошиши
Б. клапан жарохат клиник белгиларини касаллик бошлангандан кейин 4-6 ойдан кейин намоён бўлиши
С. юрак клапанларида вегетациялар аниқланиши
Д. касаллик энг бошланғич даврида юрак нуQSонлари аниқланиши
Е. ёши 60 ёш бўлиши
Ф. ёши 10 ёш бўлиши

3439.Рейтер синдромида кузатилиши мумкин:
А. моноартрит
Б. поливиссерит
С. уретрит
Д. анкилозловчи спондилит
Е. реактив гепатит
Ф. увеит

3440.Ревматоид артрит учунбўғимлардаги энг характерли ўзгаришлар:
А. НЯҚВ қабул қилгандан сўнг бўғимлардаги яллиғланиш жараёни тез камайиши
Б. кўпроқ майда бўғимларнинг шикастланиши
С. бўғимларнинг симметрик шикастланиши
Д. бўғимлардаги учувчи характердаги ўткир оғриқлар, деформация қолдирмайди
Е. полиартрит эрталабки карахтлик ва деформация
Ф. бўғимларнинг ассимметрикшикастланиши

3441.Қари кишилардаги қабзиятнинг ижтимоий – маиший сабаблари:

А. адинамия
Б. суюқликнинг суткалик миқдорининг кўплиги
С. суюқликнинг суткалик миқдорининг этишмаслиги
Д. гипердинамия
Е. рационда овқат толаларининг кўплиги
Ф. овқат миқдорининг камлиги

3442.Қари кишиларда қабзиятнинг келиб чиқишининг ёшга боғлиқ сабаблари:
А. ичакнинг гипермобиллиги
Б. МИТ моторикасига жавоб берувчи нерв тугунлари денервацияси
С. интерстициал пептидларнинг регуляр синтезининг кучайиши
Д. туқима репарацияси тезлигининг камайиши
Е. туқима репарацияси тезлигининг ошиши
Ф. интерстициал пептидларнинг регуляр синтезини пасайиши

3443.Атопик бронхиал астманинг 3 та асосий диагностик методлари
А. аллергик анамнез
Б. туберкулин синамаси
С. тредмил тест
Д. тери аллергик тести
Е. преднизолон билан провокация
Ф. провокацион аллергик тест

3444.3 асосий гурух бета2-агонистлар:
А. киска тасирли: салметерол, формотерол
Б. узок тасирли: салметерол, формотерол, кленбутерол
С. кисман-селектив: салбутамол, фенотерол
Д. киска тасирли: салбутамол, фенотерол, тербуталин
Е. узок тасирли орсипреналин
Ф. кисман-селектив: орсипреналин

3445.Бронхиал астмада кулланиладиган 3 препарат
А. глюкокортикоид гормон
Б. антибиотик
С. НПВС
Д. В2- адреностимулятор
Е. холиномиметик
Ф. метилксантин

3446.Бронхиал астмада кузгатувчи 3группа аллергенлар:
А. совук
Б. хайвонларга

С. иссиқ
Д. усимликлар
Е. инфексион омил
Ф. чузилган инсолясия

3447.Пневмонияни 3 та асосий асорати:
А. упка абссесси
Б. упка инфаркт
С. нафас этишмовчилиги
Д. ТЕЛА
Е. плеврит
Ф. амилоидоз

3448.Крупоз пневмонияниядиагнозини аниклаштириш учун ишлатиладиган 3 та текшириш усуллари:
А. рентген текшириш
Б. пикфлоуметрия
С. умумий кон анализи
Д. бронхоскопия
Е. балгамни бактериологик анализи
Ф. коннинг биохимик анализи

3449.Учок катталигига кура учокли пневмонияниг 3 клиник формаси:
А. Кичик учокли
Б. милиар
С. қошилиб кетувсйи
Д. уртача
Е. йирик учокли
Ф. булакли

3450.Ревматик иситманинг хаVF омиллари куйидагилар:
А. тез-тез совуқ қотиш
Б. кандли диабет
С. АГ
Д. аёл жинси
Е. урогенитал инфексия
Ф. оила азоларинг бир нечтасида сурункали тонзиллит

3451.Ревматик истима диагностикасидаги лаборатор текширув курсаткичлари:
А. ЭЧТ ошиши
Б. конда серомукоид микдорини ортиши , С-реактив оксил , сиал кислота, ДФА
С. нейтрофил лейкоцитоз

Д. антистрептолизин-0 нинг юкори титри
Е. анемия
Ф. протеинурия

3452.Системали кизил буричада одатда кузатилади:
А. лейкоцитоз
Б. тромбоцитопения
С. лейкопения
Д. Эритроцитоз
Е. анемия
Ф. юкори титр антистрептолизина-0

3453. ЭЧТ ошиши асосан кузатилади:
А. псориатик артритда
Б. ревматик полимиалгияда
С. ревматоид артритда
Д. системали кизил буричада
Е. Бехтерев касаллигида
Ф. ИБС

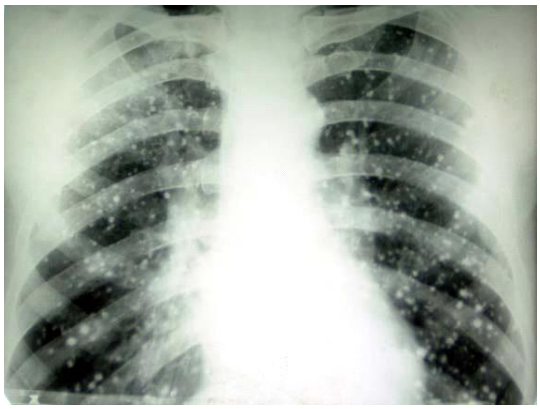
3454.Системали кизил бурича учун характерли:
А. хужайра ядроси антигенигаа нисбатан антитело ишлаб чикарилиши.
Б. полиорган зарарланиш устунлиги билан
С. доимий бугим синдром
Д. бугим синдроми носпецифик характерли
Е. 50-ёшдан киен касаллик. ривожланади
Ф. кортикостероид терапия самарали

3455. Куйидаги касалликларда думгаза-ёнбош битишмасининг зарарланиши келиб чикмайди:
А. анкилозловчи спондилоартрит
Б. подагра
С. Рейтер синдроми
Д. псориатик артропатия
Е. ревматоид артрит
Ф. подагра артрити

3456.Тизимли склеродермия учун характерли болмаган белгилар:
А. юздаги эритема
Б. дисфагия
С. инспиратор хансираш

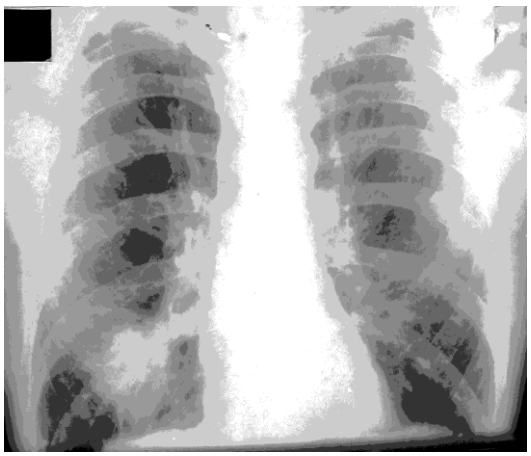
Д. склеродактилия
Е. буйрак амилоидози
Ф. Рейно синдроми

3457.Қайси касаллик учун қуйидаги рентгенологик белгилар хос?



А.Ўпка эхинококкози
Б.Ўчоқли пневмония
С. Ўпка перифери раки
Д. Туберкулома
Е.Милиар сил

3458.Қуйидаги рентгенограммада қайси касаллик тасвирланган?

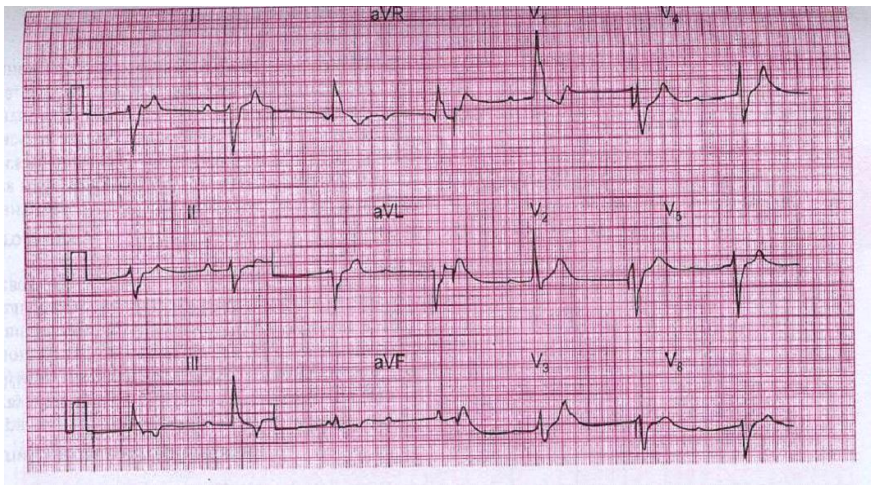


А.ўпка эхинококкози
Б.ўчоқли пневмония
С.ўпка перифери раки
Д.туберкулома
Е.милиар сил

3459.Қуйидаги рентгенограммада қайси касаллик тасвирланган?

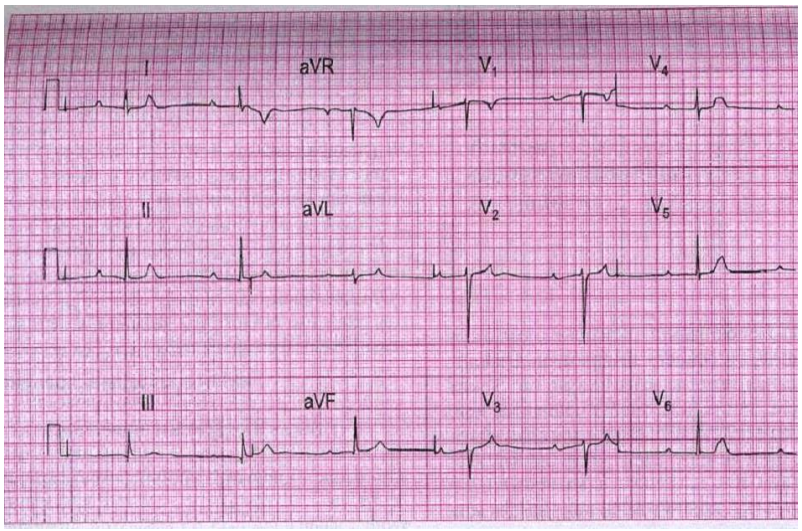
А.ўпка эхинококкози
Б.ўчоқли пневмония
С.ўпка перифери раки
Д.туберкулома
Е.милиар сил

3460.80 ёшли аёл анамнезидан бир неча марта кучли бош айланиши кузатилган. ЭКГ да қандай ўзгаришлар?



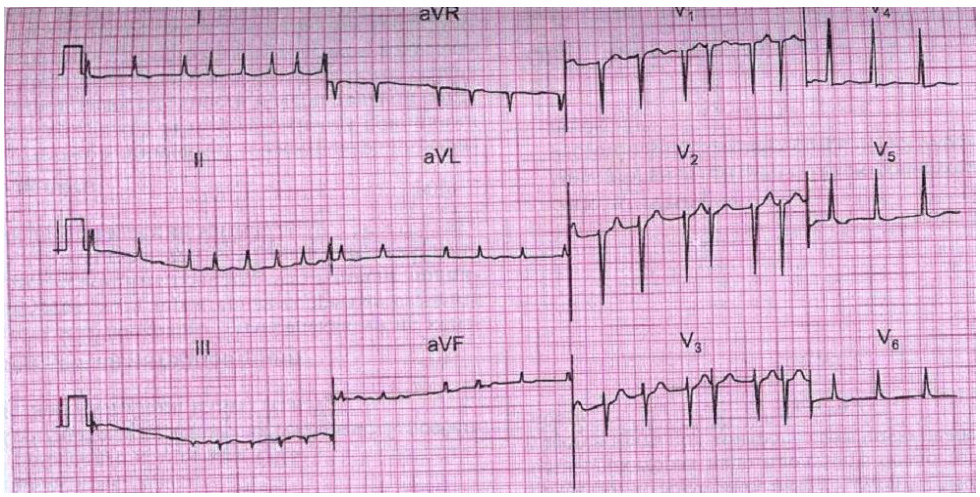
А. АВ қамали II даража
Б.ҳилпилловчи аритмия
С. АВ қамали II даража
Д.тўлиқ АВ қамали
Е.қоринчалар экстрасистолияси

3461.78-ёшли аёл хансираш ва бош айланиши хуружлари билан. ЭКГ да қандай ўзгаришлар?



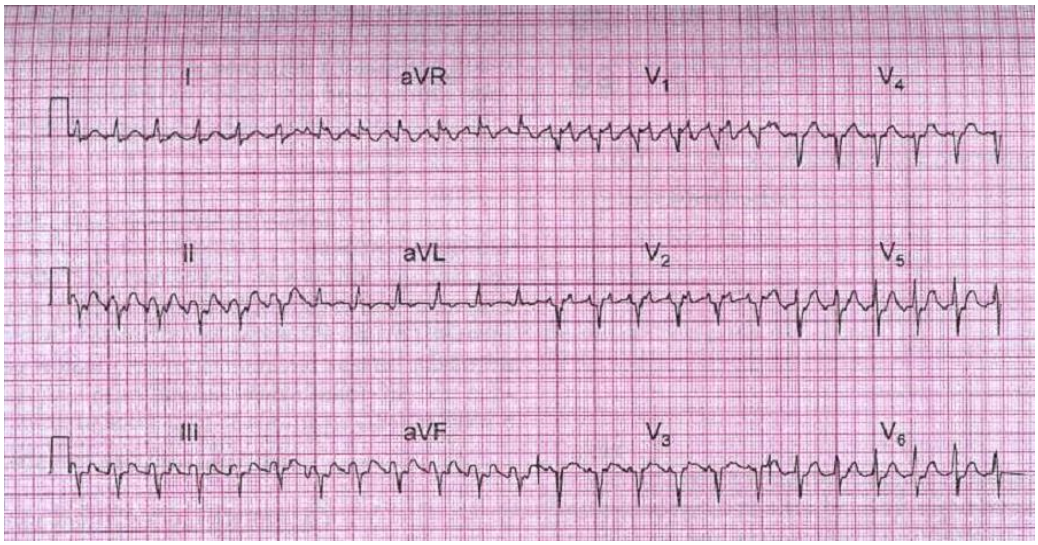
А. АВ қамали II даража
Б.ҳилпироқ аритмия
С. АВ қамали II даража
Д.тўлиқ АВ қамали
Е. Гис тутами чап оёқчаси тўиқ қамали

3462.Бемор юрак уриб кетиш ҳуружлари билан. ЭКГ да қандай ўзгаришлар?



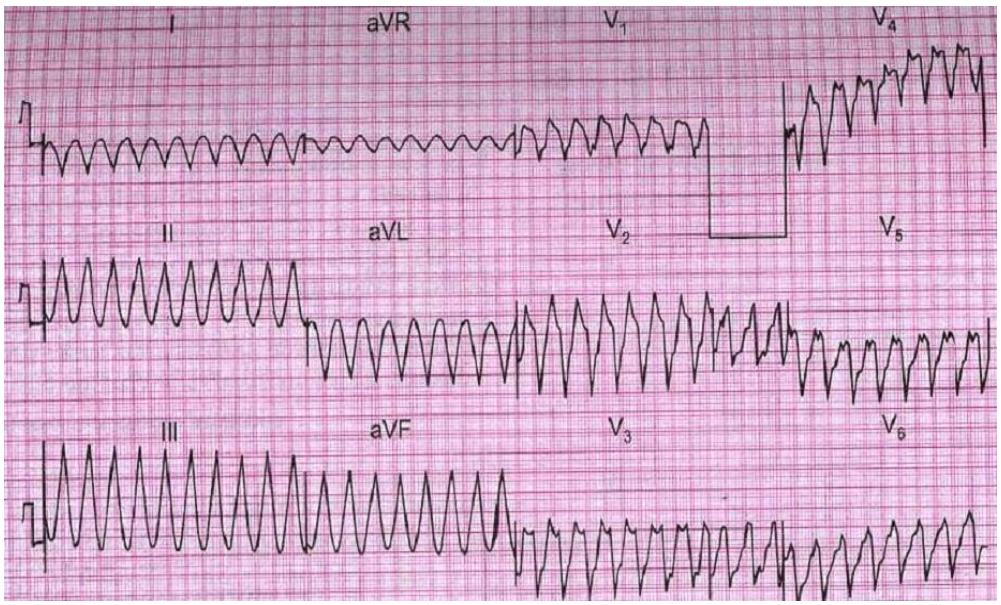
А. АВ қамали II даража
Б. ҳилпироқ аритмия
С. АВ қамали II даража
Д.тўлиқ АВ қамали
Е. Гис тутами чап оёқчаси тўиқ қамали

3463.Бемор юрак уриб кетиш хуружларига шикоят қилиб келди. ЭКГ да қандай ўзгаришлар?



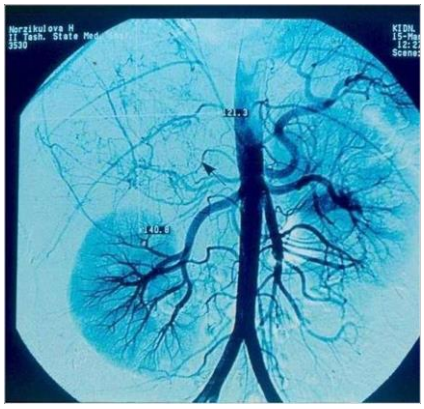
A. АВ қамали I даража
Б.бўлмачалар титраши
С. АВ қамали II степени
Д.синусли тахикардия
Е. WPW синдроми

3464.Бемор ўткир миокард инфаркти билан. Қандай асорат ривожланган?



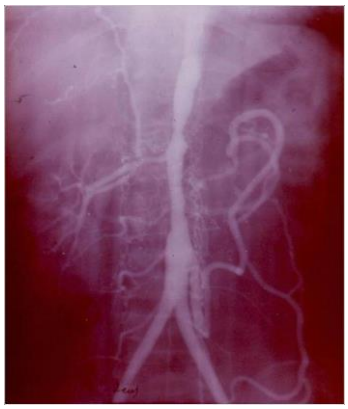
A. АВ қамали I даража
Б.бўлмачалар титраши
С.бўлмачалар ҳилпираши
Д.синусли тахикардия
Е.пароксизмал қоринчалар тахикардияси

3465.Суратда қайси текширув усули кўрсатилган?



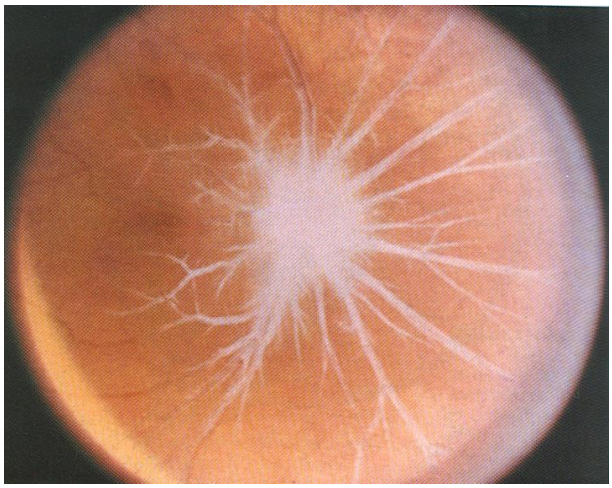
А.аортонефровазография
Б.жигарни УТТ
С. ЭХОКС
Д.рентгенография
Э.урография

3466.Суратда қайси артерияни шикастланиши кўрсатилган?



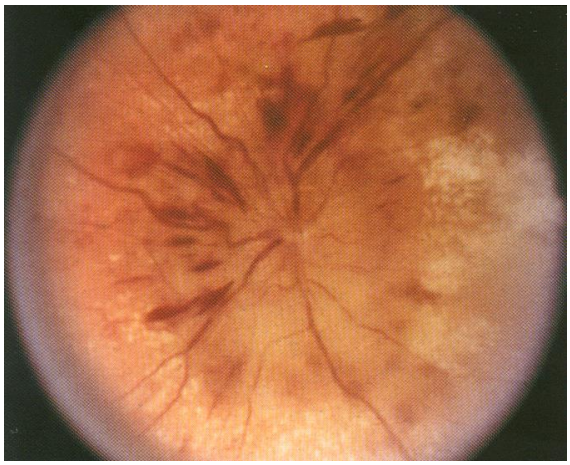
А.буйрак артерияси
Б.ўпка артерияси
С. бош мия томирлари
Д. сон артерияси
Е. чарви артерияси

3467.Суратда қайси симптом кўрсатилган?



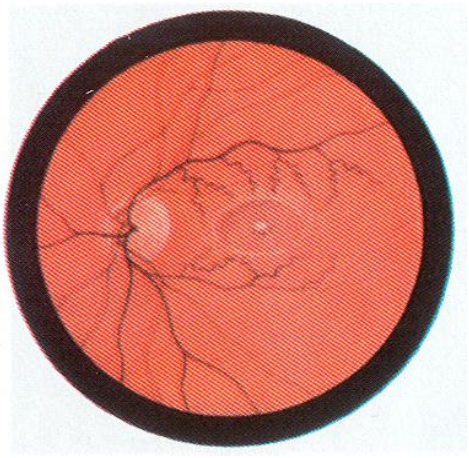
А.мис толалари
Б.сечаткага қон қўйилиши
С. Салюс 1
Д. Салюс 2
Е. қора доғ

3468.Қуйидаги озгаришларқайси патологияда кузатилади (преретинал ва ретинал қон қўйилиш)?



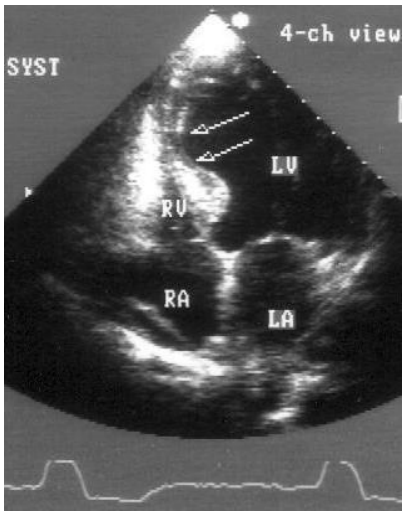
А.хаVFли гипертензия
Б.бош мия чакка кисми усмаси
С.инфексион эндокардит
Д.конъюктивит
Е.блефарит

3469.Гипертония касаллигини қайси босқичига хос(Гвист симптоми)?



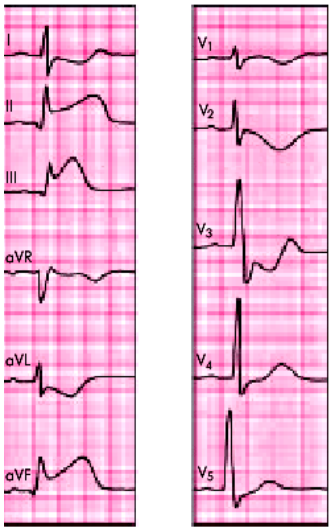
А. I босқич
Б. II босқич
С. III босқич
Д.хаVFли гипертензия
Е.гипертоник криз

3470.Эхокардиографияда қандай ўзгариш тасвирланган?



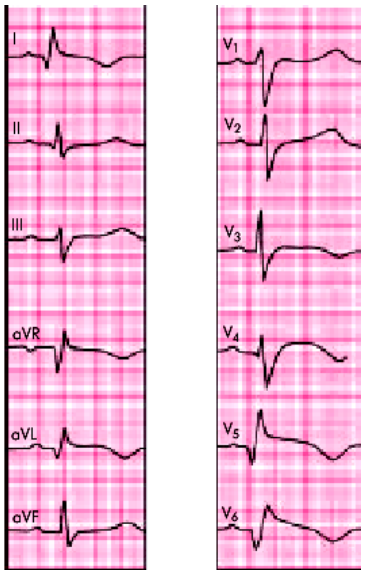
А.юрак бўшлиғидаги тромб
Б.чап қоринча папилломаси
С.юрак миксомаси
Д.чап қоринча аневризмаси
Е.аорта аневризмаси

3471.Қуйидаги ЭКГ бўйича миокард инфарктининг даврини ва локализациясини аниқланг?



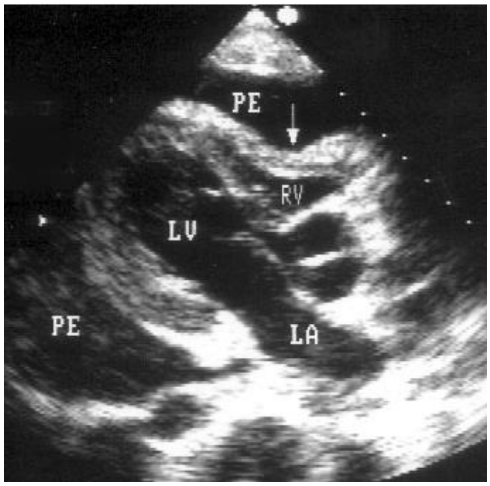
А. ўткир орқа диафрагмал
Б. ўткир олд-тўсиқ
С. ўткир ости орқадиафрагмал
Д.ўткиро лд-ён.
Е.ўткир ости олд-тарқоқ.

3472.ЭКГбўйичамиокардинфарктинилокализациясинианиқланг?



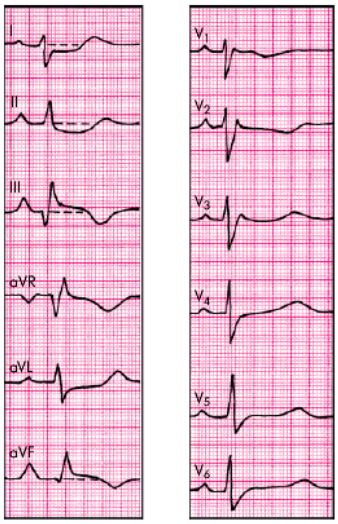
А.орқа-диафрагмал
Б.олд-тўсиқ
С.олд-чўққи
Д.олд-ён
Е.олд-тарқоқ

3473.Қуйидагиехокардиографияхулосаситўғриберилганжавобнитанланг?



А. Экссудативперикардит
Б.қуруқперикардит
С.чаPQоринчааневризмаси
Д.дилятационкардиомиопатия
Е.юракбўшлиғидатромб.

3474.Қуйидаги ЭКГқайсикасалликучун хос?



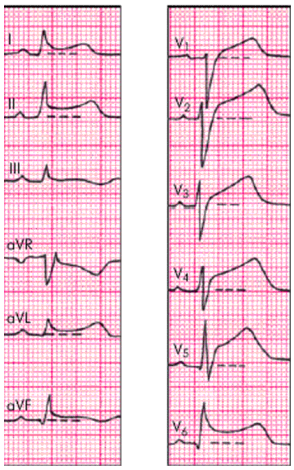
и

А.ўткир миокардинфаркти
Б.дилятацион кардиомиопатия
С.сурункали ревматик касаллик
Д.констриктив перикардит
Е.ўпка артерияси тромбоэмболияси

3475.Кўкрак қафаси рентгенограммасида ЎАТЕ нинг қайси асорати тасвирланган?

А. ўпка инфаркти
Б. аорта қаватланувчи аневризмаси
С. қуруқ перикардит
Д. аорта коарктацияси
Е.бактериал эндокардит

3476.Тасвирланган ЭКГдаги ўзгаришлар қайси касалликда учрайди?



А.миокардиодистрофияда
Б.ўткирмиокардинфарктида
С.ўткирперикардитда
Д. ўпкаартерияситромбоэмболиясида
Е. хилпилловчиаритмияда

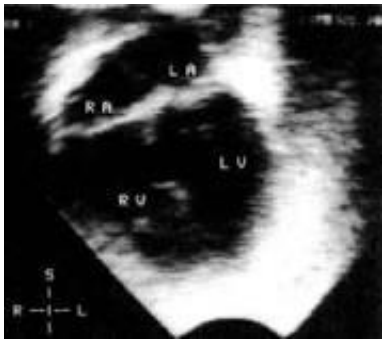
3477.Қуйидагирентгенограммадақайсикасалликтасвирланган?

А.екссудативперикардит
Б.констриктивперикардит
С.дилятационкардиомиопатия
Д.юраканевризмаси
Е.аорта равоғи стенози

3478.Экссудатив перикардитли беморда қандай эКГ ўзгаришлар ривожланганлигини кўрсатинг?

А.електрикли алтернация феномени
Б.гурухли қоринчалар экстрасистолиялари
С.юракни тўлиқ блокадаси
Д.хилпилловчи аритмия
Е. WPW синдроми

3479.Ехокардиографияда қайси юрак нуQSони кўрсатилган?



А.қоринчалараро тўсиқ нуқсони
Б.бўлмачалараро тўсиқ нуқсони
С.ўпка артерияси стенози
Д.аорта коаркацияси
Е.чап бўлмача гипертрофияси

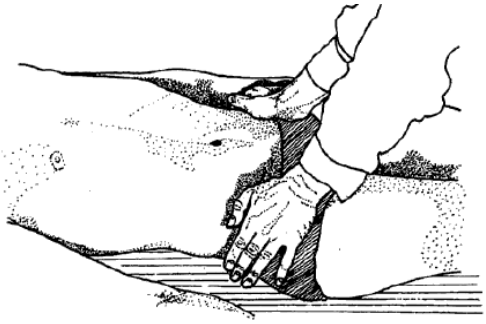
3480.Эхокардиографияда юракда қандай патология кўрсатилган?

А. Митрал клапан нуқсони
Б. Аортал клапан нуқсони
С. Ўпка артерияси стенози
Д. Ўзгариш йўқ
Е. ДКМП

3481.Қуйидаги жигарсиррозли бемор расмда нима кўрсатилган?

А.палмар эритема
Б.нейродермит
С.тўғри жавоб йўқ
Д.тери қичиш белгилари
Е.ҳеч қандай ўзгариш йўқ

3482.Бехтерев касаллигида ўтказиладиган синамани кўрсатинг?



А. Шобер, Отто, Кушелевский
Б. Шобер, Пастернацский, Керр
С. Отто, Мюссе, Мерфи
Д. Ортнер, Кушелевский
Е. Керр, Отто, Ортнер

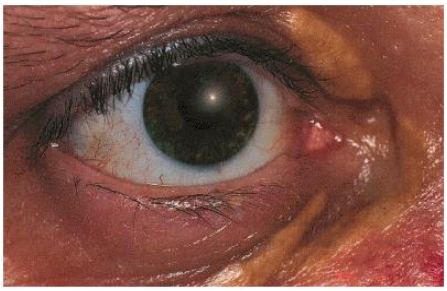
3483.Суратдаги ўзгаришлар қайси касалликка хос:

А.псориатик артрит
Б.витилиго
С. СКБ
Д.системали васкулит
Е.дерматит

3484.Ушбу рентгенограммада қайси патология акс эттитилган?

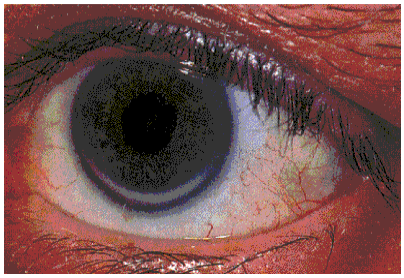
А.товон суягида остеофитлар
Б.ошиқ суягида саркома
С.диффуз остеопороз
Д.кафт суяклари соҳасида тофуслар
Е.товон суяги синиши

3485.Расмда кексаларда атеросклерозни қандай клиник кўриниши тасвирланган?



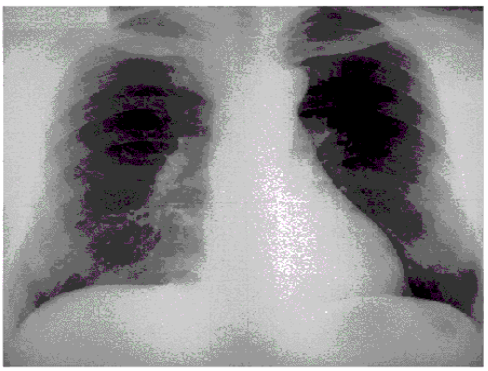
А. ксантелазмалар
Б. қарилик корнеал равоғи
С. геберден-бушар тугунлари
Д. липид доғлар
Е. ёғли конюктивит

3486.Расмда тасвирланган қандай белги кексаларда атеросклерозга хос?



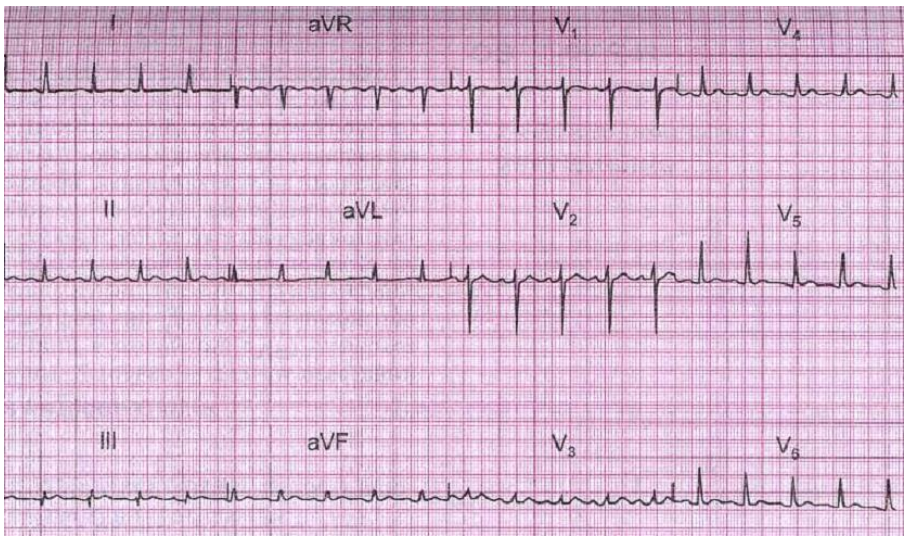
А.капиллярлар кенгайиши
Б.ксантомалар
С.ксантелазмалар
Д.қарилик карнеал равоғи
Е.қорачиқ кенгайиши

3487.Склеротик артериал гипертензияли кекса беморнинг юрак рентгенограммасида қандай
ўзгаришлар аниқланмоқда?



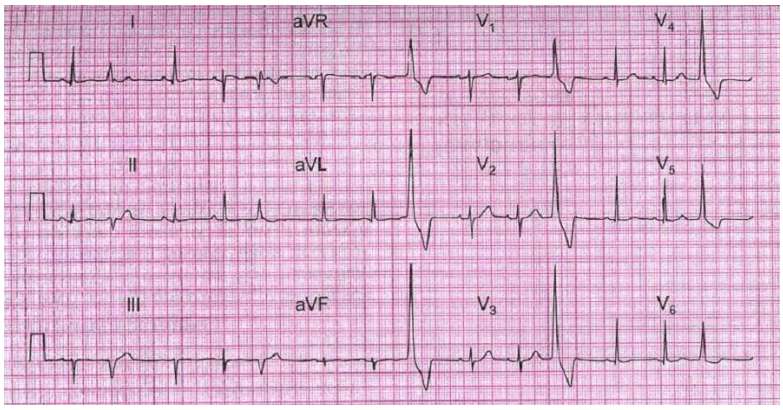
А.аорта узайганлиги ва кенгайиши
Б.ўнг қоринча кенгайиши
С. чап қоринча дилятацияси
Д. ўпка гипертензияси
Е.кардиоторакал индекс ошганлиги.

3488.Беморга ўчоқли миокардит ташхиси қўйилди. Қандай экг белги хос?



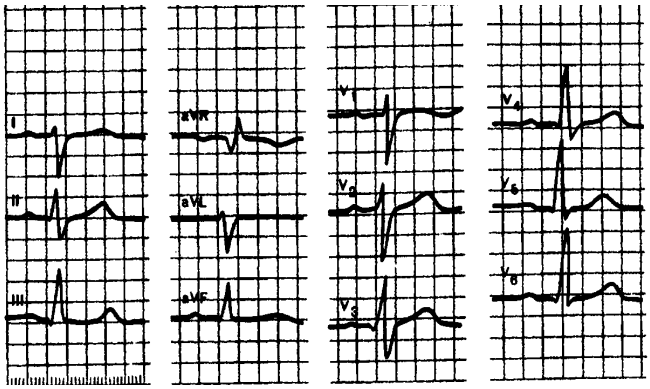
А. синусли тахикардия
Б.бўлмачалар титраши
С.бўлмачалар ҳилпираши
Д.пароксизмал қоринчалар тахикардияси
Е. WPW синдроми

3489. Беморга ўчоқли миокардит ташхиси қўйилган.Қандай асорат ривожланди?



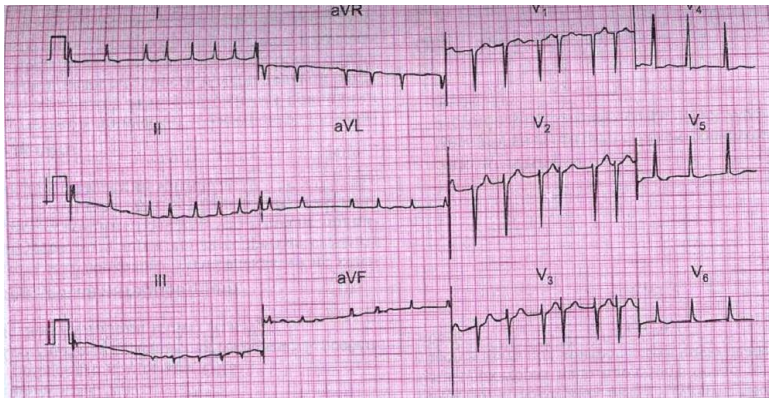
А.бўлмачалар экстрасистолияси
Б.қоринчалар экстрасистолияси
С. синусли тахикардия
Д.бўлмачалар титраши
Е.бўлмачалар ҳилпираши

3490.Диффуз миокардитли беморда қандай асорат ривожланди?



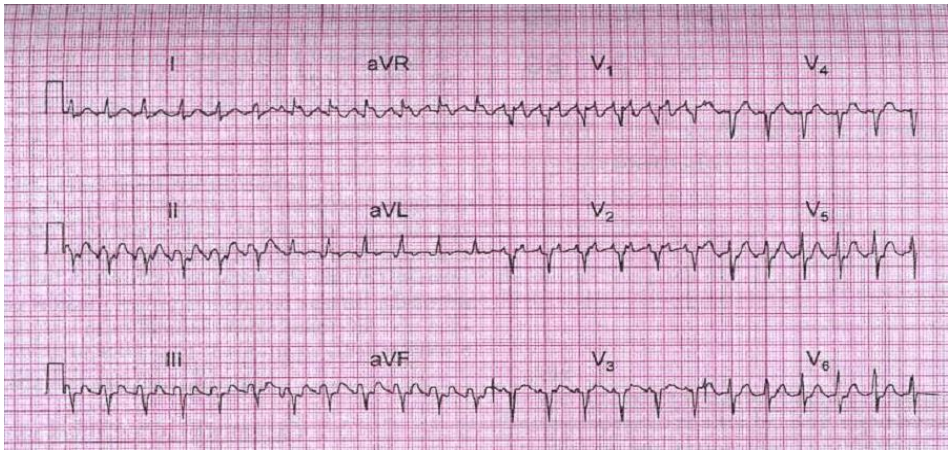
А. бўлмачалар экстрасистолияси
Б. Гис тутами чап оёқчаси қамали
С.қоринчалар экстрасистолияси
Д.бўлмачалар титраши
Е. АВ қамали II даража

3491.Бемор юрак уриб кетиш хуружлари билан?



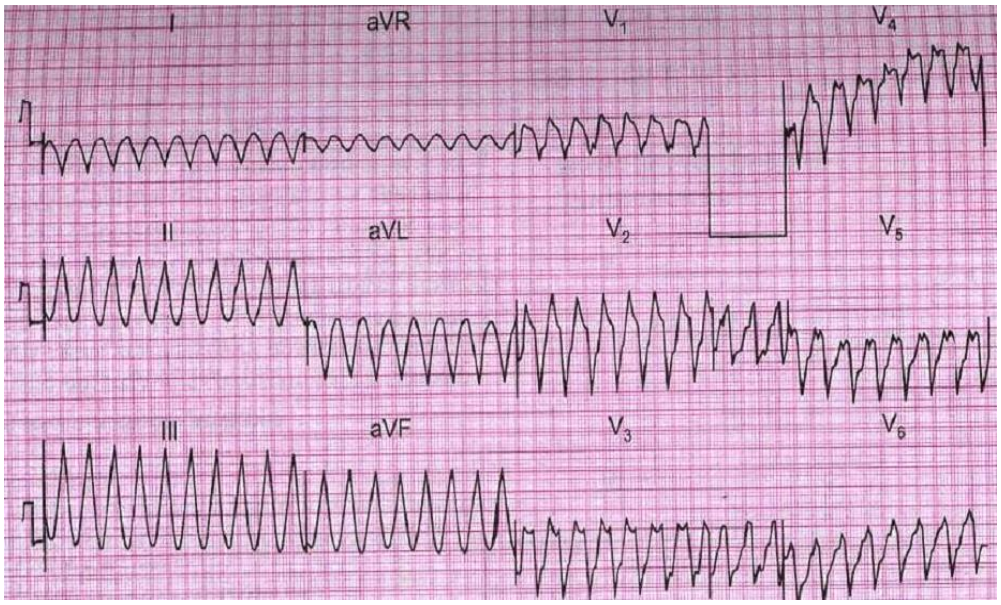
А. АВ қамали I даража
Б.ҳилпироқ аритмия
С. АВ қамали ИИ даража
Д.тўлиқ АВ қамали
Е. Гис тутами чап оёқчаси тўиқ қамали

3492.Бемор юрак уриб кетиш хуружларига шикоят қилиб келди. ЭКГдагиўзгаришни аниқланг?



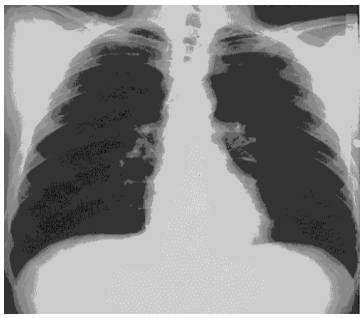
А. АВ қамали I даража
Б.бўлмачалар титраши
С. АВ қамали II степени
Д.синусли тахикардия
Е. WPW синдроми

3493.Ўткир миокард инфаркти билан бемор. Қандай асорат ривожланган?



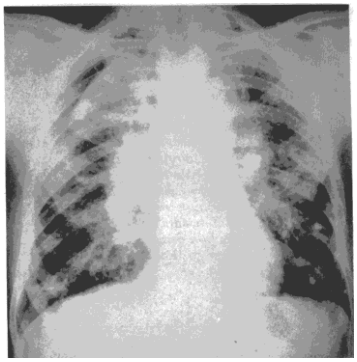
А. АВ қамали I даража
Б.бўлмачалар титраши
С.бўлмачалар ҳилпираши
Д.синусли тахикардия
Е.пароксизмал қоринчалар тахикардияси

3494.Қуйидаги рентгенограммада қайси патология тасвирланган?



А.ўпка эмфиземаси
Б.крупоз пневмония
С.ўпка раки
Д.ўпка гипертензияси
Е.милиар сил

3495. Қуйидаги рентгенограммада қайси патология тасвирланган?



А.ўпка эмфиземаси
Б.пневмосклероз
С.ўпка раки
Д.ўпка гипертензияси
Е.милиар сил

3496.Ушбу расмда ревматоид артритга хос қайси ҳолатни кўриш мумкин?

А.морж сузгичи
Б.оққуш бўйни
С.ревматоид тугунчани
Д.улнар девиацияни
Е.геберден тигунчаларини

3497.Қуйидаги тирсак соҳаси тасвирланган расмда қандай ўзгаришларни кўриш мумкин?

А. Геберден тугунчаларини
Б.ревматик тугунчани

С. Бушар тугунчасини
Д.ревматоид тугунчаларни
Е. Рандю-Ослер тугунчаларни

3498. Ушбу расмда нима тасвирланган?

А.халқасимон эритема
Б.ревматик тугунча
С.митрал капалак
Д.ревматоид розеолалари
Е. Рандю-Ослер тошмалари

3499.Ушбу рентгенограммада остеопорозга олиб келувчи қайси касаллик тасвирланган?

А. псориатик артрит
Б. ревматоид артрит
С. тизимли қизил бўрича
Д. остеомиелит
Е. ревматик артрит

3500.Бу рентгенограммадаги ўзгаришлар қайси паталогияга мансуб?

А.ё`г`он ичак ўсмаси
Б.колит
С. 12 бармоқ ичак яраси
Д.ме`да яраси
Е. 12 бармоқ ичак ўсмаси

3501.Касалхонадан ташқари пневмониянинг асосий қўзғатувчисини топинг
А. Стрептососсус пнеумониа
Б. Легионелла пнеумопҳила
С. Клебсиелла пнеумониа
Д. Псеудомонас аеругиноса
Е. Эшеричиа соли

3502.Ўчоқли пневмонияга хос белгилар:
А. зангсимон балғам
Б. шиллиқ-йирингли балғам
С. кўкрак қафасида оғриқ
Д. касаллик ўткир бошланади
Е. плевра ишқаланиш шовқини

3503.Пневмониянинг ўрта оғир даражасига хос белгини кўрсатинг.
А. тана харорати 38-39ºС
Б. нафас олиш сони 30-36та
С. қондаги фибриноген 10-15 г/л
Д.ўпканинг 1 ёки 2та сегменти зарарланиши
Е.плевра эмпиемаси

3504.Силли плевритга хос:
А. Экссудатнинг сероз-фибриноз характерда булиши
Б. Экссудатнинг геморрагик характерда булиши
С. плеврал суюкликда атипик хужайралар топилиши
Д. Экссудатда нейтрофилларнинг устуворлик килиши

Е.плеврал суюкликда эозинофилларнинг устунлик килиши

3505.Ўпка саратонининг клиникоанатомик турларини кўрсатинг
А. Экспенсив ва интенсив
Б. медиастинал, плеврал ва костал
С. марказий ва периферик
Д. Экзофит ва эндофит
Е. мезотелиома ва аденокарцинома

3506.Рентгенограммада “Қорли бўрон” кўринишидаги ўпка тўқимаси пневмокониознинг қайси босқичига хос?
А. майда тугунчали пневмосклероз босқичи
Б. майда тугунчали интерстициал босқич
С. Эмфизематоз босқич
Д. йирик тугунчали интерстициал босқич
Е. йирик тугунчали пневмофиброз босқич

3507.Силикозларнинг энг кўп учрайдиган асорати:
А. грипп
Б. крупоз пневмония
С.туберкулёз
Д. ўпка артерияси тромбоэмболияси
Е.ўпка абсцесси

3508. ИИ даражали АВ қамалининг эКГ белгиси (Мобиц 1):
А. PQ 0,20 с., PQ=PQ
Б. ф тўлқиллари
С. Р ваQRS комплексини ажралиши.
Д. QRS ни интермитирловчи тушиб қолиши
Е. QRS > 0.12

3509.Бўлмачалар ичи нотўлиқ қамалини эКГ белгиси:
А. Р-Q >0.20 сек.
Б. Р ва QRS комплексини ажралиши
С. Р тишча >0.11 сек.
Д. QRS деформацияси
Е. QRS > 0.12

3510.Қайси антиангинал воситага АВ блокадалар қарши кўрсатма ҳисобланади:
А. бисопролол
Б. амлодипин
С. нитросорбид

Д. нитроглицерин
Е. фелодипин

3511.Атрио-вентрикуляр тугун ўтказувчанлиги яхшиланади:
А. пропранолол таъсирида
Б. адашган нервнинг юқори фаоллигида
С. верапамил юборганда
Д. строфантин юборганда
Е. атропин юборганда

3512. Атрио-вентрикуляр тугунида ўтказувчанликни яхшилаш эришилади:
А. алупент юборганда
Б. пропранолол таъсирида
С. верапамил юборганда
Д. кордарон юборганда
Е. юрак гликозидлари таъсирида

3513. АВ тугуни ўтказувчанлигига мусбат таъсир қилади:
А. симпатик нерв тизимининг юқори фаоллигида
Б. адашган нервнинг юқори фаоллигида
С. бисопролол юборганда
Д. строфантин юборганда
Е. кордарон таъсирида

3514.Тўлиқ атриовентрикуляр қамалини белгисини кўрсатинг:
А. PQ интервалини узайиши
Б. ҳушдан кетиш
С. яққол тахикардия
Д. QRS комплексини узайиши
Е. Р тишча >0.11 сек

3515.Тўлиқ атриовентрикуляр қамалида бемор холатини оғирлигини белгиси:
А. юрак етишмовчилигини кучайиши
Б. Р тишча >0.11 сек
С.PQ интервалини узайиши
Д. яққол тахикардия
Е. QRS комплексини узайиши

3516.Тўлиқ атриовентрикуляр қамалда кузатилади:
А. QRS комплексини узайиши
Б. PQ интервалини узайиши
С. яққол тахикардия

Д. яққол брадикардия
Е. тахиаритмиялар

3517.Сунъий ритм бошқарувчисини имплантациясига кўрсатма:
А. Фредерик синдроми
Б. АВ камал I даража
С. ҳилпироқ аритмия
Д. тўсатдан пайдо бўлган тахикардия
Е. бўлмачалар экстрасистолияси

3518.Електрокардиостимулятор қўллашга кўрсатма:
А. АВ қамал II даражаМАС хуружлари
Б. АВ қамал I даража
С. пароксизмал тахикардия
Д. тўсатдан пайдо бўлган брадикардия
Е. қоринчалар экстрасистолияси

3519. АВ қамали III дарагада УАШ тактикаси:
А. б-блокаторлар қўллаш
Б. Электрокардиостимулятор қўллашга кўрсатма
С. юрак гликозидларини қўллаш
Д. амбулатор шароитида даволаш
Е. вагус синамаларини ўтказиш

3520.Гисстутамиўнгоёқчасиблокадасинингнотўлиқблокададанфарқи:
А. QRS >0,12 с
Б. В1 В2 QRSнингрСРтипдабўлиши
С. манфийРтишча
Д. В1 В2дакенгайган Стишча
Е. QRS <0,12 с

3521.Фредерик синдромини белгиларини кўрсатинг:
А. политоп экстрасистолиялар
Б. пароксизмал тахикардия
С. синоатриал қамал ва ҳилпироқ аритмия
Д. АВ қамали ва пароксизмал тахикардия
Е. АВ қамали ва ҳилпироқ аритмия

3522.АВ қамалини ривожланишига олиб келадиган сабаблар:
А. изадрин қўллаш
Б. синус тугуни автоматизмини ошиши
С. нифедипинни кўп миқдорда қабул қилиш

Д. атропин қўллаш
Е. б-блокаторлар билан заҳарланиш

3523.Моргани - Адамса – Стокс синдроми белгиси:
А. хушданкетиш
Б. артериал қон босим ошиши
С. ипсимон, тез пулс
Д. нормал пулс
Е. пулс босимини ошиши

3524.Қайси ҳолатларда ҳушдан кетиш кузатилади?
А. Моргани - Адамса – Стокс синдроми
Б. миокардиодистрофияда
С. тиреотоксикозда
Д. митрал қоPQоқ етишмовчилигида
Е. сурункали юрак етишмовчилигида

3525.Синоатриал блокада эКГ белгилари:
А. В1 В2да С тишча кенгайиши
Б. П-QRS-Т комплексини тушиб қолиши
С. PQ давомий узайиб бориши
Д. QRS комплексини тушиб қолиши
Е. PQ оралиқ 0,2 сек.дан кўп PQ=PQ

3526.И даражали АВкамалини эКГ белгиси:
А. QRS даврий тушиб қолиши
Б. PQ ни аста секин узаиши
С. PQ > 0,20 с., PQ=PQ
Д. хар 2-чи QRS тушиб қолиши
Е. хар 3-чи QRS тушиб қолиши

3527.Гис тутами ўнг оёқчаси нотўлиқ камалини эКГ белгиларидан бири:
А. QRS 0.09-0.11 с
Б. QRS > 0.2 с
С. PQ аста секин узаиши
Д. PQ > 0,20 с., PQ=PQ
Е. QRS > 0.12

3528.Тўлиқ атриовентрикуляр камалда эКГ даги ўзгаришлар:
А. PQ 0.10 с дан қисқариши
Б. PQ интервали 0.20 с узайган
С. Р тишча йўқ

Д. мустақил бўлмачалар ва қоринчалар комплекси
Е. Венкебаха - Самойлова периодлари

3529.Миокард инфарктида β-адреноблакаторларни қўллашга қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланади:
А. ҳилпилловчи аритмия
Б.II-III даражали АВ блокада
С. қоринча усти экстросистолияси
Д. қоринчалар экстрасистолияси
Е. глаусома

3530.Ангиотензин 2 рецепторлариантагонистларигакиради:
А, валсартан
Б. 1 плавикс
С. Эналаприл
Д. тимолол
Е. вискен

3531.Чапкоринчагипертрофиясинианиклашнианикусули:
А. ЭХОКГ
Б. перкуссия
С. чўққитурткисинианиқлаш
Д. рентгентекшируви
Е. палпация

3532.ГипертониякасаллигинингасосийхаVFомилиомил:
А. уртачахаёттарзи
Б. Эмоционалсусайиш
С. тўйибовқат ейиш
Д. юракнуQSони
Е. наслиймойиллик

3533.Бошогригикон-томирзарарланишибиланкечадиганкасалликнибелгиланг:
А. артериал гипертония
Б. мигрен
С. менингит
Д. гломерулонефрит
Е. гиперхолестеринемия

3534.Артериалгипертониядарежали даво учун кайсидиуретикникуллашмаксадгамувофик?
А. тиазидли
Б. карбоангидразингибитори

С. халкали
Д. калий сакловчи
Е. осмотик

3535.НЦД билан киёсий ташхис утказиладиган касалликни айтинг:
А. ортирилганюракиллатлари
Б. юрактугмаиллатлари
С. гипетониякасаллиги
Д. кардиомиопатия
Е. ЮИК

3536.Чапкоринчаетишмовчилигибиланасоратлангангипертониккризидакайсипрепаратники лишмаксадгамувофик?
А. верапамил (изоптин)
Б. фурасемид (лазикс)
С. строфантин
Д. пропанолол
Е. нифедипин

3537.Якколтухтатишсиндромини (синдромотмены)беради:
А. клофелин
Б. резерпин
С. допегит
Д. гипотиазид
Е. коринфар

3538.Клофелиннигипотензивхусусиятинимабиланбог`лиқ?
А. кон зардобидаренинмик дорини камайиши
Б. бета-адренорецепторларни блокадаси
С. МНЦДа алфа-адренорецепторларини стимулясияси
Д. зардобхажминикамайиши
Е. алфа-адренорецепторларниблокадаси

3539.Гипертония касаллигида деярли самарасиз:
А. папаверин, дибазол
Б. клофелин
С. пропранолол
Д. нифедипин
Е. гипотиазид

3540.Алфа-адреноблокаторпразозинниасосийножуятасирибу:
А. брадикардия

Б. рефлекторли тахикардия
С. калиялмашинувибузилиши
Д. дислипопротеидемия
Е. ортостатик гипотензия

3541.Статинлар гурухига кирувчи препаратлар:
А. диротон
Б. бисопролол
С. периндоприл
Д. зокор
Е. физиотенз

3542.Артериал гипертензияни асорати:
А. гипергликемия;
Б. юрак этишмовчилиги
С. гиперлипидемия;
Д. гипогликемия;
Е. буйрак этишмовчилиги;

3543.Иккиламчи артериал гипертензияга олиб келувчи касалликлар:
А. диффуз гломерулонефрит
Б. сурункали гломерулонефрит
С. буйрак инфаркти
Д.диффуз гломерулонефрит, сурункали пиелонфрит
Е. калконсимон без патологияси

3544.ГК ,АГ II ташхисли беморда дислипидимия ва чап коринча гипертрофияси кузатилади.
Бу кайси хаVF гурухига киради?
А. юкори хаVF
Б. жуда юкори хаVF
С. юкори хаVF
Д. паст хаVF
Е. жуда паст хаVF

3545.Семизлик курсаткичи:
А. 18 кг/м2 дан кам;
Б. 18–20 кг/м2;
С. 29 кг/м2 дан ортик
Д. 20–25 кг/м2
Е. 19-24 кг/м2

3546.Кайси препарат билан даволаганда толерантлик ривожланиши мумкин?
А. бета-блокаторлар билан
Б. Нитратлар билан
С. Са антагонистлари билан
Д. диуретиклар билан
Е. юрак гликозидлари билан

3547.ЮИКда қандай овқат чегараланади?
А. ҳайвон ёғлари
Б. балиқ ёғи
С. зайтун ёғи
Д. ўсимлик ёғи
Е. бошоқлар

3548.ЮИК билан касалланган беморларга қандай овқатлар тавсия этилади?
А. сули бўтқаси
Б. ош
С. қовурдок
Д. торт
Е. тухум сариғи

3549.ЕКГда «шикастланиш» белгиси
А. Р тишча йўқолиши
Б. патологик QS комълекси
С. патологик Қ тиш
Д. ўзгарган Т тиш
Е. СТ интервалини изолиниядан силжиши

3550.Субендокардиал шикастланишни эКГ белгилари
А. СТ-сегментини деъpессияс
Б. СТ-сегментини элевацияси
С. Ўткир тишли Т тиш
Д. С тишни 10 мм дан пасайиши
Е. патологик Қ тиш

3551.Инфарктнинг қайси локализациясида эКГда ўзгаришлар И, аВЛ, В1-В6 да бўлади:
А. орқа-базал
Б. олдинги-ён
С. олдинги-тўсиқ
Д. олдинги-тарқоқ
Е. ён девор

3552.ЭКГ даги ўзгаришлар И, aVL, V1-V3 тармоқларида кузатилиши инфарктнинг қайси локализациясига хос:
А. олдинги-тўсиқ
Б. олдинги-ён
С. олдинги-чўққи
Д. орқа-базал
Е. олдинги-тарқоқ

3553.Миокард инфарктининг қайси локализациясига эКГдаги И, аВЛ, В3-В4 тармоқларидаги
ўзгаришлар хос :
А. олдинги-тўсиқ
Б. олдинги-ён
С. олдинги-чўққи
Д. орқа-базал
Е. олдинги-тарқоқ

3554.ЭКГдаги ўзгаришлар III, aVF, V5-V6 дакузатилганда инфарктнинг қайси локализацияси ҳақидахулоса қилинади:
А. олдинги-ён
Б. орқа –ён
С. олдинги-тўсиқ
Д. орқа-базал
Е. олдинги-тарқоқ

3555.Инфарктнинг энг специфик маркери:
А. миоглобин
Б. ЛДГ1
С. АСТ
Д. тропонинлар
Е. умумий ЛДГ

3556.Қайси маркер инфарктдан кейин 2чи соатдан бошлаб кўтарилади?
А. АлАТ
Б. ЛДГ1
С. ЛДГ5
Д. АсАТ
Е. тропонинлар

3557.Қайси гурух препаратлари миокард инфарктида юрак ремоделлашувига таҳсир кўрсатади:

А. АПФ ингибиторлари
Б. Са антогонистлари
С. диуретиклар
Д. юрак гликозидлари
Е. нитратлар

3558.Миокард инфаркти ривожланганидан кейин 3 кундан 28 кунгача пайдо бўлган янги некроз ўчоғи:
А. рецидивланувчи инфаркт
Б. бирламчи инфаркт
С. такрорий инфаркт
Д. Эрта инфарктдан кеймнги стенокардия
Е. ривожланиб борувчи стенокардия

3559. Спонтан стенокардия патогенетик сабаби нима?
А. коронаротромбоз
Б. коронаросклероз
С. коронар томирлар спазми
Д. носпецифик аортоартерит
Е. миокардиодистрофия

3560.Принцметал стенокардияси учун қандай эКГ ўзгаришлар хос?
А. СТ сегментининг ўткинчи элевацияси
Б. ST сегмент деъpессияси
С. ST сегментининг турғун элевацияси
Д. уткир тишли Т тиш
Е. патологик Қ тиш

3561.Эрта инфарктдан кейинги стенокардияда инфаркт ривожлангандан кейин қанча муддатда
стенокардия хуружлари кузатилади:
А. 2 соатгача
Б. 2 ҳафтагача
С. 2 кунгача
Д. 2 ойгача
Е. 2 йилгача

3562.Субепикардиал шикастланишга қандай эКГ белгилари хос:
А. ST-сегментини элевацияси
Б. ST-сегментини депрессияси
С. Ўткир тишли Т тиш
Д. S тишни 10 мм дан пасайиши

Е. патологик Қ тиш

3563.Қайси дори препарати миокард инфарктида оғриQSизлантиришнинг ананавий воситаси бўлиб
хисобланади:
А. коринфар
Б. ношпа
С. морфин
Д. ибупрофен
Е. баралгин

3564.Қайси гурух препаратлари инфарктда оғриқ қолдириш ва некроз ўчоғини чегараланишига
имкон беради:
А. антиагрегантлар
Б. наркотик аналгетиклар
С. АПФ ингибиторлари
Д. β-адреноблокаторлар
Е. юрак гликозидлари

3565.Миокардни оғриQSиз ишемиясини аниқлашда қайси усул энг информатив ҳисобланади:
А. Холтер бўйича эКГ мониторинги
Б. ЭхоКГ
С. коронарография
Д. миокард сцинцигрофияси
Е. юрак томографияси

3566.Ўткир коронар синдромда қўлланиладиган тромболитик тераъия воситасини кўрсатинг:
А. варфарин
Б. гепарин
С. клопидогрел
Д. аспирин
Е. стрептокиназа

3567.ЎАТЕ да беморни терисига таъриф беринг:
А. териси рангпар, кул рангида
Б. терида петехиал тошмалар
С. тери «сутли кофе» рангида
Д. териқопламалари сарғайган

Е. терида тугунли эритема

3568.Аорта равоғи аневризмаси учун характерли симптом:
А. Мерфи симптоми
Б. Оливер – Кардарелли симптоми
С. Мюссе симптоми
Д. Ландолфи симптоми
Е. Китаев симптоми

3569. Аорта аневризмасида рентгенда нима кўриш мумкин:
А. аневризматик қопча соясини
Б. аорта яллиғланишли инфилтратини
С. ўпка интенсив сояланишини
Д. ўпка артерияси кенгайганлигини
Е. кардиомегалияни

3570.Аорта аневризмасида қандай асоратлар кузатилади:
А. хорея
Б. плевра эмпиемаси
С. кардит
Д. сепсис
Е. аневризма ёрилиши

3571.Аорта аневризмаси ўлчамларини кайси текширув орқали аниқлаш мумкин:
А. Р- графия
Б. ултратовушли сканирлаш
С. ФКГ
Д. юрак катетеризацияси
Е. ЭКГ

3572.Аорта қаватланувчи аневризмасида кўкракдаги кучли оғрик кайси касаллик билан қиёсий ташхисланиши керак?
А. миокард инфаркти
Б. стабил стенокардия
С. перикардит
Д. ДКМП
Е. плеврит

3573.Аорта аневризмаси ва ЮИК учун қуйидаги қайси белгилар умумий?
А. гипокалимия
Б. гипергликемия

