

**АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ
ИНСТИТУТИ ФАКУЛЬТЕТ ВА ГОСПИТАЛ
ХИРУРГИЯ, УРОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ**



“ТАСДИҚЛАЙМАН”



Ўқув ва тарбиявий ишлари проректори
т.ф.д. Г.Ж. Жарилкасинова.
2020 йил.

**Даволаш ва Тиббий Педагогика факултетлари
5-курс талабалари учун**

**ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ
ФАНИДАН ЎҚУВ-УСЛУБИЙ
МАЖМУА**

Билим соҳаси:

Таълим соҳаси:

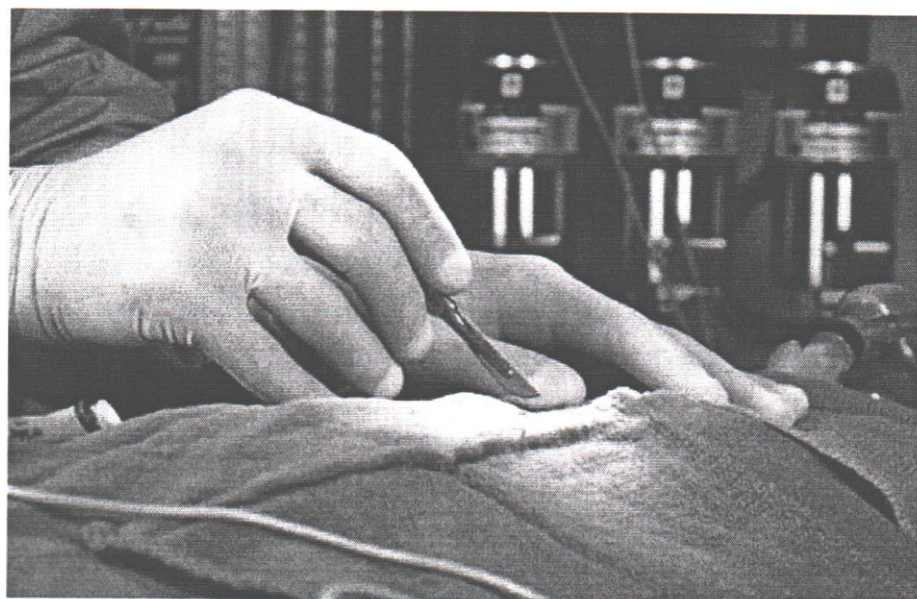
Таълим йўналиши:

500000 – Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот

510000 – Соғлиқни сақлаш

5510100 – Даволаш иши

5111000 – Касбий таълим (5510100 – Даволаш иши)



Бухоро -2020 йил.

**Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус
таълим вазирлиги**

**АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО
ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ФАКУЛЬТЕТ ВА ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ, УРОЛОГИЯ
КАФЕДРАСИ**

510000 – Соглиқни Сақлаш, 5510100 – Даволаш иши йўналиши бўйича ўқув-услубий мажмуа ўқув режасига мувофиқ ишлаб чиқилди.

Тузувчилар :

Р.М.Ахмедов – кафедра мудири, т.ф.д., профессор

С.О.Комилов – т.ф.н., доцент

Такризчилар:

Ш.Т.Ўроқов – “Хирургик касалликлар ва реанимация” кафедраси мудири, т.ф.д.

В.Р.Акрамов – “Травматология ва ортопедия” кафедраси мудири, т.ф.н., доц.

Ушбу мажмуа ўқув дастури ва ўқув режаси асосида хирургия йўналиши бўйича тузилган ва Бухоро давлат тиббиёт инстиути марказий услубий кенгашида муҳокама қилинган ва тасдиқланган

Баённома № 8 ” 24 ” август 2020 йил.

Услубчи:  Тўхтаева Х.Х.

МУНДАРИЖА

1. Намунавий ўқув дастури	4-15 бет
2. Ишчи ўқув дастури	16-17 бет
3. 2.1. Фаннинг мақсад ва вазифалари	18-20 бет
2.2. Маъруза, амалий ва мустақил иш мазмуни, соати	20-26 бет
2.3. Бошқа фанлар билан интеграцияси	27 бет
2.4. Амалий кўникмалар рўйхати	27 бет
2.5. Интерфаол методлар рўйхати	28-30 бет
3. Календар- тематик режа	31-46 бет
4. Рейтинг низоми	47-50 бет
5. Мустақил иш Низоми	51-56 бет
6. Маъруза	57-233 бет
6.1. Таълим модели	
6.2. Таълим технологияси	
6.3. Маъруза матни ва назорат саволлари	
7. Амалиёт	
7.1. Таълим технологияси	
7.2. Таянч конспектлар	
7.3. Амалий кўникмалар бажариш техникаси	
7.4. Интерактив услублар	
7.5. Тарқатма материаллар	
7.6. Мавзуни баҳолаш мезони	
8. Фойдаланилган асосий ва қўшимча адабиётлар	
рўйхати	234-235 бет
9. Чет эл адабиётлари ва интернет сайтлари	235 бет
10. Фаннинг янги ютуқлари (диссертация, услубий қўлланмалар, монографиялар)	236-245 бет
11. Тестлар (ОБ, ЯБ)	246-289 бет
12. Назорат саволлари (ОБ, ЯБ)	290-393 бет
13. Мультимедиялар, диафильмлар, электрон дарсликлар	
рўйхати	394-395 бет

1. Аннотация

Госпитал хирургия фани амалиётда кам учрайдиган диагностика нуктаи назаридан қийин бўлган хирургик касалликларни этиологияси, патогенези, клиникаси, асоратлари даволаш ва профилактикаси ва шошилиш ҳолатларида тез ёрдам кўрсатиш асосларини ўрганувчи фандир. ҚВП, ҚОП ва ШВП шароитида УАШ фооолиятида мурожат қилган беморларни деярли 1/3 қисми хирургик касалликлари ташкил қилади. Шунинг учун госпитал хирургия фани асосларини УАШ ихтисослиги таснифи асосида ўрганиш муҳим аҳамиятга эга. Хирургик касалликларни ўз вақтида аниқлаш ва даволаш аҳолини соғломлаштириш организмнинг бошқа аъзо ва тизимларининг касалликларини профилактика қилиш имконини беради.

Госпитал хирургия фани бўйича намунавий дастур Давлат таълим стандарти, УАШ таёрлаш ихтисослик тавсифи ва ўқув дастурига мос келувчи ўқув вазифаларни ҳажмини инобатга олиб тузилган. Дастурда даволаш ва тиббий-педагогика факультетлари талабаларининг ушбу фанни ўрганиш даврида эгаллаши зарур бўлган назарий билимлари ва амалий кўникмалари ҳажми аниқлаб берилган. Ушбу дастурда маърузалар ва амалий машгулотлар мазмуни УАШ дастури бўйича бажариши лозим бўлган амалий кўникмалар, талабаларни мустақил бажарадиган ишлари ҳажми кўрсатилган.

1.1. Ўқув фанининг мақсади ва вазифалари

Фанни ўқитишдан мақсад – Талабаларга клиника тажрибасига таянган ҳолда, замонавий диагностик усуллар ёрдамида жарроҳлик соҳасида кенг учрайдиган хасталикларни: ошқозон ичак тракти, ўт пуфаги ва ўт йўллари касалликлари, жигар жарроҳлик касалликлари, ошқозон ости беши касалликлари ва ичак оқмаларини кечиш жараёни, даволаш усуллари, уй, поликлиника ҳамда шифохона шароитидаги тиббий ёрдам кўрсатишни ўргатишдан иборат

Фанининг вазифалари:

- Олинган назарий маълумотларни бемор тўшаги олдида, поликлиника шароитида беморларни қабул қилишда, операцион ва боғлов хонасида қўллашни ўргатиш.
- Биринчи ёрдам кўрсатиш ва ташхис қўйиш учун зарур бўлган амалий кўникмалар ва кенг тарқалган диагностик усуллардан фойдаланишни ўргатиш.
- Беморларни мустақил равишда курация қилишни ва кўникмаларини ўргатиш. Хасталикнинг дастлабки белгилари ва клиник хусусиятларини ўргатиш. Амбулатор варақа, касаллик тарихи ва бошқа тиббий ҳужжатларни юритиш кўникмаларини ўргатиш.
- Талабалар билимини касалликни асосий клиник кўринишлари, кечиши, даволаш усуллари ва профилактикасини экологик муаммолар билан боғлаган ҳолда таҳлили.
- Соғлиқни сақлаш тизимининг Биринчи босқичларида диагностика ва дифференциал диагностика ўтказиш кўникмаларини ўргатиш.
- Ўткир жарроҳлик касалликларда шифокорнинг дастлабки ёрдам кўрсатиши кўникмаларни ўргатиш.
- Поликлиника шароитида муолажа ва назоратни белгилаш.

1. Госпитал хирургия фанининг намунавий ўқув дастури

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

Рўйхатга олинди
№ 52-5210100-3.27
2015 йил "15" август

Ўзбекистон Республикаси
Олий ва ўрта махсус таълим
вазирлигининг 2015 йил "15"
август даги "334"-сонли
буйруғи билан тасдиқланган



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

Тошкент – 2015

Фаннинг ўқув дастури Олий ва ўрта махсус таълим Вазирлигининг 2015 йил
21 август 303-сонли буйруғи билан тасдиқланган.

Фан дастури Олий ва ўрта махсус, касб-хунар таълими йўналишлари бўйича Ўқув-
услубий бирлашмалар фаолиятини Мувофиқлаштирувчи Кенгашнинг

2015 йил 21 август 303-сонли буйруқнинг 3-илоvasи билан маъқулланган.
Фаннинг ўқув дастури Тошкент тиббиёт академиясида ишлаб чиқилди.

Тузувчилар:

Хакимов М.Ш.

ТТА 1-сонли факультет ва госпитал
жарроҳлиги кафедра мудири, т.ф.д.,
профессор

Акбаров М.М.

– ТТА, 2-сонли факультет ва
госпитал жарроҳлиги кафедра
мудири, т.ф.д., профессор.

Беркинов У.Б.

– ТТА 1-сонли факультет ва
госпитал жарроҳлиги кафедрасида
ўқиш жараёни учун маъсул, т.ф.д.,
доцент

Касымов Ш.З.

– ТТА 2-сонли факультет ва
госпитал жарроҳлиги кафедрасида
ўқиш жараёни учун маъсул, т.ф.д.,
профессор

Кириш

Факультет ва госпитал хирургия хирургик касалликларни этиологияси, патогенези, клиникаси, асоратлари даволаш ва профилактикаси ва шошилиш ҳолатларида тез ёрдам кўрсатиш асосларини ўрганишчи фандир. ҚШП ва ШШП шароитида УАШ фаолиятида мурожат қилган беморларни деярли 1/3 қисми хирургик касалликлари ташкил қилади. Шунинг учун факультет хирургия фани асосларини УАШ ихтисослиги таснифа асосида ўрганиш муҳим аҳамиятига эга. Хирургик касалликларни ўз вақтида аниқлаш ва даволаш аҳолига соғламтириш организмнинг бошқа аъзо ва тизимларининг касалликларини профилактика қилиш имконини беради.

“Факультет ва госпитал хирургия” фани бўйича намуновий дастур Давлат таълим стандарти, УАШ таёрлаш ихтисослик тавсифа ва ўқув дастурига мос келувчи ўқув вазифаларни ҳажимини инобатга олиб тузилган. Дастурда даволаш ва тиббий-педагогика факультетлари талабаларнинг ушбу фанни ўрганиш даврида эгаллаши зарур бўлган назарий билимлари ва амалий кўникмалари ҳажми аниқлаб берилган, ушбу дастурда маърузалар ва амалий машғулотлар мазмуни УАШ дастури бўйича бажариш лозим бўлган амалий кўникмалар, талабаларни мустақил бажаридиган ишлари ҳажими кўрсатилган.

Ўқув фанининг мақсади ва вазифалари

Фанни ўқитишдан мақсад – талабаларга клиника тажрибасига таянган ҳолда, замонавий диагностик усуллар ёрдамида жарроҳлик соҳасида кенг учрайдиган хасталикларни: ошқозон ичак тракти, ўт пуфаги ва ўт йўллари касалликлари, жигар жарроҳлик касалликлари, ошқозон ости бези касалликлари ва ичак оқмаларини кечиш жараёни, даволаш усуллари, уй, поликлиника ҳамда шифохона шароитидаги тиббий ёрдам кўрсатишни ўргатишдан иборат.

Фанининг вазифалари:

- Олинган назарий маълумотларни бемор тўшаги олдида, поликлиника шароитида беморларни қабул қилишда, операцион ва боғлов хонасида қўллашни ўргатиш.
- Биринчи ёрдам кўрсатиш ва ташхис қўйиш учун зарур бўлган амалий кўникмалар ва кенг тарқалган диагностик усуллардан фойдаланишни ўргатиш.
- Беморларни мустақил равишда курация қилишни ва кўникмаларини ўргатиш. Хасталикнинг дастлабки белгилари ва клиник хусусиятларини ўргатиш. Амбулатор варақа, касаллик тарихи ва бошқа тиббий ҳужжатларни юритиш кўникмаларини ўргатиш.
- Талабалар билимини касалликни асосий клиник кўринишлари, кечиши, даволаш усуллари ва профилактикасини экологик муаммолар билан боғлаган ҳолда таҳлили.
- Соғлиқни сақлаш тизимининг биринчи босқичларида диагностика ва дифференциал диагностика ўтказиш кўникмаларини ўргатиш.
- Ўткир жарроҳлик касалликларда шифокорнинг дастлабки ёрдам кўрсатиши кўникмаларни ўргатиш.
- Поликлиника шароитида муолажа ва назоратни белгилаш.

Фан бўйича талабаларнинг билимига, кўникма ва малакасига қўйиладиган талаблар

«факультет ва госпитал хирургия» ўқув фанини ўзлаштириш жараёнида амалга ошириладиган масалалар доирасида бакалавр:

- Хирургик касалликларни этиологияси, патогенези, ташхиси ва профилактикасини билиши керак;
- Шошилиш ва режали даволанадиган хирургик касалликларнинг этиологияси, патогенези, ташхиси ва профилактикасини билиши керак;
- Қорин бўшлиғи аъзолари шошилиш хирургик касалликларни этиологияси, патогенези, ташхиси ва профилактикасини билиши керак;
- Қорин бўшлиғи аъзолари сурункали касалликларни этиологияси, патогенези, ташхиси ва профилактикасини билиши керак;
- Қорин бўшлиғи аъзоларининг анатомио-физиологик хусусиятларини билиши керак;
- Хирургик касалликлар ривожланишида экзоген ва эндоген факторларининг аҳамиятини билиши керак;
- Тўртинчи курс тугатган талабалар бутун теоретик материални билиши лозим: касалликлар

этиопатогенези, клиник кечиши, лаборатор текширувлар, асбоб ускуналар ёрдамидаги текширув усуллари, хар бир назология бўйича даволашда жарроҳлик тактикасини қўлланилиши ва уни бажара олиши керак.

Фаннинг ўқув режадаги бошқа фанлар билан ўзаро боғлиқлиги ва услубий жиҳатдан узвий кетма-кетлиги

Факултет ва госпитал хирургия фани тиббий-клиник фан ҳисобланиб, 7,8,9 ва 10-семестрларда ўқитилади. Дастурни амалга ошириш ўқув режасида режалаштирилган клиник (умумий, ички касалликлар пропедевтикаси, одам анатомияси ва физиологияси, патологик анатомия ва физиология, топографик анатомия ва оператив хирургия) фанларидан етарли билим ва кўникмаларга эга бўлишлик талаб этилади.

Соғлиқни сақлаш тизимидаги ўрни

Факультет ва госпитал хирургия фани бу классик ёки асосий хирургия бўлиб ўз ичига энг кўп учрайдиган асосий хирургик касалликларни диагностикасини ва даволашини ўргатади. Умумий амалиёт шифокорини тайёрлашда бу фанни ўрни шошилиничи хирургик беморларга биринчи ёрдамни тўғри беришини таъминлайди.

Фанни ўқитишда замонавий ахборот ва педагогик технологиялар

Талабаларнинг факультет ва госпитал хирургия фанини ўзлаштиришлари учун ўқитишнинг илғор ва замонавий усулларида фойдаланиш, янги инфорацион-педагогик технологияларни татбиқ қилиш муҳим аҳамиятга эгадир. Фанни ўзлаштиришда дарслик, ўқув ва услубий қўлланмалар, маъруза матнлари, тарқатма материаллар, компьютер дастурлари, электрон материаллар ҳамда видеотизимлардан фойдаланилади. Маъруза ва амалий дарсларда мос равишдаги илғор педагогик технологиялар қўлланилади.

АСОСИЙ ҚИСМ

Факултет хирургия

Қорин деворини чурралари. Чов чурралари.

Кўп учрайдиган чурралар клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси, даволаш усуллари (чов, сон, киндик, қорин оқ чизиғи ва операциядан кейинги чурралар).

Киндик, сон, амалиётдан кейинги ва кам учрайдиган чурралар.

Турли хил чурраларни клиникаси, таққосий ташхис қўйиш, операцияга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар, операция турлари; сирғалувчан чурраларни операциясини ўзига хос томонлари; туғма ва орттирилган киндик, чов чурраларини анатомик ва клиник фарқи; тўғри ва эгри чов чурраларини анатомик ва клиник фарқи, оператив даволаш йўллари; гигант, вентрал чурра билан хасталанган беморларни операцияга тайёрлаш, операциясини ўзига хос томонлари, операциядан кейинги даврда олиб бориш. Кам учрайдиган чурралар клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси, даволаш усуллари (Пти учбурчаги, оралик чурралари).

Чурра асоратлари (яллиғланиш, копростаз, қисилиб қолиши, тўғриланмаслик).

Қорин чурраларини асоратлари: яллиғланиш, копростаз, тўғриланмаслик, қисилиб қолиш клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси ва даволаш; ахлатли ва эластик қисилиш ҳақида тушинча; чурра қисилишини клиник белгилари, қисилган аъзода бўладиган паталогоанатомик ўзгаришлар (странгуляцион бўғиқ, қисилган ичакда, катта чарвида бўладиган ўзгаришлар, чурра суви, ишемик некрозлар); операция ўзига хос томонлари, қисилган аъзони ҳаётга мойиллигини аниқлаш, ичак резекциясига кўрсатмалар; чурра ўз ўзидан ёки зўрлаб тўғрилангандаги қиланадиган тактика; сохта тўғриланиш ва сохта қисилиш ҳақида тушунча; қисилган чурра операциясини босқичлари; чурра қопи флегмонасини жойлашган ўрнига қараб, операцияни ўзига хос хусусиятлари.

Ўткир аппендицит.

Ўткир аппендицитнинг турли патологик шакллари клиник-анатомик таснифи, клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси ва даволашни, шу билан бирга ёш болаларда, кексаларда ва ҳомиладор аёлларда ўзига хос кечиши. Ўсимтанинг жойлашувига, патологик шаклига кўра оператив усулларида ўзига хослигини аниқлаш.

Ўткир аппендицитнинг асоратлари.

Ўткир аппендицитнинг нотипик кечиши клиникаси, операцияга ва операциядан кейинги даврда бўлиши мумкин бўлган асоратлар, уларни ташхиси, таққосий ташхис ўтказиш, даволаш тактикаси. Периаппендикуляр инфилтрат ва абсцесслар (диафрагма ости, жигар ости, ичаклараро ва Дуглас бўшлиги абсцесслари) клиникаси. Ўткир аппендицит билан кўр ичак ўсмаси, меъда ва 12 бармоқ; ичак яраси тешилиши, бачадондан ташқари хомила, буйрак санчиғи, ўткир холецистит ва панкреатит ўртасида таққосий ташхис ўтказиш.

Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги.

Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллигини клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси, давоси. Асоратланмаган яра касаллигининг факултет терапия кафедрасида ишлаб чиқилган консерватив давоси; каллёз ва сингиб ўтган ярани клиникасида ўзига хослиги; ЭФГДС, рентгенологик текширув, компьютер томографияларда яра ҳолатини баҳолаш, хирургик давони танлаш.

Меъда ва 12 бармоқ яра касаллигини асоратлари (қон кетиш, перфорация).

Меъда касаллиги билан боғлиқ бўлган ва алоқаси бўлмаган қон кетиш клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси; қон кетиш даражасига қараб таснифланиши; қон кетиш маибаини аниқлашда эндоскопияни ахамияти; консерватив ва оператив даволаш усуллари; яра билан боғлиқ бўлмаган ҳолдаги меъдадан қон кетиш (Меллори-Вейс синдроми, геморрагик эрозив гастрит, емирилаётган ўсма, жигар циррози-портал гипертензия, қизилўнгачни варикоз кенгайган веналар) фарқлаш; даволаш тактикаси; гомеостазни коррекцияси, анемияга қарши кураш, ошқозон-ичак тизими, юрак-қон томир на ўпка системаларини операцияга тайерлаш.

Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллигини асоратлари (стеноз, пенетрация, малигнизация).

Ярали торайиш босқичига қараб клиник кечиши, торайма даражасини аниқлашда рентгенологик текширувни ахамияти, операцияга мутлоқ ва нисбий кўрсатмалар, оператив даво турлари. Бошқа аъзога сингиб ўтган ва малигнизацияга учраган ярани ўзига хос клиник кечиши, ташхиси, таққосий ташхиси ва даволаш тактикаси ўрганади. Пенетрация ёки малигнизация борлиги тасдиқловчи махсус лаборатор, инструментал текширув усуллари билан танишиш ва шу тоифа беморларни даволашни ўзига хос томонлари.

Қалқонсимон без касалликлари.

Буқоқ ҳақида тушунча, учраши, этиопатогенези, клиник белгилари диагностикаси ва давоси. Консерватив ва оператив даво принциплари.

Сурункали холецистит. Клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари.

Ўт тош касаллиги (УТК) ҳақида тушунча, холецистолитиаз ва уни асоратларининг таснифи; ўткир холецистит ҳар-хил турлари клиникаси ва ташхиси; ноинвазив ва инвазив текширув усуллари (ультрасонография, ретроград панкреатохолангиография, тери-жигар орқали холангиография). ЎТК аниқлашдаги ахамияти; ёши ўтган, қария беморларда ўткир тошли холециститни ўзига хос клиникаси ва хирургик тактикаси; ўткир обтурацион тошли холецистит, истиско, ўт қопи эмпиемасини ўзига хос клиник кечиши; Мириззи синдроми (тошни гепатикохоledохга ёпишиши натижасида, гепатикохоledохни ўт пуфаги билан қўшилиб кетиши) клиникаси, ташхиси ва хирургик даволаш; операцияга кўрсатмалар (анъанавий холецистэктомия, лапароскопик холецистэктомия, литотрипсия – ўт қопи тошларини майдалаш) ва қарши кўрсатмалар.

Ўткир холецистит ва унинг асоратлари.

Ўткир холецистит ва уни асоратлари клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси; диагностикада УТТ ва рентген текширув усуллари ахамияти; хирургик давони танлаш.

Жигар хирургик касалликлари.

Жигарни хирургик касалликларни таснифи; жигар функционал ҳолатини бузилишида (цитолитиз синдроми, холестаз синдроми, жигар хужайрасини етишмовчилиги синдроми, яллиғланиш синдроми) лаборатор текширувлардаги ўзгаришлар, жигар шикастланганлигини билдирувчи биохимик тестларни ахамияти; жигар пиоген, амёбали абсцесслари клиникаси, ташхиси, клиник кечишини; этиопатогенетик сабабларига кўра даволаш тактикаси. Жигарни нопаразитар кисталарини турлари, ташхиси, таққосий ташхис, клиник кечиши, даволаш тактикаси; ҳар-хил хирургик оперцияларга кўрсатмалар.

Ўткир ва сурункали панкреатитлар.

Ўткир панкреатитнинг клиникаси, ташхиси, таққосий ташхис, давоси. Ўткир панкреатитнинг турларини клиник кечиши, касалликни ривожланишида "трипсин" ва "липаза" даврларини

ахамияти, касалликни патологик жараёни ривожланиши даврига кўра клиник кечишини ўзига хослиги, касаллик ташхисида лаборатор текширувларнинг ахамияти, панкреатитни бошқа ўхшаш касалликлар билан таққосий ташхиси ўтказиш ва даволаш тактикаси.

Йўғон ичак касалликлари.

Носпецифик ярали колит, Гиршпрунг ва Крон касалликларининг клиникаси, ташхиси ва таққосий ташхиси, асоратларн; йўғон ичак касалликларида беморни текширув усуллари (тўғри ичакни бармоқ билан текшириш, ирригография, ректороманоскопия ва колоноскопия) ахамияти; консерватив ва оператив даволаш усуллари; йўғон ичакни асоратланган касалликларида даволаш тактикаси; операция хажми ва хусусияти.

Тўғри ичак касалликлари.

Тўғри ичак касалликларини клиникаси, ташхиси ва таққосий ташхиси; жигар циррозида, кичик чаноқ аъзолари саратони ва бошқа касалликларда бавосил тугунчаларини иккиламчи кенгайиши сабаблари; тўғри ичак тушишидаги хар-хил боскичларга ташхис ўтказиш; парaproктитларни турларини ва даволаш тактикаси; операция усуллари.

Ўткир ичак тутилиши.

Механик ичак тутилишини хар-хил турларини клиникаси, ташхиси; обтурацион ва странгуляцион ичак тутилишини ўзига хос клиник кечиши; сув-электролит баланси ва кислота-ишқор мувозанати бузилишини ахамияти; клиник кечиши ўхшаш бошқа касалликлар билан таққосий ташхис ўтказиш; хар-хил механик ичак тутилишида консерватив ва хирургик даволаш тактикаси; операциядан олдин беморни тайёрлаш ва операциядан кейинги даврни олиб бориш; ичакни резекциясига кўрсатмалар.

Ўткир перитонит.

Перитонитни этиологияси, тарқалиши, сабаби ва боскичига нисбатан клиник кечиши ва ташхиси; хар-хил текширув усуллари асосида барвақт ташхис қўйиш, таққосий ташхис ўтказиш; операцияга кўрсатмалар, операцияга тайёрлаш, ва даволаш; қорин бўшлиғини найчалашга кўрсатмалар; операциядан кейин ривожланиши мумкин бўлган паралитик ичак тутилиши билан курашиш (ичакни бўшатиш ва операциядан кейинги даврда беморни эрта озиклантириш мақсадида назоинтестинал ва трансанал интубация ўтказиш) ахамияти, перитониал ва ичак лаважи, абдоминал диализ ўтказиш; операциядан кейинги даврни олиб бориш (гемодинамик ва гомеостаз бузилишлари, интоксикация билан курашиш); перитонитни даволашда антибиотикларни ахамияти.