С. гиперурекемия
Д. гипогликемия
Е. гиперхолестеринемия

3574.Аорта қаватланувчи аневризмасидаги аускулғтатив шовқин қаерда эшитилади?
А. юрак чўққисида
Б. чап курак остида
С. Эпигастрал соҳада
Д. тўш устида
Е. орқада умуртқа бўйлаб

3575.Аорта қаватланувчи аневризмасига хос симптом?
А. ЭКГдаги динамик ўзгаришлар
Б. кучли оғрик
С. ЭКГ да ўчоқли ўзгаришлар
Д. Фредерик синдроми
Е. гипергликемия

3576.Аорталгияни стенокардиядан фарқи?
А. нитратлар самарасиз
Б. нитратлар самарали
С. фарқи йўқ
Д. б-блокаторлар самарали
Е. валидол самарали

3577.Аортанинг қайси касаллигида аорта окклюзияси содир бўлмайди?
А. тромбоз
Б. аорта қаватланувчи аневризмаси
С. атеросклероз
Д. аортал етишмовчилик
Е. тромбоэмболия

3578.Аорта аневризмасининг қандай қаватланиш турида кўкракда кучли оғриқ синдроми кузатилади?
А. проксимал
Б. дистал
С. мезогастрал
Д. гипогастрал
Е. чанок соҳасида

3579.Аорта атеросклерозига хос бўлмаган хусусиятни кўрсатинг?
А. артериовеноз малғформация

Б. интима қалинлашиши
С. бўртиб чиққан атерома
Д. мобил атерома
Е. ярали ва пенетрацияланувчи атерома

3580.Аортанинг травматик бўлмаган жароҳатини кўрсатинг?
А. соҳта аневризмани пайдо бўлиши
Б. интиманинг қон қуйилиш билан кечувчи жароҳати
С. аорта трансмурал жароҳати
Д. аорта атеросклерози
Е. медиал парда жароҳати

3581.Қаватланувчи аорта аневризмасили беморларда даволаш тактикаси?
А. тезкор жарроҳлик амалиёти
Б. симптоматик даво
С. гипотензив даво
Д. Этиотроп даво
Е. вирусларга қарши даво

3582.ЎАТЕ ўпка инфаркти билан асоратланганда ўпка устида нима эшитилади?
А. бронхиал нафас
Б. хуштаксимон хириллашлар
С. аниқ ўпка товуши
Д. суст везикуляр нафас
Е. крепитация

3583.ЎАТЕ қон тупуриш ниманинг белгиси?
А. ўпка раки
Б. ўпка инфаркти
С. пневмония
Д. ўпка сили
Е. ўпкаларда димланиш

3584.Массив ЎАТЕ нима билан асоратланади?
А. ўткир «ўпка юраги»
Б. миокардинфаркти
С. гипертоник криз
Д. юрак аневризмаси
Е. аритмиялар

3585.ЕКГда QRS волтажининг кескин пасайиши характерли:
А. ДКМПга

Б. миокардинфарктига
С. юрак аневризмасига
Д. Экссудатив перикардитга
Е. ЎАТЕга

3586.Екссудатив перикардитда рентгенограммада юрак қандай кўринишга эга?
А. учбурчак юрак сояси
Б. юрак бели силлиқлашган
С. юрак бели ифодаланган
Д. юрак «томчи» шаклида
Е. юрак «етикча» шаклида

3587.«Бек»триадаси қайси касалликка хос?
А. бактериал эндокардит
Б. контриктив перикардит
С. ЎАТЕ
Д. ДКМП
Е. диффузмиокардит

3588.Екссудатив перикардит ва юрак тампонадасида ўпка аускулғтациясида нима хос?
А. крепитация
Б. нам хириллашлар
С. қуруқ хириллашлар
Д. хириллашлар йўқ
Е. бронхиал нафас

3589.Юкори ва тез пулс кайси касалликда учрайди?
А. митрал етишмовчилик
Б. очик артериал оким
С. аорта коартацияси
Д. аортал стеноз
Е. митрал стеноз

3590.Тетрада Фаллога хос эмас:
А. ўнг коринча гипертрофияси
Б. чап коринча гипертрофияси
С. аортани унгга транспозицияси
Д. упка артерияси стенози
Е. коринчалар аро тусикни юкори нуксони

3591.12 ёшли болада қўлларида юкори босим, тез пулс аникланди.Бу кайси касалликка хос?
А. очик артериал оким
Б. коринчалараро тусик нуксони
С. изолирланган упка артерияси стенози
Д. аорта коартацияси
Е. декстракардия

3592.Очик артериал окимни окибатини белгиловчи курсатувчи белги:
А. болани ёши
Б. окимни диаметри
С. периферик каршилик
Д. аорта оғишбурчаги
Е. ўпка каршилигини юкорилиги

3593.Тез, «сакровчи» пулс характерли:
А. аортал этишмовчиликда
Б. согломинсонда
С. аорталстеноз
Д. митралстеноз
Е. митралетишмовчиликда

3594.Толочинов-Рожекасаллигидаюрактомонидананатомикнуксоннибелгиланг:
А. коринчалараро тусик мушак кисмини нуксони
Б. аорталтешикстенози
С. булмачалараротусикмушаккисминуксони
Д. биттакоринча
Е. магистралтомирларнитранспозицияси

3595.Хансираш-кукаришхуружикайсиюракиллатидакузатилади?
А. аортакоартацияси
Б. коринчалараротусикнуксони
С. митралклапанетишмовчилиги
Д. очикартериалоким
Е. Фалло тетрадаси

3596. Қайсииллатдакубиталартериялардапулсюкори, сонартериясидаесапулссустбулади?
А. аорта коартацияси
Б. булмачалараротусикнуксони
С. упкаартериясистенози
Д. митралклапанстенози
Е. учтабакаликлапанстенози

3597.Фаллотетрадасидахансираш-кукаришхуружидакайсипрепаратбуюрилади?
А. строфантин
Б. дигоксин
С. промедол
Д. преднизолон
Е. папаверин

3598.Коринчалараро тусик нуксонида шовкинни локализацияси:
А. чапдан 2чиковургалараро
Б. чапдан 3чи 4чи ковургалараро
С. ўнгдан 2чиковургалараро
Д. ўнгдан 4чи 5чиковургалараро
Е. юрак чуккисида

3599.Қонни ўнгдан чапга юналиш буйича окиши кайси юрак тугма нуксонига хос:
А. очик артериал оким
Б. бўлмачалараро тўсик нуксони
С. коринчалараро тўсик нуксони
Д. Фалло тетрадаси
Е. магистрал томирларни транспозицияси

3600.Қонничапданўнггаюналишбуйичаокишикайсиюрактугмануксонигахос:
А. очик артериал оким
Б. Фалло тетрадаси
С. умумияртерияравоги
Д. чап коринча гипоплазияси синдроми
Е. Фалло пентадаси

3601.Каттаконайланишдоирасиникушилишикайсиюракнитугмаиллатидакузатилади?
А. аорта коартацияси
Б. изолирланган упка артерияси стенози
С. коринчалараро тусик нуксони
Д. Фалло тетрадаси
Е. очик артериал оким

3602.Артериал кон босим курсаткичи кулда ва оёкда кескин фарк килиши кайси иллатига хос?
А. изолирланган ўпка артерияси стенози
Б. чап коринча гипоплазияси синдроми

С. аорта коартацияси
Д. магистрал томирларни транспозицияси
Е. аорта стенози

3603.1 ёшли бола курикда юрак чегараси чапга-юкорига кенгайган, чапдан 2чи ковургалараро – «машина» систола- диастолис шовкин, шовкин чуккига ва буйин томирларига
узатилади. Сизнинг ташхисингиз?
А. бўлмачалараротўсикнуксони
Б. очик артериал оким
С. коринчалараротўсикнуксони
Д. Фаллотетрадаси
Е. аортакоартацияси

3604.Ўпка артерияси стенозига хос белги:
А. юракни хамма чегараси кенгайган
Б. юрак чегарасини чапга катталашиши
С. юрак ўлчами нормада
Д. юрак чегарасини ўнгга катталашиши
Е. юрак белини аникланиши

3605.Кайси белги Фалло тетрадасига хос эмас?
А. биттақоринчабўлиши
Б. ўпкаартериясистенози
С. коринчалараротўсикнуксони
Д. аортадекстрапозицияси
Е. ўнгкоринчагипертрофияси

3606.Аортакоарктациясидаартериалбосимникурсаткичи:
А. қўлдаюкори, оёкдапаст
Б. қўлваоёкдабирхил
С. қўлдапаст, оёкдаюкори
Д. ўнгқўл-оёкдаюкори, чаРQўл-оёкдапаст
Е. ўнгқўл-оёкдапаст, чаРQўл- оёкдаюкори

3607.Каротидли пулсация кайси юрак тугма нуксонига хос:
А. коринчалараротўсикнуксони
Б. идиопатиксубаорталстеноз
С. Фаллотетрадаси
Д. очик артериал оким
Е. бўлмачалараротўсикнуксони

3608.Толочинов-Рожекасаллигидакузатилади:
А. бўлмачалараротўсиқнуQSони
Б. қоринчалараро тўсиқни мушак қисми нуQSони
С. қоринчалараротўсиқнисубаорталнуксони
Д. очиқ артериал оким
Е. ўпкаартериясистенози

3609.ҚайсиЕКГбелгиларибулмачалараротўсиқнуQSонигакиради?
А. Гистутаминиўнгоёқчасиблокадаси
Б. П-митрале
С. И, В1,В2дачуқур С тишча
Д. Гис тутамини чап оёқчаси олдинги шохини блокадаси
Е. И, АВЛ, В5,В6 уламаларда баланд Р

3610.Аорта коарктациясига хос:
А. аортада диастолис шовқин
Б. фиксацияланган 2читон
С. пулмонал компонентда 2чи тонни сусайиши
Д. ўпка артериясида ўртача систолик шовқин
Е. куракларароо сохада систолик шовқин

3611.Бўлмачалараро тўсик нуксонига хос:
А. уйку артерияси пулсини кучайиши
Б. ўпка артериясида 2чи тон аксенти
С. диастолис АДни пасайиши
Д. пулс босимни камайиши
Е. систоло-диастолик шовкин

3612.Систоло-диастолик шовкин бўлади:
А. аортал стеноз+митрал этишмовчилик
Б. аорта коарктацияси
С. очик артериал оким
Д. аортал этишмовчилик+трикуспидал стеноз
Е. Эйзенмейгер синдроми

3613.МитралстенозdaЕКГдакузатилади:
А. И, ИИ, АВЛ узаткичлардакенгайган, иккиўркачли П тишча
Б. ИИ, ИИИ, AVF узаткичлардабаланд (2,5 ммданбаланд) П тишча
С. юракелектрўқинингчапгасилжиши;
Д. В5, В6, АВЛузаткичларда Р тишча амплитудасинингортиши;
Е. Соколова-Лаениндекси 35 ммданкўп.

3614.Юракурибкетиши — бу:
А. Экстрасистолияларпайдобўлиши;
Б. юракқисқаришларинисониниортиши;
С. юракқисқаришларинисониникамайиши;
Д. юракқисқаришларинисезиш;
Е. хилпилловчиаритмияпайдобўлиши.

3615.Қорачиқ пулсацияси хос:
А. митрал стеноз
Б. аортал клапан этишмовчилиги
С. уч табакали клапан этишмовчилиги
Д. аорта равоги стенози
Е. ўнг атриовентрикуляр тешик стенози

3616.Аортал клапан этишмовчилигида чукка турткиси:
А. баланд, кучайган, таркалган
Б. паст, кучсиз, чегараланган
С. паст, кучайган, чегараланган
Д. паст
Е. чегараланган

3617.Митрал стенозда чуққи турткиси:
А. салбий
Б. кучайган
С. чегараланган
Д. тарқалган
Е. ўнгга силжиган

3618.«Мушукхириллаши» синдроми аникланади:
А. учтабакали клапан этишмовчилиги
Б. митрал клапан этишмовчилик
С. бўлмачалараро тусиқ нуQSони
Д. аортал стеноз
Е. соглом одамда жисмоний юкламадан кейин

3619.Диастолик «мушукхириллаши» характерли:
А. митрал стеноз
Б. аортаравогистенози
С. учтабакаликлапанетишмовчилиги
Д. коринчалараротўсикнуксони
Е. митралетишмовчилик

3620.Митралстенозгахарактерлипулс:
А. тардус эт парвус
Б. селер эт алтус;
С. дурус;
Д. филиформис;
Е. дифференс

3621.Паст, секин, киска пулс характерли:
А. митрал стеноз
Б. аорта тешиги стенози
С. митрал этишмовчилик
Д. тўлик АВ блокада
Е. тиреотоксикоз

3622.Аортада ИИ тон кучайиши кузатилади:
А. чап коринча гипертрофияси
Б. митрал стеноз
С. аорта равоги стенози
Д. аорта атеросклерози
Е. аортал клапан этишмовчилиги

3623.Қуйидагилардан қайси бирида И тонни иккиланиши кузатилади?
А. Гис тутами оёқчаси блокадаси
Б. артериал гипертензия
С. ўпка гипертензияси
Д. синусли тахикардия
Е. АВ блокада

3624.Чўккида диастолик шовкин кайси юрак нуксонида кузатилиши мумкин?
А. митрал тешик стенози
Б. аорта равоги стенози
С. митрал этишмовчилик
Д. учтабакали клапан этишмовчилиги
Е. ўпкаартериясиравогистенози

3625.Флинт шовқини эшитилади:
А. митралклапанетишмовчилик
Б. аорталстеноз
С. учтабақаликлапанетишмовчилиги
Д. митралстеноз
Е. аортал клапан этишмовчилиги

3626.ҚоринчалараротўсиқнуQSонигахарактерли:
А. систоло-диастолик шовқин
Б. от дупури ритми
С. диастолик титрашни пайпасланиши
Д. гистутамиўнгоёқчасиблокадаси
Е. тўшничаптомонидасистоликшовқин

3627.Чайлд-Пю шкаласи кўрсаткичлари:
А. блирубин, албумин, фибриноген, ассит, жигаренсефалопатияси
Б. АЛТ, АСТ, албумин, глобулин, креатинин
С. блирубин, албумин, фибриноген, глобулин, креатинин
Д. ассит
Е. албумин, фибриноген

3628.Қайсивируслигепатитларсурункалигаўтмайди?
А. Д
Б. А
С. С
Д. В
Е. Г

3629.ДНК тутувчи вирус?
А. В
Б. Д
С. А
Д. С
Е. Г

3630.Фекал-орал йўл билан юқувчи вирусли гепатит турлар
А. А,Б
Б. Б, Д
С. С, э
Д. А,С
Е. А, э

3631.Қайси гепатит вируслари параентерал юқади?
А. Б,С
Б. А,Б
С. Б,Ф
Д. А,С

Е. Э,А

3632.Қайси гепатитвируси “мулойимқотил”(ласковиюбийса) дебномланади?
А.А
Б. С
С. Д
Д. В
Е. Г

3633.Қайсивирусли гепатитхомиладорлардакўпучрайди?
А. Б
Б. Д
С. А
Д. С
Е. Э

3634.НЯК да оғриқлар жойлашуви
А. кичик чаноқ ва чап ёнбошда.
Б. ўнг ёнбошда
С. Эпигастрал соҳада, куйдирувчи.
Д. чап ёнбошда
Е. ўнг ёнбошда кучли.

3635.НЯККасаллик кечуви бўйича турлари:
А. ўткир, сурункали ресидив, сурункали узлуксиз
Б. ўткир , ўткир ости, сурункали.
С. ўткир , сурункали.
Д. фақат ўткир.
Е. хаммаси тўғри

636.НЯК нинг ичакдан ташқари клиник белгилари:
А. ярапенитрацияси
Б. ичакнинг токсик дилятасияси.
С. яра Перфорацияси
Д. иридосиклит, конюктивит,увеит
Е. малигнизация

3637.НЯК нинг эндоскопик белгилари:
А. псевдополип, ичак Шиллиқ қавати яллиланиши, шиш, эррозия, яра
Б. псевдополип , " тош йўлли кўприк"
С. атрофик ўзгаришлар
Д. стеноз, атрофик ўзгаришлар, псевдополиплар

Е. псевдополиплар

3638.НЯК нинг давосида базис препаратларни кўрсатинг:
А. антибиотиклар, гепарин.
Б. ГКС, антибиотиклар.
С. иммунодепрессантлар, ГКС, смекта
Д. ГКС, 5-АСК препаратлари, иммунодепрессантлар
Е.смекта

3639.НЯКдаПевзнербўйичадиетастоли:
А. № 10
Б. № 4
С. № 11
Д. № 1
Е. № 7

3640.Крон касаллигида ичакнинг қайси қаватлари шикастланади:
А. барча қаватлар.
Б. шиллиқ.
С. шиллиқ, Шиллиқ ости
Д. фақат мушак.
Е. шиллиқ ости

3641.Крон касаллигида ичакнинг қайси қисми кўпроқ зарарланади?
А. тўғри ва сигмасимон ичак.
Б. илиосекал соҳа
С. ингичка ичак.
Д. 12 бармоқли ичак
Е. сигмасимон ичак.

3642.Крон касаллигининг клиник вариантлари.
А. ўткир , тўлқинсимон
Б. ўткир , ўткир ости.
С. фақат сурункали.
Д. ўткир , сурункали
Е. тўлқинсимон

3643.Крон касаллигида ичакдан олинган биоптатда микроскопда:
А. Эпителиоид (саркоидсимон) гранулёмалар
Б. мушак ҳужайраси гипертрофияси.
С. лимфа ҳужайралари ва мушак ҳужайралари гипертрофияси
Д. мушак қавати атрофияси.

Е. мушак ҳужайралари

3644.Крон касаллигида кўпинча оғриқ локализасияси:
А. бутун қорин бўйлаб
Б. чап ёнбошдада
С. ўнг ёнбош соҳасида ўраб олувчи.
Д. ўнг ва чап ёнбошда
Е. чап ёнбошда

3645.Крон касаллигида умумий қон анализидаги ўзгаришлар:
А. моноситоз, эЧТ камайиши
Б. Анемия, лейкоситоз, эЧТ камайиши
С. лейкопения , эЧТ ортиши
Д. лимфаситоз , моноситоз, эЧТ камайиши
Е. анемия лейкоситоз, эЧТ ортиши.

3646.Крон касаллигининг базис давоси:
А. ГКС, 5- АСК препаратлар.
Б. ГКС, холестерамин.
С. ГКС, лоперамид
Д. иммунодепрессантлар, смекта.
Е. смекта.

3647.5-АСКпрепаратлариникўрсатинг:
А. смекта
Б. месалазин
С. лоперамид
Д. нитрооксалин
Е. лоперамид

3648.Вируслигепатитдахолестатиксиндромбелгилари:
А. кўпроқ боғланган билирубин хисобига билирубин ортиши
Б. АЛТваАСТортиши
С. тимолпробапасайиши
Д. геморрагиктошмалар
Е. АСТошиши

3649.Вируслигепатитларда продромал даврингклиниксиндромини кўрсатинг:
А. абдоминал;
Б. септик;
С. бронхиал;

Д. диспептик
Е. геморагик

3650.Вирусли гепатит А га хос хусусиятни кўрсатинг:
А. ўтиш йўли жинсий
Б. қўзғатувчиси мегаловирусларга киради;
С. ўтиш йўли парентерал;
Д. мавсумийликка эга эмас;
Е. қўзғатувчиси энтеровирусларга киради

3651.Вирусли гепатит А сариқлик даврига хос клиник белгини кўрсатинг:
А. интоксикасиянинг пасайиши
Б. интоксикасиянинг янада кучайиши;
С. тана хароратининг кутарилиши;
Д. талоқ ва лимфа тугунларининг катталашиши;
Е. лимфа тугунларининг катталашиши

3652.Вирусли гепатит Б га хос хусусиятни кўрсатинг:
А. қўзғатувчиси арбовируслар гурухига киради
Б. қўзгатувчиси гепатновируслар гурухига киради
С. мавсумийлиги бахор ойларида
Д. хечбирасорациз кечади
Е. Юқиш йўли алиментар

3653.СурункалиСгепатитнидаволашдақўлланиладиганпегилирланганинтерферон
А. абактал
Б. рибавирин
С. ацикловир
Д. зефикс
Е. пегасис

3654.Вирусли гепатитларда холестазга хос:
А. ишкорий фосфотазанинг юкори бўлиши
Б. геморрагиктошмалар бўлиши;
С. унгковирғаостидаогрик;
Д. лимфатугунларининг ката лашиши;
Е. чап қовурғаостидаоғриқ

3655.Вирусли В гепатитнинг специфик маркери:
А. қондахолестеринаниқланиши
Б. АСТортиши
С. қонда ҲбсАгни аниклаш

Д. қондаалбумин
Е. қонда глобулин

3656.Ўткир вирусли гепатит Б ларни даволаш усулини кўрсатинг:
А. гемотрансфузия;
Б. дезинтоксикасиондаво
С. гармонотерапия;
Д. дегидратасиндаволаш
Е. антибастериал

3657.ВГБга карши ваксина қилишмуддати:
А. 7 ёшда
Б. 6 ойда;
С. 1 ёшда;
Д. 2 ёшда;
Е. тугилгандан сунг 2 кундан кейин

3658.Сиррозлардаўлимнингасосийсабабларигакиради:
А.қизилўнгачнинг варикоз кенгвйганвеналариданпрофузқонкетиш, жигаркомаси
Б. меъдаярасиперфорацияси, перитонит
С. холецистит;
Д. панкреатит;
Е. гастрит

3659.Бехтерев касаллиги билан купрок кимлар касалланади?
А. ёш болалар
Б. ёш эркаклар
С. кизлар
Д. аёллар
Е. Эркак ва аёллар тенг микдорда

3660.Бехтерев касаллигини роентген белгилари:
А. икки томонлама сакроилеит
Б. биртомонламасакроилеит
С. диффузостеопороз
Д. остеосклероз
Е. остеофитлар

3661.Кайси белгилар анкилозланган спондилоартритда кам учрайди:
А. Энтезопатия
Б. ЭЧТошиши
С. ҲЛА-В27

Д. сакроилеит
Е. ревматоид омил

3662.Анкилозланган спондилоартритга хос эмас:
А. белдаги тунги огриклар
Б. Гебердентугунчалари
С. жисмоний харакатдан сунг энгиллашиш
Д. наслий касаллик
Е. ёш эркаклар

3663.Рейтер касаллигига хос булмаган белгилар:
А. асосан майда бугимларда зарарланиш
Б. ахиллоидит
С. рецидивланган ирит
Д. аортал этишмовчилик
Е. конъюктивит

3664.Рейтер касаллигини классик триадаси:
А. синовит, артрит, гиперкератоз
Б. уретрит, артрит, синовит
С. уретрит, артрит, гиперкератоз
Д. уретрит, артрит, конъюктивит
Е. уретрит, конъюктивит, гиперкератоз

3665.Реактив артритни чламидиа траҳоматис билан ассоцирланганда кайси антибиотис тавсия килинади?
А. клофаран
Б. пенициллин
С. гентамицин
Д. доксациклин
Е. кефлин

3666.Реактивартриткўпинчақайсибўғимларзарарланишибиланбошланади?
А. тиззаваболдиртовон
Б. тирсаквабилакпанжа
С. билакваелка
Д. чаноQSонватизза
Е. проксимал вадистал майда

3667.Кайси касалликларда ҲЛА-В27 антигени ошади?
А. дерматомиозит
Б. ичакни яллигланиш касалликлари

С. псориаз
Д. системали кизил бурича
Е. анкилозланган спондилоартрит

3668.Кайси касалликларда уткир моноартрит кузатилади?
А. ревматоид артрит
Б. инфексион артрит
С. Рейтер синроми
Д. Бехтерев касаллиги
Е. псориатис артрит

3669.Кайси касалликларда микрогнатия, сакроилеит, артрит, буйин умурткаси анкилози симптомлари кузатилади?
А. псориатис артрит
Б. ревматоид артрит
С. Рейтер синроми
Д. сурункали ювенил артрит
Е. Уткир ревматик иситма

3670.Кайси касалликда бугимни фалангалараро дистал кисми зарарланиши билан бошланади?
А. псориатик артрит
Б. псевдоподагра
С. ревматоид артрит
Д. уткир ревматик иситма
Е. системали кизил бурича

3671.Сулфасалазинни асосий ножуя таъсири:
А. агронулоцитоз
Б. терида тошма
С. кунгил айниши ва кайт килиш
Д. иситма
Е. шиш

3672.Кайси касалликда сулфасалазин тавсия килинмайди?
А. анкилозланган спондило артрит
Б. ярали колитдаги артрит
С. остеоартроз
Д. ревматоид артрит
Е. реактив артрит

3673.Псориатик артритни базис давоси:

А. метатрексат
Б. аллопуринол
С. доксациклин
Д. диклофенак
Е. структум

3674.Псориатик артритга хосбўлмаганбелги?
А. чакка-жағбўғиминингшикастланиши
Б. иккитомонлама сакроилеит
С. мутилирловчи артрит
Д. тирноқларзарарланиши
Е. дистал бўғимларшикастланиши

3675.Ўткир гломерулонфритга хос:
А. ассит
Б. кечга бориб оёкларда шиш
С. «чугунли» сианоз фонида кул-юз шиши
Д. Эрталабки юзда шиш
Е. шишлар юк

3676.Коптокчада глюкоза, мочевина, креатинин филтрланади:
А. тўлиқ
Б. булакли
С. филтрланмайди
Д. фақатглюкозафилтрланади
Е. фақаткреатининфилтрланади

3677.Массив протеинурияга сабаб:
А. юкорииситма
Б. нефротик синдром
С. ўткиргломерулонефрит
Д. пиелонефрит
Е. буйракдимланиши

3678.Сурункалигломерулонефритнинггипертониктуридакузатилмайди:
А. бошоғриғИ
Б. протеинурия;
С. аортадаИИ тонаксенти;
Д. Эритроцитурия;
Е. гиперизостенурия

3679.Буйракларқачонпайпасланади:

А. буйрак амилоидозида;
Б. пиелонефритда;
С. гломерулонефритда;
Д. гидронефрозда
Е. диабетик нефропатияда

3680.Гломерулонефритни кайси вариантида микрогематурия нисбатан камрок кузатилади?
А. липоидли нефроз
Б. мембронозли нефрит
С. мезангиопролиферативнефрит
Д. буричалинефрит
Е. мезангиокапиллярли нефрит

3681.Келтирилганлардан кайси бири нефротик синдромни асосий диагностик критерияси хисобланади?
А. шиш
Б. зардоб албумини 30 г/лдан кам
С. суткаликпротеинурия 3,5 гданкуп
Д. гиперхолестеринемия
Е. гиперкоагулясия

3682.Кайси касалликлар нефротик синдромга кам холларда олиб келади?
А. буйраквеналаритромбози
Б. гломерулонефрит
С. буйрак поликистози
Д. диабетикнефропатия
Е. стенокардия

3683.Ўткиргломерулонефритдагипертониянидаволаш:
А. диуретиклар
Б. пропранолол
С. допегит
Д. коринфар
Е. гидралазин

3684. Ўткир ва сурункали гломерулонефрит қиёсий ташхисида ахамиятга эга
А. турғунартериалгипертензиявачаPQоринчагипертрофияси
Б. артериалгипертензиявапулсдефицитимавжудлиги
С. кучли протеинурия
Д. чап қоринча гипертрофияси
Е. сийдик нисбий зичлигининг пасайиши

3685.“ Ойсимонюз” кузатилади:
А. юрак этишмовчилиги
Б. микседема
С. уткир гломерулонефрит
Д. бронхиал астма
Е. Иценко-Кушенга касаллиги

3686.“Ортопное” холат кайси касалликка хос?
А. ошкозонкасаллиги
Б. юрак этишмовчилиги
С. оёквеналарварикози
Д. буйракетишмовчилиги
Е. ошкозоностибезикасаллиги

3687.Нормадамаксималсуткаликпротеинуриямикдори:
А. 300мг
Б. 50мг
С. 100мг
Д. 150мг
Е. 500мг

3688.Сийдик ранги “Гушт ювиндиси” куринишида куйидаги касалликка хос:
А. ўткир гломерулонефрит
Б. ўткирпиелонефрит
С. буйракамилоидози
Д. нефротиксиндром
Е. сурункалипиелонефрит

3689.Ўткиргломерулонефритдаог`риқ синдроми қуйидагибиланбоглик:
А. сийдик найини яллигланиши
Б. сийдик чикишини бузилиши
С. буйрак капсуласини чузилиши
Д. буйракжоминичузилиши
Е. сийдик найини спастик кискариши

3690.Ўткир гломерулонефритда шишни механизми:
А. сув-тузфилтрациясинипасайиши
Б. конда онкотик босимни пасайиши
С. капилляр деворларини утказувчанлигини ошиши
Д. алдостерон секрециясини ошиши
Е. сув-туз реабсорбсиясини ошиши

3691.Умумий шишларни сабаблари тўғри кўрсатилган жавобни белгиланг.
А. томир жарроҳлик амалиётлари
Б. сурункали веноз етишмовчилик
С. лимфостаз
Д. гипопротеинемия
Е. мушак ва суяк жароҳатлари

3692.Маҳаллий шишларни кўрсатинг.
А. гипопротеинемик шишлар
Б. кардиалшишлар
С. буйрак шишлари
Д. веноз шишлар
Е. астит

3693.Буйрак шишларига нима хос эмас?
А. кўпинча эрталаб кузатилади
Б. юмшоқ консистенцияли
С. икки томонлама
Д. ҳамирсимон
Е. зич консистенцияли

3694.Юрак етишмовчилигининг зўриқишли шаклига олиб келади:
А. гиперволемия
Б. миокард ишемияси
С. миокардитлар
Д. Экстрасистолия
Е. миокардиодистрофия

3695.Калий сақловчи диуретиклар гуруҳига мансуб препарат:
А. диакарб
Б. верошпирон
С. лазикс
Д. урегид
Е. празозин

3696.Чап қоринча етишмовчилигининг асосий белгиси:
А. юрак астмаси ҳуружи
Б. ҳолсизлик
С. оёқларда шиш.
Д. бўйин веналари бўртиши
Е. жигар катталашиши

3697.Ўнг қоринча етишмовчилигининг асосий белгиси:
А. ҳансираш
Б. ҳолсизлик
С. периферик шишлар
Д. юрак астмаси ҳуружи
Е. йўтал

3698.Юрак етишмовчилигидаги шишга характерли эмас:
А. икки томонлама локализация
Б. бир томонлама локализация
С. тизза ва кафтдаги локализация
Д. акроцианоз билан бирга келади
Е. зич шишлар

3699.Чап қоринча етишмовчилиги учун характерли эмас:
А. тизза ва оёқларда шиш
Б. хансираш
С. ортопное
Д. ўпкадаги нам хириллаш
Е. нафас сиқиш ҳуружи

3700.Юрак етишмовчилигида шишларни даволашда пархез асоси:
А. «Б» гурух витаминига бойитиш
Б. юқори калориялик
С. ёғли овқатларни чегаралаш
Д. Са+2ни чегаралаш
Е.тузни ва сувни чегаралаш

3701.СЮЕ да оёқларида шиш бўлган беморлар пархезида бўлмаслиги керак:
А. тузламалар
Б. Энгил ҳазм бўладиган
С. бўлакли овкатланиш
Д. суюқликни чегараланиши
Е. тузни чегаралаш

3702.Қайси ножўя тасир ҳалкали диуретикларни қўллаганда кузатилмайди?
А. гипокалиемия
Б. Гиперкалиемия
С. Гиперурикемия
Д. Гипергликемия
Е. Гипонатриемия

3703.Қайси дори воситалар шишларни келтириб чиқаради?
А. глюкокортикостероидлар
Б. алдостерон антагонистлари
С. антибиотиклар
Д. антиагрегантлар
Е. антикоагулянтлар

3704.Қайси гипотензив препаратлар тўпиқ шишини ривожланишига сабаб бўлади:
А. Б- блокаторлар
Б. АПФ ингибиторлари
С. АИИ-рецепторлари антогонистлари
Д. диуретиклар
Е. Са антогонистлари

3705.СЮЕ даги шишларга қарши пархез нимани ташкил қилади:
А. минерал сувларни ичиш
Б. углеводлар чегараланган
С. туз чегараланган
Д. юқори калорияли пархез
Е. Очлик

3706.СЮЕда шишлар мавжудлигида даволаш самарасини баҳолаш учун қандай клиник назорат олиб борилади:
А.суткалик диурез
Б. ЭКГ динамикада
С. ЭхоКГ
Д. артертериал қон босими
Е. термометрия

3707.Асцит ривожланиши патогенетик механизмини кўрсатинг
А. Электролитлар алмашинувини бузилиши
Б. гидростатистикбосимни ошиши
С. онкотик босимни пасайиши
Д. онкотик босимни ошиши
Е. гидростатистик босимни пасайиши

3708.Буйрак шишлари пайдо бўлиши нима билан бирга кечади:
А. Иситма билан
Б. Диурез камайиши билан
С. Диурез кўпайиши билан
Д. Артериал гипотензия билан

Е. Ҳансираш билан

3709.Қайси шишлар тез пайдо бўлиши ва тез қайтиш ҳусусиятига эга:
А. нефритик шишлар
Б. кардиал шишлар
С. гипопротеинемик шишлар
Д. веноз шишлар
Е. лимфатик шишлар

3710.Қайси шишлар юмоқ ва ҳамирсимон бўлади?
А. веноз шишлар
Б. юрак шишлари
С. лимфатик шишлар
Д. буйрак шишлари
Е. травматик шишлар

3711.Гипертониккризлартурлари:
А. асоратланган, асоратланмаган
Б. рефлектор, ареактив
С. кардиопулмонал, нефроген
Д. парадоксал
Е. нейроген, психосоматик

3712.Қарияларда нафас аъзоларининг ўзгариши:
А. ўпкалар умумий хажмининг ошиши.
Б. ўпкалар массасининг ошиши.
С. ўпкалар массасининг камайиши.
Д.ўпка тириклик сигимининг пасайиши.
Е. бронхларнинг кенгайиши

3713.Юқори нафас йўлларида ёшга боғлиқ ўзгаришлар:
А. овоз боғламларининг кенгайиши
Б. бодомча безлар гипертрофияси
С. товуш тирқишининг торайиши
Д. Шиллиқ қават атрофияси.
Е. Бурун бўшлиқлари нинг торайиши

3714.Қариликда кўкрак қафаси:
А. нафас актида харакатчанликни йўқотади
Б. кўкрак қафаси эластиклиги пасаяди.
С. қовурғалар деформацияланади
Д. қовурғалар аро соҳаси торайиши

Е. умуртқалар деформацияланади

3715.Кекса ва қарияларда ўткир бронхитнинг кўъ учрайдиган асоратлари:
А. ўчоқли пневмония.
Б. сурункали бронхит
С. туберкулёз
Д. ўпка раки
Е. бронхиал астма

3716.Кекса ва қарияларда сурункали бронхитнинг қўзиш даврида тавсия қилинади:
А. корвалол
Б. пентамин
С. Балғам кўчирувчи микстура
Д. фуросемид
Е. ГКС

3717.Кекса ва қарияларда пневмония ривожланганда кам кузатилади:
А. йўтал
Б. холсизлик
С. чарчаш
Д. Жуда юқори иситма
Е. хансираш

3718.Кекса ва қарияларда пневмония ривожланиши омиллари:
А. организмреактивлигинингпасайиши
Б. холдан тойиш
С. иссиқда қолиш
Д. стресслар
Е. ортиқча овқатланиш

3719.Кекса ва қарияларда қон туфлашнинг энг кўп сабаби:
А. ўткир бронхит.
Б. опка раки.
С. бронхоектатик касаллик
Д. крупоз пневмония
Е. бронхиал астмага

3720.Кексаларда эксриратор хансирашнинг пайдо бўлиши характерли:
А. ўпка шишига
Б. ўпка абсцессига
С. крупоз пневмонияга
Д. СУОК

Е. Юрак астмасига

3721.Кексаларда бронхиал астманинг хуружида қарши кўрсатилган:
А. беротек
Б. астмопент
С. морфин
Д. Эуфиллин
Е. ГКС

3722.Бронхиал астма хуружида тез ёрдам:
А. либексин
Б. кодеин
С. салбутамол
Д. тусупрекс
Е. морфин

3723.Бронхиал астма билан оғриган беморларга қайси мутахассис консултацияси зарур:
А. аллерголог
Б. инфекционист
С. онколог
Д. хирург
Е. кардиолог

3724.Емфиземада асосий шикоят:
А.хансираш
Б. кўкрак қафасида оғриқ
С. балғамли йўтал
Д. қон туфлаш
Е. харорат ошиши

3725.Юрак-қон томир тизимининг ёшга хос ўзгариши:
А. тахикардия
Б. қон қуюшқоқлигининг ортиши.
С. АҚБнинг ошиши
Д. сиркуляциядаги қон хажмининг ошиши
Е. Юрак минутлик хажмини ошиши

3726.Физиологик қариликда юракнинг қандай ритми характерли?
А. брадикардия
Б. тахикардия
С. нормал, синусли

Д. синусли аритмия
Е. хилпилловчи аритмия

3727.Кекса ва қарияларда артериал гирертензиянинг асосий сабаби:
А. сурункали гломерулонефрит
Б. Иценко - Кушинг касаллиги
С. сурункали пиелонефрит
Д. феохромоцитома
Е. атеросклероз

3728.Кекса ва қарияларда гипертоник криз фонида нима етишмовчилиги келиб чиқади:
А. ўнг қоринча.
Б. томирлар.
С. чап қоринча
Д. жигар.
Е. буйрак

3729.Кекса ва қарияларда гипертоник кризни даволаш препаратни қайси йўл билан юборишдан бошланади:
А. сублингвал
Б. Вена ичига
С. Мушак орасига
Д. Тери остига
Е. махаллий

3730.Кекса ва қарияларда гипертоник кризни даволашда қўлланилади:
А. нитроглицерин
Б.анаприлин
С. лазикс
Д. пентамин
Е. нифедипин (коринфар)

3731.Кексаларда стенокардия хуружи келиб чиқади:
А. Миокард гипоксияси хисобига
Б. Томирлар спазми хисобига
С. Модда алмашинувининг бузилиши хисобига
Д. Гипокалиемия хисобига
Е. Гиперкалғцимия хисобига

3732.Стенокардия хуружини тўхтатиш учун қўлланилади:
А. нитроглицерин
Б. валидо.

С. но-шпа
Д. валокордин
Е. коринфар

3733.Миокардитларни шаклини кўрсатинг:
А. миокардиосклеротик
Б. токсико-аллергик
С. дистрофик
Д. постишемик
Е. нейросиркулятор

3734.Зарарланиш соҳасига қараб миокардитлар бўлинади:
А. субендокардиал, локал
Б. диффуз, локал
С. бўлакли, субендокардиал
Д. диффуз, ўчоқли
Е. бўлакли, локал

3735.Миокардитда асосий клиник белгиларидан бири:
А. брадикардия
Б. артериал гипертензия
С. кардиалгия
Д. аортада систолик шовқин
Е. артериал гипотензия

3736.Миокардитларни даволаш тамойиллари:
А. Антибиотиклар
Б. В-адреноблокаторлар
С. Калсий антогонистлари
Д. Нитратлар
Е. АПФ ингибиторлари

3737.Миокардиодистрофияларда эКГ ўзгаришлар:
А. Қ тишча инверсияси
Б. PQ интервалнинг камайиши
С. СТ сегментнинг кўтарилиши
Д. патологик QS тишча
Е. Т тишча волтажини пасайиши

3738.Миокардиодистрофияга олиб келувчи омиллардан бирини кўрсатинг:
А. алкогол
Б. инсоляция

С. стресслар
Д. чекиш
Е. совуқ қотишлар

3739.Крон касаллиги этиологияси:
А. стрептококлар
Б. ноаниқ этилогияли
С. Э.соли
Д. йўғоничакўсмалари
Е. Ҳ. Пйлори

3740.Саналган қайси белгилар ўткир чап қоринча этишмовчилигига хос?
А. ИИИ юрактонлари
Б. нафассиқиши
С. периферикшишлар
Д. тахикардия

3741.Касалхонаданташқарипневмонияни даволаш режасига қуйидагилар киради:
А. антибактериал терапия
Б. аллергияга қарши терапия
С. иммуномодулловчи терапия
Д. иммуносупрессия

3742.Ўпкадаги диссеминирланган жараенларга хос:
А. вентиляция бузилишининг обструктив тури
Б. вентяляция бузилишининг рестриктив тури
С. рентгенограммаларда упка сегментларида ўчоқли узгаришлар
Д. рентгенограммаларда упкада диффуз интерстициал узгаришлар

3743.Ўпка эхинококкозида консерватив давога кўрсатма:
А. кўплаб майда кисталар бўлганда
Б. киста диаметри 3см дан кичик бўлганда
С. солитар кисталар
Д. асоратланмаган кисталар

3744.ЕКГ да ИИ даражали АВ қамалидаги ўзгаришлар (Мобиц1):
А. PQ 0,20 с., PQ=PQ
Б. PQ ни аста секин узайиши
С. P ваQRS комплексини ажралиши.
Д. QRS ни интермитирловчи тушиб қолиши

3745.Бўлмачалар ичи нотўлиқ қамалидаўзгаришлар:

А. Р тишча >0.11 сек
Б. Р-Q >0.20 сек
С. Р тишча кенгаиши
Д. QRS деформацияси

3746.АВ блокадалар қайси антиангинал воситаларни қўллашга қарши кўрсатма ҳисобланади:
А. нитроглицерин
Б. нитросорбид
С.бисопролол
Д. атенолол

3747.Абрамов-Фидлермиокардитидакузатилади:
А. юракетишмовчилиги
Б. ритмваўтказувчанликнибузилиши
С. артериалгипертензия
Д. чаРQоринчагипертрофияси

3748.Миокардитнинг асосий клиник белгилари:
А. тахикардия
Б. артериал гипертензия
С. кардиалгия
Д. аортада систолик шовқин

3749.Сурункали юрак етишмовчилиги ИИ Б босқичида кузатиладиган объектив ўзгаришлар:
А. юрак ўлчамлари меъёрда
Б. шишлар
С. гепатомегалия
Д. талоқ катталашиши

3750.НЦДлибеморларниолиббориштамойилларинингкўрсатинг
А. нитратларни қабул қилиш
Б. седативвоситаларниқабулқилиш
С. юракгликозидларниқабулқилиш
Д. иш ва хордиқ жараёнларини мувофиқлаштириш

3751.НЦДқайсикасалликларбиланқиёсийташхислашкерак
А. ЮИК
Б. миокардитлар
С. туғмаюракнуQSонлари
Д. кардиомиопатиялар

3752.Селективбетта-адреноблокаторларгакиради:
А. анаприлин
Б. пропранолол
С. бисопролол
Д. метопролол

3753.ГипертониякасаллигидаАҚБ билан курашиш учун қайси асосий ҳаVF омилларини бартараф этиш керак:
А. семизлик
Б. жисмоний зўриқишлар
С. чекиш
Д. организмни чиниқтиришни

3754.Верапамил ва дилтиазем қўллашга қарши кўрсатма:
А. синусли тахикардия
Б. синусли брадикардия
С. синус тугуни сустлиги синдроми
Д. қоринчалар экстрасистолияси

3755.Сурункалипиелонефритдалаборатор-инструменталўзгаришлар:
А. бактериурия
Б. силиндрурия
С. гематурия
Д. лейкоцитоурия

3756.Сурункалипиелонефритгахосемас
А. макрогематурия
Б. гиперлипидемия
С. дизурия
Д. Этувишиши

3757.Сурункалигломерулонефритдасийдиксиндромигахос:
А. бактериурия
Б. микрогематурия
С. протеинурия
Д. лейкоцитурия

3758.ЮИК беморларда нитратларга толерантликнинг ривожланганлиги белгилари:
А. стенокардия хуружининг кўпайиши
Б. бош оғриши кузатилиши
С. антиангинал эффекцақланган

Д. дорига тобеликни ривожланиб бориши

3759.Зўриқиш стенокардиясини тасдиқлашда қандай юкламали синамалар ўтказилади:
А. олтиминутлик юриш тести
Б. степ тест
С. тредмил тест
Д. велоергометрия

3760.Миокард инфарктида ангиноз оғриқлар нима билан бирга кузатилади:
А. совуқ тер босиши
Б. гектик иситма
С. қон кетиш
Д. хансираш

3761.Аорта аневризмасини қаватланишигаолибкелувчиомиллар:
А. ревматизм
Б. интенсив физик зўриқиш
С. гипертоник криз
Д. гипотериоз

3762.Аорта аневризмасини кўп учрайдиган сабаби:
А. травма
Б. сифилис
С. кардиоген шок
Д. атеросклероз

3763.Ўткир фибриноз перикардитда қайси ҳолатда оғриқ кучаяди?
А. нафас олганда
Б. ҳаракатда
С. ўтирган ҳолатда
Д. олдинга эгилганда

3764.Юрак тўғма nuQSонларига хос
А. систолик шовқин
Б. 7 ёшдан кейин порок
С. nuQSонниертааниқланиши
Д. анамнезда ревматизм

3765.Қоринчалараро тўсиқ nuQSонининг рентген белгиларига хос:
А. ўпка суратининг сусайиши
Б. ўнг қоринча гипертрофияси
С. юрак аортал конфигурацияси

Д. чап қоринча гипертрофияси

3766.Фалло тетрадасида хансираш-кукариш хуружида кайси препарат тавсия килинади?
А. промедол
Б. кордиамин
С. седуксен
Д. коргликон

3767.Жигар сиррози учун хос:
А. гиперальбунемия
Б. гиперфибриногенемия
С. томир юлдузчалари
Д. ассит

3768.Биллиар сирроз белгилари:
А. доимий тери қичишиши
Б. сариқлик
С. холестериннинг пасайиши
Д. ишқорий фосфатазанинг камайиши

3769.Асситни даволаш тактикаси:
А. темир препаратлари, калсий антагонистлари
Б. верошпирон, фуросемид
С. рауволфия препаратлари
Д. тузсиз пархез

3770.Жигарнинг микронодуляр сиррозига хос
А. портал гипертензияни жигар функционал етишмовчилигидан олдин бошланиши
Б. юлдузсимон телеангиоектазиялар, кафтда эритемаларнинг мавжудлиги
С. жигар етишмовчилигини касалликнинг эрта босқичларида пайдо булиши
Д. сариқликни касалликнинг эрта даврларида пайдо булиши

3771.Вирусли гепатитлардаги патогенетик синдромлар:
А. ситолитик, холестатик
Б. мезинхимал-яллиғланиш
С. паренхиматоз яллигланиш
Д. геморрагик , гиповолемия

3772.Вирусли гепатитларда ситолитик синдром:
А. протромбин ва бошқа қон ивиш омилларининг камайиши
Б. ишқорий фосфатазанинг ортиши
С. қон зардобида АЛТ ва АСТ активлигининг ортиши

Д. тимол синамасининг ортиши

3773.Сурункали алкоголли гепатитга хос:
А. касалликнинг ўткир бошланиши
Б. хаёт анамнези (алкоголни суистеъмол килиш)
С. касаллик ривожланишининг узоқ яширин даврда булиши
Д. агрессив гепатитга хос клиник-биохимик белгилар

3774.Гепатотоксик гипотензив дори воситалар :
А. допегит
Б. Эналаприл
С. нифедипин
Д. гидралазин

3775.Серонегатив спондилоартрит гурухига кирувчи касалликларни аникланг:
А. ревматоид артрит
Б. Рейтер касаллиги
С. Бехтерев касаллиги
Д. Ўткир ревматик иситма

3776.Анкилозланувчи спондилит ташхисига хос симптомлар
А. кукрак кафасида огрик
Б. белда огрик
С. тери ости тугунчалар
Д. кератоконюктивит

3777.Анкилозланувчи спондилитни асоратини белгиланг:
А. упкани апикал фибрози
Б. тери ости тугунчалар
С. сурункали конъюктивит
Д. кифоз

3778.Сурункали пиелонефритда лаборатор-инструментал белги:
А. бактериурия
Б. лейкоситурия
С. гематурия
Д. стеаторея

3779.Қайси клиник симптом сурункали пиелонефритга хос эмас?
А. макрогематурия
Б. дизурик ҳолатлар
С. гиперлипедимия

Д. субфебрил тана ҳарорати

3780.Сурункали гломерулонефритда сийдик синдроми кўрсаткичи:
А. бактериурия
Б. микрогематурия
С. протеинурия
Д. лейкоситурия

3781.Сурункалиюрак етишмовчилигининг И босқичида асосий номедикаментоздаво:
А. диуретиклар тавсия этиш.
Б. тузни чеклаш
С. юрак гликозидларини тавсия этиш.
Д. тана массасини нормаллаштириш

3782.Диуретиклар санаб ўтилган симтомлардан қайси бирида кўпрок самарали:
А. хансираш
Б. периферик шишларда
С. холсизлик
Д. тез чарчаш

3783.Қайси эндокрин касалликларда умумий шишлар кузатилади?
А. аутоимун тиреоидит
Б. гипотериоз
С. феохромоцитома
Д. Иценго-Кушинга касаллиги

3784.Атеросклеротик гипертензияда АҚБ даражаси:
А. систолик босим пасаяди
Б. диастолик босим ошади
С. систолик босим ошади
Д. диастолик босим деярли ўзгармайди

3785.Кексаларда сурункали бронхит ривожланишига омил яратади:
А. иммунологик реактивликни пасайиши
Б. тез-тезшамоллаш
С. нотўлиқ овқатланиш
Д. димланишли юрак етишмовчилиги

3786.Опкадан қон кетганда тезкор ёрдам:
А. гепарин, дибазол
Б. викасол
С. аминокапрон кислота

Д. димедрол, ъиъолфен.

3787.12 бармоқлиичакяракасаллигинингиккитарентгенологикхусусияти
А. “токча”белгисинианиқланиши
Б. “ғалвирсимон”(пробойник) белгиси
С. “тошликўприк” белгиси
Д.Чандиқлидеформация

3788.Меъдава 12бармоқ ичакяракасаллигида қонкетишда 2 тавсия:
А. венаичигатрентал
Б. дицинон
С. коринагрелкакуйиш
Д. викасол

3789.Меъдава 12бармоқ ичакяракасаллигида 2 диагностикусул:
А. ЭГДФС
Б. рентгеноскопия
С. иригоскопия
Д. ректоромоноскопия

3790.Меъдаяракасаллигининг 2 таасорати:
А. яраперфорацияси
Б. липома
С. малигнизация
Д. тромбоцитлармиқдоринингортиши

3791.Носпецефикярали колит касаллигидиагностикасини 2 усули:
А. анализмочи
Б. ректоромоноскопия
С. ЭГДФС
Д. ирригоскопия

3792.Уткирпанкреатитдатавсияетиладиганиккитаантиферментпрепарат:
А. Контрикал
Б. Трасилол
С. Ранитидин
Д. Рабепрозол

3793.Иккитаферментпрепарат:
А. креон
Б. трасилол
С. панкреатин

Д. гордокс

3794.Уткопидимланишини 2тасабаби:
А. демпингсиндроми
Б. уттаркибиниузгариши
С. уткопидаорганикбузилишлар
Д. клечаткалимахсулотлар

3795.Тошсизхолециститни 2таклиникбелгиси:
А.огрик
Б. тахикардия
С. конкетиш
Д. диспепсия

3796.Тошсиз холециститни 2та белгиси:
А. малабсорбсиясиндроми
Б. ичакдискинезияси
С. холестаз
Д. кон биланкусиш

3797.Тошсизхолециститогригиниккихусусияти:
А. ог`рикниунгкураккаваунгкулгаузатилиши
Б. тўнтоқогрик
С. ўткирогрик
Д. огрикчапковургаостидабулади

3798.Меъдаярасинимеъдаостибезигапенетрациясиниккибелгиси
А. Эпигастралсохадабелгаузатилувчиогрик
Б. лейкопения
С. давриёгрик
Д. доимиёгрик

3799.Меъдаярасинингмеъдаостибезигапенетрациясинингиккибелгиси:
А. рентгеноскопиядадинамиканингйўқлиги
Б. яра дефектининг кичиклашуви.
С. рентгеноскопияда «сичкондуми» симптоми
Д. яратокчасини (ниша) чукурлашуви

3800.Яраданконкетишнинг 2табелгиси:
А. стеаторея
Б. бошайланиши
С. креаторея

Д. нажаснинг қорайиши

3801.Ярадан қонкетишнинг 2табелгиси:
А. гемоглобин кўпайиши
Б. гемоглобин камайиши
С. кофе куйкасига ухшаш қусиш
Д. пулсйўқолиши

3802.Компенсаторпилоростенознингиккибелгиси:
А. меъда проексиясида чайкалиш аникланади
Б. Эпигастрал сохада огирлик аникланади.
С. кофе қуйқали қусиш
Д. стеаторея

3803.Езофагитнинг 2таморфологиккўриниши
А. обструктив
Б. катарал
С. гангреноз
Д. Эрозив

3804.12бармокичакяракасаллигиривожланишида 2 хаVFомили
А. хламидия
Б. хеликобактер
С. вируслар
Д. алиментар

3805.Меъдаярасининглокализацияси:
А. кичикегриликда
Б. антралбулимда
С. булбарбулимда
Д. диафрагмалбулимда

3806.12бармокичакяракасаллиги 2 белгиси:
А. тук коринга ог`рик
Б. тунгиог`рик
С. очкорингаогрик
Д. Тонгидиарея (панос -будилник)

3807.12бармокичакяракасаллигиучхусусияти:
А. аччик кекириши
Б. кечки ог`рик
С. овқатдан кейинги ог`риклар

Д. доимий оғриқ

3808.Иккитаантацидвосита:
А. ранитидин
Б. рабепрозол
С. алмагел
Д. маалокс

3809.Н2гистаминблокаторларигурухидан 2 тапрепаратникурсатинг:
А. фамотидин
Б. ранитидин
С. алмагел
Д. омепрозол

3810.Порталгипертензиягахос 2 белги:
А. ассит
Б. оёқвеналарининг варикозкенгайиши
С. спленомегалия
Д. гидроторакс

3811.Сурункалигепатитдатавсияетиладиган 2тапрепарат:
А. интерферон
Б. фосфоглив
С. колхицин
Д. лансопрозол

3812.Диареягаолибкелувчи 2 патологикхолат:
А. панкреатит
Б. жигарўсмалари
С. ўтйўлларидискинезияси
Д. таъсирланганичаксиндроми

3813.Диареягаолибкелувчи 2 патологикхолат:
А. гиперсекреторхолатлар
Б. ичакдевориўтказувчанлигинибузилиши
С. ичакмоторикасининг бузилиши
Д. ўтажралишинибузилиши

3814.Езофагитнинг 2та асорати:
А. кизилўнгачшилликкаватиничандикланиши
Б. пенетрация
С. швартлархосилболиши

Д. стриктуралархосилбулиши

3815.Сурункалифаолгепатитни 2таклиникбелгиси:
А. стеаторея
Б. спленомегалия
С. сариқлик
Д. гепатомегалия

3816.Сурункалифаолгепатитнинг 2таклиникбелгиси
А. қон кетиш
Б. ситолитик синдром
С. холестатик синдроми
Д. булемик синдром

3817.Меъдаярасинингмеъдаостибезигапенетрациясинирентгенологикиккитахусусияти:
А. меъдаоркадеворидапересталтиканингюклиги
Б. яра (ниша – токча) атрофидахалкасимоняллигланишборлиги
С. меъдаперисталтикасинингкучайиши.
Д. яра (ниша – токча) атрофидахалкасимоняллигланишбўлмаслиги

3818.Дисфагиябиланкечувчи 2такасаллик:
А. Эзофагит
Б. қизилўнгачахалазияси
С. кронкасаллиги
Д.еюнит

3819.Ўтйўлларидискинезиясигахос 2 белги:
А. кунгилайниши
Б. менделсинамасимусбат
С. булимия
Д. меъдазардаси

3820.Диспепсияни 2тасабаби:
А. булимия
Б. меъдаяракасаллиги
С. кекириш
Д. рефлюкс – эзофагит

3821.Дисфагияни 2таклиникбелгиси:
А. булемия
Б. овкатни кизилунгачда тухтаб колиши
С. овкатни регургитацияси

Д. гидрофобия

3822.Секреция этишмовчилиги гастритининг 2та белгиси:
А. оч коринга огрик
Б. Эпигастрал сохада овкат егач ог`ирлик
С. иштаха кучайиши
Д. иштаха пастлиги (камлиги)

3823.Сурункали пиелонефритнинг хуружи давридаги беморларшикоятлари:
А. гематурия
Б. белсохасидаспастиког`риклар
С. танахароратинингошиши
Д. Этувишиши

3824.Сурункалипиелонефритнинглаборатор-диагностикбелгилари:
А. сийдикдафаоллейкоцитлар
Б. лейкоцитурия
С. макрогематурия
Д. протеинурия

3825.Сурункали гломерулонефритнинг клиник вариантлари:
А. компенсирланган
Б. гематурик
С. нефритик
Д. аралаш

3826.Нефротик синдром белгилари:
А. массивпротеинуриябилантурғуншишлар
Б. гипоальбуминемия
С. гипохолестеринемия
Д. гипотриглицеридемия

3827.Нефротиксиндромнидаволашусуллари:
А. ГКС
Б. диуретиклар
С. ош тузини 2-3г/сутчеклаш
Д. ситостатиклар

3828.СБЕнидаволашнингконсервативусуллари:
А. Электролит баланс акоррексияси
Б. калийпрепаратлари
С. ГКС

Д. анемиянидаволаш

3829.Сурункалигломерулонефритниклиникбелгилари:
А. белсохасидаоғриқлар
Б. уремикбелгилар
С. ортостатикшишлар
Д. гипертензия

3830.Сурункали гломерулонефритни қайси касалликлар билан қиёсийташхислашлозим:
А. гидронефроз
Б. Интерстициалнефрит
С. пиелонефрит
Д. сийдик тош касаллиги

3831.Ситостатикларни буюришга асосий кўрсатмалар:
А. аутоиммун касалликлар
Б. лейкопения
С. Бириктирувчитўқиманингдиффузкасалликлари
Д. лейкоцитоз

3832.Рейтерасиндромидааниқланади:
А. простатит
Б. проктит
С. конъюнктивит
Д. уретрит

3833.Сурункалипиелонефритташхисинитасдиқлашучунўтказилишизарур:
А. қонбиохимиявиянализи
Б. сийдик экмаси
С. умумийқонанализи
Д. умумий сийдик анализи

3834.Сурункалипиелонефритлибеморларгабуюрилади:
А. oQSилни чеклаш
Б. аччиқ махсулотларни чеклаш
С. ош тузини чеклаш
Д. суюқликни чеклаш

3835.Сурункалибуйракетишмовчилигидақаршикўрсатилган:
А. пенициллинлар
Б. фенацетинтутувчипрепаратлар

С. оғирметаллтузларипрепратлари
Д. сефалоспоринлар

3836.Буйракракида (гипернефроме) кўпинчаривожланади:
А. анемия
Д. пайпасланадиган ўсма
С. буйрак сохасида махаллий оғриқ
Д. лейкоцитурия

3837.Сурункалипиелонефритнидаволашучунтанловвоситалари:
А. фторхиналонлар
Б. аминогликозидлар
С. пенициллингурухи
Д. тетрациклин

3838.Агсизкечувчисурункалигломерулонефритнибазистерапияси:
А. олтинпрепаратлари
Б. ГКС
С. антибиотиклар
Д. антиагрегантлар

3839.Буйракларамилоидозидабазистерапия:
А. иммуностимуляторлар
Б. сулфаниламидлар
С. пиширилмаган жигар
Д. колхицин

3840.Қуйидаги симтомлардан ўткир<ёпиқ> абсссссга тегишли:
А. яққол интоксикация
Б. йўталбиланкўпмиқдордайиринглибалғамажралиши
С. қуруқоғирйўтал
Д. гектик иситма

3841.Ўткирўпкаабссессиасоратлангандanимакузатилади:
А. сепсис
Б. ўпкаданқонкетиш
С. амилоидоз
Д. пиопневматоркс

3842.Транссудатга характерли :
А. плеврал суюқлик нисбий зичлиги 1015 дан кам
Б. плеврал суюқликнинг ивиши узоқ муддатли

С. ривалт синамаси манфий
Д. ривалт синамаси мусбат

3843.Силплевритигахарактерли:
А. Экссудаттаркибидаеозонофилларбўлиши
Б. Экссудатнинг сероз-фибриноз характерлиги
С. Экссудатнинггеморрагикхарактерлиги
Д. плеврал суюқликда лимфоцитлар бўлиши

3844.Ўткирплевраемпиемасиучунхарактерли:
А. бемор холати қониқарли
Б. йиринглиинтоксикациясимптомлари
С. хансираш
Д. ўткир бошланиши

3845.Ревматоид артритни даволашда глюкокортикостероидлар:
А. яллиғланишга қарши тез ва юқори таъсир қилади
Б. остеопорозни ривожлантирмайди
С. базиспрепаратларбиланбиргабериштавсияқилинмайди
Д. кортикостероидларга қарамлик ривожланиши мумкин

3846.Ревматоидартритдақайсибўғимларертазарарланади:
А. қўлнингбилакузукбўғими
Б. тирсакбўғими
С. Элкабўғими
Д. фалангалараропроксималбўғими

3847.Анкилозловчиспондилоартритнингертаваишонарлирентгенологикбелгилари:
А. остеосклероз
Б. симптом «бамбуктаёқчаси »
С. биртомонламасакроилеит
Д. иккитарафламасакроилеит

3848.Рейтерсиндроминингасосийбелгилари:
А. типиктриадабелгиларга: артрит – уретрит –конюктивит
Б. қонзардобидахламидиягақаршиантителаларнитопилишига
С. антистрептолизин–Отитринингбаландбўлишига
Д. ЛДГ ни ошишига

3849.ЁшеркаклардаБехтеревкасаллигигагумонқилишмумкин:
А. белдавабўғимлардаялиғланишгаоидоғриқларбўлганда
Б. оёқбўгимларидасимметрикмоноолигоартритбўлса

С. бўғимлардагиоғриқларкўчувчибўлганда
Д. белдахаракатчекланишхиссиварентгенсуратдасакроилеитбўлса

3850.Виссералсистемалисклеродермияюзагачиқишидаюракнизарарланиши:
«склеродермикюрак» вариантига тегишли
А. қайталанувчи миокард инфаркти
Б. ўтказувчанликваритмбузилишлар
С. Йирикўчоқликардиосклероз
Д. қоРQоқли иллатларни тез ривожланиши

3851.ТҚБда буйрак томонидан юзага келувчи клиник ўзгаришлар:
А. буйракполикистози
Б. нефротиксиндром
С. гломерулонефрит
Д. гидронефроз

3852.Системлисклеродермиядабеморларниҳаётисифатиниқуйидагилараниқлайди:
А. гломерулонефритнингклиникасияққоллашиши
Б.”чинсклеродермикбуйрак”азотемияривожланишибилан
С. чегаралангансийдиксиндроми
Д. ҳаVFли артериал гипертензия

3853.ТҚБгахарактерлилабораторўзгаришлар:
А. анемия
Б. промиелоцитоз
С. лейкопения
Д. ЭЧТошиши

3854.Дерматомиозитгахарактерлибўлмаганбелгилар:
А. дисфагия
Б. диплопия
С. мушаклар гиперкинезияси
Д. мушакларгипокинезияси

3855.Дерматомиозитниқайсикасалликларбиландифференсиалдиагностикақилишкерак:
А. бўйиностеохондрози
Б. ревматоидартрит
С. бўйин мушакларини миозити
Д. миопатия