Ичак оқмалари.

Ичак оқмалари хирургия фанида юқори муаммолилиги, олдини олиш усуллари, бўлиши мумкин бўлган асоратлар, диагностика усуллари. Бундан ташқари ичак оқмалари этиологияси, тарқалиши, диагностикаси, дифференциал диагностикаси, операцияга кўрсатмалар ва операцияга тайёрлаш.

Амалий машғулотларни ташкил этиш бўйича кўрсатма ва тавсиялар

Амалий машғулотларда талабалар **операция хоналарида**, боғлов хоналарида ва ўқув методик хоналарда факультет хирургияни ўрганадилар.

Амалий машғулотларнинг тахминий тавсия этиладиган мавзулари:

1. Факултет хирургия предмети. Беморлар курацияси. Қорин чурралари.
2. Қорин оқ чизиги чурралари, киндик, сон, чов чурралари.
3. Амалиётдан кейинги ва кам учрайдиган чурралар. Чурра асоратлари (яллиғланиш, копростаз, қисилиб қолиши, тўғриланмаслик).
4. Ўткир аппендицит.
5. Ўткир аппендицитнинг асоратлари.
6. Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги.
7. Меъда ва 12 бармоқ яра касаллигини асоратлари (қон кетиш, перфорация).
8. Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллигини асоратлари (стеноз, пенетрация, малигнизация).
9. Қалконсимон без касалликлари.
10. Сурункали холецистит. Клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари.
11. Ўткир холецистит ва унинг асоратлари.
12. Жигар хирургик касалликлари.
13. Меъда ости беzi касалликлари.
14. Йўғон ичак касалликлари.

15. Тўғри ичак касалликлари.
16. Ўткир ичак тутилиши.
17. Ўткир перитонит.
18. Ичак окмалари.

Госпитал хирургия

Аорта равоғи окклюзион касалликлари

Аорта ва артериал тармоқлар анатомияси ва физиологияси. Қон томирлар касалликларида махсус текшириш усуллари (реовазография, доплерография, радионуклидди артериография, капилляроскопия, термография). Носпецифик аортоартериит. Аорта равоғи окклюзион касалликлари. Такаюу синдроми. Клиник кечиши, диагностикаси. Консерватив терапия турлари. Жарроҳлик ва эндоваскуляр даволаш усуллариға кўрсатмалар. Жарроҳлик амалиётлар турлари - эндартерэктомия, протезлаш, шунтлаш, симпатэктомия.

Қорин аортаси ва оёқ артериялари окклюзион касалликлари

Қорин аортаси висцерал шохлари окклюзион касалликлари. Сурункали абдоминал ишемия синдроми. Этиопатогенези, клиник кечиши, диагностикаси, даволашни жарроҳлик усуллари. Вазоренал гипертензия. Этиопатогенези, клиник кечиши, диагностикаси. Даволашни жарроҳлик усуллари. Лериш синдроми, облитерацияловчи эндартериит, Бюргер касаллиги, Рейно касаллиги, диабетик ангиопатия. Клиник кечиши, кечиши дарвлари, диагностикаси, дифференциал ташхис. Консерватив даволаш принциплари. Жарроҳлик тактика ва даволаш усуллари.

Ўткир артериал етишмовчилик

Артериал тромбоз ва эмболиялар. Тромбозларни эмболиялардан фарқи. Тромбоз ва эмболиялар этиологияси. Тромб ҳосил бўлишиға олиб келувчи омиллар. Ўткир тромбоз ва эмболияларни клиник кечиши ва клиник даврлари. Текшириш усуллари. Консерватив даволаш усуллари. Жарроҳлик даволаш усуллари (Фогарти зондини қўлланилиши, тўғри эмболэктомия). Антикоагулянт терапия принциплари.

Варикоз касаллиги

Оёқ веналари анатомияси ва физиологияси. Таснифи. Ривожланиш нуқсонлари – Паркс-Вебер-Рубашев ва Клиппел-Треноне касаллиги. Гемодинамик ўзгариши, клиник кечиши, диагностикаси ва даволаш усуллари. Оёқлар варикоз касаллиги. Этиологияси ва патогенетик ўзгаришлар (олиб келувчи ва келтириб чиқарувчи омиллар). Клиник кечиши, диагностикаси. Веналар ўтказувчанлиги, клапанли аппарат ва коммуникант веналар ҳолати текшириш усуллари. Таснифи. Асоратлари. Даволаш усуллари: жарроҳлик амалиетлар (Троянов-Тренделенбург, Бебкокк, Маделунг, Нарат ва Кокет амалиетлари), склерозловчи терапия.

Посттромбофлебитик синдром

Тушунча. Касаллик этиопатогенези. Таснифи (варикозли, шишли ва оғриқли, ярали тури). Клиник кечиши, диагностикаси, дифференциал диагностикаси. Веналар ўтказувчанлиги, клапанли аппарат ва коммуникант веналар ҳолати текшириш усуллари афзаллигини билиш ва тромботик касаллик диагностикаси ва жарроҳлик усул ердамида даволашда аҳамияти. Консерватив даволаш усуллари. Жарроҳлик амалиети ердамида даволаш усуллари. Постромбофлебитик синдром профилактикаси. Педжет-Шретер касаллиги. Тушунча. Касаллик этиопатогенези. Клиник кечиши, диагностикаси ва даволаш усуллари. Паркс-Вебер-Рубашев, Клиппель-Треноне касалликлари. Гемодинамикаси, клиник кечиши, диагностикаси, даволаш.

Туғма юрак нуқсонлари

Анатомияси ва физиологияси. Таснифи. Беморларда туғма ва орттирилгин юрак нуқсонларини текшириш усуллари (ЭКГ, ФКГ, рентгеноскопия). Махсус текшириш усуллари (юракни зондлаш, ангиокардиография коронарокардиография, эхокардиография). Туғма нуқсонларнинг клиник кечиши, диагностикаси, дифференциал диагностикаси. Очиқ артериал йўл, бўлмачалараро тўсиқ нуқсони, коринчалараро тўсиқ нуқсони, ўпка артерияларининг чегараланган торайиши, Фалло триадаси, тетрадаси ва пентадаси, аортанинг коарктацияси. Жарроҳлик коррекция. Сунъий қон айланиш ускунасини қўлланилиши, ишлаш принципи.

Орттирилган юрак нуқсонлари

Этиопатогенези, анатомияси ва физиологияси. Таснифи. Митрал юрак нуқсонлари ва юрак бошқа клапанлари нуқсонлари митрал нуқсон гуруҳларининг классификацияси. Қон айланиш

бузилиши босқичлари. Аортал, уч тавақали, митрал тавақа нуқсонларининг клиник кечиши, диагностикаси, жарроҳлик усуллари. Жарроҳлик амалиётига кўрсатма ва қарши кўрсатмалар. Очик ва епик жарроҳлик усуллар (комиссуротомия, аннулопластика, вальвулопластика, юрак қопқоқларини протезлаш). Сунъий юрак қопқоқлари.

Постгастрорезекцион синдромлар

Назология тўғсида тушунча. Касаллик таснифи. Битмаган яралар, меъда рецидив яралар, ингичка ичак пептик яралари, меъда ва кўндаланг чамбар ичак ўртасидаги оқма яра, олиб келувчи қовузлоқ синдроми, демпинг-синдром ва бошқалар. Келиб чиқиш сабаблари, клиник кечиши, диагностика турлари, дифференциал диагностика. Консерватив даволаш турлари. Жарроҳлик усулида даволаш турлари. Реконструктив амалиётларга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар. Ваготомия ва ендош амалиётларга боғлиқ бўлган постваготом синдромлар. Органик ва функционал турлари. Клиник кечиши Ташхислаш. Даволаш усуллари ва тактикаси. Консерватив даволаш усуллари ва кўрсатмалар. Жарроҳлик усулида даволаш ва унинг турлари.

Симптоматик артериал гипертензия

Артериал гипертензия таснифи. Симптоматик АГ сабаблари. Вазоренальная гипертензия. Этиопатогенези, клиник кечиши, диагностикаси. Жарроҳлик усулида даволаш ва унинг турлари. АГ олиб келувчи буйрак усти беги касалликлари. Феохромацитома. Кон синдроми. Иценко-Кушинг синдроми. Диагностикаси. Дифференциал диагностикаси. Даволаш усуллари. Янги технологиялар.

Постхолецистэктомик синдром

Назология тўғрисида тушунча. Таснифи. Холецистэктомиядан кейинги кузатилувчи баъзи патологик ҳолатлар этиопатогенези. Клиник кечиши, диагностикаси. Постхолецистэктомик синдром ташхислаш ва даволашда эндоскопик амалиётларни ўрни. Бирламчи ва иккиламчи папиллит, Фатер сўрғичи стенози, ўмумий ўт йўлида «қолиб кетган» тошлар, ўт йўллари стриктуралари. Дуоденит ва дуоденостаз мавжуд бўлганда холедоходуоденоанастомозни нотўғри қўйилиши, билиодигестив анастомозлар стеноз ва стриктуралари, ташқи ўтли оқма яралар. Узун қолдирилган ўт пуфаги чўлтоғи, ўт пуфаги чўлтоғи невриномаси. ПХЭ бузилишларни дифференциал ташхислаш, жарроҳлик даволаш усуллари, ўт йўлларидаги реконструктив амалиётлар турлари.

Механик сариклик

Билирубинни нормал алмашинуви. Сариклик турлари: гемолитик, паренхиматоз, механик. Механик сариклик сабаблари: ҳавфли ва ҳавфсиз. Диагностика турлари: УЗИ, КТ, ЭРПХГ, ЧЧХГ. Сариклик турлари орасида дифференциал диагностика. Даволаш. Амалиётдан олдинги даврда гомеостаз коррекцияси. Жарроҳлик даволаш усуллари. Холангит ва даволаш усуллари.

Эхинококкоз

Паразитар касалликлар тўғрисида тушунча. Паразит характеристикаси. Жигар ва ўпка эхинококкоз ва альвеококкози гидатидли тури. Тарқалиш турлари, клиник кечиши. Ташхислаш ва дифференциал ташхислаш. Серологик реакцияларни моҳияти, ўтказиш принциплари. Асбоб ускунали текшириш усуллари (рентгеноскопия, ультратовуш текшириш усули, радионуклидли текшириш усули, компьютер томография, лапароскопия, ангиография, ретроградли панкреатохолангиография). Эхинококкоз асоратлари ва уларни клиник кечиши. Жигар ва ўпка асоратланмаган ва асоратланган эхинококкоз турларида жарроҳлик даволаш усуллари. Жарроҳлик амалиёт турлари таснифи. Бўшлиқни бартараф этиш усуллари. Эхинококкэктомиядан кейинги қолдиқ бўшлиқларни йўқотиш жарроҳлик амалиётлари. Жигар ва ўпка бирга келувчи эхинококкозда жарроҳлик амалиёти, жарроҳлик амалиёт кетма кетлиги. Жигар ва ўпка эхинококкозини жарроҳлик усулида даволашнинг натижалари.

Портал гипертензия ва унинг асоратлари

Жигар циррозини портал гипертензия ва асцит билан кечишини этиологияси, патогенези. Таснифи. Клиник кечиши. Диагностикаси. Асбоб ускуналар ердамида ташхислаш усуллари (целиакография, спленопортография, спленопортотоманометрия, УТТ, лапароскопия, компьютер томография, радионуклидли текширув усули ва бошқалар). Сленомегалия ва гиперспленизм. Клиник кечиши, диагностикаси ва дифференциал ташхислаш. Портал гипертензиянинг жигар ичи ва аралаш турлари, асбоб ускуналар ердамида ташхислаш усуллариининг моҳияти. Портал гипертензияда жарроҳлик амалиётининг қўлланилиши ва унинг даврийлиги. Асоратланмаган ва

асоратланган портал гипертензия турларида жарроҳлик амалиетига кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар. Қизилўнғач ва меъда кардиал қисми варикоз веналардан қон кетиши, дифференциал ташхислаш. Эндоскопиянинг аҳамияти (эндовазал ва перивазал склеротерапия). Блекмор зондини қўлланилиши. Жарроҳлик амалиетини қўлланилиши. Жигар циррозидаги асцит. Таснифи. Диагностикаси, дифференциал диагностикаси. Даволаш тактикаси. Консерватив даволаш. Жарроҳлик амалиетига кўрсатма ва қарши кўрсатмалар. Жарроҳлик амалиети турлари (лапароцентез, перитонеоатриал шунтлаш, перитонео-веноз шунтлаш). Бадда-Киари синдроми, тушунчаси. Клиник кечиши, диагностикаси, даволаш усуллари.

Ўпка носпециффик сурункали касалликлари

Ўпка сурункали йирингли касалликлари. Таснифи. Ўпка сурункали йирингли абсцесси. Клиник кечиши. Диагностикаси ва дифференциал диагностикаси. Консерватив терапия – жарроҳлик амалиетига кўрсатма сифатида. Жарроҳлик амалиетига кўрсатмалар ва унинг турлари. Бронхоэктатик касаллик. Этиология ва патогенези. Таснифи. Клиник кечиши. Диагностикаси ва дифференциал диагностикаси. Махсус текшириш усуллари. Консерватив терапия турлари. Жарроҳлик амалиетига кўрсатмалар. Жарроҳлик амалиет турлари. Ўпка кисталари. Этиологияси ва патогенези. Таснифи. Клиник кечиши, диагностикаси. Асоратлари. Жарроҳлик амалиетига кўрсатмалар. Амалиётлар турлари.

Ўпка ўткир йирингли касалликлари

Ўпка анатомияси ва физиологияси. Махсус текшириш усуллари (рентгеноскопия, рентгенография, компьютер томография, бронхоскопия). Ўпка йирингли касалликлар таснифи. Ўпка ўткир абсцесслари ва гангрена. Клиник кечиши, диагностикаси. Консерватив даволаш усуллари. Жарроҳлик амалиетини қўлланилиши ва унга кўрсатмалар. Жарроҳлик амалиети турлари. Ўткир йирингли абсцессларни даволашда бронхоскопиянинг моҳияти. Ўпка стафилококкли деструкцияси. Клиник кечиши. Диагностикаси. Даволаш усуллари. Жарроҳлик амалиетига кўрсатмалар. Жарроҳлик амалиети турлари.

Кўкс оралиғи ва диафрагма касалликлари

Кўкс оралиғи аъзоларини анатомик ва физиологик хусусиятлари. Асбоб ускуналар ердамида текшириш усуллари (рентгенография, компьютер томография, пневмомедиастинография, медиастиноскопия). Кўкс оралиғи ўсма ва кисталари. Тушунча. Таснифи, клиник кечиши, диагностикаси, дифференциал диагностикаси. Жарроҳлик амалиетига кўрсатма ва қарши кўрсатмалар. Жарроҳлик амалиетидаги кесма турлари. Жарроҳлик амалиети турлари. Миастения, диагностикаси, даволаш усуллари. Медиастенит. Турлари, этиологияси, клиник кечиши, диагностикаси, ўткир йирингли медиастенит даволаш усуллари. Консерватив терапия ва жарроҳлик амалиети турлари. Диафрагма анатомияси ва физиологияси. Диафрагма касалликларида махсус текширув усуллари (рентгеноскопия, рентгенография, пневмоперитонеум). Диафрагма қизилўнғач тешиги чурраси. Таснифи. Сирпанувчи ва параэзофагеал чурралар. Клиник кечиши ва диагностикаси. Асоратлари. Сирпанувчи чурраларни консерватив давоси. Жарроҳлик амалиетига кўрсатмалар. Сирпанувчи ва параэзофагеал чурраларни жарроҳлик усулида даволаш усуллари. Диафрагмал чурралар. Таснифи. Диафрагма травматик (сохта) чурралари. Нотравматик чурралар. Ларей чурраси, ретростернал чурра, Богдалеко чурраси. Клиник кечиши, диагностикаси, жарроҳлик амалиетига кўрсатмалар ва жарроҳлик амалиети турлари. Диафрагма релаксацияси. Клиник кечиши, диагностикаси. Диафрагма релаксацияси ташхислашда пневмоперитонеум моҳияти. Диафрагма пластика турлари.

Қизилўнғач касалликлари

Анатомияси ва физиологияси. Қизилўнғач касалликлари таснифи. Махсус текшириш усуллари (рентгеноскопия, рентгенография, эзофагоскопия; пневмомедиастинография, рентгенокимография, радионуклидди эзофагоскопия). Кардиоспазм ва қизилўнғач ахалазияси. Тушунча. Клиник кечиши, диагностикаси, дифференциал диагностикаси. Даволаш усуллари. Кардиодилатация, техникаси. Жарроҳлик амалиетига кўрсатмалар. Жарроҳлик амалиет турлари (Геллер, Петровский, Геляровский). Қизилўнғач дивертикуллари. Таснифи, клиник кечиши, диагностикаси, даволаш усуллари. Жарроҳлик амалиетига кўрсатмалар ва тактикаси. Оператив кесмалар. Жарроҳлик амалиет турлари. Қизилўнғач ет жисмлари. Клиник кечиши, диагностикаси, асоратлари, даволаш тактикаси, асоратлари, даволаш усуллари. Эндоскопик даволаш турлари. Жарроҳлик амалиетига кўрсатмалар. Қизилўнғач қуйиши ва чандикли торайиши. Этиологияси ва

патогенези. Ўткир давр клиник кечиши. Ўткир даврда биринчи ердам ва даволаш усуллари. Қизилўнғач чандикли торайиши клиник кечиши ва торайиш турлари ва локализацияси. Диагностикаси. Бужлаш ердамида даволаш. Бужлаш турлари. Бужлашга курсатмалар. Жарроҳлик амалиети ва унга кўрсатмалар. Қизилўнғач реконструктив амалиетлар (ингичка ва егон ичак ердамида, меъда ердамида, комбинациялашган). Бир ва кўп этапли жарроҳлик амалиетлар. Жарроҳлик амалиётлар натижалари.

Плевра касалликлари

Плевра анатомияси ва физиологияси. Плевра йирингли касалликлари таснифи. Плевра ўткир эмпиемаси. Этиологияси, патогенези. Турлари. Клиник кечиши, диагностикаси ва дифференциал диагностикаси. Консерватив терапия. Жарроҳлик амалиети турлари ва унга кўрсатмалар. Плевра сурункали эмпиемаси. Этиопатогенези. Клиник кечиши, диагностикаси ва дифференциал диагностикаси. Бронхоплеврал ва бронхоплевроторакал оқма яралар. Жарроҳлик амалиети турлари ва унга кўрсатмалар. Торакопластика турлари. Бронхоплеврал ва бронхоплевро-торакал оқмаларда жарроҳлик амалиетини қўлланилишини моҳияти.

Амалий машғулотларни ташкил этиш бўйича кўрсатма ва тавсиялар

Амалий машғулотларда талабалар **операция хоналарида**, боғлов хоналарида ва ўқв методик хоналарда госпитал хирургияни ўрганадилар.

Амалий машғулотларнинг тахминий тавсия этиладиган мавзулари:

1. Касаллик тарихини ёзиш учун тематик беморларни курацияси. Госпитал жарроҳлик фани тўғрисида тушунча. Аорта равоғи окклюзион касалликлари.

2. Қорин аортаси ва оёқ артериялари окклюзион касалликлари. Ўткир артериал етишмовчилик.

3. Варикоз касаллиги. Ўткир веноз тромбозлар.

4. Посттромбофлебитик синдром.

5. Туғма юрак нуқсонлари.

6. Орттирилган юрак нуқсонлари.

7. Постгастрорезекцион синдромлар.

8. Симптоматик артериал гипертензия.

9. Постхолецистэктомик синдром.

10. Механик сариклик.

11. Эхинококкоз.

12. Портал гипертензия ва унинг асоратлари.

13. Ўпка носпецифик сурункали касалликлари.

14. Ўпка ўткир йирингли касалликлари.

15. Кўкс оралиғи касалликлари.

16. Диафрагма касалликлари.

17. Қизилўнғач касалликлари.

18. Плевра касалликлари.

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
(факултет хирургия бўйича):**

1. Жарроҳлик бўлими иш тартиби. Хирургик бўлимда ишни ташкиллаштирилганлиги, операцион - боғлам алмаштириш блокли хирургик бўлимни терапевтик бўлимдан принципиал фарқи. Операциядан кейинги даврда беморларни олиб бориш Стационар ва санатор- курорт даволаш. Реабилитацион терапия усуллари. ВКК ва ВТЭК усуллари.
2. Ички чурралар. Клиник белгилари, диагностика, дифференциал диагностикаси. Замонавий ўз вақтида диагностика ахамияти. Дифференциал диагностика даволаш.
3. Қорин мушаклари дистазаси. Этиопатогенези. Консервативва терапия ва профилактика принциплари. Оператив даво турлари ва унга кўрсатма. Қариялар ва ёши ўтган беморларда чурралар кечиши ўзига хос томонлари. Клиник белгилари, диагностика ва дифференциал диагностикаси. Инструментал диагностика усуллари ва уларни информативлиги. даволаш. Оператив даво турлари. Оператив даво натижалари.
4. Пти учбурчаги ва оралик чурралари. Турлари. Кўрсатма. Турлари ва ўтказиш усуллари. Даво эффекти, бўлиши мумкин бўлган асоратлар. Пластика усуллари. Болаларда ва қарияларда аппендицитни кечиши ўзига хос томонлари. Клиник белгилари, диагностика ва дифференциал диагностикаси. Касаллик диагностикасида инструментал текширувлар ўрни. Даволаш. Оператив даво натижалари.
5. Аппендицит атипик кечиши. Хомиладорларда аппендицит. Клиник белгилари ва дифференциал диагностика. Хомиладорларларда кечиши ўзига хос томонлари.
6. Ошқозон ўткир яралари ва эрозиялари дорилардан кейинги яралар. Этиология ва патогенези, турлари ва шакллари, клиник белгилари, диагностикаси, давоси. Сурункали гиперацид ва анацид гастритлар. Яра ҳосил булиши замонавий назариялари Таснифи, этиология ва патогенези, клиник белгилари, диагностикаси, гастритлар ҳар хил шакллари давоси. Яралар ҳосил бўлишида микроблар роли. Рак олди касалликлари.
7. Полипозлар. Клиник белгилари, диагностикаси, дифференциал диагностикаси. Диагностика ва дифференциал диагностикасида эндоскопик усуллар ўрни. Жарроҳлик тактика.
8. Эндемик ва спорадик буқоқ. Таснифи, этиопатогенези. Замонавий инструментал текширувларни Диагностика ва дифференциал диагностикасида УТТ роли. Даволаш усуллари ва натижалари.
9. Ўт пуфаги дискинезияси. Сабаблари. Клиник кечиши. Диагностика турлари. Дифференциал диагностикаси. Даволашда янги технологиялар. Ўт пуфаги в ўт йўллари ўсмалари. Этиопатогенези, клиник белгилари, диагностикаси, дифференциал диагностикаси. Оператив даво усуллари.
10. Жигар ўсмалари.(фиброма, липома, гемангиома). Этиопатогенез. Клиник даврлари, кечиши, диагностика ва хирургик ва интервенцион терапия роли. Жарроҳлик амалиёти техникаси.
11. Ошқозон ости беи киста ва оқмалари. Ошқозон ости беи киста ва оқмалари тушунча. Даволаш усуллари ва кам инвазив усуллар ўрни.
12. Йўгон ичак ўсмалари. Таснифи. Шикастланган аъзо турига кўра клиник кўриниши. Асоратлари диагностикаси, дифференциал диагностикаси. Касаллик стадиясига кўра даво турлари. Тўғри ичак ўсмалари. Тўғри ичак ўсмалари таснифи. Этиопатогенези, клиник белгилари, диагностикаси. Консерватив терапия усуллари. Хирургик давога кўрсатма. Оператив усуллар турлари. Даво натижалари. Кавшар касаллиги.
13. Битишмали ўткир ичак тутилиши. Клиник белгилари ва диагностикаси. Оператив ва лапароскопик даво турлари.
14. Гинекологик перитонитлар. Этиологияси, турлари. Клиник белгилари. Диагностика ва дифференциал диагностикаси. Жарроҳлик тактика. Оператив даволаш турлари.
15. Ички ичак оқмалари. Этиологияси, патогенези, таснифи. Клиник белгилари, диагностикаси. Асоратлари турлари. Асоратланган ва асоратланмаган шакллари даволаш усуллари.

Тавсия этилаётган мустақил ишларнинг мавзулари

(госпитал хирургия буйича):

1. Жарроҳлик бўлими иш тартиби. Хирургик бўлимда ишни ташкиллаш-тирилганлиги, операцион - боғлам алмаштириш блокли хирургик бўлимни терапевтик бўлимдан принципаал фарқи. Операциядан кейинги даврда беморларни олиб бориш Стационар ва санатор – курорт даволаш. Реабилитацион терапия усуллари. ВКК ва ВТЭК усуллари.

2. Умуртқа артериялари шикастланишлари. Бош мия қон билан таъминланишида уларни роли. Клиник белгилари, диагностика, дифференциал диагностикаси. Умуртқа артериялари окклюзион касалликлари диагностикасида ангиография роли. Хирургик даво усуллари. “Steal” синдром сабаблари.

3. Қўл-оёқлар критик ишемияси. Этиопатогенези. Консерватив терапия принциплари. Оператив даво турлари ва унга кўрсатма.

4. Рейно касалиги. Бюргер касалиги. Этиопатогенези, клиник белгилари, диагностика ва дифференциал диагностикаси. Инструментал диагностика усуллари ва уларни информативлиги. даволаш. Оператив даво турлари. Консерватив ва оператив даво натижалари.

5. Замонавий склеротерапия. Турлари. Кўрсатма. Турлари ва ўтказиш усуллари. Даво эффекти, бўлиши мумкин бўлган асоратлар.

6. Педжет-Шреттер касаллиги. Этиопатогенези. Клиник белгилари, диагностика ва дифференциал диагностикаси. Касаллик диагностикасида флебография ўрни. Даволаш. Консерватив ва оператив даво натижалари.

7. Илеофеморал веноз тромбоз. Консерватив ва жарроҳлик даволаш турлари (антитромботик терапия). Флотирловчи тромб ҳақида тушунча, уни диагностикаси ва даволаш турлари.

8. Юрак миксомаси. Этиология ва патогенези, турлари ва шакллари, клиник белгилари, диагностикаси, давоси.

9. Перикардитлар. Таснифи, этиология ва патогенези, клиник белгилари, диагностикаси, перикардит ҳар хил шакллари давоси. Сиқувчи перикардитда гемодинамик ўзгаришлар.

10. Ошқозон чўлтоғи раки ва гастрити. Клиник белгилари, диагностикаси, дифференциал диагностикаси. Диагностика ва дифференциал диагностикасида эндоскопик усуллар ўрни. Жарроҳлик тактика.

11. Постхолецистэктомик синдром экстрабилиар сабаблар. Таснифи, этиопатогенези. Замонавий инструментал текширувларни ПХЭС интра- и экстрабилиар сабабларини диагностика ва дифференциал диагностикасида роли. Даволаш усуллари ва натижалари.

12. Хавфли этиологияли механик сариклик. Сабаблари. Клиник кечиши. Диагностика турлари. Дифференциал диагностикаси. Даволашда янги технологиялар.

13. Альвеококкоз. Этиопатогенези, клиник белгилари, диагностикаси, дифференциал диагностикаси. Оператив даво усуллари.

14. Жигар трансплантацияси. Ортотопик ва гетеротопик трансплантация. Кўрсатма. Жарроҳлик амалиёти техникаси.

15. Ўпка сурункали носпецифик йирингли касалликларни замонавий даволаш усуллари. Ўпка сурункали носпецифик йирингли касалликлар тўғрисида тушунча. Даволаш усуллари ва торақоскопиянинг ўрни.

16. Кўкрак қаси жароҳатлари. Таснифи. Шикастланган аъзо турига кўра клиник кўриниши. Травматик плеврит диагностикаси, дифференциал диагностикаси. Плеврит турига кўра даво турлари.

17. Кўкс оралиғи йирингли касалликлари. Медиастинитлар таснифи. Этиопатогенези, клиник белгилари, диагностикаси. Консерватив терапия усуллари. Хирургик давога кўрсатма. Оператив усуллар турлари. Даво натижалари.

18. Қизилўнгач ёт жисмлари. Қизилўнгачга ёт жисм тушиш принциплари. Клиник белгилари ва диагностикаси. Рентгенологик ва эндоскопик усулларни қизилўнгач ёт жисмини аниқлашда роли ва имкониятлари. Оператив ва эндоскопик даво турлари.

19. Диафрагма релаксацияси. Этиологияси, турлари. Клиник белгилари. Диагностика ва дифференциал диагностикаси. Жарроҳлик тактика. Оператив даволаш турлари.

20. Ўпка нопаразитар кисталари. Спонтан пневмоторакс. Этиологияси, патогенези, таснифи. Клиник белгилари, диагностикаси. Асоратлари турлари. Асоратланган ва асоратланмаган шакллари даволаш усуллари Спонтан пневмоторакс даволаш усуллари.

Дастурнинг информацион-услугий 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 кути, ўргимчак ини, гуруҳли фикрлаш педагогик технологияларини қўллаш назарда тутилади.

Дарслиklar, қўлланмаларнинг рўйхати

I. Асосий:

1. Хирургик касалиklar. Ш.И.Каримов, Тошкент, 2005.
2. Хирургические болезни. Ш.И. Каримов, Ташкент, 2005.
3. Chirurgik kasalliklar. Sh.I. Karimov. Toshkent, 2011.
4. Хирургик касалиklar. Ш.И.Каримов, Н.Х.Шамирзаев, Тошкент, 1995.
5. Хирургические болезни. Под ред.М.И.Кузина., Медицина, 2002.
6. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соав.Ташкент 2004г.
7. Клиническая хирургия. Под ред. Панцырева Ю.М. М. «Медицина», 1988
8. Воробьев А Справочник практического врача в 3х томах. 1990
9. Конден Р., Нейхус Л. Клиническая хирургия Москва. Практика 1998
10. Назыров Ф.Г., Денисов И.И., Улугбеков Э.Г. Справочник-путеводитель практикующего врача. Москва, 2000.

II. Қўшимча:

11. Альперович Б.И. Хирургия печени и желчных путей. Москва. Медицина 1997.
12. Астапенко В.Г. Практическое руководство по хирургическим болезням. Минск, 2004.
13. Вахидов В.В., Хаджибаев А.М. Постваготомные синдромы и их хирургическая коррекция. Ташкент, 1993.
14. Ерохин И.А., Гельфанд Б.Р., Шляпников С.А. Хирургические инфекции. Санкт-Петербург, 2003.
15. Логинов А.С., Блок Ю.Э. Хронические гепатиты и циррозы Заболевания печени и желчных путей. Москва, 2002.
16. Майер К.П. Гепатит и последствия гепатита. М. 1999.
17. Савельев В.С. 50 лекции по хирургии. Москва 2004.
18. Шердок Н., Дж. Дули Заболевания печени и желчных путей. М. Медицина 1999.
20. Основы оперативной хирургии. Под ред. С.А.Симбирцева, 2002.
21. Прикладная лапароскопическая анатомия: брюш.полость и малый таз. Винд Г. Дж.1999
22. Ambulatory colorectal surgery. Ambulatory colorectal surgery / edited by Laurence R. Sands, Dana R. Sands.- New York: Informa Healthcare USA, Inc., 2009.- 354 p.
23. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота. 2005.
24. Хирургия печени. Альперович Б.И.2010.
25. Диагностический справочник хирурга – Астафуров В.Н. 2003.
26. Атлас дренирования в хирургии – Гульман М.И. 2004.
27. Атлас оперативной хирургии грыж – Егиев В.Н.2003.
28. Холедохолитиаз – Майстренко Н.А.2000.

29. Патология червеобразного отростка и аппендэктомия – Пронин В.А.2007.
30. Этюды желудочной хирургии – Юдин С.С.2003.
31. Атлас операций на желчных путях, Красильников Д.М., Маврин М.И., Маврин В.М. 2000.
32. Лапароскопическая и торакоскопическая хирургия – Константин Франтзайдес. 2000.
33. Однорядный непрерывный шов анастомозов в абдоминальной хирургии – Егиев В.Н. 2002г
34. Руководство по хирургии желчных путей – Гальперин Э.И.2009г
35. Основы криохирургии печени и поджелудочной железы. Альперович Б.И.2006г
36. Повреждения живота при сочетанной травме. Абакумов М.М., Лебедев Н.В.2005г
37. Неотложная панкреатология – Костюченко А.Л.2000г
38. Операции на печени – В.А. Вишневский.2003г
39. Распространенный гнойный перитонит – В. В. Бойко.2008г
40. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии – Моше Шайн.2003г
41. Неотложная абдоминальная хирургия – Майстренко Н.А.2002г
42. Абдоминальная хирургия – Григорян Р.А. В 2-х томах.2006г
43. Хирургическая операция. Расстройство гомеостаза, предоперационная подготовка. - И.Я.Макшанов. 2002 г.

АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ
БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

“ФАКУЛЬТЕТ ВА ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ, УРОЛОГИЯ”
КАФЕДРАСИ

Ўқув бўлими томонидан
рўйхатга олинди
№ 97-1a
« 27 » « 08 » 2020 йил.

“ТАСДИҚЛАЙМАН”
Ўқув ишлари бўлими б.а. проректор
т.ф.н. Ж.Жарикасинова
« _____ » 2020 йил.



ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ

фани бўйича

И Ш Ч И Д А С Т У Р

2020-2021 ўқув йили

18 КУН

Таълим шифри - 510000 «Соғлиқни сақлаш»

Таълим йўналиши:

5510100 – Даволаш иши

5111000 – Мутахассислик таълими (5510100 – Даволаш иши)

Факультет	-	Даволаш иши	Тиб.Пед.
Курс	-	V	V
Семестр	-	IX-X	IX-X
Соат ҳажми	-	173 соат	155
Шу жумладан:			
Маъруза	-	27 соат	18
Амалий машғулот	-	27 соат	36
Клиник машғулот	-	54 соат	54
Мустақил иш	-	65 соат	47

Бухоро – 2020 й.

Тузувчи:

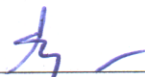
Комилов С.О. т.ф.н., доцент

Такризчилар:

Ўроков Ш.Т. “Хирургик касалликлар ва реанимация” кафедраси мудири, т.ф.д.

Тешаев Ш.Ж. “Анатомия, клиник анатомия (ОХТА)” кафедраси профессори, т.ф.д.

Кафедра мудири: Ахмедов Р.М. т.ф.д., профессор


(имзо)

ФМУК раҳбари : Сафоев Б.Б. – Даволаш ва педиатрия
факультети декани т.ф.д.


(имзо)

Ушбу ишчи дастур намунавий ўқув дастури ва ўқув режа асосида _____
йўналиш бўйича тузилган ва Бухоро давлат тиббиёт институти марказий услубий
кенгашида муҳокама қилинган ва тасдиқланган.
Баённома № 1 « 27 » 08 2020 й.

Услубчи:



Одилова Р.Х.

ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ ФАНИ БЎЙИЧА ЎҚУВ ДАСТУРИНИНГ ТАРКИБИ:

1. Кириш

Госпитал хирургия хирургик касалликларни этиологияси, патогенези, клиникаси, асоратлари даволаш ва профилактикаси ва шошилиш ҳолатларида тез ёрдам кўрсатиш асосларини ўрганувчи фандир. ҚШП ва ШШП шароитида УАШ фоолиятида мурожат қилган беморларни деярли 1\3 қисми хирургик касалликлари ташкил қилади. Шунинг учун факултет хирургия фани асосларини УАШ ихтисослиги таснифа асосида ўрганиш муҳим аҳамиятига эга. Хирургик касаллик-ларни ўз вақтида аниқлаш ва даволаш аҳолини соғламтириш организмнинг бошқа аъзо ва тизимларининг касалликларини профилактика қилиш имконини беради.

“Госпитал хирургия” фани бўйича намуновий дастур Давлат таълим стандарти, УАШ таёрлаш ихтисослик тавсифа ва ўқув дастурига мос келувчи ўқув вазифаларни ҳажимини инобатга олиб тузилган. Дастурда даволаш ва тиббий-педагогика факультетлари талабаларнинг ушбу фанни ўрганиш даврида эгаллаши зарур бўлган назарий билимлари ва амалий кўникмалари ҳажми аниқлаб берилган, ушбу дастурда маърузалар ва амалий машғулотлар мазмуни УАШ дастури бўйича бажариш лозим бўлган амалий кўникмалар, талабаларни мустақил бажаридиган ишлари ҳажими кўрсатилган.

1.1. Ўқув фанининг мақсади ва вазифалари

Фанни ўқитишдан мақсад – Талабаларга клиника тажрибасига таянган ҳолда, замонавий диагностик усуллар ёрдамида жарроҳлик соҳасида кенг учрайдиган хасталикларни: ошқозон ичак тракти, ўт пуфаги ва ўт йўллари касалликлари, жигар жарроҳлик касалликлари, ошқозон ости бези касалликлари ва ичак оқмаларини кечиш жараёни, даволаш усуллари, уй, поликлиника ҳамда шифохона шароитидаги тиббий ёрдам кўрсатишни ўргатишдан иборат

Фанининг вазифалари:

- Олинган назарий маълумотларни бемор тўшаги олдида, поликлиника шароитида беморларни қабул қилишда, операцион ва боғлов хонасида қўллашни ўргатиш.
- Биринчи ёрдам кўрсатиш ва ташхис қўйиш учун зарур бўлган амалий кўникмалар ва кенг тарқалган диагностик усуллардан фойдаланишни ўргатиш.
- Беморларни мустақил равишда курация қилишни ва кўникмаларини ўргатиш. Хасталикнинг дастлабки белгилари ва клиник хусусиятларини ўргатиш. Амбулатор варақа, касаллик тарихи ва бошқа тиббий хужжатларни юритиш кўникмаларини ўргатиш.
- Талабалар билимини касалликни асосий клиник кўринишлари, кечиши, даволаш усуллари ва профилактикасини экологик муаммолар билан боғлаган ҳолда таҳлили.
- Соғлиқни сақлаш тизимининг Биринчи босқичларида диагностика ва дифференциал диагностика ўтказиш кўникмаларини ўргатиш.
- Ўткир жарроҳлик касалликларда шифокорнинг дастлабки ёрдам кўрсатиши кўникмаларни ўргатиш.
- Поликлиника шароитида муолажа ва назоратни белгилаш.

1.2. Госпитал хирургия фани бўйича талабаларнинг билимига, кўникма ва малакасига қўйиладиган талаблар

«Госпитал хирургия» ўқув фанини ўзлаштириш жараёнида амалга ошириладиган масалалар доирасида бакалавр:

- Хирургик касалликлари этиологияси, патогенези, ташхиси ва профилактика-сини билиши керак;
- Қорин аъзоларининг шошилиш ва режали даволанадиган хирургик касалликларнинг этиологияси, патогенези, ташхиси ва профилактикасини билиши керак;
- Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзоларининг хирургик касалликлари этиологияси, патогенези, ташхиси ва профилактикасини билиши керак;
- Аорта ва магистрал қон-томирларининг сурункали касалликлари этиологияси, патогенези, ташхиси ва профилактикасини билиши керак;
- Қизилўнғачнинг анатомио-физиологик хусусиятларини, сурункали хирургик касалликларини билиши ;
- Хирургик касалликлар ривожланишида эгзоген ва эндоген факторларининг аҳамиятини билиши керак;
- 5- курсни тугатган талабалар бутун теоретик материални билиши лозим: касалликлар этиопатогенези, клиник кечиши, лаборатор текширувлар, асбоб ускуналар ёрдамидаги текширув усуллари, ҳар бир назология бўйича даволашда жарроҳлик тактикасини қўлланилиши ва уни бажара олиши керак.

Фанининг ўқув режадаги бошқа фанлар билан ўзаро боғлиқлиги ва услубий жиҳатдан узвийлиги

Госпитал хирургия фани тиббий-клиник фан ҳисобланиб, 9 ва 10-семестрларда ўқитилади. Дастурни амалга ошириш ўқув режасида режалаштирилган клиник (умумий, ички касалликлар пропедевтикаси, одам анатомияси ва физиологияси, патологик анатомия ва физиология, топографик анатомия ва оператив хирургия) фанларидан етарли билим ва кўникмаларга эга бўлишлик талаб этилади.

Госпитал хирургия фани бу классик ёки асосий хирургия бўлиб ўз ичига энг кўп учрайдиган асосий хирургик касалликларни диагностикасини ва даволашини ўргатади. Умумий амалиёт шифокорини тайёрлашда бу фанни ўрни шошилиничи хирургик беморларга биринчи ёрдамни тўғри беришини таъминлайди.

2.Фанни ўқитишда замонавий ахборот ва педагогик технологиялар

Талабаларнинг госпитал хирургия фанини ўзлаштиришлари учун ўқитишнинг илғор ва замонавий усулларида фойдаланиш, янги информацион-педагогик технологияларни татбиқ қилиш муҳим аҳамиятга эгадир. Фанни ўзлаштиришда дарслик, ўқув ва услубий қўлланмалар, маъруза матнлари, тарқатма материаллар, компьютер дастурлари, электрон материаллар ҳамда видеотизимлардан фойдаланилади. Маъруза ва амалий дарсларда мос равишдаги илғор педагогик технологиялар қўлланилади.

“Госпитал хирургия” фанини лойиҳалаштиришда қуйидаги асосий концептуал ёндошувлардан фойдаланилади:

Шахсга йўналтирилган таълим. Бу таълим ўз моҳиятига кўра таълим жараёнининг барча иштирокчиларини тўлақонли ривожланишларини кўзда тутаяди. Бу эса таълимни лойиҳалаштириладиганда, албатта, маълум бир таълим олувчининг шахсини эмас, аввало, келгусидаги мутахассислик фаолияти билан болиқ ўқиш мақсадларидан келиб чиққан ҳолда ёндошилишни назарда тутаяди.

Тизимли ёндошув. Таълим технологияси тизимнинг барча белгиларини ўзида мужассам этмоғи лозим: жараённинг мантикийлиги, унинг барча бўғинларини ўзаро боланганлиги, яхлитлиги.

Фаолиятга йўналтирилган ёндошув. Шахснинг жараёنли 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 усуллари ижодий тарзда қўлланилиши диалектик мушоҳадани шакллантиради ва ривожлантиради натижада талабани мустақил ижодий фаолияти таъминланади.

Ахборотни тақдим қилишнинг замонавий восита ва усуллари 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 – компьютер 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.

Бoshқариш усуллари ва воситалари: ўқув машғулоти бoshқичларини 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 тингловчиларнинг билимларини баҳолаш.

“Госпитал хирургия” фанини ўқитиш жараёнида компьютер технологиясидан, ўргатувчи компьютер дастурларидан фойдаланилади, мавзулар бўйича тарқатма материаллар тайёрланади. Талабалар билимини баҳолаш озаки, компьютерли тест шаклларида амалга оширилади.

Талабаларнинг Госпитал хирургия фанининг ўзлаштиришлари учун ўқитишнинг илғор ва замонавий усулларида 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.

3. ДАВОЛАШ ФАКУЛЬТЕТИ 5-КУРС ТАЛАБАЛАРИ УЧУН

ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ ФАНИДАН ЎҚУВ СОАТЛАРИ

МИҚДОРИ

Умумий соат ҳажми	Ўқув юклама миқдорининг аудитория машғулоти бўйича тақсимланиши (соат)					Мустақил иш
	Жами	Маъ- руза	Амалий машғулоти	Семинар	Клиник машғулоти	
Дав. 150	90	26	20	-	44	60
Т.П. 134	90	26	20		44	44

ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ ФАНИДАН **МАЪРУЗА** МАШҒУЛОТЛАРИНИНГ 2019-2020 ЎҚУВ ЙИЛИ ТЕМАТИК РЕЖАСИ (2015 йил Намунавий дастури асосида)

№	Маъруза мавзулари	Соат
1	Кириш. Госпитал хирургия фани тўғрисида тушунча. Қизилўнгач касалликлари. Қизилўнгач анатомияси ва физиологияси. Қизилўнгач касалликларининг диагностикаси. Қизилўнгач дивертикуллари. Клас.. Диаг. Консерватив ва хирургик даволаш усуллари. Кардиоспазм. Кардио ахалазияси. Классификацияси. Диагностикаси, диф.диагностикаси, Консерватив ва хирургик даволаш усуллари. Хирургик даволашга кўрсатмалар. Қизилўнгачнинг кимёвий моддалар билан куйиши. Этиопатогенези, клиникаси, ўткир даврининг кечиши. Биринчи тиббий ёрдам. Қизилўнгач куйишининг асоратлари. Қизилўнгачнинг чандикли торайиши, клиник кечиши. Диагностикаси, даволаш. Консерватив ва хирургик даволаш усуллари.	2 соат
2	Портал гипертензия. Тушунча. Классификацияси. Киари, Бадди-Киари синдроми. Асоратлари: қизилўнгач веналаридан қон кетиши, асцит. Спленомегалия. Портокавал ва кава-кавал анастомозлар. Диагностикаси. Портал гипертензиянинг консерватив ва хирургик даволаш усуллари.	2 соат
3	Жигар ва ўпка эхинококкози ва алвеококкози. Этиопатогенези. Клиникаси. Эхинококк асоратлари. Диагностикаси. Консерватив ва хирургик даволаш усуллари.	2 соат
4	Оёқ веналарининг варикоз касаллиги. Анатомио-физиологияси, классификацияси, клиникаси, Оёқ чуқур веналарнинг туғма нуқсонлари. Паркс-Вебер-Рубашев, Клиппель-Треноне синдроми. Тромбофлебитлар ва флеботромбозлар. Педжет-Шреттер синдроми. Посттромбофлебитик синдром. Касалликларни консерватив ва хирургик даволаш усуллари.	2 соат
5	Аорта равоғи окклюзион касалликлари. Юракнинг ишемик касаллиги. Хирургияси. Носпецифик аорта артериитлар. Такаясу синдроми. Диагностика усуллари. Консерватив ва хирургик даволаш усуллари.	2 соат
6	Қорин аортаси ва тармоқларининг окклюзион касалликлари. Сурункали абдоминал ишемия синдроми (САИС). Симптоматик гипертензиялар. Классификацияси. Вазоренал гипертензия. Клиникаси, диагностикаси, консерватив ва хирургик даволаш усуллари..	2 соат

7.	Лериш синдроми. Оёқ артериялари окклюзион касалликлари. Атеросклероз. Эндоартериит. Бюргер, Рейно касаллиги. Диабетик ангиопатия. Клиникаси, диаг., даволаш усуллари.	2 соат
	Ўткир артериал тромбоз ва эмболиялар. Ўткир артериал етишмовчилик. Клиникаси ва диагностикаси. Консерватив ва хирургик даволаш усуллари.	
8	Юракнинг туғма ва ортирилган нуқсонлари. Классификацияси. “оқ” ва “қўқ” юрак нуқсонлари тўғрисида тушунча. Гемодинамик бузилишлар. Диагностикаси. Консерватив ва хирургик даволаш усуллари.	2 соат
9	Ўпканинг ўткир ва сурункали носпецифик йирингли касалликлари. Классификацияси. Клиникаси. Диагностикаси. Консерватив ва хирургик даволаш усуллари.	2соат
10	Плевранинг ўткир ва сурункали носпецифик йирингли касалликлари. Классификацияси. Клиникаси. Диагностикаси. Консерватив ва хирургик даволаш усуллари. Бронхоплеврал ва бронхоплевроторокал окмалар. Диагностикаси. Даволаш усуллари. Пневмоторакс. Тушунча. Пневмоторакс турлари. Даволаш усуллари. Даволаш тактикаси.	2 соат
11	Қўкс оралиги хавфсиз ўсмалари ва кисталари. Миастения. Медиастенитлар. Клиникаси ва диагностикаси. Консерватив ва хирургик даволаш усуллари. Диафрагма чурралари. Классификацияси. Клиникаси ва диагностикаси. Консерватив ва хирургик даволаш усуллари. Диафрагма релаксацияси.	2 соат
12	Постгастрорезекцион ва постваготомик синдромлар. Тушунча. Клиникаси ва диагностикаси. Консерватив ва хирургик даволаш усуллари.	2 соат
13	Постхолецистэктомик синдром. Тушунча. Классификацияси. Клиникаси ва диагностикаси. Механик сариқлик. Холангитлар. Сабаблари. Диагностикаси. Консерватив ва хирургик даволаш усуллари.	2 соат
Ж а м и:		26 с

24.09.2019 йил қайта тайёрланган.

4.2. МАЪРУЗА МАТЕРИАЛЛАРИНИНГ МАЗМУНИ

1-мавзу: Кириш. Госпитал хирургия фани тўғрисида тушунча. Қизилўнғач касалликлари. Қизилўнғач анатомияси ва физиологияси. Қизилўнғач касалликларининг диагностикаси. Қизилўнғач дивертикуллари. Классификацияси. Диагностикаси. Консерватив ва хирургик даволаш усуллари.

Кардиоспазм. Кардио ахалазияси. Классификацияси. Диагностикаси, диф.диагностикаси, Консерватив ва хирургик даволаш усуллари. Хирургик даволашга кўрсатмалар. Қизилўнғачнинг кимёвий моддалар билан куйиши. Этиопатогенези, клиникаси, ўткир даврининг кечиши. Биринчи тиббий ёрдам. Қизилўнғач куйишининг асоратлари. Қизилўнғачнинг чандиқли торайиши, клиник кечиши. Диагностикаси, даволаш. Консерватив ва хирургик даволаш усуллари.

Госпитал хирургия фани тўғрисида тушунча. Госпитал хирургия фанининг ютуқлари. Қизилўнғач касалликлари. Қизилўнғач дивертикуллари таснифи, клиникаси, ташхиси ва даволаш усуллари. Хирургик тактикаси. Оператив йўллари ва усуллари.

Қизилўнғачнинг кимёвий куйишлари ва чандиқли торайишлари. Этиологияси ва патогенези. Ўткир давр Клиникаси. Биринчи ёрдам ва даволаш принциплари. Эрта ва кечки буржлаш. Оператив даволаш. Қизилўнғач пластикаси, турлари (ингичка ва йўғон ичакдан, ошқозондан комбинирланган). Бир ва кўп этапли жаррохлик амалиётлар. Жаррохлик амалиётлар натижалари.

Кардиоспазм ва қизилўнғач ахалазияси. Тушунчаси. Клиникаси, ташхиси ва фарқловчи ташхис. Даволаш принциплари. Пневматик кардиодиллятор ёрдамида дилатация техникаси. Хирургик даволашга кўрсатмалар. Жаррохлик амалиёт турлари: Геллер, Петровский, Геляровский ва бошқалар. Қизилўнғач ёт жисмлари, клиник кечиши, диагностикаси асоратлари, даволаш тактикаси ва усуллари. Эндоскопик даволаш турлари. Жаррохлик амалиётига кўрсатмалар.

А – (асосий) – 1, 2 Қ-(қўшимча) – 1,2,4,6

2-мавзу: Портал гипертензия. Тушунча. Классификацияси. Киари, Бадди-Киари синдроми. Асоратлари: қизилўнғач веналаридан қон кетиши, асцит. Спленомегалия. Портокавал ва кава-кавал анастомозлар. Диагностикаси. Портал гипертензиянинг консерватив ва хирургик даволаш усуллари.

Портал гипертензия ва унинг асоратлари. П.Г. этиологияси, патогенези. Клиникаси, диагностикаси. Портал гипертензияни консерватив ва оператив даволаш усуллари. Операцияга кўрсатма. Операция турлари. Бадди-Киари синдроми. Клиникаси, диагностикаси ва даволаш.

А – (асосий) – 1, 2 Қ-(қўшимча) – 1,2,4,6

3-мавзу: Жигар ва ўпка эхинококкози ва алвеококкози. Этиопатогенези. Клиникаси. Эхинококк асоратлари. Диагностикаси. Консерватив ва хирургик даволаш усуллари.