3856.Тугунчалипериартеритгахарактерлиемас:
А. ЭЧТ тезлашиши

Б. анемиятромбоцитопениябилан
С. гипер-γ-глобулинемия
Д. Эритроцитоз

3857.Ўткирпанкреатиткўпинчақуйдагиларбиланбиргакелади?
А. ошқозоншиллиққаватиметаплазиясибилан.
Б. ўттош касаллиги билан
С. ошқозон яраси билан
Д. гипераситгастритбилан

3858.Ўткиргломерулонефритқуйидагижараёндансўнгривожланмайди:
А. артериалгипертензия
Б. вируслигепатит
С. ангина
Д. стрептококклиимпетиго

3859.Сурункалибуйракетишмовчилигинингинтермитирловчибосқичидатавсияетилмайди:
А. беморнигемодиализгатайёрлаш
Б. кам oQSилли парҳез
С. Энтеросорбсия қўлланилиши
Д. буйракларни кўчириб ўтказиш

3860.АПФ ингибиторлари учун қарши кўрсатма бўлиб хисобланмайди:
А. ЮИК, ИККС
Б. Ҳомиладорлик
С. ҚандлидиабетАГбилан
Д. Сурункали буйрак этишмовчилиги

3861.Сурункалипиелонефритнингклиникшакллари:
А. сурункалипиелонефритгематуриябилан
Б. сурункалипиелонефритшишлибилан
С. сурункалипиелонефритартериалгипертензиябилан
Д. сурункалипиелонефритамилоидозбилан
Е. сурункалипиелонефритнефротиксиндромбилан
Ф. сурункалипиелонефританемиябилан

3862.Касалхона ичи пневмонияларини даволашда қўлланиладиган антибиотикларни кўрсатинг
А. аминогликозидлар
Б. макролидлар-И-ИИ авлод сефалоспоринлари
С. ИИИ-ИВ авлод сефалоспоринлари
Д. аминопенициллинлар

Е. карбапенемлар (имипенем/циластин)

3863.Атипик пневмонияларни даволашда қўлланиладиган 3 та препаратни кўрсатинг:
А. гентамицин
Б. тетрациклин
С. сипрофлоксацин
Д. цефазолин
Е. пенициллин
Ф. Эритромицин

3864.Касалхонадан ташқари пневмонияларни даволашда кўпроқ қўлланиладиган антибиотикларни аниқланг:
А. ИИ авлод цефалоспоринлари
Б. ИИИ-ИВ авлод цефалоспоринлари
С. имипинем (циластин)
Д. орал макролидлар
Е. ҳимояланган аминопенициллинлар
Ф. аминогликозидлар

3865.Атрио-вентрикуляр тугун ўтказувчанлиги яхшиланади:
А. строфантин юборганда
Б. алупент юборганда
С. симпатик нерв тизимининг юқори фаоллигида
Д. адашган нервнинг юқори фаоллигида
Е. верапамил юборганда
Ф. атропин юборганда

3866.Тўлиқ атриовентрикуляр камалини клиник белгилари:
А. ҳушдан кетишва бош айланиши
Б. PQ интервалини узаиши
С. яққол брадикардия
Д. яққол тахикардия
Е. юрак етишмовчилигини кучаиши
Ф. QRS комплексини узаиши

3867.АВ қамали билан кечадиган ва асоратланиши мумкин бўлган касалликлар:
А. Фредерик синдроми
Б. МАС синдроми
С.қоринчалар экстрасистолияси
Д. тўсатдан пайдо бўлган брадикардия
Е. Диффуз миокардит
Ф. Пиквик синдроми

3868.Артериалгипертензияренинмикдорибуйичабулинади:
А. нормакинетик
Б. гиперренин
С. гипоренин
Д. гиперкинетик
Е. нормаренин
Ф. гипокинетик

3869.Носелектив В-блокаторларга киради:
А. бисопролол
Б. пиндолол
С. соталол
Д. атенолол
Е. метопролол
Ф. пропранолол

3870.Артериалгипертензиянидаволашдакайсигурухдиуретикларидан фойдаланилади?
А. тиазидли
Б. халкали
С. калийсакловчи
Д. осмотик
Е. нотиазидли
Ф. хаммаситугри

3871.Гипертоник кризни даволашда қуйидаги санаб ўтилган воситалардан қайси бирларини таклиф этасиз:
А. клофелин
Б. но-шпа
С. коринфар
Д. каптоприл
Е. папаверин
Ф. баралгин

3872.Б-адреноблокаторларни бирданига тўхташиш қуйдагиларга олиб келади:
А. брадикардияга
Б. тахикардияга
С. бронхоспазм
Д. АҚБ ни ошишига
Е. гипотонияга
Ф. тўсатдан коронар ўлим

3873.Ангиотензин ИИ блокаторларини кўрсатинг:
А. капотен
Б. валсартан
С. кандесартан
Д. Эналаприл
Е. лозартан
Ф. берлиприл

3874.Миокардиодистрофияларни даволаш тамойиллари:
А. метаболик терапия
Б. симптоматик терапия
С. рауволфий дорилари
Д. хирургик даво
Е. асосий касалликни даволаш
Ф. гипотензив терапия

3875.Антиангинал препаратлар кандай гурухларга булинади?
А. АИИ-рецеътори антогонистлари
Б. бета-блокаторлар
С. калғций антагонистлари
Д. АПФ ингибиторлари
Е. юрак гликозидлари
Ф. нитратлар

3876.Нитроглицеринни вена ичига юборишга курсатма:
А. ностабил ривожланиб борувчи стенокардия
Б. хилпилловчи аритмия
С. уткир чап коринча етишмовчилиги
Д. миокард инфаркти
Е. артериал гипотония
Ф. диффуз миокардит

3877.Чап қоринча олд-ён девор уткир миокард инфарктида эКГ узгаришлари:
А. AVF дапатологикҚ/ QS, СТ кўтарилиши
Б. АВЛ да патологикҚ/ QS, СТ кўтарилиши
С. В5-В6 да патологикҚ/ QS, СТ кўтарилиши
Д. ИИИ стандарт тармоқда патологикҚ/ QS, СТ кўтарилиши
Е. И стандарттармоқда патологикҚ/ QS, СТ кўтарилиши
Ф. В3-В4 да патологикҚ/ QS, СТ кўтарилиши

3878. «Горнер» триадаси таркибига киради:
А. Экзофталм

Б. Энофталм
С. кўз ёриғини торайиши
Д. анизокария
Е. плеврит
Ф. кардит

3879.Аортанинг пастга тушувчи қисми аневризмасига хос симптом:
А. дисфагия
Б. қон кетиш
С. Эпигастрийда оғрик
Д. озиб кетиш
Е. диспепсия
Ф. иситма

3880.Қорин аортаси аневризмаси нима билан ҳаVFли?
А. ёрилиши билан
Б. тромбоз билан
С. тромбоэмболия билан
Д. ялиғланиш билан
Е. бактериал асоратлар билан
Ф. Атеросклероз билан

3881.Фаллотетрадасиниташкилқилади:
А. чаPQоринчагипертрофияси
Б. ўпкаартериясистенози
С. мисрософтитралтешикстенози
Д. упка артериясида ИИ тон аксенти сусайиши
Е. бўлмачалараро тўсиқ нуQSони
Ф. қоринчалараротўсиқнуQSони

3882.ҚоринчалараротўсиқнуQSонирентгенбелгиларигахос :
А. ўнгқоринчанинггипертрофияси
Б. юракбелинингяққолнамоёнбўлиши
С. ўпкасуъратинингсусайиши
Д. чаPQоринчагипертрофияси
Е. аортал конфигурация
Ф. чапбўлмачанинггипертрофияси

3883.БўлмачалараротўсиқнуQSонигахос :
А. бармоқлар “дўмбира таёқчалари”
Б. тўшданўнгдатўртинчиқовурғаоралиғидасисложикшовқин
С. атриовентрикуляр қамал

Д. Гисс тутами чап оёқчаси қамали
Е. туғмануQSон
Ф. Гисстутамиўнгоёқчасиқамали

3884.Панкреатитнингасосийсабаблари :
А. меъдакасалликлари
Б. сурункали алкоголизм
С. катта дуоденал сўрғичкасалликлари
Д. гипопаратиреоидизм
Е. ўт йўллари касалликлари
Ф. қизилўнгач касалликлари

3885.Ўтпуфаги гипотонияси булган беморларга яна қайси дори воситалари бериш мумкин:
А. асорбит, ксилит
Б. папаверин
С. минерал сувлар, минералларикамбулган,илик, газсиз
Д. но-шпа
Е. холагол, никодин
Ф. минерал сувлар,минераллари юқори ва совуқ, газланган

3886.Холангитнинг асосий сабаблари:
А. ўт юллари обтурасияси
Б. унг томонлама пастки булак пневманияси
С. ўт юллари пост операсион стриктурлари
Д. сурункалиаднексит
Е. сурункалитонзиллит
Ф. ичак махсулотларини рефлюкс жигар ич ва ўт юлларига

3887.НЯКни ўткир шаклида кузатиладиган 3 та асоратларини айтинг
А. массив ичакдан қон кетиши
Б. йўғон ичакнинг перфорасияси
С. перитонит
Д. Терида геморрагик тошмалар тошиши;
Е. Тефрит
Ф. систит

3888.НЯКнинг 3асосий асорати:
А. тромбоэмболия
Б. гипокоагулясия
С. анал ёриқлар
Д. тромбоситопения

Е. перианал абсесс
Ф. парапроктит

3889.Параентерал йўл билан юқувчи вирусли гепатитлар .
А. ВГА
Б. ВГД
С. ВГС
Д. ВГБ
Е. ВГЕ
Ф. ВГА,ВГЕ

3890.Гепатит А продромал давридакузатилувчисиндромларни топинг
А. диспептик
Б. шиш
С. астеновегетатив
Д. оғрикли
Е. артралгик
Ф. гриппсимон

3891.Инкубацион даври тўғри берилган вирусли гепатитлар қаторини танланг
А. гепатит С 2-26 хафта
Б. гепатит Б 10-15 кун
С. гепетит Б 45-180 кун
Д. гепатит С 3-5 кун
Е. гепатит А 1-1,5 йил
Ф. гепатит А 7-50 кун

3892.Токсик гепатитларга олиб келувчи препаратлар
А. амоксисилин
Б. карсил
С. гентамисин
Д. рифамписин
Е. алмагел
Ф. парасетамол

3893.Ўткирёкисурункалихолангит 3та симптоминикўрсатинг:
А. ўнг қовурга остида оғриқлар
Б. жигар катталашиши ва сариқлик
С. жигар катталашмаган
Д. тана температураси кўтарилиши
Е. Тана температураси ўзгаришсиз
Ф. Эпигастрал сохадаги огрикларни белга узатилиши

3894.Жигар касалликларида ситолитик синромини белгисини кўрсатинг:
А. гемоглобин ошиши
Б. АлАТ (аланинаминотрансфераза)
С. лейкоситоз
Д. ишқорийфосфатаза
Е. АсАТ (аспартатаминотрансфераза)
Ф. ЛДГ (лактатдегидрогеназа)

3895.Қайси касалликларда Гепато-спленомегалия кузатилиши мумкин:
А. инфексион эндокардит
Б. Жигар эхиноккокози
С. жигар сиррози
Д. Жилберкасаллиги
Е. сурункали миелолейкоз
Ф. сурункали персистик гепатит

3896.Псориатикартритниклиникбелгилари:
А. кифоз
Б. фалангаларародисталбугимнизарарланиши
С. мутилловчи артрит
Д. асимметрик полиартрит
Е. сакроилеит
Ф. симметрик полиартрит

3897.Рейтеркасаллигинибелгилари:
А. ахиллпайинипалпациясидаогрик
Б. рецидивланганирит
С. майда бугимлар зарарланиши
Д. ревматоидомилнианикланиши
Е. кератодермия
Ф. оркаувеит

3898.Ревматоидартритниертадиагностикасигакайсисимптомларкиради:
А. ахилл пайини палпациясида огрик
Б. кафтнисикишкучисусайган
С. териоституғунчалари
Д. бармокларнилатералдевиацияси
Е. Эрталабкикарахтлик
Ф. фалангалараро проксимал бугимни шиш

3899.Сурункали пиелонефритда беморни текширишни асосий 3 усули:

А. қон биохимияси
Б. сийдикни экиш
С. сийдикнинг Нечипоренко бўйича таҳлили
Д. нажасни экиш
Е. умумий сийдик таҳлили
Ф. креатинин миқдори

3900.Ўткир гломерулонефритни классик учлигини айтинг:
А. кабзият
Б. шиш
С. гематурия
Д. олигоурия
Е. протеинурия
Ф. диарея

3901.Нефротик синдромдаги шишларни даволашда қўлланиладиган дори воситалар гуруҳи
А. сийдик ҳайдовчилар
Б. ГКС
С. инфезол
Д. ностероид яллигланишга қарши
Е. ситостатиклар
Ф. албумин 10% эритмаси

3902.Юрак етишмовчилигининг декомпенсация босқичи намоён бўлади:
А. сианоз билан
Б. шиш билан
С. кардиоген шок билан
Д. жигар катталашиши билан
Е. совуқ тер билан
Ф. артериал гипертензия билан

3903.АПФ ингибиторларининг ножўя таҳсири :
А. ўпка шиши
Б. гипокалиемия
С. қурук ютал
Д. гиперкалғциемия
Е. артериал гипотензия
Ф. гиперкалиемия

3904.«Мураккаб сийдик ҳайдовчи порошок» таркибига қайси дорилар киради:
А. фуросемид

Б. верошпирон
С. урегит
Д. гидрохлортиазид
Е. индапамид
Ф. маннитол

3905.Қариликда артериялар:
А. тораяди
Б. ўзгармайди
С. мўртлашади
Д. кенгаяди.
Е. склерозланади
Ф. қисқаради.

3906.Сурункали бронхитда қайси холатда албатта рентгенографияни ўткзиш зарур?
А. балғамли йўталда
Б. қон туфлашда
С. кескин холсизлик
Д. доимий субфебрил харорат
Е. нафас сиқиши
Ф. хансираш

3907.Кексаларда стенокардия хуружи характерланади:
А. кучли оғриқлар билан.
Б.оғриқларнинг сустлиги билан
С. баҳзан оғриQSиз шакли билан
Д. кучли вегетатив хисслар билан.
Е. давомийлиги қисқа вақт
Ф. ўзига хос иррадиация

3908.Кардитнинг диагностик мезонларига кирмайди:
А. юрак сохасида оғриқ ёки нохуш сезги
Б. хансираш
С. чуққидаИ тонсусайиши
С. брадикардия
Д. юракастмаси
Е. лимфоаденопатия

3909.Ревматоидартритдиагностикмезонларигакиради:
А.1 соатданортиқерталабкикарахтлик
Б. миокардит
С. симметрикартрит

Д. моноартрит
Е. лимфоаденопатия
Ф. полиартрит

3910.Рейтерсиндромидиагностикмезонларинисанабўтинг:
А. сийдик йўли ёки ичак инфексиялари билан боғлиқлик
Б. лимфоаденопатия
С. уретра эпителийси суртмасида хламидия аниқланиши
Д. қарияларда
Е. симметрик артрит
Ф. сийдик-таносил тизимида яллиғланиш белгилари

3911.Туберкулезартритдиагностикмезонларигакиради:
А. моноартикуляртипдазарарланиш
Б. анамнезидатуберкулез
С. бошқатуберкулезўчоқлари
Д. периартеритлар
Е. бурситлар
Ф. сакроилеит

3912.Псориатикартритдиагностикмезонларигақуйидагиларкиради:
А. қўлваоёқлардисталфалангаларобўғимшикастланиши
Б. тендовагинит
С. қариндошлардапсориазмавжудлиги
Д. ассиметриксакроилеит
Е. сосиска-бармоқ
Ф. ҲЛА системабиланузвийбоғлиқлик

3913.Бўлмачаларфибрилясиясикузатиладиганкасалликларнисанабўтинг:
А. сурункали юрак этишмовчилиги
Б. митрал этишмовчилик
С. тиреотоксикоз
Д. аортал стеноз
Е. митрал тешик стенози
Ф. учтабақаликлапанстенози

3914.Миокардиодистрофиясабабларинисананг:
А. артериал гипертензия
Б. тиреотоксикоз
С. алкогол
Д. анемия
Е. гиперхолестеринемия

Ф. томирлараторосклерози

3915.Тиреотоксикмиокардиодистрофиябелгиларникўрсатинг:
А. Экзофталм
Б. танавазниниортиши
С. таъсирчанлик
Д. брадикардия
Е. қўллартремори
Ф. гиподинамия

3916.Миокардиодистрофияривожланишсабабларникўрсатинг:
А. миокард инфарктиданкейин
Б. алкогол
С. номаълуметиологияли
Д. дисгормонал
Е. миокардитик
Ф. анемия

3917.Артериал гипертензиядаасосийнишонаъзоларникўрсатинг:
А. ошқозон
Б. юрак
С. бошмия
Д. жигар
Е. буйраклар
Ф. меъдаостибези

3918.Артериалгипертензиянидаволашдаасосийдоривоситагурухлари:
А. бетта – адреноблокаторлар
Б. бетта агонистлар
С. АПФ ингибиторлар
Д. Н2-гистамин блокаторлари
Е. периферик вазодилататорлар
Ф. калсий антагонистлари

3919.АПФ ингибиторларининг асосий ножўя таъсирлари:
А. қонтупуриш
Б. азотемия
С. гиперкалиемия
Д. қуруқ йўтал
Е. жигарсиррози
Ф. гломерулонефрит

3920.Юрак этишмовчилигида юрак фаолияти қуйидаги йўллар биланяхшиланади:
А. миокардқисқарувчанлигиниошириш
Б. юракка юкламани пасайтириш билан
С. ўпкагипертензиясиниошириш
Д. ЮQSни камайтириш
Е. ЮQSниошириш
Ф. бўшлиқдилятацияси

3921.Юрак етишмовчилигига ўпканинг сурункали касалликларидан фарқли равишда хос белгилар:
А. оёққўлларисиқбўлиши
Б. оёққўллармузлаши
С. гемоглобиннингмеёрийкўрсаткичи
Д. гемоглобиннинг юқори кўрсаткичи
Е.диффузсианоз
Ф. акроцианоз

3922.Гломерулонефритданфарқлиравишдапиелонефритгахосбелгилар
А. протеинурия 1гр/ литрданкўп
Б. протеинурия 1гр/ литрданкам
С. силиндрурия
Д. лейкоцитурия
Е. бактериурия
Ф. икки томонлама зарарланиш

3923.Ўткирпиелонефритгахосклиникбелгилар
А. дизурикўзгаришлар
Б. йўталвабалғам
С. ўткиринфексияфонида
Д. фебрилтемпература
Е.қусиш
Ф. буйраксанчиғи

3924.ПиелонефритхаVFомилларинespecкўрсатинг
А. аутоиммунпроцесслар
Б. аёлжинси
С. сийдикйўлларианомалиясиваобструксияси
Д. ёшболаларда
Е. иммунитетпасайиши
Ф. фертилёш

3925.Ўткир пиелонефритли беморларга характерли симптомларни кўрсатинг

А. суяквамушаклардаоғриқ
Б. белдаоғриқ
С. дизурия
Д. лимфоаденопатия
Е. Этувишиши
Ф. чанқаш, анорексия

3926.Сурункалибуйракетишмовчилигилатентбосқичиклиниксимптомларинисанабўтинг:
А. гипоизостенурия
Б. Энсефалопатия
С. протеинемия
Д. олигоурия
Е. гипокалиемия
Ф. полиурия

3927.Нитратларниқўллашгаасосийқаршикўрсатмалар:
А. глаукома
Б. тиреотоксикоз
С. инсулт
Д. кардиосклероз
Е. қандлидиабет
Ф. мияичибосиминикўтарилиши

3928.МиокардинфарктидаЕКГқуйидагиларнианиқлашгаёрдамберади:
А. локализация
Б. чуқурлиги
С. сабаби
Д. қонбилантаъминлаштипи
Е. тарқалиши
Ф. томир торайиш даражаси

3929..Миокардинфарктдаорганизмжавобреаксиясинисанабўтинг:
А. Эритроцитоз
Б. лейкоцитоз
С.панситопения
Д. тромбоцитопения
Е.анеозинофилия
Ф. танахароратиникўтарилиши

3930.Ўткирмиокардинфарктидатактика
А. гормонал терапия
Б. яллиғланишгақаршитерапия

С. тромболитиктерапия
Д. антиангиналтерапия
Е. гипотензивтерапия
Ф. антикоагулянттерапия

3931.Ўпкаартерияситромбоэмболиясиенгкўпсабаблари:
А. хаVFли ўсмалар
Б. миокардинфаркти
С. хирургик операциялар
Д. ОРВИ
Е. гиподинамия
Ф. абортлар

3932.Ўпкаартерияситромбоэмболиясисимптомлариникўрсатинг:
А. кўкрак қафасида оғриқ
Б. қонтупириш
С. хансираш
Д. Диспепсия
Е. кўришнингпасайиши
Ф. Петехиалтошмалар

3933.Фаллотетрадасигахарактерлибелгиларни:
А. ретгенограммада юрак «голланд башмаки» шаклида
Б. бурундан қон кетиши
С. оёқ ва қўлларда АҚБ катта фарқ қилиши
Д. сианоз
Е. «атлетик» элкакамари
Ф. ўпка артериясида ИИ тонсусайиши

3934.Туғма юрак нуQSони фонида
ривожланганинфексионендокардитўткиростикечишидаиситматипларникўрсатинг:
А. субфебрилитет
Б. гектик
С. доимий
Д. интермитирловчи
Е. тўлқинсимон
Ф. ремитирловчи

3935.Инфексион эндокардитташхисиниинкорқилинадиганхолатларникўрсатинг:
А. антибиотикларнингсуткаликдозасипастлигидасамаракузатилиши
Б. қонекмасиманфийжавоби
С. узоқгектиктемпература

Д. антибактериалтерапиясамарасизлиги
Е. юракқоРQоқларидавегетацияларйўқлиги
Ф. полисиндромлик

3936.Инфексионендокардиткечишивариантлариникўрсатинг:
А. ўткир
Б. ўткирости
С. латент
Д. бирламчи
Е. сурункали(рецидивланувчи)
Ф. чўзилувчан

3937.Екскреторурограммадапиелонефритгахосбелгиникўрсатинг
А. буйраккосачажомчатизимиўзгаришсиз
Б. рено-кортикалиндексникатталашиши
С. юқорисийдикйўлларитонусинипасайиши
Д. рено-кортикалиндексникамайиши
Е. юқорисийдикйўлларитонусиниортиши
Ф. косачажомчатизиминидеформацияси, пиелоектазия

3938.Пиелонефритни буйрак туберкулезидан фарқи
А. сийдикда туберкулез таёқчаларини топилиши
Б. олигоурия, гематурия
С. урограммадакаверналар, гидронефроз
Д.УЗДдаобструксия
Е. гидронефроз, склеротикдеформация
Ф. бошқааъзолардаанологикўзгаришларйўқ

3939.СурункалипиелонефритУЗИбелгилариникўрсатинг
А. косача-жомчатизиминидеформациясиз
Б. товушўтказилишиниортиши
С. косача-жомчатизиминидеформацияси
Д. гидронефроз, тошлар
Е. буйракўлчамлариникамайиши
Ф. буйракўлчамлариўзгармаган

3940.Миокардит учун характерли белги хисобланади
А. ўтказувчанлик бузилиши
Б. бўлмачаларфибриллясиясиваекстрасистолия
С. синуслитахикардия
Д. Эктопикритмлар

Е. ритмваўтказувчанликкузатилмайди
Ф. бўлмачаларфибриллясияси

3941.Миокардинфарктигахосоғриқларникўрсатинг
А. жисмонийюкламабиланбоғлиқ
Б. 20 минутданортиқдавометади
С. нитроглицеринбиланоғриққолмайди
Д. тинч холатда ўтиб кетади
Е. совуқёпишқоқтерқуйилиши
Ф. нафасактларибиланбоғлиқ

3942.Миокард инфаркти олд-ён девори локализациясига характерли эКГўзгаришлар қайси ўтказгичларда кузатилади
А. aVF
Б. АВЛ
С. В5-6
Д. ИИИ
Е. И
Ф. ВИ-В4

3943.Йирик ўчоқли миокард инфаркти ўткир босқичига хос эКГ даги ўзгаришлар
А. Ттишчаинверсияси
Б. СТ сегменткўтарилиши
С. манфийТтишча
Д. Ттишчаамплитудасикўтарилиши
Е. патологик Қ тишчамавжудлиги
Ф. СТ сегментдепрессияси

3944.Принсметаллстенокардиясидиагнозиниқўйишгашубхалантирувчибелгиларникўрсатинг
А. хуруж овқатдан кейин ривожланади
Б. асосида коронароспазм ётади
С. жисмоний зўриқиш хуружга сабаб бўлади
Д. калсиянтагонистларисамаралихисобланади
Е. ЭКГда СЦегментинитезўтибкетиши
Ф. нитроглицеринбиланоғриққолади

3945.Хомиладорларартериал гипертониясинидаволашдаишлатиладигандоривоситалари
А. Эналаприл
Б. допегит
С. нифедипин
Д. гидрохлортиазид

Е. лозартан
Ф. бисопролол

3946.Деформацияловчиостеоартрозбиланбеморларнидаволашучунтавсияетилади.
А. ностероидяллигланишгакаршидоривоситалари
Б. иммуносупрессорлар.
С. тана вазнини камайтириш
Д. тоғай тўқимасида модда алмашинувини яхшилайдиган препаратлар
Е. олтинпрепаратлари
Ф. висмутпрепаратлари

3947.ИМбиланбеморларнидаволаштамойиллари.
А. бронхолитиклар
Б. некрозўчоғиничегералаш
С. антитромботик И антиагрегант даво
Д. огриқнибартарафетиш
Е. антидепрессантлар
Ф. седативпрепаратлар.

3948.МиокардинфарктиниасосиеКГбелгилари
А.миокардишемиябелгилари.(баланд , манфийкоронарТтишча.)
Б. ишемик шикастланишбелгилари (кўкракулангичлардаРС-
Цегментиниизолиниядандепрессиясиёкикўтарилиши)
С. Қ.тишчабўлмаслиги
Д. Ртишчанибўлмаслиги
Е. қоринчаларкомплексидеформацияси.
Ф. некроз белгилари (патологик Қтишча)

3949.АПФ ингибиторларини буюрилишига карши кўрсатма хисобланади:
А. Хомиладорлик
Б. гипертониякасаллиги
С. қуруқйўтал
Д. ЮИК,ИККС
Е. Агбиланучрайдиганқандлидиабет.
Ф. СБЕ

3950.Нефротиксиндромгахосбелгиларникўрсатинг.
А. протеинурия 3,5г\л.юкори
Б. гипоалбуминемия
С. микрогематурия
Д. протеинурия 2,5г\л.кам

Е. якколифодаланмаганшишлар.
Ф. гиперхолестринемия

3951.АПФингибиторлариниасосийножўятаъсирлари.
А. бронхоспазм
Б. гипотония
С. азотемия, гиперкалиемия
Д. болдирдашишларкузатилиши
Е. гипокалиемия
Ф. қуруқйўтал

3952.Бронхиал астма хуружини даволашда қўлланилади.
А. метилксантинлар
Б. кўкрак қафасида физиотерапия муолажаларини ўтказиш
С. бета 2 –агонистлар.
Д. седатив дори воситалари
Е. кортикостероидлар.
Ф. каттахажмдаеритмаларниорганизмгакиритиш

3953.Бронхиал астма учун хос:
А. хансирашдоимий
Б. Экспираторхансирашхуружлари
С. қондаеозинофилия
Д. йўталдоимий, турлиинтенсивликда.
Е. хуружсимон йўтал
Ф. қайтмасбронхиалобструксия

3954.ЧаРQоринчааневризмабиланкўпинчабеморлардакузатилади.
А. юракетишмовчилиги
Б. ўпка гипертензияси
С. аневризмасохасидатромбхосилбулиши
Д. зарб хажми 65% юқори
Е. бради аритмия
Ф. қоринчалараритмиялари

3955.Касалхонаданташқарипневмонияташхислашдагилабораторинструментелтекширишус уллари:
А. кўкракқафасирентгенографияси
Б. балғамумумийтахлили
С. балғамнифлорианиантибиотикгасезувчанлигинианиқлаш
Д. спирография
Е. бронхоскопия

Ф. бронходилатиацион тест

3955.Ревматоид артрит ташхислашмезонлари.
А. Рейно синдроми.
Б. ревматоид тугунлар
С. кичикбўғимларшикастланиши
Д. кўп миқдорда АНФ аниқланиши.
Е. Эрталабкикарахтлик
Ф. дисфагия.

3956.Носпецификяраликолитгахосемас.
А. кетиши
Б. ёлғончақирувлар (тенезмлар)
С. анал сохани шикастланиши
Д. қабзият
Е. ахлатдақонвашиллиқбўлиши.
Ф. ички оқмалар

3957.Жисмоний юкламали синама ўтказилишига кўрсатмаларни сананг:
А. политоРQоринчалакестрасистолияси
Б. НЦДкардиалтури
С. тургунстенокардияФС И
Д. миокардинфарктиниўткирдаври
Е. ностабилстенокардия
Ф. турғунстенокардияФС ИИ

3958.Антиангинал доривоситаларинигурухинисананг.
А. нитратлар
Б. М-холинолитиклар
С. калсий антагонистлари
Д. АПФингибиторлари
Е. Бета блокаторлар
Ф. фосфодиестераза ингибиторлари

3959.Қуйидаги санаб ўтилганлардан кайси бири Фалло тетрадасига хос эмас.
А. аортадекстрапозицияси
Б. чаРQоринчагипертрофияси
С. аортакоарктацияси
Д. ўпкаартериясистенози
Е. очикБаталовйўли
Ф. коринчалараротўсиқнуQSони

3960.Қонтуфлашқуйидагиларнингбелгисибўлишимумкин.
А. митралстеноз
Б. дилятацион кардиомиопатия.
С. ўпка ўсмаси
Д. аортал клапан этишмовчилиги.
Е. ўпкаартерияситромбоэмболияси
Ф. юрак ишемик касаллиги

3961.Миокардинфарктидаенгмухимахамиятгаегатекширув.
А. тропонин
Б. ишқорийфосфатаза
С. АЛТ
Д. ЛДГ
Е. креатинфосфокиназаМВфраксияси
Ф. АСТ

3962.Гисстутамиўнгоёқчасинитўлиққамалиучунхос:
А. ўнг кўкрак тармоқларида QRS комплексини иккиланиши (РСР)
Б. ўнг кўкрак тармоқларида QRS комплексдавомийлиги 0,12 с.данортиқ
С. чапкўкрактармоқларда (В5 В6) ва И, аВЛ улагичлардакенгайган, кўпинчаиккиланга С тишча
Д. ўнг кўкрак тармокларда QRSкомплексдавомийлиги 0,12 скам
Е. турлиамплитудали ф тўлқинларинипайдобўлиши
Ф. РQ интервал давомийлигини0,21 с ортиқбўлиши

3963.Гисс тутами чап оёқчасини тўлиқ қамали учун хос:
А. турлиамплитудали ф тўлқинларинипайдобўлиши
Б. чапкўкрактаримоқларда (В5 В6) ва И,аВЛ тармоқлардакенгайган, деформацияланганқоринчаларкомплекси
С. кўкрак тармоқларда В1, В2. кенгайган , иккиланган С тишча
Д. чап кўкрактармоқларида QRS комплексдавомийлиги 0,12 сданортиқ
Е. РQ интервалдавомийлиги 0,21 сданортиқ
Ф. чапкўкрактармокларда QRS комплекс 0,12 с данкам

3964.ҚоринчалакекстрасистолиясиучунқуйидагиЕКГмезонларихос.
А. навбатданташкаридеформацияланган , ўзгарган QRS комплексинипайдобўлиши
Б. қоринчалар экстрасистолиясидан кейин тўлиқ компенсатор пауза
С. нотўғриритм, турлиамплитудагифтўлқинларнибўлиши
Д. РQинтервалниастасекинузайиб, кейин QRSкомплекснитушибқолиши
Е. Экстрасистолиядан олдин Р тишча бўлмаслиги
Ф. ЮQS 100 та/минкўпбўлиши

3965.Артериалгипертензиябиланкечадиганкасалликларникўрсатинг:
А. феохромоцитомавабирламчиалдостеронизм
Б. 12 бармоқичакяракасаллиги
С. аортакоарктацияси
Д. гломерулонефрит
Е. жигарсирроз
Ф. миокардиодистрофия

3966.Атриовентрикуляртўлиққамални 3табелгисинкўрсатинг.
А. QRSкомплексинидеформацияси
Б. юракетишмовчилигиниортибориши
С. ифодаланганбрадикардия
Д. PQинтервалниузайиши
Е. ифодалангантахикардия
Ф. хушдан кетишлар

3967.Қуйидагикандайкасалликлардасурункалиўпкаюракривожланади
А. СЎОК
Б. силикоз
С. ўткирмиокардинфаркти
Д. семизлик
Е. ўчоқли пневмония
Ф. бронхоектатик касаллик

3968.Плевраишқаланишикузатилади:
А. нафасолибванафасчиқарганда
Б. палпатор(дағалбўлса)
С. нафасолишимитациясидаешитилади
Д. нафасолишчўққисида
Е. йўталданкейин
Ф. нафасушлабтурилганда

3969.Бета-блокаторларбуюрилишигаасосийқаршикўрсатмалар:
А. ИИИ даражалиатриовентрикулярқамал
Б. артериал гипертензия
С. ИИ даражалиатриовентрикулярқамал
Д. Гисстутамиўнгоёқчасинингтўлиққамали
Е. синусли тахикардия
Ф. Рейносиндроми

3970.Гипертониякасаллигинидаволашдагиасосийгурухдоривоситаларинисананг:
А. Н2 гистаминблокаторлари

Б. калсиянтагонистлари
С. дуретиклар
Д. ГКС
Е. бета-блокаторлар
Ф. антидепрессантлар

3971.Сурункалигломерулонефритнипатогенетикдаволашдагидоривоситалариникўрсатинг:
А. калийпрепаратлари
Б. ситостатиклар
С. антиагрегантвоситалар
Д. антикоагулянтлар
Е. антибиотиклар
Ф. антидепрессантлар

3972.Митралклапанетишмовчилигиниаускультативбелгилариникўрсатинг.
А. чўққидабиринчитонсусайиши
Б. «бедана» ритми
С. чўққидасистоликшовқин
Д. чўққидабиринчитонкучайиши
Е. ”Флинт” шовқини
Ф. ўпкаартериясидаиккинчитонаксенти

3973.Юраккасалликларигахосшишлар:
А. асосанерталабпайдобўлади
Б. кунохиригаборибпайдобўлади
С. тери ранги кўкимтир,совуқ
Д. юзидапайдобўлади
Е. оёқлардапайдобўлиши
Ф. терирангларирангпар , оқимтир

3974.Митралстенозгакуйидагибелгилархос.
А. ўнгқоринчагипертрофиявадилятацияси
Б. иситма
С. чўққида диастолик шовқин
Д. чап қоринча гипертрофияси ва дилятацияси
Е. Боткин-Ербнуқтасидадиастоликшовқин
Ф. хилпилловчи аритмия

3975.Жигарсиррозташхислашдагиасосийлаборатортекширувусуллариникўрсатинг.
А. жигар УУТ текшируви
Б. жигар пунксион биопсияси
С. ЭГДФС

Д. холецистография
Е. ошқозон ичак тракти рентгеноскопияи
Ф. холецистография

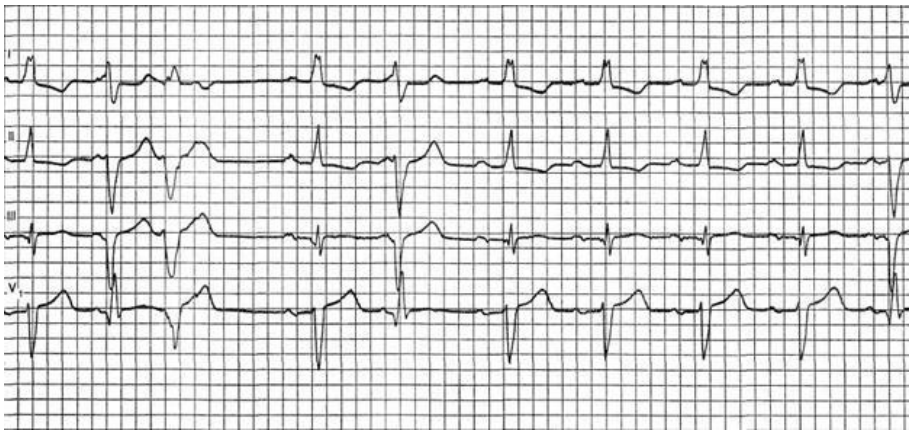
3976.Бўлмачалаекстрасистолиясини 3 белгисинианиқланг:
А. тўлиқ компенсатор пауза
Б. коринчаларкомплексиўзгармаган
С. нотулиққомпенсаторпауза
Д. қоринчалар комплексини деформацияси
Е. навбатданташқариРтишчапайдобўлиши
Ф. РQинтервал узайган

3977.Гломерулонефритдасийдикдагиўзгаришлар.
А. протеинурия
Б. ураттузлари.
С. гематурия
Д. силиндрурия
Е. бактериурия
Ф. лейкоцитурия

3978.Ревматоидартритнидаволашдатавсияетилади:
А. ностероидяллиғланишгақаршипрепаратлар
Б. иммуносупрессорлар
С. олтин препаратлар
Д. тоғайтуқимасидамоддаалмашинувинияхшилайдиганпрепаратлар
Е. танавазниникамайтириш
Ф. висмутпрепаратлар

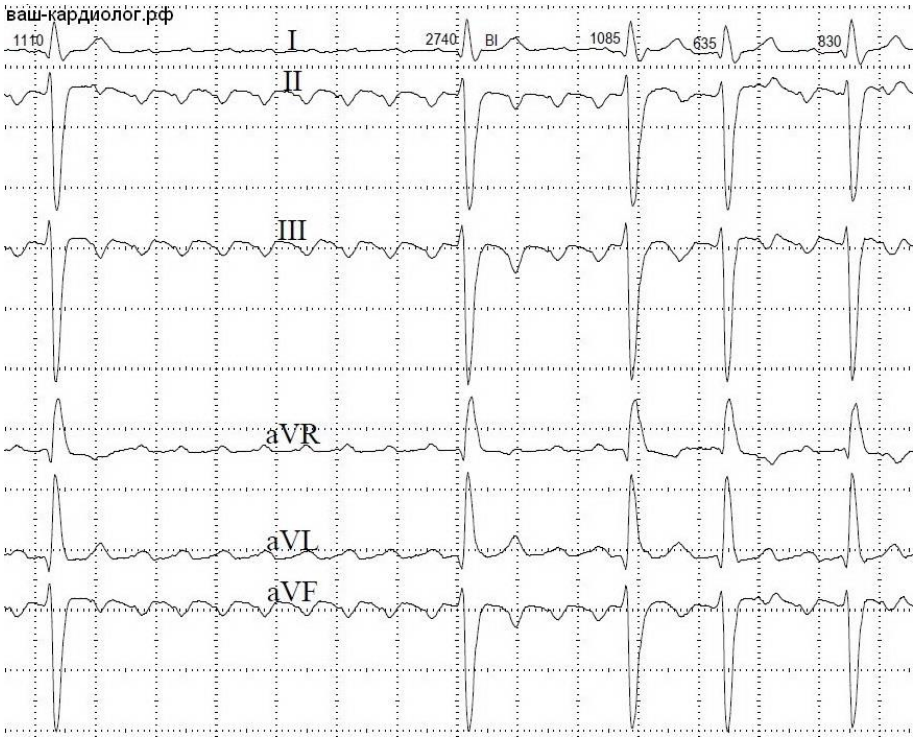
3979.Пиелонефритвагломерулонефритниқиёсийташхиси
А. макрогематурия
Б. протеинурия1гр/литрданкам
С. бактериурия
Д. Лейкоцитурия
Е. протеинурия1 гр/литрданкам
Ф. силиндрурия

3981. Қуйидаги эКГ да қандай ўзгаришлар мавжуд:



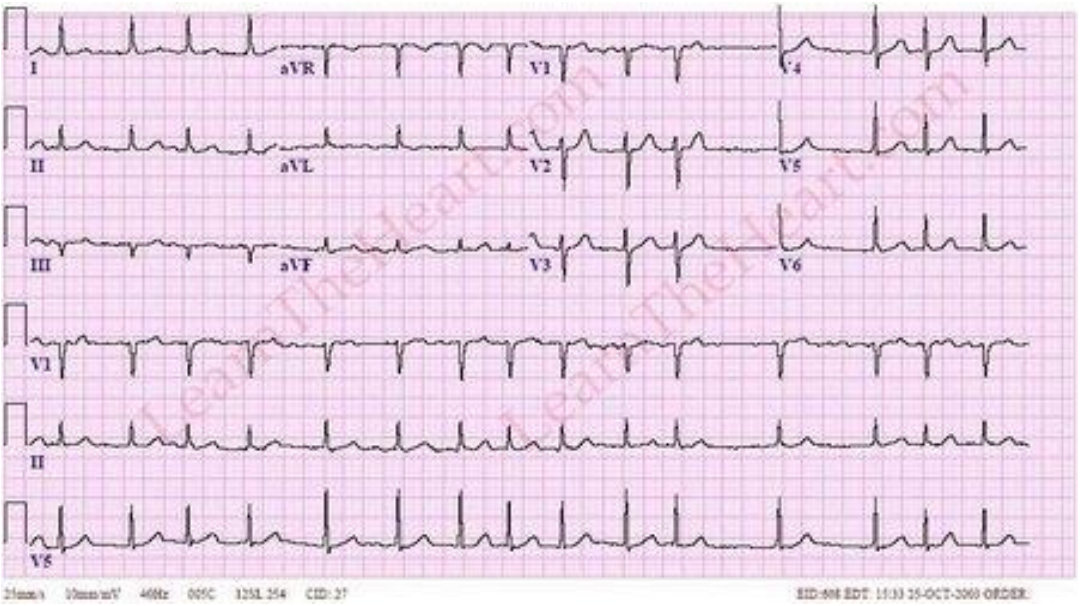
А. бўлмача экстрасистолияси
Б. қоринча экстрасистолияси
С. синус тахикардия
Д. бўлмачалар титраши
Е. бўлмачалар фибриллясияси

3982. Қуйидаги эКГ да қандай ўзгаришлар мавжуд:



А. бўлмача экстрасистолияси
Б. қоринча экстрасистолияси
С. пароксизмал тахикардия
Д. бўлмачалар титраши
Е. бўлмачалар фибриллясияси

3983.Қуйидаги эКГ да қандай ўзгаришлар мавжуд:



A. АВ блокада И даража

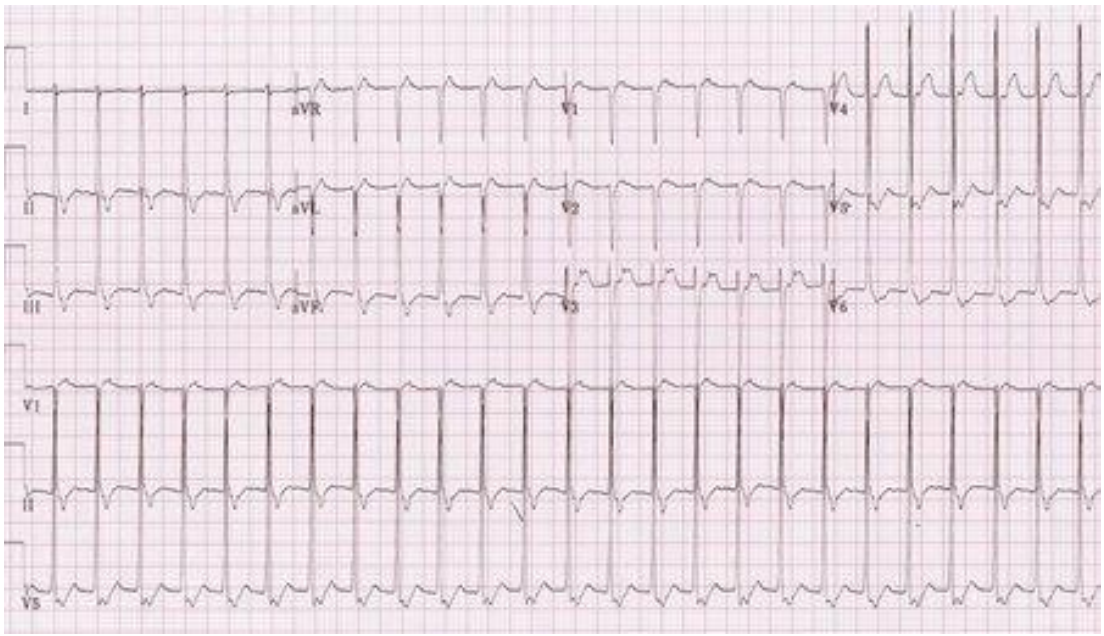
Б. ҳилпилловчи аритмия

С. АВ блокада ИИ даража

Д.бўлмачалар титраши

Е. WПW синдром

3984. Қуйидаги эКГ да қандай ўзгаришлар мавжуд:



A. пароксизмал суправентрикуляр тахикардия

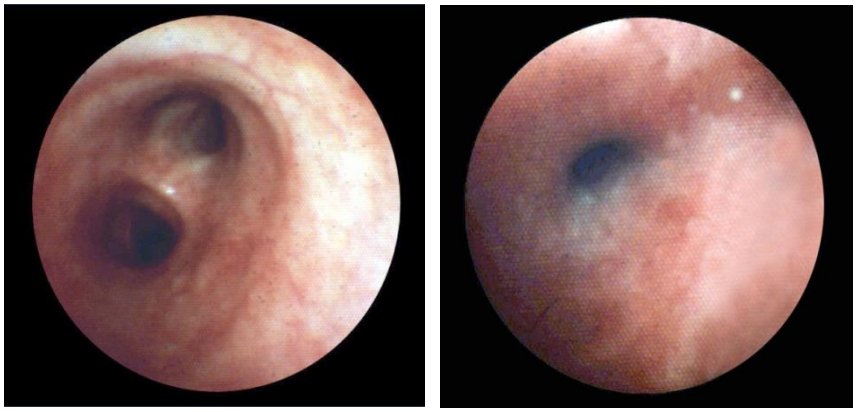
Б. бўлмачалар титраши

С. бўлмачалар фибриллясияси пароксизмал шакли

Д. тахиаритмия синдроми

Е. пароксизмал қоринчалар тахикардияси

3985. Қуйида қандай текширув қилинган ва нима аниқланган:

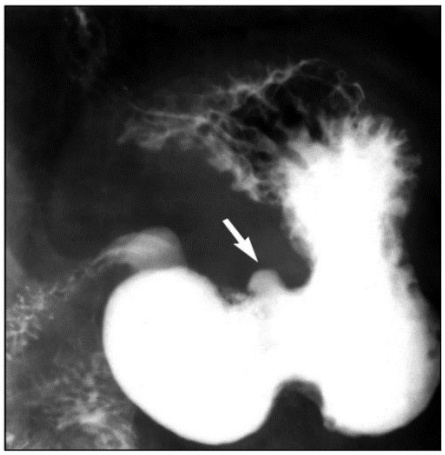


А. ЭГДФС – нормал қизилўнгачва кардиоспазм
Б. Бронхоскопия – нормалбронх ва бронхоспазм
С. Бронхография - нормал бронх ва бронхоспазм
Д. Мултиспирал уретроскопия – алохида ва умумий сийдик чиқарув найи
Е. Колоноскопия – соғлом йўғон ичак ва Крон касаллиги

3986. Қайси касаллик учун қуйидаги пешобдаги ўзгариш хос:

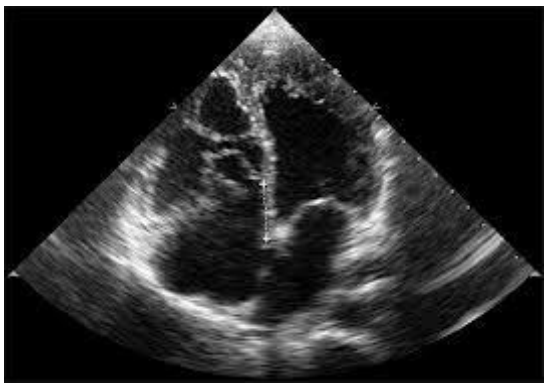
А. СКВ
Б. сийдик қопи саратони
С. пиелонефрит
Д. гломерулонефрит
Е. токсик гепатит

3987.Қуйидаги рентгенограммада кўрсатилган касалликни аниқланг:



А. меъда антрал бўлими саратони
Б. меъда тана қисми саратони
С. меъда антрал қисми яраси
Д. 12 б.и. пиёзча қисми яраси
Е. пилорик қисм яраси

3988. Қуйидаги эХОКГ да қандай касаллик кўрсатилган:



А. Эпштейн аномалияси
Б. дилятацион кардиомиопатия
С. гипертрофик кардиомиопатия
Д. митрал стеноз
Е. ўпка артерияси стенози

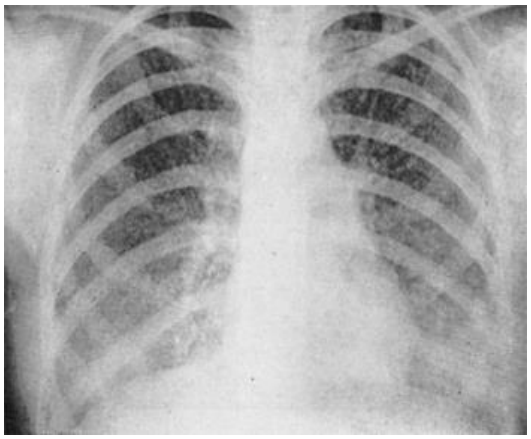
3989.Қуйидаги рентгенограммада қандай касаллик кўрсатилган:

А. периферик ўпка раки
Б. ўчоқли пневмония
С. инфилтратив сил
Д. Эхинококкоз
Е. туберкулёма

3990.Қуйидаги рентгенограммада қандай касаллик кўрсатилган:

А. периферик ўпка раки
Б. крупоз пневмония
С. ўпка абссесс
Д. Эхинококкоз
Е. туберкулёма

3991.Қуйидаги рентгенограммада қандай касаллик кўрсатилган:

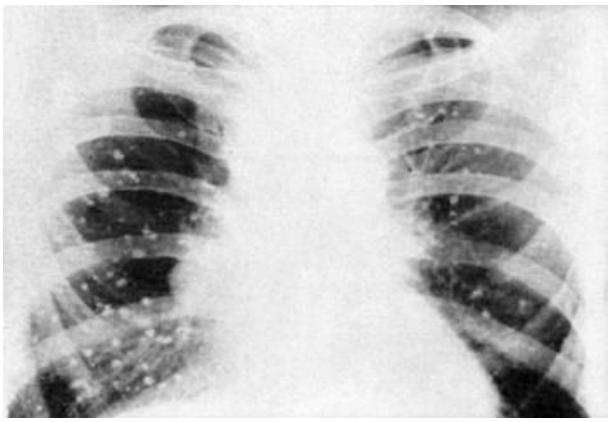


А. ўпкадаги рак метастазлари
Б. пастки бўлак пневмонияси
С. милиар сил
Д. саркоидоз
Е. алвеолит

3992.Қуйидаги рентгенограммада қандай касаллик кўрсатилган:

А. ўпкадаги рак метастазлари
Б. илдизолди пневмония
С. милиар сил
Д. саркоидоз
Е. алвеолит

3993.Қуйидаги рентгенограммада қандай касаллик кўрсатилган:



А. ўпкадаги рак метастазлари
Б. кўп ўчоқли билатерал пневмония
С. милиар сил
Д. пневокониоз
Е. алвеолит

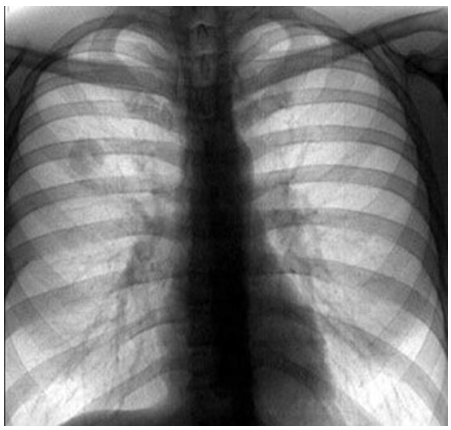
3994.Қуйидаги рентгенограммада қандай касаллик кўрсатилган:

А. ўпкадаги рак метастазлари
Б. пневмосклероз
С. пневмоторакс
Д. пневмокониоз
Е. бронхоектаз

3995. Қуйидаги рентгенограммада қандай касаллик кўрсатилган:

А. периферик ўпка раки
Б. каверноз сил
С. ўпка абссесси
Д. Эхинококкоз
Е. туберкулёма

3996. Қуйидаги рентгенограммада қандай касаллик кўрсатилган:



А. периферик ўпка раки
Б. ўчоқли пневмония
С. ўпка абссесси
Д. Эхинококкоз
Е. туберкулёма

3997. Қуйидаги рентгенограммада қандай касаллик кўрсатилган:

А. ателектаз
Б. крупоз пневмония
С. ўпка абссесси
Д. Эхинококкоз
Е. инфилтратив сил

3998. Қуйидаги рентгенограммада қандай касаллик кўрсатилган:

А. Экссудатив плеврит
Б. крупоз пневмония
С. ўпка абссесси

Д. пневмоторакс
Е. инфилтратив сил

3999. Қайси юрак касаллиги учун қуйидаги ўзгариш хос:

А. митрал қоРQоқ нуQSони
Б. аортал қоРQоқ нуQSони
С. ўпка артерияси стенози
Д. ДКМП
Е. ГКМП

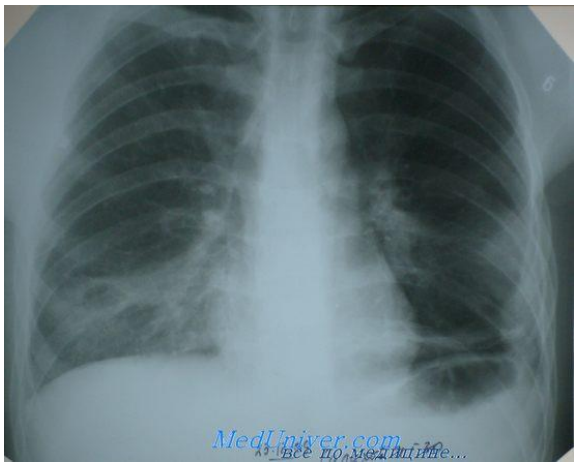
4000. Қайси касалликда қуйидаги ўзгаришлар кузатилади:

А. Бехтерев касаллиги
Б. ревматоид артрит
С. Рейтер касаллиги
Д. подагра
Е. ревматик артрит

4001. Қайси юрак касаллиги учун қуйидаги ўзгариш хос:

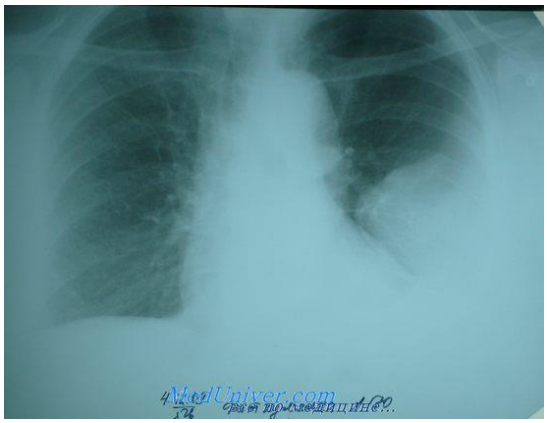
A. митрал қоРQоқ нуQSони
Б. аортал қоРQоқ нуQSони
С. ўпка артерияси стенози
Д. ДКМП
Е. ГКМП
4002. Қайси юрак касаллиги учун қуйидаги ўзгариш хос:

A. митрал тешик стенози
Б. аортал қоРQоқ этишмовчилиги
С. ўпка артерияси стенози
Д. ДКМП
Е. ГКМП
4003. Қуйидаги рентгенограммада қандай ўзгаришлар мавжуд:



А. ўнг томонлама пастки бўлак деструктив пневмонияси
Б. чап томонлама пастки бўлак пневмонияси
С. гидропневмоторакс
Д. тўғри жавоб А, Б, С
Е. тўғри жавоб А ваС

4004. Қуйидаги рентгенограммада қандай ўзгаришлар мавжуд:



А. чап томонлама плеврит
Б. чап томонлама пневмония
С. инфилтратив сил
Д. ўпка раки
Е. ўпка эхинококкози

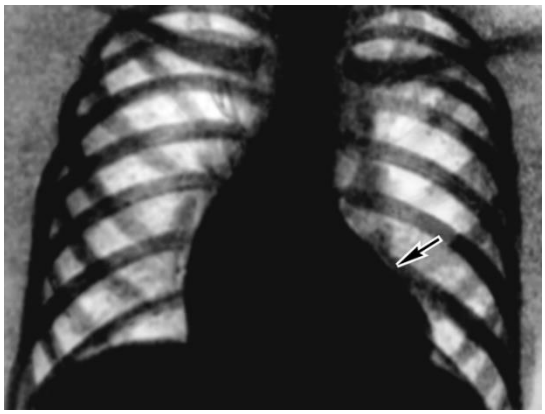
4005. Қайси касалликда қуйидаги ўзгаришлар кузатилади:

А. СКВ
Б. гломерулонефрит
С. пиелонефрит
Д. Эшакеми
Е. туғма юрак нуQSони

4006.Рентгенограмма қайси касалликга тегишли:

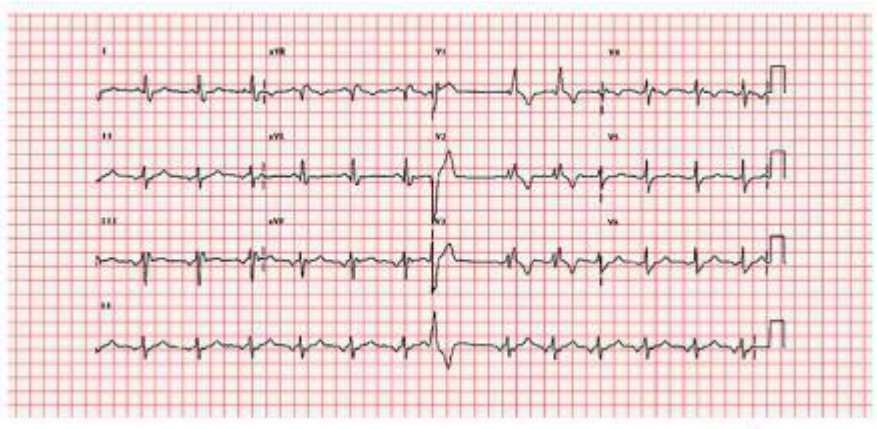
А.остеоартироз
Б.ревматоид артрид
С.ревматик артрит
Д.рейтер касаллиги
Е.анкилозловч спондилоартирит

4007.Рентгенограмма қайси касаллик учун характерли:



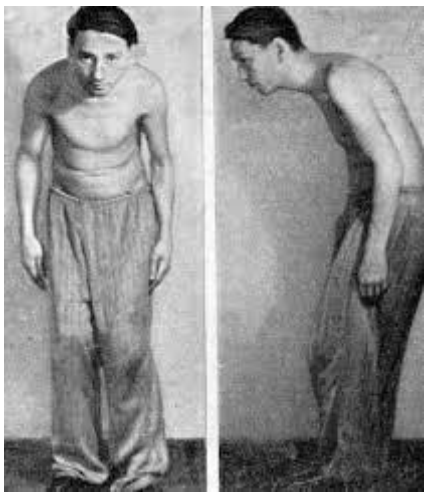
А.учтавақаликлапинетишмовчилиги
Б.упкаартериясистенози
С.митралстеноз
Д.аорталстеноз
Е.фаллотетрадаси

4008.ЕКГқайситуғмапаталогияучунтегишли:



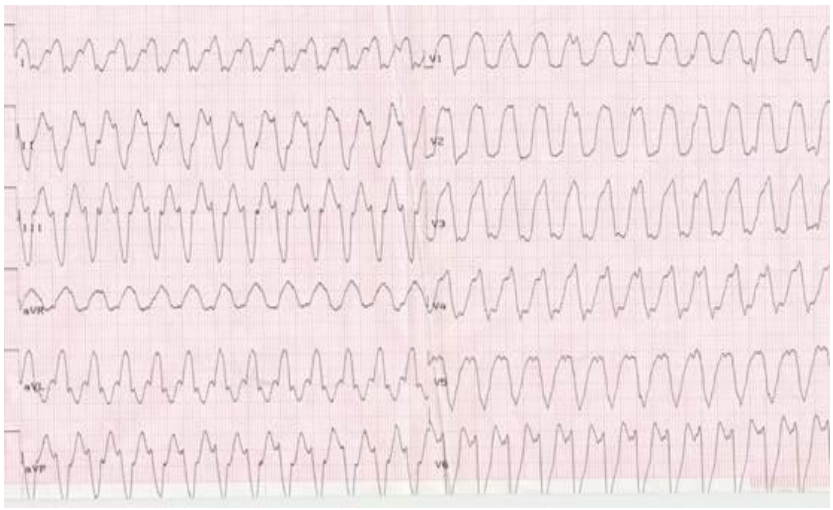
А.булмачаларфибриляцияси
Б.қоринчалареқистрасистолияси
С.атриовентикуляр блокада
Д.суправентиркуляр экистрасистолия
Е.ритм бошқарувчини кучиб юриши

4009.Беморнинг ташқи куриниши қаеси касаллик учун тегишли:



А.бруселлиоз
Б.псориазний артрит
С.остеоартироз
Д.анкилозловчи спондилоартрит (Бехтеров касаллиги)
Е.гонартеяли артрит

4010. ЭКГузгаришиқайсипаталогияучунхарактерли:



А. қоринчалар пароксимал тахикардияси
В. мерсатилней аритмия
С. булмачалар титраши
Д. суправентиркуляр пароксимал тахикардия
Е. синусли тахикардия

4011.Беморни ташқи куриниши қайси касаллик учун характерли:

А.ревматоидний артрит
Б.ревматик касаллик
С.носпецифик аортоартрит
Д.тизимли қизил бурича
Е.рейтер касаллиги

4012. Қуйдаги диагностик усул қайси касалликда қулланилади:

А.миокардит
Б.дилатасион кардиомиопатия
С.қоринчалар эхстрасистолияси
Д.сурункали юрак етишмовчилиги
Е.стабил стенокардия

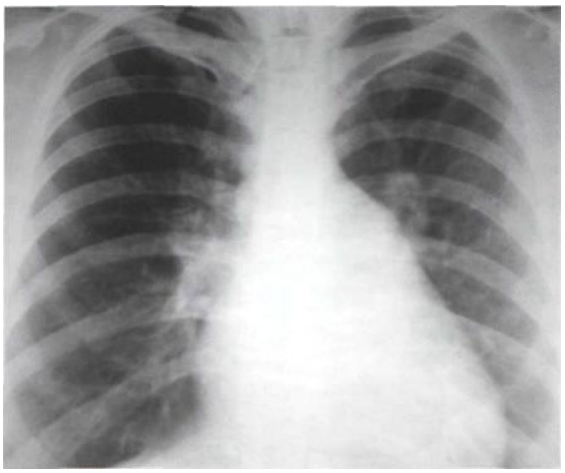
4013. Рентгенограмма қайси касаллик учун характерли:

А.инфилтратив туберкулиёз
Б.екуссидатив плеврит
С.упка ателиктази
Д.учоқли пневмония
Е.упка абсесси

4014.Узгариш қайси касалликга тегишли:

А.ЮИК
Б.ревматоид артрит
С.уткир бронхит
Д.упкани сурункали обиструктив касаллиги
Е.учоғли пневмония

4015.Рентгенограмма қайси касалликга тегишли:

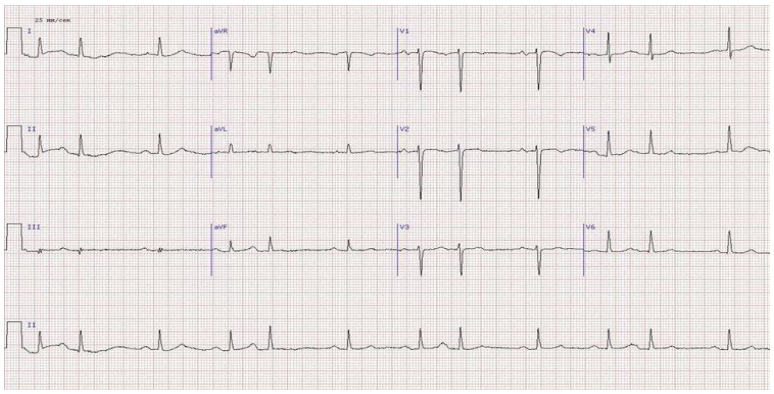


А.Фаллотетрадаси
Б.аортал клапин етишмовчилиги
С.упка артериясини стенози
Д.митрал стеноз
Е.аортал стеноз

4016.Бармоқлардаги узгаришлар қайси касалликга тегишли:

А.остеоартроз
Б.ревматик касаллик
С.ревматоид артрит
Д.тизимли сиклеродермия
Е.псореазний артрит

4017.ЕКГ қайси патология учун характерли:



A. қоринчалар экстрасистолияси

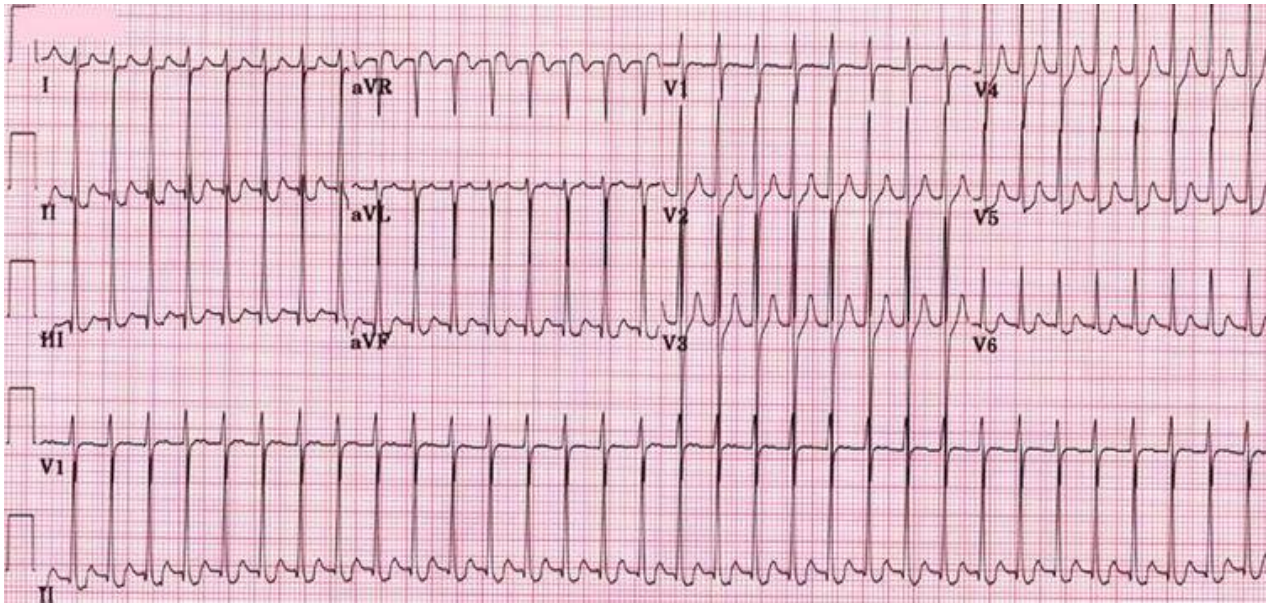
B. суправентиркуляр (қоринчаусти) экистрасистолия

C. мерсателний аритмия

Д. булмачалар титраши

E. синуслиаритмия

4018. ЭКГ қайси ритм бузилишига таллуқли :



A. қоринчалар пароксимал тахикардияси

B. мерсателний аритмия

C. булмачалар титраши

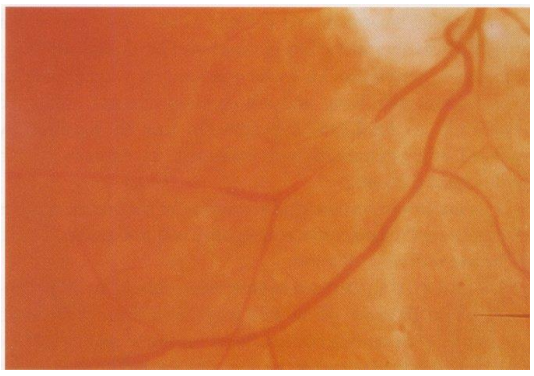
Д. суправентиркуляр пароксимал тахикардия

E. синусли тахикардия

4019.Рентгенограммадаги узгариш қайси касалликга тегишли:

А.остеохондироз
Б.остеоартироз
С.анкилозловчи спондилоартрит
Д.псориазний артрит
Е.туберкулёзний артрит

4020. Расимдаги офталмалогик узгариш қайси касалликга тегишли:



А.гипертоник ретинопатия 2 босқич
Б.носпецифик аортоартрит
С.гипертоник ретинопатия 1 босқич
Д.иридосиклид
Е.гипертоник ретинопатия 3 босқич

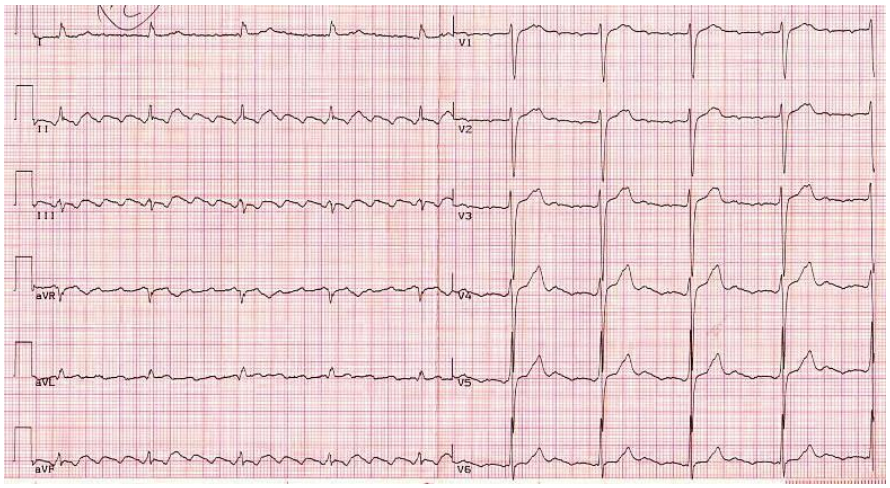
4021.Рентгенограмма қайси паталогия учун тегишли:

А.упка ателиктази
Б.упка инфаркти
С.упка саркоидози
Д.милиар туберкулёз
Е.упка эмфиземаси

4022. Қул кафтини куриниши қайси паталогияга тегишли:

А.тизимли циклеродермия
Б.ревматоидний артрит
С.псориазний артрит
Д.остеоартироз
Е.тизимли қизил бурича

4023. ЭКГ қайси паталогия учун тегишли:



А.синусли артмия
Б.қоринчалар фибрилацияси
С.булмачалар фибриляцияси
Д.АВ блокада
Е.булмачалар титраши

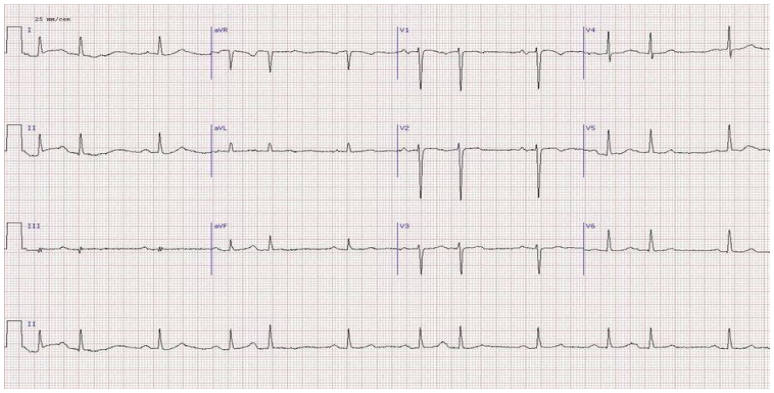
4024. Бу куриниш қайси касалликда намоён булади:

А.остеоартроз
Б.ревматик касаллик
С.ревматоит артрит
Д.подагра
Е.псариазний артрит

4025.Кўздаги узгариш қайси касаллик учун характерли:

А.гипертоник ретинопатия 2 босқич
Б.носпецифик аортоартрит
С.гипертоник ретинопатия 1 босқич
Д.иридосиклит
Е.гипертоник ретинопатия 3 босқич

4026.ЕКГда қайси узгаришлар бор:

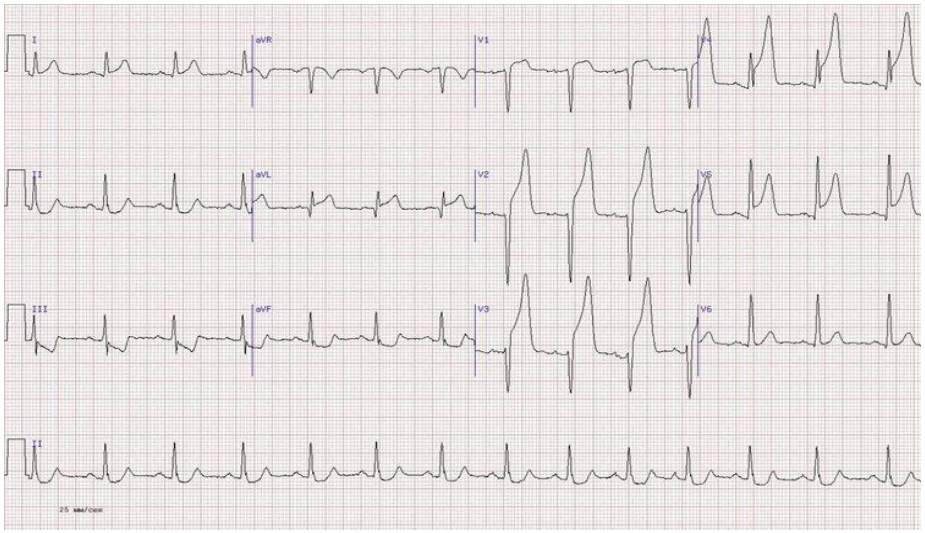


А. қоринчалар экстрасистолияси
В. булмачалар титраши
С. мерсателний аритмия
Д. суправентиркуляр экистрасистолия
Е. синуслиаритмия

4027.Қуйидаги ўзгариш қайси юрак касаллиги учун хос:

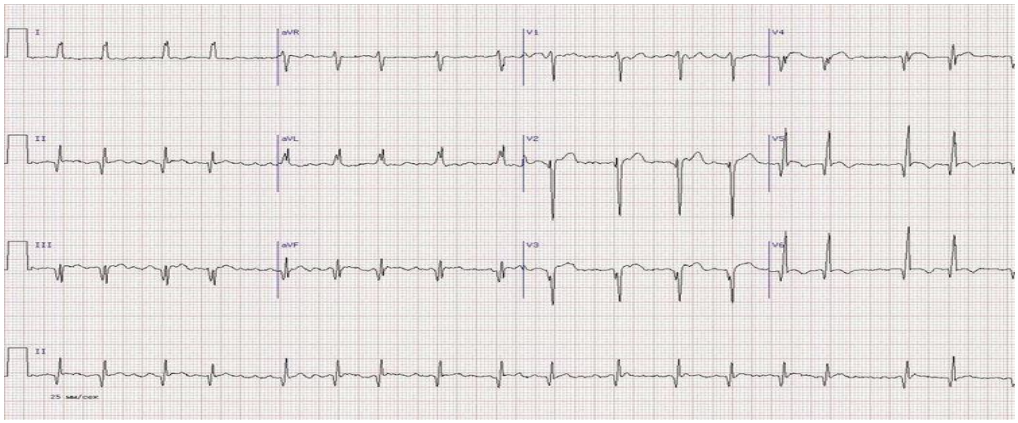
А. митрал қоРQоқ нуQSони
Б. аортал қоРQоқ нуQSони
С. ўпка артерияси стенози
Д. ДКМП
Е. ГКМП

4028.ЕКГ узгариши қайси касалликга таллуқли:



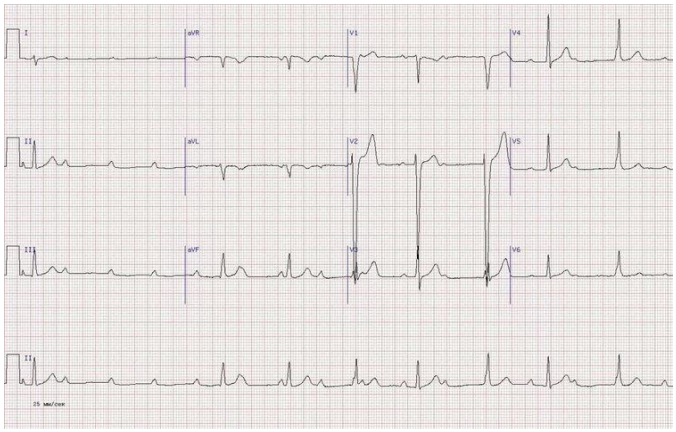
А.миокард инфаркти
Б.WПW синдроми
С.миокардит
Д.митрал стеноз
Е.синус тугунини кучсизлиги синдироми

4029.ЕКГ да ритм бузилишини аниқланг:



А.синусли аритмия
Б.суправентиркуляр пароксимал тахикардия
С.қоринчалар фибриляцияси
Д.булмачалар фибриляцияси
Е.суправентиркуляр экистрасистолия

4030.ЕКГ қайси паталогияга таллуқли:



А.синоатриял блокада
Б.АВ блокада ИИИ даража
С.АВ блокада И даража
Д.бўлмача ичи блокадаси
Е.АВ блокада ИИ даража

Оила билан ишлашда умумий амалиёт врачининг яхши сифатлари, ортиқчасини кўрсатинг
қўйилган maQSадга эришиш учун оилага буйруқ бера олишни билиш
инқироз ҳолатларда оилага ёрдам бера олишни билиш
жамиятдаги инқироз ҳолатлардан оилани чиқара олишни билиш
ўзгаришларга оилани тайёрлашни билиш
оиладаги ички қарама-қаршиликларни кўра билиш

Барча катта ёшдаги аҳоли меҳнат интенсивлигига кўра бўлинади
3 гуруҳга
2 гуруҳга
5 гуруҳга
4 гуруҳга
6 гуруҳга

Ембрион ривожланишда иштирок этади
витамин В-1
витамин э
витамин С
витамин Д
витамин А

Болалар нечта соғломлик гуруҳларига ажратилган
3 гуруҳ
5 гуруҳ
4 гуруҳ
2 гуруҳ
6 гуруҳ

Сурункали касалликларнинг субкомпенсация ҳолатидаги болалар қайси гуруҳга киритилади
2 - гуруҳга
4- гуруҳга
3 - гуруҳга
1 - гуруҳга
5 - гуруҳга

Инфексион касалликларни ўрганиб чиқишда қайси ҳужжатлар асосий ҳисобланади
касаллик тарихи
тиббий амбулатор картаси
меҳнатга лаёқацизлик варақаси
диспансер кузатуви назорат картаси
ўта юқумли касаллик ҳақида шошилинч хабар

Ендоген бошқариб бўладиган хаVF омилларига киради
жинси
Б. наркомания
С. алкоголизм
Д. гормонал бузилишлар
э. ёши

Ишчиларнинг меҳнатга вақтинчалик лаёқацизлик ҳисобот хужжати
статистик талон
форма 16-ВН
С. ишчи ходимнинг персонал картаси
Д. форма 30
э. тиббий амбулатор карта

Вақтинчалик иш қобилиятини йўқотган шахсларни касалланишини ўрганишдаги асосий хужжат
тиббий амбулатор карта
ўта юқумли касаллик ҳақида шошилинч хабар
меҳнатга лаёқацизлик варақаси
стационардан чиқарув варақаси
диспансер кузатуви картаси

5030. Саломатлик ҳолати кўрсаткичи
генетик омиллар
атроф-муҳит ҳолати
уашаш шароити ва турмуш тарзи
Д. соғлиқни сақлаш муассасаларида кўрсатилаётган сифатли тиббий ёрдам
Е. профилактик кўриклар

Беморни социал-ижтимоий лаёқацизлигини ким белгилайди
арбитраж
суд-психиатрик экспертизаси
С. суд
Д. прокуратура
э. тиббиёт экспертиза хулосаси бўйича соғлиқни сақлаш органлари

Ҳеч қандай шикояти йўқ, анамнез ва кўрик вақтида ҳеч қандай сурункали касалликлар ва бошқа тизим ва аъзоларида патологик ҳолатлар топилмаган шахслар қайси диспансер гуруҳига киради
«Д»-ИИИ-в
«Д»-ИИ
«Д»-ИИИ-а
«Д»-ИИИ-б
«Д»-И

Анамнезида ўткир ёки сурункали касалликлар ўтказган, лекин охирги бир неча йиллардан бери касалликлар хуружи кузатилмаган шахслар қайси диспансер гуруҳга киради

«Д»-ИИ
«Д»-И
«Д»-ИИИ-а
«Д»-ИИИ-б
«Д»-ИИИ-в

Умумий амалиёт врачи томонидан сир тутиш қуйидаги ҳолатларда бузилиши мумкин, ортиқчасини кўрсатинг
агар шифокорнинг жамият олдидаги бурчини бажариши керак бўлса
бемор норози бўлса
агар қонун талаб қилса
агар бу беморнинг манфаатларида бўлса
оғир касалликларда

Амбулатор шароитда гематуриянинг энг кўп учрайдиган сабаблари
жароҳат
гломерулонефрит
простата бези аденомасида кенгайган веналар ёрилиши
систит
геморрагик васкулит

5036. Қиёсий ташхислаш компонентларига кирмайди
тўғри жавоб йўқ
нотўғри ташхис манбалари
руҳий бузилишлар ва симуляция
енг хаVFли касалликлар
умумий характердаги бемор шикоятлари

Катталарда қориндаги ўткир оғриқлар билан кечадиган энг хаVFли касалликлар
депрессия
миокард инфаркти
сийдик йўллари инфексиялари
қабзият
порфирия

Белдаги оғриқни энг кўп учрайдиган сабаблари
умуртқа поғонаси остеохондрози
спондилоартропатиялар
депрессия
умуртқа поғонаси туберкулёзи
аёллар жинсий аъзолари яллиғланиш касалликлари

Қайси касалликлар белдаги оғриқлар билан кечадиган касалликларга ўхшаб кетади
умуртқа поғонаси остеомиелити
умуртқа поғонаси остеоартрози
депрессия
хаVFли ўсмалар
қорин аортаси аневризмаси ёрилиши

5040. Кўкрак қафасидаги оғриқларнинг энг кўп учрайдиган сабаблари
рефлюкс-езофагит
стенокардия
ўраб олувчи темиратки
умуртқа поғонаси остеохондрози
плеврит

5041. Юрак уриб кетиши билан кечувчи энг хаVFли ҳолатлар
екстрасистолия
Волф-Паркинсон-Уайт синдроми
синусли тахикардия
менопауза
синусли брадикардия

5042. Қайси касалликлар юрак уриб кетиши билан кечадиган касалликларга ўхшаб кетади
митрал нуQSонлар
миокард инфаркти
електролит бузилишлар
анемия
ҳомиладорлик

5043. Ҳансираш билан кечадиган қайси касалликлар аҳоли орасида энг кўп учрайди
ўпка раки
семизлик
С. анемия
Д. қандли диабет
э. фиброзловчи алвеолит

5044. Жиғилдон қайнаши шикояти билан қайси патологик ҳолатларни биринчи навбатда
инкор қилишимиз керак
юрак ишемик касаллиги
перикардит
қизилўнгач моторикаси бузилиши
умуртқа поғонаси бўйин қисми остеохондрози
ўт пуфаги касалликлари

5045. Доимий йўталнинг энг кўп учрайдиган сабаблари
кўкйўтал
ҳалқум раки
сил касаллиги
синусит
руҳий бузилишлар

5046. Йўтал билан кечадиган энг хаVFли патологик ҳолатлар
чекиш
ўпканинг интерстициал касалликлари
ЎРВИ
ОИВ-инфексияси
гастро-езофагеал рефлюкс

5047. Аёлларда қорин пастида оғриқ билан кечувчи касалликларга ўхшаб кетадиган касалликлар
сийдик йўллари инфексияси
овулятор оғриқ
бачадондан ташқари ҳомиладорлик
қорин парда битишмалари
ендометриоз

5048. Қуйидагиларнинг қайси бири шахслараро мулоқотда самарали деб ҳисобланади
аниқ мавзу бўйича маълумот ёки фикр алмашиш
икки ёки ундан ортиқ шахслараро вербал маълумот алмашиш
икки ёки ундан ортиқ шахслараро новербал маълумот алмашиш
икки ёки ундан ортиқ шахслараро вербал ва новербал маълумот алмашиш
маълумотни тушуниш жараёни

5049. Қуйидагиларнинг қайси бири мулоқот шакли ҳисобланади
вербал, новербал, тана тили
вербал, тана тили
вербал, новербал
новербал, тана тили
вербал, новербал, тана тили, оддий ва тушунарли тил

5050. Агар сиз яхши тингловчи бўлсангиз сиз
фақат ўз фикрларингизни маъқуллайсиз
бемор сўзидан енгил чалғийсиз
беморни сўзларини диққат билан тинглайсиз
нима гапиришингизни ўйлаб турасиз

бемор сўзлаганда бошқа нарса билан машғулсиз

5051 . Сизни ишлаш жараёнингизни қўшимча ўқув қуроллари енгиллаштиради, чунки
сизнинг беморингизга тўлиқ, аниқ ва мукаммал маълумот таминланади
беморга ажратиладиган вақтни қисқартиради
қитмир саволлардан йироқ бўлишни таминлайди
сизнинг беморга нисбатан эътиборингизни кучайтиради
беморга берган маълумотларингизга қараганда кўпроқ маълумот беради

5052. Бемор хавотирини самарали акс эттириш керак, чунки
қийин вазиятдан чиқиш maQSадида унинг ҳис- туйғуларини аниқлаш, уларни анализ қилиш
унинг ҳис- туйғуларини аниқлаш, уларни таҳлил қилиш
унинг ҳис- туйғуларини аниқлаш ва уларга қарши чиқиш
унинг ҳис- туйғуларини аниқлаш ва уларни умумлаштириш
унинг ҳис- туйғуларини аниқлаш ва уларни э`тиборсиз қолдириш

5053. Катта ёшдагилар қилган ишини, кўрганини ва эшитганини эслаб қолиш частотаси
60%
100%
90%
70%
80%

5054. Касбий хаVFни аниқлаш омиллари ўз ичига қуйидагиларни олади
ишчиларнинг саломатлиги ҳолати
меҳнат шароити
ишчиларнинг ёши
иш стажи
барча жавоблар нотўғри

5055. Шахслараро мулоқот бу
бемор ва шифокор ўртасидаги мулоқот
икки шахс ўртасидаги мулоқот
шахс сонидан қатъий назар юзма-юз мулоқот
бир гуруҳ шахслар билан мулоқот
оммавий ахборот воситалари орқали мулоқот (радио, телевидения, матбуот, телефон)

5056. Шахслараро мулоқот ташкил этади
тўғри ва моментал жараён
новербал мулоқот алмашиш
вербал мулоқот алмашиш

аниқ шахсга таклиф ва фикрларни матбуот орқали юбориш
икки шахснинг телефон орқали гаплашиши ва маълумот алмашиши.

5057. Новербал мулоқотнинг кўникмалари қуйидагиларни ташкил этади
тушунарли тил
оддий тил
тана тили
аниқ ва тўғри ташкил қилинган жумла
самарали саволлар

5058. Тиббий кўрик ташкил этади
бемор билан тўлиқ юзма-юз боғланиш бўлиб, беморнинг соғлиги билан боғлиқ мавжуд муаммоларни аниқлашда ва тўғри хулоса чиқаришда тиббиёт ходимининг тўлиқ ва аниқ маълумот бериши
номедекаментоз ва медикаментоз даво тавсия этиш
тиббиёт ходими беморнинг соғлиғи билан боғлиқ бўлган муаммоларни аниқлаши ва унга даволаш тавсия этиши
лабаратор-инструментал текширувдан ўтишни тавсия бериш
тахминий ташхис қўйиб, бошқа мутахассисга юбориш

5059. Вербал мулоқотнинг кўникмалари қуйидагиларни ташкил этади
интонация
тўғри келадиган кўникмаларни қўллаш
бемор ишлатадиган атамаларни мулоқот жараёнида қўллаш
тана тили
перефразалаш

5060. Қуйидагиларнинг қайси бири вербал мулоқотга киради
бетараф бўлиш ва беморни айбламаслик
беморни қунт билан эшитиш
бемор жавоб бера олиши мумкин бўлган саволларни бериш
нигоҳли мулоқотни ўрната билиш
тана тили

5061. Қуйидагиларнинг қайси бири новербал мулоқотга киради
бемор ўзини эркин ҳис қилиши учун ҳазил қиламан
бемор билан саломлашаман
бемор билан мулоқотда шошмайман
беморга таниш бўлган гапларни қўллайман
беморни исми билан мурожаат қиламан

5062. СОЎК ИВ бўлган беморларни диспансер кузатуви

ярим йилда бир марта
ҳар кварталда
ҳар ойда
йилда 1марта
ҳар 3 ойда

5063. Атеросклерознинг бирламчи профилактикаси
нитроглицерин қабул қилиши
чекиш
аспирин қабул қилиши
нобаланс овқатланиш
физик машқлар билан шуғулланиши

5064. Аллергик бронхиал астмада учламчи профилактиканинг аҳамияти
специфик гипосенсибилизация
елиминацион тестлар
провокацион тестлар
гриппга қарши мавсумли эмлаш
ҳар кварталда пикфлоуметрия

5065. СОЎК профилактикасининг асосий моҳияти
гўштни камроқ истеъмол қилиш
соғлом турмуш тарзини олиб бориш
чекишдан воз кечиш
аллергенларнинг элиминацияси
гриппга қарши эмлаш

5066. Инфексион бронхиал астмада профилактиканинг аҳамияти
античекувчи компаниялар
гипоаллерген диета
соғлом турмуш тарзини олиб бориш
сурункали инфексия ўчоқларини санацияси
поливитаминли парҳез

5067. Руҳий статусни аниқлашда қуйидагиларга аҳамият бериш зарур
диққатни бузилиши
хотиранинг ҳолати
барчаси тўғри
ҳис-ҳаяжоннинг бузилиши
касалликка нисбатан критик муносабатда бўлиш

5068. Бирламчи профилактикага таъриф беринг

касаллик зўрайишини олдини олишга, ишга яроQSизлик ҳолатини олдини олиш, тиббий тиклашга йўналтирилган чора-тадбирлар
хаVF омилларини йўқотиш, касаллик ёки организмдаги ўзгаришларни эрта муддатларда аниқлаб, уларнинг кучайишини олдини олиш, секинлашишига йўналтирилган чора-тадбирлар мажмуаси
касаллик сабабларини йўқотиш йўли билан унинг келиб чиқишининг олдини олиш ва хаVF омилларини чегаралашга қаратилган чора-тадбирлар мажмуаси
касалликнинг патофизиологик механизмларига таъсир қилиш чора-тадбирлар мажмуаси
касаллик асоратларини олдини олган ҳолда хаVFли омилларни чегаралашга қаратилган чора-тадбирлар мажмуаси

5069. Иккиламчи профилактикага таъриф беринг
хаVF омилларини йўқотиш, касаллик ёки организмдаги ўзгаришларни эрта муддатларда аниқлаб, уларнинг кучайишини олдини олиш, секинлашишига йўналтирилган чора-тадбирлар мажмуаси
касаллик зўрайишини олдини олишга, ишга яроQSизлик ҳолатини олдини олиш, тиббий тиклашга йўналтирилган чора-тадбирлар
касалликнинг патофизиологик механизмларига таъсир қилиш чора-тадбирлар мажмуаси
касаллик асоратларини олдини олган ҳолда хаVFли омилларни чегаралашга қаратилган чора-тадбирлар мажмуаси
касаллик сабабларини йўқотиш йўли билан унинг келиб чиқишининг олдини олиш ва хаVF омилларини чегаралашга қаратилган чора-тадбирлар мажмуаси

5070. Учламчи профилактикага таъриф беринг
касаллик асоратларини олдини олган ҳолда хаVFли омилларни чегаралашга қаратилган чора-тадбирлар мажмуаси
касаллик сабабларини йўқотиш йўли билан унинг келиб чиқишининг олдини олиш ва хаVF омилларини чегаралашга қаратилган чора-тадбирлар мажмуаси
хаVF омилларини йўқотиш, касаллик ёки организмдаги ўзгаришларни эрта муддатларда аниқлаб, уларнинг кучайишини олдини олиш, секинлашишига йўналтирилган чора-тадбирлар мажмуаси
касалликнинг патофизиологик механизмларига таъсир қилиш чора-тадбирлар мажмуаси
касаллик зўрайишини олдини олишга, ишга яроQSизлик ҳолатини олдини олиш, тиббий тиклашга йўналтирилган чора-тадбирлар

5071. УАВ кўрсатиши лозим бўлган тиббий ёрдам кўламининг биринчи тоифаси қуйидагилардан иборат
ҚВП/ОП шароитида УАВ беморда ўткир ҳолатлар ёки касалликлар аниқланганда бошқа тиббиёт муассасасидаги мутахассисга маслаҳат, тўлиқ ва аниқ ташхис қўйиш учун, қўшимча муолажа зарурлигини аниқлаш учун юбориши лозим

ҚВП/ОП шароитида УАВ беморларга эрта ташхис қўйиш, самарали даволаш, профилактика, реабилитация ва диспансеризация хизматларини тўлиқ мустақил равишда кўрсатиши, айрим ҳолатларда беморни аҳволи яхшиланмаганда мутахассисга юбориш
ҚВП/ОП шароитида беморга зарур бўлган текшириш, муолажа ва бошқа тиббий хизматларни УАВ мустақил равишда малакали бажариши лозим
ҚВП/ОП шароитида хаVF гуруҳи ва махсус кўрсатмалар бўлганда беморлар ҳамда турли сабаблар билан мурожаат қилган соғлом аҳоли ўртасида индивидуал профилактик ва тушунтириш ишларини олиб бориш
Тўғри жавоб йўқ

5072. УАВ кўрсатиши лозим бўлган тиббий ёрдам кўламининг иккинчи тоифаси қуйидагилардан иборат:
ҚВП/ОП шароитида УАВ беморда ўткир ҳолатлар ёки касалликлар аниқланганда бошқа тиббиёт муассасасидаги мутахассисга маслаҳат, тўлиқ ва аниқ ташҳис қўйиш учун, қўшимча муолажа зарурлигини аниқлаш учун юбориши лозим
ҚВП/ОП шароитида УАВ беморларга эрта ташхис қўйиш, самарали даволаш, профилактика, реабилитация ва диспансеризация хизматларини тўлиқ мустақил равишда кўрсатиши, айрим ҳолатларда беморни аҳволи яхшиланмаганда мутахассисга юбориш
ҚВП/ОП шароитида беморга зарур бўлган текшириш, муолажа ва бошқа тиббий хизматларни УАВ мустақил равишда малакали бажариши лозим
ҚВП/ОП шароитида хаVF гуруҳи ва махсус кўрсатмалар бўлганда беморлар ҳамда турли сабаблар билан мурожаат қилган соғлом аҳоли ўртасида индивидуал профилактик ва тушунтириш ишларини олиб бориш
Тўғри жавоб йўқ

5073. УАВ кўрсатиши лозим бўлган тиббий ёрдам кўламининг учинчи тоифаси қуйидагилардан иборат
ҚВП/ОП шароитида хаVF гуруҳи ва махсус кўрсатмалар бўлганда беморлар ҳамда турли сабаблар билан мурожаат қилган соғлом аҳоли ўртасида индивидуал профилактик ва тушунтириш ишларини олиб бориш
ҚВП/ОП шароитида УАВ беморларга эрта ташхис қўйиш, самарали даволаш, профилактика, реабилитация ва диспансеризация хизматларини тўлиқ мустақил равишда кўрсатиши, айрим ҳолатларда беморни аҳволи яхшиланмаганда мутахассисга юбориш
ҚВП/ОП шароитида УАВ беморда ўткир ҳолатлар ёки касалликлар аниқланганда бошқа тиббиёт муассасасидаги мутахассисга маслаҳат, тўлиқ ва аниқ ташхис қўйиш учун, қўшимча муолажа зарурлигини аниқлаш учун юбориши лозим
ҚВП/ОП шароитида беморга зарур бўлган текшириш, муолажа ва бошқа тиббий хизматларни УАВ мустақил равишда малакали бажариши лозим
Тўғри жавоб йўқ

5074. УАВ кўрсатиши лозим бўлган тиббий ёрдам кўламининг тўртинчи тоифаси қуйидагилардан иборат

ҚВП/ОП шароитида УАВ беморда ўткир ҳолатлар ёки касалликлар аниқланганда бошқа тиббиёт муассасасидаги мутахассисга маслаҳат, тўлиқ ва аниқ ташҳис қўйиш учун, қўшимча муолажа зарурлигини аниқлаш учун юбориши лозим
ҚВП/ОП шароитида УАВ беморларга эрта ташхис қўйиш, самарали даволаш, профилактика, реабилитация ва диспансеризация хизматларини тўлиқ мустақил равишда кўрсатиши, айрим ҳолатларда беморни аҳволи яхшиланмаганда мутахассисга юбориш
ҚВП/ОП шароитида, хаVF гуруҳи ва махсус кўрсатмалар бўлганда беморлар ҳамда турли сабаблар билан мурожаат қилган соғлом аҳоли ўртасида индивидуал профилактик ва тушунтириш ишларини олиб бориш
ҚВП/ОП шароитида беморга зарур бўлган текшириш, муолажа ва бошқа тиббий хизматларни УАВ мустақил равишда малакали бажариши лозим
Тўғри жавоб йўқ

5075. УАШнинг асосий иш фаолиятининг неча фоизини профилактик ишлар ташкил этади
30-40%
10-20%
80-90%
100%
50-60%

5076. Профилактик кўрув maQSади
кенг таркалган касалликлар хаVF омилларини аниқлаш
тезкор жарроҳлик амалиётини ўтказиш
маслаҳат бериш
диспансер назоратига олиш
скрининг ўтказиш

5077. Соғлом овқатланишнинг неча поғонаси мавжуд
8 та
10 та
6 та
12 та
тўғри жавоб мавжуд эмас

5078. Крахмал билан бойитилган овқатлар умумий овқатни неча фоизини ташкил этиши керак
60-70%
30-40%
70%
50%
80-90%

5079. Ривожланган мамлакатларда 85% аҳоли УАШ қабулига 1 йилда камида неча маротаба боради
3 марта
2 марта
1 марта
4 марта
умуман бормайди

5080. Қуйидагилардан қайси бири иккиламчи профилактикага киради
сувни тозалаш
скрининг
соғлом турмуш тарзи ҳақида маълумот бериш
санитар оқартув ишлари
зарарли одатлар билан курашиш

5081. Сут бези ўсмасидаги эрта ўзгаришларни аниқлаш учун УАШ неча ёшдаги аёлларни текширувдан ўтказади
25 ёшдан катта
35 ёшдан катта
40 ёшдан катта
40-50 ёш
60 ёшдан катта

5082. Уй шароитида АҚБ ни бемор мустақил ўлчаганда қайси кўрсатгичда артериал гипертензия бор деб ҳисобланади
А. ≥ 135/85 мм.сим.уст
Б, ≥ 130/80 мм.сим.уст
≥ 140/90 мм.сим.уст
≥ 150/95 мм.сим.уст
≥ 160/100 мм.сим.уст

5083. Қайси бошқариб бўладиган омиллар эндоген хаVF омилларига киради
жинси
чекиш
генетик бузилишлар
гормонал бузилишлар
ёши

5084. УАШ 40 ёшдан катта аёлларни йилига неча маротаба текширишдан ўтказади
1 марта
2 марта

3 марта
4 марта
тўғри жавоб йўқ

5085. Катталарда ҳар неча йилда бўғма ва қоқшолга қарши реваксинация ўтказилади
5
2
10
8
7

5086. Артериал гипертензиянинг келиб чиқишида энг муҳим омиллар
турмуш тарзи
тиббий ёрдамни ташкиллаштириш
атроф-муҳит ҳолати
жинси
ёши

5087. Соғлом овқатланиш бўйича маслаҳатларга кирмайди
мева ва сабзавотларни кўп истеъмол қилинг
сут ва сут маҳсулотларини истеъмол қилинг
кўп нон истеъмол қилинг
ёғли ва ширин маҳсулотларини меъёрида истеъмол қилинг
клетчатка сақловчи маҳсулотларни истеъмол қилинг

5088. Бирламчи профилактикага кирувчи чора-тадбирларни кўрсатинг:
скрининг
даволашни ўз вақтида бошлаш
санитар оқартув иши
соғлом турмуш тарзи бўйича маслаҳатлар бериш
ерта ташхислаш

5089. Шифокорнинг иш фаолияти сифатига салбий таъсир қилувчи омиллар
вақтнинг чегараланиши
янги адабиётлар билан танишиш имкониятининг чегаралганлиги
паст иш ҳақи
тушунарли гапириш
об-ҳаво

5090. Соғлом турмуш тарзига таалуқли
тез-тез овқатланиш
кўп миқдорда гўшт истеъмол қилиш

спиртли ичимликларни ичиш
косметикадан фойдаланиш
рационал овқатланиш

5091. Болалар саломатлик ҳолати мезонлари
жисмоний ва руҳий ривожланиш даражаси
ёши
жинси
ўқиш жойи
атроф- муҳит

5092. Санитар оқартув вазифалари ҳисобланади
ҳар хил гуруҳ аҳолиси билан ишлаш
маълум гуруҳ аҳолиси билан ишлаш
хаVF омилларига таъсир кўрсатмайди
касалликни даволаш
касалликни тарқатиш

5093. Бронхиал астмада профилактик чораларни кўрсатинг
иммуносупрессордан фойдаланиш
ёшлар ўртасида инфексияни профилактикаси
грипп эпидемиясида ниқоблардан фойдаланиш
соғлом турмуш тарзини тарғиб этиш
жинсий йўллар инфексиясидан ҳимояланиш

5094. Санитар оқартув мавзулари
сиёсий масалалар
косметикадан фойдаланиш
иқтисодий масалалар
жинсий йўллар инфексия профилактикаси
минтақавий можаролар

5095. Бирламчи хаVF омилларга қуйидагилар киради
ойлик маоши
соғлом турмуш тарзи
қон босимининг кўтарилиши
врач билан бемор муносабати
носоғлом турмуш тарзи

5096. Суҳбат босқичлари
муҳокамани бошлаш
зарур маълумот олиш

касал билан муносабатни мустаҳкамлаш
беморга диагнози ва маълумоти ҳақида гапириш
соғлом ҳаёт сифатини шакллантиришга ишонтириш

5097. Топшириқ босқичлари
муҳокама режасини тузиш
муҳокамани бошлаш
зарур маълумот олиш
беморга эркин сўзлаш
маълумотлар йиғиш

5098. Консултация беришда қандай қоидаларга риоя қилиш керак
беморни актив ҳолатда туришига руҳсат бериш
қийин саволларни бериш
тез-тез саволлар бериш
ўзининг фикрини билдиришига йўл қўймаслик
муаммо тез ҳал бўлишига ишонтириш

5099. этик дилеммалар қуйидаги саволларни ўз ичига олади
ҳомиладор бўлиши
ҳомиладорликни тўхтатиш
косметикадан фойдаланиш
оилани режалаштириш
оила қуриш

5100. этик дилеммалар
болаларни даволаш
донорлик ҳақида
муаммони ҳал қилиш
оилани режалаштириш
орган ва тўқималар трансплантацияси

5101. Бирламчи хаVF омилларга қуйидагилар киради
носоғлом турмуш тарзи
соғлом турмуш тарзи
қон босимининг кўтарилиши
врач билан бемор муносабати
ойлик маоши

5102. Суҳбат босқичлари
зарур маълумот олиш
муҳокамани бошлаш

касал билан муносабатни мустаҳкамлаш
беморга диагнози ва маълумоти ҳақида гапириш
соғлом ҳаёт сифатини шакллантиришга ишонтириш

5103. Қуйидаги маслаҳатлар соғлом овқатланишга тегишли эмас:
сут ва сут маҳсулотларини истеъмол қилинг
нонни кўп истеъмол қилинг
кўп миқдорда мева ва сабзавотларни истеъмол қилинг
таркибида дуккаклилар мавжуд бўлган озиқ-овқат маҳсулотларини кўпроқ истеъмол қилинг
шўр ва аччиқ маҳсулотларни истеъмол қилишдан тийилинг

5104. Катталардаги касалликларни профилактикаси
катталарда иммунизация календарини тузиш
оғир жисмоний машқларни бажариш
косметикадан фойдаланиш
кўпроқ ухлаш
кам ҳаракатчанлик

5105. Санитар оқартув вазифалари ҳисобланади
касалликни даволаш
хаVF омилларига таъсир кўрсатмайди
ҳар хил гуруҳ аҳолиси билан ишлаш
касалликни тарқатиш
маълум касалликларга барҳам бериш

5106. Келтирилган омиллардан қайсилари уретритнинг ривожланишига имкон яратади
ёндош сурункали бронхит борлиги
ёндош сурункали гепатит касаллиги бўлиши
ёндош сурункали гастрит бўлиши
кичик чаноқ аъзолари, айниQSa уретранинг шиллиқ ости қавати
ёндош сурункали холецистит борлиги

5107. Қарилик ҳисобланади қуйидаги ёш
60 дан 74 гача
75 дан 89 гача
70 дан 80 гача
80 дан 94 гача
95 дан ва ундан катта

5108. Аҳолини табиий ҳаракатларининг асосий кўрсаткичлари қуйидагича
туғилиш, касаллик

ўлим,касаллик
ногиронлик, ўлим
туғилиш, ўлим
касаллик, ўлим

5109. Организмни ҳаётийлигига салбий таъсир қилувчи ички омилларни кўрсатинг
санаб ўтилганларнинг барчаси
антиоксидант тизимининг фаоллигини пасайиши
микросомал оксидланиш фаоллигини ошиши
иммунологик механизмлар фаоллигини ошиши
санаб ўтилганларни бирортаси ҳам эмас

5110. Муддатдан олдин қарилик хаVF омилларига киради қуйидагилар
«оғир» наслилик
гиподинамия
норационал овқатланиш
санаб ўтилганларнинг барчаси
санаб ўтилганларнинг бирортаси ҳам эмас

5111. Инсонни биологик ёшини аниқлаш қайси маълумотларга асосланади
кўз аккомадациясига
систолик артериал босимга
санаб ўтилганларнинг барчасига
диққатни ўзгартириш тезлигига
тишлар ҳолатига

5112. Гериатрияда обектив диагностик қийинчиликларга сабаб бўлиши мумкин
санаб ўтилганларнинг барчаси
беморнинг руҳий хусусиятлари
беморнинг соматик ҳолати хусусиятлари
беморни текширувлардан бош тортиши
санаб ўтилганларнинг бирортаси ҳам эмас

5113. Узоқ вақт яшаш омиллари қуйидагича
санаб ўтилганларнинг барчаси
генетик
касбий
ижтимоий
екологик

5114. Кекса ва қари ёшдаги беморларда патологик ўзгаришларни ўзига хослиги қуйидагича

сурункали кечиши
дори восита патоморфози
кўп миқдордаги шикоятлар ва аниқ клиник манзараси
полиморбидлик
санаб ўтилганларнинг барчаси

5115. Врачлик этикасини сақлаш …
врачнинг ахлоқига боғлиқ
аввалдан қолиб кетган талабларга бўйсиниш ҳисобланади
maQSadга мувофиқ
зарур
санаб ўтилганларнинг барчаси

5116. Интенсив терапия, реанимация ўтказилётган пайтда врач-геронтолог фаолиятидаги деонтологик томонлари қуйидагича
врач барча ҳолатларда максимал клиник ва руҳий ёрдам кўрсатиши зарур
самара кузатилмайдиган беморларни даволаш maQSadга мувофиқ эмас
самара кузатилмайдиган ҳолатда беморга врач баъзида бир томонлама ёрдамни тўхтатиши мумкин
беморга узоқ вақт интенсив терапия ва реанимация ўтказишни ёки ўтказмасликни врачлар консилиуми ҳал қилади
санаб ўтилганларнинг барчаси

5117. Умумий холестерин миқдорини ЮИКсиз бўлган беморларда қуйидаги кўрсаткичгача пасайтириш maQSadга мувофиқ
5,0-6,0 ммол/л
2,0-3,5 ммол/л
4,5-5,0 ммол/л
3,0-4,0 ммол/л
6,0-8,0 ммол/л

5118.Кексаларда яккаланган систолик артериал гипертензия АҚБ ни қуйидаги кўрсаткичларига асосланиб ташхисланади
180/110 мм с.уст.
170/80 мм с. уст.
200/105 мм с.уст.
200/120 мм с.уст.
барча жавоблар тўғри

5119. Узоқ вақт қабул қилишдан кейин тўхтатиш синдроми кузатилади, қуйидагиларда
бетта-блокаторларни
имидазолин қаторидаги дори воситаларни

АПФ ингибиторларни
калсий антагонистларни
нитратларни

5120. Анаприллин билан даво ўтказилганда қуйидаги ўзгаришлар кузатилади, биттасидан ташқари
қонда қанд миқдорини ошиши
қонда липидларни ошиши
қонда калий миқдорини камайиши
бронхоспазм кучайиши
атриовентрикуляр блокада

5121. АсАТ фаоллиги энг баланд бўлади
миокардда
буйракда
суякларда
мияда
ўпкада

5122. Чап қоринча диастолик дисфунксияси сабаби бўлиши мумкин
перикардит
миокард гипертрофияси
миокард ишемияси
санаб ўтилганларнинг барчаси
санаб ўтилганларнинг бирортаси ҳам эмас

5123. Ностероид яллиғланишга қарши дори воситаларга қуйидагилар киради
индометацин
санаб ўтилганларнинг барчаси
напроксен
ибупрофен
ксефокам

5124. Қайси патология симптоматик гастродуоденал яраларга хаVF омили ҳисобланади
қорин аортасининг виссерал шохлари стенозловчи атеросклерози
жигар сиррози
бош мия қон айланишининг ўткир бузилиши
ревматоид артрит
санаб ўтилганларнинг барчаси

5125. Қон таҳлилидаги қайси ўзгаришлар гиперспленизм синдромига хос
талоқ ҳажмларининг кичрайиши

анемия, лейкоцитоз, тромбоцитоз
абсолют ва нисбий лимфоцитоз
лейкоцитоз, формулада чапга силжиши билан
анемия, лейкопения, тромбоцитопения

5126. Кексалардаги ўткир гломерулонефрит давосида қўлланилади, биттасидан ташқари
циклофосфан
симетидин
плазмаферез
гемодиализ
преднизалон

5127. Простата аденомаси бу
простата бези склерози ва аденоматози
простата бези фиброз-яллиғланиш ўзгариши
парауретрал безларининг яхши сифатли ўсмаси
простата бези яхши сифатли ўсмаси
санаб ўтилганларнинг бирортаси ҳам эмас

5128. Кекса ёшдаги беморларга қуйидаги буйрак касалликлари хос, биттасидан ташқари
ўткир пиелонефрит
ўткир гломерулонефрит
сурункали пиелонефрит қўзиш даври
сийдик тош касаллиги
подагрик нефропатия

5129. Подагрик артрит учун хос бўлган рентгенологик белгини аниқланг
«тешик» белгиси
«сосискасимон эпифизлар» белгиси
бўғим юзаларида нақшланиш белгиси
остеосклероз белгиси
«қор бўрони» белгиси

5130. Иккиламчи подаграга олиб келиши мумкин бўлган касалликларни тўғри белгиланг
буйрак усти бези касалликлари
қалқонсимон без касалликлари
буйрак касалликлари
қизилўнгач касалликлари
жигар касалликлари

5131. Ривожланиши асосида моддалар алмашинувининг бузилиши ётадиган бўғим касаллигини белгиланг

подагра
деформацияловчи остеоартроз
реактив артрит
Рейтер касаллиги
ревматоид артрит

5132. Деформацияловчи остеоартрозга хос бўғим белгиларини кўрсатинг
пассив ҳаракатлар чегараланганлиги
бўғимда совуқ шишлар шаклланиши
икки томонлама сакроилеит
старт оғриқлар, блокловчи оғриқлар
бўғимда суюқлик тўпланиши

5133. Қайси бўғим касаллигига бўғимда қирсиллаш белгиси хос
подагрик артрит
реактив артрит
деформацияловчи остеоартроз
Рейтер синдроми
ревматоид артрит

5134. Остеоартрозда қайси тўқима зарарланиши хос
мушак тўқимаси
суяк тўқимаси
тоғай тўқимаси
томирлар
интерстициал тўқима

5135. Остеоартрозга энг хос ташхисий белгисини аниқланг
синовиал суюқликда сийдик кислота тузларини топилиши
оёқ панжасининг биринчи бўғимининг носимметрик жароҳатланиши
«улнар девиация» шаклланиши
бўғим атрофи мушакларининг атрофияси
бўғимларда «старт»оғриқлар бўлиши

5136. Нафас етишмовчилигида кислороднинг қондаги парсиал босимини аниқланг
120 мм см.уст.дан паст
80 мм см.уст.дан паст
100 мм см.уст.дан паст
60 мм см.уст.дан паст
80 мм см.уст.дан юқори

5137. Нафас етишмовчилигида углерод диоксиднинг(ПаСО2) қондаги парсиал босимини аниқланг
65 мм см. уст.дан юқори
45 мм см. уст.дан юқори
85 мм см. уст.дан юқори
95 мм см. уст.дан юқори
105 мм см. уст.дан юқори

5138. Қариялардаги бронхиал астмада сурункали нафас етишмовчилигининг қайси шакли кузатилади
рестриктив шакли
обструктив шакли
аралаш шакли
експиратор шакли
инспиратор шакли

5139. Қарияларда суяклар зичлигини аниқлаш учун қандай теширув ўтказилади
УТТ
рентгенография
монофотон абсорбсиометрия
КТ
МРТ

5140. Монофотон абсорбсиометрия қайси соҳада ўтказилади
сон суягида
тирсак суягида
билак суягининг дистал қисмида
елка суягида
билак суягининг проксимал қисмида

5141. Қарилик остеопорози неча ёшдан кейин учрайди
еркакларда 50 ёшдан кейин
ҳар иккала ёшда 70 ёшдан кейин
аёлларда кузатилмайди
40-50 ёшдан кейин
барча жавоблар тўғри

5142. Кекса ёшдаги кишиларда овқат рациони таркибида оQSиллар, ёғлар ва углеводларнинг нисбати қандай бўлиши керак
1:1:1
1:1:4
1:2:2

4:1:1
2:3:2

5143. Кексаларда углеводлар суткалик калориянинг қанча миқдорини ташкил этиши лозим
20-30 %
59-62 %
60-70 %
50-55 %
40-50%

5144. Неча ёшдан кейин қарилик ҳисобланади
75
80
60
67
55

5145. Қандай қарилик турлари фарқланади
кечки
ерта
нормал,физиологик,вақтидан олдин
1 ламчи
2 ламчи

5146. Қарияларда остеопороз профилактикаси
калсий препаратлари ва сут маҳсулотларини мунтазам истеъмол қилиш
сийдик ҳайдовчи воситалардан фойдаланиш
антидепрессантларни мунтазам ичиш
ёғли овқатларни кўпроқ истеъмол қилиш
жисмоний ҳаракатларни кўпайтириш

5147. Қариликда жисмоний ҳаракатнинг камайиши натижасида юзага келувчи ҳолат
тана вазнини етишмаслиги
семизлик
тер безлари фаолиятини кучайиши
қандли диабет
кўришни пасайишига

5148. Бемор ҳеч қандай кескин ҳаракатларсиз сон суягининг синишига шикоят қилиб келди. Бемор узоқ йиллар давомида юрак ишемик касаллиги билан оғрийди ва дори

воситаларидан сийдик ҳайдовчи (верошпирон) препаратини мунтазам қабул қилади. Сизнинг ташхисингиз
остеомаляция
диуретик таъсирида суяклардан Са ювилиб чиқиши
остеопороз
суяк сили
ўткир лейкоз

5149. Кекса ва қари ёшдагиларда касалликларни ўрганадиган фан бу
геронтология
герогигиена
гериатрия
геронтопсихология
геросоциология

5150. Беморда иккита ва ундан кўп касалликлар мавжуд бўлса бунинг номи
полипрогмазия
махсуслик
атипиклик
полиморбидлик
полиетиологиклик

5151. Бир вақтда жуда кўп дори воситалар тавсия этилиши бу
полиморфизм
полиморбидлик
полиетиологиклик
дезадаптация
полипрагмазия

5152. Геропротекторлар таркибига киради
поливитаминлар
юрак гликозидлар
глюкокортикоидлар
антибиотиклар
бетта-блокаторлар

5153. Сурункали бронхит фонида қайси бири пайдо бўлса дарҳол рентгенография текширувини ўтказилиш зарур
умумий ҳолсизлик
қон тупуриш
умумий қуввацизлик
балғамли йўтал

кўп терлаш

5154. Кекса ва қари ёшдагиларда ўткир бронхитнинг энг кўп кузатиладиган асорати бўлиб ҳисобланади
ўчоғли пневмония
плеврит
сил
ўпка раки
гайморит

5155. Кекса ёшдагиларда пневмония ривожланса камдан кам кузатилади
қуввацизлик
ҳолсизлик
йўтал
юқори тана ҳарорати
иштаҳани пасайиши

5156. Кекса ва қари ёшдагиларда пневмония ривожланишига мойиллик қуйидагича
чарчоқлик
иссиқ уриши, қизиб кетиш
руҳий зўриқишлар
узоқ вақт ётоқ тартиб
тўғри жавоб йўқ

5157. Кекса ва қари ёшдагиларда камдан кам кузатиладиган миокард инфарктининг шакли
ангиноз
астматик
аритмик
оғриQSиз
абдоминал

5158. Кекса ва қари ёшдагиларда артериал гипертензия асосий сабаби ҳисобланади
Исенко-Кушинг касаллиги
сурункали пиелонефрит
феохромоцитома
Конн синдроми
атеросклероз

5159. Кекса ва қари ёшдагиларда яра кўпинча жойлашади
12 бармоқли ичакда
меъдада

кўр ичакда
кўндаланг ичакда
йўғон ичакнинг юқорига чиққан қисмида

5160. Кекса ва қари ёшдагиларда яра касаллиги пайдо бўлишида сабаб, катта аҳамиятга эга
санаб ўтилганларни барчаси
генетик мойиллик
меъда деворида микросиркуляцияни бузилиши
меъда ширасининг кислоталигини ошиши
руҳий эмоционал зўриқишлар

5161. Кекса ва қари ёшдагиларда сийдик тутилишига кўпинча сабаб
ўткир гломерулонефрит
ўткир пиелонефрит
простата бези аденомаси
ўткир систит
тўғри жавоб йўқ

5162. Суякларда калсий камайиши ҳисобига уларнинг кўп синиши билан кечадиган касаллик номи
артроз
ревматоид артрит
остеохондроз
остеопороз
спондилит

5163. Гериатрия – бу
кекса ва қари ёшдагиларда касалликлар кечишининг ўзига хослигини ўрганувчи фан
организм қариши ҳақида фан
кекса ва қари ёшдагиларда атрофдаги муҳитнинг таъсирини ўрганувчи фан
санаб ўтилганларни барчаси
санаб ўтилганларни биттаси ҳам эмас

5164. Кекса ёш ҳисобланади
45-59 ёш
60-74 ёш
75-89 ёш
90 ва ундан катта ёш
кекса ёшнинг аниқ чегараси йўқ

5165. Витаукт – бу жараён

санаб ўтилганларининг барчаси
организмни ҳаёт фаолиятини турғунлаштиради
тизимларни мустаҳкамлигини оширади
ҳаёт давомийлигини узайтиради
санаб ўтилганларни бирортаси ҳам эмас

5166. Ёш ўтган сари ўзгармайдиган кўрсаткичлар
онкотик босим
кўз ичи босими
ҳазм безлари фаолияти
жинсий аъзолар фаолияти
ички аъзоларнинг гормонларга сезувчанлиги

5167. Одам ҳаёт давомийлиги қандай
70 ёш
80 ёш
100 ёшдан ошиқ
90 ёш
100 ёш

5168. Физиологик қарилар деб ҳисоблаш мумкин
3-6 % кекса ва қари кишиларни
1-2% кекса ва қари кишиларни
7-10% кекса ва қари кишиларни
10-15% кекса ва қари кишиларни
тўғри жавоб йўқ

5169. Қарилик- бу
ёш ўтган сари кучайиб борувчи физиологик фаолиятларни етишмовчилиги натижасидаги қўпорувчи жараён
ҳаётни ҳақиқий келиб чиққан якуний даври
санаб ўтилганларни барчаси
ҳаёт давомийлигини узайтирувчи, фаолиятини турғунлаштирувчи жараён
санаб ўтилганларни биттаси ҳам эмас

5170. эрта қариликни энг кўп учрайдиган белгилари қуйидагилар, биттасидан ташқари
хотирани эрта ўзгаришлари
репродуктив фаолиятини пасайиши
юрак қон томир тизимининг адаптацион хусусиятларини пасайиши
иш қобилиятини ошиши
енгил чарчашлик

5171. Ёш ўтган сари капилляр тизимини ўзгаришлари қуйидагича
санаб ўтилганларни барчаси
фиброз ривожланиши
гиалин ўсиб кетиши
қон томир ёруғлигини облитерацияси
фаол капиллярлар миқдорини камайиши

5172. Ёш ўтган сари артериал босим ошмайди
систолик
диастолик
пулс
ўрта-динамик
ён

5173. Ёш ўтган сари миокардда ривожланади
санаб ўтилганларни барчаси
авж олиб борувчи миокардиосклероз
миокард мушак толаларининг атрофияси
миокард мушак толаларининг уяли гипертрофияси
санаб ўтилганларни биттаси ҳам эмас

5174. Кекса ёшдаги беморларда пневмония ривожланишигақуйидаги олиб келади
чарчаш
қизиб кетиш
ётоқ тартиб
стресс
жисмоний зўриқиш

5175. Қарилик бу биологик жараён, олиб келади қуйидагига
фаолиятни ва мослашишни пасайишига
фаолиятни кучайишига
ички аъзолар атрофиясига
иш қобилиятини кучайишига
мослашишни кучайишига

5176. Кекса ва қари ёшдаги беморларга уйқусизликда тавсия этилади
бромидлар
пустирник настойкаси
барбамил
фенобарбитал
ангиопротекторлар

5177. Кексалар артериал қон босимини ўлчаш тавсия этилади
ўнг ёнбошга ётганда
жисмоний юкламадан сўнг
ҳолати аҳамиятга эга эмас
ўтирган ҳолатда
чап ёнбошга ётганда

5178. Қари ва кекса ёшдагиларда артериал гипертензиянинг асосий сабаби
ўткир гломерулонефрит
сурункали гломерулонефрит
атеросклероз
ўткир бронхит
ўткир пневмония

5179. Қари ва кекса ёшдагиларда гипертоник криз бошданади
тўсатдан
аста-секин
ҳеч қандай қонуниятларсиз
продромал даврлар билан
стресcдан кейин

5180. Қаришга олиб келади
касалликлар
фаровон турмуш
яхши молиявий аҳвол
таQSимланган жисмоний юкламалар
генетик омиллар

5181. Ҳазм аъзоларининг қариши намоён бўлади
иштаҳанинг ошиши билан
жигар санчиқлари пайдо бўлиши билан
таъм сезишнинг ошиши билан
таъм сезишнинг камайиши билан
ферментатив жараёнлар ошиши билан

5182. МНТнинг қариши намоён бўлади
хотиранинг яхшиланишида
хотиранинг пасайишида
менингитларни пайдо бўлишида
ўқишга бўлган лаёқатнинг ошишида
уйқунинг яхшиланишида

5183. Қари ва кекса ёшдагиларда уйқу бузилишининг асосий сабаби
тез-тез уйқудан олдин сайр қилиш
«игнабаргли» ванналар
кундузлари ухлаш
ухлатувчи ва тинчлантирувчи воситаларга ўрганиб қолиш
ҳансираш

5184. ДПМ ларда кекса ва қари ёшдаги беморлар билан содир бўладиган бахтсиз ҳодисаларнинг асосий сабаби
палата ва коридорларнинг яхши ёритилганлиги
қариндошларнинг келиши
мувозанат ва координациянинг бузилиши
ҳаракатланишнинг сезиларли фаоллиги
жамоат жойларида суяниш учун мосламаларнинг бўлиши

5185. Қаришни тезлаштирувчи омил
депрессия
фаровон турмуш
молиявий тўлақонлик
ишидан қониқиш
ҳисларини яширмаслик қобилияти

5186. Ичакдан калсий сўрилишини тезлаштириш учун ишлатилади
калсий дозасини етарлилиги
калситонин препаратлари
витаминлар
витамин Д препаратлари
темир препаратлари

5187. Кекса беморларда овқатланиш бўйича тавсиялар
юқори калорияли овқатларни истеъмол қилиш
ҳайвон ёг`ларини истеъмол қилиш
углеводларни кўп миқдорда истеъмол қилиш
овқат таркибида витаминларни чеклаш
4-5 марта оз-оздан овқат қабул қилиш

5188. Кексаларда миокард инфарктини клиникасини ўзига хослиги
оғриқ интенсив
яққол клиника билан кечмайди
оғриқ типик кечади
оғриқ одатдаги жойда жойлашади
оғриқ одатдаги соҳаларга тарқалади

5189. Кексаларда калорияли овқатланишга бўлган талаб
катта ёшдагилар билан бир хил талабда
ошади
камаяди
аҳамиятга эга эмас
болалар билан бир хил талабда

5190. Қари ва кекса ёшдагиларда гипертоник кризни даволаш дори препатларини қай тарзда бериш билан бошланади
вена ичига
мушак ичига
тери остига
тил остига
интратрахеал

5191. Қари ва кекса ёшдагиларда гипертоник кризни даволашда қайси дори воситасидан қўлланилади
анаприлин
клофелин
пентамин
морфин
нифедипин (коринфар)