Оёқ веналари анатомияси ва физиологияси. Таснифи. Ривожланиш нуқсонлари–Паркс-Вебер-Рубашев ва Клип-пел-Треноне касаллиги. Гемодинамик ўзгариши, клиник кечиши, диагностикаси ва даволаш усуллари. Оёқлар варикоз касаллиги. Этиологияси ва патогенетик ўзгаришлар (олиб келувчи ва келтириб чиқарувчи омиллар). Клиник кечиши, диагностикаси. Веналар ўтказувчанлиги, клапанли аппарат ва коммуникант веналар ҳолати текшириш усуллари.

Таснифи. Асоратлари. Даволаш усуллари: жарроҳлик амалиётлар (Троянов-Тренделенбург, Бебкокк, Маделунг, Нарат ва Кокет амалиёт-лари), склерозловчи терапия.

4-мавзу: Оёқ веналарининг варикоз касаллиги. Анатомо-физиологияси, классификацияси, клиникаси, Оёқ чуқур веналарнинг туғма нуқсонлари. Паркс-Вебер-Рубашев, Клиппель-Треноне, синдроми. Тромбофлебитлар ва флеботромбозлар. Педжет-Шреттер синдроми. Посттромбо-флебитик синдром. Касалликларни консерватив ва хирургик даволаш усуллари.

Посттромбофлебитик синдром. Тушунча. Касаллик этиопатогенези. Таснифи (варикозли, шишли ва оғриқли, ярали тури). Клиник кечиши, диагностикаси, дифференциал диагнос-тикаси. Веналар ўтказувчанлиги, клапанли аппарат ва коммуникант веналар ҳолати текшириш усуллари афзаллигини билиш ва тромботик касаллик диагностикаси ва жарроҳлик усул рдамида даволашда аҳамияти. Консерватив даволаш усуллари. Жарроҳлик амалиёти ердамида даволаш усуллари. Постромбофлебитик синдром профилактикаси.

А – (асосий) – 1, 2 Қ-(қўшимча) – 1,2,3,4,10

5-мавзу. Аорта равоғи окклюзион касалликлари. Юракнинг ишемик касаллиги. Хирургияси. Носпецифик аорта артериитлар. Такаёсу синдроми. Диагностика усуллари. Консерватив ва хирургик даволаш усуллари.

Беморларнинг мутахассислашган текширув усуллари ва босқичлари. Носпецифик аортоартериит. Жарроҳлик амалиёт турлари: (симпатэктомия, эндартэктомия, протезлаш, шунтлаш). Аорта ва артериал Аорта ва артериал тармоқлар анатомияси ва физиологияси. Қон томирлар касалликларида махсус текшириш усуллари (реовазография, доплерография, радионуклидди артериография, капилляроскопия, термография). Носпецифик аортоартериит. Аорта равоғи окклюзион касалликлари. Такаёсу синдроми. Клиник кечиши, диагностикаси. Консерватив терапия турлари. Жарроҳлик ва эндоваскуляр даволаш усуллари кўрсатмалар. Жарроҳлик амалиётлар турлари – эндартерэкто-мия, протезлаш, шунтлаш, симпатэктомия.

А – (асосий) – 1, 2 Қ-(қўшимча) – 1,2,3,4,6,10

6-мавзу. Қорин аортаси ва тармоқларининг окклюзион касалликлари. Сурункали абдоминал ишемия синдроми (САИС). Симптоматик гипертензиялар. Классификацияси. Вазоренал гипертензия. Клиникаси, диагностикаси, консерватив ва хирургик даволаш усуллари..

Қорин аортаси висцерал шохлари окклюзион касалликлари. Сурункали абдоминал ишемия синдроми. Этиопатогенези, клиник кечиши, диагностикаси, даволашни жарроҳлик усуллари.

Янги технологиялар. Симптоматик артериал гипертензия. Артериал гипертензия таснифи. Симптоматик АГ сабаблари. Вазоренал гипертензия. Этиопатогенези, клиник кечиши, диагностикаси. Жарроҳлик усулида даволаш ва унинг турлари. АГ олиб келувчи буйрак усти беги касалликлари. Феохромацитома. Кон синдроми. Иценко-Кушинг синдроми. Диагностикаси. Дифференциал диагностикаси. Даволаш усуллари. Янги техноло-гиялар. Симптоматик артериал гипертензия. Артериал гипертензия таснифи. Симптоматик АГ сабаблари. Вазоренал гипертензия. Этиопатогенези, клиник кечиши, диагностикаси. Жарроҳлик усулида даволаш ва унинг турлари. АГ олиб келувчи буйрак усти беги касалликлари. Феохромацитома. Кон синдроми. Иценко-Кушинг синдроми. Диагностикаси. Дифференциал диагностикаси. Даволаш усуллари. Янги технологиялар

А – (асосий) – 1, 2 Қ-(қўшимча) – 1,2,3,4,6,10

7-мавзу: Лериш синдроми. Оёқ артериялари окклюзион касалликлари. Атеросклероз. Эндоартериит. Бюргер, Рейно касаллиги. Диабетик ангиопатия. Клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари.

Ўткир артериал тромбоз ва эмболиялар. Ўткир артериал етишмовчилик. Клиникаси ва диагностикаси. Консерватив ва хирургик даволаш усуллари.

Лериш синдроми, облитерацияловчи энд-артериит, Бюргер касаллиги, Рейно касаллиги, диабетик ангиопатия. Клиник кечиши, кечиши дарвлари, диагностикаси, дифференциал ташхис. Консерватив даволаш принцип-лари. Жарроҳлик тактика ва даволаш усуллари.

Тромбозларни эмболиялардан фарқи (оёқ-қўл, мезентерал артерияларининг тромбоз ва эмболиялари) этиопатогенези. Тромбоз ва эмболиялар этиологияси. Тромб ҳосил бўлишига олиб келувчи омиллар. Ўткир тромбоз ва эмболияларни клиник кечиши ва клиник даврлари. Текшириш усуллари. Консерватив даволаш усуллари. Жарроҳлик даволаш усуллари (Фогарти зондини қўлланилиши, тўғри эмболэктомия). Антикоагулянт терапия принциплари. А –

(асосий) – 1, 2 Қ-(қўшимча) – 1,2,3,4,6,10

8-мавзу: Юракнинг туғма ва ортирилган нуқсонлари. Классификацияси. “ок” ва “қўк” юрак нуқсонлари тўғрисида тушунча. Гемодинамик бузилишлар. Диагностикаси. Консерватив ва хирургик даволаш усуллари.

Анатомияси ва физиологияси. Таснифи. Беморларда туғма ва орттирилган юрак нуқсонларини текшириш усуллари (ЭКГ, ФКГ, рентгеноскопия). Махсус текши-риш усуллари (юракни зондлаш, ангиокардиография коронарокардио-графия, эхокардиография). Туғма нуқ-сонларнинг клиник кечиши, диагностикаси, дифферен-циал диагностикаси. Очик артериал йўл, бўлмачалараро тўсиқ нуқсони, қоринчалараро тўсиқ нуқсони, ўпка артерияларининг чегараланган торайиши, Фалло триа-даси, тетрадаси ва пентадаси, аортанинг коарктацияси. Жарроҳлик коррекция. Сунъий қон айланиш ускунасини қўлланилиши, ишлаш принципи.

Этиопатогенези, анатомияси ва физиологияси. Таснифи. Митрал юрак нуқсонлари ва юрак бошқа клапанлари нуқсонлари митрал нуқсон гуруҳларининг классифика-цияси. Қон айланиш бузилиши босқичлари. Аортал, уч тавақали, митрал тавақа нуқсонларининг клиник кечиши, диагностикаси, жарроҳлик усуллари. Жарроҳлик амалиё-тига кўрсатма

ва қарши кўрсатмалар. Очик ва епик жарроҳлик усуллар (комиссуротомия, аннулопластика, вальвулопластика, юрак қопқокларини протезлаш). Сунъий юрак қопқоклари.

А – (асосий) – 1, 2 Қ-(қўшимча) – 1,2,3,4,5,10,11

9-мавзу: Ўпканинг ўткир ва сурункали носпецифик йирингли касалликлари. Классификацияси. Клиникаси.

Диагностикаси. Консерватив ва хирургик даволаш усуллари.

Ўпка анатомияси ва физиологияси. Маҳсус текшириш усуллари (рентгеноскопия, рентгенография, компьютер томография, бронхоскопия). Ўпка йирингли касал-ликлар таснифи. Ўпка ўткир абсцесслари ва гангрена. Клиник кечиши, диагностикаси. Консерватив даволаш усуллари. Жарроҳлик амалиетини қўлланилиши ва унга кўрсатмалар. Жарроҳлик амалиети турлари. Ўткир йирингли абсцессларни даволашда бронхоскопиянинг моҳияти. Ўпка стафилококкли деструкцияси. Клиник кечиши. Диагностикаси. Даволаш усуллари. Жарроҳлик амалиётига кўрсатмалар. Жарроҳлик амалиети турлари. Ўпка сурункали йирингли касалликлари. Таснифи.

Ўпка сурункали йирингли касалликлари. Таснифи. Ўпка сурункали йирингли абсцесси. Клиник кечиши. Диагностикаси ва дифференциал диагностикаси. Консерватив терапия–жарроҳлик амалиётига кўрсатма сифатида. Жарроҳлик амалиётига кўрсатмалар ва унинг турлари. Бронхоэктатик касаллик таснифи. Этиология ва патогенези. Таснифи. Клиник кечиши. Диагностикаси ва дифференциал диагностикаси. Маҳсус текшириш усуллари. Консерватив терапия турлари. Жарроҳлик амалиётига кўрсатмалар. Жарроҳлик амалиёт турлари.

А – (асосий) – 1, 2 Қ-(қўшимча) – 1,2,3,4,5,8,11

10-мавзу: Плевранинг ўткир ва сурункали носпецифик йирингли касалликлари. Классификацияси. Клиникаси.

Диагностикаси. Консерватив ва хирургик даволаш усуллари. Бронхоплеврал ва бронхоплеврото-торокал окмалар. Диагностикаси. Даволаш усуллари. Пневмоторакс. Тушунча. Пневмоторакс турлари. Даволаш усуллари. Даволаш тактикаси.

Плевра анатомияси ва физиологияси. Плевра йирингли касалликлари таснифи. Плевра ўткир эмпиемаси. Этио-логияси, патогенези. Турлари. Клиник кечиши, диагностикаси ва дифференциал диагностикаси. Консерватив терапия. Жарроҳлик амалиети турлари ва унга кўрсатмалар. Плевра сурункали эмпиемаси. Этиопатогенези. Клиник кечиши, диагностикаси ва дифференциал диагностикаси. Бронхоплеврал ва бронхоплевроторакал окма яралар. Жарроҳлик амалиети турлари ва унга кўрсатмалар. Торакопластика турлари. Бронхоплеврал ва бронхоплевроторакал окмаларда жарроҳлик амалиетини қўлланилишини моҳияти.

Пневмоторакслар. Тушунча. Турлари. Спонтан пневмоторакс. Очик, ёпик, таранглашган пневмоторакс, пиопневмоторакс. Диагностикаси ва даволаш. Даволаш тактикаси.

А – (асосий) – 1, 2 Қ-(қўшимча) – 1,2,3,4,5,8,11

11-мавзу: Кўкс оралиғи хавфсиз ўсмалари ва кисталари. Миастения. Медиастенитлар. Клиникаси ва диагностикаси.

Консерватив ва хирургик даволаш усуллари. Диафрагма чурралари. Классификацияси. Клиникаси ва диагностикаси.

Консерватив ва хирургик даволаш усуллари. Диафрагма релаксацияси.

Кўкс оралиғи касалликлари. Кўкс оралиғи аъзоларининг анатомио-физиологик хусусиятлари. Асбоб-ускуналар ёрдамида текшириш усуллари (рентгенография, КТ, пневмомедиастеноскопия). Кўкс оралигининг хавфсиз ўсмалари ва кисталари. Тушунча, таснифи, клиник кечиши, диагностикаси, диф.диагностикаси. Диагностикаси, классификацияси ва даволаш усули. Жарроҳлик амалиётига кўрсатма ва қарши кўрсатмалар. Жарроҳлик амалиётидаги кесма турлари. Жарроҳлик амалиети турлари. Миастения, диагностикаси, даволаш усуллари. Медиастенит. Турлари, этиологияси, клиник кечиши, диагностикаси, ўткир йирингли медиастенит даволаш усуллари. Консерватив терапия ва жарроҳлик амалиёти турлари.

Диафрагма анатомияси ва физиологияси. Диафрагма касалликларида маҳсус текширув усуллари (рентгеноскопия, рентгенография, пневмоперитонеум). Диафрагма қизилўнғач тешиги чурраси. Таснифи. Сирпанувчи ва параэзофагеал чурралар. Клиник кечиши ва диагностикаси. Асоратлари. Сирпанувчи чурраларни консерватив давоси. Жарроҳлик амалиётига кўрсатмалар. Сирпанувчи ва параэзофагеал чурраларни жарроҳлик усулида даволаш усуллари. Диафрагмал чурралар. Таснифи. Диафрагма травматик (сохта) чурралари. Нотравматик чурралар. Ларей чурраси, ретростернал чурра, Богдалеко чурраси. Клиник кечиши, диагностикаси, жарроҳлик амалиётига кўрсатмалар ва жарроҳлик амалиети турлари. Диафрагма релаксацияси. Клиник кечиши, диагностикаси. Диафрагма релаксацияси ташхислашда пневмоперитонеум моҳияти. Диафрагма пластика турлари. А – (асосий) – 1, 2 Қ-(қўшимча) – 1,2,3,4,5,8,11

12-мавзу: Постгастрорезекцион ва постваготомик синдромлар. Тушунча. Клиникаси ва диагностикаси.

Консерватив ва хирургик даволаш усуллари.

Назология тўғсида тушунча. Касаллик таснифи. Битмаган яралар, меъда рецидив яралар, ингичка ичак пептик яралари, меъда ва қўндаланг чамбар ичак ўртасидаги окма яра, олиб келувчи қовузлок синдроми, демпинг-синдром ва бошқалар. Келиб чиқиш сабаблари, клиник кечиши, диагностика турлари, дифференциал диагностика. Консерватив даволаш турлари. Жарроҳлик усулида даволаш турлари. Реконструктив амалиётларга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар. Ваготомия ва ёндош амалиётларга боғлиқ бўлган постваготом синдромлар. Органик ва функционал турлари. Клиник кечиши. Ташхислаш. Даволаш усуллари ва тактикаси. Консерватив даволаш усуллари ва кўрсатмалар. Жарроҳлик усулида даволаш ва унинг турлари.

А – (асосий) – 1, 2 Қ-(қўшимча) – 1,2,3,4,5,8,11

13-мавзу: Постхолецистэктомик синдром. Тушунча. Классификацияси. Клиникаси ва диагностикаси. Механик сариклик. Холангитлар. Сабаблари. Диагностикаси. Консерватив ва хирургик даволаш усуллари.

Холецистэктомиядан кейинги кузатувчи баъзи патологик ҳолатлар этиопатогенези, клиник кечиши, диагностикаси. Холецистэктомия (ПХЭС). Ташхислаш ва даволашда эндоскопик амалиётларнинг ўрни. Бирламчи ва иккиламчи

папиллит, Фатер сўргичи стенози ўмумий ўт йўлида «қолиб кетган» тошлар, ўт йўллари стриктуралари. Дуоденит ва дуоденостаз мавжуд бўлганда холедоходуоденоанастомозни нотўғри қўйилиши, билиодигестив анастомозлар стеноз ва стриктуралари, ташқи ўтли окма яралар. Узун қолдирилган ўт пуфаги чўлтоғи, ўт пуфаги чўлтоғи невриномаси. ПХЭ бузилишларни дифференциал ташхислаш, жаррохлик даволаш усуллари, ўт йўлларидаги реконструктив амалиётлар турлари.Билирубинни нормал алмашинуви. Сариклик турлари. Гемолитик паренхиматоз механик. Механик сариклик сабаблари: хавфли ва хавфсиз. Диагностика турлари: УЗИ, КТ, РПХГ, ЧЧХГ. Сариклик турлари орасида диф.диагностика. Даволаш. Амалиётдан олдинги даврда гомеостаз коррекцияси. Жаррохлик даволаш усуллари. Холангит ва даволаш усуллари.

А – (асосий) – 1, 2 Қ-(қўшимча) – 1,2,3,4,5,6,9

ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ ФАНИДАН АМАЛИЙ ВА КЛИНИК МАШҒУЛОТЛАРНИНГ ТЕМАТИК РЕЖАЛАРИ
2019-2020 ўқув йили (2015 й Намунавий дастур асосида)

№	Амалий ва клиник машғулотлар мавзулари	Соат		
		А/м	К/м	Ум
1	Кириш. Касаллик тарихини ёзилиши ва бўлим билан танишиш. Госпитал жаррохлик Фани тўғрисида тушунча. Беморларни курация қилиш. Анамнез ва объектив текширишлар. Қизилунгач хақида анатомио-физиологик маълумотлар.Махсус текшириш усуллари. Қизилўнгач касалликлари таснифи.	1	3	4
	Қизилунгач касалликларининг асосий аломатлари. Қизилунгач дивертикули. Қизилунгачнинг кимёвий моддалар билан қуйиши ва чандикли торайиши. Клиникаси. Диагностикаси. Консерватив ва оператив даволаш усуллари. Қизилунгачда бажариладиган операция турлари .Жаррохлик операциялар натижалари. Қизилунгач касалликлари. Кардиоспазм хақида тушуна. Клиникаси, диагностикаси, диф.диагностикаси. Кардиодилатация техникаси. Операция турлари. Қизилунгачнинг ёт жисмлари. Клин-си, диаг-си. Эндоскопик ва оператив дав-ш усуллари.			
2	Портал гепертензия ва унинг асоратлари. П.Г. этиологияси, патогенези. Клиникаси, диагностикаси. ПО ни консерватив ва оператив даволаш усуллари. Операцияга кўрсатма. Операция турлари. Бадди-Киари синдроми. Клиникаси, диагностикаси ва даволаш.	1	3	4
3	Эхинококкоз. Паразитар касалликлар тушунчаси. Паразит характеристикаси. Жигар эхинококкози ва альвео-коккози. Клиникаси. Ташхислаш ва дифференциал ташхислаш. Оператив даволаш турлари ва натижалари. Жигар ва ўпка бирга келувчи эхинококкозда жаррохлик амалиёти ва кетма-кетлиги.Ўпканинг кисталари. Классификацияси. Ўпка эхинококки. Этиопатогенези. Асорати. Операция турлари ва натижалари.	2	3	5
4	Варикоз касаллиги. Оёқ веналарининг анатомио–физиологияси.. Махсус текширув усуллари. Оёқ еналарининг варикоз касаллиги. Этиологияси, патогенези, клиникаси, диагносикаси ва даволаш усуллари. Паркс– Вебер–Рубашов, Клиппелл– Тренонне, Педжет - Шретер синдроми.	2	2	4
	Оёқ юза, чуқур веналарининг тромбоз ва тромбофлебети. Илеофеморал тромбоз. “оқ” ва “қўқ” флегмозия. Клин., диаг.. Посттромбофлебитик синдром (ПТФС) тавсифи Этиопатогенези, даволаш. ПТФС профилактикаси.			
5	Аорта равоғи окклюзион касалликлари. Аорта ва артериал кон – томир системаси тўғрисида анат. – физиологик маълумот. Артериал кон– тоирларнинг оккклю-зион касалликлари, этиологияси, патогенези. Беморларнинг мутахассислашган текширув усуллари ва босқичлари. Носпецифик аорто артериит. Жаррохлик амалиёт турлари: (симпатэктомия, эндартэктомия, протезлаш, шунтлаш). Юракнинг ишемик касаллиги. Тушунча. Хирургик давош.	2	3	5
	Аорта равоғи окклюзион касалликлари. Такаюсу синдроми, этиологияси, патогенези, клиник формалари, даволаш усуллари. Жаррохлик усуллари.			
6.	Қорин аортаси оккклюзион касалликлари. Қорин аортасини юкори, ўрта ва пастки оккклюзиялари. Этиопато-генези. Сурункали абдоминал ишемия (САИС). Этиологияси, класс-си ва даволашнинг жаррохлик усуллари.	1	3	4
	Симптоматик артериал гипертензия. Вазоренал гипертензия синдроми. Этиопатогенези, клиникаси диагностикаси ва хирургик даволаш. Феохрома-цитома. Қон синдроми. Иценко–Кушинг синдроми. Диагностикаси, даволаш усуллари. Янги технологиялар.			
7.	Оёқ артериялари оккклюзион касалликлари. Лериш синдроми Облитерациялов-чи атеросклероз. Облитерацияловчи эндоартериит. Бюргер касаллиги, Рейно касаллиги. Диабетик ангиопатия Клиникаси, диагностикаси, диф.диагностикаси, консерватив даволаш. Жаррохлик тактикаси ва даволаш усуллари.	1	3	4
8	Ўткир артериал етишмовчилиги. Артериал ўткир тромбоз ва эмболиялар. (оёқ-қўл, мезентериал артерияларининг тромбоз ва эмболиялари). Этиопатогенези. Тромб ҳосил бўлиш омиллари. Клиник кечиши тромб ва эмболияларни кон-серватив ва оператив даволаш усуллари. Антикоагулянт терапия принциплари.	1	3	4
9	Юракнинг туғма пороклари. Анатомио–физиологик маълумотлари. «Оқ» ва «Қўқ» пороклари. Очик артериал йул. Фалло триадаси, тетрадаси ва пента-даси. Лютенбахер синдроми. Аорта коарктацияси. Клиникаси, диагностикаси. Жаррохлик коррекция. Сунъий қон айланиш ускунасининг қўлланилиши.	1	3	4
10	Юракнинг ортирилган пороклари. Классификацияси. Митрал, аортал, трикуспидал клапанлари пороклари. Этиопатогенези. Қон айланишининг бузилиши,босқичлари. Клиникаси, диагностикаси, хирургик даволашга кўрсатма ва қарши кўрсатма. Таснифи. Очик ва ёпиқ жаррохлик усуллари.	1	3	4
11	Ўпка анатомияси ва физиологияси. Текшириш усуллари. Ўткир носпецифик ўпка абсцесси, гангрена, этиологияси, патогенези, клиникаси, диаг., даволаш усуллари. Бронхоскопия моҳияти. Жаррохлик амалиёт турлари. Ўпканинг носпецифик сурункали касалликлари. Ўпканинг сурункали абцесси. Этиологияси, клиникаси, диагностикаси. Консерватив ва оператив даволаш усуллари. Бронхоэктаз касаллиги. Клиникаси даволаш усули.	1	3	4
12	Плевра касалликлари. Плевранинг анатомияси ва физиологияси. Плеврани ўткир эмпиемаси ва турлари. Этиопатогенези, даволаш усуллари. Плевранинг сурункали эмпиемаси. Этиопатогенези, клиникаси ва фарқловчи ташхис. Бронхоплеврал ва бронхоплев-роторокал окмалари. Хирургик даволаш. Торакопластика турлари. Пиопневмоторакс. Пневмоторакслар. Тушунча, турлари. Спонтан, очик, ёпиқ, таранглашган пневмоторакс. Пиопневмоторакс. сабаби, клиникаси,даволаш.	1	3	4
13	Кўкс оралиғи касалликлари. Кўкс оралиғи аъзоларининг анатомио-физиологик хусусиятлари.Текшириш усуллари.Кўкс оралигининг хавфсиз усмалари ва кисталари. Диагностикаси,классификацияси ва даволаш усули. Медиастенит. Этиологияси,клиникаси,ташхиси ва даволаш. Миастения,диагносностикаси, даволаш усуллари. Ўпканинг нопаразитар кисталари. Спонтан пневмоторакс.	1	3	4

	Диафрагма касалликлари. Диаф. чурралари. Диафрагманинг анатомио-физиологик хусусиятлари. Турли диафрагма чурраларининг клиникаси. Диаф. қизилўнғач тешиги чурралари. Диафрагма релаксацияси. Пластика турлари.			
14	Постгастрорезекцион синдромлар. Ошқозоннинг операциядан кейинги касаллик-лари. Тушунча. Постгастрорезекцион синдромлар. Тушунча. Таснифи, сабаби, клиникаси, диагностикаси, хирургик даволаш. Реконструктив операция турларига кўрсатмалар. Постваготомик синдромлар. Даволаш.	2	3	5
15	Постхолецистэктомик синдром. Тушунча. Таснифи. Этиопатогенези. ПХЭ синдромда диагностика ва дифференциал диагностика. Жаррохлик реконструктив амалиёт турлари. Механик сариклик. Сариклик турлари ва сабаблари. Диагностика турлари. Жар-рохлик даволаш усуллари. Холангит. Даволаш усуллари	2	3	5
	Ж а м и :	20	44	64

ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ ФАНИДАН АМАЛИЙ ВА КЛИНИК МАШҒУЛОТЛАР **МАВЗУЛАРИ МАЗМУНИ**

1-мавзу: Кириш. Касаллик тарихини ёзилиши ва бўлим билан танишиш. Госпитал жаррохлик фани тўғрисида тушунча. Беморларни курация қилиш. Анамнез ва объектив текширишлар. Қизилўнғач ҳақида анатомио-физиологик маълумотлар. Махсус текшириш усуллари. Қизилўнғач касалликлари таснифи. Қизилўнғач касалликларининг асосий аломатлари. Қизилўнғач дивертикули. Қизилўнғач-нинг кимёвий моддалар билан қуйиши ва чандикли торайиши. Клиникаси. Диагностикаси. Консерватив ва оператив даволаш усуллари. Қизилўнғачда бажариладиган операция турлари. Жаррохлик операциялар натижалари. Қизилўнғач касалликлари. Кардиоспазм ҳақида тушуна. Клиникаси, диагностикаси, диф.диагностикаси. Кардиодилатация техникаси. Операция турлари. Қизилўнғачнинг ёт жисмлари. Клиникаси, диагностикаси. Эндоскопик ва оператив даволаш усуллари.

Госпитал хирургиянинг вазифалари ва ютуқлари. Қизилўнғач ҳақида анатомио-физиологик маълумотлар. Мутахассислашган текширув усуллари (рентгеноскопия, рентгенография, эзофагоскопия, пневмомедиастено-графия, рентген кимография, радионуклид усул). Қизилўнғач дивертикуллари таснифи, клиникаси, ташхиси ва даволаш усуллари. Хирургик тактикаси. Оператив йўллар ва усуллар.

Қизилўнғачнинг кимёвий қуйишлари ва чандикли торайишлари. Этиологияси ва патогенези. Ўткир давр Клиникаси. Биринчи ёрдам ва даволаш принциплари. Эрта ва кечки буржлаш. Оператив даволаш. Қизилўнғач пластикаси, турлари (ингичка ва йўғон ичакдан, ошқозондан комбинирланган). Бир ва кўп этапли жаррохлик амалиётлар. Жаррохлик амалиётлар натижалари.

Кардиоспазм ва қизилўнғач ахалазияси. Тушунчаси. Клиникаси, ташхиси ва фарқловчи ташхис. Даволаш принциплари. Пневматик кардиодилататор ёрдамида дилатация техникаси. Хирургик даволашга кўрсатмалар. Жаррохлик амалиёт турлари: Геллер, Петровский, Геляровский ва бошқалар. Қизилўнғач ёт жисмлари, клиник кечиши, диагностикаси асоратлари, давраш тактикаси ва усуллари. Эндоскопик даволаш турлари. Жаррохлик амалиётига кўрсатмалар.

А – (асосий) – 1, 2 Қ-(қўшимча) – 1,2,4,6

2-мавзу: Портал гепертензия ва унинг асоратлари. П.Г. этиологияси, патогенези. Клиникаси, диагностикаси. ПО ни консерватив ва оператив даволаш усуллари. Операцияга кўрсатма. Операция турлари. Бадди-Киари синдроми. Клиникаси, диагностикаси ва даволаш.

Жигар циррозини портал гипертензия ва асцит билан кечишини этиологияси, патогенези. Таснифи. Клиник кечиши. Диагностикаси. Асбоб ускуналар ердамида ташхислаш усуллари (целиакография, спленопорто-графия, спленопортоманометрия, УТТ, лапароскопия, компьютер томография, радионуклидди текширув усули ва бошқалар). Сленомегалия ва гиперспленизм. Клиник кечиши, диагностикаси ва дифференциал ташхислаш. Портал гипертензиянинг жигар ичи ва аралаш турлари, асбоб ускуналар ердамида ташхислаш усуллари моҳияти. Портал гипертензияда жаррохлик амалиётининг қўлланилиши ва унинг даврийлиги. Асоратланмаган ва асоратланган портал гипертензия турларида жаррохлик амалиётига кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар. Қизилўнғач ва меъда кардиал қисми варикоз веналардан қон кетиши, дифференциал ташхислаш. Эндоскопиянинг аҳамияти (эндовазал ва перивазал склеротерапия). Блекмор зондини қўлланилиши. Жаррохлик амалиётини қўлланилиши. Жигар циррозиди асцит. Таснифи. Диагностикаси, дифференциал диагностикаси. Даволаш так-ти-каси. Консерватив даволаш. Жаррохлик амалиётига кўрсатма ва қарши кўрсатмалар. Жаррохлик амалиёти турлари (лапароцентез, перитонеоатриал шунтлаш, пери-тонео-веноз шунтлаш). Бадда-Киари синдроми, тушунча-си. Клиник кечиши, диагностикаси, даволаш усуллари.

А – (асосий) – 1, 2 Қ-(қўшимча) – 1,2,4,6

3-мавзу: Эхинококкоз. Паразитар касалликлар тушунчаси. Паразит характеристикаси. Жигар эхинококкози ва альвео-коккози. Клиникаси. Ташхислаш ва дифференциал ташхислаш. Оператив даволаш турлари ва натижалари. Жигар ва ўпка бирга келувчи эхинококкозда жаррохлик амалиёти ва кетма-кетлиги. Ўпканинг кисталари. Классификацияси. Ўпка эхинококки. Этиопатогенези. Асорати. Операция турлари ва натижалари.

Паразитар касалликлар тўғрисида тушунча. Паразит характеристикаси. Жигар ва ўпка эхинококкоз ва альвео-коккози гидатидли тури. Тарқалиш турлари, клиник кечиши. Ташхислаш ва дифференциал ташхислаш. Серологик реакцияларни моҳияти, ўтказиш принциплари. Асбоб ускуналар текшириш усуллари (рентгеноскопия, ультратовуш текшириш усули, радионуклидди текшириш усули, компьютер томография, лапароскопия, ангио-графия, ретроградли панкреато-холангиография). Эхино-коккоз асоратлари ва уларни клиник кечиши. Жигар ва ўпка асоратланмаган ва

асоратланган эхинококкоз турла-рида жарроҳлик даволаш усуллари. Жарроҳлик амалиёт турлари таснифи. Бўшликни бартаф этиш усуллари. Эхинококкэктомиядан кейинги қолдиқ бўшлиқларни йўқотиш жарроҳлик амалиётлари. Жигар ва ўпка бирга келувчи эхинококкозда жарроҳлик амалиёти, жарроҳлик амалиёт кетма кетлиги. Жигар ва ўпка эхинококкози жарроҳлик усулида даволашнинг натижалари.

А – (асосий) – 1, 2 Қ-(қўшимча) – 1,2,4,6

4-мавзу: Варикоз касаллиги. Оёқ веналарининг анатомио-физиологияси.. Махсус текширув усуллари. Оёқ веналарининг варикоз касаллиги. Этиологияси, патогенези, клиникаси, диагностикаси ва даволаш усуллари.

Паркс– Вебер–Рубашов, Клиппелл– Тренонне, Педжет - Шретер синдроми. Оёқ юза, чуқур вена-ларининг тромбоз ва тромбофлебити. Илеофеморал тромбоз. “оқ” ва “қўқ” флегмозия. Клини., диагн.. Посттромбофлебитик синдром (ПТФС) таснифи Этиопатогенези, даволаш. ПТФС профилактикаси

Оёқ веналари анатомияси ва физиологияси. Таснифи. Ривожланиш нуқсонлари–Паркс-Вебер-Рубашев ва Клиппелл-Тренонне касаллиги. Гемодинамик ўзгариши, клиник кечиши, диагностикаси ва даволаш усуллари. Оёқлар варикоз касаллиги. Этиологияси ва патогенетик ўзгаришлар (олиб келувчи ва келтириб чиқарувчи омиллар). Клиник кечиши, диагностикаси. Веналар ўтказувчанлиги, клапанли аппарат ва коммуникант веналар ҳолати текшириш усуллари. Таснифи. Асоратлари. Даволаш усуллари: жарроҳлик амалиётлар (Троянов-Тренделенбург, Бебкокк, Маделунг, Нарат ва Кокет амалиёт-лари), склерозловчи терапия.

Юза ва чуқур веналар тромбофлебити этиологияси, клиникаси, диагностикаси ва асоратлари. Посттромбо-флебитик синдром. Тушунча. Касаллик этиопатогенези. Таснифи (варикозли, шишли ва оғриқли, ярали тури). Клиник кечиши, диагностикаси, дифференциал диагнос-тикаси. Веналар ўтказувчанлиги, клапанли аппарат ва коммуникант веналар ҳолати текшириш усуллари афзаллигини билиш ва тромботик касаллик диагнос-тикаси ва жарроҳлик усул ердамида даволашда аҳамияти. Консерватив даволаш усуллари. Жарроҳлик амалиёти ердамида даволаш усуллари. Постромбофлебитик синдром профилактикаси. Педжет-Шреттер касаллиги. Тушунча. Касаллик этиопатогенези. Клиник кечиши, диагностикаси ва даволаш усуллари.

А – (асосий) – 1, 2 Қ-(қўшимча) – 1,2,3,4,10

5-мавзу: Аорта равоғи окклюзион касалликлари. Аорта ва артериал қон – томир системаси тўғрисида анат. – физиологик маълумот. Артериал қон– томирларнинг окклюзи-он касалликлари, этиологияси, патогенези. Беморларнинг мутахассислашган текширув усуллари ва босқичлари. Носпецифик аорто артериит. Жарроҳлик амалиёт турлари: (симпатэктомия, эндартэктомия, протезлаш, шунтлаш). Юракнинг ишемик касаллиги. Тушунча. Хирургик давош. Аорта равоғи окклюзион касалликлари. Тақиясу синдроми, этиологияси, патогенези, клиник формалари, даволаш усуллари. Жарроҳлик усуллари.

Беморларнинг мута-хассислашган текширув усуллари ва босқичлари. Носпецифик аорто артериит. Жарроҳлик амалиёт турлари: (симпатэктомия, эндартэктомия, протезлаш, шунтлаш). Аорта ва артериал Аорта ва артериал тармоқлар анато-мияси ва физиологияси. Қон томирлар касалликларида махсус текшириш усуллари (реовазография, доплерография, радионуклидди артериография, капилляроскопия, термография). Носпецифик аортоартериит.

Аорта равоғи окклюзион касалликлари. Тақиясу синдроми. Клиник кечиши, диагностикаси. Консерватив терапия турлари. Жарроҳлик ва эндоваскуляр даволаш усулларида кўрсат-малар. Жарроҳлик амалиётлар турлари – эндартэктомия, протезлаш, шунтлаш, симпатэктомия. А – (асосий) – 1, 3,5, 6, 7,9 Қ-(қўшимча) – 13,18

6-мавзу: Қорин аортаси окклюзион касалликлари. Қорин аортасини юкори, ўрта ва пастки окклюзиялари. Этиопатогенези. Сурункали абдоминал ишемия (САИС). Этиологияси, класс-си ва даволашнинг жарроҳлик усуллари. Симптоматик артериал гипертензия. Вазоренал гипертензия синдроми. Этиопатогенези, клиникаси диагностикаси ва хирургик даволаш. Феохрома-цитома. Қон синдроми. Иценко–Кушинг синдроми. Диагностикаси, даволаш усуллари. Янги технологиялар.

Қорин аортаси висцерал шохлари окклюзион касалликлари. Сурункали абдоминал ишемия синдроми. Этиопатогенези, клиник кечиши, диагностикаси, даволашни жарроҳлик усуллари.

Янги технологиялар. Симптоматик артериал гипертензия. Артериал гипертензия таснифи. Симптоматик АГ сабаблари. Вазоренал гипертензия. Этиопатогенези, клиник кечиши, диагнос-тикаси. Жарроҳлик усулида даволаш ва унинг турлари. АГ олиб келувчи буйрак усти бези касалликлари. Феохромацитома. Қон синдроми. Иценко-Кушинг синдроми. Диагностикаси. Дифференциал диагностикаси. Даволаш усуллари. Янги технологиялар.

Симптоматик артериал гипертензия. Артериал гипертензия таснифи. Симптоматик АГ сабаблари. Вазоренал гипертензия. Этиопатогенези, клиник кечиши, диагнос-тикаси. Жарроҳлик усулида даволаш ва унинг турлари. АГ олиб келувчи буйрак усти бези касалликлари. Феохромацитома. Қон синдроми. Иценко-Кушинг синдроми. Диагностикаси. Дифференциал диагностикаси. Даволаш усуллари. Янги технологиялар

А – (асосий) – 1, 2 Қ-(қўшимча) – 1,2,3,4,10

7-мавзу: Оёқ артериялари окклюзион касалликлари. Лериш синдроми Облитерациялов-чи атеросклероз. Облитерацияловчи эндоартериит. Бюржер касаллиги, Рейно касаллиги. Диабетик ангиопатия Клиникаси, диагностикаси, диф.диагностикаси, консерватив даволаш. Жарроҳлик тактикаси ва даволаш усуллари.

Клиникаси, диагностикаси, дифференциал диагностикаси, консерватив даволаш. Жарроҳлик тактикаси ва даволаш усуллари. Лериш синдроми, облитерацияловчи эндоартериит, Бюржер касаллиги, Рейно касаллиги, диабетик ангиопатия. Клиник кечиши, кечиши дарвлари, диагностикаси, дифференциал ташхис. Консерватив даволаш принцип-лари. Жарроҳлик тактика ва даволаш усуллари.

А – (асосий) – 1, 2

Қ-(қўшимча) – 1,2,3,4,10

8-мавзу: Ўткир артериал етишмовчилиги. Артериал ўткир тромбоз ва эмболиялар. (оёқ-қўл, мезентериал артерияларининг тромбоз ва эмболиялари). Этиопатогенези. Тромб ҳосил бўлиш омиллари. Клиник кечиши тромб ва эмболияларни кон-серватив ва оператив даволаш усуллари. Антикоагулянт терапия принциплари.

Тромбозларни эмболиялардан фарқи. Тромбоз ва эмболиялар этиологияси. Тромб ҳосил бўлишига олиб келувчи омиллар. Ўткир тромбоз ва эмболияларни клиник кечиши ва клиник даврлари. Текшириш усуллари. Консерватив даволаш усуллари. Жарроҳлик даволаш усуллари (Фогарти зондини қўлланилиши, тўғри эмболэктомия). Антикоагулянт терапия принциплари.

А – (асосий) – 1, 2

Қ-(қўшимча) – 1,2,3,4,10

9-мавзу: Юракнинг туғма пороклари. Анатомио–физиологик маълумотлари. «Оқ» ва «Кўк» пороклари. Очик артериал йўл. Фалло триадаси, тетрадаси ва пента-даси. Лютенбахер синдроми. Аорта коарктацияси. Клиникаси, диагностикаси. Жарроҳлик коррекция. Сунъий қон айланиш ускунасининг қўлланилиши.

Юракнинг туғма пороклари. Клиникаси, диагностикаси. Жарроҳлик коррекция. Сунъий қон айланиш ускунасининг қўлланилиши. Анатомияси ва физиологияси. Таснифи. Беморларда туғма ва орттирилгин юрак нуқсонларини текшириш усуллари (ЭКГ, ФКГ, рентгеноскопия). Махсус текши-риш усуллари (юракни зондлаш, ангиокардиография коронарокардио-графия, эхокардиография). Туғма нуқсонларнинг клиник кечиши, диагностикаси, дифференциал диагностикаси. Очик артериал йўл, бўлмачалараро тўсиқ нуқсони, қоринчалараро тўсиқ нуқсони, ўпка артерияларининг чегараланган торайиши, Фалло триадаси, тетрадаси ва пентадаси, аортанинг коарктацияси. Жарроҳлик коррекция. Сунъий қон айланиш ускунасини қўлланилиши, ишлаш принципи.

А – (асосий) – 1, 2

Қ-(қўшимча) – 1,2,3,4,5,10,11

10-мавзу: Юракнинг ортирилган пороклари. Классификацияси. Митрал, аортал, трикуспидал клапанлари пороклари. Этиопатогенези. Қон айланишининг бузилиши, босқичлари. Клиникаси, диагностикаси, хирургик даволашга кўрсатма ва қарши кўрсатма. Таснифи. Очик ва ёпиқ жарроҳлик усуллари.

Клиникаси, диагностикаси, хирургик даволашга кўрсатма ва қарши кўрсатма. Таснифи. Очик ва ёпиқ жарроҳлик усуллари. Этиопатогенези, анатомияси ва физиологияси. Таснифи. Митрал юрак нуқсонлари ва юрак бошқа клапанлари нуқсонлари митрал нуқсон гуруҳларининг классификацияси. Қон айланиш бузилиши босқичлари. Аортал, уч тавақали, митрал тавақа нуқсонларининг клиник кечиши, диагностикаси, жарроҳлик усуллари. Жарроҳлик амалиё-тига кўрсатма ва қарши кўрсатмалар. Очик ва ёпиқ жарроҳлик усуллар (комиссуротомия, аннулопластика, вальвулопластика, юрак қопқокларини протезлаш). Сунъий юрак қопқоклари.

А – (асосий) – 1, 2

Қ-(қўшимча) – 1,2,3,4,5,10,11

11-мавзу: Ўпка анатомияси ва физиологияси. Текшириш усуллари. Ўткир носпецифик ўпка абсцесси, гангрена, этиологияси, патогенези, клиникаси, диаг., даволаш усуллари. Бронхоскопия моҳияти. Жарроҳлик амалиёт турлари. Ўпканинг носпецифик сурункали касалликлари. Ўпканинг сурункали абсцесси. Этиологияси, клиникаси, диагностикаси. Консерватив ва оператив даволаш усуллари. Бронхоэктаз касаллиги. Клиникаси даволаш усули.

Ўпка анатомияси ва физиологияси. Махсус текшириш усуллари (рентгеноскопия, рентгено-графия, компьютер томография, бронхоскопия). Ўпка йирингли касал-ликлар таснифи. Ўпка ўткир абсцесслари ва гангрена. Клиник кечиши, диагностикаси. Консерватив даволаш усуллари. Жарроҳлик амалиетини қўлланилиши ва унга кўрсатма-лар. Жарроҳлик амалиети турлари. Ўткир йирингли абсцессларни даволашда бронхоскопиянинг моҳияти. Ўпка стафилококкли деструкцияси. Клиник кечиши. Диагностикаси. Даволаш усуллари. Жарроҳлик амалиё-тига кўрсатмалар. Жарроҳлик амалиети турлари.

Ўпка сурункали йирингли касалликлари. Таснифи. Ўпка сурункали йирингли абсцесси. Клиник кечиши. Диагнос-тикаси ва дифференциал диагностикаси. Консерватив терапия–жарроҳлик амалиетига кўрсатма сифатида. Жарроҳлик амалиетига кўрсатмалар ва унинг турлари. Бронхоэктатик касаллик. Этиология ва патогенези. Таснифи. Клиник кечиши. Диагностикаси ва дифференциал диагностикаси. Махсус текшириш усуллари. Консерватив терапия турлари. Жарроҳлик амалиётига кўрсатмалар. Жарроҳлик амалиёт турлари.

А – (асосий) – 1, 2

Қ-(қўшимча) – 1,2,3,4,5,10

12-мавзу: Плевра касалликлари. Плевранинг анатомияси ва физиологияси. Плеврани ўткир эмпиемаси ва турлари. Этиопатогенези, даволаш усуллари. Плевранинг сурункали эмпиемаси. Этиопатогенези, клиникаси ва фарқловчи таъхис. Бронхоплеврал ва бронхоплев-роторокал окмалари. Хирургик даволаш. Торакопластика турлари. Пиопневмоторакс. Пневмоторакслар. Тушунча, турлари. Спонтан, очик, ёпиқ, таранглашган пневмоторакс. Пиопневмоторакс. сабаби, клиникаси, даволаш.

Плевра анатомияси ва физиологияси. Плевра йирингли касалликлари таснифи. Плевра ўткир эмпиемаси. Этио-логияси, патогенези. Турлари. Клиник кечиши, диагнос-тикаси ва дифференциал диагностикаси. Консерватив терапия. Жарроҳлик амалиети турлари ва унга кўрсатма-лар. Плевра сурункали эмпиемаси. Этиопатогенези. Клиник кечиши, диагностикаси ва дифференциал диагностикаси. Бронхоплеврал ва бронхоплевроторокал окма яралар. Жарроҳлик амалиети турлари ва унга кўрсатмалар. Торакопластика турлари. Бронхоплеврал ва бронхоплевро-торакал окмаларда жарроҳлик амалиетини қўлланилишини моҳияти

Ўпка кисталари. Этиологияси ва патогенези. Таснифи. Клиник кечиши, диагностикаси. Асоратлари. Жарроҳлик амалиётига кўрсатмалар. Амалиётлар турлари.

Кўкс оралиғи аъзоларини анатомик ва физиологик хусусиятлари. Асбоб ускуналар ердамида текшириш усуллари (рентгенография, компьютер томография, пневмомедиастинография, медиастиноскопия).

А – (асосий) – 1, 2 Қ-(қўшимча) – 1,2,3,4,5,10

13-мавзу: Кўкс оралиғи касалликлари. Кўкс оралиғи аъзоларининг анатомио-физиологик хусусиятлари. Текшириш усулла-ри.Кўкс оралигининг хавфсиз усмалари ва кисталари. Диагностикаси, классификацияси ва даволаш усули. Медиастенит. Этиологияси,клиникаси,ташхиси ва даволаш. Миастения,диагностикаси, даволаш усуллари. Ўпканинг нопаразитар кисталари. Спонтан пневмоторакс. Диафрагма касалликлари. Диаф. чурралари. Диафрагманинг анатомио-физиологик хусусиятлари. Турли диафрагма чурраларининг клиникаси. Диаф. қизилўнгач тешиги чурралари. Диафрагма релаксацияси. Пластика турлари

Кўкс оралиғи ўсма ва кисталари. Тушунча. Таснифи, клиник кечиши, диагностикаси, дифференциал диагностикаси. Жарроҳлик амалиётига кўрсатма ва қарши кўрсатмалар. Жарроҳлик амалиётидаги кесма турлари. Жарроҳлик амалиёти турлари. Миастения, диагностикаси, даволаш усуллари. Медиастенит. Турлари, этиологияси, клиник кечиши, диагностикаси, ўткир йирингли медиастенит даволаш усуллари. Консерватив терапия ва жарроҳлик амалиёти турлари.

Диафрагма анатомияси ва физиологияси. Диафрагма ка-салликларида махсус текширув усуллари (рентгеноско-пия, рентгенография, пневмоперитонеум). Диафрагма қи-зилўнгач тешиги чурраси. Таснифи. Сирпанувчи ва пара-эзофагеал чурралар. Клиник кечиши ва диагностикаси. Асоратлари. Сирпанувчи чурраларни консерватив давоси. Жарроҳлик амалиётига кўрсатмалар. Сирпанувчи ва параэзофагеал чурраларни жарроҳлик усулида даволаш усуллари. Диафрагмал чурралар. Таснифи. Диафрагма травматик (сохта) чурралари. Нотравматик чурралар. Ларей чурраси, ретростернал чурра, Богдалеко чурраси. Клиник кечиши, диагностикаси, жарроҳлик амалиётига кўрсатмалар ва жарроҳлик амалиёти турлари. Диафрагма релаксацияси. Клиник кечиши, диагностикаси. Диафрагма релаксацияси ташхислашда пневмоперитонеум моҳияти. Диафрагма пластика турлари.

А – (асосий) – 1, 2 Қ-(қўшимча) – 1,2,3,4,5,10

14-мавзу: Постгастрорезекцион синдромлар. Ошқозоннинг операциядан кейинги касалликлари. Тушунча. Постгастрорезекцион синдромлар. Тушунча. Таснифи, сабаби, клиникаси, диаг., хирургик даволаш. Реконструктив операция турларига кўрсатмалар. Постваготомик синдромлар. Даволаш.

Постгастрорезекцион синдромлар. Назология тўғсида тушунча. Касаллик таснифи. Битмаган яралар, меъда рецидив яралар, ингичка ичак пептик яралари, меъда ва кўндаланг чамбар ичак ўртасидаги окма яра, олиб келувчи қовузлок синдроми, демпинг-синдром ва бошқалар. Келиб чиқиш сабаблари, клиник кечиши, диагнос-тика турлари, диф. диагностика. Консерватив даволаш турлари. Жарроҳлик усулида даволаш тур-лари. Реконструктив амалиётларга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар. Ваготомия ва ёндош амалиётларга боғлиқ бўлган постваготом синдромлар. Органик ва функционал турлари. Клиник кечиши Ташхислаш. Даволаш усуллари ва тактикаси. Консерватив даволаш усуллари ва кўрсатмалар. Жарроҳлик усулида дав. ва унинг турлари.

А – (асосий) – 1, 2 Қ-(қўшимча) – 1,2,3,4,5,10,11

15-мавзу: Постхолецистэктомик синдром. Тушунча. Таснифи. Этиопатогенези. ПХЭ синдромда диагностика ва дифференциал диагностика. Жарроҳлик реконструктив амалиёт турлари. Механик сариклик. Сариклик турлари ва сабаблари. Диагностика турлари. Жарроҳлик даволаш усуллари. Холангит. Даволаш усуллари.

Постхолецистэктомик синдром. Назология тўғрисида тушунча. Таснифи. Холецистэктомиядан кейинги кузатиловчи баъзи патологик ҳолатлар этиопатогенези. Клиник кечиши, диагностикаси. Постхолецистэктомик синдром ташхислаш ва даволашда эндоскопик амалиётларни ўрни. Бирламчи ва иккиламчи папиллит, Фатер сўргичи стенози, ўмумий ўт йўлида «қолиб кетган» тошлар, ўт йўллари стриктуралари. Дуоденит ва дуоденостаз мавжуд бўлганда хоledgeхоуоденоанастомозни нотўғри қўйилиши, билиодигестив анастомозлар стеноз ва стриктуралари, ташқи ўтли окма яралар. Узун қолдирилган ўт пуфаги чўлтоғи, ўт пуфаги чўлтоғи невриномаси. ПХЭ бузилишларни дифференциал ташхислаш, жарроҳлик даволаш усуллари, ўт йўлларидаги реконструктив амалиётлар турлари.

Механик сариклик. Сариклик турлари ва сабаблари. Диагностика турлари. Жарроҳлик даволаш усуллари. Диагностика турлари: УЗИ, КТ, ЭРПХГ, ЧЧХГ. Сариклик турлари орасида дифференциал диагностика. Даволаш. Амалиётдан олдинги даврда гомеостаз коррекцияси. Жарроҳлик даволаш усуллари. Холангит ва даволаш усуллари.

А – (асосий) – 1, 2 Қ-(қўшимча) – 1,2,3,4,5,10,11

6. Лаборатория машғулоти

6.1. Лаборатория машғулоти мавзуларининг режаси

Мавзу	Лаборатория машғулотларининг мавзуси	
1.	Ушбу фан бўйича лаборатория машғулоти режалаштирилмаган	

6.2. Лаборатория машғулоти мавзулари мазмуни

Госпитал хирургия фанидан лаборатория машғулотларининг мавзулари режалаштирилмаган.

7. Мустақил таълимни 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 машғулоти;
- масофавий (дистанцион) таълим.

Госпитал хирургия фанидан талабалар мустақил ишларининг мавзулари 2019-2020 ўқув йили

№	Мустақил ишларнинг мавзулари	Соати
1	Умurtқа артериялари шикастланишлари. Бош мия қон билан таъминланишида уларни роли.	4
2	Қул-оёқлар критик ишемияси.	4
3	Кўкрак қафаси жароҳатлари. Таснифи, сабаби, клиника, диагностика, даволаш.	4
4	Рейно касалиги. Қон томир касалликларини замонавий даволаш усуллари.	4
5	Педжет-Шреттер касаллиги.	4
6	Илеофеморал веноз тромбоз	4
7	Юрак миксомаси	4
8	Перикардитлар	4
9	Ўпка артерияси тромбоэмболияси. Сабаби, клиник турлари, даволаш	4
10	Постхолецистэктомик синдром экстрабилиар сабаблар. Хавфли этиологияли механик сариклик	4
11	Жигар трансплантацияси	4
12	Ўпка сурункали носпецифик йирингли касалликларни замонавий даволаш усуллари. Ўпка нопаразитар кисталари. Спонтан пневмоторакс.	4
13	Кўкс оралиги йирингли касалликлари. Ўткир медиастит, таснифи, сабаби, диагностика ва даволаш.	4
14	Қизилўнгач ёт жисмлари	4
15	Диафрагма релаксацияси	4
	Ж а м и:	60 соат

ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ ФАНИДАН **ТИББИЙ ПЕДАГОГИКА** ФАКУЛЬТЕТИ ТАЛАБАЛАР МУСТАҚИЛ ИШЛАРИНИНГ ТЕМАТИК РЕЖАСИ (2019-2020 у.й.)