5192. Қари ва кекса ёшдагиларда миокард инфарктида юзага келадиган энг асосий муаммо
бош оғриши
иситма
юрак уриб кетиши
нафас қисиши
йўтал

5193. Қари ва кекса ёшдагиларда миокард инфарктида оғриқ интенсивлигини пасайишини сабаблари
яллиғланиш реаксияларини кучайиши
оғриқ сезгирлиги поғанасини ошиши
яллиғланиш реаксияларини пасайиши
оғриқ сезгирлиги поғонасини пасайиши
қон ивиш тизими омиллари фаолиятини ошиши

5194. Ревматоид артритда қайси бўғимлар эрта шикастланади
проксимал фалангалараро бўғимлар
елка бўғими

сон -чаноқ бўғими
билак бўғими
кафт бўғими

5195. Ревматоид артритнинг ИИ босқичига хос рентгенологк ўзгаришлар
остеопороз
яккаланган нақшланиш (узура)
тоғай ости остеосклерози
анкилоз, бўғим чиқишлари
остеопороз, бўғим тирқишини торайиши

5196. Ревматоид артритнинг ИИИ босқичига хос бўлмаган рентгенологк ўзгаришлар
остеоартроз
тоғай ва суякларни ифодаланган емирилиши
тирсак девиацияси
кўп миқдордаги нақшланишлар, ярим чиқишлар
бўғим тирқишини кучли торайиши

5197. Ревматизмнинг иккиламчи профилактикасида бициллин-5 нинг тавсия қилинадиган миқдори ва давомийлиги
5 йил мобайнида сўнгги хуруждан кейин
1.500000 бирлик, кўзда ва баҳорда
1.500000 бирлик, йил давомида ҳар ойда
1.200000 бирлик, кўзда ва баҳорда
1.200000 бирлик, йил давомида ҳар ойда

5198. Ревматизмнинг яширин кечишини даволашда қўлланиладиган танлов препарат
преднизалон
бициллин-5
делагил
кризанол
Д-пеницилламин

5199. Ревматоид артритда юрак зарарланганда қуйидаги юрак порокларидан қайсилари кузатилади
аортал стеноз
митрал стеноз
аортал клапан етишмовчилиги
митрал клапан етишмовчилиги
ўпка артерияси стенози

5200. Ревматоидли артрит 2- фаоллик даражасида УАШ диспансеризация ўтказади

йилига 1 марта
ҳар ойда
йилига 2 марта
ҳар 10 кунда
икки йилда бир марта

5201. Қуйидаги касалликлардан қайси бирларида ички аъзолар нисбатан камроқ зарарланади
системали қизил волчанка
ревматоид артритнинг виссерал тури
дерматомиозит
ревматоид артрит
системали склеродермия

5202. Серонегатив ревматоид артритнинг бўғим синдроми учун хос хусусиятларни келтиринг, нотўғрисини танланг
кам ҳолларда жараёнга қўлнинг фалангалараро ва кафт-бармоқ бўғими қўшилади
кўп ҳолларда чаноқ-сон бўғими зарарланади ва асептик некроз ривожланади
рентгенологик – анкилоз эрозив жараёндан устунлик қилади
кўпинча икки томонлама сакроилеит аниқланади
тез ва эрта муддатларда кафт бармоқ бўғимлари жараёнга қўшилади

5203. Митрал қоРQоқлар етишмовчилигига қуйидаги аускултатив белгилар хос
юрак чўққисида систолик шовқин
ўпка артериясида систолик шовқин
юрак чўққисида диастолик шовқин
И тонни сусайиши
митрал қоРQоқлари осилиши шовқини

5204. Тизимли склеродермияга хос бўлган лаборатор текширувлар орасида аҳамиятга эга жавобни кўрсатинг
кесишган синдромлар, рейно, серозит
антинуклеар ва антисентромер антитаначалар
ДНК антигенларига қарши антитана ва антинуклеар омил
ревматоид омил, иммун тизимда танқислик, Иг фракцияларини ўзгариши
дискоидли югурдак, виссеритлар

5205. Васкулитни буйрак шаклига хос
буйрак соҳасидаги доимий оғриқ
тана ҳароратини кўтарилиши ва лейкоцитоз
ўткир ва сурункали гломерулонефрит белгилари билан, гемотурия, протенурия, силиндрурия

оғриқни бошқа аъзоларга кўчиши
доимий бош оғриғи билан гематурия

5206. Тугунчали периартериитда характерли томирлар зарарланиши
аорта қон томири
катта артериялар
кичик ва ўрта ҳажмли артериялар
аорталар ва уларнинг шохлари
веналар

5207. УАШ қабулига 16 ёшли бемор юқори температура шикоятлари билан мурожаат қилди, бўғимларда оғриқ, юзида қизил тошмалар. Кўрикда тарқалган шишлар, сийдикни умумий таҳлилида юқори протеинурия. Сизнинг тахминий ташхисингиз
тизимли қизил югурдак
тизимли склеродермия
дерматомиозит
тугунчали периартериит
Такаясу касаллиги

5208. Тизимли қизил югурдак касаллигида буйрак биопсиясида қандай ўзгаришлар кўринади
гемотоксил таначалар
капиллярлардан ажраладиган амилоидлар
капиллярлар «судралувчи илмоқ» мембраналар кўринишида
базал мембранада иммуноглобулин комплекслар тўпланиши
буйрак коптокчалари

5209. Тугунчали периартериит касаллигини ривожланишида муҳим рол ўйнайди
совқотиш
бактериал инфексия
овқатланиш баланси бузилиши
Иммунореактивликнинг генетик детерминирланган ўзгариши
стресс

5210. Тугунчали периартериит касаллигида буйракда қандай кўринишдаги шикастланиш содир бўлади
интерстициал нефрит
сурункали пиелонефрит
тарқоқ гломерулонефрит
каналчалар дисфункцияси
амилоидоз

5211. Тугунчали периартериит касаллигида асаб тизими шикастланганда пайдо бўладиган симптомлар (ортиқчасини кўрсатинг)
бош айланиши
хотира пасайиши
юришнинг қийинлашиши
ҳушдан кетиш
ретроград амнезия

5212. Тугунчали периартериит касаллигини клиник вариантлари, қуйидагидан ташқари
секин авж олувчи
классик (буйрак-виссерал, буйрак-полиневритик)
тери – тромбоангитик
тез авж олувчи
фақат терини зарарланиши

5213. Носпесифик аортоартериит клиникасига хос
ўтиб кетувчи oQSoқлик
юракни зарарланиши
қабзият
оёқларда қон босимини паст бўлиши
доимий ҳансираш

5214. Геморрагик васкулит яна қандай ном билан аталади
Такаясу касаллиги
капилляротоксикоз
анафилактик пурпура
геморрагик диатез
Шенлейн- Генох пурпураси

5215. Геморрагик васкулит асосан қанақа ёшларда учрайди
қарияларда
ўрта ёшлиларда
10 ёшгача
20 ёшгача
1 ёшгпача болаларда

5216. Тугунчали периартериит кечиш турлари
фаол, нофаол, склеротик
классик, астматик, моноорганли
хаVFсиз, секин авж олувчи, ресидивланувчи, тез авж олувчи, ўткир
секин ривожланувчи, тез ривожланувчи, ўткир
пароксизмал, ёмон сифатли

5217 . Тугунчали периартериитда эндокрин системасидаги ўзгаришларни кўрсатинг
тиреотоксикоз, кўп терлаш
ойсимон юз, семизлик
полидипсия, полиурия
орхит, эпидидимит
гипотериоз, гинекомастия

5218.Тугунчали периартериит ташхиси тасдиқланади
3та катта ва 2та кичик
2та катта ва 3 та кичик мезонлар
кичик мезонлар
1 катта, битта кичик мезон
2 та катта, 1 та кичик мезон

5219. Геморрагик васкулитни шаклларини кўрсатинг
сийдик, қорин, бўғим
тери, бўғим, қорин, буйрак, аралаш
ўпка, буйрак, жигар
ўпкали – юрак
ўткир, ўткир ости, сурункали

5220. Ревматоид артрит касаллигини ИИ босқичига хос рентгенологк ўзгаришлар
остеопороз
тоғай ости остеосклерози
анкилоз, бўғим чиқишлари
остеопороз, бўғим тирқишини торайиши
яккаланган нақшланиш (узура)

5221. ҚВП шароитила ревматоидли артрит касаллигини 2- фаоллик даражасида УАШ диспансеризация ўтказишлар сонини белгиланг
йилига 2 марта
йилига 1 марта
ҳар ойда
ҳар 10 кунда
икки йилда бир марта

5222. Юракни сурункали ревматик касаллигидаги митрал қоРQоқни етишмовчилигига қуйидаги аускултатив белгилар хос
юрак чўққисида систолик шовқин
ўпка артериясида систолик шовқин
юрак чўққисида диастолик шовқин

митрал қоРQоқларни осилиши шовқини
И тонни сусайиши
аортада систолик шовқин

5223. Ревматоид артрит касллигида қайси бўғимларни эрта шикастаниши хос
елка бўғими
сон -чаноқ бўғими
билак бўғими
проксимал фалангалараро бўғимлар
кафт бўғими

5224. Ревматоид артрит касаллигининг ИИИ босқичига хос бўлмаган рентгенологек ўзгаришлар
остеоартроз
тоғай ва суякларни ифодаланган емирилиши
кўп миқдордаги нақшланишлар, ярим чиқишлар
тирсак девиацияси
бўғим тирқишини кучли торайиши

5225. ҚВП шароитида тизимли қизил югурдак касаллигини 2-фаоллик даражасида ўтказиладиган диспансер кузатувлар сонини кўрсатинг
йилига 1 марта
йилига 2 марта
ҳар ҳафтада
йилига 4 марта
ҳар ойда бир марта

5226. ҚВП шароитида тизимли склеродермия касаллигининг 2-фаоллик даражасида УАШ диспансеризация ўтказишлар сонини белгиланг
йилига 1 марта
ҳар ойда
йилига 2 марта
ҳар 10 кунда
икки йилда бир марта

5227.Тизимли склеродермия касаллигига хос бўлган лаборатор текширувлар орасида аҳамиятга эга жавобни кўрсатинг
кесишган синдромлар, Рейно, серозит
антинуклеар ва антисентромер антитаначалар
ДНК антигенларига қарши антитана ва антинуклеар омил
ревматоид омил, иммун тизимда танқислик, Иг фраксияларини ўзгариши
дискоидли югурдак, виссеритлар

5228. ҚВП шароитида тизимли қизил югурдак касаллигига шубҳа бўлганда УАШ тактикаси
мавжуд клиник ва лаборатор текшириш усулларидан фойдаланиб диагнозни аниқлаш ва беморни ихтисослаштирилган бўлимга юбориш
беморни амбулатор даволаш
уй шароитида даволашга ҳаракат қилиш
мутахассис маслаҳатига юбориш ва амбулатор даволаш
беморга санаторияда даволашга тавия этиш

5229. Тугунчали периартериит касаллигига хос бўлган томирлар зарарланиши
катта артериал қон томирлари
аорта қон томири
кичик ва ўрта хажмли артериялар
аорталар ва уларнинг шохлари
веналар

5230. Деформацияловчи остеоартроз касаллигига хос бўлмаган белгилар, қуйидагидан ташқари
бўғимда совуқ шишлар шаклланиши
икки томонлама сакроилеит
старт оғриқлар, блокловчи оғриқлар
пассив ҳаракатлар чегараланганлиги
бўғимда суюқлик тўпланиши

5231. 23 ёшли эркак тизза ва болдир товон бўғимларидаги оғриқларга шикоят килади, тана ҳарорати 37.5°С гача кўтарилади, сийиши оғриқли, уретрадан йирингли ажралмалар. Ҳозирги пайтда сурункали гонорея диагнози билан тери-таносил касалликлари диспансерида даволанмоқда.Беморда қандай касаллик борлиги тўғрисида ўйлаш лозим
гонококкли уретрит
рейтер синдроми
гонококкли полиартрит
ревматик ҳужум
ревматоидли полиартрит

5232. Носпесифик аортоартериит қандай касаллик
бош мия артерияларини зарарланиши
аорта ва уни асосий тармоқларини грануляматоз яллиғланиши
сон артериясини зарарланиши
буйрак артериясини зарарланиши
майда қон томирлар зарарланади

5233. ҚВП шароитида ревматизм касаллигини текширишни 2- тоифа хизматини ахборотли усулига киради
бўғимларни рентгени
офталмоскопия
С-РО(С-ректив оQSил)
пикфлурометрия
қонда РО(ревмо омил) аниқлаш

5234. Бехтерев касаллиги учун танлов препарати бўлиб ҳисобланади
олтин препаратлари
кортикостероидлар
тетрасиклин гуруҳидаги антибиотиклар
антифиброз препаратлар
антигистамин дори воситалари

5235. ҚВП шароитида тизимли склеродермия касаллигини текширишни 1 тоифа хизматини ахборотли усулига киради
ЕхоКГ
АСЛ-О текшириш
оQSил ва фракцияси
умумий қон таҳлили
қонда глюкоза

5236. ҚВП шароитида тизимли склеродермия касаллигини текширишни 2- тоифа хизматини ахборотли усулига киради
ЕхоКГ
АСЛО текшириш
тери биопсияси
оQSил ва фракцияси
қонда глюкоза

5237. ҚВП шароитида тизимли склеродермия касаллигини текширишни 1- тоифа хизматини ахборотли усулига киради, қуйидагилардан ташқари
мочевина
умумий қон таҳлили
умумий сийдик таҳлили
тери биопсияси
қонда ҳужайравий ва гуморал иммунитетни аниқлаш

5238. Тизимли склеродермия касаллигини текширишни 2- тоифа хизматларини ахборотли усулларига киради, қуйидагилардан ташқари

oQSил ва фраксияси
умумий қон таҳлили
умумий сийдик таҳлили
тери биопсияси
қонда ҳужайравий ва гуморал иммунитетни аниқлаш

5239. Қуйидаги касалликлардан қайси бирларида ички аъзолар нисбатан камроқ зарарланади
дерматомиозит
реактив артрит
системали қизил волчанка
ревматоид артритнинг виссерал тури
ревматоид артрит

5240. Юракнинг сурункали ревматик касаллигининг ИИИ фаоллик даражасида қайси дори воситаси қўлланилади
сипрофлоксацин
гентамицин
пенициллин
преднизолон
диклоберл

5241. Ўткир ревматик иситма касаллигини ҚВП шароитида бирламчи профилактикасига киради, қуйидагидан ташқари
инфексия ўчоқларини санация қилиш
инфексион омилларни бартараф қилиш
соғлом турмуш тарзига риоя қилиш
профилактик эмлаш ўтказиш
стресслардан сақланиш

5242. Ревматоидли артрит касллигини виссерал шаклида кўпроқ қайси ички аъзо шикастланади
простата бези
буйрак
юрак
талоқ
ўпка

5243 . Ўткир ревматик иситма касаллигини бирламчи профилактикасига кирувчи чора-тадбирлардан бирини кўрсатинг
ГКС препартлар билан даволаш
соғлом турмуш тарзи бўйича маслаҳатлар бериш

иммунфаол дориларни буюриш
НЯҚДВ билан даволаш
рационал овқатланиш

5244. ҚВП шароитида ревматоид артрит касаллигини 3.1 тоифа хизматини кўрсатинг
пикфлоуметрия
бўғимларни рентгени
умумий қон таҳлили
ЕхоКГ
холестирин

5245. Юракни сурункали ревматик касаллигининг катта мезонларига кирмайди, қуйидагидан ташқари
иситмалаш
артралгия
алопеция
кардит
тери зарарланиши

5246. Ёш эркакда қуйидаги бўлганда Бехтерев касаллигига шубҳа қилиш мумкин
белда қотиб қолиш ҳисси ва рентгенда сакроилеит манзараси кузатилса
бўғимларда кўчиб юрувчи оғриқлар кузатилса
рентгенда бўғимлар нақшланиши аниқланса
бемор аллопецияга шикоят қилса
артралгия

5247. Сурункали юракни ревматик касаллигининг катта мезонларига қуйидаги кирмайди
кардит
иситмалаш
артралгия
алопеция
иситмалаш

5248. ҚВП шароитида ревматод артирит касаллигини текширишни 3.2 тоифа хизматига кирмайди
АСЛО
ревмофактор
бўғимлар рентгени
қонда канд миқдори
С- реактив оQSил

5249. Ревматоид артрит касаллигига хос бўлмаган лаборатор ўзгаришлар

С-реактив оQSилнинг ошиши
АСЛО ни ошиши
РФ топилиши
серомукоидларни ошиши
ЕЧТ ошиши

5250. Ревматоид артрит касаллигига хос бўлган лаборатор ўзгаришлардан бири сийдикда оQSилни топилиши
антистрептолизин-О нинг титрини камайиши
еозинофилия
РФ топилиши
ҲЛА -Б27 мусбат бўлиши

5253. Подагрик артритнинг ўткир хуружига хос
йирик бўғимларнинг зарарланиши
бўғим устидаги терининг қизариб туриши
бўғимнинг яллиғланиши касалликнинг биринчи куни чўққисига етади
елка бўғимининг зарарланиши
бўғимларнинг симметрик икки томонлама зарарланиши

5254. Подагра учун характерли клиник белгини аниқланг
тугунчали эритема
дистал фалангалараро бўғимларнинг полиартрити
тофуслар
пиурия
Геберден тугунлари бўлиши

5255. Системали қизил волчанкани даволашда қўлланиладиган асосий патогенетик препарат гуруҳини санаб беринг
антибиотиклар
ГКС
прокинетиклар
витамин Б гуруҳи
фиброзга қарши дори воситалари

5256. Ревматизмнинг катта мезонларига қуйидагилар кирмайди
кардит
артралгия
иситмалаш
хорея
полиартрит

5257. Подагра ўткир хуружини даволашда қўлланилади
преднизолон
фиброзга қарши дори воситалар
антибиотиклар
ситостатиклар
НЯҚВ

5258. Тизимли қизил югурдак касаллигида кузатиладиган теридаги ўзгаришга киради
петихиал тошмалар оёқларда
қўллардаги симметрик тошмалар
томир бўйлаб жойлашган оғриқли тугунчалар
томирли «капалаклар»
оёқлардаги симметрик тошмалар

5259. Тизимли қизил югурдак касаллигини ҚВП шароитида иккиламчи профилактикаси
инсоляциядан сақланиш
инфексион омиллардан сақланиш
норационал дори воситаларини қабул қилмаслик
касалликни фаоллиги ва кечишига монанд дори воситаларни қабул қилиш
касалликни асоратларини даволаш

5260. Бел умуртқалари остеохондрозида илдизчали синдромга хос, қуйидагилардан ташқари
бел – думғаза соҳасидаги оғриқ (люмбаго) оёққа иррадиацияси билан (люмбоишиалгия)
нейтрофилли лейкоцитоз
мусбат Ласега симптоми, илдизчага тегишли паравертебрал соҳа палпациясида оғриқли
бел лордозининг текисланиши
умуртқа ҳаракати чегараланиши, бел мушакларини тонусини бир томонлама ошиши

5261. Остехондрозни қўзиш даври давосида қўлланилмайди
ёток режими
аналгетиклар
тетрасиклин қатори антибиотиклари
яллиғланишга қарши воситалар
паравертебрал новакаинли блокада

5262. Остеохондроз ремиссия даври давосида қўлланилмайди
даволовчи жисмоний тарбия,массаж
витамин Б-гуруҳ
санатор-курорт даво

НЯҚВ
физиотерапия

5263. Ревматизмнинг кичик критерийларига кирмайди
ревматик иситма
полиартрит
ЕЧТ нинг ошиши
С-реактив оQSилнинг пайдо бўлиши
артралгия

5264. “Тиланчи позаси”, рентгенологик “бамбук таёқчаси” симптоми қайси касаллик учун характерли
ДОА
ревматоид артрит
Бехтерев касаллиги
Ревматизм
системали склеродермия

5265. 48 ёшли аёл проксимал фалангалараро бўғимларда оғриқ, эрталабки карахтлик, шиш ва деформацияларга шикоят қилади. Сизнинг ташхисингиз?
реактив артрит
ревматоидли артрит
Бехтерев касаллиги
ревматизм
ДОА

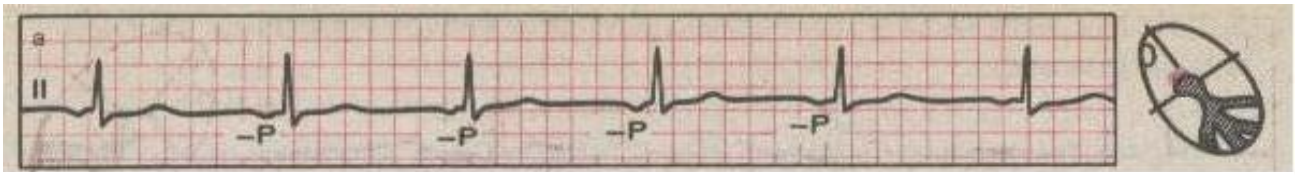
5266. Подагра учун эффектив бўлган дорилар, қуйидагидан ташқари
колхисин
аллопуринол
индометасин
пробенисид
антибиотиклар

5267. РА ни 4-стадияси учун характерли эмас
яккаланган нақшланиш
анкилоз
остеопороз
кўплаб нақшланиш
бўғим ёриқларини торайиши

5268. Рейтер касаллигининг этиологиясида аҳамиятли
Б-гемолитик стрептококк

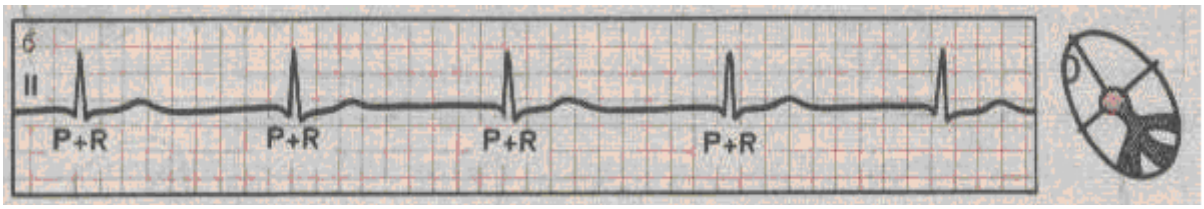
А2 грипп вируси
химик токсик моддалар
хламидия
қизилча вируси

5269. 72 ёшли беморнинг эКГ сида қандай ритм бузилишларини кўрмоқдасиз:



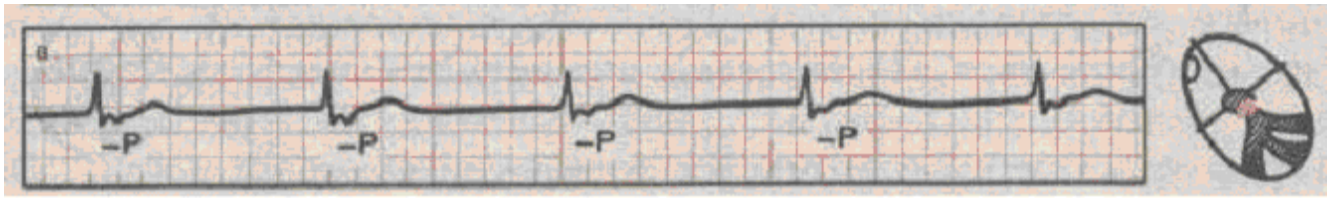
А. бўлмача пастидан ритм
Б. синусли ритм
С. идиовентрикуляр ритм
Д. АВ бирикма пастидан атриовентрикуляр ритм
Е. ритм бошқарувчисини миграцияси

5270. 74 ёшли беморнинг эКГ сида қандай ритм бузилишлари аниқланади:



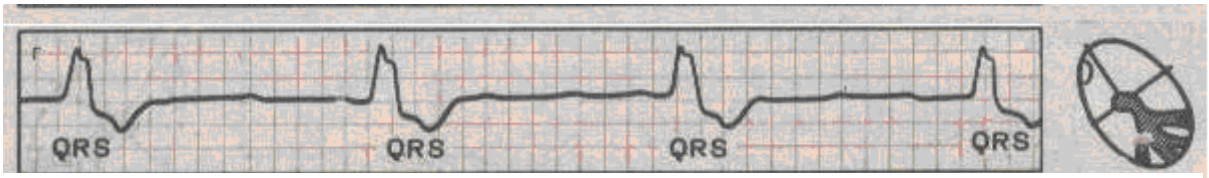
А. идиовентрикуляр ритм
Б. синусли ритм
С. ҳилпилловчи аритмия
Д. бўлмача ўртасидан ритм
Е. АВ бирикманинг ўрта қисмидан атриовентрикуляр ритм

5271. 65 ёшли беморнинг эКГ сида қандай ритм бузилишлари аниқланади:



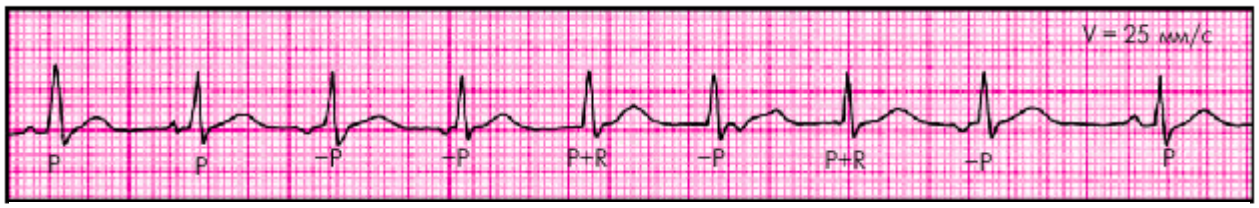
А. АВ бирикманинг пастки қисмидан атриовентрикуляр ритм
Б. ҳилпилловчи аритмия
С. синусли ритм
Д. бўлмача пастидан ритм
Е. идиовентрикуляр ритм

5272.Агонал ҳолатда бўлган 84 ёшли беморнинг эКГ сида қандай ритм бузилишлари аниқланади:



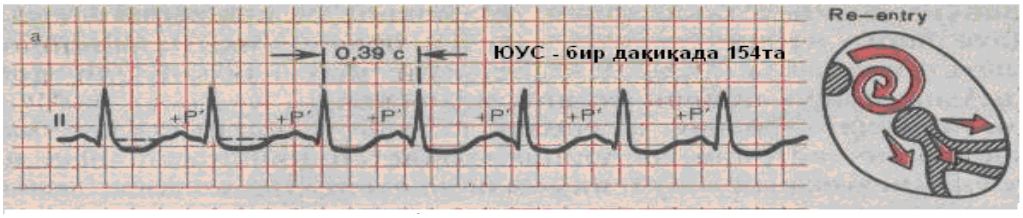
А. ҳилпилловчи аритмия
Б. синусли ритм
С. бўлмачалар ритми
Д. атриовентрикуляр ритм
С. идиовентрикуляр ритм

5273. эКГда қандай ритм бузилишлари аниқланади:



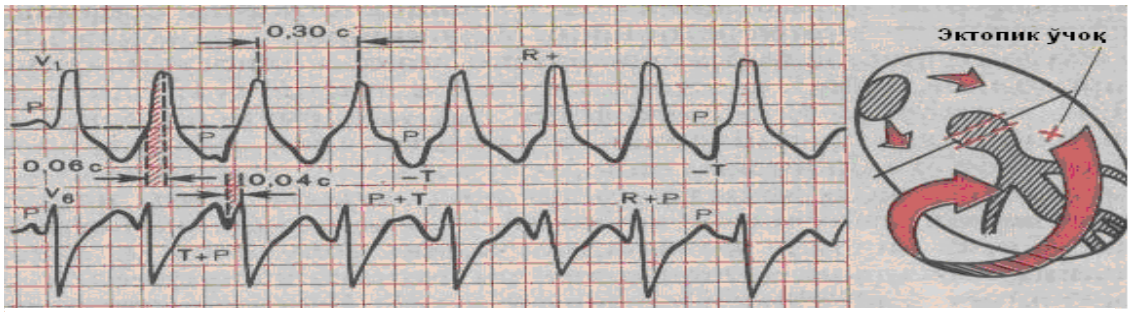
А. ритм бошқарувчисини миграцияси
Б. атриовентрикуляр ритм
С. синусли ритм
Д. ҳилпилловчи аритмия
Е. бўлмачалар ритми

5274. Келтирилган эКГ да қандай ритм бузилишлари аниқланади:



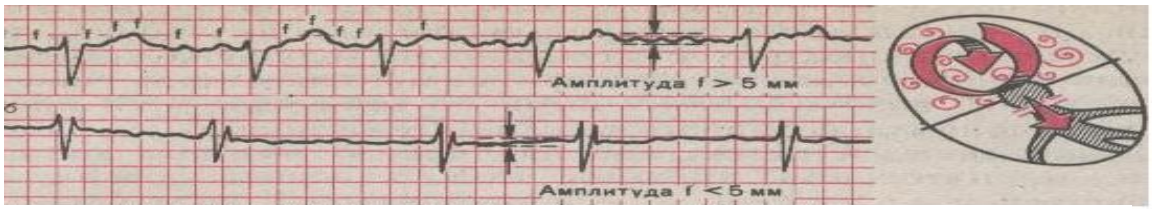
А. ҳилпилловчи аритмия
Б. атриовентркуляр пароксизмал тахикардияси
С. бўлмачалар пароксизмал тахикардияси
Д. бўлмачалар титраши
Е. қоринчалар пароксизмал тахикардияси

5275. эКГ даги аритмия турини кўрсатинг:



А. бўлмачалар титраши
Б. атриовентркуляр пароксизмал тахикардия
С. ҳилпилловчи аритмия
Д. қоринчалар пароксизмал тахикардияси
Е. бўлмачалар пароксизмал тахикардияси

5276. эКГ даги аритмия турини кўрсатинг:



А.ҳилпилловчи аритмия
Б. атриовентрикуляр пароксизмал тахикардия
С. қоринчалар пароксизмал тахикардияси
Д. бўлмачалар. титраши
Е. бўлмачалар пароксизмал тахикардияси

5277. Қуйидаги ўзгаришлар қайси касалликга хос :

А. гемофилияга
Б. тромбоцитопеник пурпурага
С. ревматоид артритга
Д. геморрагик васкулитга
Е. оёқ кафти жароҳатига

5278. Келтирилган кўриниш кексалардаги қайси касалликга хос:

А. псориатик артритга
Б. ревматоид артитга
С. деформациялашган артрозга
Д. қариялар артропатияси
Е. реактив артритга

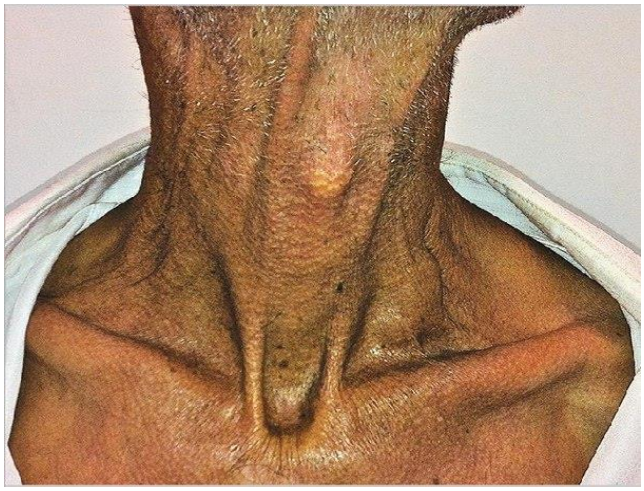
5279. Келтирилган манзара кекса ва қари ёшдаги беморларнинг қайси касаллигига хос:

А. ре
Б. под
С. ревматик артитга
Д. реактив артритга
э. деформацияловчи остеоартрозга

5280. Қайси касалликкахос

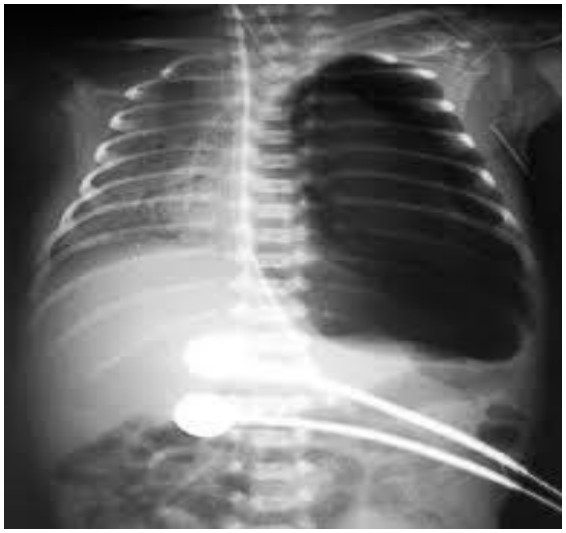
тугунчали периартериит
дерматомиозит
геморрагик васкулит
носпесифик аортоартериит
реактив артрит

5281. Қайси касалликка хос



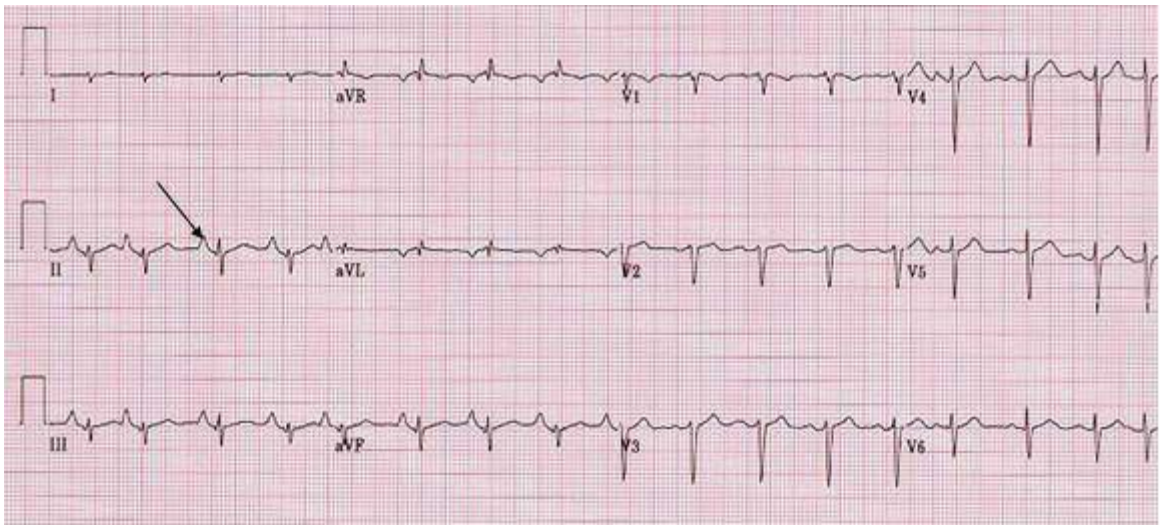
рейтер
Такаясу
тизимли периартериит
Лериш
тизимли қизил югурдак

5282. Ушбу расмда кўрсатилган қайси ҳолат ўткир ўпкали юракка олиб келади?



ўпка поликистози
клапанли пневмоторакс
бронхоектатик касаллик
қуруқ плеврит
тугунчали периартериит

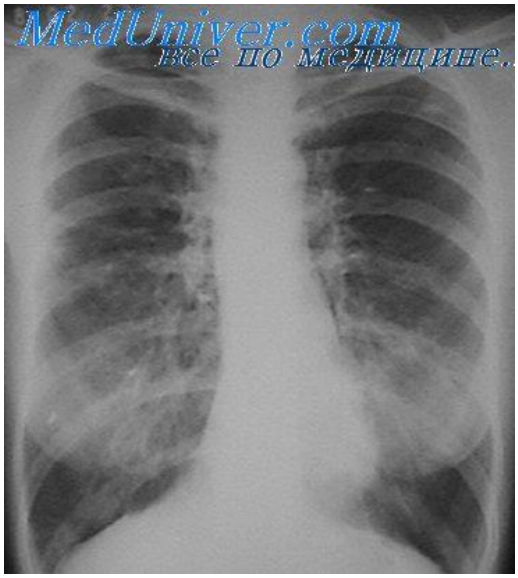
5283. Сурункали ўпкали юракдаги ЕКГга хос ўзгаришни кўрсатинг



електр ўқини ўнгга силжиши
П - пулмонале
електр ўқини чапга силжиши
чап бўлмачани гипертрофия белгилари

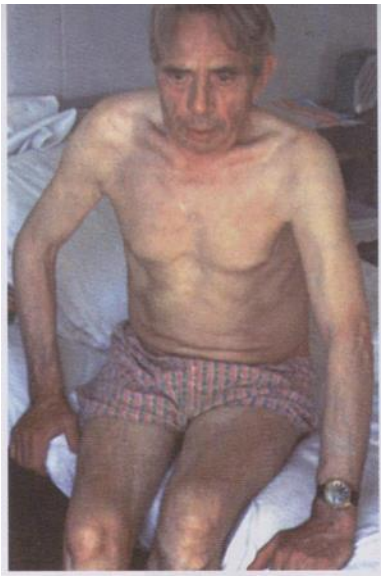
чап қоринчани гипертрофия белгилари

5284. Ушбу расмда пневмонияни қайси асорати кўрсатилган?



пневмоторакс
ўпка артериясини тромбоэмболияси
ўпка. емфиземаси (компенсатор)
Гутпасчер синдроми
нафас йетишмовчилиги

5285. Ушбу ҳолат қайси касалликка хос



А. бронхоектаз касаллиги
Б. ўпканинг сурункали обструктив касаллиги
С. бронхиал астма

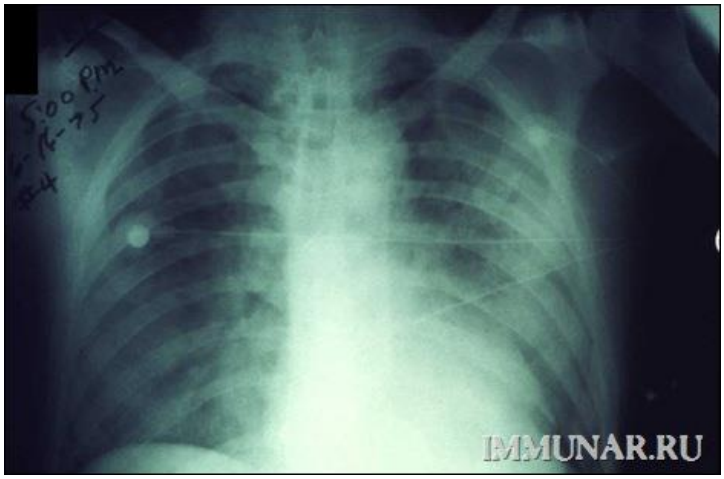
Д. пневмония
Е. алвеолит

5286. Ушбу расмдаги ҳолат ўпканинг сурункали обструктив касаллигининг қайси типига хос

А. эмфизематоз тип
Б. бронхитик тип
С. эмфизематоз тип ва бронхитик тип
Д. аралаш тип
Е. рестриктив тип

5287. Қуйидаги ренген картинада қайси ўпка касаллиги тасвирланган

А. бронхиал астма
Б. ўчоқли пневмония
С. сурункали бронхит.
Д. экссудатив плеврит
Е. алвеолит
5288. Ренгенда нима тасвирланган



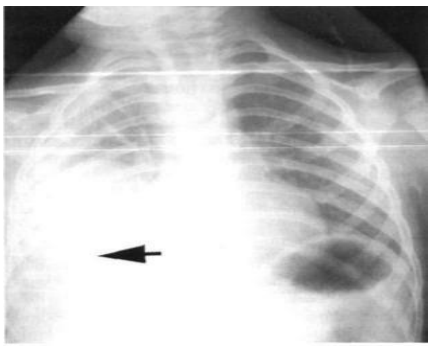
А. ўпка сурати кучайган,қовурғалар оралиғи кенгайган,

Б. диафрагма пастга тушган,ўпка чегаралари кенгайган,ўпка экскурсияси камайган

С. ари уяси белгиси,қовурғалар оралиғи торайган,диафрагма юқорига кўтарилган

Д. ўпка илдизи кенгайган, интенсив бўлмаган соя

5289. Қуйидаги расмда нима тасвирланган



плевра эмпиемаси

ўпка сили

парапневматик плеврит

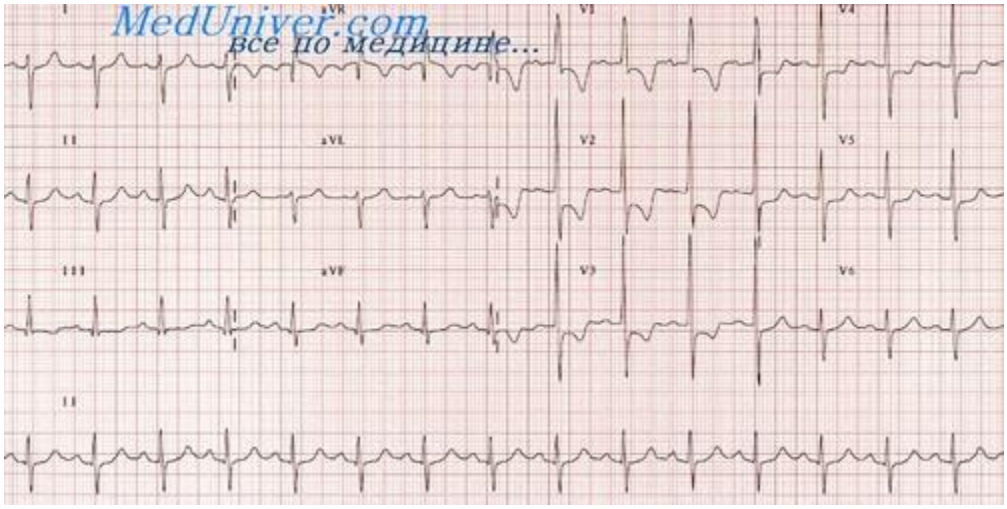
бронхиал астма

крупоз пневмония

5290. Қуйидаги расмда нима тасвирланган?

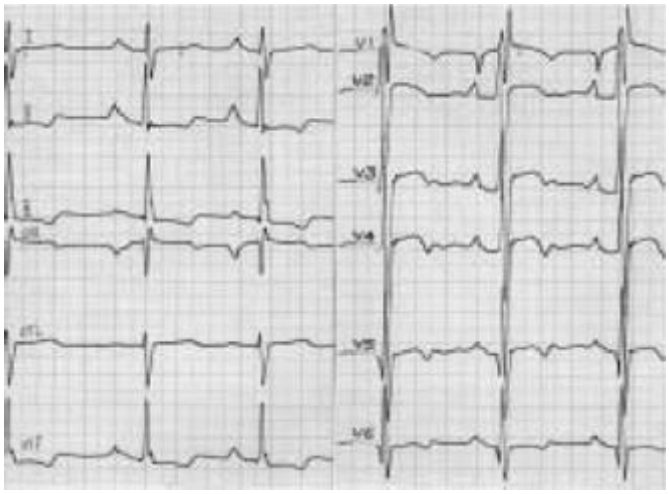
бронхоектатик касаллик
пневмосклероз
пневмония
бронхиал астма
милиар сил

5291. Қуйида қайси ҳолат тасвирланган?



чап қоринча гипертрофияси
гисс тутами ўнг оёқчаси блокадаси
қоринчалар тахикардия
ўнг қоринча гипертрофияси
ҳеч қандай патологик ўзгаришлар йўқ

5292. эКГ ни шарҳланг



П-пулмонале
ИИ,ИИИ,aVF,В1-В3П тишча баланд ва ўткир учли
П-митрале

чап қоринча гепертрофияси

5293. Бирламчи профилактикага таъриф беринг
касаллик сабабларини йўқотиш йўли билан унинг келиб чиқишининг олдини олиш ва хаVF омилларини чегаралашга қаратилган чора-тадбирлар мажмуаси
хаVF омилларини йўқотиш, касаллик ёки организмдаги ўзгаришларни эрта муддатларда аниқлаб, уларнинг кучайишини олдини олиш, секинлашишига йўналтирилган чора-тадбирлар мажмуаси
касаллик зўрайишини олдини олишга, ишга яроQSизлик ҳолатини олдиниолиш, тиббий тиклашга йўналтирилган чора-тадбирлар
касалликнинг патофизиологик механизмларига таъсир қилиш чора-тадбирлар мажмуаси.
касаллик асоратларини олдини олган ҳолда хаVFли омилларни чегаралашга қаратилган чора-тадбирлар мажмуаси.

5294. Иккиламчи профилактикага таъриф беринг
касаллик зўрайишини олдини олишга, ишга яроQSизлик ҳолатини олдини олиш, тиббий тиклашга йўналтирилган чора-тадбирлар
касаллик сабабларини йўқотиш йўли билан унинг келиб чиқишининг олдини олиш ва хаVFли омилларини чегаралашга қаратилган чора-тадбирлар мажмуаси
хаVF омилларини йўқотиш, касаллик ёки организмдаги ўзгаришларни эрта муддатларда аниқлаб, уларнинг кучайишини олдини олиш, секинлашишига йўналтирилган чора-тадбирлар мажмуаси
касалликнинг патофизиологик механизмларига таъсир қилиш чора-тадбирлар мажмуаси.
касаллик асоратларини олдини олган ҳолда хаVFли омилларни чегаралашга қаратилган чора-тадбирлар мажмуаси

5295. Училамчи профилактикага таъриф беринг
касаллик зўрайишини олдини олишга, ишга яроQSизлик ҳолатини олдини олиш, тиббий тиклашга йўналтирилган чора-тадбирлар
хаVF омилларини йўқотиш, касаллик ёки организмдаги ўзгаришларни эрта муддатларда аниқлаб, уларнинг кучайишини олдини олиш, секинлашишига йўналтирилган чора-тадбирлар мажмуаси
касаллик сабабларини йўқотиш йўли билан унинг келиб чиқишининг олдини олиш ва хаVFли омилларини чегаралашга қаратилган чора-тадбирлар мажмуаси
касалликнинг патофизиологик механизмларига таъсир қилиш чора-тадбирлар мажмуаси.
касаллик асоратларини олдини олган ҳолда хаVFли омилларни чегаралашга қаратилган чора-тадбирлар мажмуаси

5296. Юрак-қон томир касалликларини учламчи профилактикасини кўрсатинг
хафаконликка чалинган беморларни даволаш ва назорат қилиш
гипертония касаллигини эрта аниқлаш
юқумли касалликларни аниқлаш

ЮИКга чалинган беморларнинг реабилитацияси
ЮИКга чалинган беморларни ёғли овқатларни чеклаши

5297. Аҳоли ўртасида ўткир респиратор юқумли касалликларни бирламчи профилактикасини кўрсатинг
ўткир респиратор юқумли касалликларни эрта даволаш
ўткир респиратор юқумли касалликларни эрта асоратларини олдини олиш
етиологик омиллар билан курашиш ва организмни носпецефик резистентлигини кучайтириш
емперик антибактериал даво
яллиғланишга қарши даво

5298. Инфексияга боғлиқ бронхиал астманинг профилактикасида муҳим аҳамиятга эга?
соғлом турмуш тарзини кечириш
гипоаллерген парҳез
сурункали инфексия ўчоқлари санацияси
чекишга қарши чора тадбирлар
поливитаминли парҳез

5299. Юрак-қон томир касалликларини учламчи профилактикасини кўрсатинг
ЮИК ва семизликка чалинган беморларда статинлар қўлланилиши
артериал гипертензияли беморларни эрта аниқлаш
юқумли касалликларни аниқлаш
ЮИКга чалинган беморларни ёғли овқатларни чеклаши

5300. 2014 йил Ўзбекистон Республикасининг миллий эмлаш календарига қайси ваксина қўшилган
ХИБ
ротавирус ваксинаси
гепатит Ага қарши ваксина
паротитга қарши ваксина
қорин тифига қарши ваксина

5301. Болаларда профилактик эмлашнинг умумий қоидалари
ваксина юборишни умумий муолажа хонасида амалга ошириш
ваксина юборишни фақат махсус ўргатилган тиббий ходим бажариши
ваксина юборишни хоҳлаган тиббий ходим бажариши
емлаш куни боланинг умумий кўриги ва термометрияси

5302. Ҳеч қандай шикоят билдирмайдиган, анамнезида ва кўрик вақтида сурункали касалликлари ёки айрим аъзолар ва аъзолар системаси функсияси ўзгармаган шахслар қайси диспансер гуруҳга киради

«Д»-ИИИ-б
«Д»-ИИ
«Д»-ИИИ-а
«Д»-И
«Д»-ИИИ-в

5303. Анамнезида ўткир ва сурункали касалликларга эга бўлган лекин охирги йиллар давомида касаллик қўзиши кузатилмаган шахслар қайси диспансер гуруҳига киради
«Д»-ИИИ-б
«Д»-И
«Д»-ИИИ-а
«Д»-ИИ
«Д»-ИИИ-в

5304. Қайси ҳужжатларга асосланиб вақтинчалик меҳнатга лаёқацизлик билан касалланиш кўрсаткичи ўрганилади
тиббий амбулатор харита
ўткир ута юқумли касалликда тезкор хабар
мехнатга лаёкацизлик варақаси
стационардан чиқарув варақаси
диспансер кузатуви картаси

5305. Нечта болалар саломатлиги гуруҳлари мавжуд
3 гуруҳ
2 гуруҳ
5 гуруҳ
4 гуруҳ
6 гуруҳ

5306. Сурункали касалликларга эга бўлган субкоменсация давридаги болалар қайси саломатлик гуруҳига кирадилар
2 гуруҳ
4 гуруҳ
3 гуруҳ
5 гуруҳ
1 гуруҳ

5307. «Қийин беморлар» бу (ортиқчасини белгиланг)
кам шикоятлари бор беморлар
диагнози аниқланмаган бемор
ўз саломатлигига лоқайд бўлмаган бемор
бошқа ҳар хил шифокорларга кўп мурожаат қилувчи беморлар

даволаниш билан қониқмаган беморлар

5308. Ишчиларнинг меҳнатга вақтинчалик лаёқацизлик ҳисобот хужжати:
форма 16-ВН
статистик талон
ишчи ходимнинг персонал картаси
форма 30
тиббий амбулатор карта

5309. Вақтинчалик иш қобилиятини йўқотган шахсларни касалланишини ўрганишдаги асосий хужжат:
меҳнатга лаёқацизлик варақаси
ўта юқумли касаллик ҳақида шошилинч хабар
тиббий амбулатор карта
стационардан чиқарув варақаси
диспансер кузатуви картаси

5310. Ижтимоий ҳимояланмаган аҳолига қандай дастурлар ташкил қилинган (ортиқчасини белгиланг)
ТОРЧ инфексияси бор беморларни текин даволаш
туберкулёзга чалинган беморларни текин даволаш
инексион гиёҳвандларга текин шприцлар бериш
ВИЧ/ОИЦ га чалинган беморларни текин даволаш
жинсий йўл билан юқадиган касалликлар ва контрацепсия ҳақида маълумот бериш

5311. «Ўсмирлар» деб неча ёш оралиғидаги шахсларга айтилади
15 дан 24 ёшгача
15 дан 19 ёшгача
10 дан 24 ёшгача
7 дан 15 ёшгача
15 дан 22 ёшгача

5312. Одам саломатлигига қайси экологик омиллар таъсир қилади
тоза ичимлик суви
канализация
барча жавоблар тўгри
тоза ҳаво
инфраструктура ривожланганлиги

5313. Аҳоли саломатлигига таъсир этувчи омиллар
барча жавоблар тўғри
генетик омиллар

биологик омиллар
екологик омиллар
ижтимоий омиллар

5314. Касбий зарарли омилларни аниқлашда қуйидагиларга аҳамият бериш керак
ишчилар соғлиғи аҳволи
меҳнат шароити
ишчилар ёши
иш стажи
барча жавоблар тўғри

5315. Инфексион касалликларни ўрганиб чиқишда қайси ҳужжатлар асосий ҳисобланади:
ўта юқумли касаллик ҳақида шошилинч хабар
тиббий амбулатор картаси
мехнатга лаёқацизлик варақаси
диспансер кузатуви назорат картаси
касаллик тарихи

5316. Бошқариб бўладиган эндоген хаVF омилларига қуйидагилар киради
гиёҳвандлик
гормонал ўзгаришлар
алкоголизм
жинси
ёши

5317. Руҳий статусни аниқлашда қуйидагиларга аҳамият бериш зарур:
ес-ҳушнинг ҳолати
барчаси тўғри
хатти-ҳаракат
идрок этиш
фикрлаш

5318. Биринчи гуруҳ тўғри овқатланиш пирамидасига қайси маҳсулотлар киради
ёрмалар,гуруч, нон
мева ва сабзовотлар
сут ва сутли маҳсулотлар
гўшт, балиқ, тухум
ёғ, думба ва ширинликлар

5319. Иккинчи гуруҳ тўғри овқатланиш пирамидасига қайси маҳсулотлар киради
ёрмалар,гуруч, нон
мева ва сабзовотлар

сут ва сутли маҳсулотлар
гўшт,балиқ, тухум
ёғ, думба ва ширинликлар

5320. Учинчи гуруҳ тўғри овқатланиш пирамидасига қайси маҳсулотлар киради
сут ва сутли маҳсулотлар
мева ва сабзовотлар
ёрмалар,гуруч, нон
гўшт,балиқ, тухум
ёғ, думба ва ширинликлар

5321. Бешинчи гуруҳ тўғри овқатланиш пирамидасига қайси маҳсулотлар киради
мева ва сабзовотлар
гўшт,балиқ, тухум
сут ва сутли маҳсулотлар
ёғ, думба ва ширинликлар
ёрмалар,гуруч, нон

5322. Тўртинчи гуруҳ тўғри овқатланиш пирамидасига қайси маҳсулотлар киради
гўшт,балиқ, тухум
сут ва сутли маҳсулотлар
мева ва сабзовотлар
ёрмалар,гуруч, нон
ёғ, думба ва ширинликлар

5323. Аллергик ҳолатларни олдини олиш маQSадида қуйидаги воситаларни олиш тавсия қилинади:
витамин С
димедрол (ампула 1%)
преднизолон (ампула 30 мг)
валидол
зиртек (ситеризин)

5324. Чайқалиш белгиларини кўрсатинг
ҳамма жавоблар тўғри
муздек тер чиқиши
бош айланиши
кўнгил айниш, қусиш
нафас сиқиши

5325. Чайқалиш ва «денгиз» касалликларини даволаш чораларини кўрсатинг
ҳамма жавоблар тўғри

бетасерк қабул қилиш
антигистамин дориларни қабул қилиш
танани аниқ бир ҳолатда ушлаш
овқат , спиртли ва газли ичимликларни истеъмолини чеклаш

5326. Чайқалишнинг асосий сабабларини кўрсатинг
вестибуляр аппаратининг сустлиги
жинсга боғлиқлик
ёшга боғлиқлик
ёндош касалликлар мавжудлиги
семизлик

5327. Кана чақишини олдини олиш учун қуйидагиларга риоя қилиш зарур:
бута ва баланд ўтлардан узоқроқ юриш
енги узун, зич манжетали ва ёқали кийим ва шим устидан этик кийиш
ҳашоратларни ҳайдовчи махсус эритмалар, аерозол ва суртмалардан фойдаланиш
барчаси тўғри
тана терисини доимий кузатиш

5328. Саёҳат вақтида қуйидаги турда куйишлар кузатилиши мумкин:
термик куйиш
кимёвий куйиш
електр токи таъсирида куйиш
нур таъсирида куйиш
барчаси тўғри

5329. Тоғ касаллигини профилактикаси
тоққа секин кўтарилиш
тоққа тез чикиш
тоққа кечки пайт чиқиш
тоққа фақат кундузи чиқиш
тоққа чикаётганда спиртли ичимликлар қабул қилиш

5330. “Қийин беморлар” гуруҳига қандай беморлар киради
агония ҳолатида ётган беморлар
ўткир юрак етишмовчилиги билан оғриган беморлар
кўп ҳар хил шифокорларга мурожаат қилувчи беморлар
астматик статус ҳолатида ётган беморлар
ўткир инфаркт миокард кечираётган беморлар

5331. Ҳомиладор аёлни кўрикдан ўтказаётганда қандай хаVFли ҳолатлар ҳақида тушунтириш керак

АҚБни кутарилиши
ҳомилани кам қимирлаши
ҳомилани гипоксияси
қоринда чизиқлар (стриялар)пайдо бўлиши
сўлак оқиши

5332. Санитар маълумот беришнинг вазифалари
фақат бир хаVF омили билан ишлаш
иккиламчи касалланиш сабабларига таъсир қилиш
касалликнинг тарқалишини олдини олиш
касалликнинг этиологик омилларини аниқлаш
сурункали касалликлар билан ишлаш

5333. Чекишни ташлаш бўйича маслаҳат бериш усулларига қуйидагилар киради:
фақат кечаси чекишни одат қил
чекишни бир кун ичида ташла
чекишни қийин ва ёқимсиз машғулотга айлантиринг
тамакини доим ўзинг билан олиб юр, аммо чекма
фақатгина стресс ҳолатларида тамакидан фойдалан

5334. Ўткир тоғ касаллигининг кўринишлари
миянинг юқори тоғли шиши
юқори тоғли гипотония
юқори тоғли гипертония
юқори тоғли ўткир психоз
юқори тоғли шок

5335. Қайси касалликлар ўхшаш (ёлғончи) касалликлар тоифасига киради:
холецистит
систит
гастрит
НЦД
ангина

5336. Қайси касалликлар ўхшаш (ёлғончи) касалликлар тоифасига киради:
гипертония касаллиги
систит
мигрен
холецистит
остеохондроз

5337. Қиёсий тасхишлаш компонентларига қуйидагилар киради

умумий характерга эга бўлган шикоятлар
тахминий ташхис
нотўғри ташхисни келиб чиқиши
руҳий ўзгаришлар ва симуляция
оғир касалликлар

5338. Касалликларни қиёсий ташхисини ўтказишда қуйидаги маълумотлар инобатга олинади:
сўраб-суриштириш
барча жавоблар тўғри
обектив кўрик
лаборатор текширув натижалари
асбоб-ускуналар ёрдамида текшириш

5339. Аҳоли саломатлигига қуйидагилар аҳамиятга эга
тиббий ёрдам сифатлилиги
атроф- муҳит аҳволи
наслий омиллар
яшаш тарзи ва шароити
профилактик кўриклар

5340. Беморни социал-ижтимоий лаёқацизлигини ким белгилайди
суд-психиатрик экспертизаси
арбитраж
суд
прокуратура
тиббиёт экспертиза хулосаси бўйича Соғлиқни сақлаш органлари

5341. Руҳий статусни аниқлашда қуйидагиларга аҳамият бериш зарур:
ҳатти-ҳаракат
ес-ҳушнинг ҳолати
барчаси тўғри
идрок этиш
фикрлаш

5342. Санитар маълумот беришнинг вазифалари
ха VF омилларига таъсир қилиш
фақат бир ха VF омили билан ишлаш
иккиламчи касалланиш сабабларига таъсир қилиш
касалликнинг этиологик омилларини аниқлаш
сурункали касалликлар билан ишлаш

5343. Чекишни ташлаш бўйича маслаҳат бериш усулларига қуйидагилар киради:
тамаки қутиси ва гугуртни ўзингдан узоқроқ жойда сақла
чекишни бир кун ичида ташла
фақат кечаси чекишни одат қил
тамакини доим ўзинг билан олиб юр, аммо чекма
фақатгина стресс ҳолатларида тамакидан фойдалан

5344. Ўткир тоғ касаллигининг кўринишлари
юкори тоғли гипотония
ўпканинг юқори тоғли шиши
юқори тоғли гипертония
юқори тоғли ўткир психоз
юқори тоғли шок

5345. Қайси касалликлар ўхшаш (ёлғончи) касалликлар тоифасига киради:
гастрит
пиелонефрит
тонзиллит
бронхит
депрессия

5346. Юрак-қон томир касалликларига ўхшаш (ёлғончи) касалликларни кўрсатинг
пиелонефрит
НЦД
ичаклар таъсирланиш синдроми
қандли диабет
гипотериоз

5347. Юрак-қон томир касалликларига ўхшаш (ёлғончи) касалликларни кўрсатинг
пиелонефрит
остеохондроз
ичаклар таъсирланиш синдроми
гипотериоз

5348. Юрак-қон томир касалликларига ўхшаш (ёлғончи) касалликларни кўрсатинг
ичаклар таъсирланиш синдроми
пиелонефрит
қовургалараро невралгия
қандли диабет
гипотериоз

5349. Юрак-қон томир касалликларига ўхшаш (ёлғончи) касалликларни кўрсатинг

Тице синдроми
пиелонефрит
ичаклар таъсирланиш синдроми
қандли диабет
гипотериоз

5350. УАШ бемор билан мулоқот қилаётганида қандай аспектларга эътибор бериши керак
бемор билан бошқа шифокорлар ҳакида гаплашиш ,яхши муомалада бўлиш
бемор бошқа шифокорларга мурожаат қилса ундан воз кечиш
шифокорлик этикасига риоя қилиш
плацебо қўллаш
барча кассалликларни даволай олмасликни тан олиш

5351. Оилавий анамнез қуйидагиларни ўз ичига олади
барча жавоблар тўғри
барча жавоблар нотўғри
оила аъзоларини ўлим сабабларини
оила аъзоларида қандли диабет, руҳий касалликлар мавжудлигини
оила аъзолари орасида гиёҳвандлар ва алкоголизмга чалинганларнинг мавжудлигини

5352. Нималарга асосланиб тахминий ташхис қўйилади
анемнезга асосланиб
барчаси нотўғри
бемор шикоятларига асосланиб
обектив кўрикка асосланиб
барчаси тўғри

5353. Қиёслама ташхиси қийин бўлган касалликлар
ўсмалар
гастритлар
жароҳатлар
ЎСОК
ЎРВИ

5354. УАШ қиёслама ташхислаётганда қандай саволларга жавоб бериши керак
бемор ижтимоий статусини аниқ билиш
енгил касалликларни ажрата олиш
беморни молиявий статусини аниқ билиш
оғир сурункали касалликлардан ажрата олиш
касалликнинг сабабини аниқ билиш

5355. Қуйидаги ҳолатларда самолётларда учиш тақиқланади

огир юрак етишмовчилигида
сурункали гастритда
сурункали панкреатитда
ичаклар таъсирланиш синдромида

5356. Тоғ касаллигининг белгилари
еслаб қолиш қобилятини сусайиши
кўзда иккиланиш
қоринда оғриқ
кўнгил айниши, қайт қилиш
бўғимдаги оғриқлар

5357. Ўткир тоғ касаллигининг кўринишлари
миянинг юқори тоғли шиши
юқори тоғли гипотония
юқори тоғли гипертония
юқори тоғли ўткир психоз
юқори тоғли шок

5358. Юрак қон томир касалликларини ривожланишининг хаVF омиллари
қонда юқори холестерин миқдори
қонда қанд миқдори бир оз ошиши
кахексия
спорт билан шуғулланиш
климакс
5359. УАШ ЮИК ва хафақон касалликларини олдини олишда қандай санитар маълумот бериш керак
беморларни даволаш
скрининг ўтказиш
беморлар реабилитацияси
беморлар диспансеризацияси
«мактаблар» ташкил қилиш

5360. Чекишни ташлаш бўйича маслаҳат бериш усулларига қўйидагилар киради:
чекишни қийин ва ёқимсиз машғулотга айлантиринг
чекишни бир кун ичида ташла
фақат кечаси чекишни одат қил
тамакини доим ўзинг билан олиб юр, аммо чекма
фақатгина стресс ҳолатларида тамакидан фойдалан