№	ТМИ мавзулари (15 кун)	Соат
1	Умurtқа артериялари шикастланишлари. Бош мия қон билан таъминланишида уларни роли.	3
2	Қул-оёқлар критик ишемияси.	3

3	Кўкрак қафаси жароҳатлари. Таснифи, сабаби, клиника, диагностика, даволаш.	3
4	Рейно касалиги. Кон томир касалликларини замонавий даволаш усуллари.	3
5	Педжет-Шреттер касаллиги.	3
6	Илеофеморал веноз тромбоз	3
7	Юрак миксомаси	3
8	Перикардитлар	3
9	Ўпка артерияси тромбоэмболияси. Сабаби, клиник турлари, даволаш	3
10	Постхолецистэктомик синдром экстрабилиар сабаблар. Хавфли этиологияли механик сариклик	3
11	Жигар трансплантацияси	3
12	Ўпка сурункали носпецифик йирингли касалликларни замонавий даволаш усуллари.	3
13	Кўкс оралиғи йирингли касалликлари. Ўткир медиастенит, таснифи, сабаби, диагностика ва даволаш.	3
14	Қизилўнгач ёт жисмлари	3
15	Диафрагма релаксацияси	2
	Ж а м и:	44соат

ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ ФАНИДАН АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАР РЎЙХАТИ 2019-2020 ўқув йили (2015 у.й. дастури асосида)

1. Артериал қон кетишда жгут қуйиш. Қонаётган томирга қон тўхтатувчи қисқич қўйиш. Веноз қон кетишда босувчи боғлам қўйиш
2. Оёқ – қўлдан қон кетишда биринчи ёрдам
3. Йирик қон–томирлардан қон кетганда қонни бармоқ б-н босиш ёрдамида тўхтатиш анатомик нуқталари
4. Венесекция ўтказиш техникаси
5. Веноз синамаларни ўтказиш
6. Қизилўнгач ва меъдадан қон кетганда амбулатор ёрдам кўрсатиш. Блэкмор зондини ўрнатиш техникаси
7. Лапаросцентез ўтказиш техникаси
8. Ўпкадан қон кетганда амбулатор ёрдам кўрсатиш
9. Паранефрал блокада. Вагосимпатик блокада
10. Кўкрак қафасини шикастланишида биринчи ёрдам кўрсатиш
11. Пневмоторакс ва ёпик пневмотораксда амбулатор ёрдам кўрсатиш
12. Назогастрал зонд орқали беморни овқатлантириш
13. Клапанли пневмотораксда амбулатор ёрдам кўрсатиш
14. Плеврал пункция ўтказиш. Торакоцентез ўтказиш техникаси
15. Тери , жигар орқали холангистомани ювиш техникаси

9. Фан бўйича билим, малака ва кўникмалар рейтинг назорати ва баҳолаш мезонлари

Талабанинг тайёргарлик даражасини белгилашда асосий мезон сифатида унинг жорий, оралик, якуний назоратларда олган баҳолар рейтинг хисобга олинади.

Фан учун қўйиладиган 100 балл қуйидаги шаклда тақсимланади:

№	Назорат тури	Максимал балл	Коэффициенти	Ўтиш балл
1.	Жорий назорат ТМИ билан биргаликда	50	0,5	27,5

2.	Оралик назорат	20	0,2	11,0
3.	Якуний назорат	30	0,3	16,5
	ЖАМИ	100	1	55,0

Дастурнинг информацион услубий таъминоти

- Госпитал хирургия фанини ўқитиш жараёнида таълимнинг замонавий услублари, педагогик ва ахборот-коммуникация технологиялари (мультимедия, ўқув фильмлари, интерфаол усуллари, масофадан ўқитиш, интернет маълумотлари, ўқув-кўргазмалари қуроллар ва б.) қўлланилиши назарда тутилган.
- Барча мавзулар бўйича замонавий компьтер технологиялари асосида маъруза машғулотларида қўлланилади.
- Фаннинг умумий ва хусусий бўлимларида тегишли мавзуларда ўтказиладиган амалий машғулотларида, вазиятли масала, мия штурми, инцидент кичик гуруҳларда фикрлаш педагогик технологиялар қўллаш назарда тутилади.

Дарслиklar, қўлланмаларнинг рўйхати

I. Асосий:

1. Хирургик касалиklar. Ш.И.Каримов, Тошкент, 2005.
2. Хирургические болезни. Ш.И. Каримов, Ташкент, 2005.
3. Chirurgik kasalliklar. Sh.I. Karimov. Toshkent, 2011.
4. Хирургик касалиklar. Ш.И.Каримов, Н.Х.Шамирзаев, Тошкент, 1995.
5. Хирургические болезни. Под ред.М.И.Кузина., Медицина, 2002.
6. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соав.Ташкент 2004г.
7. Клиническая хирургия. Под ред. Панцырева Ю.М. М. «Медицина», 1988
8. Воробьев А Справочник практического врача в 3х томах. 1990
9. Конден Р., Нейхус Л. Клиническая хирургия Москва. Практика 1998
10. Назыров Ф.Г., Денисов И.И., Улугбеков Э.Г. Справочник-путеводитель практикующего врача. Москва, 2000.

II. Қўшимча:

11. Альперович Б.И. Хирургия печени и желчных путей. Москва. Медицина 1997.
12. Астапенко В.Г. Практическое руководство по хирургическим болезням. Минск, 2004.
13. Вахидов В.В., Хаджибаев А.М. Постваготомные синдромы и их хирургическая коррекция. Ташкент, 1993.
14. Ерохин И.А., Гельфанд Б.Р., Шляпников С.А. Хирургические инфекции. Санкт-Петербург, 2003.
15. Логинов А.С., Блок Ю.Э. Хронические гепатиты и циррозы Заболевания печени и желчных путей. Москва, 2002.
16. Майер К.П. Гепатит и последствия гепатита. М. 1999.
17. Савельев В.С. 50 лекции по хирургии. Москва 2004.
18. Шердок Н., Дж. Дули Заболевания печени и желчных путей. М. Медицина 1999.
20. Основы оперативной хирургии. Под ред. С.А.Симбирцева, 2002.
21. Прикладная лапароскопическая анатомия: брюш.полость и малый таз. Винд Г. Дж.1999
22. Ambulatory colorectal surgery. Ambulatory colorectal surgery / edited by Laurence R. Sands, Dana R. Sands.- New York: Informa Healthcare USA, Inc., 2009.- 354 p.
23. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота. 2005.
24. Хирургия печени. Альперович Б.И.2010.
25. Диагностический справочник хирурга – Астафуров В.Н. 2003.
26. Атлас дренирования в хирургии – Гульман М.И. 2004.
27. Атлас оперативной хирургии грыж – Егиев В.Н.2003.
28. Холедохолитиаз – Майстренко Н.А.2000.
29. Патология червеобразного отростка и аппендэктомия – Пронин В.А.2007.
30. Этюды желудочной хирургии – Юдин С.С.2003.

31. Атлас операций на желчных путях, Красильников Д.М., Маврин М.И., Маврин В.М. 2000.
32. Лапароскопическая и торакоскопическая хирургия – Константин Франтзайдес. 2000.
33. Однорядный непрерывный шов анастомозов в абдоминальной хирургии – Егиев В.Н. 2002г
34. Руководство по хирургии желчных путей – Гальперин Э.И.2009г
35. Основы криохирургии печени и поджелудочной железы. Альперович Б.И.2006г
36. Повреждения живота при сочетанной травме. Абакумов М.М., Лебедев Н.В.2005г
37. Неотложная панкреатология – Костюченко А.Л.2000г
38. Операции на печени – В.А. Вишневский.2003г
39. Распространенный гнойный перитонит – В. В. Бойко.2008г
40. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии – Моше Шайн.2003г
41. Неотложная абдоминальная хирургия – Майстренко Н.А.2002г
42. Абдоминальная хирургия – Григорян Р.А. В 2-х томах.2006г
43. Хирургическая операция. Расстройство гомеостаза, предоперационная подготовка. - И.Я.Макшанов. 2002 г.

Интернет сайтлар:

1. www.mededu.ru,
2. www.medison.ru,
3. www.proctolog.ru,
4. www.colonoscopy.ru,
5. www.remedium.ru,
6. www.allsurgery.ru

Составил:

Комилов С.О., к.м.н., доцент кафедры,

Рецензенты:

Ураков Ш.Т. - Заведующий отделением хирургические болезни и реанимации,
д.м.н.

Тешаев Ш.Дж. - д.м.н., профессор кафедры «Анатомия и клиническая анатомия
(ОХТА)»

Заведующий кафедрой д.м.н., профессор Ахмедов Р.М.



Декан Лечебного факультета профессор Сафоев Б.Б..



Научная программа утверждается протоколом Координационного совета
Координационного совета по направлениям высшего, среднего и
профессионального образования в 1 от 24 08 20__ года.

Методист:  Одилова Р.Х.

Составил:

Комилов С.О., к.м.н., доцент кафедры,

Рецензенты:

Ураков Ш.Т. - Заведующий отделением хирургические болезни и реанимации,
д.м.н.

Тешаев Ш.Дж. - д.м.н., профессор кафедры «Анатомия и клиническая анатомия
(ОХТА)»

Заведующий кафедрой д.м.н., профессор Ахмедов Р.М.



Декан Лечебного факультета профессор Сафоев Б.Б..



Научная программа утверждается протоколом Координационного совета
Координационного совета по направлениям высшего, среднего и
профессионального образования в 1 от 24 08 20__ года.

Методист:  Одилова Р.Х.

СТРУКТУРА РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ УЧЕБНЫХ ДИСЦИПЛИН

Рабочая программа учебной дисциплины должна включать:

1. Введение

Госпитальная хирургия является специальной клинической дисциплиной, занимающейся этиологией, патогенезом, клиникой, методами исследования, прогнозом и осложнениями, принципами лечения и профилактикой хирургических заболеваний, оказанием экстренной помощи при неотложных состояниях. В условиях СВП и ГВП от 1/3 больных обращаются по поводу хирургических заболеваний и часто они нуждаются экстренных мер для спасения жизни больного. Поэтому изучение факультетской по программе ВОП является необходимым требованием для студентов лечебного и медико-педагогических факультетов.

Типовая программа по госпитальной хирургии составлена с учетом Государственного образовательного стандарта, квалификационной характеристики врача общей практики и объема учебной нагрузки, соответственно учебному плану. В программу вложены объем теоретических и практических навыков, которыми должны овладеть студенты лечебного и медико-педагогического факультетов при изучении хирургических болезней по программе ВОП.

Цели и задачи дисциплины

Целью обучения является: обучение студентов 5-курса лечебного и медико-педагогического факультетов наиболее часто встречаемой хирургической патологии желудочно-кишечного тракта, заболеваний желчного пузыря и внепеченочных желчных путей, хирургические заболевания печени, поджелудочной железы и кишечных свищей, используя современные методы диагностики и лечения, в условиях как стационара, поликлиники, СВП, обучение оказание первой медицинской помощи.

Задачи предмета:

- Используя теоретические знания оказать квалифицированную помощь у постели больного, во время приёма больных в поликлинике, работая в операционном и в перевязочном блоке.
- Использование практических навыков при оказании первичной помощи и в постановке клинического диагноза хирургических больных, при этом широко использовать современные диагностические приёмы.
- Обучение студентов самостоятельно курировать больных и использовать практические навыки.
- Заполнение истории болезни, амбулаторных карт и других документов.
- Оказание экстренной медицинской помощи и диагностика острых хирургических заболеваний.
- Планирование диагностики и лечение больных по лечебно-диагностическим стандартам хирургических заболеваний.

Госпитальная хирургия преподаётся студентам 5-курса лечебного факультета и медицинского педагогике. Занятие проводится в отделениях хирургического профиля клиники с использованием новых педагогических технологий: слайдов, мультимедий, таблиц и демонстрацией тематических больных. Знание студентов оценивается на основании рейтинга.

Студенты участвуют в семинарах и на лекциях. Занятия на кафедре проводятся в виде циклов. В течение цикла каждый студент ежедневно принимает участие в курации тематических больных. При этом они находятся в отделениях абдоминальной хирургии, реанимации, гнойной хирургии. Если нет больных по теме, в целях диф. диагностики обследуют больных с похожими заболеваниями.

Каждый студент сдает 2 ночных дежурства и пишет одну историю болезни. Это все берется в учет при оценке студента.

Для студентов 5-курса выделено 190 часов, из них 36 часов лекции (18-тем), 108-часов практических занятий (24-темы) и 46 часов самостоятельной работы (20-темы).

Новшество в обучении занятий состоит в том что, в занятиях используются интерактивные методы: мультимедии, тестовые вопросы, и ситуационные задачи и др.. Все студенты оцениваются на основании рейтинга в течение года. На основании 100 балловой рейтинговой системы, студенты оценены по ТО, ПО, ИО.

Текущая оценка (ТО) 0.45 коэффициент, самостоятельная работа студентов (СРС) 0.05 коэффициент, промежуточная оценка (ПО) 0.2 коэффициент, итоговый контроль (ИК) состоит из двух частей-ОСКИ-0.15 коэффициент и тестовый контроль-0.15 коэффициент. Практические занятия 50% проводятся интер-активными методами.

Студент должен знать:

- Этиологию, патогенез, клинику, диагностику, лечение и пути профилактики хирургических болезней по программе.
- Клинические симптомы наиболее часто встречаемых неотложных и плановых хирургических заболеваний органов брюшной полости;
- Клинические симптомы наиболее часто встречаемых хронических хирургических заболеваний, методы диагностики, профилактики и лечение;
- Методы современной реабилитации в послеоперационном периоде.
- Значение экзо и эндогенных факторов в развитие хирургических заболеваний;
- Этиология, патогенез, диаг. и профилактика хрон-ких заболеваний аорты и магистральных сосудов;
- Этиология, патогенез, диагностика и профилактика хирургических заболеваний органов грудной клетки и брюшной полости.
- Хирургические заболевания пищевода её анатомия и физиологические особенности;

2. Объем учебной нагрузки по Госпитальной хирургия для студентов

Лечебного и Медико-педагогических факультетов на 2019-2020 уч.г.

Трудоем- кость	Распределение объема учебной нагрузки по видам аудиторных занятий (в час)					Самосто- ятельная работа
	Всего	Лекции	Практи- ческие занятия	Семинары	Клинические занятия	
Леч. 150	90	26	20	-	44	60
М.П. 134	90	26	20		44	44

Лекционный курс

3.1. Тематические планы лекционных занятий

№ лекции	Название темы лекций	Часы
1	Введение. Понятие о Госпитальной хирургии. Заболевание пищевода. Анатомо-физиологические данные. Специальные методы исследования. Диагностика заболевания пищевода. Дивертикуль пищевода. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Консервативное и хирургическое лечение. Кардиоспазм. Ахалазия кардии. Классификация, диагностика, диф.диагностика, Консервативное и хирургическое лечение. Химические ожоги пищевода и рубцовое сужение. Причины, клиника, течение острого периода. Первый медицинский помощь. Осложнение ожоги пищевода. Клиническое течение рубцовое сужение пищевода. Диаг. Консервативные и хирургическ методы лечения.	2
2	Портальная гипертензия. Понятие. Классификация. Синдром Киари, Бадди-Киари. Осложнение: провужное кровотечение из пищеводных вен, асцит, спленомегалия. Портокавальное и кава-кавальные анастомозы. Диаг., Консервативное и хирургическое лечение портальной гипертензии.	2
3	Эхинококкоз и альвеококкоз печени и легкого. Этиопат., клин., ослож.эхинококка, диагностика. Консервативное и хирургическое лечение.	
4	Варикозные расширение венозных сосудов. Анатомо-физиология вен нижних конечностей. Варикозная болезнь. Врожденные аномалии глубоких вен : Синдром Паркса-Вебера Рубашева, Клиппелл-Треноне. Болезнь Педжета Шреттера. Тромбофлебит и тромбоз поверхностных и глубоких вен. «белые» и «синие» флегмозии. Посттромбофлебитический синдром. Этиология, клин., диаг., и опер.методы лечения. Консервативное и хирургическое лечение.	2
5	Окклюзионные заболевания дуги аорты.. Хирургия ишемическая болзнь сердца. Неспецифический аорта артериит. Синдром Такаясу. Диагностика. Консервативное и хирургическое лечение.	2
6	Окклюзионные заболевания брюшной аорты и её ветвей. Синдром хронической абдоминальной ишемии. Симптоматическая артериальная гипертензия. Классификация. Вазоренальная гипертерзия . Клиника, диаг. Консервативное и хирургическое лечение.	2
7	Синдром Лериша . Окклюзионные заболевания артерий нижних конечностей. Атеросклероз, эндоартрит. Болезнь Бюргера, болезнь Рейно. Клиника. Острые артериальные тромбозы и эмболии. Острый артериальный недостаточность. Клиника, диаг. Консервативное и хирургическое лечение.	2
8	Врожденные и приобретенные пороки сердца. Классификация, «белые» и «синие» пороки. Понятие. Гемодинамические нарушение. Консервативное и хирургическое лечение.	2
9	Острые и хронические неспецифические гнойные заболевания легких. Классификация. Клиника, диаг. Консервативное и хирургическое лечение.	2
10.	Острые и хронические неспецифические гнойные заболевания плевры. Классификация. Клиника, диаг. Консервативное и хирургическое лечение. Бронхоплевральные и бронхоторакальные свищи. Диаг., Методы лечение. Пневмоторакс. Понятие. Виды пневмоторакса. Виды и тактика лечение.	2
11.	Заболевание средостений. Доброкачественные опухоли и кисты средостения. Классификация. Миастения и медиостениты. Клиника и диагностика. Консервативное и хирургическое лечение. Диафрагмальные грыжи. Классификация, клиника. Диагн. Консервативное и хирургическое лечение. Релаксация диафрагмы.	2
12	Постгастрорезекционные и постаготомические синдромы. Понятие. Классификация, клиника и диагн. Консервативное и хирургическое лечение.	2
13	Постхолецистэктомический синдром. Понятие. Классификация, клиника и диагностика. Механическая желтуха. Холангиты. Причины . Диагностика. Консервативное и хирургическое лечение.	2
	И Т О Г О :	26 час

3.2. СОДЕРЖАНИЕ ЛЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА ПО ПРЕДМЕТУ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Тема 1. Введение. Понятие о Госпитальной хирургии. Заболевание пищевода. Анатомо-физиологические данные. Специальные методы исследования. Диагностика заболевания пищевода. Дивертикул пищевода. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Консервативное и хирургическое лечение. Кардиоспазм. Ахалазия кардии. Классификация, диагностика, диф.диагностика, Консервативное и хирургическое лечение. Химические ожоги пищевода и рубцовое сужение. Причины, клиника, течение острого периода. Первый медицинский помощ. Осложнение ожоги пищевода. Клиническое течение рубцовое сужение пищевода. Диагностика. Консервативные и хирургические методы лечения.

Краткое содержание лекционного материала. Введение. Задачи и достижения предмета Госпитальной хирургии. Анатомо-физиологические данные пищевода. Методы исследования. Дивертикул пищевода. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение. Химические ожоги пищевода. Клинические проявления, особенности течения, диагностика и методы лечения заболевания. Осложнение. Профилактика. Рубцовое сужение пищевода. Клиника, диагн., лечение. Методы реконструктивные операции на пищеводе. Кардиоспазм. Клиника, диагностика, техника кардиодилатации. Методы лечения, диф.диагностика. Инородное тела пищевода. Причины, диагностика и методы лечения.

Литература: О (основная)- 1,2 Д (дополнительная)-1,2,4,6

Тема 2. Портальная гипертензия. Понятие. Классификация. Синдром Киари, Бадди-Киари. Осложнение: провизное кровотечение из пищеводных вен, асцит, спленомегалия. Портокавальное и кавальные анастомозы. Диаг., Консервативное и хирургическое лечение портальной гипертензии.
Краткое содержание лекционного материала. Синдром портальной гипертензии. Классификация, клинические проявления. Современная диагностика и методы лечения.

Литература: О (основная)- 1,3,5,6,7,9 Д (дополнительная)-12,16,17,19,38,41

Тема 3. Эхинококкоз и альвеококкоз печени и легкого. Этиопат., клин., ослож.эхинококка, диагностика. Консервативное и хирургическое лечение.

Краткое содержание лекционного материала. Паразитарные заболевания печени. Эхинококкоз и альвеококкоз. Этиопатогенез, Клинические проявления. Диагностика, осложнения, методы лечения.

Литература: О (основная)-1,3,5,6,7,9,10 Д (дополнительная)-12,16,17,19,38,43.

Тема 4. Варикозное расширение венозных сосудов. Анатомо-физиология вен нижних конечностей. Варикозная болезнь. Врожденные аномалии глубоких вен : Синдром Паркса-Вебера Рубашева, Клиппел-Треноне. Болезнь Педжета Шреттера. Тромбофлебит и тромбоз поверхностных и глубоких вен. «белые» и «синие» флегмоны. Посттромбофлебитический синдром. Этиология, клин., диаг., и опер.методы лечения. Консервативное и хирургическое лечение.

Краткое содержание лекционного материала. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Этиология, клиника и лечение. Посттромбофлебитический синдром.(ПТФС). Клинические проявления заболевания, диагностика и консервативные и оперативные методы лечения.

Литература: О (основная)-1,3,5,6,7,9,10 Д (дополнительная)-13,18

Тема 5. Оклюзионные заболевания дуги аорты.. Хирургия ишемическая болезнь сердца. Неспецифический аорта артериит. Синдром Такаясу. Диагностика. Консервативное и хирургическое лечение.

Краткое содержание лекционного материала. Анатомо- физиологические данные артериальных сосудов. Оклюзионные заболевания артериальных сосудов. Этиология, классификация, патогенез. Методы и этапы диагностики окклюзионных заболеваний и их значение в диф. диагностике. Неспецифический аортоартериит.

Синдром Такаясу. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. Оперативные и эндоваскулярные методы лечения.

Литература: О (основная)-1,3,5,6,7,9,10 Д (дополнительная)-13,18,20,27

Тема 6. Оклюзионные заболевания брюшной аорты и её ветвей. Синдром хронической абдоминальной ишемии. Симптоматическая артериальная гипертензия. Классификация. Вазоренальная гипертерзия. Клиника, диаг. Консервативное и хирургическое лечение.

Краткое содержание лекционного материала. Оклюзионные заболевания брюшной аорты. Синдром хронической абдоминальной ишемии. Вазоренальная гипертерзия. Клинические проявления. Диагностика. Методы лечения. Осложнения.

Литература: О (основная)-1,3,5,6,7,9,10 Д (дополнительная)-13,18,20,27

Тема 7. Синдром Лериша. Оклюзионные заболевания артерий нижних конечностей. Атеросклероз, эндоартрит. Болезнь Бюргера, болезнь Рейно. Клиника. Острые артериальные тромбозы и эмболии. Острый артериальный недостаток. Клиника, диаг. Консервативное и хирургическое лечение.

Краткое содержание лекционного материала. Синдром Лериша. Атеросклероз. Облитерирующей энтерит. Клиническое проявление и методы лечения. Острые тромбозы и эмболии. Этиопатогенез. Факторы образования тромбоза. Клиническое течение. Консервативные и хирургические методы лечения.

Литература: О (основная)-1,3,5,6,7,9,10 Д (дополнительная)-13,18,20,27

Тема 8. Врожденные и приобретенные пороки сердца. Классификация, «белые» и «синие» пороки. Понятие. Гемодинамические нарушения. Консервативное и хирургическое лечение.

Краткое содержание лекционного материала. Анатомо-физиологические сведения. Классификация, методы обследования больных с врожденными и приобретенными пороками сердца (ЭКГ, ФКГ, рентгено-скопия). Специальные методы исследования (зондирование сердца, ангиокардиография, коронарокардиография, эхокардиография). Открытый артериальный проток. Триада Фалла и Тетрада Фалла. Синдром Лю-тенбахе. Коарктация аорты. Клинические проявления заболевания. Хирургическая коррекция. Принципы работы и использование аппарата искусственного кровообращения. Приобретенные пороки сердца. Этиология, патогенез классификация, клиника, диагностика и способы хирургического лечения митрального, аортального и трикуспидального аорта. Показание и противопоказание к хирургическому лечению. Открытые и закрытые методы оперативного лечения комиссуротомия, аутопластика, вальвулопластика, протезирование клапанов сердца. Искусственные клапаны сердца.

Литература: О (основная)-1,3,5,6,7,9,10 Д (дополнительная)-11,13,18,20,43

Тема 9. Острые и хронические неспецифические гнойные заболевания легких. Классификация. Клиника, диагностика. Консервативное и хирургическое лечение.

Краткое содержание лекционного материала. Гнойные заболевания легких. Анатомия и физиология. Гангрена и абсцессы легких. Этиология, патогенез. Клинические проявления. Диагностика и методы лечения. Осложнение. Хронический абсцесс. Бронхоэктатический болезнь. Клиника, диагностика, диф.диагностика и лечение. Роль бронхоскопии в лечении гнойных заболеваний легких.

Литература: О (основная)-1,3,5,6,7,9,10 Д (дополнительная)-13,15,43

Тема 10. Острые и хронические неспецифические гнойные заболевания плевры. Классификация. Клиника, диагностика. Консервативное и хирургическое лечение. Бронхоплевральные и бронхоторакальные свищи. Диаг., Методы лечения. Пневмоторакс. Понятие. Виды пневмоторакса. Виды и тактика лечения.

Краткое содержание лекционного материала. Острые и хронические эмпиема плевры. Пиопневмоторакс. Этиология, патогенез, классификация, клиника и лечение. Бронхоплевральные и бронхоторакальные свищи. Диагностика и методы лечения. Виды торакотомии. Пневмоторакс. Понятие. Виды пневмоторакса. Спонтанный пневмоторакс. Причина. Тактика лечения.