5361. Санитар маълумот беришнинг вазифалари
хаVF омилларига таъсир қ

фақат бир хаVF омили билан ишлаш
иккиламчи касалланиш сабабларига таъсир қилиш
касалликнинг этиологик омилларини аниқлаш
сурункали касалликлар билан ишлаш

5362. Бронхиал астма мавжуд беморларда қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланади
пропранолол
верапамил
гипотиазид
валсартан
каптоприл

5363. Узоқ вақт таъсир этувчи теофиллинларга нима киради
диафиллин
еуфиллин
теопек
ретафил
дипрофиллин

5364. Селектив адреномиметикларга (β2-рецепторларга кўпроқ тасир этувчи) нима киради
интал
бриканил
изадрин
еуспиран
салбутамол

5365. Ипратропиум бромид қачон ишлатилади
ЎСОКда
ҳомиладорлар БА билан
қариялар БА билан
кўп миқдорда балғам бўлганда (бронхория)
симпатикотонияда
5366. Ипратропиум бромидени қўллашга қарши кўрсатма
катаракта
простата безини аденомаси
ентероколит
1 – даражали АВ- блокада
Гисс тутами оёқчасини нотўлиқ блокадаси

5367. Аспиринли астмага қуйидагилардан қайси бири хос
бурун полипози

бронхиал астмани енгил кечиши
нам хириллашлар
бронхиал астмани ўртача оғирликда кечиши (ИИИпоғона)
уй чангига сенсибилизация

5368. Бронхиал астмани ўртача оғирликда кечишига (ИИИпоғона) хос
йилига 3-4 марта хуружлар кузатилиши
йилига 1-2 марта хуруж бўлиши
бронхиолитик дорилар билан бўғилишни бартараф этилиши
астматик статусни мавжудлиги
2-3 кунда қайта хуружни кузатилиши

5369. ЎСОКда ўпка –юрак синдроми пайдо бўлгандаги белгилар
ўпкада қуруқ хириллашлар
аортада систолик шовқин
ўпкада нам хириллашлар
юрак чўққисида шовқинлар
уч табақали клапан проексиясида систолик шовқин

5370. Тунда соат 3-4ларда хуруж тутган беморга тунда қуйидаги тавсияни берган маъқул
теопек (теодур) ичишга
кислород ингаляцияси
таблетка нитроглецерин
интал ингаляцияси
2 таблетка преднизолон

5371. Қуйидагилардан қайси бири сурункали ўпка- юракка олиб келади
нафас йўллари, алвеола ва плевра касалликлари
юқори нафас йўллари катари
миокардитлар
юрак ишемик касаллиги
перикардитлар

5372. Қайси сипмтом ўпка гипертензиясига хос эмас
сианоз
бўйин веналарини шишиши
брадикардия
тахикардия
"каротид ўйини"

5373. Ўпкани сурункали обструктив касаллигини– ИВ даражали касалларда
диспансеризацияси

ҳар ой
ҳар кварталда
6 ойда би рмарта
йилда бир марта
1,5 йилда 1 марта
5376. Атипик пневмония қўзғатувчилари
тилла ранг стафилококк
стрептококк
гемофил таёкчаси
ситомегаловирус
МБТ (силмикобактерияси)

5377. Нозокомиа лпневмонияга хос
48-72 соатдан сўнг госпитализация қилингандан кейин
Госпитализация қилингандан 24 соатдан кейин
Иккиламчи иммунодефицит билан боғлиқ (ВИЧ, СПИД)
Фақат ЎСВ ҳолатидаги бўлган беморларда
Кучли лейкоцитоз бўлганда

5378. Пневмония касаллигида диспансеризация қилиш муддатлари
асорат бўлганда бир неча йил
асорат бўлса 1 йилда
асорат бўлмаса 2 йилгача
асорат бўлмаганда 1 йил мобайнида
асорат бўлса ҳам, бўлмаса ҳам бирдек диспансеризация қилинади

5379. Пневмония касаллигида диспансеризация қилиш муддати
асорат бўлса 2 йил
асорат бўлмаса 2 йил
асорат бўлмаса 3 йил
асорат бўлганда бир неча йил
асоратли ва асоратланмаганда бирдек диспансеризация қилинади

5380. Асорат бўлмаган пневмонияда УАШ кузатувлар сони
1 ойда 1 марта
ҳар квартал
ойда 1 марта
кўрсатма йўқ
3 ойда 1 марта

5381. Асоратли пневмонияда1 йил давомида УАШ кўрикларни сони
ҳар квартал

6 ойда 1 марта
1 ойда 1 марта
кўрсатма йўқ
3 ойда 1 марта

5382. Пневмококкли пневмония касаллигида биринчи тартибли антибиотиклардан қуйидагиси буюрилади
сефтриаксон
амоксиклав
сипрофлоксацин
бактрим
азимак

5383. Пневмония касаллигида 3.1 тоифа текширув режаси қуйидагилардан иборат
пикфлоуметрия
рентгенография
қон биохимик таҳлили
спирометрия
умумий балғам таҳлили

5384. Кўп ҳолларда пневмония касаллигини қўзғатувчилар
пневмония стрептококки (пневмококк)
стафилококк
кўкимтир стрептококк
гемофил таёқчаси
вирус

5385. Пневмония касаллигида антибиотикларни буюришни тахминий муддати
инфилтратни тўлиқ сўрилиб кетгунгача даврда
иситмани меъёрига келгунча
ЕЧТ меъёрлашгунча
4-5 кун ичида иситмани меъёрида бўлиши
йўтал йўқолгунча

5386. Ўта оғир пневмонияда самарали антибиотикларни эмперик буюриш
тетрасиклин + эритромицин
пенициллин + левомицетин
ампициллин + гентамицин
ампициллин + оксациллин + гентамицин
ампициллин + оксациллин

5387. Суст ва рентген негатив бўлган етакчи сабаб билан кечувчи пневмония

иммунодефицит касалликлар (СПИД, ўсма)
олдин реактивлиги юқори бўлган организм
ёндош — ўпкани сурункали обструктив касаллиги
қандли диабет
гипертония касаллиги

5388. Ушбу чораларнинг қайси бири ўпкани сурункали обструктив касаллигининг учламчи профилактикасида самаралидир
ерта даврларда пикфлоуметрия ўтказиш
соғлом аҳоли орасида чекишга қарши кураш олиб бориш
соғлом турмуш тарзини тарғибот қилиш
фаслий равишда гриппга қарши эмлаш
даврий тарзда бронхоскопия ўтказиб туриш

5389. Бронхиал астманинг учламчи профилактикасида қайси чоралар самарали ҳисобланади
спесифик гипосенсибилизация
елиминацион тестлар
провокацион тестлар
гриппга қарши мавсумий ваксинасия қилиш
ҳар 3 ойда ўтказилиб турилувчи аллерго синамалар

5390. Сурункали обструктив ўпка касаллигида энг асосий профилактик чора-тадбирни белгиланг
гриппга қарши эмлаш
соғлом турмуш тарзини олиб бориш
овқатланишда ҳайвон маҳсулотларини истеъмол қилмаслик
аллергенлар элиминацияси
чекишни ташлаш

5391. Ўткир респиратор инфексияларни олдини олишда муҳим аҳамият касб этади
фаслий эмлаш
чекишга қарши чора тадбирлар
соғлом турмуш тарзини олиб бориш
поливитаминли парҳез
гиподинамиянинг олдини олиш

5392. Инфексияга боғлиқ бронхиал астманинг профилактикасида муҳим аҳамиятга эга
соғлом турмуш тарзини кечириш
гипоаллерген парҳез
сурункали инфексия ўчоқлари санацияси
чекишга қарши чора-тадбирлар

поливитаминли парҳез

5393. Сурункали бронхитларда иммунокоррексия қилувчи даволаш қўллаш учун кўрсатмани белгиланг
касалликни сурункали кечиши ва тез-тез қайталаниши
антибактериал даволашнинг самарасизлиги
ўпка абссессини шаклланиши
ўпка эмфиземасини шаклланиши
касалликнинг камдан-кам қайталаниши

5394. Ўткир бронхитнинг профилактикасида муҳим аҳамият касб этади
етиологик омилни йўқотиш
антибактериал даволаш
яллиғланишга қарши даволаш
хоналарни шамоллатиш
сурункали тонзиллитнинг авжланишини олдини олиш

5395. Респиратор касалликларда организмнинг инфексияга чидамлилигини оширишга йўналтирилган чора-тадбирларни тўғри белгиланг
чиниқтириш, истеъмол маҳсулотларини витаминларга тўйинтириш
антибактериал даволаш
носпесифик гипосенсибилизация
соғлом турмуш тарзини тарғибот қилиш
гипохолестеринли парҳез

5396. Бронхиал астмада самарали бўлган иккиламчи профилактика чора тадбирларини тўғри белгиланг
аҳоли ўртасида пикфлоуметрия услуби ёрдамида скрининг ўтказиш
соғлом аҳоли ўртасида соғлом турмуш тарзини тарғибот қилиш
бронхиал астмага олиб келувчи хаVF омиллари билан курашиш
бронхиал астма асоратларини реабилитация қилиш
аҳоли орасида фаслий эмлаш

5397. Ўткир респиратор касалликларнинг аҳоли орасида бирламчи профилактика чора тадбирларини тўғри белгиланг
ўткир респиратор касалликларнинг эрта асоратлари билан курашиш
етиологик омиллар билан курашиш ва носпесифик ҳимоя тизимини кучайтириш
ўткир респиратор касалликларни эрта даволаш
емпирик антибактериал даво тайинлаш
яллиғланишга қарши дори воситаларни тайинланиши

5398. Бирламчи бўғинда респиратор касалликларни профилактикасининг асосий maQSадини аниқланг
касалланиш даражасини камайтириш
ишга лаёқатлиликни пасайтириш
касалланишни ошириш
оғир беморлар реабилитацияси
беморлар реабилитацияси

5399. Нафас етишмовчилигида кислороднинг қондаги парсиал босимини аниқланг
100 мм.см. уст.дан паст
80 мм.см. уст.дан паст
60 мм.см. уст.дан паст
120 мм.см.уст.дан паст
80 мм.см. уст.дан юқори

5400. Нафас етишмовчилигида углерод диоксиднинг(ПаСО2) қондаги парсиал босимини аниқланг
А. 45 мм.см. уст.дан юқори
В. 65 мм.см. уст.дан юқори
С. 85 мм.см. уст.дан юқори
Д. 95 мм.см.уст.дан юқори
105 мм.см. уст.дан юқори

5401. Сурункали нафас етишмовчилигининг рестриктив шаклини асосида ётувчи жараённи тўғри белгиланг
бронхларда ёпишқоқ балғамнинг шаклланиши
бронхиал дарахтнинг ўтказувчанлигини бузилиши
алвеолалар очилишини бузилиши
йирик бронхларда ўтказувчанликни бузилиши
бронхларда яллиғланиш жараёни шаклланиши

5402. Бронхиал астмада сурункали нафас етишмовчилигининг қайси шакли кузатилади
обструктив шакли
рестриктив шакли
аралаш шакли
диссиркулятор шакли
инспиратор шакли

5403. Вентиляцион сурункали нафас етишмовчилигининг сабабини аниқланг
алвеолаларнинг гипофунксияси
нафас мушакларининг калсинози
ўпка тўқимасининг пневматози

ўпка капиллярларининг дисфункцияси
нафас мушакларининг дисфункцияси

5404. Сурункали нафас етишмовчилигига энг кўп ҳолатларда олиб келувчи касалликни аниқланг
ўпкани сурункали обструктив касаллиги
бронхиал астма
пневмосклероз
зотилжам
бронхоектатик касаллик

5405. Қайси касалликларда сурункали нафас етишмовчилиги нейромушак аппарати жароҳатланиши натижасида ривожланади
саркоидоз
ўпка фибрози
кифосколиоз
Дюшен касаллиги
ўпкани сурункали обструктив касаллиги

5406. Сурункали нафас етишмовчилиги ривожланишига олиб келувчи кўкрак қафаси касалликларини белгиланг
кифосколиоз ва фиброторакс
остеохондроз ва фиброторакс
остеопороз ва кифосколиоз
фиброз ва кифосколиоз
хондросклероз

5407. Қонда сурункали нафас етишмовчилигига нисбатан шаклланувчи компенсатор жараённи белгиланг
лейкопения
панситопения
липолицитемия
РОЕнинг ошиши
тромбоцитоз

5408. Юрак қон томир тизимида сурункали нафас етишмовчилигига нисбатан шаклланувчи компенсатор жараённи белгиланг
юрак систолик ҳажмини ошиши
юрак систолик ҳажмини пасайиши
юрак ритмини секинлашиши
қоринчалар экстрасистолаларининг шаклланиши
алвеолалар тирқишини торайиши

5409. Сурункали нафас етишмовчилигига нисбатан буйракларда қандай компенсатор механизм шаклланади
олигоанурия
сийдик кислотасини ушланиб қолиши
уратларни ушлаб қолиниши
витаминларни реабсорбсиясини кучайиши
бикарбонатларни ушланиб қолиши

5410. Сурункали нафас етишмовчилигида қонда кузатилади
ацидоз
алкалоз
еозинофилёз
тромбоцитопения
пойкилоцитоз

5411. Доимий йўталнинг энг кўп учрайдиган сабаблари
ҳалқум раки
синусит
сил касаллиги
кўк йўтал
руҳий бузилишлар

5412. Ўткир бронхитда кимларга антибактериал терапия ўтказилмайди
сурункали инфексия ўчоқлари қўзғалишида
йирингли балғам пайдо бўлганда
бронхопневмония қўшилганда
йирингли балғам бўлмаганда
ҳолсиз беморларда

5413. ССВ бўйича сурункали бронхитдаги узоқ йўталнинг мезонлари
2 йил давомида йилига 3 ойдан кам бўлмаган йўтал
2 йил давомида йилига 6 ойдан кам бўлмаган йўталда
шу йили 4 ойдан кўп бўлса
3 йил давомида йилига 2 ойдан кам бўлмаган йўтал
1 йил давомида йилига 3 ойдан кам бўлмаган йўтал

5414. Ўткир ва сурункали бронхитнинг ўзаро муносабатининг қайси бири тўғри
ўткир бронхитнинг сурункалига ўтиши кўп учрайди
сурункали бронхит ҳар доим ўтказилган ўткир бронхитдан кейин ривожланади
сурункали бронхит ҳеч қачон ўткир бронхитдан кейин ривожланмайди (ҳар доим «бирламчи сурункали»)

ўткир бронхитнинг сурункалига ўтиши кам учрайди

5415. Кун давомида меъёрда бронхлардан қанча шиллиқ ажралади
150мл
тахминан 100 мл
тахминан 200 мл
10 млгача
5 млгача

5417. Сурункали бронхитда нам хириллашлар…
диффуз перибронхиал склерозни кўрсатади
кузатилмайди
бронхиал гиперсекресия белгиси
бронхиал гиперсекресия йўқлигини кўрсатади
бронхиал обструксия

5418. Трахеобронхиал дискинезиянинг асосий диагностик усуллари
бронхография
спирография
кўкрак қафаси рентгенографияси
фибробронхоскопия
пневмоскоп

5419. Бронхиал обструксияга характерли бўлмаган клиник белгилар
икки томонлама крепитацияланувчи хириллашлар
қийин кўчувчи балғамли йўтал
експиратор характердаги бўғилиш
ўпка эмфиземаси белгилари
«куйловчи» қуруқ хириллашлар

5420. Сурункали бронхитда бронхоскопия кўрсата олмайди
шиллиқ қаватнинг яллиғланиш интенсивлигини баҳолаш
периферик бронхлар обструксиясини аниқлаш
трахео – бронхиал дискинезияни аниқлаш
ситологик текширувларга материал олиш
микробиологик текширувга материал олиш

5421. Сурункали бронхитни қачон антибиотиклар билан даволаймиз
қуруқ йўталда
куз - ёзги мавсумда
агар балғам шиллиқли бўлса
агар балғам қийин ажралса

йирингли балғам ажралаётган даврда

5422. Бронхоектатик касалликни локализацияланган шаклини диагностикаси учун информатив бўлган обектив клиник белгилар
перкутор товуш қисқарган
дағал нафас
қуруқ хириллашлар
локализацияланган йирик ва ўрта пуфакчали нам хириллашлар
овоз дириллашининг кучайиши

5423. Бронхоектатик касалликда нам хириллашларга характерли
йўталдан кейин ўзгариши
доимий
кичик калибрдаги хириллашлар
«селлофан қисирлаш» га ўхшаш
майда пуфакли нам хириллашлар

5424. Бронхоектатик касалликка хос бўлмаган рентгенологик белгилар
плеврал битишмалар
локал фиброзли деформацияланган ўпка сурати
фиброз фонида катакчали ёруғланиш
шикастланган бўлак ҳажмининг кичрайиши
кўкс оралиғини соғ томонга силжиши

5425. Бронхоектатик касалликда антибиотиклар юборишнинг самарали усули
мушак ичига
перорал
ингаляцион
ендобронхиал
тери остига

5426. Бронхоектазли касалларда келтирилган даво муолажаларидан қайси бири аҳамиятли
постурал дренаж
кўкрак қафаси массажи
нафас гимнастикаси
оксигенотерапия
диетотерапия

5427. Қуйидаги антигистамин препаратларидан қайси бирининг седатив таъсири сустроқ
диазолин

тавегил
димедрол
пиполфен
супрастин

5428. Интал билан даволанганда тўлиқ самара қанча вақтда юзага чиқади
2 - 4 хафтадан кейин
3 - 4 кундан кейин
5 - 7 кундан кейин
1 – 2 ойдан кейин
даволашнинг 1 - куниданоқ

5429. Иккиламчи эмфизема учун характерли эмас
сианоз
қурук экспиратор хириллашлар
ўпка-юраги белгилари
ЕКГ да ўнг қоринча гипертрофияси белгилари
ўпкада хириллашлар йўқлиги
5430. Крупоз пневмониянинг қуйилиш босқичига характерли белгилар
крепитация
бронхиал нафас
С. дағал нафас
Д. сусайган везикуляр нафас
жарангли нам хириллашлар

5431. Бронхиал астма хуружи одатда куннинг иккинчи ярмида кузатилади, бу ҳолатда теопекни оптимал қабул қилиш дозаси қандай
ерталаб 0,15, кечқурун 0,3 овқатдан кейин
ерталаб 0,3 ,кечқурун 0,15 овқатдан олдин
ерталаб 0,15, кечқурун 0,3 овқатдан олдин
ерталаб 0,15, кечқурун 0,3 овқат вақти
ерталаб 0,3 ,кечқурун 0,15 овқатдан кейин

5432. Фридлендер пневмонияни чақиради:
стафилококк
гемолитик стрептококк
микоплазма
клебсиелла
вирус-бактериал инфексия
5433. Суяклар зичлигини аниқлаш учун қандай текширув ўтказилади
рентгенография
монофотон абсорбсиометрия

УТТ
КТ
МРТ

5434. Монофотон абсорбсиометрия қайси соҳада ўтказилади
билак суягини дистал қисмида
тирсак суягида
сон суягида
елка суягида
билак суягини проксимал қисмида

5435. Қарилик остеопорози неча ёшдан кейин учрайди
2-3 жавоб тўғри
еркакларда 50 ёшдан кейин
аёлларда 65 ёшдан кейин
40-50 ёшдан кейин
ҳар иккала жиНЦДа 70 ёшдан кейин

5436. Кекса ёшдаги кишиларда овқат рациони таркибида оQSиллар, ёғлар ва углеводларнинг нисбати қандай бўлиши керак
4:1:11
1:1:1
1:2:2
1:1:4
4:1:1

5437. Қарияларда остеопороз профилактикаси
Са препаратлари ва сут маҳсулотларини мунтазам истеъмол қилиш
сийдик ҳайдовчи воситалардан фойдаланиш
антидепрессантларни мунтазам ичиш
ёғли овқатларни кўпроқ истеъмол қилиш
алкоголли ичимликлар ичиш

5438. Қариликда жисмоний ҳаракатнинг камайиши натижасида юзага келувчи ҳолат
ҳеч қандай ҳолат юзага келмайди
тана вазнини етишмаслиги
тер безлари фаолиятини кучайиши
қандли диабет
семизлик

5439. Бемор ҳеч қандай кескин ҳаракатларсиз сон суягининг синишига шикоят қилиб келди. Бемор узоқ йиллар давомида юрак ишемик касаллиги билан оғрийди ва дори

воситаларидан сийдик хайдовчи (верошпирон) препаратини мунтазам қабул қилади. Сизнинг ташхисингиз?
диуретик таъсирида суяклардан Са ювилиб чиқиши. Остеопороз
остеомалясия
суяк сили
ўткир лейкоз
ревматизм

5440. Климактерик остеопороз белгилари неча ёшда намоён бўлади
40-50 ёшда
60-70 ёшда
менопаузадан 10 ойдан кейин
менопаузагача
45 ёшда

5441. Подагрик артрит учун хос бўлган рентгенологик белгини аниқланг
«қор бўрони» белгиси
«тешик» белгиси
«сосискасимон эпифизлар» белгиси
остеопороз белгиси
остеосклероз белгиси

5442. Деформацияловчи остеоартроз шаклланишида бошланғич патогенетик асос бўладиган жараённи тўғри белгиланг
хондросклероз
остеопороз
остеосклероз
остеоартоз
артрит

5443. Деформацияловчи остеоартрознинг характерли белгиларини кўрсатинг
старт оғриқлар, блокловчи оғриқлар
бўғимда совуқ шишлар шаклланиши
икки-томонлама сакроилеит
пассив ҳаракатлар чегараланганлиги
бўғимда суюқлик тўпланиши

5444. Қайси бўғим касаллигида бўғимда қирсиллаш белгиси хос
деформацияловчи остеоартроз
реактив артрит
подагрик артрит
Рейтер синдроми

ревматоид артрит

5445. Остеоартрозда қайси тўқима зарарланиши хос
суяк тўқимаси
мушак тўқимаси
томирлар
интерстициал тўқима
тоғай тўқимаси

5446. Остеоартрознинг энг характерли ташхисий белгисини аниқланг
бўғимларда «старт»оғриқлар бўлиши
оёқ панжасининг биринчи бўғимининг носимметрик жароҳатланиши
«улнар девиация» шаклланиши
бўғим атрофи мушакларининг атрофияси
синовиал суюқликда сийдик кислота тузларини топилиши

5447. Подагрик нефропатия асосан қандай намоён бўлади
нефролитиаз кўринишида
гломерулонефрит кўринишида
буйрак амилоидози кўринишида
интерстициал нефрит кўринишида
ишемик нефропатия кўринишида

5448. Аёлларда қонда сийдик кислотанинг нормада юқориги чегарасини аниқланг
0,30 ммол/л
0,36 ммол/л
0,42 ммол/л
0,20 ммол/л
0,48 ммол/л

#Тизимли склеродермияда хос бўлган лаборатор текширувлар орасида аҳамиятга эга, жавобни кўрсатинг
антинуклеар ва антисентромер антитаначалар
кесишган синдромлар, рейно, серозит
ревматоид омил, иммун тизимда танқислик, Иг фракцияларини ўзгариши
ДНК антигенларига қарши антитана ва антинуклеар омил
дискоидли югурдак, виссеритлар

5449. Васкулитни буйрак шаклига хос
ўткир ва сурункали гломерулонефрит белгилари билан, гемотурия, протенурия, силиндрурия
тана ҳароратини кўтарилиши ва лейкоцитоз

оғриқни бошқа аъзоларга кўчиши
доимий бош оғриғи билан гематурия

5450. Қуйидаги касалликлардан қайси бирларида ички аъзолар нисбатан камроқ зарарланади
системали қизил волчанка
дерматомиозит
ревматоид артритнинг виссерал тури
ревматоид артрит
системали склеродермия

5451. Деформациоловчи остеоартроз касаллигида УАШ ҚВП шароитида диспансеризация ўтказиш муддатини кўрсатинг
ҳар ойда
йилига 1 марта
йилига 3 марта
йилига 2 марта
муддати аҳамияти йўқ

5452. Остеоартроз касаллигида диспансеризаия ўтказилади
йилида бир марта
йилида 2 марта
ҳар кварталда 1 марта
ҳар ойда бир марта
икки йилда бир марта

5453. Иситма эгри чизиғининг вақт давомида ўзгариш характерига қараб доимий иситмани ажратадилар
бир неча сутка давомида тананинг ҳарорати юқори (~ 39°С) ва унинг ўзгариб туриши 1°С чегарасида
бир неча сутка давомида иситма 1°С дан 2°С гача ўзгариб туради, лекин нормал кўрсаткични кўрсатмайди
сутка давомида ёки бир неча соат ичида тана ҳароратининг сезиларли даражада (3°С дан юқори) ва кескин чайқовчиликлар билан ўзгариши)
нормал ва жуда юқори тана ҳарорати даврларининг (1-3 кун) алмашиб келиши
сутка давомида ёки бир неча соат ичида тана ҳароратининг сезиларли даражада (5°С дан юқори) ва кескин чайқовчиликлар билан ўзгариши)

5454. Қандай касалликлар учун алмашинадиган иситма характерли
малярия
тепкили терлама, крупоз зотилжам
йирингли касалликларда

септик ҳолатларда
лимфогранулематоз, бруцеллёз

5455. Қандай касалликлар учун нотўғри иситма характерли
грипп, онкологик касалликларда
малярия
крупоз пневмония
йирингли касалликларда
лимфогранулематоз, бруцеллёз

5456. Номаълум генезли иситмада УАШ тактикаси
касални текшириб ташхис куйилмаган такдирда госпитализация қилиш
уй шароитида даволаш
госпитализация қилиш
КВП шароитида даволаш
иситма тушурадиган дори воситалар бериб уйга жўнатиш

5457. Подагрик нефропатия асосан қандай намоён бўлади
ишемик нефропатия кўринишида
гломерулонефрит кўринишида
буйрак амилоидози кўринишида
интерстициал нефрит кўринишида
нефролитиаз кўринишида

5458. Аёлларда қонда сийдик кислотанинг нормада юқориги чегарасини аниқланг
0,30 ммол/л
0,36 ммол/л
0,42 ммол/л
0,20 ммол/л
0,48 ммол/л

5459. 23 ёшли эркак тизза ва болдир товон бўғимларидаги оғриқларга шикоят килади, тана ҳарорати 37.5°С гача кўтарилади, сийиши оғриқли, уретрадан йирингли ажралмалар. Ҳозирги пайтда сурункали гонорея диагнози билан тери-таносил касалликлари диспансерида даволанмоқда.Беморда қандай касаллик борлиги тўғрисида ўйлаш лозим:
рейтер синдроми
гонококкли уретрит
гонококкли полиартрит
ревматик хужум
ревматоидли полиартрит

5460. Ўткир ревматик иситмани бирламчи профилактикасига кирмайди

санитар-оқартув иши
Инфеционучоқларни даволаш
соғлом турмуш тарзи бўйича маслаҳатлар бериш
ГКС препартлар билан даволаш
скрининг

5461. Анкилозли спондиоартрит касаллигида асосий даво чораларига киради, қуйидагидан ташқари
бициллин терапия
яллиғланиш жараёнини тўхтатиш
оғриQSизлантирувчи физиотерапия
системали даволовчи жисмоний тарбия
балнеотерапия

5462. Анкилозли спондилоартирит касаллигини диагностик мезонларига кирмайди
пневмофиброз
икки томонлама сакроилеит
букчайиб юриш
ижобий кечувчи моно- ёки олигоартирит
аортал клапан нуQSони

5463. Қуйидагилардан қайси бирлари системали қизил югурдак касаллигини 1- фаоллик даражасига хос
ЕЧТнинг 45 ва ундан юқори бўлиши
артралгия
екссудатив плеврит
капалаксимон тошма юзда
гломерулонефрит

5464. КВП шароитида тизимли кизил юрурдак касаллигига ўтказиладиган 3.1 тоифа хизматига киради, қуйидагидан ташқари
ЕКГ
қонни умумий таҳлили
сийдик умумий таҳлили
фаринголскопия
Қонда ЛЕ -ҳужайрасини аниқлаш

5465. Тизимли қизил югурдак касаллигини бирламчи профилактикасига кирмайди
скрининг ўтказиш
сурункали инфексион ўчоқларни даволаш
соғлом турмуш тарзига риоя қилиш
гормонал препаратлар билан даволаш

касалликни эрта ташхислаш

5466. Тизимли қизил югурдак касаллигини келтириб чиқарадиган омилларга қуйидагидан ташқари, киради
стресс
инфексион омиллар
инсолясия
генетик омил
иммунологик дисбаланс

5467. ҚВП ёки оилавий поликлиникада шароитида тизимли қизил югурдак касаллигини иккиламчи профилактикаси
касалликни фаоллиги ва кечишига монанд дори воситалари қабул қилиш
касалликни асоратларини даволаш
режали эмлаш
рационал овқатланиш
стресс ҳолатлардан сақланиш

5468. Ревматоид артрит касаллигида базис терапия учун фойдаланиладиган препаратлар гуруҳига кирмайди
делагил
ациклавир
НПВС
ГКС
ситосттиклар

5469.Оилавий поликлиникадаги УАШ қабулига 18 ёшли бемор юқори температура шикоятлари билан мурожат қилди , бўғимларда оғриқ, юзида қизил тошмалар. Кўрикда тарқалган шишлар, сийдикни умумий тахлилида юқори протеинурия. Сизни тахминий ташхисингиз
Такаясу касаллиги
тизимли склеродермия
дерматомиозит
тугунчали периартериит
тизимли қизил югурдак

5470. ҚВП шароитмда тизимли склеродермия касаллигида ўтказиладиган 3.1 тоифа хизматига киради, қуйидагидан ташқари:
ЕКГ
қонни умумий таҳлили
сийдик умумий таҳлили
фаринголскопия

офталмоскопия

5471. Тугунчали периартериит касаллигига хос эмас
АСЛО миқдорини ошиши
еозинофилия
ЕЧТ ошиши
анемия ва тромбоцитопения
иммунологик дисбаланс

5472. Тугунчали периартериит касаллигида кўпроқ зарарланадиган аъзолар, қуйидагидан ташқари
респиратор тизим
асаб
қон- томирлар
юрак
буйраклар

5473. Тугунчали периартериит касаллигида танлов препарати бўлиб ҳисобланади, қуйидагидан ташқари
антибиотиклар
глюкокортикоидлар
ситостатик препаратлар
антиагрегантлар
аминохинолин унумлари

5474. Геморрагик васкулит касаллигига хос бўлмаган синдромни аниқланг
бўғим
абдоминал
тери
шиш синдроми
буйрак

5475. Тугунчали периартериит касаллигида ўпкани зарарланиши кузатилади, қуйидагидан
ташқари
қон тупуриш
бронхиал астма синдроми ва эозинофилия
певмофиброз
оғир ҳансираш
ўпка васкулити

5476. Неспецифик аортоартериит касаллига хос эмас

билак артериясида АБ ҳар хиллиги
бош оғриғи
ҳаракатни сусайиши
ҳушдан кетиш
ҳансираш

5477. Подагра касаллигига хос бўлган белгилар, қуйидагидан ташқари
тофуслар
гиперурикемия
Геберден тугунчалари
артрит
нефропатия

5478. Деформацияловчи остеоартроз касаллиги кучайиб борганда қўлланиладиган даво чоралари, қуйидагидан ташқари
антибактериал даво
тана қисмларини оғирликдан озод қилиш
даволовчи жисмоний тарбия
массаж
яллиғланишга қарши ностероид воситалар

5479. Дерматомиозит касаллиги этиологиясида рол ўйновчи омилларга киради, қуйидагидан ташқари
руҳий
генетик
вирус этиологияли инфексион омиллар
инфексион ва генетик омиллар
иммунологик дисбаланс

5480. Иккиламчи подаграга олиб келиши мумкин бўлган касалликлар, қуйидагидан ташқари
буйрак касалликлари
қизилўнгач касалликлари
қалқонсимон без касалликлари
буйрак усти бези касалликлари
буйрак ва қалқонсимон касалликлари биргаликда

5481. ҚВП шароитида падагрик артрит касаллигида 3.1 ва 3.2 тоифа хизмати бўйича ахборотли текшириш усулларига киради, қуйидагидан ташқари
бўғимлар рентгени
қонда сийдик кислотасини аниқлаш
умумий қон ва сийдик таҳлили

ички аъзоларни УТТ
АСЛО

5482. Бел умуртқалари остеохондрозида илдизчали синдромга хос қуйидагилардан ташқари
нейтрофилли лейкоцитоз
бел – думғаза соҳасидаги оғриқ (люмбаго) оёққа иррадиацияси билан (люмбоишиалгия)
мусбат Ласега симптоми, илдизча гатегишли паравертебрал соха палпациясида оғриқли
бел лордозининг текисланиши
умуртқа ҳаракати чегараланиши, бел мушакларини тонусини бир томонлама ошиши

5483. Остехондрозни қўзиш даврида қўлланилмайди
яллиғланишга қарши воситалар
ётоқрежими
аналгетиклар
тетрасиклин қатори антибиотиклари
паравертебрал новакаинли блокада

5484. Остеохондроз ремиссия даврида қўлланилмайди
физиотерапия
даволовчи жисмоний тарбия, массаж
витамин Б-гуруҳ
санатор-курорт даво
НЯҚВ

5485. Ревматизмнинг кичик критерийларига кирмайди
полиартрит
ревматик иситма
ЕЧТнинг ошиши
С-реактив оQSилнинг пайдо бўлиши
артралгия

5486. “Тиланчи позаси” , рентгенологик “бамбук таёқчаси” симптоми қайси касаллик учун характерли
ДОА
Бехтерев касаллиги
ревматоид артрит
ревматизм
системали склеродермия

5487. 48 ёшли аёл проксимал фалангалараро бўғимларда оғриқ, эрталабки карахтлик, шиш ва деформацияларга шикоят қилади. Сизнинг ташхисингиз?

Бехтерев касаллиги
реактив артрит
ревматоидли артрит
ревматизм
ДОА

5488. Системали склеродермияда учрамайдиган белгини топинг?
суякларни паталогик синишлари
диффуз калсиноз
дисфагия
артрит
Рейно синдроми

5489. Подагра учун эффектив бўлган дорилар, қуйидагидан ташқари
индометасин
аллопуринол
антибиотиклар
пробенисид
колхисин

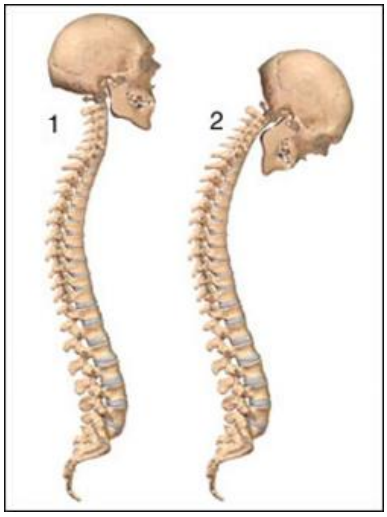
5490. РА ни 4-стадияси учун ҳарактерли эмас
анкилоз
яккаланган нақшланиш
остеопороз
кўплаб нақшланиш
бўғим ёриқларини торайиши

5491. Рейтер касаллигининг этиологиясида аҳамиятли
қизилча вируси
Б-гемолитик стрептококк
а2 грипп вируси
химик токсик моддалар
хламидия

5492. Ревматизмнинг катта критерийларига киради, қуйидагидан ташқари
полиартрит
артралгия
кардит
ҳалқасимон эритема
хорея

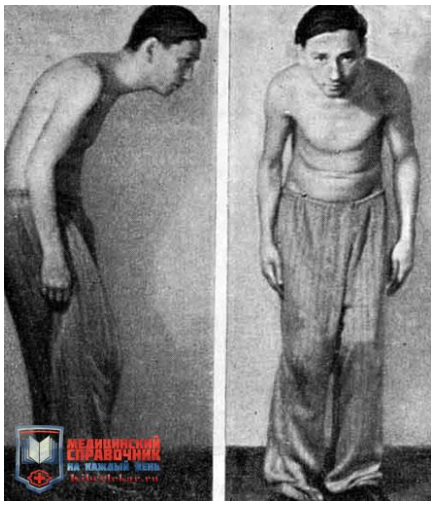
5493. Ревматоидли артритни лабаратор кўрсаткичларига характерли, қуйидагидан ташқари
Квейм реаксияси
РВ-проба
ЕчТ ошиши
гипохроманемия
ўткир фаза кўрсаткичлари

5494. Қайси ревматологик касаллик учун қуйидаги умуртқа поғонаси деформацияси хос?



деформацияловчи остеоартроз
реактив артрит
Бехтерев касаллиги
тизимли склеродермия
ревматоид артрит

5495. Қуйидаги гавда тузилиши қайси касаллик учун хослигини айтинг



Бехтерев касаллиги
тарқоқ остеохондроз
ревматоид артрит

деформацияловчи остеоартроз
реактив артрит

5496. Қуйидаги ўзгаришлар қайси касаллик учун хос?

деформацияловчи остеоартроз
ревматоид артрит
ревматизм
тизимли қизил югурик
реактив артрит

5497.Қайси касалликда қуйидагича кўз зарарланиши хос?

А. хондрокалциноз
Б. ревматизм
С. спондилёз
Д. Рейтер касаллиги
Е. деформацияловчи остеоартроз

5498. Ревматоид артритнинг рентгенологик босқичини кўрсатинг:

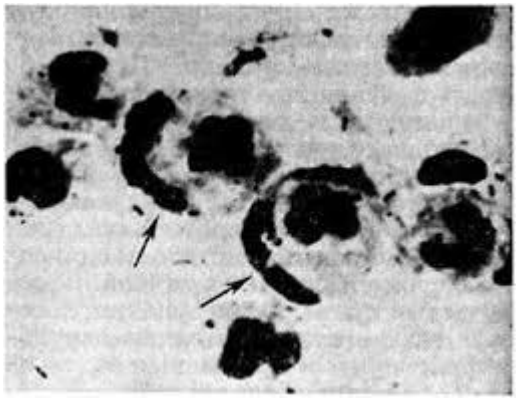
ўрта

енгил
оғир
интермиттирловчи
прогрессирловчи

5499. Қайси касаллик учун қуйидаги тери тошмалари хос?

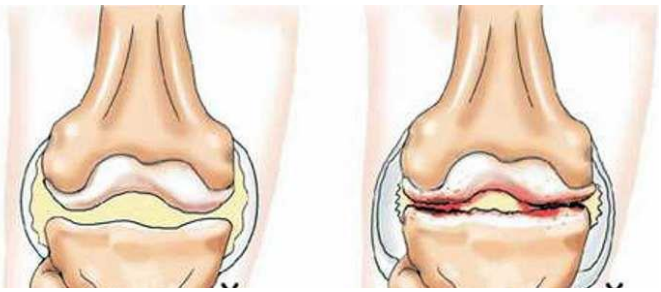
тизимли склеродермия
дерматомиозит
тугунчали периартериит
тизимли қизил югурик
псориаз

5500. Расмда қайси ҳужайралар кўрсатилган ?



еритроцитлар
микроцитлар
ЛЕ-ҳужайралар
мегалоцитлар
Ланганс йирик ҳужайралари

5501.Қайси касаллик учун қуйидаги ўзгаришлар хос?



ревматоид артрит
псореатик артрит
деформацияловч остеоартроз
бруцеллёзли артрит
Бехтерев касаллиги

5502. Қуйидаги тошмалар қайси касаллик учун хос?

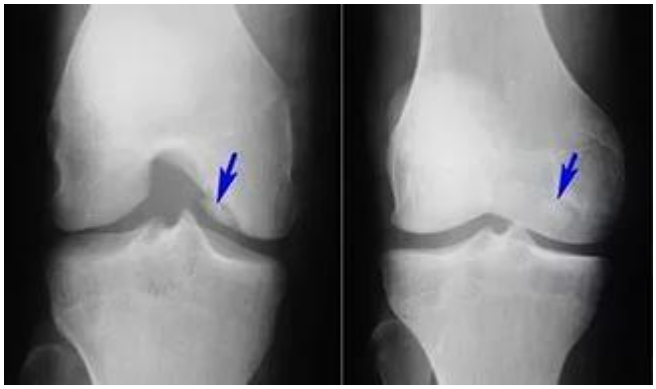
А.Пертес касаллиги
Б. Лайм касаллиги
С. Вирҳова касаллиги
Д. Смит касаллиги
Е. Либман-Сакс касаллиги

5503. Деформацияловчи остеоартрознинг босқичини кўрсатинг:

3 босқич: бўғим ўқи ўзгариши
3 босқич: бўғимда шиш ва гиперемия
2 босқич: бўғим ўқи ўзгариши

1 босқич: бўғимда шиш ва гиперемия
бўғим ўзгаришсиз

5504. Деформацияловчи остеоартрознинг рентгенологик босқичини кўрсатинг:



ИИ
И
ИИИ
ИВ
0

5505. Қайси касалликнинг белгиси расмда кўрсатилган?

подагра
ревматоид артрит
деформацияловчи остеоартроз
псориатик артрит
Бехтерев касаллиги

5506. Қуйидаги расмда бемор қўлларида Геберден ва Бушар тугунлари кўрсатилган,қайси ревматологик касаллик учун бу хос?

ревматоид артрит
подагрик артрит
деформацияловчи остеоартроз

Бехтерев касаллиги
псориатик артрит

5507. Қайси касалликда қуйидаги ўзгаришлар кузатилади

подагрик артрит
деформацияловчи остеоартроз
ревматоид артрит
Бехтерев касаллиги
псориатик артрит

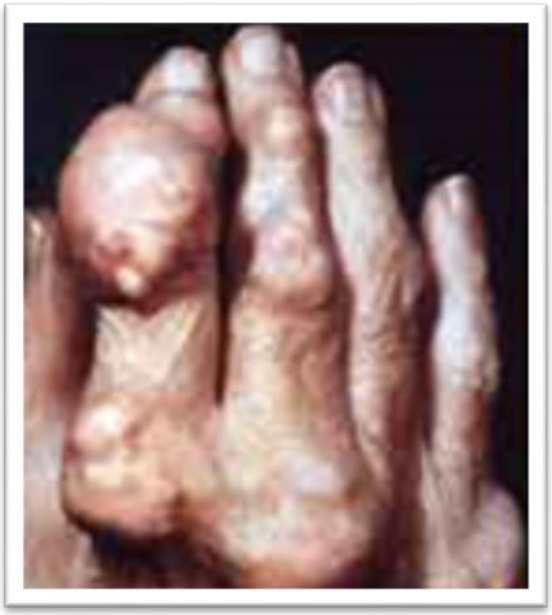
5508. Қайси касалликда қўл фалангалари зарарланади

ревматоид артрит
подагрик артрит
деформацияловчи остеоартроз
Бехтерев касаллиги
псориатик артрит

5509. Қайси касалликда қуйидаги ўзгаришлар кузатилади

подагрик артрит
тизимли қизил югурик
деформацияловчи остеоартроз
Бехтерев касаллиги
псориатик артрит

5510. Қайси касалликда қуйидаги ўзгаришлар кузатилади



деформацияловчи остеоартроз
Бехтерев касаллиги
псориатик артрит
подагрик артрит
ревматоид артрит

5511.

Қўл кафтлари рентгенографиясида қандай ўзгаришлар мавжуд

А. бўғим атрофи остеопарози , бўғим тирқиши торайиши
Б. Эрозиялар
С. деформациялар
Д. контрактура
Е. анкилоз

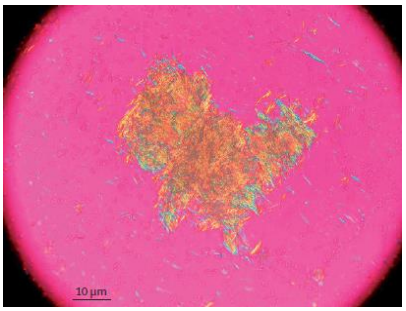
5512. Қул кафтлари рентгенографиясида қандай ўзгаришлар мавжуд

Геберден тугунлари
дистал фалангалараро бўғимлар зарарланиши
Бушар тугунлари
бўғим атрофи остеопарози
ерозиялар

5513. Терида тофус элементи билан кечадиган касалликни аниқланг

тизимли қизил югурдак
тизимли склеродермия
псориаз
ревматоид артрит
ревматик иситма

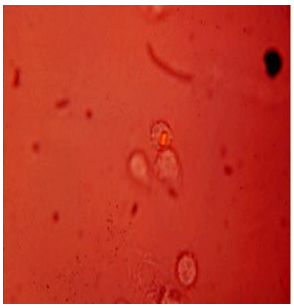
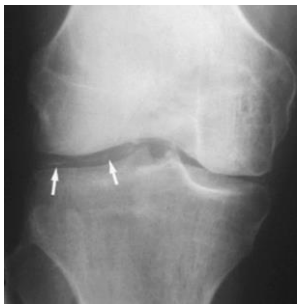
5514. Қуйидаги рентген тасвири қайси касалликни асослайди



Lancet. 2010 Jan 23;375(9711):318-28. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60883-7

ревматоидли артрит
псориатик артрит
подагра
реактив артрит
ушбу роентген тасвирида ўзгаришлар йўқ

5515. Ушбу ренген тасвирида тизза бўғимида қандай патологик ўзгаришни аниқладингиз

ефифизаро остепароз
нақшланиш белгилари
патологик чиқишлар
остеофит ва тизза бўғимини тирқишини бироз торайганлиги
контрактура

5516. Қуйидаги рентген тасвирида қайси касалликка хос бўлган ўзгаришларни топдингиз

ревматоид артрит
псориатик артрит
деформацияловчи артроз
псориатик артрит
рентген тасвирида ўзгариш йўқ

5517. Ушбу кўрсатилган рентген тасвири қайси касаллик учун хос

ревматоид артрит
подагрик артрит
Бехтерев касаллиги
деформациоловчи артроз (елка бўғимини)
псориатик артрит

5518. Қуйидаги рентген тасвиридаги ўзгариш қайси касалликда кузатилади

ревматоид артрит
подагра
ревматизм
реактив артрит
псориатик артрит

5519. Оёқ панжалари рентген текширувида қайси касаллик белгилари аниқланган

фалангалараро бўғим артрози
остеомиелит
ревматоид артрит
реактив артрит
подагра

5520. Қуйида келтирилган рентгенологик тасвир қайси касаллик учун хос

остеоартроз
остеосаркома
ревматизм
ревматоид артрит
подагра

5522. Теридаги ушбу ўзгариш қайси касалликка хос

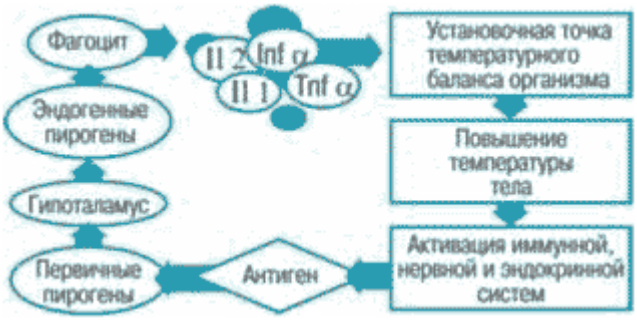
Рис. 1. Параорбитальный отек

тугунли периартериит
геморрагик васкулит
дерматомиозит
тиреотоксикоз
аллергик дерматит

5523. Номаълум генезли иситмада УАШ тактикаси

уй шароитида даволаш
госпитализация қилиш
касални текшириб ташхис қўйилмаган тақдирда госпитализация қилиш
ҚВП шароитида даволаш
иситмани тушурадиган дори воситалар бериб уйига жўнатиш

5524. Қайси касаллик патогенезига ушбу чизма тўғри келади



юрак ишемик касаллиги
гемофилия
тизимли қизил югурдак
номаълум генезли иситма
глаукома

5525. Ушбу расмда кўрсатилган қулоқдаги ўзгариш қайси касалликка хос

дерматомиозит
дерматит
қулоқ супрасидаги ўсма
подарга
фиброматоз касаллиги

5526. Расмда кўрсатилган рентген тасвири қандай касалликка хос

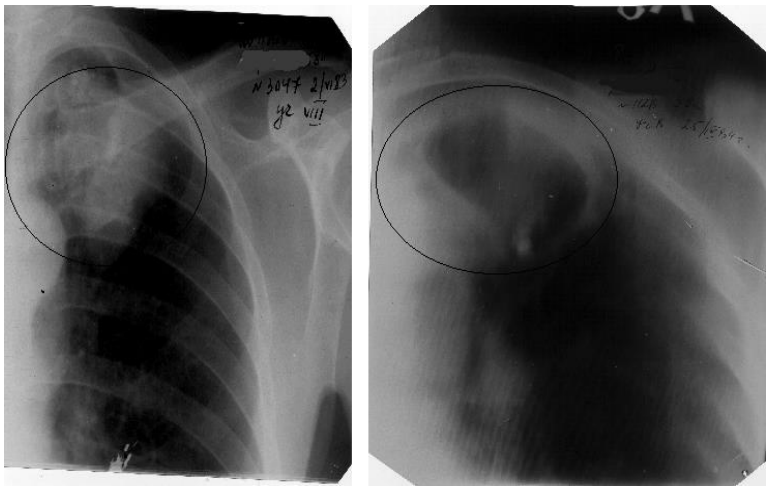
ревматоид артрит
деформациоловчи остеоартроз
подарга

псориатик артрит
рентген расмида ўзгаришлар йўқ

5527. Қуйидаги рентген тасвиридаги ўзгаришлар қайси касалликка хос

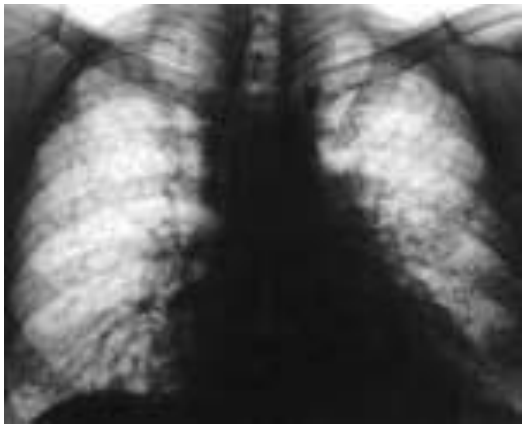
псориазли артрит
тизимли қизил югурдак
тизимли склеродермия
қўл панжа бўғимларини деформацияловчи остеоартрози
ревматоидли артрит

5528. Қуйидаги рентгеноргаммада қайси касаллик тасвирланган?



туберкулома
сурункали бронхит
бронхоектатик касаллиги
ўткир бронхит
бронхиал астма

5529. Хаммен- Рич касаллиги яна қандай номланади ?

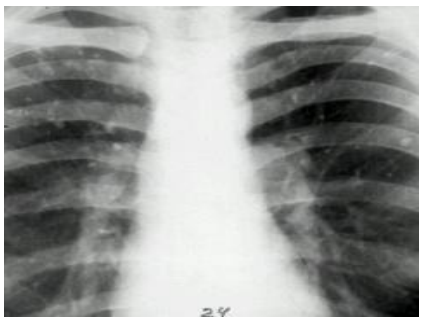


екзоген аллергик алвеолит
зотилжам
идиопатик фиброзланувчи алвеолит
токсик фиброзланувчи алвеолит
тўғри жавоб йўқ

5530. Қуйидаги рентгенда қайси касаллик ҳақида ўйлаш мумкин

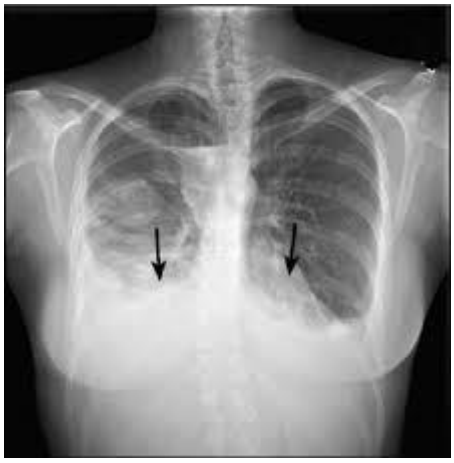
ўпка абссесси
легионелёз пневмонияси
туберкулёз
микоплазмали пневмония
ексудатив пневмония

5531. Рентгенда туберкулёзнинг қандай тури тасвирланган?



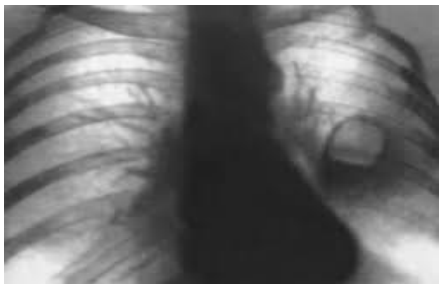
ўчоқли туберкулёз
лимфа тугунлари туберкулёзи
туберкулёз плеврити
миллиар туберкулёз
тўғри жавоб йўқ

5532. Қуйидаги рентген сурати қайси касалликка хос?



сил
плеврит
ўсма
пневмония
тўғри жавоб йўқ

5533. Қуйидаги рентген сурати қайси касалликка хос?



ўпка сили
ўпка абссесси
ўпка саратони
плеврит
тўғри жавоб йўқ

5534. Рационал овқатланиш бу
клетчатка истеъмол қилиш 30г/сут
клетчатка истеъмол килиш 80г/сут
туз истеъмолини камайтириш 8г/сут
туз истеъмолини камайтириш 3г/сут

5535.Касаллик келиб чиқиши бўйича хаVF гуруҳига кирувчи шахсларни аниқлашнинг икки асосий усули:
госпитализация учёти
мурожаат этганлар учёти
скрининг
профилактик кўрув

5536. Бирламчи профилактика ўтказишнинг икки тадбирини кўрсатинг
рецидивга қарши даволаш
атроф-муҳитни соғломлаштириш
аҳолини гигиеник тарбиялаш
санатор-курорт даволаш

5537. Бирламчи профилактикага тегишли тадбирларни белгиланг
скрининг
санитар оқартув ишлари
ўз вақтида даволаниш
соғлом турмуш тарзи ҳақида маълумот бериш

5538. Иккиламчи хаVF омилларига яъни бошқа касалликларнинг кечишини оғирлаштирувчи қуйидаги хасталиклар киради (ортиқчасини кўрсатинг)
қандли диабет
мигрен
гастрит
атеросклероз

5539. Даволанишга розилик қандай кўриниши бўлади
тасдиқланган
ёзма

оғзаки
тўғри жавоб йўқ

5540. Умумий амалиёт врачи томонидан кўрсатиладиган тиббий хизматлар нечта категорияга бўлинади
тўртта
учта
битта
бешта

5541.Тиббий кўрик жараёнида қандай ишлар амалга оширилиши керак
мулоқотда шошилиш
беморни эътиборини жалб қилиш maQSadида шахсий фикрларни қўллаш
беморни эшита билиш ва унинг фикрларини ҳурмат қилиш
беморга исми билан мурожаат қилиш

5542. Қайта боғланиш бўлиши керак:
таҳлил қилиш, тушунтирмаслик
асосли ва ҳақиқатга яқин бўлиш
жараённи яхшилаш maQSadида таклифлар киритиш
шифокор ўз фикрини беморга сингдириш

5543. Қуйидагилардан қайсилари новербал мулоқотга киради
бемор томонига бироз эгилиш
нигоҳли мулоқотни ўрнатиш
мулоқотда очиқ бўлиш
очиқ ва текширувчи саволларни бериш

5544. Консултация турлари
нодирективвербал
директив
новербал

5545. Қандай беморлар билан консултация ўтказиш мумкин эмас
сурункали психосоматик бузилишли беморлар
сурункали гастрит билан оғриган беморлар
сурункали бронхит билан оғриган беморлар
бош миясида органик ўзгаришлари бор беморлар

5546. Консултация ўз ичига олади
психотерапия

реабилитация
скрининг
тор мутахассисга юбориш

5547. Касалланиш пайдо бўлиш хаVFи мавжуд шахслар гуруҳларини аниқлаш бўйича иккита оптимал усулларни кўрсатинг
скрининг
профилактик кўрик
мурожаат қилишни рўйҳатга олиш
касалланишни рўйҳатга олиш

5548. Соғлом турмуш тарзи асосий тамойилларига киради
жисмоний ҳаракатда кам шуғулланиш
 меҳнат ва дам олиш тартибига риоя қилмаслик
рационал овқатланиш
 зарарли одатларни бартараф қилиш

5549. Профилактик кўрикка қуйидагилар киради
лаборатор ва инструментал текширувлардан ўтказиш
тез ёрдам кўрсатиш
анамнез йиғиш
клиник аудит ўтказиш

5550. Профилактика УАШ фаолиятида
курортларга юбориш
соғликни мустаҳкамлаш
касалликларни олдини олиш
фақат маълум касалликларни даволаш

5551. Бошқариб бўлмайдиган омиллар
жинси
алкоголизм
ёши
нотўғри овқатланиш

5552. Бошқариб бўладиган омиллар
жинси
ирсий мойиллик
чекиш
алкоголизм

5553. Кардиоваскуляр касалликларда учламчи профилактика

косметикадан фойдаланмаслик
чекишни камайтириш
гиподинамияни камайтириш
оғир жисмоний машқларни бажариш

5554. УАШ санитар-оқартув ишларини ўтказади
маҳаллаларда
мактабларда
тўйларда
савдо маркетларида

5555. Беморларни ўргатишга киради
бемор ҳаракатларини рағбатлантириш
беморга совғалар бериш
беморга маслаҳат бериш
беморни қўрқитиш

5556 Системали овқатланиш бу
шошмасдан чайнаш
тез-тез овқатланиш
кунига 3 марта овқатланиш
овқатни бутунлигича ейиш

5557. Профилактик кўрув бу
тор мутахассисларга юбориш
анамнез йиғиш
физикал текширув
курортларга юбориш

5558.Атеросклероз хаVF гуруҳлари
глаукома
нефропатия
семизлик
артериал гипертония

5559.Қайси касалликларга қарши иммунизация бир ёшгача бўлган болаларга ўтказилади
қизамиқ
қизилча
вабо
дифтерия

5560. ХаVF омиллари бу

атроф-муҳит
саломатликни аниқловчи омил
саломатликка салбий таъсир қилувчи омил
озиқ-овқат

5561. Руҳий статусни аниқлашда қуйидагиларга аҳамият бериш зарур
ес-ҳушнинг ҳолати
меҳнат қилиши
хатти-ҳаракат
тажрибаси

5562. ҚД бирламчи профилактикасига тегишли бўлган чора-тадбирларни кўрсатинг
стресслардан қочиш
зарарли одатлар билан курашиш
нефропатияни даволаш
метастазларни бартараф этиш

5563. Соғлом турмуш тарзи асосий тамойилларига киради
зарарли одатларни бартараф қилиш
косметикадан фойдаланиш
рационал овқатланиш
оғир жисмоний ишларни бажариш

5564. Иккиламчи профилактика чора-тадбирларига киради
метастазларни бартараф этиш
кўкрак безини бемор томонидан кўрикдан ўтказиш
оғиз бўшлиғи инфексия ўчоғлари санацияси
ўпка юракни даволаш

5565. Тирик ваксиналарга қуйидагилар киради
гепатит Б
БСЖ
ОПВ
гепатит С

5567. УАШ ишида санитар оқартув ишлари мавзулари
урф-одатлар
сиёсий масалалар
вазн камайиши
семириш

5568. Санитар оқартув вазифалари ҳисобланади

касалликни тарқатиш
ҳар хил гуруҳ аҳолиси билан ишлаш
хаVF омилларига таъсир ўтказиш
маълум касалликларга барҳам бериш

5569. Юрак ва кон томир касалликларининг учламчи профилактикасига киради
кардиомагнил буюриш
антигипертензив дорилар тавсия қилиш
ЮИК ли беморларда чекишга қарши курашиш
антибиотиклар буюриш

5570. Қуйидаги маслаҳатлар соғлом овқатланишга тегишли эмас:
таркибида дуккаклилар мавжуд бўлган озиқ-овқат маҳсулотларини кўпроқ истеъмол қилинг
нонни кўп истеъмол қилинг
ёғли ва ширин маҳсулотларни кўп истеъмол қилинг
шўр ва аччиқ маҳсулотларни истеъмол қилишдан тийилинг

5571. Соғлом овқатланишнинг поғонасига кирмайди
физик активлик ҳар куни бўлиши керак
ҳар хил овқатлар истемол қилинг
соғлом овқатланиш асосан гўшт маҳсулотлари
крахмал билан бойитилган овқатларни кам миқдорда истеъмол қилиш керак

5572. Соғлом овқатланишнинг поғонасига киради
Физик активлик ҳар куни бўлиши шарт эмас
соғлом овқатланиш, асосан, ўсимлик озуқалари
крахмал билан бойитилган овқатлар умумий овқатни ярмини ташкил этиши керак
ҳар хил овқатларни истеъмол қилиш керак эмас

5573. Барча болаларда қуйидаги касалликларга қарши эмлаш ўтказилади
қоқшол
вабо
бўғма
ЎРВИ

5574. Катталардаги касалликларни профилактикаси
катталарда иммунизация календарини тузиш
глюкометр ёрдамида қондаги қанд миқдорини аниқлаш
кўпроқ ухлаш
кам ҳаракатчанлик

5575. Рационал овқатланиш бу
туз истеъмолини камайтириш 3г/сут
клетчатка истемол қилиш 80г/сут
клетчатка истемол қилиш 30г/сут
туз истеъмолини камайтириш 8г/сут

5576. Касаллик келиб чиқиши бўйича хаVF гуруҳига кирувчи шахсларни аниқлашнинг икки асосий усули:
мурожаат этганлар учёти
скрининг
профилактик кўрув
госпитализация учёти

5577.Қарилик нафас тизимида қуйидагича намоён бўлади
ўпка тириклик сиғимини пасайиши
ўпка тириклик сиғимини ошиши
Тифно индексини пасайиши
алвеолалар миқдорини ошиши

5578. Бирламчи профилактика ўтказишнинг икки тадбирини кўрсатинг
рецидивга қарши даволаш
санатор-курорт даволаш
атроф муҳитни соғломлаштириш
аҳолини гигиеник тарбиялаш

5579. Бирламчи профилактикага тегишли тадбирларни белгиланг
соғлом турмуш тарзи ҳақида маълумот бериш
санитар оқартув ишлари
ўз вақтида даволаниш
скрининг

5580.Иккиламчи хаVF омилларига яъни бошқа касалликларнинг кечишини оғирлаштирувчи қуйидаги хасталиклар киради (ортиқчасини кўрсатинг)
қандли диабет
мигрен
гастрит
атеросклероз

5581. Даволанишга розилик қандай кўриниши бўлади
тасдиқланган
ёзма
оғзаки

тўғри жавоб йўқ

5582. Умумий амалиёт врачи томонидан кўрсатиладиган тиббий хизматлар нечта категорияга бўлинади
битта
учта
тўртта
бешта

5583. Тиббий кўрик жараёнида қандай ишлар амалга оширилиши керак
мулоқотда шошилиш
беморни эшита билиш ва унинг фикрларини ҳурмат қилиш
беморга исми билан мурожаат қилиш
беморни этиборини жалб қилиш maQSadида шахсий фикрларни қўллаш

5584. Қайта боғланиш бўлиши керак:
асосли ва ҳақиқатга яқин бўлиш
жараённи яхшилаш maQSadида таклифлар киритиш
таҳлил қилиш, тушунтирмаслик
шифокор ўз фикрини беморга сингдириш

5585. Қуйидагилардан қайсилари новербал мулоқотга киради
мулоқотда очиқ бўлиш
бемор томонига бироз эгилиш
нигоҳли мулоқотни ўрнатиш
очиқ ва текширувчи саволларни бериш