Литература: О (основная)-1,3,5,6,7,9,10 Д (дополнительная)-13,15,43

Тема 11. Заболевания средостения. Доброкачественные опухоли и кисты средостения. Классификация. Миастения и медиастениты. Клиника и диагностика. Консервативное и хирургическое лечение. Диафрагмальные грыжи. Классификация, клиника. Диагностика. Консервативное и хирургическое лечение. Релаксация диафрагмы.

Краткое содержание лекционного материала. Анатомия и физиология диафрагмы. Методы диагностики заболеваний диафрагмы: рентгеноскопия, рентгенография, пневмоперитонеум. Диафрагмальные грыжи. Классификация. Травматические и нетравматические грыжи. Грыжи Ларрея, Бохдалеко, Моргани. Клиника, диагностика, лечение. Грыжи диафрагмальные отверстие пищевода. Клиника и лечения скользящих и паразитофагальных грыж. Релаксация диафрагмы. Клиника и диагностика и лечение. Роль пневмоперитонеума в диагностике. Анатомия и физиология средостения. Методы исследования: (рентген, КТ, пневмомедиастеноскопия и др.). Доброкачественные опухоли и кисты средостения. Классификация, диагностика, диф.диагностика и методы лечения. Миастения диагностика и методы лечения. Медиастенит. Этиопатогенез, классификация, клинические течения, диагностика, консервативные и оперативные методы лечения острого гнойного медиастенита.

Литература: О (основная)-1,3,5,6,7,9,10 Д (дополнительная)-13,15,43

Тема 12. Постгастрорезекционные и постваготомические синдромы. Понятие. Классификация, клиника и диагн. Консервативное и хирургическое лечение.

Краткое содержание лекционного материала. Пострезекционный синдром. Постваготомический синдром. Рецидив пептической язвы. Причины, клин, методы лечен.

Литература: О (основная)-1,3,5,6,7,8,9,10,11 Д (дополнительная)-13,14,18,20,30,40, 43

Тема 13. Постхолецистэктомический синдром. Понятие. Классификация, клиника и диагностика. Механическая желтуха. Холангиты. Причины. Диагностика. Консервативное и хирургическое лечение.

Краткое содержание лекц. материала. Понятие о патологии. Классификация. Этиопатогенез некоторых патологических состояний наблюдающихся после холецистэктомии. Диагностика и роль эндоскопических вмешательств в лечении постхолецистэктомического синдрома. **Виды желтух:** гемолитическая, паренхиматозная, механическая. **Причины:** доброкачественные и злокачественные. **Методы диагностики:** УЗИ, КТ, РПХГ, ЧЧХГ. Дифференциальная диагностика виды в желтух. Лечение. Холангит. Причина, диагностика и лечения.

Литература: О (основная) - 1,3,5,6,7,8,9,10,11 Д (дополнительная)-12,13,16,19,31,34

4. Практические и клинические занятия по Госпитальной хирургии

№	НАЗВАНИЕ ТЕМЫ ПРАКТИЧЕСКИХ и КЛИНИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ	часы		
		п/з	к/з	Об щ
	Введение. Понятие о Госпитальной хирургии. Описание истории болезней. Ознакомление с отделением.	2	3	5

1	Курация больные. Анамнез и объективное исследование. Заболевание пищевода. Анатомо-физиологические данные. Специальные методы исследования. Основные симптомы заболевания пищевода. Дивертикул пищевода. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и лечение. Химические ожоги пищевода и рубцовое сужение. Причины, клиника, диагностика. Консервативные и оперативные методы лечения. Виды операции при рубцовое сужение пищевода. Кардиоспазм. Клиника, диагностика, диф.диагностика, кардиодилатация, оперативные методы лечения (Геллер, Петровский, Гиляровский). Инородное тело пищевода. Этиология, клин., диаг., эндоскопич.и опер.методы лечения.			
2	Портальная гипертензия и её осложнение. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Консервативное и хирургическое лечение портальной гипертензии. Показание к операции. Виды операции. Синдром Бадди-Киари. Клин.,диагн, лечение.	1	3	4
3	Эхинококкоз. Понятие о паразите. Эхинококкозы и альвеококкоз печени и легкого. Клиника, диагн. Оперативные методы лечения. Хирургическое тактика и лечение сочетанного эхинококка печени и легкого. Кисты легкого. Классификация.	1	3	4
4	Заболевания венозных сосудов. Варикозная болезнь. Анатомо-физиология вен нижних конечностей. Клин., диаг., лечение варикозных болезней. Врожденные аномалии: Синдром Паркса-Вебера Рубашева, Клиппел-Треноне. Болезнь Педжета Шреттера. Тромбофлебит и тромбоз поверхностных и глубоких вен «белые» и «синие» флегмазия, клиника, диагностика и лечение. Посттромбофлебитический синдром. Понятие. Этиология, клиника, диагностика, диф.диагностика, методы консервативного и оперативного лечения. Профилактика ПТФС.	1	3	4
5	Окклюзионные заболевания дуги аорты. Анат-физиология. Этапы и методы исследование больных окклюзионными заб-ями артериальных сосудов. Синдром Такаю. Неспецифический аорта артериит. Этио, клин., диаг., эндоскопич.и опер.методы лечения. Симпатэктомия, эндартэктомия, протезирование, шунтирование. Ишемический болезнь сердца. Понятие. Консервативное и хирургическое лечение.	2	2	4
6.	Окклюзионные заболевания брюшной аорты и её ветвей. Окклюзия (высокая, средняя, нижняя) брюшной аорты. Синдром хронической абдоминальной ишемии. Симптоматическая артериальная гипертензия. Вазоренальная гипертерзия. Феохромоцитома. Синдром Конна. Иценко-Кушинга. Этиология, клин., диаг., эндоскопич.и опер.методы лечения. Новые технологии.	1	3	4
7.	Синдром Лериша. Облитерирующий атеросклероз, эндоартрит. Болезнь Бюргера, болезнь Рейно. Диабетическая ангиопатия. Клиника, диаг. Консервативное и хирургическое лечение.	1	3	4
8	Острый артериальный недостаточность. Острые артериальные тромбозы и эмболии. (Верхние и нижние конечности.) Тромбозы и эмболии мезентеральных сосудов. Этиология, факторы способствующие тромбообразования. Клиника, диагностика, диф.диагностика. Принцип антикоагулянтной терапии. Консервативное и хирургическое лечение.	2	3	5
9	Врожденные пороки сердца. Анатомо-физиологические сведения. Классификация, методы обследования больных ВПС. ОАП, Триада Фалло, Тетрада Фалло. Коарктация аорты. Этиология, патогенез, классификация, диагностика, лечение.	1	3	4
10	Приобретенные пороки сердца. Этиология, патогенез, классификация, диагностика и лечение. Митрального, аортального, трикуспидального пороков сердца. Показание, противопоказание хирургического лечения. Способы хирургического лечения.	1	3	4
11	Острые и хронические неспецифические гнойные заболевания легких. Острый абсцесс легкого, гангрена легкого, гангренозный абсцесс. Этиология, патогенез, классификация, диагностика и лечения. Хронические абсцессы легкого. Бронхоэктатический болезнь. Этиология, патогенез, классификация, диагностика и лечения. Роль бронхоскопии в лечении.	1	3	4
12	Заболевание плевры. Анатомия и физиология плевры. Острые и хронические эмпиемы плевры. Этиология, патогенез, классификация, диагностика и лечения. Бронхоплевральные и бронхо-плевроторакальные свищи. Виды торакопластики. Пиопневмоторакс. Пневмоторакс. открытые, закрытые и напренные пневмотораксы. Причины. Клиника и лечение.	1	3	4
13	Заболевание средостений. Доброкачественные опухоли средостений. Кисты средостения и легких. Миастения и миодистения. Этиология, патогенез, классификация, диагностика и лечения. Непаразитарные кисты легкого. Причина, клиника. Спонтанный пневмоторакс. Диафрагмальные грыжи. Классификация, клиника. Грыжи диафрагмальные отверстие пищевода. Классификация, клиника, диагностика и лечение. Релаксация диафрагмы.	1	3	4
14	Постгастрорезекционные и постваготомические синдромы. Болезни оперированного желудка. Понятие. Классификация. Причины, клин., диагн., хирург.лечение. Показание к реконструктивной операции.	2	3	5
15	Постхолестэктомический синдром. Понятие, классификация, этиопатогенез, диагностика, диф.диагностика. Механическая желтуха. Виды желтухи: гемолитические, паренхиматоз, механические. Причины механической желтухи. Методы, диагностики и хирургические лечение. Холангит. Клиника, диагностика, лечение.	2	3	5
Всего:		20	44	64

СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИЧЕСКОГО И КЛИНИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЕ ПО ПРЕДМЕТУ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Тема 1. Введение. Понятие о Госпитальной хирургии. Описание истории болезней. Ознакомление отделением. Курация больные. Анамнез и объективное исследование. Заболевания пищевода. Анатомо-физиологические данные. Специальные методы исследования. Основные симптомы заболевания пищевода. Дивертикул пищевода. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диаг.

с

и лечение. Химические ожоги пищевода и рубцовое сужение. Причины, клиника, диагностика. Консервативные и оперативные методы лечения. Виды операции при рубцовое сужение пищевода. Кардиоспазм. Клиника, диагностика, диф.диагностика, кардиодилатация, оперативные методы лечения (Геллер, Петровский, Гиляровский). Инородное тело пищевода. Этиология, клин., диаг., эндоскопич.и опер.методы лечения.

Краткое содержание занятия: Введение. Задачи и достижения предмета Госпитальной хирургии. Анатомо-физиологические данные пищевода. Методы исследования. Дивертикул пищевода. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение. Химические ожоги пищевода. Клинические проявления, особенности течения, диагностика и методы лечения заболевания. Осложнение. Профилактика. Рубцовое сужение пищевода. Клиника, диагн., лечение. Методы реконструктивных операций на пищеводе. Кардиоспазм. Клиника, диагностика, техника кардиодилатации. Методы лечения, диф.диагностика. Инородные тела пищевода. Причины, диагностика и методы лечения.

Клиника, диагностика, консервативное и оперативное лечение. Виды исходы оперативных вмешательств.

Основные проявления заболеваний пищевода. Ожоги пищевода химическими веществами. Рубцовое сужение дивертикула пищевода. Клиника, диагностика, консервативное и оперативное лечение. Осложнение при выполнении операций на пищеводе. Профилактика и лечение. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Техника кардиодилатации. Виды операций инородные тела пищевода. Эндоскопические и оперативные методы лечения.

Понятие о кардиоспазме. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Техника кардиодилатации.

Литература: О-1,3,5,9 Д-13,20,27,30,43.

Тема 2. Портальная гипертензия и её осложнение. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Консервативное и хирургическое лечение портальной гипертензии. Показание к операции. Виды операции. Синдром Бадди-Киари. Клиника, диагн, лечение.

Краткое содержание: Консервативные и оперативные методы лечения. Показание к операции. Виды операций. Синдром Бадди-Киари. Клиника, диагностика и лечение. Портальная гипертензия. Классификация и виды портальной гипертензии. Синдром Киари и Бадди Киари. Клиника диагностика. Консервативные и оперативные лечения. Современная диагностика и лечение портальной гипертензии

Литература: О-1,3,5,9 Д-13,20,27,30,43.

Тема 3. Эхинококкоз. Понятие о паразите. Эхинококкозы и альвеококкоз печени и легкого. Клиника, диагн. Оперативные методы лечения. Хирургическое тактика и лечение сочетанного эхинококка печени и легкого. Кисты легкого. Классификация.

Краткое содержание: Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Виды хирургического лечения и их исходы. Хирургическое лечение сочетанного эхинококкоза печени и легких и её последовательность. Эхинококк и альвеококк печени. Этиопатогенез. Клинические проявления. Осложнения эхинококкоза печени. Абсцесс печени. Диагностика. Современная диагностика и лечение. Показание к операции. Виды хирургического лечения

Литература: О-1,3,5,6,7,9,10 Д-12,16,17,19,38,43.

Тема 4. Заболевания венозных сосудов. Варикозная болезнь. Анатомо-физиология вен нижних конечностей. Клин., диаг., лечение варикозных болезней. Врожденные аномалии: Синдром Паркса-Вебера Рубашева, Клиппел-Треноне. Болезнь Педжета Шреттера. Тромбофлебит и тромбоз поверхностных и глубоких вен «белые» и «синие» флегмазия, клиника, диагностика и лечение. Посттромбофлебитический синдром. Понятие. Этиология, клиника, диагностика, диф.диагностика, методы консервативного и оперативного лечения. Профилактика ПТФС.

Краткое содержание Клиника и диагностика. Этиопатогенез и лечение. Синдром Паркса-Вебера-Рубашова, Клиппель-Тренонне Педжет-Шреттера. Анатомо-физиологические данные. Специальные виды обследования. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Клиника и диагностика. Этиопатогенез и лечение. Синдром Паркса-Вебера-Рубашова и Клиппел-Тренонне. Педжет-Шреттера: Варикозное расширение вен нижних конечностей. Тромбофлебиты и тромбозы вен нижних конечностей. Этиология, клиника, диагностика и лечение. Понятие о «белой» и «синей» флегмазии. Посттромбофлебитический синдром.(ПТФС). Клинические проявления заболевания, диагностика и консервативные и оперативные методы лечения. Профилактика ПТФС.

Литература: О-1,3,5,6,7,9,10 Д-13,18

Тема 5. Оклюзионные заболевания дуги аорты. Анатомо-физиология. Этапы и методы исследование больных окклюзионными заболеваниями артериальных сосудов. Синдром Такаясу. Неспецифический аорта артериит. Этиология, клиника, диагностика, эндоскопические и оперативные методы лечения. Симпатэктомия, эндартэктомия, протезирование, шунтирование. Ишемический болезнь сердца. Понятие. Консервативное и хирургическое лечение.

Краткое содержание занятия: Анатомо-физиологические данные артериальных сосудов. Окклюзионные заболевания артериальных сосудов. Этиология, классификация, патогенез. Методы и этапы диагностики окклюзионных заболеваний и их значение в диф. диагностике. Неспецифический аортоартериит. Методы оперативного лечения. Этиопатогенез, клинические формы способы лечения. Хирургическая методы лечения. Ишемическая болезнь сердца. Этиопатогенез. Хирургическая методы лечения. Синдром Такаясу. Этиопатогенез, клиническая форма способы лечения.

Литература: О-1,3,5,6,7,9,10 Д-13,18

Тема 6. Оклюзионные заболевания брюшной аорты и её ветвей. Окклюзия (высокая, средняя, нижняя) брюшной аорты. Синдром хронической абдоминальной ишемии. Симптоматическая артериальная гипертензия. Вазоренальная гипертензия. Феохромоцитома. Синдром Конна. Иценко-Кушинга. Этиология, клин., диагностика, эндоскопич.и опер.методы лечения. Новые технологии.

Краткое содержание занятия:Оклюзионные заболевания брюшной аорты. Синдром хронической абдоминальной ишемии. Симптоматическая артериальная гипертензия. Вазоренальная гипертензия. Этиология, клин., диаг., эндоскопич.и опер.методы лечения. Феохромостома. Синдром Конна, Иценго Кушинга. Диагностика и диф.диагностика. Применение новые технологии. Этиопатогенез .Синдром хронический абдоминальной ишемии (СХАИ).Этиология,классификация и способы хирургического лечения.Высокая, средняя и нижняя окклюзия брюшной аорты. Этиопатогенез .

Литература: О-1,3,5,6,7,9,10 Д-13,18

Тема 7. Синдром Лериша. Облитерирующий атеросклероз, эндоартрит. Болезнь Бюргера, болезнь Рейно. Диабетическая ангиопатия. Клиника, диагностика. Консервативное и хирургическое лечение.

Краткое содержание занятия:Оклюзионные заболевания артерий нижних конечностей. Острые тромбозы и эмболии. Синдром Лериша. Облитерирующий атеросклероз, эндоартрит. Болезнь Бюргера, болезнь Рейно. Диабетическая ангиопатия. Этиол, клин., диаг., и опер.методы лечения. Хир-кая тактика при выборе способа лечения.

Литература: О-1,3,5,6,7,9,10 Д-13,18

Тема 8. Острый артериальный недостаточность. Острые артериальные тромбозы и эмболии. (Верхние и нижние конечности .) Тромбозы и эмболии мезентеральных сосудов. Этиология, факторы способствующие тромбообразования. Клиника, диагностика, диф.диагностика. Принцип антикоагулянтной терапии. Консервативное и хирургическое лечение.

Краткое содержание занятия: Острый артериальный недостаточность. Острые артериальные тромбозы и эмболии. Этиология, факторы способствующие тромбообразования. Клиника, диаг., диф.диагн., лечение. Диф.диагностика тромбоза и эмболии (верхней и нижней конечностей, мезентеральных сосудов). Клиника течение острых тромбозов и эмболии. Методы диагностики. Консервативные и оперативные (применение зонда Фогарти, эмболектomie). Методы лечения. Антикоагулянтная терапия.

Литература: О-1,3,5,6,7,9,10 Д-13,18

Тема 9. Врожденные пороки сердца. Анатомо-физиологические сведения. Классификация, методы обследования больных ВПС. ОАП, Триада Фалло, Тетрада Фалло. Коарктация аорты. Этиология, патогенез, классификация, диагностика, лечение.

Краткое содержание занятия:Анатомо-физиологические сведения. Классификация, методы обследования больных с врожденными и приобретенными пороками сердца (ЭКГ, ФКГ, рентгеноскопия). Специальные методы исследования (зондирование сердца, ангиокардиография, коронарокардиография, эхокардиография).Открытый артериальный проток. Триада Фалла и Тетрада Фалла. Синдром Лютенбахе. Коарктация аорты. Клинические проявления заболевания. Хирургическая коррекция. Принципы работы и использование аппарата искусственного кровообращения

Литература: О-1,3,5,6,7,9,10 Д-11,13,18,20,43

Тема 10. Приобретенные пороки сердца. Этиология, патогенез, классификация, диагностика и лечение. Митрального, аортального, трикуспидального пороков сердца. Показание, противопоказание хирургического лечения. Способы хирургического лечения.

Краткое содержание занятия: Анатомо-физиологические сведения. Классификация, методы обследования больных с приобретенными пороками сердца (ЭКГ, ФКГ, рентгеноскопия). Специальные методы исследования (зондирование сердца, ангиокардиография, коронарокардиография, эхокардиография). Приобретенные пороки сердца: этиология, патогенез классификация, клиника, диагностика и способы хирургического лечения митрального, аортального и трикуспидального пороков сердца. Показание и противопоказание к хирургическому лечению. Открытые и закрытые методы оперативного лечения: комиссуротомия, аутопластика, вальвулопластика, протезирование клапанов сердца. Искусственные клапаны сердца.

Литература: О-1,3,5,6,7,9,10 Д-11,13,18,20,43

Тема 11. Острые и хронические неспецифические гнойные заболевания легких. Острый абсцесс легкого, гангрена легкого, гангренозный абсцесс. Этиология, патогенез, классификация, диагностика и лечения. Хронические абсцессы легкого. Бронхоэктатический болезнь. Этиология, патогенез, классификация, диагностика и лечения. Роль бронхоскопии в лечении.

Краткое содержание занятия: Гнойные заболевание легких. Анатомия и физиология. Гангрена и абсцессы легких. Этиология, патогенез. Клинические проявления. Диагностика и методы лечения. Осложнение. Хронический абсцесс. Бронхоэктатический болезнь. Клиника, диагностика, диф.диагностика и лечение. Роль бронхоскопии в лечении гнойные забол.легких.

Литература: О-1,3,5,6,7,9,10 Д-13,15,43

Тема 12. Заболевания плевры. Анатомия и физиология плевры. Острые и хронические эмпиемы плевры. Этиология, патогенез, классификация, диагностика и лечения.Бронхоплевральные и бронхо-плевроторакальные свищи. Виды торакопластики. Пиопневмоторакс. Пневмоторакс, открытые, закрытые и напряженный пневмоторакс. Причины. Клиника и лечение.

Краткое содержание занятия: Острые и хронические эмпиема плевры. Пиопневмоторакс. Этиология, патогенез, классификация, клиника и лечение. Бронхоплевральные и бронхоторакальные свищи. Диагностика и методы лечения. Виды торакопластики.

Литература: О-1,3,5,6,7,9,10 Д-13,15,43

Тема 13. Заболевания средостений. Доброкачественные опухоли средостений. Кисты средостения и легких. Миастения и медиостенит. Этиология, патогенез, классификация, диагностика и лечения.

Непаразитарные кисты легкого. Причина, клиника. Спонтанный пневмоторакс. Диафрагмальные грыжи. Классификация, клиника. Грыжи диафрагмальные отверстие пищевода. Классификация, клиника, диагностика и лечение. Релаксация диафрагмы.

Краткое содержание занятия: Анатомия и физиология средостений. Методы исследования: (рентген, КТ, пневмомедианостеноскопия и др.). Доброкачественные опухоли и кисты средостения. Классификация, диагностика, диф.диагностика и методы лечения. Миостения диагностика и методы лечения. Медиастенит. Этиопатогенез, классификация, клинические течения, диагностика, консервативные и оперативные методы лечения острого гнойного медиастенита. Непаразитарные кисты легкого. Спонтанный пневмоторакс. Причина. Тактика лечения. Анатомия и физиология диафрагмы. Методы диагностики заболевая диафрагмы: рентгеноскопия, рентгенография, пневмоперитонеум. Диафрагмальные грыжи. Классификация. Травматические и нетравматические грыжи. Грыжи Ларрея, Бохдалеко, Моргани. Клиника, диагностика, лечение. Грыжи диафрагмальные отверстие пищевода. Клиника и лечения скользящих и параэзофагальных грыж. Релаксация диафрагмы. Клиника и диагностика и лечение. Роль пневмоперитонеума в диагностике.

Литература: О-1,3,5,6,7,9,10 Д-13,15,43

Тема 14. Постгастрорезекционные и постваготомические синдромы. Болезни оперированного желудка. Понятие. Классификация. Причины, клиника, диагностика, хирургическое лечение. Показание к реконструктивной операции.

Краткое содержание занятия: Постгастрорезекционный синдром. Болезни оперированного желудка. Классификация, клиника, причины, диагностика. Показание к хирургическому лечению. Виды реконструктивных операций. Постваготомический синдром. Лечение.

Литература: О-1,3,5,6,7,9,10 Д-13,15,43

Тема 15. Постхолецистэктомический синдром. Понятие, классификация, этиопатогенез, диагностика, диф.диагностика. Механическая желтуха. Виды желтухи: гемолитические, паренхиматоз, механические. Причины механической желтухи. Методы, диагностики и хирургические лечение. Холангит. Клиника, диагностика, лечение.

Краткое содержание занятия: Понятие о патологии. Классификация. Этиопатогенез некоторых патологических состояний наблюдающихся после холецистэктомии. Диагно-стика и места эндоскопических вмешательств в лечении постхолецистэктомического синдрома. **Виды желтух:** гемолитическая, паренхиматозная, механическая.

Причины: доброкачественные и злокачественные. **Методы диагностики:** УЗИ, КТ, РПХГ, ЧЧХГ. Дифференциальная диагностика виды в желтух. Лечение. Холангит. Причина, диагностика и лечения.

Литература: О-1,3,5,6,7,8,9, 10,11 Д-12,13,16,18, 19, 31,34

Самостоятельная работа студентов по предмету Госпитальной хирургии Лечебного факультета на 2019-2020 уч.года

№ темы	Название темы СРС	часы
1	Повреждение позвоночных артерий. Роль в кровоснабжении головного мозга позвоночными артериями.	4
2	Критическая ишемия верхних и нижних конечностей.	4
3	Повреждение грудной клетки. Классификация, клиника, травматические плевриты.	4
4	Болезнь и синдром Рейно. Этиопатогенез. Клиника и лечения.	4
5	Болезнь Педжета-Шреттера. Клиника, диагн., лечение.	4
6	Илеофemorальные венозные тромбозы. Причины. Клин.диагн. и лечение.	4
7	Миксома сердца. Причина. Клин, диагн. и лечение.	4

8	Перикардиты. Этиопатогенез. Клиника и хирургические лечения. Сжимающий перикардит. Лечение.	4
9	Тромбоэмболия легочной артерии. Причина, клиника, варианты, лечение.	4
10	Постхолецистэктомический синдром. Экстрабилиарные причины.	4
11	Трансплантация печени. Виды. Показание к трансплантации.	4
12	Современные принципы лечения неспецифических заболеваний легкого. Непаразитарные кисты легкого. Спонтанный пневмоторакс	4
13	Гнойные заболевания средостения. Острый медиастенит. Причина. Классифик., диагн., лечение.	4
14	Иноородное тело пищевода.	4
15	Релаксация диафрагмы. Клиника, диагн. и лечение.	4
ВСЕГО:		60 час

Самостоятельная работа студентов по предмету Госпитальной хирургии
Мед. Пед.кого факультета
на 2019-2020 уч.года

№ темы	Название темы СРС	часы
1	Повреждение позвоночных артерий. Роль в кровоснабжении головного мозга позвоночными артериями.	3
2	Критическая ишемия верхних и нижних конечностей.	3
3	Повреждение грудной клетки. Классификация, клиника, травматические плевриты.	3
4	Болезнь и синдром Рейно. Этиопатогенез. Клиника и лечения.	3
5	Болезнь Педжета-Шреттера. Клиника, диагн., лечение.	3
6	Илеофemorальные венозные тромбозы. Причины. Клини. диагн. и лечение.	3
7	Миксома сердца. Причина. Клини. диагн. и лечение.	3
8	Перикардиты. Этиопатогенез. Клиника и хирургические лечения. Сжимающий перикардит. Лечение.	3
9	Тромбоэмболия легочной артерии. Причина, клиника, варианты, лечение.	3
10	Постхолецистэктомический синдром. Экстрабилиарные причины.	3
11	Трансплантация печени. Виды. Показание к трансплантации.	3
12	Современные принципы лечения неспецифических заболеваний легкого. Непаразитарные кисты легкого. Спонтанный пневмоторакс	3
13	Гнойные заболевания средостения. Острый медиастенит. Причина. Классифик., диагн., лечение.	3
14	Иноородное тело пищевода.	3
15	Релаксация диафрагмы. Клиника, диагн. и лечение.	2
ВСЕГО:		44 час

Перечень практических навыков для студентов
Лечебного и медико-педагогических факультетов
на 2019-2020 уч.года

1. Наложение жгута, зажимы при артериальном кровотечении и давящие повязки.
2. Оказание первой помощи при кровотечении сосудов верхней и нижней конечностей.
3. Анатомические точки. Остановка кровотечения. Пальцем кисти магистральных артерий.
4. Техника веносекций. Применение венозных пробы при варикозных расширенных вен нижних конечностей.
5. Техника установления зонда Блэкмора.
6. Техника проведения плевральной пункции.
7. Техника проведения лапароцентеза.
8. Оказание амбулаторной помощи при легочном кровотечении.
9. Техника проведения паранефральной и паравагосимпатичной блокады.