5586 Консултация турлари
вербал
директив
нодиректив
новербал

5587. Қандай беморлар билан консултация ўтказиш мумкин эмас
сурункали психосоматик бузилишли беморлар
сурункали бронхит билан оғриган беморлар
бош миясида органик ўзгаришлари бор беморлар
сурункали гастрит билан оғриган беморлар

5588. Консултация ўз ичига олади
психотерапия
реабилитация

скрининг
тор мутахассисга юбориш

5589. Касалланиш пайдо бўлиш хаVFи мавжуд шахслар гуруҳларини аниқлаш бўйича
иккита оптимал усулларни кўрсатинг
мурожаат қилишни рўйхатга олиш
скрининг
профилактик кўрик
касалланишни рўйхатга олиш

5590. Соғлом турмуш тарзи асосий тамойилларига киради
зарарли одатларни бартараф қилиш
меҳнат ва дам олиш тартибига риоя қилмаслик
рационал овқатланиш
жисмоний ҳаракат билан кам шуғулланиш

5591. Профилактик кўрикка қуйидагилар киради
анамнез йиғиш
лаборатор ва инструментал текширувлардан ўтказиш
тез ёрдам кўрсатиш
клиник аудит ўтказиш

5592. Профилактика УАШ фаолиятида
курортларга юбориш
соғликни мустаҳкамлаш
касалликларни олдини олиш
фақат маълум касалликларни даволаш

5593. Бошқариб бўлмайдиган омиллар
алкоголизм
нотўғри овқатланиш
ёши
жинси

5594. Бошқариб бўладиган омиллар
чекиш
алкоголизм
жинси
ирсий мойиллик

5595. Кардиоваскуляр касалликларда учламчи профилактика
косметикадан фойдаланмаслик

чекишни камайтириш
гиподинамияни камайтириш
оғир жисмоний машқларни бажариш

5596. УАШ санитар-оқартув ишларини утказади
мактабларда
тўйларда
маҳаллаларда
савдо маркетларида

5598. Беморларни ўргатишга киради
беморга маслаҳат бериш
бемор ҳаракатларини рағбатлантириш
беморга совғалар бериш
беморни қўрқитиш

5599. Системали овқатланиш бу
тез-тез овқатланиш
кунига 3 марта овқатланиш
шошмасдан чайнаш
овқатни бутунлигича ейиш

5600. Профилактик кўрув бу
тор мутахассисларга юбориш
курортларга юбориш
анамнез йиғиш
физикал текширув

5601. Атеросклероз хаVF гуруҳлари
семизлик
артериал гипертония
глаукома
нефропатия

5602.Қайси касалликларга қарши иммунизация бир ёшгача бўлган болаларга ўтказилади
қизамиқ
қизилча
вабо
дифтерия

5603. ХаVF омиллари бу
саломатликни аниқловчи омил

саломатликка салбий таъсир қилувчи омил
атроф-муҳит
озиқ-овқат

5604. Руҳий статусни аниқлашда қуйидагиларга аҳамият бериш зарур
ес-ҳушнинг ҳолати
хатти-ҳаракат
меҳнат қилиши
тажрибаси

5605. ҚД бирламчи профилактикасига тегишли бўлган чора-тадбирларни кўрсатинг
стресслардан қочиш
зарарли одатлар билан курашиш
нефропатияни даволаш
метастазларни бартараф этиш

5606. Соғлом турмуш тарзи асосий тамойилларига киради
оғир жисмоний ишларни бажариш
зарарли одатларни бартараф қилиш
косметикадан фойдаланиш
рационал овқатланиш

5607. Иккиламчи профилактика чора-тадбирларига киради
оғиз бўшлиғи инфексия ўчоғлари санацияси
метастазларни бартараф этиш
кўкрак безини бемор томонидан кўрикдан ўтказиш
ўпка юракни даволаш

5608.Тирик вакциналарга қуйидагилар киради
гепатит Б
БСЖ
ОПВ
гепатит С

5609.УАШ ишида санитар оқартув ишлари мавзулари
урф-одатлар
сиёсий масалалар
вазн камайиши
семириш

5610. Санитар оқартув вазифалари ҳисобланади

ҳар хил гуруҳ аҳолиси билан ишлаш
хаVF омилларига таъсир ўтказиш
касалликни тарқатиш
маълум касалликларга барҳам бериш

5611. Юрак ва қон томир касалликларининг учламчи профилактикасига киради
антигипертензив дорилар тавсия қилиш
ЮИК ли беморларда чекишга қарши курашиш
кардиомагнил буюриш
антибиотиклар буюриш

5612. Қуйидаги маслаҳатлар соғлом овқатланишга тегишли эмас:
таркибида дуккаклилар мавжуд бўлган озиқ-овқат маҳсулотларини кўпроқ истеъмол қилинг
ёғли ва нонни кўп истемол қилинг
ширин маҳсулотларни кўп истеъмол қилинг
шўр ва аччиқ маҳсулотларни истеъмол қилишдан тийилинг

5613. Соғлом овқатланишнинг поғонасига кирмайди
крахмал билан бойитилган овқатларни кам миқдорда истеъмол қилиш керак
физик активлик ҳар куни бўлиши керак
соғлом овқатланиш асосан гўшт маҳсулотлари
ҳар хил овқатлар истеъмол қилинг

5614. Соғлом овқатланишнинг поғонасига киради
физик активлик ҳар куни бўлиши шарт эмас
соғлом овқатланиш асосан ўсимлик озуқалари
крахмал билан бойитилган овқатлар умумий овқатни ярмини ташкил этиши керак
ҳар хил овқатларни истеъмол қилиш керак эмас

5615. Барча болаларда қуйидаги касалликларга қарши эмлаш ўтказилади
бўғма
қоқшол
вабо
ЎРВИ

5616. Катталардаги касалликларни профилактикаси
кўпроқ ухлаш
катталарда иммунизация календарини тузиш
глюкометр ёрдамида қондаги қанд миқдорини аниқлаш
кам ҳаракатчанлик

5617.Қуйидаги ҳолатларнинг қайси бирида ревматоид артритни ГКС билан даволаш мос келади
яллиғланишга қарши таъсири тез ва мукаммал
бошқа баъзи препаратлар билан аралаштирмаслик тавсия этилади
кортикостероидларга қарамлик
остеопороз ривожланишига олиб келмайди

5618.Тугунчали периартериитда ўпка зарарланиши қуйидагиларни ўз ичига олади
баланд, барқарор эозинофилияли бронхиал астма синдроминининг ривожланиши
ўпканинг бирламчи эмфиземасининг шаклланиши
оғир ҳансираш билан кечувчи ўпка васкулитлари
қон тупуриш

5619.Бехтерев касаллигида думғаза-ёнбош соҳадаги оғриқ синдроми қуйидагича кечади
туннинг иккинчи ярмида кучаяди
кўзни зарарланиши характерли
«кризли» бир неча кундан бир неча ойгача
етамидни буюриш яхши самара беради

5620.Ревматоид артритда касаллигида эрта шикасланадиган бўғим, қуйдагилардан ташқари
кафт бўғими
сон чаноқ бўғими
билак бўғими
қўл ва оё проксимал фалангалар аро бўғимлар

5621.Тугунчали периартериитни даволашдаги танлов препаратларига кирмайди
антибиотиклар
Д-пеницилламин
ситостатик препаратларнинг глюкостероидлар билан комбинацияси
НЯҚДВ

5622.Носпесификаортоартериитда сурункали абдоминал ишемия синдромида барчаси характерли
ич қотишлари
қоринда оғриқ
ич кетишлари
озиш

5623.Тугунчали периартериитнинг бошланғич белгилари ҳисобланади
иситма, озиш
кўнгил айниши, қайд қилиш

артралгия, юзларда эритема
бош оғриши, бош айланиши

5624.Носпесифик аортаартериитнинг асосий патогенетик звеноси ҳисобланади
антиендотелиал антителолар шаклланиши
иммункомплекслар ва антиендотелиал антителолар шаклланиши
ситокинлар гиперпродуксияси
парапроеинлар гиперпродуксияси

5625.Дерматомиозитнинг патогномик белгисини айтинг
палмар эритема
яноқда капалаксимон эритема
мушакларда ҳолсизлик
кўзойнак белгиси

56261.Дерматомиозитда тери зарарланиши
лаб бурун бурмасида
қўл ва оёқни букувчи қисмида
бурун қиррасида
бўғим устида

5627.Умуртқа поғонасининг бел соҳаси остехондрози илдизчали оғриқ белгилари, қуйидагидан ташқари
нейтрофилли лейкоцитоз
бел думғаза сохасидаги оғриқ (люмбаго) оёққа узатилиши билан(люмбоишиалгия)
Ласега симптоми мусбатлиги, илдизчали зонанинг паравертебрал соҳаси палпациасида оғриқ
бел лордози яссиланиши

5628.Рейтер касаллигининг классик триадаси қуйдагиларни ўз ичига олади
уретрит
оёқ бўғимларининг моно-, олигоартрити
нефрит
гепатит

5629.Рейтер синдроми диагностикаси қуйидагиларга асосланади
уретрит
антистрептолизин-О нинг юқори титрни аниқланиши
артрит
уретра ажралмасида вирусларни аниқланиши

5630.Бехтерев касаллигини диагностик мезонларига кирмайди

пневмофиброз
букчайиб юриш
спленомигалия
ижобий кечувчи моно- ёки олигоартирит

5631.Псориатик артритни диагностик мезонларига кирмайди
лимфоаденопатия
икки тарафлама сакроилеит
ирсий мойиллик
алопесия

5632.Псориатик артирит касаллигини даволашни медикаментоз давосига киради, қуйидагилардан ташқари
антиагрегантлар
иммуномодуляторлар
ГКС препаратлари
НЯҚДВ

5633.Бехтерев касаллигига хос эмас
еозинофилларни сонини ошиши
ЕЧТ пасайиши
гипер-γ-глобулинемия
ревматик омилни аниқланиши

5634.Тугунчали периартериитга хос эмас
еозинофилия
холистерин миқдорини ошиши
гипер-γ-глобулинемия
лейкопения

5635.Остеартрозга хос белги ҳисобланади, фақат бундан ташқари
кўчиб юрувчи оғриқлар
бошланғич оғриқлар
ерталабки карахтлик
тундаги оғриқлар

5636.Бехтерев касаллигида танлов препарати бўлиб ҳисобланади
олтин препаратлари
кортикостероидлар
ностероид яллиғланишга қарши препаратлар
тетрасиклин гуруҳидаги антибиотиклар

5637.Бехтерев касаллигида асосий даво чораларига киради, қуйидагидан ташқари
миорелаксацион даво
бициллин терапия
яллиғланиш жараёнини тўхтатиш
оғриQSизлантирувчи физиотерапия

5638.Қуйидагилардан қайси бирлари системали қизил волчанканинг 1- фаоллик даражасига хос
ЕЧТнинг 45 ва ундан юқори бўлиши
артралгия
екссудатив эритема
екссудатив плеврит

5639.Тизимли қизил юрурдак касаллигини ҚВП шароитида иккиламчи профилактикаси
инфексион омиллардан сақланиш
норационал дори воситаларини қабул қилмаслик
касалликни асоратларини даволаш
режали эмлаш

5640. Геморрагик васкулитда характерли бўлган синдромлар
бронхообструктив
тери
бўғим
гепатомегалия

5641.Вегенер грануляматозига характерли
бурун тўсиғини перфорацияси билан шиллиқ қаватини , бурун бўшлиғини яраси
терини зарарланиши
тўқимали деструксия
шиш синдроми

5642.Дерматомиозитни типик кўринишларида номоён клиник кўриниши, қуйидагилардан ташқари
гипертиреоид синдром
терини турли хил шикастланишлари
миалгия
гипотиреод синдром

5643.Дерматомиозитни типик кўринишларида намоён клиник кўриниши
баъзида юрак нуQSонини ривожланиши
миалгия
артритлар

спленомегалия

5644. Ревматоид артритнинг асосий турларига мос эмас
Фелти синдроми
Шегрин синдроми
Гудпасчер синдроми
Шарп синдроми

5645.Ревматоид артритда базис терапия учун фойдаланиладиган препаратлар, қуйидагилардан ташқари
асиклавир
НЯҚДВ
хондроксид
ГКС

5646.Тугунчали периартериит касаллигига хос
анемия тромбоцитопения билан
ЕЧТ тезлашиши
еозинопения
гипер-γ-глобулинемия

5647.Тизимли қизил югурдак касаллигида кузатиладиган теридаги ўзгаришларга киради
томирли «капалаклар»
кафтлардаги капилляритлар
кўп сонли невус
қўллардаги симметрик тошмалар

5648.ҚВП шароитида тизимли қизил югурдак касаллигида биринчи тоифа ахборотли текшириш усулларига киради, қуйидагилардан ташқари
қонда глюкоза
қонни умумий таҳлили
офталмоскопия
сийдик умумий таҳлили

5649.ҚВП шароитида тизимли қизил югурдак касаллигида иккинчи тоифа ахборотли текшириш усулларига киради, қуйидагилардан ташқари
коагулограмма
ЛЕ ҳужайрани аниқлаш
КТ бош мияни
АСЛО

5650.Тугунчали периартериит касаллигида асосий даволаш воситаси бўлиб ҳисобланади

ситостатиклар,
ГКС
антибиотиклар
фақат фторхинолонлар

5651.Тугунчали периартериит касаллигида ташхис мезонларига киради
А. нефрит
В. касаллик ўрта ёшларда бошланиши
С. касалликнинг ёшликда бошланиши
Д. гипертензив синдром - шиш

5652.Носпесифик аортоартериит касаллигига хос,қуйидагидан ташқари
ҳушдан кетиш
қон тупуриш
билак артериясида АБ ҳар хиллиги 20 мм.с.уст.
ҳансираш

5653.Тизимли қизил югурдак касаллигида терида кузатиладиган ўзгаришлар
тери юлдузчалари
юздаги «капалак» симон белги
фотодерматоз
кафтлардаги капилляритлар

5654.Тизимли склеродермия билан оғриган беморларнинг ҳаёт прогнозини белгилайди
яккаланган сийдик синдроми
гломерулонефритни яққол клиник белгилар билан кечиши
азотемия ривожланиши билан кечувчи «асл склеродермик буйрак»
вессирал шикастланишлар

5655.Типик ҳолатларда дерматомиозитнинг клиник кўринишлари ҳисобланади
миалгиялар
псориатик тошмалар
гипертиреоидли синдром
дисфагия

5656. Умуртқа поғонаси остеохондрозида қўллаш maQSadга мувофиқ
глюкокортикоидлар
умуртқа поғонасига статик ва динамик оғирлик тушишини камайтириш
иш жойини танлаш, иш вақтида тана ҳолатини ўзгартириш –антибиотиклар
антифиброз препаратлар

5657.Дерматомиозитнинг келиб чиқишига қараб қанақа турлари фарқланади

A. идиопатик
B. дистрофик
C. манифес
Д. паранеопластик

5658.Келтирилган эКГ да қандай ритм бузилишлари аниқланади:

А. қоринчалар титраши
Б. бўлмачалар титраши
С. қоринчалар пароксизмал тахикардияси
Д. қоринчалар ҳилпиллаши

5659. Кўрсатилган манзара қайси ҳолатларга хос:

А.сурункали юрак этишмовчилигига
Б. бронхиал астма хуружига

С. ўнг қоринча етишмовчилигига
Д. юрак астмасига

5660.Атеросклерознинг бирламчи пофилактикасини кўрсатинг
жисмоний тарбия билан шуғулланиш
тамаки чекиш
тўғри овқатланиш
аспиринни қабул қилиш

5661.Қайси ҳолатлар эмлашга қарши кўрсатма
анемия
екссудатив катарал диатез
ўткир соматик касаллик
иммун танқислик ҳолатлари

5662. Болаларда профилактик эмлашнинг умумий қоидалари
емлаш куни боланинг умумий кўриги ва термометрияси
ваксина юборишни хоҳлаган тиббий ходим бажариши
ваксина юборишни фақат махсус ўргатилган тиббий ходим бажариши
ваксина юборишни умумий муолажа хонасида амалга ошириш

5663. Диспансеризация бу:
аҳолини саломатлик ҳолатига мунтазам тиббий кузатув усули
аҳолини саломатлигини сақлаш ва мустаҳкамлаш, келиб чиқиш мумкин бўлган касалликларни олдини олиш, касалланиш кўрсатгичини камайтириш ва уларни умрини узайтиришга қаратилган профилактик тадбирлар йиғиндиси
келиб чиқиши мумкин бўлган касалликларни олдини олиш ва ногиронлик кўрсатгичини камайтиришга қаратилган профилактик тадбирлар йиғиндиси
бириктирилган аҳоли орасида соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш, эндоген ва экзоген хаVF омилларини эрта аниқлаш ва уларни бартараф қилиш

5664. Бемор билан муаммоли вазият юзага келганда нималар қилиш керак
беморни тинчлантириш
асабийлашганингизни беморга кўрсатиш
беморни тинчлантириш ва тўғри маслаҳат бериш
ўзингизни айбдор деб ҳис қилиш

5665. Семизликни асоратларини кўрсатинг
варикоз веналарнинг кенгайиши
артериал гипертензия
остеохондроз, остеоартроз
меноррагия

5666. УАШ ўзининг участкасида ўлим даражасини қандай ҳисоблаши керак
йилига вафот этганлар сонини умумий участкадаги аҳоли сонига нисбати
Бир йил ичида 1 ёшга тўлмаган болалар ўлган сонини бир йилда тирик туғилган болалар сонига нисбати
йилига вафот этганлар сонини умумий участкадаги аҳоли сонига кўпайтириш
Бир йил ичида 1 ёшга тўлмаган болалар ўлган сонини бир йилда тирик туғилган болалар сонига кўпайтириш

5667.Тоғ касаллигининг келиб чиқиши хаVF омилларига қуйидагилар киради
баландликка кўтарилиш тезлиги
ҳавонинг намлиги
абсолют баландлик
жинси

5668.Соат белгиларининг ўзгариши синдромининг клиник белгилари
қўллар тремори
уйқусизлик
бош оғриғи
артериал гипертензия

5669.Руҳий статусни (саломатликни) мустаҳкамлаш қуйидагиларни ўз ичига олади:
ўз устида ишлаш
бошқаларга нисбатан критик муносабатда бўлиш
ҳис-ҳаяжонга берилиш
ўз- ўзини назорат қилиш

5670.Қуйидаги прогрессив методик тамойилга асосан клиник ташхисни қўйиш тавсия қилинади:
якка симптомларга асосланиш тамойили
ташхислашни синдром тамойили
диагностик алгоритм
кўп қиррали алгоритм тамойили

5671.Рационал овқатланиш бу
спиртли ичимликларни 40 мл/сут (тоза спирт ҳисобида) гача камайтириш
ош тузи истеъмол миқдорини 16 г/сут гача камайтириш
ош тузи истеъмол миқдорини 8 г/сут гача камайтириш
тез ўзлаштириладиган углеводларни истеъмол қилишни кўпайтириш

5672.Бирламчи профилактик кўрикларнинг maQSадларини қўрсатинг
касалликнинг асоратлари бор беморларни аниқлаш

фақат наслдан-наслга ўтувчи касалликлари бор беморларни аниқлаш
кўп тарқалган касалликларнинг хаVF омиллари гуруҳларини аниқлаш
беморларни касалликнинг эрта босқичларида аниқлаш

5673.Қуйидаги ҳолларларда бирламчи профилактика юқори самарага эга бўлади
саёҳатдан кейинги маслаҳат
ҳомиладорлик вақтидаги кузатув
ёш оилалар консултацияси
янги туғилган чақалоқлар кузатуви

5674.Умумий амалиёт шифокори қандай профилактик чора тадбирларни ўтказиши керак
санитар маълумот бериш, беморларни ўргатиш
кузатув
медикаментоз даво
жарроҳлик амалиётлари

5675.Учламчи профилактикага қуйидагилар киради:
асоратларни олдини олиш
юқумли касалликлар ўчоқларини йўқотиш
бемор реабилитацияси
скрининг ўтказиш

5686.Бирламчи профилактика қуйидагиларни ўз ичига қамраб олади
аҳолини оммабоп текшируви
соғлом турмуш тарзини
санитар тадбирлар
асоратларни олдини олиш

5677.Поликлиника шароитида қайси скрининг синамаларни ўтказиш мумкин
АКБ ни оммабоп ўлчаниши
фенилкетонурияга синамалар
оммабоп флюрография
оммабоп маммография

5678. Бирламчи профилактикага қуйидагилар киради
ендемик зоналарда ош тузига ёд қўшиш
қандли диабетда кўз тубини текшируви
спорт билан шуғулланиш
ситологияга бачадон бўйнидан суртма

5679. Қандли диабетнинг учламчи профилактикасига қуйидагилар киради
орал қанд миқдорини камайтирувчи дориларни доимий қабул қилиниши

оёқларни мунтазам текшируви
ҳомиладорларда глюкозага толерантлик тестини ўтказиш
ҳайвон терисидан қилинган юмшоқ оёқ кийим кийиш

5680. Ўзбекистон Республикасининг миллий эмлаш календарига қайси вакциналар киритилган
дифтерияга қарши
туберкулёзга қарши
гепатит А га қарши
гриппга қарши

5681.Қуйидаги маслаҳатлар тўғри овқатланишга хос эмас
таркибида клетчатка кўп бўлган таомларни истеъмол қилиш
сут ва сутли маҳсулотларни истеъмол қилиш
кўпроқ ёғли маҳсулотларни истеъмол қилиш
 кўпроқ нон маҳсулотларини истеъмол қилиш

5682.Поликлиника шароитида қайси скрининг синамаларни ўтказиш мумкин
АКБ ни оммабоп ўлчаниши
оммабоп маммография
қондаги қанд миқдорини оммабоп ўлчаниши
оммабоп коранарография

5683.Бирламчи профилактикага қуйидагилар киради
оммабоп флюорография
кунига икки маҳал тишларни ювиш
хожатхоналарни хлорамин билан тозалаш
ситологияга бачадон бўйнидан суртма

5684. Қандли диабетнинг учламчи профилактикасига қуйидагилар киради
1 йилда 1 марта офталмолог кўриги
ҚД беморларда ҳар ой қондаги қанд миқдорини текшируви
туз миқдорини камайтириш
регуляр спорт билан шуғулланиш

5685. Ўзбекистон Республикасининг миллий эмлаш календарига қайси вакциналар киритилган
вирусли диареяга қарши (ротавирус инф-и)
вабога қарши
дифтерияга қарши
қорин тифига қарши

5686.Қуйидаги маслаҳатлар тўғри овқатланишга хос эмас
кўпроқ гўштли таомларни қабул қилиш
кўпроқ спиртли ичимликларни ичиш
кўпроқ думбани овқатга қўшиш
шўр ва аччиқ таомларни камроқ истеъмол қилиш

5687. Ҳомиладор аёлларга УАШ қандай овқатланишни маслаҳат бериши керак
оксилларга бой овқатлар истеъмол қилиш
ўсимлик ёғида тайёрланган овқатларни истеъмол қилиш
ёғли гўштларни ва колбасаларни истеъмол қилиш
қовурилган маҳсулотларни истеъмол қилиш

5688. <Қийин беморлар> гуруҳига қандай беморлар киради
кўп муаммолар туғдирадиган беморлар
астматик статус ҳолатида ётган беморлар
руҳий касаллар
ўткир инфаркт миокард кечираётган беморлар

5689. Ҳомиладор аёлни кўрикдан ўтказаётганда қандай хаVFли ҳолатлар ҳақида тушунтириш керак
қоринда чизиқлар (стриялар)пайдо бўлиши
сўлак оқиши
жинсий аъзолардан қонли ажралмалар келиши
камқонлик

5690.УАШ ёш болаларни кўрикдан ўтказаётганида қандай амалий билимларга эга бўлиши керак
бола ривожланишини мониторинглаш
Апгар бўйича аҳволни белгилаш
хаVFсиз эмланиш
янги туғилган чақалоқни биринчи маротаба ювинтириши

5691.Санитар маълумот беришнинг вазифалари
касалликнинг тарқалишини олдини олиш
касалликнинг этиологик омилларини аниқлаш
касаллик келиб чиқишини сабабини аниқлаш
сурункали касалликлар билан ишлаш

5692.Чекишни ташлаш бўйича маслаҳат бериш усулларига қуйидагилар киради:
фақатгина стресс ҳолатларида тамакидан фойдалан
тамаки қутисини резинка билан ўранг
тамакини доим ўзинг билан олиб юр, аммо чекма

чекишни қийин ва ёқимсиз машғулотга айлантиринг

5693.УАШ аҳолига қандай мавзуларда санитар маълумот бериши керак
тўғри овқатланиш ва тана вазнини камайтириш
қариларга тиббий ёрдам кўрсатиш
спорт билан шуғулланиш ва вақтида дам олиш
аҳоли психологияси

5694.Юрак қон томир касалликларини ривожланишининг хаVF омиллари
климакс
юқори АҚБ
қонда юқори холестерин миқдори
спорт билан шуғулланиш

5695.УАШ ЮИК ва хафақон касалликларини олдини олишда қандай санитар маълумот бериш керак
«мактаблар» ташкил қилиш
беморларни даволаш
маърузалар ўқиш
тор мутахассислар кўриги

5696.Ўпкани сурункали обструктив касаллиги қайтар компонентига қуйидагилардан қайси бири хос эмас
шиллиқ гиперсекресияси
силлиқ мушак ҳужайралари гиперплазияси
бронхлар эпителийси гиперплазияси
силлиқ мускул қавати спазми

5697. Ўпкани сурункали обструктив касаллиги қайтмас компонентига қуйидагилардан қайси бири хос эмас
шиллиқ гиперсекресияси
силлиқ мушак қавати спазми
перибронхиал фиброз
силлиқ мушак ҳужайралари гипертрофияси

5698.Қуйидагилардан қайси бири сурункали ўпка юрагига олиб келмайди
ўткир катарал бронхит
ўткир пневмония
бронхоектатик касаллик
сурункали обструктив бронхит

5699.Епидемиологик ҳолатдан келиб чиқиб пневмонияни қуйидаги клиник вариантлари ажратилади
нозокомиал
бирламчи
димланиш
паразитар

5700.Респиратор касалликларнинг бирламчи профилактикасига қуйидагилар киради
чекишга қарши курашиш
соғлом турмуш тарзи бўйича маслаҳатлар бериш ва тўғри овқатланишга ўргатиш
респиратор касалликка чалинган беморларни аниқлаш
ҳар куни 30 дақиқадан жисмоний машқлар бажариш

5701. Ўпкани сурункали обструктив касаллигининг учламчи профилактикасида қуйидаги муолажалар амалга оширилади
нафас етишмовчилиги ривожланишини олдини олиш
ўпкадан қон кетиш асорати ривожланган беморлар реабилитацияси
ўпка эмфиземаси ривожланган беморлар реабилитацияси
пикфлоуметрия йўли билан касалликни эрта аниқлаш

5702.Гипоксемик нафас етишмовчилигининг синонимик номларини белгиланг
паренхиматоз
вентиляцион
ўпка шакли
2 типдаги нафас етишмовчилиги

5703.Гиперкапник нафас етишмовчилигининг синонимик номларини белгиланг
вентиляцион
паренхиматоз
насосли
1 типдаги нафас етишмовчилиги

5704.Балғамли йўталнинг сабаби ҳисобланади
чанг
сурункали бронхит
бронхиал астма
кўк йўтал

5705. Бронхиал астмани асорациз кечиш характери
бўғилиш хуружини бўлиши
сианоз
бўғилиш хуружи бўлмаганда ўпкада аускултатив белгиларни бўлмаслиги

бронходилитаторловчи ингаляторларни қўллаганда натижани йўқлиги

5706.Сурункали бронхит, даврий равишда қайталаниш билан кечиши, бронхларни обструксиясини яққол авжига чиқмаслиги нима деб аталади
нообструктив бронхит
обструктив эмфизема
обструктив бронхиолит
ўпкани сурункали обструктив касаллиги

5707.Сурункали бронхит, иккиламчи инфексия қўшилиши билан кечиши, ўпкада ҳар хил калибрли хириллашларни кўплиги ва кўп миқдорда балғамда нейтрофилли лейкоцитларни бўлиши қайси касалликка хос
ўпкани сурункали обструктив касаллиги
ўпкани ўткир инфексион деструксияси
йирингли бронхит
бронхоектатик касаллик

5708. Ўткир бронхиолитнинг асосий аускултатив белгилари қуйидагилар
йирик пуфакчали нам хириллашлар
крепитация
қаттиқ (жесткое) нафас
кичик пуфакчали нам хириллашлар

5709.Узоқ муддат таъсир этувчи теофиллинлар гуруҳига киради
теопек
дипрофиллин
еуфиллин
диафиллин

5710.Крупоз пневмония учун характерли рентгенологик белгилар
ноаниқ чегарали қорайиш
аниқ чегарали қорайиш
ҳар хил зичликдаги қорайиш
бир хил зичликдаги қорайиш

5711.Микоплазмали пневмония кўпинча учрайди
қишда
кузда
ёзда
баҳорда

5712.Ўткир пневмонияни антибиотиклар билан даволашда клиник самарадорлиги қачон баҳоланади
6 – 7 кундан кейин
2 – 3 кундан кейин
3 кундан кейин
1 суткадан кейин

5713.Ўткир пневмонияда антибактериал терапия қачон тўхтатилади
температура нормаллашгандан кейин 3 – 4 кундан кейин
пневмоник инфилтрация сўрилгандан кейин
температурани нормаллашиши
периферик қон кўрсаткичлари нормаллашганда

5714.Бронхоспазмда қуйидаги йўталга қарши дорилардан қайсини қўллаш афзалроқ
либексин
мукалтин
бромгексин
амброксол

5715.Бронхоектатик касалликка хос балғам ажралиши
йирингли
шиллиқ
шиллиқ йирингли
балғам ажралмайди

5716.Аспиринли астмада қуйидаги овқат қўшимчларидан қайсилари мумкин эмас
қизил рангли
кўк рангли
сариқ рангли
яшил рангли

5717.Жисмоний зўриқишли астмада мумкин эмас
интал
калсий антогонисти
жисмоний тарбия
нуқтали массаж

5718.Қуйидаги ингаляцион кортикостероидлар қўлланилади
беклозон
серетид
дексаметазон
кенолог-40

5719.Бронхиал астма хуружида аускултацияда аниқланмайди
қуруқ хуштаксимон хириллаш
хириллашлар йўқ
нам хириллашлар
сусайган нафас

5720. Ўпка эмфиземасига хос эмас
бронхофония
ўпка пастки бўлаги ҳаракатчанлиги чегараланиши
нам хириллашлар
қутичасимон товуш

5721.Бронхиал астма хуружини даволашда ишлатиладиган дори воситалари
ингалясион Б-2 агонистлар қисқа таъсирли
кромонлар
глюкокортикостероид
анти-лейкотриен рецепторлар ингибиторлари

5722.Пневмонияни даво режаси
АБ
иммуносупрессорлар
муколитиклар
ситостатиклар

5723.Бронхиал астмага нисбатан профилактик чора тадбирларни белгиланг
соғлом турмуш тарзини тарғибот қилиш ва касалликнинг эрта шаклларини
пикфлоуметрия йўли билан аниқлаш
емфизема келиб чиқишини олдини олиш ва самараси исботланган дорилар билан даволаш
грипп эпидемияси пайтида ниқоблар тақиш
кўп касал бўладиган болаларда имунокоррексияловчи даволаш

5724.Сурункали нафас этишмовчилигининг обструктив шакли қуйидаги клиник белгилар билан намоён бўлади?
ЖНЧАТ1 (ОФВ1)нинг кескин пасайиши ва ўпканинг тириклик сиғими ўзгармаган
инспиратор ҳансираш
експиратор ҳансираш
ўпканинг тириклик сиғими камайган

5725.Қайси касалликларда сурункали нафас етишмовчилигининг рестриктив шакли кузатилади
ўткир бронхит

фиброзли алвеолит
гранулематоз
бронхиал астма

5726.ЎСОК ривожланишига олиб келувчи омиллар
нафас йўллари инфексияси
АПФ ингибиторларини қабул қилиш
чекиш
алкогол

5727.Бронхиал астмани ўрта оғир кечишига хос
ерталабки хуружлар
даволаниш давомида хуружларни йўқлиги билан
бронходилататорларни суткада 3 мартагача қабул қилиш
температура юқорилиги

5728.Бронхиал обструксияни аниқлаш учун қуйидаги асбобий текширувлар қўлланилади
пневмотахометрия
рентгенография
спирография
бронхоскопия
5729.Сурункали ўпкали юракнинг шаклланишини келтириб чиқариши мумкин
ўткир пневмония
бирламчи ўпка гипертензияси
алвеолит
сурункали обструктив бронхит

5730. Остеопороз турлари
бирламчи
иккиламчи
ўткир
сурункали

5731.Ривожланиши асосида моддалар алмашинувининг бузилиши ётадиган бўғим
касалликларни белгиланг
реактив артрит
подагра
деформацияловчи остеоартроз
ревматоид артрит

5732.Подаграда даво сифатида қўлланилади
аллопуринол

ўзида пуринлар сақламаган парҳез овқатлар
ностероид яллиғланишга қарши воситалар
сийдик ҳайдовчи дорилар

5733. Қуйидагиларнинг қайси бири иккиламчи подаграга сабаб бўлиши мумкин
катта миқдорда сийдик ҳайдовчи дорилар билан даволаш
қанд миқдорини пасайтирувчи дорилар
буйрак касалликлари
ситостатиклар билан даволаш

5734.Системали склеродермия билан оғриган беморларнинг ҳаёт прогнозини белгилайди, қуйидагилардан ташқари
терининг шикастланиши
яккаланган сийдик синдроми
азотемия ривожланиши билан кечувчи «асл склеродермик буйрак»
гломерулонефритни яққол клиник белгилар билан кечиши

5735. Типик ҳолатларда дерматомиозитнинг клиник кўринишлари ҳисобланади
терининг турли хил зарарланишлари
невуслар
миалгиялар
мушак ҳолсизлиги, псевдопараличлар

5736.Қайси наслий касаллик иситма билан кечади
оилавий ўрта ер денгизи иситмаси
бруцеллёз
Лайм касаллиги
лейкоз

5737.Подаграда даво сифатида қўлланилади
ностероид яллиғланишга қарши воситалар
аллопуринол
ўзида пуринлар сақламаган парҳез
сийдик ҳайдовчи дорилар

5738. Қуйидагиларнинг қайси бири иккиламчи подаграга сабаб бўлиши мумкин
катта миқдорда сийдик ҳайдовчи дорилар билан даволаш
ситостатиклар билан даволаш
буйрак касалликлари
қанд миқдорини пасайтирувчи дорилар

5739.Қон зардобида креатинфосфокиназа миқдорининг ошиши қайси касалликда учрайди

ўткир миокард инфарктида
деформацияловчи остеоартроз
дерматомиозитда
Бехтерев касаллигида

5740.ДОАни даволашда қайси дори воситасини тавсия этиш маQSадга мувофиқ
аллапуринол
азатиоприн
структум
волтарен

5741.Тизимили қизил югурдак касаллигидаги буйракдаги ўзгаришлар
нефротик синдром
буйрак поликистози
гломерулонефрит
пиелонефрит

5742. Келиб чиқиши номаълум бўлган иситмага қуйидагилар киради
давомийлиги 3 ҳафтадан кўп
силга текшириб кўриш зарур
давомийлиги 2 ҳафтадан кўп
иситма 40 градусдан юқори

5743. Номаълум генезли иситма ташхисини қўяётганда қуйидаги меъёрларга аниқ риоя қилиш керак
беморнинг тана ҳарорати 38°С ва ундан юқори
умум қабул қилинган усуллар орқали олиб борилган тадқиқотлардан кейин ташхис қўйилмаган
беморнинг тана ҳарорати 37°С ва ундан юқори
иситма давомийлиги 2 ҳафта ва ундан кўп вақт давомида кузатилади

5744.Қандай касалликлар учун доимий иситма характерли эмас
малярия
ўткир респиратор касалликда
сил
сурункали бронхит

5745. Қандай касалликлар учун тўлқинсимон иситма характерли
грипп
онкологик касалликларда
лимфогранулематоз
тепкили терлама, крупоз зотилжам

5746. Қандай касалликлар учун издан чиққан иситма характерли
вирусли инфексиялар
онкологик касалликларда
туберкулёз
бруцеллёз

5747.Ўткир подагрик артрит учун қуйидагиларни бўлиши хос
ерталабки карахтлик
бир бўғимда кескин ва тез кучайиб борувчи оғриқни пайдо бўлиши
бўғим устида тери қопламаларини гиперемиялангани
Гиберден тугунчаларини шаклланиши

5748. Остеоартроз касаллигидаги энг характерли ташхисий белгиси
бўғимларда «старт»оғриқлар бўлиши
кўчиб юрувчи огриқлар
оёқ панжасининг биринчи бўғимининг носимметрик жароҳатланиши
физик юкламада ўтиб кетувчи огриқлар

5749. Подагранинг хаVF омилларига қуйидагилар киради
наслий мойиллик бўлиши
артериал гипертония
еркак жинси
ҲЛА-Б27 бўлиши

5750. Деформацияловчи остеоартрознинг рентгенологик белгиларини аниқланг
«тешик» белгисини кузатилиши
ўсиш зоналарини суякланиши
бўғим тирқишини торайиши
диафизларда остеопороз белгилари кузатилиши

5751.Ревматоидли артрит касаллигининг виссерал шаклида кўпроқ қайси ички аъзолар шикастланади
талоқ
простата бези
буйрак
юрак

5752. ҚВП ёки оилавий поликлиника шароитида тизимли қизил югурдакга шубҳа бўлганда УАШ тактикаси
мавжуд клиник ва лаборатор текшириш усулларидан фойдаланиб диагнозни аниқлаштириш

беморга ГКСларни буюриш
беморни амбулатор даволаш
уй шароитида даволашга ҳаракат қилиш

5753.Дерматомиозит касаллигига хос клиник синдромларни кўрсатинг
диплопия
дисфагия
мушаклар гиперкинезияси
миозитлар

5754.ҚВП шароитида тизимли қизил югурдак касаллигида 3.1 тоифа ахборотли текшириш усулларига киради
сийдик умумий таҳлили
қонда глюкоза
қонни умумий таҳлили
офталмоскопия

5755.ҚВП шароитида тизимли қизил югурдак касаллигида 3.2 тоифа ахборотли текшириш усулларига киради
КТ бош мияни
Ички аъзоларни УТТ
ЛЕ ҳужайрани аниқлаш
АСЛО

5756.Тизимли склеродермиянинг сурункали кечишида патогенетик давога кирмайди
антибиотиклар
антиагрегантлар
ситостатиклар
гормонал препаратлар

5757.ҚВП шароитида тизимли склеродермия касаллигини текширишни 1 ва 2 тоифа хизматларини ахборотли усулларига киради
АСЛО текшириш
умумий қон таҳлили
тери биопсияси
oQSил ва фраксияси

5758. Соғлом оила учун характерли
умумий ва эркин ҳиссиётларни билдириш
оила аъзоларнинг шахсий эркинлиги ва эр-хотиннинг оиладаги вазифалари
оилада лидерликни қўллаб-қувватлаш
фақат ички тарафдан қўллаб-қувватлаш

шахсий эҳтиёжларни оиланинг имкониятларига тўғри келиши
оилада маънавиятнинг ўрни бўлмаслиги

5759. Носоғлом оила учун тааллуқли
оилавий муносабатланинг тўлиқмаслиги
психик бузилишлар
туғруқдан олдин ва туғруқдан кейин тўғри парвариш қилиш
боланинг хулқининг бузилиши
оила аъзоларнинг камдан-кам врачга мурожаат қилиши
спиртли ичимликларни кам истеъмол қилиши

5760.Геморрагик васкулитга хос бўлмаган синдромлар
абдоминал
тери
бронхообструктив
нефротик
гепатомегалия
бўғим

5761. УАШ иш фаолиятида асосий хаVF-хатарни кўрсатинг
 оила ҳаётида ўзгаришнинг шахсий жавобгарлиги
бемор ҳаётига жавобгарлик
ижобий ҳислатларга эга бўлган инсоннинг роли
оилага ёрдам беришни инкор этилиши
оила аъзоси бўлиши
касбдошнинг ёрдамини инкор этиш

5762.Бемор билан мулоқотда бўлганда хатоликка йўл қўймаслик учун нима қилиш керак
айбдорни изламоқ
беморнинг ишини ўзига беришга рухсат бермаслик
оилани ажратмоқ
бўлмайдиган нарсани ваъда бермаслик
касбдошлар билан маслаҳатлашмоқ
дарҳол натижа олишга интилиш

5763. Консултация бериш бу
маслаҳат бермоқ
мажбур қилмоқ
еркалатмоқ
суҳбат қурмоқ
ўргатмоқ
койиш

5764. Қайси хаVF факторни ўзгартириш мумкин
жинси
ёши
наслий
чекиш
тана вазни
ҳаёт тарзи

5765. Умумий амалиёт врачи иш фаолиятининг хусусиятлари оилавий тиббиётнинг қуйидаги тамойиллари билан изоҳланади
интеграция – тиббиётнинг барча аспектларини ўз ичига олиши
асосий хизмат касаллик даврида даволашга қаратилган
беморларни туғилишидан бошлаб то вафотигача кузатиш
тиббий ёрдам нархининг пасайиши қаторида унинг сифатининг ошиши
фақат профилактик ишларга эътибор бериш
фақат тиббий характерга эга бўлган муаммолар кўриб чиқилади

5766.Умумий амалиёт врачини бемор билан мулоқотини нима қийинлаштиради
тилни яхши билмаслик
ёрдамчи материал
оддий тил
қийин мавзулар
мураккаб тиббий саволлар
бемор ва унинг оиласи билан яхши алоқа ўрнатилганлиги

5767. Умумий амалиёт врачи физиологик ва руҳий саломатликни шакллантиришда оиланинг қайси вазифаларига аҳамият бериши керак
диний
оиланинг давлат иқтисоди масалаларига муносабати
руҳий ва эмоционал
тарбиявий
жинсий
сиёсий

5768. Умумий амалиёт врачининг ишига хос
тезкор тиббий ҳолатларни ва сурункали касалликларни даволайди
профилактика ишига кўпроқ аҳамият берилади
ҳар вақтда тиббий ёрдам бера олади
хоҳлаган жойда тиббий ёрдам бера олади
тез-тез учраб турадиган касалликларни даволайди
профилактика иккинчи ўринда туради

5769.Кўп сонли топшириқлар бемор билан суҳбатда қуйидаги группага ажратилади
анамнез йиғиш
бемор билан ўзаро муносабатни мустаҳкамлаш ва уни руҳий қўллаб-қувватлаш
беморга ахборот бериш ва ўргатиш
лаборатор текшириш
умумий қон таҳлилини текшириш
умумий сийдик таҳлили

5770. Даволанишга розилик учун мустасно бўлиб қуйидагилар саналади
тери-таносил касалликлар
шошилинч ҳолатлар
катта бўлмаган жароҳатлар ва ҳолатлар
психик касалликлар
сил
ҳомиладорлик

5771. Руҳий статусни (саломатликни) мустаҳкамлаш қуйидагиларни ўз ичига олади:
ўз устида ишлаш
жиззакилик
бошқаларга нисбатан критик муносабатда бўлиш
ҳис-ҳаяжонга берилиш
ўз -ўзини тарбиялаш
ўз- ўзини назорат қилиш

5772.Екологик омиллар қуйидаги гуруҳларга бўлинади
антропоген омиллар
адаптацион омиллар
климатик омиллар
абиотик омиллар
биотик омиллар
тўғри жавоб йўқ

5773.Абиотик омилларга киради
тирик организмлар
ҳарорат
намлик
сувнинг шўрлиги
ҳавонинг ифлосланиши
тўғри жавоб йўқ

5774. Қайси факторларни ўзгартириш мумкин

чекиш
овқатланиш тартиби
жинси
ёши
тана вазни
наслий

5775. Бирламчи профилактикага тегишли
асептика
кўп аҳолини текшириш
асоратлар ҳақида огоҳлантириш
иммунизация
санитар тадбирлар
риск факторини пайдо бўлиши

5776. Учламчи профилактикага тегишли
асоратлар ҳақида огоҳлантириш
соғлом турмуш тарзини тарғибот этиш
инфексия ўчоқларини бартараф этиш
врачлар томонидан ўтказилади
бемор реабилитацияси
кенг қамровли диагностика

5777. Қайси касалликларда профилактик тадбирлар ўтказилиши шарт
куйиш
интоксикация
инфексион касалликлар
ўсма касалликлар
наслий касалликлар
психиканинг бузилиши

5778.Умумий амалиёт врачининг профилактик тадбирлари
медикаментоз даволаш
индивидуал текшириш
санитар оқартув ишлари
кузатув
психотерапия
жарроҳлик амалиёти

5779. Артериал гипертонияни хаVF омилларига киради
кўп миқдорда тузни истеъмол қилиш
ортиқча вазн

жинси аёл
спорт билан шуғулланиши
наслий мойиллик
йўтал

5780. ЮИК ривожланиш хаVFини қуйидаги омиллар оширади
сурункали бронхит
тумов
чекиш
оилада юрак касалликларини бўлиши
гипертония
алкогол

5781. ИЦ да УАШ тактикаси қуйидагича
руҳий қўзгалишда – трисиклик антидепрессант қўллаш
аналгетиклар буюриш
зарарли одатларни йўқотишни тушунтириш
антибиотиклар буюриш
клечаткага бой озиқаларни буюриш
йўғон ичак ракини инкор килиш учун госпитализация қилиш

5782. Артериал гипертензияга қайси хаVF омили тегишли
совуқ қотиш
аёл жинси
спорт билан шуғулланиш
ортиқча тана вазни
ирсий
кўп миқдорда туз истеъмол қилиши

5783. Қуйидаги омиллар ЮИК ни ривожланишини оширади:
чекиш
бошланғич барча юрак касалликлари
гипертония
сурункали бронхит
спорт билан шуғулланиш
спиртли ичимликлар

5784. Профилактика УАШ фаолиятида
соғликни мустаҳкамлаш
касалликларни олдини олиш
санитар-оқартув ишларини олиб бориш
жарроҳлик амалиётини ўтказиш

курортларга юбориш
фақат маълум касалликларни даволаш

5785. Бошқариб бўлмайдиган омиллар
ёши
ирсий мойиллик
чекиш
алкоголизм
жинси
нотўғри овқатланиш

5786. Бошқариб бўладиган омиллар
нотўғри овқатланиш
ёши
чекиш
алкоголизм
жинси
ирсий мойиллик

5787. Экологик омиллар қуйидаги гуруҳларга бўлинади
абиотик омиллар
адаптацион омиллар
климатик омиллар
биотик омиллар
антропоген омиллар
тўғри жавоб йўқ

5788. Абиотик омилларга киради
А. тирик организмлар
Б. ҳавонинг ифлосланиши
С. ҳарорат
Д. намлик
э. сувнинг шўрлиги
Ф. тўғри жавоб йўқ

5789. Соғлом овқатланишнинг асосий қоидаларини кўрсатинг
истеъмол қилинаётган ёғ миқдори нон маҳсулотларидан кўп бўлиши лозим
соғлом овқатланиш асосан, рационал овқатланишга асосланган бўлади
крахмалга бой бўлган овқат сарфловчи энергияни ярмидан кўп бўлиши керак
гўшт учун талаб қилувчи энергияни 10%дан кам бўлиши керак
тўғри жавоб йўқ
барча жавоблар тўғри

5790. Профилактик кўрикка қуйидагилар киради
 анамнез йиғиш
 тўғри жавоб йўқ
 лаборатор ва инструментал текширувлардан ўтказиш
тез ёрдам кўрсатиш
клиник аудит ўтказиш
умумий кўрикдан ўтказиш

5791. Бирламчи профилактика чора-тадбирларига киради
 ҳафта мобайнида 3 кундан кам бўлмаган ҳолатларда 30 дақиқа давомида жисмоний машқларни бажариш
АҚБ ни ўлчаш
 ваксинация
қонда глюкоза миқдорини аниқлаш
ЮИК билан беморларга β- адреноблокаторларни тавсия қилиш
жарроҳлик амалиётини ўтказиш

5792. Тирик ваксиналарга қарши кўрсатмаларни санаб ўтинг
иммунодефицит ҳолати
 дори воситалар иммуносупрессияси
 ҳомиладорлик
сурункали бронхит
қандли диабет
тўғри жавоб йўқ

5793. Маслаҳат бериш қандай асосий соҳаларни ўз ичига олиши лозим:
соғлом турмуш тарзи тўғрисида суҳбатлашиш
сурункали касаллик менежменти
иқтисодий ёндашув
маслаҳатга тиббий ёндашув
 ҳозирги вақтдаги ҳолатни бошқариш
даволашга асосланган ёндашув

5794. Қайси хаVF факторларини ўзгартириш мумкин
овқатланиш тарзи
жинси
ёши
чекиш
 тана вазни
наслий

5795.Умумий амалиёт врачи иш фаолиятига киради:
профилактика
наслий касалликларни даволаш
беморларни ўргатиш
асосан катталарни даволаш
асосан қарияларни даволаш
асосан болаларни даволаш

5796. Умумий амалиёт тиббиётининг хусусиятлари:
ҳар бир беморни узоқ вақт кузатиш
беморларни уйда кўриш имконияти
оғир ва ҳаётга хаVF туғдирувчи касалликларни эрта ташхислаш
оғир касалларни даволаш
асосан болаларни даволаш
беморларни шифохоналарда даволаш
асосан катталарни даволаш

5797. Мулоқотнинг новербал усулларига киради
мажбурий бўлмаган
очиқлилик
беморларга эгилган ҳолатда мурожаат қилиш
аниқ гапириш
паст товуш билан гапириш
бемор қаршисида ўтириш ва гапириш
баланд овоз билан гапириш

5798.Мулоқотнинг вербал усулларига киради
очиқлилик
аниқлаштириш
тинглаш
рағбатлантириш
беморга эгилган ҳолда мурожаат қилиш
юзма-юз мулоқот

5799. Семириш асоратларига киради
артериал гипертензия
веналарни варикоз кенгайиши
остеоартроз
меноррагия
остеохондроз
жигар сиррози

5800.Кексаларни дори воситалар билан давосида қайси бирлари тўғри
кекса беморларни тахминан ярми аналгетик ва седатив дори воситаларни нотўғри қабул қилади
кексаларда аритмияга қарши дори восита дизопирамид сийдик тутилишига сабаб бўлиши мумкин
сувда эрувчи дори воситаларнинг ҳажмини ошириш
дори воситаларни максимал дозада қабул қилиш
дори воситаларни юқори самаралорлиги
ошқозон-ичак трактида дориларни сўрилишини камайиши

5801.Гиполипидимик дори воситаларни асосий гуруҳларини кўрсатинг:
бетта блокаторлар
ангиотензин-ИИ рецепторлари ингибиторлари
АПФ ингибиторлари
ГМГ-СоА редуктаза ингибиторлари
фибратлар
никотин кислота

5802.Иккиламчи гиперлипидемия сабабларини кўрсатинг:
гиперацид гастрит
қандли диабет
нефротик синдром
ичакларда сўрилишни бузилиши синдроми
малдигестия синдроми
гипотиреоз

5803.Қонда холестерин миқдорини оширувчи дори воситаларни кўрсатинг:
АПФ ингибиторлари
калсий антагонистлари
санаб ўтилганларни барчаси
тиазид диуретиклар
эстерогенлар
бетта-блокаторлар

5804. Кексаларда систолик артериал гипертензия энг кўп сабаблари ҳисобланади:
аортал етишмовчилик
Менкеберг склерози
тўлиқ атриовентрикуляр блокада
аорта атеросклерози
очиқ артериал йўл
сурункали гломерулонефрит

5805. Бетта-блокаторларга киради:
пропранолол
метопролол
бетаксолол
пробукол
диротон
клопидогрел

5806. Ёндош подагра бўлган 70 ёшли беморнинг артериал гипертониясини даволаш учун мумкин бўлмаган дори восаталарни кўрсатинг?
гипотиазид
фуросемид
обзидан
клофеллин
рибоксин
верошпирон

5807.Қариялардаги ўткир миокард инфарктида қон зардобида қуйидаги ферментлар фаоллиги аниқланади:
креатинфосфокиназа
ишқорий фосфатаза
нордон фосфатаза
лактатдегидрогеназа
аспартатаминотрансфераза
диастаза

5808. Кекса ва қари ёшдаги беморларга сунъий ритм бошқарувчисини ўрнатилишига кўрсатмалар қуйидагича:
Гисс тутами оёқчалари транзитор блокадаси
синусли аритмия
синусли тахикардия
синус тугунини сустлиги
тўлиқ атриовентрикуляр блокада
Морган-Адамс-Стокс синдроми

5809. Гисс тутами ўнг оёқчаси блокадаси белгилари барчаси, қуйидагилардан ташқари:
СТ сегментини В5,6 тармоқларида депрессияси
QRS комплексини 0,12 с ва ундан кўпга В1,2 тармоқларида С тишчаси ҳисобига кенгайиши
QRS комплексини 0,12 с ва ундан кўпга В5,6 тармоқларида Р тишчаси ҳисобига кенгайиши

QRS комплексини 0,12 с ва ундан кўпга В1,2 тармоқларида Р тишчаси ҳисобига кенгайиши
QRS комплексини 0,12 с ва ундан кўпга В5,6 тармоқларида С тишчаси ҳисобига кенгайиши
СТ сегментини В1,2 тармоқларида депрессияси

5810. Кекса ва қари ёшдаги беморларда аортал стенозига хос белги:
жарроҳлик амалиёти ҳаёт сифатини яхшилайди, лекин 5 йиллик яшаш давомийлигига таъсир қилмайди
аортал стеноз кўпинча симптомсиз кечади
клиник белгилари пайдо бўлгандан сўнг яшаш давомийлиги 5 йилдан ошмайди
аортал стенозда дағал систолик шовқин эшитилади
аорта устида ИИ тон сусайган
жарроҳлик амалиёти ҳаёт сифатини яхшилайди ва 5 йиллик яшаш давомийлигини узайтиради

5811. Кексаларда аортал стенозда жарроҳлик давога кўрсатма қуйидагилар:
аортал тешик майдони 3,5 кв.см кўп
диссиркулятор энсефалопатия белгиларини пайдо бўлиши
аортал тешик майдони 1,5 кв.см дан кўп
аортал тешик майдони 2,5 кв.см кичик
стенокардия хуружларини пайдо бўлиши
аортал тешик майдони 1,0 кв.см дан кичик

5812. Инфексион эндокардит профилактикаси қуйидагиларда ўтказилади:
юракнинг орттирилган nuQSonларида
аортокоронар шунтлаш жарроҳлик амалиётида сўнг
юрак ишемик касаллигида
юракнинг туғма nuQSonларида
юракнинг қоPQоқлари протезлашдан сўнг
миокардиодистрофияда

5813. Кекса ва қари ёшдаги беморларда қон тупуришни энг кўп сабабларини кўрсатинг:
бронхиал астма
сил
ўпка раки
ўпка артерия тромбоэмболияси
пневмония
сурункали бронхит

5814. Ревматоид артритга хос белгиларини кўрсатинг:
рентгенограммада остеофитлар мавжудлиги

рентгенограммада “тешикча”симптоми
ерталабги карахтлик
бўғимларни симметрик шикастланиши
бўғимдан ташқари белгиларни мавжудлиги
Бушар тугунчалари

5815. Ревматоид омилни аниқлаш услубларини кўрсатинг:
латекс-тест
Ваалер-Роуз реаксияси
иммуноглобулин Г билан гемагглютинация реаксияси
Видал реаксияси
Вассерман реаксияси
дерматол синама

5816. Гастроезофагеал рефлюкс ривожланишига қайси омиллар сабаб бўлади?
чекиш
ёғли овқатлар
сурункали гастрит
ўриндиқни баланд бош томони
кардиал сфинктернинг тонусини сақланганлиги
сурункали дуоденит

5817. Йўғон ичак дивертикулининг асорати бўлиши мумкин:
ўткир дивертикулит
амилоидоз
ичак тутилиши
дивертикулдан қон кетиш ва перфорацияси
бавосил
йўғон ичак птози.

5818. Кекса одамлар рационида қайси озиқ овқатларни чегаралаш maQSadга мувофиқ?
спиртли ичимликларни
гўшт, балиқ, тухум
сабзавот ва мевалар
ёғлар
қанд ва ширинликларни
сутли маҳсулотларни

5819. Кексаларда остеопороз профилактикаси
диуретикларни мунтазам қабул қилиш
юрак гликозидларни қабул қилиш
естероген сақловчи препаратларни истеъмол қилиш

витамин Д, калсий препаратлари
жисмоний машқлар
шўр, аччиқ овқатларни кўп қабул қилиш

5820. Кексалар учун тавсия этиш мумкин бўлган овқат рациони қандай талабларга жавоб бериши керак
клетчаткага бой (ёрмалар) овқат нисбати камайтирилиши
овқат калорияси ва амалда сарф қилинадиган энергияга муносиб бўлиши керак
овқат маҳсулотлари ва овқат турлари ферментатив тизимини зўриқтирмаслиги
овқат рационини атероскларозга қарши қаратилганлиги
углеводлар миқдори кўп бўлиши
кечки овқат миқдори кўп бўлиши

5821. Климактерик остеопороз белгилари неча ёшда намоён бўлади
менопаузадан 10 ойдан кейин
40-50 ёшда
менопаузагача
60 ёшда
55 ёшда
45 ёш

5822. Кекса ёшдагиларда сурункали нафас этишмовчилигининг рестриктив шаклини асосида ётувчи жараённи тўғри белгиланг?
алвеолалар очилишини бузилиши
бронхларда ёпишқоқ балғамнинг мавжудлиги
яллиғланиш жараёни ўпка паренхимасида
бронхиал дарахтнинг ўтказувчанлигини бузилиши
яллиғланиш жараёни ўпка интерстициясида
йирик бронхларда ўтказувчанликни бузилиши

5823. Қайси касалликларда сурункали нафас этишмовчилигининг обструктив типи кузатилади?
ўпканинг сурункали обструктив касаллиги
пневмосклероз
бронхиал астма
ўпка эмфиземаси
пневмония
ўпка сили

5824. Қуйидагиларнинг қайси бири иккиламчи подаграга сабаб бўлиши мумкин :
қанд миқдорини пасайтирувчи дорилар билан даволаш
ситостатиклар билан даволаш

катта миқдорда сийдик ҳайдовчи дорилар билан даволаш
буйрак касалликлари
жигар касалликлари
рибоксин кўп миқдорда қабул қилиш

5825.Ўткир подагрик артрит учун қуйидагиларни бўлиши хос:
бир бўғимда кескин ва тез кучайиб борувчи оғриқни пайдо бўлиши
ерталабки карахтлик
бўғим устида тери қопламаларини гиперемиялангани
бўғимда фаол ва нофаол ҳаракатларни чегараланганлиги
бўғимларни симметрик жароҳатланиши
Бушар тугунчаларини шаклланиши

5826. Кексаларни ҳар кунги рационига албатта кириш керак:
гўшт маҳсулотлари
енгил вино
холестеринга бой маҳсулотлар
дон маҳсулотлари
сабзавот ва мевалар
тузламалар ва аччиқ овқатлар

5827. Кекса ва қари ёшларда қандли диабет кечишини оғирллаштиради
пиелонефрит, систит
миокардиодистрофия
ўпка абссесси
атероскелероз, семизлик
гастрит, холецистит
бронхит, пневмония

5828. Кекса ва қари ёшда қандли диабет қуйидаги билан боғлиқ
руҳий эмоционал зўриқиш билан
тўқималарни инсулинга сезувчанлигини пасайиши билан
семизлик билан
бактериал инфексия билан
инсулинни абсолют танқислиги билан
ортиқча жисмоний юкламалар билан

5829. Асосан кекса ва қари ёшда кузатиладиган касалликларни кўрсатинг
сурункали лимфолейкоз
гемофилия
ЮИК
гипертония касаллиги

Шенлейн – Генох касаллиги
темир танқислиги анемияси

5830. Перорал темир препаратларни самарадорлиги пасайишига сабаби бўлиб ҳисобланмайди
ичакларда сўрилишни кучайиши
меъда ширасининг кислоталигини ошиши
меъда ширасининг кислоталигини меъёрда бўлиши
ичакларда сўрилишни камайиши
ичакларда эвакуацияни тезлашиши
меъда ширасининг кислоталигини камайиши

5831.Дигидропиридин қаторидаги калсий каналлар блокаторларига киради
исрадипин
нифедипин
амлодипин
верапамил
дилтиазем
изоптин

5832. Кексаларда касалхонадан ташқари ривожланган пневмонияни кўпинча қўзғатувчиси ҳисобланади:
пневмония клебсиелласи
пневмококк
стрептококк
ичак таёқчаси
хламидиялар
риккециялар

5833. Кекса ёшда юракнинг табақалар нуQSонларига асосий сабаби ҳисобланади
дегенератив калсиноз
табақалар миксоматоз дегенерацияси
атеросклероз
инфексион эндокардит
ревматизм
бириктирувчи тўқима диффуз касалликлари

5834. Балғамни реологик хусусияти бузилишларида тавсия этилади
мукосолвин
бромгексин
ацетилсистеин
теофиллин

ефир ёғлар
ефедрин

5835. Қайси дори восита таъсирида эшитиш ва вестибуляр бузилишлар кузатилиши мумкин
амикацин
сефазолин
етакрин кислота
гентамицин
канамицин
ампициллин

5836.Остеоартрозга тааллуқли
суякларнинг эпифизар қисмларида кистасимон бўшлиқлар аниқланади
кўпинча семиз аёлларда кузатилади
бўғим юзаларида тоғай ости остеосклерози ва остеофитлар ривожланади
кўпинча синовит билан бирга кечади
қўл кафти майда бўғимларда “улнар девиация” кузатилади
бу бўғимларни сурункали дегенератив-дистрофик касаллиги

5837. Кекса ёшдаги беморларда кўпинча паранеопластик генезга эга
дерматомиозит
полимиозит
буйрак амилоидози
склеродермия
ревматоид артрит
деформацияловчи остеоартрози

5838. Холестазни ташхислаш учун қандай кўрсаткичлар аниқланади
қонда АСТ/АЛТ миқдори
қонда креатинфосфокиназа миқдори
қонда билирубин миқдори
қонда холестерин миқдори
қонда ишқорий фосфатаза миқдори
қонда диастаза миқдори

5839. Кексаларда қабзият ривожланишига олиб келади
гипокинезия
гипотензив дори воситаларни қабули
оғриқли дефекация
ётоқ тартиб
темир дори воситаларини қабули

нитратлар

5840.Кексаларда абдоминал ишемик касаллиги давосида қўлланилади
Нитратлар
Н2 гистамин рецептор блокаторлари
ентеросорбентлар
антиагрегантлар
спазмолитиклар
сурги дори воситалар

5841. Кекса ёшдагиларда анемияни кўпинча сабаби:
алиментар анемия
аутоиммун гемолитик анемия
темир танқислиги анемияси
геморрагик анемия
апластик анемия
В-12 дефицит анемия

5842. Биологик ёшни аниқлаш учун қуйидаги маълумотлар аниқланади
нафас олиш сони
тери қопламалар ранги
нерв тизими реаксияси
тери тургори
ҳаракатлар координацияси
овоз ўзгариши

5845.Кекса ёшда миокард инфарктининг ёмон прогностик белгиси ҳисобланади
систолик артериал босимни 80 мм сим.уст.дан пастроқ тушиши
турғун тахикардия
чап қоринча зарб ҳажмини 55% дан баланд бўлиши
миокард инфарктини олдинги деворда жойлашиши
оғриқ синдромини йўқлиги
чап қоринча зарб ҳажмини 40%дан пасайиб кетиши

5846. Дигидропиридин қаторидаги калсий антагонистларига кирмайди
финоптин
исрадипин
верапамил
кардил
кардафен
стамло

5847.ЮИКда триметазидин қуйидаги таъсирларга эга
артериал босимни пасайтиради
стенокардия хуружлар сонини камайтиради
нитроглицеринга талабни камайтиради
миокард инфаркти зонасини кичрайтиради
антиагрегант таъсирга эга
ҳилпилловчи аритмияда эмболик асоратлар хаVFини камайтиради

5848. Кекса ва қари ёшдаги беморларда аортал стенозига хос клиник белгиларини кўрсатинг
стенокардия хуружлари
артериал босимни пасайиши
ҳушдан кетишлар
артериал босимни ошиши
аорта устида диастолик шовқин
аорта устида лл тон аксенти

5849. Митрал стенозда юрак тонларини аускултатив белгиси бўлиб ҳисобланмайди
бедана ритми
юрак чўққисида И тонни сусайиши
ИИИ тонни пайдо бўлиши
юрак чўққисида И тонни кучайиши
юрак чўққисида диастолик шовқин
от дупири ритми

5850. Кексаларда сурункали бронхит қўзишини белгиси ҳисобланади
кечқурунги кўп терлаш
йўтални кучайиши
ҳансирашни кучайиши
ўпка устида хириллашларни пайдо бўлиши ёки кўпайиши
полиурия
умумий ҳолсизлик

5851. Кексаларда суяк ҳосил бўлишини кучайтирувчи дори воситалар
фтор препаратлари
диуретиклар
нитратлар
калситонинлар
анаболик стероидлар
ностероид яллиғланишга қарши препаратлар

5852. Кекса ва қари ёшда суяк ҳосил бўлишини кучайтириш маQSадда куйидагилар қўлланилади:
биофосфонатлар
андрогенлар
калсий хлор
Д витаминининг фаол метаболитлари
креатинфосфат
холестерамин

5853. Ревматик ҳужумда терапевтик тактика:
НЯҚВ (ностероид яллигланишга карши восита)тавсия этиш
сулфаниламид қабул қилиш
ситостатик қабул қилиш
10 кун мобайнида пенициллин қабул қилиш, сўнгра бициллин -5 га ўтказиш
5 соат мобайнида пенициллин -терапия
юқори активликда ва полисерозит мавжудлигида кортикостероид қабул қилиш

5854. Ревматизм хуружида даво чоралари қуйидагиларни ўз ичига олади:
5 кун давомида пенициллин билан даволаш
10 кун давомида пенициллин қўллаб, кейинчалик бициллин-5 га ўтиш
сулфаниламидлар қўллаш
юқори фаолликда ва полисерозитлар мавжудлигида – кортикостероидларни тавсия этиш
яллиғланишга қарши ностероид воситаларни буюриш
ситостатиклар қўллаш

5855. Ревматоид артритни даволашда қайси гуруҳ дори воситалари қўлланилмайди:
урикозуриклар
олтин препаратлари
ситостатиклар
антибиотиклар
глюкокортикоидлар
хондропротекторлар

5856. Ревматоид артритнинг махсус турига кирмайди:
Рейно синдроми
Гудпасчер синдроми
Фелти синдроми
Стилл синдроми
Шегрен синдроми

5857. Қуйидагилардан қайси бирлари системали қизил волчанканинг 3 -фаоллик даражасида кузатилади:
екссудатив плеврит
ЕЧТнинг 40-30 оралиғида бўлиши
ЕЧТнинг 45 ва ундан юқори бўлиши
қуруқ плеврит
нефротик синдром
қонда ЛЕ ҳужайраларининг лейкоцитларга нисбатининг 2:1000 бўлиши

5858. Ревматоид артритнинг базис давосига киради:
кризанол
ЯҚНДВ
Д-пеницилламин
делагил
ацикловир
хондроксид

5859. Ревматизмнинг ИИИ фаоллик даражасида қайси дори воситалари қўлланилади
преднизолон
сипрофлоксацин
гентамицин
пенициллин
диклоберл
сулфасалазин

5860. Ревматоид артритга хос бўлмаган лаборатор ўзгаришлар:
С-реактив оQSилнинг ошиши
РФ топилиши
ЕЧТ ошиши
антистрептолизина-О нинг титрини камайиши
АСЛО ни ошиши
ҲЛА В-27 мусбат бўлиши

5861. Ревматоидли артритнинг виссерал шаклида кўпроқ қайси ички аъзолар шикастланади:
юрак
простата бези
буйрак
талоқ
ўпка
қалқонсимон без

5862.Ўткир ревматик иситмани бирламчи профилактикасига кирувчи чора-тадбирларни кўрсатинг:
Инфексион ўчоқларни даволаш
соғлом турмуш тарзи бўйича маслаҳатлар бериш
санитар-оқартув иши
ГКС препартлар билан даволаш
НЯКДВ билан даволаш
рационал овқатланиш

5863. Қуйидагилардан қайси бирлари ўзоқ таъсир этувчи базис антиревматик дориларга киради:
антиагрегантлар
депиниципиламин
иммунодепрессантлар
ЯҚНДВ
глюкокортикоидлар
олтин препаратлари

5864. Ревматизмнинг катта мезонларига қуйидагилар киради:
иситмалаш
кардит
артралгия
аллопеция
хорея
полиартрит

5865. Глюкокортикостероид терапиянинг ҳаёт учун хаVFли асоратларидан ҳисобланади
меъда-ичак тизимидан ўткир қон кетиши
остеопороз
амилоидоз
катаракта
натрий ва сувни организмда ушланиб қолиниши
миокард инфаркти

5866. Подагра касаллигига хосбўлган белгилар:
бўғимлар анкилози
гиперурикемия
тофуслар
артрит ва нефропатия
оғриқларнинг кўчиб юриши
Геберден тугунчалари

5867. Ревматизм хуружида даво чоралари қуйидагиларни ўз ичига олади:
5 кун давомида пенициллин билан даволаш
10 кун давомида пенициллин қўллаб кейинчалик бициллин-5 га ўтиш
сулфаниламидлар қўллаш
юқори фаолликда ва полисерозитлар мавжудлигида – кортикостероидларни тавсия этиш
яллиғланишга қарши ностероид воситаларни буюриш
ситостатиклар қўллаш

5868.ҚВП шароитида ревматизм касаллигини текширишни 1 ва 2 тоифа хизматларини ахборотли усулларига киради, қуйидагилардан ташқари:
умумий қон таҳлили
АСЛО миқдорини аниқлаш
фарингоскопия
бўғимларни рентгени
офталмоскопия
қонда РО(ревмо омил) аниқлаш

5869. Остеоартрозга хос рентгенологик белгиларга тааллуқли:
бўғимлар нақшланиши
бўғим тешигининг торайиши
остеофитоз
бўғим юза қисмлари деформацияси
субхондрал остеопороз
суякларда сийдик кислотаси ўтириб қолиши

5870. Ёш эркакда қуйидагилар бўлганда Бехтерев касаллигини шубҳа қилиш мумкин:
бўғимларда кўчиб юрувчи оғриқлар кузатилса
бўғимлар ёки белда яллиғланишга хос бўлган оғриқлар бўлса
оёқ бўғимларининг моно-, олигоартрити бўлса
белда қотиб қолишҳисси ва рентгенда сакроилеит манзараси кузатилса
рентгенда бўғимлар нақшланиши аниқланса
бемор алопецияга шикоят қилса

5871. Тизимли қизил юрурдакга хос бўлган лаборатор ўзгаришларни кўрсатинг:
ЕЧТ нинг ошиши
ЛЕ ҳужайрасини топилиши
антинуклеар антителани миқдорини ошиши
еозинофилия
билирубин миқдорини ошиши
креатинин миқдорини кескин ошиши

5872. Бехтерев касаллигида айрим ҳолларда виссерал ўзгаришлар кузатилади, уларни кўрсатинг:
кўзлар зарарланиши
аортрит ва аортал клапанлар этишмовчилиги
гломерулонефрит
буйраклар амилоидози
уретрит
систит

5873. Бехтерев касаллигини диагностик мезонларига кирмайди:
икки томонлама сакреоиелит
букчайиб юриш
аортал клапани нуQSони
спленомегалия
гепатит
полиневритлар

5874. Псориатик артирит хуружида қўлланиладиган дори воситалари:
колхицин
ишқорли суюқлик ичиш
НСЯҚДВ
ГКС препаратлар
маҳаллий дори воситалари (малҳамлар)
антибиотиклар

5875. Псоритатик артиритни диагностик мезонларига кирмайди:
псориатик тошмалар
бўғимларни сосискасимон шикастлагиши
ангишвонасимон тирноқлар
лимфоаденопатия
кўчиб юрувчи бўғимлардаги оғиқлар
спленомегалия

5876. Бехтерев касаллигига хос эмас::
СОЕ пасайиши
СОЕни ошиши
гипер-γ-глобулинемия
Б-лимфоцитларни гиперфункcияси
ревматик омилни аниқланиши
С- реактив протиен миқдорини ошиши

5877. Системали склеродермиянинг сурункали кечишида патогенетик давога кирмайди:

Д-пеницилламин ёки колхицин
антиагрегантлар
вазодилататорлар
ситостатиклар
ностероид яллиғланишга қарши препаратлар
антибиотиклар

5878. КВП шароитида тизимли склеродермия касаллигини текширишни 1 ва 2 тоифа хизматларини ахборотли усулларига киради, қуйидагилардан ташқари:
умумий қон таҳлили
умумий сийдик таҳлили
буйраклар УТТ ва кўкрак қафасини рентгени,ЕКГ
ЕхоКГ
АСЛО текшириш
қонда сийдик кислотаси

5879.Тугунчали периартериитда танлов препарати бўлиб ҳисобланади:
глюкокортикоидлар билан комбинацияланган ситостатик препаратлар
антиагрегантлар
аминохинолин унумлари
Д-пеницилламин
ностероид яллиғланишга қарши дори воситалари
антибиотиклар

5880. Бехтерев касаллигида танлов препарати бўлиб ҳисобланади:
кортикостероидлар
олтин препаратлари
тетрациклин гуруҳидаги антибиотиклар
витамин Б гуруҳи
сулфаниламидлар
антифиброз препаратлари

5881. Бехтерев касаллигида асосий даво чораларига киради,қуйидагидан ташқари:
яллиғланиш жараёнини тўхтатиш
оғриQSизлантирувчи физиотерапия
миорелаксацион даво
бициллин терапия
антибиотиклар
антигистамин дорилар
калсий препаратлари

5882. Дерматомиозитда характерли клиник синдромларни кўрсатинг:

дисфагия
гиперкинезия мушакларда
артритлар
дисфония
мушаклар гипокинезияси
диплопия

5883. Қуйидагилардан қайси бирлари системали қизил волчанканинг 3- фаоллик даражасида кўзатилади:
екссудатив плеврит
ЕЧТнинг 40-30 оралиғида бўлиши
ЕЧТнинг 45 ва ундан юқори бўлиши
қуруқ плеврит
нефротик синдром
қонда ЛЕ ҳужайраларининг лейкоцитларга нисбатининг 2:1000 бўлиши

5884. Системали қизил югурдакга шубҳа бўлганда УАШ тактикаси:
мавжуд клиник ва лаборатор текшириш усулларидан фойдаланиб диагнозни аниқлаштириш
беморни амбулатор даволаш
уй шароитида даволашга ҳаракат қилиш
мутахассис маслаҳатига юбориш ва амбулатор даволаш
беморга ГКСларни буюриш
беморни ихтисослаштирилган бўлимга юбориш

5885. Тизимли қизил югурдак касаллигини ҚВП шароитида иккиламчи профилактикаси:
инфексион омиллардан сақланиш
норационал дори воситаларини қабул қилмаслик
касалликни фаоллиги ва кечишига монанд дори воситалари қабул қилиш
касалликни асоратларини даволаш
рационал овқатланиш
жисмоний тарбия билан шуғулланиш

5886. Вегенер грануляматозига характерли , бошқа:
тўқимали деструксия
кардиосклероз
гломерулонефрит
терини зарарланиши
шиш синдроми
сариқлик синдроми

5887. Дерматомиозитни типик кўринишларида номоён клиник кўриниши:

миалгия
артритлар
баъзида юрак нуQSонини ривожланиши
спленомегалия
гипертиреоид синдром
мушак ҳолсизлигини псевдопараличгача ёнма- ён ривожланиши

5888. Ревматоид артритда базис терапия учун фойдаланиладиган препаратлар, қуйидагилардан ташқари.
делагил
ГКС
ситостатиклар
Д-пеницциллинамин
ациклавир
хондроксид.

5889. Ревматоид артрит 3- даражасидасига мос бўлмаган рентгенологик ўзгариш:
остеоартроз
тоғай ва суякларнинг яққол шикасланиши
бўғимлараро бўшлиқни яққол торайиши
билак девиацияси
кўплаб нақшланиш
Геберден ва Бушар тугунларини топилиши

5890. Геморрагик васкулитга хос бўлмаган синдромлар :
абдоминал
тери
бўғим
бронхообструктив
нефротик
гепатомегалия

5891. Тугунчали периартериитда кузатиладиган томирлардаги асосий ўзгаришлар, қуйидагилардан ташқари :
томирлар деворида тўпланган липидлар, калсий тузлари
томирларни сегментар шикастланиши
томирлар умуман шикастланмайди
даволаш жараёнидаги кичик ва ўрта артериялар
панартерия
тромбоз, томирларни аневризмлари

5892. Тугунчали периартериитда ўпкани зарарланиши кузатилади:

бронхиал астма синдромини ривожланишида юқори турғун эозинофилия
ўпкани бирламчи эмфиземаси
қон тупуриш
оғир хансираш билан ўпка васкулити
ўткир бронхит
певмофиброз

5893.Тизимли қизил югурдак касаллигида кузатиладиган теридаги ўзгаришларга киради, қуйидагилардан ташқари:
томирли «капалаклар»
оёқлардаги симметрик тошмалар
кўп сонли невус
отодерматоз
юзда дисксимон ўчокли тошма
петихиал тошмалар оёқларда

5894. Тугунчали периартериит касаллигида асосий даволаш воситаси бўлиб ҳисобланади:
ситостатиклар
ГКС
4-аминохинолин унумлари
антибиотиклар
фақат фторхинолонлар
антигистамин препаратлари

5895. Тизимли қизил югурдак касаллигида кузатиладиган теридаги ўзгаришларга киради, қуйидагилардан ташқари:
томирли «капалаклар», фотодерматоз
кафтлардаги капилляритлар, юзда дисксимон ўчокли тошма
еритраматоз тошмалар баъзан
қўллардаги симметрик тошмалар
томир бўйлаб жойлашган оғриқли тугунчалар
петихиал тошмалар оёқларда

5896.Ревматизмнинг катта мезонларига қуйидагилар кирмайди:
иситмалаш
кардит
артралгия
аллапеция
хорея
полиартрит

5897.Келтирилган эКГ да қандай аритмиялар кўринади:

А. чап қоринча экстрасистолиялари
Б. АВ бирикманинг юқори қисмидан пайдо бўлган экстрасистолиялар
С. бўлмачаларнинг юқори қисмидан пайдо бўлган экстрасистолиялар
Д. ўнг қоринча экстрасистолиялари
Е. ўзанли экстрасистолиялар
Ф. бўлмачаларнинг ўрта қисмидан пайдо бўлган экстрасистолиялар

5898.Қуйидаги ўзгаришлар қайси касалликларга хос :

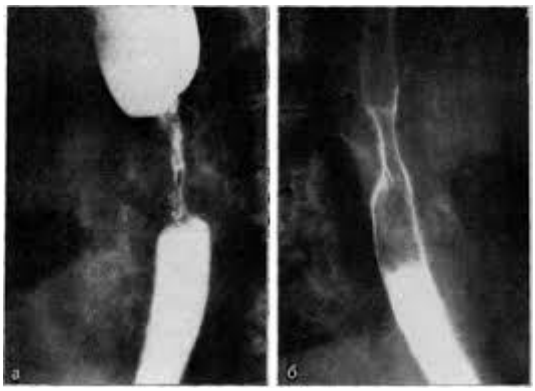
А. бронхоектатик касаллигига
Б. перикардитга
С. бактериал эндокардитнинг иммун-яллиғланиш босқичига
Д. Толочинов-Роже касаллигига
Е. бўлмачалараро тўсиқ дефектига

Ф. тетрада Фаллога

5899.Қуйидаги расмда ревматоид артритнинг қайси рентгенологик босқичи берилган

ИИИ
ИИ
И
ИВ
В

5900. Системали склеродермияда кўпинча кузатилади:



қизилўнгач дистал қисми моторикаси бузилиши
кардиоспазм
меъданинг кардиал сфиинктери етишмаслиги
рефлюкс-езофагит
барчаси

5901. Рационал овқатланиш бу
клетчаткани истеъмол қилишни 30 г/сутгача ошириш
ош тузи истеъмол миқдорини 16 г/сут гача камайтириш
тез ўзлаштириладиган углеводларни истеъмол қилишни кўпайтириш
спиртли ичимликларни 40 мл/сут (тоза спирт ҳисобида) гача камайтириш
ош тузи истеъмол миқдорини 8 г/сут гача камайтириш

ёғли овқатларни истеъмол қилишни кўпайтириш

5902.. Бирламчи профилактик кўрикларнинг maQSадларини кўрсатинг
фақат наслдан-наслга ўтувчи касалликлари бор беморларни аниқлаш
ижтимоий ёрдамга муҳтож бўлмаган беморларни аниқлаш
кўп тарқалган касалликларнинг xaVF омиллари гуруҳларини аниқлаш
беморларни касалликнинг эрта босқичларида аниқлаш
қайтмас ўзгаришлари бор беморларни аниқлаш
касалликнинг асоратлари бор беморларни аниқлаш

5903.Қуйидаги ҳолларда бирламчи профилактика юқори самарага эга бўлади
ёш оилалар консултацияси
инқироз вақтидаги кузатув
саёҳатдан кейинги маслаҳат
янги туғилган чақалоқлар кузатуви
саёҳатдан олдинги кўрик
ҳомиладорлик вақтидаги кузатув

5904.Умумий амалиёт шифокори қандай профилактик чора тадбирларни ўтказиши керак
санитар маълумот бериш, беморларни ўргатиш
кузатув
медикаментоз даво
психотерапия ўтказиш
индивидуал кўрик
жарроҳлик амалиётлари

5905.Учламчи профилактикага қуйидагилар киради:
шифокор томонидан амалга оширилади
асоратларни олдини олиш
бемор реабилитацияси
юқумли касалликлар ўчоқларини йўқотиш
скрининг ўтказиш
соғлом турмуш тарзини тарғибот қилиш

5906.Бирламчи профилактика қуйидагиларни ўз ичига қамраб олади
соғлом турмуш тарзини
иммунизация
аҳолини оммабоп текшируви
асоратларни олдини олиш
санитар тадбирлар
реабилитация

5907.Болаларнинг эмлашдан кейинги реаксиялар пайдо бўлишнинг хаVF омиллари
рахитга чалинган болалар
марказий асаб тизими касалланган болалар
аллергик реаксияларга мойил болалар
кўп ва узоқ вақт касалланадиган болаларà/з
анамнезида умумий ва махаллий эмлашдан кейинги реаксиялар учрамаган
иммуносупрессив даво олмаган болалар

5908.Ўзгартириб буладиган хаVF омилларини курсатинг
тамаки чекиш
тана оғирлиги
жинси
овқатланиш тартиби
ёши
наслий мойиллик

5909. Умумий профилдаги бирламчи МТЕ (меҳнат тиббий экспертизаси) таркибида бўлиши шарт бўлган мутахассислар:
терапевт
невропатолог
хирург
окулист
акушер-гинеколог
лор врач

5910.ВОП қари беморларни даволаётганида нималарга ахамият бериши керак
организмнинг функсионал захираларининг кучайиши
организмнинг мослашишини кучайиши
моддалар алмашинувининг узгармаслигига
моддалар алмашинувининг секинланишига
оганизмнинг мослашиши кобилятининг сусайиш
иммунитет сусайиши

5911.Ахолини саломатлигини яхшилашда қуйидагиларга эътибор бериш керак
яшаш тарзига
хулқини узгаришига
кайфиятига
ижтимоий статусига
овқатланиш тартибига
моливий шароитига

5912.Муаммоли вазиятларда беморни қайдай консултация қилиш лозим

музокара килиш, маблағ бериш
ешитиш
хотиржам бўлиб ўтириш
касаллик билан қизиқиш
беморга тегиш
мумкин бўлмаган мавзуларда гаплашиш

5913. «Қийин бемор» га хос белгилар
арзимаган умумий шикоятлар
шикоятларнинг кўплиги
касалликнинг объектив кўринишларининг йўқлиги
беморни вақтида келмаслиги
фақат битта шифокорда даволаниш
шифокорга ишонмаслиги

5914.Қандай касалликларга чалинган беморларга ВОП кўриги деярли ёрдам бермайди
психозлар
сурункали психосоматик ўзгаришлар
психиатрда самарасиз даволанишдан сўнг
миянинг кон томирлари касалликларида
сурункали ички касалликлар
миянинг ноорганик касалликларида

5915.Бемор билан мулоқот вақтида нималарга йўл қўймаслик керак
тайёр муаммо эчимига
узун ва самарасиз мулоқотга
шикоятларни сураб-суриштириш
маслахатларни бериш
бошқа шифокорларни ёмонлаш
касаллик хақида маълумот бериш

5916.Нималар мулоқотни қийинлаштиради
бемор шифокор олдига вақтида келиши
тушунарсиз қийин мавзулар
шифокор ва бемор хар хил тилда гаплашиши
қийин тиббий саволлар
оддий тиббий саволлар
хомладорлик

5917. УАШ янги туғилган чақалоқни биринчи марта кўришга борганида нималарга ахамият бериши керак
киндик ярасининг холатига

бола тўғри эмаётганига
ўтказилган эмланиш жойларига
ухлаш вактига
болага қўшимча овқат беришга
уй шароитига

5918.УАШ санитар маълумот бераётганда нималарга ахамият бериши керак
овқатланиш тартибига
жинсий хаётга
молиявий шароитга
зарарли одатларг
тана вазнини камайтиришга
туризмга

5919.Ахолини саломатлигини яхшилашда қуйидагиларга эътибор бериш керак
овқатланиш тартибига
молиявий шароитига
яшаш тарзига
хулқини ўзгаришига
кайфиятига
ижтимоий статусига

5920.Қайси гуруҳ касалликларига профилактик чора тадбирлар ишлаб чиқилиши керак
наслий касалликлар
куйишлар
юқумли касалликлар
ўсмалар
захарланишлар
рухий касалликлар

5921.Зарарли одатлар билан курашишга йўналтирилган чора тадбирларни белгиланг:
1988 йил Мадрид хартияси ва “тамакисиз Овропа учун” ўн стратегияси
спиртли ичимликлар бўйича Овропа хартияси
наркотик моддалар бўйича Швецария сиёсати
токсикомания бўйича Россия хартияси
чекиш бўйича Япония сиёсати
чекиш бўйича Хитой сиёсати

5922.Бошқариб бўладиган хафв омилларини кўрсатинг
насли
тамаки чакиш
тана вазни

овкатланиш тартиби
жинси
ёши

5923.Бошқариб бўлмайдиган хафв омилларини кўрсатинг
жинси
ёши
тана вазни
овкатланиш тартиби
насли
тамаки чакиш

5924.УАШ саёхатга чиқишидан олдин нималарни маслахат бериши керак
саёхатдан олдин стоматологга бориш
ўзхаётинивасоғлиғинисуғурталаш
тўхташ жойлари кам бўлган йўналишларда учиш
ўзи билан тиббий ёрдам кўрсатиш кутисини олиш
ўзи билан фақат нахд пул олиш
фақат автобусларда юриш

5925.Саёҳатга чиқишдан олдин тиббий ёрдам кўрсатиш учун зарур бўлган тиббий воситалар қуйидагилардан иборат:
термометр
қон тўхтатувчи жгут
лента
қайчи, пластр
ниналар
скоч

5927.УАШ билан бемор ўртасида муносабат нималарга асосланган бўлиши керак
беморни ижтимоий аҳволига
беморнинг моилавий аҳволига
беморни яхши билиш
икки томонлама ишонч
бир- бири билан муомала қилишни хохлаши
касалликларни яхши билиш

5928.Хомиладор аёлга саёҳатдан олдин қуйидагилар керак булиши мумкин
маляриянинг мефлохин билан медикаментоз профилактикаси полиомиелитга қарши ваксина
анатоксинлар
инактивирланган субъединицали ваксиналар

қизамиққа қарши ваксиналар
тирик ваксиналар

5929.Саёхлар диареясининг ўзига хос белгилари
қориндаги дардсимон оғриқлар
инкубацион даври 12-24 соат
диареянинг 5 суткадан ортик давом этиши
ичининг сувли ва кўп келиши
инкубацион даври 6-12 соат
қон аралаш кучли диарея

5930.УАШ саёхатдан олдинги кўриги нималарни ўз ичига олади
оила узоқ саёхатларни анча олдин режалаштириши кераклигини
сайёх ўз саломатлигига ўзи жавобгар бўлиши
сайёхга тиббий картадан кўчирма берилиши
кўрик киска бўлиши кераклиги
оиладаўтказилганкасалликларихақидамаълумотномаберилиши
кўрикда сайёхнинг ижтимоий статусига эътибор берилиши

5931.УАШ сайёхатдан олдин қуйидаги касалликлар хақида сайёхларга маълумот беради
ревматик полиартрит
Рейтер касаллиги
гиповитаминоз
малярия
ичак инфексиялари
сайёхлар диареяси

5932.Соат белгилари ўзгариши синдромига кирмайди
анурия
уйқисизлик
бош оғриғи
диққатнинг сусайиши
оёқлар шиши
тахикардия

5933.Қандай касалликларга чалинган беморларга ВОП кўриги деярли ёрдам бермайди
психозлар
миянинг кон томирлари касалликларида
сурункали ички касалликлар
миянинг ноорганик касалликларида
сурункали психосоматик ўзгаришлар

психиатрда самарасиз даволанишдан сўнг

5934.УАШ нинг иш фаолиятида асосий хаVFлар
бемор оиласидаги ўзгаришларни ўз зиммасига олиш
Хамкасблардан ёрдам
беморга ғамхўрлик қилиш
бемор оиласини ёрдамидан кўп фойдаланиш
бемор хаётига жавобгарлиги
бошқа шифокорлар маслахатини кўп олиш

5935.УАШ беморлар билан ишлаётганида хатолар бўлмаслиги учун нималар қилиши керак
бошқа УАШлар билан маслахатлашиш
шифокор вазифасини беморга қисман ўтказмаслик
айбдорларни қидириш
кўп нарса ваъда қимаслик
оилани ажратиш
тез натижа олишга харакат қилмаслик

5936.Рационал психотерапия:
тушунтирув ишларини олиб бориш
турли сеанслар
гипноз сеанслари
хатти-харакатда иррационал бўғинни олиб ташлаш
касаликнинг ички кўринишини хосил қилишда ёрдамлашиш
аутотренинг

5937.Нималарга асосланиб тахминий ташхис қўйилади
бемор шикоятларига асосланиб
лаборатор текширувларга асосланиб
иструментал текширувларга асосланиб
синов даволашга асосланиб
объектив кўрикка асосланиб
анамнезга асосланиб

5938.Қиёслама ташхиси қийин бўлган касалликлар
ўсмалар
оғир инфексиялар
ЮИК
жарохатлар
ХОБЛ
ОРВИ

5939.УАШ қиёслама ташхислаётганда қандай саволларга жавоб бериши керак
касалликнинг сабабини аник билиш
оғир касалликларни ажрата олиш
нотўғриташхискелибчиқмасликкахаракатқилиш
беморни молиявий статусини аниқ билиш
оғир сурункали касалликлардан ажрата олиш
бемор ижтимоий статусини аниқ билиш

5940.Қайси касалликлар ўхшаш (ёлғончи) касалликлар тоифасига киради:
депрессия
бронхит
гастрит
анемия
қандли диабет
тонзиллит

5941.Оилавий анамнез қуйидагиларни ўз ичига олади
оила аъзоларини ўлим сабабларини
уйдаги шароит хақида маълумот
оиладаги мухим нарсалар (мактабда таълим олиш)
оила аъзоларида қандли диабет, рухий касалликлар мавжудлигини
оила аъзолари орасида гиёхвандлар ва алкоголизмга чалинганларнинг мавжудлигини
молиявий шароит

5942.Ўпкани сурункали обструктив касаллигини даволашда қайси дори воситалари ишлатилмайди
АПФ ингибиторлари
ситостатиклар
бета-блокаторлар
балғам кўчирувчи
антибиотиклар
муколитиклар

5943.Ўпкани сурункали обструктив касаллигини бирламчи профилактикаси асосига нима киради
чекишни ташлаш
ишлаб чиқаришда индивидуал ҳимоя воситаси
ерталабки гимнастикани бажариш
йилига бир марта 60 ёшдан катта инсонларга флюорография ўтказиш
спирография ўтказиш
вакцинация қилиш

5944.Пневмонияни этиологик омиллари
ЎА тромбоемболияси
митрал стеноз
митрал етишмовчилик
респиратор синтициал вирус
бактериал. Инфексия
нурланишни тасири

5945.Пневмония асорати
плевра эмпиемаси
ўпка эмфиземаси (компенсатор)
ЎА тромбоемболияси
нафас етишмовчилиги
пневмоторакс
Гутпасчер синдроми

5946.Сурункали ўпкали юрак шаклланишига энг кўп сабаб бўлувчи касалликларни белгиланг
бронхиал астма
бронхоектатик касаллик
ўпка туберкулези
сурункали обструктив ўпка касаллиги
интерстициал ўпка фибрози (Хамман — Рич синдроми)
ўпка артерияси тромбоемболияси

5947.Зарарли одатлар билан курашишга йўналтирилган чора тадбирларни белгиланг
1988 йил Мадрид хартияси ва “тамакисиз Овропа учун” ўн стратегияси
токсикомания бўйича Россия хартияси
чекиш бўйича Япония сиёсати
спиртли ичимликлар бўйича Овропа хартияси
наркотик моддалар бўйича Швейсария сиёсати
чекиш бўйича Хитой сиёсати
5948.Респиратор касалликлар профилактикасида қайси хаVF омилларига таъсир қилиш мумкин
чекиш
об-хаво
тана вазни
овқатланиш тарзи
ёш
жинс

5949.Қайси касалликларда сурункали нафас етишмовчилигининг обструктив типи кузатилади
пневмосклероз
пневмония
емфизема
сурункали бронхит
бронхиал астма
бронхоектатик касаллик

5950.Гипоксемик сурункали нафас етишмовчилиги қайси касалликларда кузатилади
алвеолит
ўпка фибрози
туберкулёз
калсиноз
саркоидоз
сурункали бронхит

5951.Қуруқ йўтални сабаби
бронхоектазлар
чанг
тутун
плеврит
ўпка абссесси
ангина

5952.Сурункали обструктив ўпка касаллигини кортикостероидлар билан даволашга кўрсатма
касалликни оғир клиник ИИИ босқичи
функсионал кўрсаткичлар ЖНЧТ1 > 65%
бронхоспазмолитик препаратлар даволашнинг самарадорлиги
небулайзер ва теофиллин билан давонинг самарадорлиги
функсионал кўрсаткичлар ЖНЧТ1< 35%
касалликни жуда оғир клиник ИВ босқичи

5953. Ўпканинг носпесифик касалликлари гуруҳига қуйидагилар киради
сурункали обструктив бронхит
ўпка раки
фиброзловчи алвеолит
бронхиал астма
сурункали пневмония
силдан кейинги пневмосклероз

5954.Сурункали бронхитга хос бўлган кўп учровчи уч белги
балғам ажралиши
йўтал
субфебрилитет
ўпка гипертензияси
кўкариш
кўкрак қафасидаги оғриқлар

5955.Яширин бронхоспазмда қуруқ ҳуштаксимон хириллашлар яхшироқ аниқланади
горизонтал ҳолатда
вертикал ҳолатда
ўтирган ҳолатда
йўталдан сўнг
форсирланган нафас олишда
тинч ҳолатда нафас олишда

#Бронхоектатик касалликни аниқлашда самарадор текшириш усуллари
кўкрак қафаси рентгенографияси
ўпкани скайнерлаш
апгиопулмонография
фибробронхоскопия
ўпка томографияси
бронхография

5957.Ингаляция йўли билан қўлланиладиган кортикостероидларнинг ножўя таъсирларига қуйидагилар киради
дисфония
оғиз бўшлиғи кандидози
қуруқ йўтал
остеопороз
артериал гипертензия
қандли диабет

5958.Бронхиал астма хуружига хос эмас
стридороз нафас
инспиратор бўғилиш
нам хириллашлар
кўпроқ тунда ривожланиш
експиратор бўғилиш
«дистансион» ҳуштаксимон хириллашлар

5959.Балғам таҳлилида бронхиал астманинг аллергик табиатга эга эканлигини кўрсатади

лейкоцитлар
еозинофиллар
базофиллар
Куршман спираллари
Шарко – Лейден кристаллари
епителий хужайралар

5960.Ўпканинг бирламчи эмфиземасига хос бўлган рентгенологик белгиларга қуйидагилар киради
ўпкада қон томирлар расмини кучайиши
ўпкада қон томирлар расмини сусайиши
диафрагманинг юқори туриши
чуқур нафас олганда ўпка кўринишининг сезиларли даражада ортиши
қовурғалараро оралиқларнинг кенгайиши
диафрагманинг пастга тушиши

5961.Крупоз пневмонияга хос
«зангсимон» балғам
кўкрак қафасидаги оғриқ
ўткир бошланиш
тана хароратининг кўтарилиши
експиратор ҳансираш
йирингли балғам ажралиши

5962.Ўткир пневмонияга чалинган бемор анамнезида пенициллинни мушак орасига юборганда аллергик реаксия кузатилган. Бу ҳолатда қўллаш мумкин
линкомицин
еритромицин
доксисиклин
ампиокс
диклоксациллин
феноксиметилпенициллин

5963.Ўчоқли пневмосклерознинг асосий сабаби
ўпканинг обструктив касалликлари
фиброзирловчи алвеолит
ўткир бронхит
ўпканинг бир ёки бир неча сегменти ателектази
ўпкани йирингли касаллиги
бронхиал астма

5964.Пикфлоуметрия қўлланилади

бронхообструктив синдром диагностикасида
ўпка ракида
бронхиал астма босқичилари оғирлигини аниқлашда
даволаш мониторинггида
ўпка эхинококкида
бронхлар обтурациясини аниқлашда

5965. Бронхиал астмани даволашда ишлатиладиган базис дорилар гуруҳи
ингаляцияли ГКСлар
систем ГКСлар
узоқ таъсир этувчи бронхолитиклар
қисқа таъсир этувчи β-2 агонистлар
антихолинергик дори воситалари
антибиотиклар

5966.Астматик учликка киради
оддий бронхит
сурункали гайморит
бронхиал астма
яллиғланишга қарши ностероид воситаларни кўтара олмаслик
бурун полипози
вазомотор риносинусопатия

5967.Нафас сиқишининг тунги хуружларида (тунда соат 3-4да пайдо бўлувчи) беморга тавсия этилади
беротек ингаляциясини
серетид аерозоли
теопек (теодур) ичишга
2 таблетка преднизолон
2 таблетка супрастин
интал ингаляциясини

5968.Беморни кўрикдан ўтказаётганда ўпка эмфиземаси белгисига таълуқли
қовурғалараро оралиқларнинг ичкарига тортилиб қолганлиги
кўкрак қафаси ёнбошининг олд томони орқасидан катта бўлиши
қовурғаларнинг горизонтал йўналганлиги
нафас экскурсияларининг камайиши
ўмров усти чуқурчаларининг бўртиб туриши
диафрагма гумбазининг кўтарилиши

5969.Умумий популяцияга қараганда, спиртли ичимликларни суистеъмол қиладиганларда кўпроқ учрайди

грамманфий флора томонидан чақирилган пневмониялар
аспирацион пневмониялар
абсседирловчи пневмониялар
клебсиеллез пневмониялар
легионеллез пненмониялар
енгил кечувчи пневмония

5970.Ўпкадаги диссеминирланган жараёнларга хос
рентгенограммаларда ўпкада диффуз интерстициал ўзгаришлар
вентиляция бузилишининг обструктив тури
ҳансираш
вентяляция бузилишининг рестриктив тури
вентиляцион бузилишларни кузатилмаслиги
ўпка функсионал холатининг яхши сақланиши

5971.Екзоген аллергик алвеолитга хос клиник белгилар
ҳансираш
қуруқ йўтал
қон тупуриш
балғамли йўтал
експиратор бўғилиш хуружлари
кичик ва ўрта пуфакли нам хириллашлар

5972.Екзоген аллергик алвеолитга хос хисобланади
ташқи нафас функсиясини текширганда яққол бронхиал обструксия
рентгенограммада ўпкада учувчан инфилтратлар
ташқи нафас функсиясини текширганда рестриктив ўзгаришлар
рентгенограммада ўпка расмининг диффуз кучайиши
ташқи нафас фаолиятининг меъёрида бўлиши
рентенограммада ўчокли ўзгаришлар

5973.Сурункали нафас етишмовчилигига чалинган беморларда уйқу вақтида апное синдроми қуйидагиларга олиб келади
гипоксемия ортиб боришига
ўпка артериясида босим ортишига
ўпка гипертензияси
гипоксемия пасайишига
ўпка артериясида босим пасайишига
ўзгаришлар чақирмайди

5974.Уйқу вақтида апное синдроми намоён бўлишини қуйидагилар оғирлаштиради
симпатомиметиклар

тинчлантирувчи воситалар
метилксантинлар
алкогол
ухлатувчи дори воситалар
нафас аналептиклари

5975.Ўпка етишмовчилигига чалинган беморларга хос
диффуз сианоз
акроцианоз
совуқ сианоз
илиқ сианоз
кислород ингаляциясидан кейин сианоз намоён бўлишининг камайиши
сианоз кузатилмаслиги

5976.Оғир астматик статусда биринчи навбатда қўлланиладиган чоралар
юрак гликозидлари
салбутамол ингаляцияси
еуфиллин юбориш
преднизолон ёки гидрокортизон юбориш
инфузион даво
платифиллин юбориш

5977. Остеопароз касаллигини бирламчи профилактикасига киради
Са препаратлари ва сут маҳсулотларини мунтазам истеъмол қилиш
алкоголли ичимликларни кам истемол килиш
санатор-курортларда даволаниш
сабзавот ва меваларни кўпрок истемол қилиш
ёғли овқатларни истемол килиш
мунтазам калсий препаратларини қабул қилиш

5978. Кексалар остеопорозини олдини олади
естроген ўрнини босувчи дорилар
витамин Д, калсий
жисмоний машқлар
диуретиклар
юрак гликозидлари
В гурух витаминлар

5979.Остеопороз сабаблари
юрак ишемик касаллиги
Қандли диабет
тиреотоксикоз

гепарин билан узоқ даволаш
узоқ вақт ҳаракацизлик
анемия

5980.Кексаларда остеопароз аниқланганда кундалик рационига қайси гурух махсулотлар киритилиши лозим
гўшт, балиқ
тухум, ёғлар
спиртли ичимликлар
сабзавот ва мевалар
кофе
углеводга бой овқатлар

5981. Қайси касб эгаларида деформацияловчи остеоартроз ривожланишида хаVF омили бўлиши мумкин
спортчилар, мусиқачилар
ошпазлар, спортчилар
ўқитувчилар
кимётехнологлар, операторлар
мусиқачилар
юристлар

5982.Иккиламчи подаграга олиб келиши мумкин бўлган касалликларни тўғри белгиланг
буйрак касалликлари
қалқонсимон без касалликлари
қизилўнгач касалликлари
жигар касалликлари
буйракусти бези касалликлари
аллергик касалликлар

5983.Ўткир подагрик артрит учун қуйидагиларни бўлиши хос
бир бўғимда кескин ва тез кучайиб борувчи оғриқни пайдо бўлиши
бўғимларни симметрик жароҳатланиши
Гиберден тугунчаларини шаклланиши
бўғим устида тери қопламаларини гиперемиялангани
бўғимда фаол ва нофаол ҳаракатларни чегараланганлиги
улнар девиация

5984.Подагра учун характерли клиник белгиларни аниқланг
гиперурикемия
оёқ панжасини 1 плюснефаланали бўғимини артрити
пиурия

тофуслар
Геберден тугунлари бўлиши
дистал фалангалараро бўғимларнинг полиартрити

5985.Подагранинг хаVF омилларига қуйидагилар киради
Наслий мойиллик бўлиши
артериал гипертония
анемия
еркак жинси
гўшт маҳсулотларини кўп истеъмол қилиниши
ортиқча жисмоний фаоллик

5986.ҚВП шароитида падагрик артрит касаллигида биринчи ва иккинчи тоифа хизмати бўйича ахборотли текшириш усулларига киради
қонда сийдик кислотасини аниқлаш
қонда холестерин миқдорини аниқлаш
қонда глюкоза миқдори аниқлаш
умумий қон тахлили
умумий сийдик тахлили
АСЛО

5987.Подагра касаллигида медикаментоз даво режасига киради
ситостатиклар
антиагрегантлар
В гурух витаминлар
аллопуринол
ностероид яллиғланишга қарши воситалар
ГКС препаратлар

5988.Подагра касаллигида номедикаментоз даво режасига киради
ўзида пуринлар сақламаган парҳез овқатлар
алкоголни чеклаш
даволаш гимнастикаси
В гурух витаминлар
фиброзга қарши препаратлар
ситостатиклар

5989. Деформацияловчи остеоартрознинг рентгенологик белгиларини аниқланг
бўғим тирқишини торайиши
«тешик» белгисини кузатилиши
епифизар соҳада узурлар
остеосклероз белгилари

ўсиш зоналарини суякланиши
диафизларда остеопороз белгилари кузатилиши

5990. Келиб чиқиши номаълум бўлган иситмага қуйидагилар киради
давомийлиги 3 ҳафтадан кўп
силга текшириб кўриш зарур
давомийлиги 2 ҳафтадан кўп
онкологик касалликка гумон бўлиши
иситма 40 градусдан юқори
иситма 37,9 градусдан юқори

5991.Тана ҳарорати кўтарилишига қараб ажратилади
субфебрил (37 - 37,9 °С
фебрил (37 – 37,9 °С)
пиретик (41 °Сва ундан юқори)
фебрил (от 38 до 38,9 °С)
пиретик (39 - 40,9 °С)
субфебрил (38 – 38,9 °С)
:
5992. Қуйидагилардан қайси бирлари системали қизил волчанканинг 3 фаоллик даражасида кузатилади
екссудатив плеврит
қуруқ плеврит
ЕЧТнинг 45 ва ундан юқори бўлиши
нефротик синдром
ЕЧТнинг 40-30 оралиғида бўлиши
қонда ЛЕ ҳужайраларининг лейкоцитларга нисбатининг 2:1000 бўлиши

5993.Қуйидагилардан қайси бирлари системали қизил волчанканинг 1 фаоллик даражасига хос
ЕЧТнинг 45 ва ундан юқори бўлиши
екссудатив плеврит
ексудатив перикардит
артралгия
ексудатив эритема
қонда ЛЕ ҳужайраларининг кам топилиши ёки бўлмаслиги

5994.Системали қизил югурдакка шубҳа бўлганда УАШ тактикаси
беморни ихтисослаштирилган бўлимга юбориш
беморни амбулатор даволаш
уй шароитида даволашга ҳаракат қилиш

мавжуд клиник ва лаборатор текшириш усулларидан фойдаланиб диагнозни аниқлаштириш
беморга ГКСларни буюриш
мутахасис маслахатига юбориш ва амбулатор даволаш

5995. Подагрик артритнинг ўткир хуружига хос
бўғимнинг яллиғланиши касалликнинг бешинчи кунида чўққисига этади
бўғим устидаги терининг қизариб туриши
елка бўғимининг зарарланиши
бўғимларнинг симметрик икки томонлама зарарланиши
кўпинча оёқ И- кафт бармоқ бўғимининг зарарланиши
бўғимнинг яллиғланиши касалликнинг биринчи куни чўққисига этади

5996.Подагра касаллигига хос бўлмаган белгилар
кечки бўғимлар анкилози
оғриқларнинг кўчиб юриши
гиперурикемия
тофуслар
Геберден тугунчалари
факат майда бўгимларни шикастланиши

5997. Тизимли қизил югурдак касаллигидаги терида кузатиладиган ўзгаришлар
кўплаб тарқалган невуслар
тери юлдузчалари
петихиал тошмалар
юздаги «капалак» симон белги
фотодерматоз
тофуслар

5998. Системали склеродермиянинг асосий виссерал намоён бўлишларидан бири юракнинг зарарланишидир. «Склеродермик юрак»нинг асосий вариантларига киради
ритм ва ўтказувчанликнинг бузилиши
«буқа юраги» ва рефрактор юрак этишмовчилигининг ривожланиши
клапан нуQSонларининг тез ривожланиши
ўткир коранар синдром
йирик ўчоқли кардиосклероз
типик ангиоз синдром негизида кечувчи қайталама миокард инфарктлари

5999.Остеоартрозга хос рентгенологик белгиларга тааллуқли
остеофитоз
субхондрал остеопороз
суякларда сийдик кислотаси ўтириб қолиши

бўғим тешигининг торайиши
бўғимлар нақшланиш
бўғим юза қисмлари деформацияси

6000. Деформацияловчи остеоартроз зўрайганда қўлланилади
тана қисмларини оғирликдан озод қилиш
антибактериал даво
даволовчи жисмоний тарбия ва массаж
яллиғланишга қарши ностероид воситалар
скелетни тортиш
сулфаниламидлар

6001. ҚВП шароитида деформацияловчи остеоартроз касаллигида 1 ва 2 тоифа хизмати бўйича текширув усулларига киради
бўғим(лар)ни рентген текшириш
қонни умумий таҳлили
АСЛО
ревмо омил
қонда глюкоза миқдори
С-реактивли оQSил

6002. Бирламчи остеоартрозга хос эмас
касаллик секинлик билан, кўпинча сабабсиз бошланиши
касалликнинг ўткир бошланиши
етиологиясида инфексиянинг рол ўйнаши
асосан оёқ бўғимлари ва фалангалараро дистал бўғимлар зарарланади
касаллик бўғимларнинг барқарор деформациясига олиб келади
асосан оёқнинг И- кафт бармоқ бўғими зарарланиши

6003.ҚВП шароитида подагра касаллигида биринчи ва иккинчи тоифа ахборотли текшириш усулларига киради
бўғимни рентгенологик ткшириш
каогулограмма
қонда сийдик кислотасини аниқлаш
умумий қонни таҳлили
қонда глюкозани текшириш
АСЛО

6004. Умуртқа поғонаси остеохондрозида қўллаш маQSадга мувофиқ
миорелаксантлар
умуртқа поғонасига статик ва динамик оғирлик тушишини камайтириш
иш жойини танлаш, иш вақтида тана ҳолатини ўзгартириш

антибиотиклар
глюкокортикоидлар
ситостатиклар

6005. ДОА да кузатилмайди
бўғим ҳаракатида қирсилловчи овозлар
геберден тугунчалари
бушар тугунчалари
ослер тугунчалари
тофуслар
Ашофф-Талалаев гранулемаси

6006.Остеоартрозга хос бўлган белгилар
бўғимларнинг қирсиллаши
майда бўғимларда кўчиб юрувчи оғриқлар
ҳаракат бошланишидаги оғриқлар
баъзан эрталабки карахтлик
бўғимлардаги оғриқ доим шиш билан кечиши
оғриқни кунни биринчи ярмигача давом этиши

6007.Бруцеллёзли артритга қуйидагилардан қайси бири хос
майда буғимларни симметрик зарарланиши
лимфопения
лимфа тугунларининг катталашиши
лейкоцитоз
тўлқинсимон иситмалаш
бўғимлар деформацияси

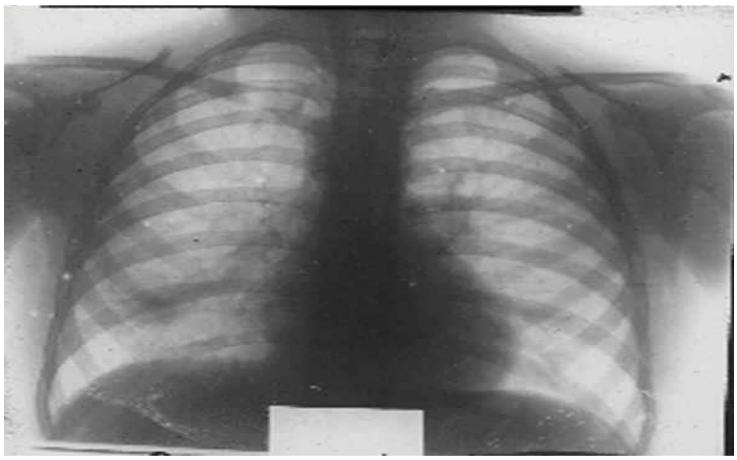
6008.Гонореяли артритга хос бўлган белгилар
кўпроқ тизза ва болдир товон бўғимларининг зарарланиши
юқори даражадаги иситмалаш
субфебрил иситмалаш
кўчиб юрувчи артралгия
кўпроқ қўл бармоқ бўғимларининг шикастланиши
кўчиб юрувчи артрит

6009. Дизентериядан кейин ривожланувчи артритга қуйидагилар хос
яллиғланиш жараёнига аксарият бўғимларнинг тортилиши
кўчиб юрувчи артрит
бўғимлар деформацияси
анамнезда дизентерия мавжудлиги
яққол кучли оғриқнинг кузатилиши

суяклар деструксияси

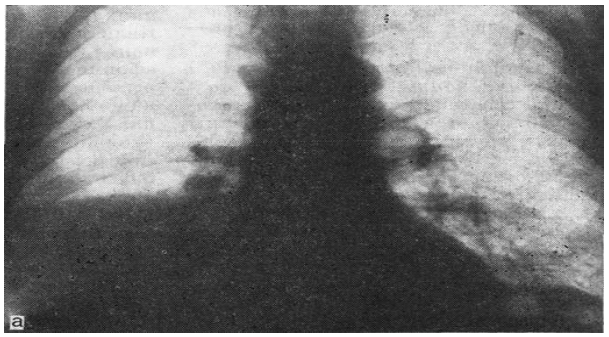
6010. Қуйидагилар псориатик артритга диагностик мезонлашга хос
беморда псориаз касаллигининг мавжудлиги
сосискасимон бармоқ
оғриқларнинг кўчиб юриши
кўпроқ бармоқ бўғимлари дистал қисмининг зарарланиши
анамнезида қариндошларида псориаз мавжудлиги
иситмалаш

6012. Қуйидаги рентген тасвирида бирламчи туберкулёз комплексининг қайси фазаси келтирилган?



сўрилиш фазаси
пневмоник фазаси
калсинацияланиш фазаси
ҳамма жавоб тўғри
тўғри жавоб йўқ

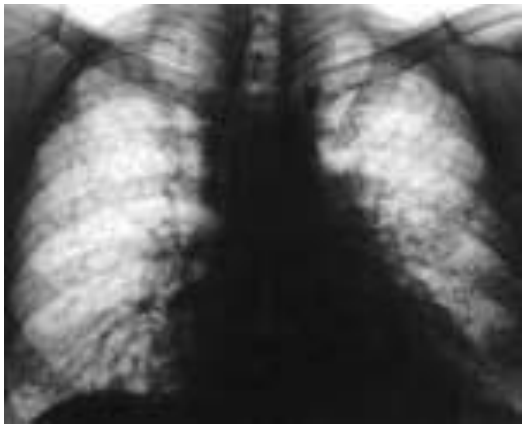
6012. Қуйидаги расмга асосланиб ташхис қўйинг



пневмония
бронхоектаз

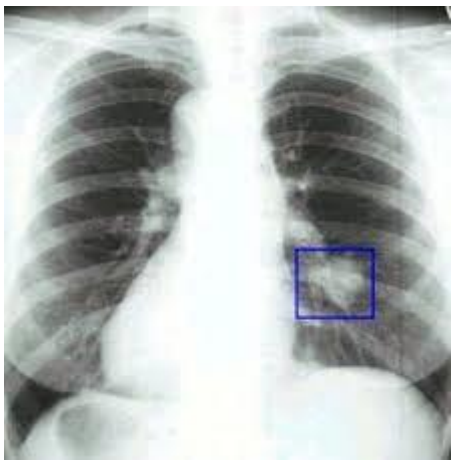
ўпка сили
ўпкада абсесс
плеврит

6013. Хаммен Рич касаллиги яна қандай номланади ?



токсик фиброзланувчи алвеолит
екзоген аллергик алвеолит
зотилжам
идиопатик фиброзланувчи алвеолит
тўғри жавоб йўқ

6014. Ўпка ўсмасида балғам таҳлилида нима кузатилади?

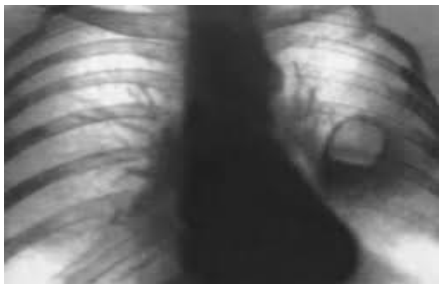


еозинофиллар
Шарко-Лейден таначалари
атипик ҳужайралар
лейкоситлар
Куршман спираллари

6015. Ёши катта кишиларда кўпинча нозокомиал (госпитал) пневмония қўзғатувчиси бўлиб ҳисобланади

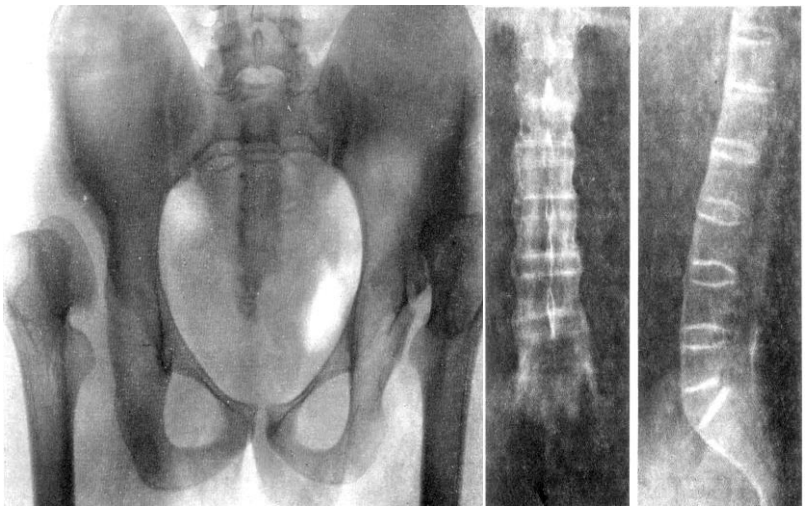
клебсиелла
хламидия
микоплазма
пневмококк

6016. Қуйидаги рентген суръати қайси касалликка ҳос?



ўпка сили
ўпка саратони
плеврит
ўпка абссесси
тўғри жавоб йўқ

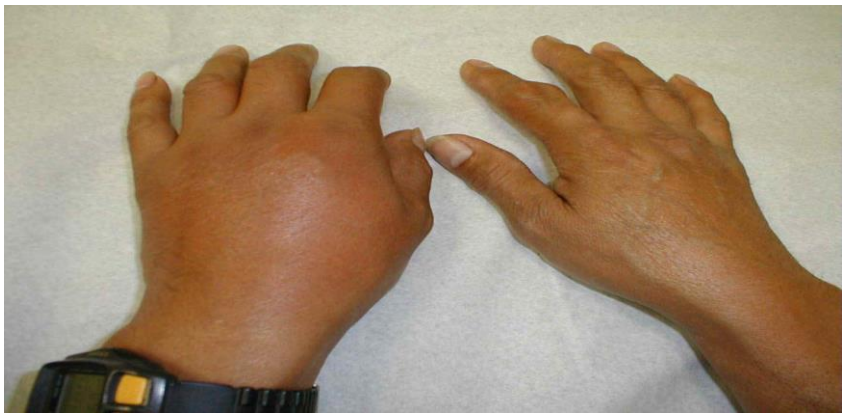
6017.Ушбу рентгенограмма сурати қайси касалликка хос?



деформацияловчи остеартроз
ревматоид артрит

Бехтерев касаллиги
ревматизм
псориатик артрит

6018.Қуйида келтирилган расмга асосланиб ташхисни шакллантиринг.



Подагрик артрит
Тугунчали периартериит
Псориатик артрит
Ревматоид артрит
Реактив артрит

6019.Бўғимда қандай ўзгаришлар мавжуд?

деформация
шишлар
атрофия
дефигурация
тўғри жавоб йўқ

6.4.

6.5.БАҲОЛАШ

Жорий бахолаш мезонлари

Бахолаш даражаси	Рейтинг Баллар	Талабалар жавоби таърифи
Аъло 86-100%	96-100	Жавоб оригинал ва юқори сифатли, дастур талабларидан ортик, вазифани тўлиқ бажарилиши. Клиник фикрлаш, амалий кўникмалар, касаллик тарихлари тўлдирилишларини юкори даражада бажарилиши, маърузалар конспектлари, субординатор ва ишчи дафтарлар мавжудлиги, эрталабки конференцияларда маъруза қилиш ва фаол қатнашиш, машғулотдаги жавобларда сўнги замонавий маълумотлардан фойдаланиш, клиник ва мавзу бўйича мухокамаларда, навбатчиликларда, клиникадаги беморлар курацияларида, поликлиникада беморлар қабулида ва уйга чақирувларда фаол қатнашиш.
	91-95,9	Юқори сифатли жавоб, дастур талабларидан ортик, амалий кўникмаларни юкори даражада бажариш, маърузалар конспектлари, субординатор ва ишчи дафтар мавжудлиги, эрталабки конференцияларда маърузалар қилиш, қлиник ва мавзу бўйича мухокамаларда, клиникада беморлар курацияларида ва навбатчиликларда, поликлиникада беморлар қабули ва уйга чақирувларда фаол қатнашиш, касаллик тарихи хамда амбулатор карталарни юқори даражада расмийлаштириш.
	86-90,9	Жавоб яхши сифатли, қўшимча адабиётлардан фойдаланган, амалий кўникмаларни тўғри бажариш, маърузалар конспектлари, субординатор ва ишчи дафтарлар мавжудлиги, касалликлар тарихини тўғри олиб бориш, эрталабки конференцияларда, клиник ва мавзу бўйича мухокамаларда, клиникада навбатчиликларда ва беморлар курацияларида, поликлиникада беморлар қабули ва уйга чақирувларда фаол қатнашиш.

Яхши 71-85,9%	81-85,9	Яхши жавоб, дастур талабларига жавоб беради, кўникмаларни тўлиқ бажарилиши, маърузалар конспекти, субординатор ва ишчи дафтар мавжудлиги, касаллик тарихлари ва амбулатор карталарни ўз вақтида сифатли тўлдирилиши, клиникада талаб даражасидаги беморлар курацияси ва навбатчиликлар, поликлиникада эса беморлар қабули ва уйга чақирувларни бажарилиши.
	76-80,9	Жавоб яхши, асосан дастур талабларига жавоб беради. Амалий кўникмаларни яхши бажарилиши, маърузалар конспектлари, субординатор ва ишчи дафтар мавжудлиги касаллик тарихини ва амбулатор карталарни ўз вақтида ва тўғри тўлдирилиши, клиникадаги беморларни сифатли курацияси ва навбатчиликларни, поликлиникада беморлар қабулини ва уйга чакирувларни бажарилиши.
	71-75,9	Жавоб ўртачадан юқори, амалий кўникмаларни бажаришларда, маърузалар, баённомалар ёзилишида, субординатор ва ишчи дафтарлар тўлдирилишларида, клиника ва поликлиникаларда хужжатлар олиб боришларда бир оз хатоликларга йўл қўйилган.
Қониқарли 55-70,9%	66-70,9	Юқори даражадаги қониқарли жавоб - амалий кўникмаларни бажарилишида, поликлиникада беморлар қабулларида ва уйга чақирувларда, клиникада беморлар курацияларида ва навбатчиликларда бир оз хатоликлар борлиги, маърузалар, субординатор ва ишчи дафтар мавжуд, лекин вактида ва сифатли тўлдирилмаган, клиника ва поликлиникада хужжатлар тулдиришларида хатоликлар аниқланганда.
	61-65,9	Ўрта даражадаги қониқарли жавоб - жиддий хатоликларга эга, амалий кўникмаларни бажаришда, клиника ва поликлиникада хужжатларни, маърузалар, субординатор ва ишчи дафтарларни тўлирилишларда хатоликлар мавжуд, поликлиникада беморлар қабули ва уйга чақирувлар, клиникада беморлар курацияси ва навбатчиликлар етарли даражада бажарилмаган.
	55-60,9	Паст даражадаги қониқарли жавоб - жиддий хатоликларга эга, амалий кўникмаларни тўлиқ бажармаслик, клиника ва поликлиникада хужжатларни, субординатор ва ишчи дафтарларни тўлдирилишларда хатоликлар мавжуд, маърузалар дафтари йўқлиги, поликлиникада беморлар қабули ва уйга чакирувлар, клиникада беморлар курацияси ва навбатчиликлар

		паст сифатли, бажарилганда.
Қониқарсиз	20 - 54,9	Қониқарсиз жавоб - жиддий хатоликларга эга (аттестациядан ўтмаган), амалий кўникмаларни бажара олмаслик, клиника ва поликлиникада хужжатларни, субординатор ва ишчи дафтарларни ўз вақтида тўлдирилмаслиги ҳамда жиддий хатоликлар мавжудлиги, маърузалар дафтари йўқлиги, вазифаларни ўз вақтида бажарилмаганлиги, поликлиникада беморлар қабули ва уйга чакирувлар, клиникада беморлар курацияси ва навбатчиликлар паст сифатли, бажарилганда
	20 балл	Қўйилган вазифаларни умуман бажарилмаслиги, машғулотга қатнашиш балли.

6.6.ФОЙДАЛАНГАН АДАБИЁТЛАР

1. Умумий амалиёт шифокори учун кулланма Ф.Г.Назиров, А.Г.Гадаев тахр. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2007.
2. Общая врачебная практика Под ред.Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
3. Справочник врача общей практики. Дж.Мёрта. М.:Практика, 1998.
4. Сборник практических навыков для врачей общей практики. Гадаев А. и др. Т., 2010.
5. Гериатрия в деятельности врача общей практики Насреддинова Н.Н. Т:Шарк, 2004
6. Внутренние болезни, том 1 Мухин Н.А. М.: ГЭОТАР- Медиа,2009
7. Внутренние болезни, том 2 Мухин Н.А. М.:ГЭОТАР- Медиа, 2009
8. Терапевтический справочник Вашингтонского Под ред. М.Вудли М.: Практика, 2000.

Интернет медицина сайтлари:

20. Med.-site.narod.ru
21. www.medlook.ru
22. www.medbok.ru
23. www.medicum.ru
24. www.medtext.ru
25. www.medkniga.ru
26. www.cardioline.ru