10. Оказание первой помощи при повреждение грудной клетки.
11. Оказание амбулаторные помощи при пневмотораксе и закрытом пневмотораксе.
12. Техника кормление больных через назогастральных зонд.
13. Оказание амбулаторные помощи при клапанном пневмотораксе.
14. Техника плевральной пункции и торакоцентеза.
15. Техника промывание холангиостомы черезкожное и черезпеченочным путем.

1. Рейтинговый контроль и критерии оценки знаний, умений и навыков по дисциплине

Основным критерием качества подготовленности студента является его рейтинг, состоящий из текущей оценки, оценки промежуточного контроля и оценки итогового контроля.

100 баллов в целом по дисциплине распределены следующим образом:

№	Вид контроля	Максимальный балл	Коэффициент	Проходной балл
1.	Текущий контроль с учетом СРС	50	0,5	27,5
2.	Промежуточный контроль	20	0,2	11,0
3.	Итоговый контроль	30	0,3	16,5
	ВСЕГО	100	1	55,0

9. Информационно-методическое обеспечение

Список учебных фильмов по предмету «Госпитальная хирургия»

№	Учебные фильмы
1.	Операция тромбэктомии
2.	Операции в артериальных сосудах
3.	Операция в Фалло тетрада
4.	Операция в аневризме сердца
5.	Миокард инфарктини хирургик йул билан даволаш операцияси
6.	Брахеоцефал артерияларида (Такаясу синдроми) операциялари.
7.	Корин аортасининг аневризмасида протезлаш операциялари.
8.	Операции в пищеводе.
9.	Резекция печени.
10.	Операции в грудном клетке
11.	Операции в легких
12.	Методы остановки профузное кровотечение в пищеводе.
13.	Диагностика эхинококка печени и методы лечения
14.	Методы современных лечений Диабетической стопы

Список мультимедий по предмету Госпитальной хирургии

№	Название мультимедий
1.	Окклюзионные заболевания дуги аорты.
2.	Окклюзионные заболевание аорты.
3.	Варикозная болезнь.
4.	Острое гнойное деструктивные заболевания легких.
5.	Венозные тромбозы и тромбозфлебиты.
6.	Синдром Такаясу
7.	Вазоренальная гипертензия
8.	Синдром портальной гипертензии
9.	Синдром Лериша
10.	Врожденные пороки сердца
11.	Приобретенные пороки сердца
16.	Диафрагмальная грыжа. Релаксация диафрагмы
17.	Постгастрорезекционный синдром

10. Литература

I. Основная:

1. Хирургик касаликлар. Ш.И.Каримов, Тошкент, 2005.
2. Хирургические болезни. Ш.И. Каримов, Ташкент, 2005.
3. Chirurgik kasalliklar. Sh.I. Karimov. Toshkent, 2011.
4. Хирургик касаликлар. Ш.И.Каримов, Н.Х.Шамирзаев, Тошкент, 1995.
5. Хирургические болезни. Под ред.М.И.Кузина., Медицина, 2002.

6. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соав. Ташкент 2004г.
7. Клиническая хирургия. Под ред. Панцырева Ю.М. М. «Медицина», 1988
8. Воробьев А. Справочник практического врача в 3х томах. 1990
9. Конден Р., Нейхус Л. Клиническая хирургия Москва. Практика 1998
10. Назыров Ф.Г., Денисов И.И., Улугбеков Э.Г. Справочник-путеводитель практикующего врача. Москва, 2000.
11. Петровский Б.В. ред. Руководство по хирургии (в 12 томах) М. Медицина 1959-1966.

I. Дополнительная:

12. Альперович Б.И. Хирургия печени и желчных путей. Москва. Медицина 1997.
13. Астапенко В.Г. Практическое руководство по хирургическим болезням. Минск, 2004.
14. Вахидов В.В., Хаджибаев А.М. Постваготомные синдромы и их хирургическая коррекция. Ташкент, 1993.
15. Ерохин И.А., Гельфанд Б.Р., Шляпников С.А. Хирургические инфекции. Санкт-Петербург, 2003.
16. Логинов А.С., Блок Ю.Э. Хронические гепатиты и циррозы. Заболевания печени и желчных путей. Москва, 2002.
17. Майер К.П. Гепатит и последствия гепатита. М. 1999.
18. Савельев В.С. 50 лекции по хирургии. Москва 2004.
19. Шердок Н., Дж. Дули. Заболевания печени и желчных путей. М. Медицина 1999.
20. Основы оперативной хирургии. Под ред. С.А. Симбирцева, 2002.
21. Прикладная лапароскопическая анатомия: брюш. полость и малый таз. Винд Г. Дж. 1999
22. Ambulatory colorectal surgery. Ambulatory colorectal surgery / edited by Laurence R. Sands, Dana R. Sands.- New York: Informa Healthcare USA, Inc., 2009.- 354 p.
23. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота. 2005.
24. Хирургия печени. Альперович Б.И. 2010.
25. Диагностический справочник хирурга – Астафуров В.Н. 2003.
26. Атлас дренирования в хирургии – Гульман М.И. 2004.
27. Атлас оперативной хирургии грыж – Егиев В.Н. 2003.
28. Холедохолитиаз – Майстренко Н.А. 2000.
29. Патология червеобразного отростка и аппендэктомия – Пронин В.А. 2007.
30. Этюды желудочной хирургии – Юдин С.С. 2003.
31. Атлас операций на желчных путях, Красильников Д.М., Маврин М.И., Маврин В.М. 2000.
32. Лапароскопическая и торакоскопическая хирургия – Константин Франтзайдес. 2000.
33. Однорядный непрерывный шов анастомозов в абдоминальной хирургии – Егиев В.Н. 2002г
34. Руководство по хирургии желчных путей – Гальперин Э.И. 2009г
35. Основы криохирургии печени и поджелудочной железы. Альперович Б.И. 2006г
36. Повреждения живота при сочетанной травме. Абакумов М.М., Лебедев Н.В. 2005г
37. Неотложная панкреатология – Костюченко А.Л. 2000г
38. Операции на печени – В.А. Вишневский. 2003г
39. Распространенный гнойный перитонит – В. В. Бойко. 2008г
40. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии – Моше Шайн. 2003г
41. Неотложная абдоминальная хирургия – Майстренко Н.А. 2002г
42. Абдоминальная хирургия – Григорян Р.А. В 2-х томах. 2006г
43. Хирургическая операция. Расстройство гомеостаза, предоперационная подготовка. - И.Я. Макшанов. 2002 г.

**ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI
BUXORO DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI**

**“FAKULTET VA GOSPITAL XIRURGIYA, UROLOGIYA”
KAFEDRASI**

O'quv bo'limi tomonidan
Ro'yxatga olindi
№ _____
« ____ » _____ 2019 yil.

“TASDIQLAYMAN”
O'quv va tabiiyaviy ishlari bo'yicha
prorektor t.f.n. _____
G.J.Jarilkasimova
« ____ » _____ 2019 yil.

GOSPITAL XIRURGIYA

fani bo'yicha

I SH C H I D A S T U R

2019-2020 o'quv yili

15 KUN

Ta'lim shifri - 510000 «Sog'liqni saqlash»

Ta'lim yo'nalishi:

5510100 – Davolash ishi

5111000 – Mutaxassislik ta'limi (5510100 – Davolash ishi)

Fakultet	-	Davolash ishi	Tib.Ped.
Kurs	-	V	
Semestr	-	IX-X	
Soat hajmi	-	150 soat	134
SHu jumladan:			
Ma'ruza	-	26 soat	26
Amaliy mashg'ulot	-	20 soat	20
Klinik mashg'ulot	-	44 soat	44
Mustaqil ish	-	60 soat	44

Buxoro – 2019 y.

Tuzuvchi:

Komilov S.O. t.f.n., dotsent

Taqrizchilar:

O'roqov SH.T. "Xirurgik kasalliklar va reanimatsiya" kafedrası mudiri, t.f.d.

Teshaev SH.J. "Anatomiya, klinik anatomiya (OXTA)" kafedrası professori, t.f.d.,

Kafedra mudiri: Axmedov R.M. t.f.d., professor


(imzo)

FMUK rahbari : Safoev B.B. – Davolash
fakulteti dekani t.f.d.


(imzo)

Ushbu ishchi dastur namunaviy o'quv dasturi va o'quv reja asosida _____
yo'nalish bo'yicha tuzilgan va Buxoro davlat tibbiyot instituti markaziy uslubiy
kengashida muhokama qilingan va tasdiqlangan.

Bayonnoma № 1 « 27 » 08 2020 y.

Uslubchi:



Odilova R.H.

GOSPITAL XIRURGIYA FANI BO'YICHA O'QUV DASTURINING TARKIBI:

1. Kirish

Gospital xirurgiya xirurgik kasalliklarni etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, asoratlari davolash va profilaktikasi va shoshilinch xolatlarida tez yordam ko'rsatish asoslarini o'rganuvchi fandır. QSHP va SHSHP sharoitida UASH faoliyatida murojat qilgan bemorlarni deyarli 1/3 qismi xirurgik kasalliklari tashkil qiladi. SHuning uchun fakultet xirurgiya fani asoslarini UASH ixtisosligi tasnifa asosida o'rganish muxim ahamiyatiga ega. Xirurgik kasalliklarni o'z vaktida aniqlash va davolash aholigni sog'lamlashtirish organizmning boshqa a'zo va tizimlarining kasalliklarini profilaktika qilish imkonini beradi.

“Gospital xirurgiya” fani bo'yicha namunoviy dastur Davlat ta'lim standarti, UASH tayorlash ixtisoslik tavsifa va o'quv dasturiga mos keluvchi o'quv vazifalarni xajimini inobatga olib tuzilgan. Dasturda davolash va tibbiy-pedagogika fakultetlari talabalarining ushbu fanni o'rganish davrida egallashi zarur bo'lgan nazariy bilimlari va amaliy ko'nikmalari xajmi aniqlab berilgan, ushbu dasturda ma'ruzalar va amaliy mashg'ulotlar mazmuni UASH dasturi bo'yicha bajarish lozim bo'lgan amaliy ko'nikmalar, talabalarni mustakil bajaradigan ishlari xajmi ko'rsatilgan.

1.1. O'quv fanining maqsadi va vazifalari

Fanni o'qitishdan maqsad – Talabalarga klinika tajribasiga tayangan holda, zamonaviy diagnostik usullar yordamida jarrohlik sohasida keng uchraydigan xastaliklarni: oshqozon ichak trakti, o't pufagi va o't yo'llari kasalliklari, jigar jarrohlik kasalliklari, oshqozon osti bezi kasalliklari va ichak oqmalarini kechish jarayoni, davolash usullari, uy, poliklinika hamda shifoxona sharoitidagi tibbiy yordam ko'rsatishni o'rgatishdan iborat

Fanning vazifalari:

- Olingan nazariy ma'lumotlarni bemor to'shagi oldida, poliklinika sharoitida bemorlarni qabul qilishda, operatsion va bog'lov xonasida qo'llashni o'rgatish.
- Birinchi yordam ko'rsatish va tashxis qo'yish uchun zarur bo'lgan amaliy ko'nikmalar va keng tarqalgan diagnostik usullardan foydalanishni o'rgatish.
- Bemorlarni mustaqil ravishda kuratsiya qilishni va ko'nikmalarini o'rgatish. Xastalikning dastlabki belgilari va klinik xususiyatlarini o'rgatish. Ambulator varaqa, kasallik tarixi va boshqa tibbiy hujjatlarni yuritish ko'nikmalarini o'rgatish.
- Talabalar bilimini kasallikni asosiy klinik ko'rinishlari, kechishi, davolash usullari va profilaktikasini ekologik muammolar bilan bog'lagan holda tahlili.
- Sog'liqni saqlash tizimining Birinchi bosqichlarida diagnostika va differentsial diagnostika o'tkazish ko'nikmalarini o'rgatish.
- O'tkir jarrohlik kasalliklarda shifokorning dastlabki yordam ko'rsatishi ko'nikmalarni o'rgatish.
- Poliklinika sharoitida muolaja va nazoratni belgilash.

1.2. Gospital xirurgiya fani bo'yicha talabalarining bilimiga, ko'nikma va malakasiga qo'yiladigan talablar

«Gospital xirurgiya» o'quv fanini o'zlashtirish jarayonida amalga oshiriladigan masalalar doirasida bakalavr:

- Xirurgik kasalliklari etiologiyasi, patogenezi, tashxisi va profilaktika-sini bilishi kerak;
- Qorin a'zolarining shoshilinch va rejali davolanadigan xirurgik kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi, tashxisi va profilaktikasini bilishi kerak;
- Ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i a'zolarining xirurgik kasalliklari etiologiyasi, patogenezi, tashxisi va profilaktikasini bilishi kerak;
- Aorta va magistral qon-tomirlarining surunkali kasalliklari etiologiyasi, patogenezi, tashxisi va profilaktikasini bilishi kerak;
- Qizilo'ngachning anatomo-fiziologik xususiyatlarini, surunkali xirurgik kasalliklarini bilishi ;
- Xirurgik kasalliklar rivojlanishida egzogen va endogen faktorlarining ahamiyatini bilishi kerak;
- 5- kursni tugatgan talabalar butun teoretik materialni bilishi lozim: kasalliklar etiopatogenezi, klinik kechishi, laborator tekshiruvlar, asbob uskunalar yordamidagi tekshiruv usullari, xar bir nazologiya bo'yicha davolashda jarrohlik taktikasini qo'llanilishi va uni bajara olishi kerak.

Fanning o'quv rejadagi boshqa fanlar bilan o'zaro bog'liqligi va uslubiy jihatdan uzviyligi

Gospital xirurgiya fani tibbiy-klinik fan hisoblanib, 9 va 10-semestrlarda o'qitiladi. Dasturni amalga oshirish o'quv rejasida rejalashtirilgan klinik (umumiy, ichki kasalliklar propedevtikasi, odam anatomiyasi va fiziologiyasi, patologik anatomiya va fiziologiya, topografik anatomiya va operativ xirurgiya) fanlaridan yetarli bilim va ko'nikmalarga ega bo'lishlik talab etiladi.

Fanning ilm-fan va ishlab chiqarishdagi o'rni

Gospital xirurgiya fani bu klassik yoki asosiy xirurgiya bo'lib o'z ichiga eng ko'p uchraydigan asosiy xirurgik kasalliklarni diagnostikasini va davolashini o'rgatadi. Umumiy amaliyot shifokorini tayyorlashda bu fanni o'rni shoshilinch xirurgik bemorlarga birinchi yordamni to'g'ri berishini ta'minlaydi.

2.Fanni o'qitishda zamonaviy axborot va pedagogik texnologiyalar

Talabalarining gospital xirurgiya fanini o'zlashtirishlari uchun o'qitishning ilg'or va zamonaviy usullaridan foydalanish, yangi informatsion-pedagogik texnologiyalarni tatbiq qilish muhim ahamiyatga egadir. Fanni o'zlashtirishda darslik, o'quv va uslubiy qo'llanmalar, ma'ruza matnlari, tarqatma materiallar, kompyuter dasturlari, elektron materiallar hamda videotizimlardan foydalaniladi. Ma'ruza va amaliy darslarda mos ravishdagi ilg'or pedagogik texnologiyalar qo'llaniladi.

“Gospital xirurgiya” fanini loyihalashtirishda quyidagi asosiy konseptual yondoshuvlardan foydalaniladi:

SHaxsga yo'naltirilgan ta'lim. Bu ta'lim o'z mohiyatiga ko'ra ta'lim jarayonining barcha ishtirokchilarini to'laqonli rivojlanishlarini ko'zda tutadi. Bu esa ta'limni loyihalashtirilayotganda, albatta, ma'lum bir ta'lim oluvchining shaxsini emas, avvalo, kelgusidagi mutaxassislik faoliyati bilan boliq o'qish maqsadlaridan kelib chiqqan holda yondoshilishni nazarda tutadi.

Tizimli yondoshuv. Ta'lim texnologiyasi tizimning barcha belgilarini o'zida mujassam etmog'i lozim: jarayonning mantiqiyliigi, uning barcha bo'g'inlarini o'zaro bolanganligi, yaxlitligi.

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

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

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

Muammoli ta'lim. Ta'lim mazmunini muammoli tarzda taqdim qilish usuli ta'lim oluvchi faoliyatini aktivlashtiradi. Bunda ilmiy bilimni ob'ektiv qarama-qarshiligi va uni hal etish usullarini ijodiy tarzda qo'llanilishi dialektik mushohadani shakllantiradi va rivojlantiradi natijada talabani mustaqil ijodiy faoliyati ta'minlanadi.

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

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

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

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

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

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

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

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

“Gospital xirurgiya” fanini o'qitish jarayonida kompyuter texnologiyasidan, o'rgatuvchi kompyuter dasturlaridan foydalaniladi, mavzular bo'yicha tarqatma materiallar tayyorlanadi. Talabalar bilimini baholash ozaki, kompyuterli test shakllarida amalga oshiriladi.

Talabalarning Gospital xirurgiya fanining o'zlashtirishlari uchun o'qitishning ilg'or va zamonaviy usullaridan foydalanish, yangi informatsion-pedagogik texnologiyalarni tatbiq qilish muhim ahamiyatga egadir. Fanni o'zlashtirishda darslik, o'quv va uslubiy qo'llanmalar, ma'ruza matnlari, tarqatma materiallar, kompyuter dasturlari, elektron materiallardan foydalaniladi. Ma'ruza va amaliy darslarda mos ravishdagi ilg'or pedagogik texnologiyalar qo'llaniladi.

3. DAVOLASH FAKULTETI 5-KURS TALABALARI UCHUN

GOSPITAL XIRURGIYA FANIDAN O'QUV SOATLARI

MIQDORI

Umumiy soat hajmi	O'quv yuklama miqdorining auditoriya mashg'ulotlari bo'yicha taqsimlanishi (soat)					Mustaqil ish
	Jami	Ma'-ruza	Amaliy mashg'ulot	Seminar	Klinik mashg'ulot	
Dav. 150	90	26	20	-	44	60
T.P. 134	90	26	20		44	44

**GOSPITAL XIRURGIYA FANIDAN MA'RUZA MASHG'ULOTLARINING
2019-2020 O'QUV YILI TEMATIK REJASI
(2015 yil Namunaviy dasturi asosida)**

№	Ma'ruza mavzulari	Soat
1	Kirish. Gospital xirurgiya fani to'g'risida tushuncha. Kizilo'ngach kasalliklari. Qizilo'ngach anatomiyasi va fiziologiyasi. Qizilo'ngach kasalliklarining diagnostikasi. Qizilo'ngach divertikullari. Klas.. Diag. Konservativ va xirurgik davolash usullari. Kardiospazm. Kardio axalaziyasi. Klassifikatsiyasi. Diagnostikasi, dif.diagnostikasi, Konservativ va xirurgik davolash usullari. Xirurgik davolashga ko'rsatmalar. Qizilo'ngachning kimyoviy moddalar bilan kuyishi. Etiopatogenezi, klinikasi, o'tkir davrining kechishi. Birinchi tibbiy yordam. Qizilo'ngach kuyishining asoratlari. Qizilo'ngachning chandiqli torayishi, klinik kechishi. Diagnostikasi, davolash. Konservativ va xirurgik davolash usullari.	2 soat
2	Portal gipertenziya. Tushuncha. Klassifikatsiyasi. Kiari, Baddi-Kiari sindromi. Asoratlari qizilo'ngach venalaridan qon ketishi, astsit. Splenomegaliya. Portokaval va kava-kaval anastamozlar Diagnostikasi. Portal gipertenziyaning konservativ va xirurgik davolash usullari.	2 soat
3	Jigar va o'pka exinokokkozi va alveokokkozi. Etiopatogenezi. Klinikasi. Exinokokk asoratlari. Diagnostikasi. Konservativ va xirurgik davolash usullari.	2 soat
4	Oyoq venalarining varikoz kasalligi. Anatomo-fiziologiyasi, klassifikatsiyasi, klini-kasi, Oyoc chuqur venalarning tug'ma nuqsonlari. Parks-Weber-Rubashev, Klippel-Trenone, sindromi Tromboflebitlar va flebotrombozlar. Pedjet-SHretter sindromi. Posttrombo-flebitik sindrom Kasalliklarni konservativ va xirurgik davolash usullari.	2 soat
5	Aorta ravog'i okklyuzion kasalliklari. Yurakning ishemik kasalligi. Xirurgiyasi. Nospetsifik aorta arteriitlar. Takayasu sindromi. Diagnostika usullari. Konservativ va xirurgik davolash usullari.	2 soat
6	Qorin aortasi va tarmoqlarining okklyuzion kasalliklari. Surunkali abdominal ishemiya sindromi (SAIS). Simptomatik gipertenziyalar. Klassifikatsiyasi. Vazorenal gipertenziya. Klinikasi, diagnostikasi, konservativ va xirurgik davolash usullari..	2 soat
7.	Lerish sindromi. Oyok arteriyalari okklyuzion kasalliklari. Ateroskleroz. Endoarte-riit. Byurger, Reyno kasalligi. Diabetik angiopatiya. Klinikasi, diag., davolash usullari. O'tkir arterial tromboz va emboliyalar. O'tkir arterial yetishmovchilik. Klinikasi va diagnostikasi. Konservativ va xirurgik davolash usullari.	2 soat
8	Yurakning tug'ma va ortirilgan nuqsonlari. Klassifikatsiyasi. "oq" va "ko'k" yurak nuqsonlari to'g'risida tushuncha. Gemodinamik buzilishlar. Diagnostikasi. Konservativ va xirurgik davolash usullari.	2 soat
9	O'pkaning o'tkir va surunkali nospetsifik yiringli kasalliklari. Klassifikatsiyasi. Klinikasi. Diagnostikasi. Konservativ va xirurgik davolash usullari.	2soat
10	Plevraning o'tkir va surunkali nospetsifik yiringli kasalliklari. Klassifikatsiyasi. Klinikasi. Diagnostikasi. Konservativ va xirurgik davolash usullari. Bronxoplevral va bronxoplevrotorokal oqmalar. Diagnostikasi. Davolash usullari. Pnevmotoraks. Tushuncha. Pnevmotoraks turlari. Davolash usullari. Davolash taktikasi.	2 soat
11	Ko'ks oralig'i xavfsiz o'smalari va kistalari. Miasteniya. Mediastenitlar. Klinikasi va diagnostikasi. Konservativ va xirurgik davolash usullari. Diafragma churrallari. Klassifikatsiyasi. Klinikasi va diagnostikasi. Konservativ va xirurgik davolash usullari. Diafragma relaksatsiyasi.	2 soat
12	Postgastrorezektsion va postvagotomik sindromlar. Tushuncha. Klinikasi va diagnosti-kasi. Konservativ va xirurgik davolash usullari.	2 soat

13	Postxoletsistektomik sindrom. Tushuncha. Klassifikatsiyasi. Klinikasi va diagnostikasi. Mexanik sariqlik. Xolangitlar. Sabablari. Diagnostikasi. Konservativ va xirurgik davolash usullari.	2 soat
	J a m i:	26 s

4.2. MA'RUZA MATERIALLARINING MAZMUNI

1-mavzu: Kirish. Gospital xirurgiya fani to'g'risida tushuncha. Qizilo'ngach kasalliklari. Qizilo'ngach anatomiyasi va fiziologiyasi. Qizilo'ngach kasalliklarining diagnostikasi. Qizilo'ngach divertikullari. Klassifikatsiyasi. Diagnostikasi. Konservativ va xirurgik davolash usullari.

Kardiospazm. Kardio axalaziyasi. Klassifikatsiyasi. Diagnostikasi, dif.diagnostikasi, Konservativ va xirurgik davolash usullari. Xirurgik davolashga ko'rsatmalar. Qizilo'ngachning kimyoviy moddalar bilan kuyishi. Etiopatogenezi, klinikasi, o'tkir davrining kechishi. Birinchi tibbiy yordam. Qizilo'ngach kuyishining asoratlari. Qizilo'ngachning chandiqli torayishi, klinik kechishi. Diagnostikasi, davolash. Konservativ va xirurgik davolash usullari.

Gospital xirurgiya fani to'g'risida tushuncha. Gospital xirurgiya fanining yutuqlari. Qizilo'ngach kasalliklari. Qizilo'ngach divertikullari tasnifi, klinikasi, tashxisi va davolash usullari. Xirurgik taktikasi. Operativ yo'llari va usullari.

Qizilo'ngachning kimyoviy kuyishlari va chandiqli torayishlari. Etiologiyasi va patogenezi. O'tkir davr Klinikasi. Birinchi yordam va davolash printsiplari. Erta va kechki burjlash. Operativ davolash. Qizilo'ngach plastikasi, turlari (ingichka va yo'g'on ichakdan, oshqozondan kombinirlangan). Bir va ko'p etapli jarroxlik amaliyotlar. Jarroxlik amaliyotlar natijalari.

Kardiospazm va qizilo'ngach axalaziyasi. Tushunchasi. Klinikasi, tashxisi va farqlovchi tashxis. Davolash printsiplari. Pnevmatik kardiodilyator yordamida dilyatatsiya texnikasi. Xirurgik davolashga ko'rsatmalar. Jarroxlik amaliyot turlari: Geller, Petrovskiy, Gelyarovskiy va boshqalar. Qizilo'ngach yot jismlari, klinik kechishi, diagnostikasi asoratlari, davolash taktikasi va usullari. Endoskopik davolash turlari. Jarroxlik amaliyotiga ko'rsatmalar.

A – (asosiy) – 1, 2 Q(qo'shimcha) – 1,2,4,6

2-mavzu: Portal gipertenziya. Tushuncha. Klassifikatsiyasi. Kiari, Baddi-Kiari sindromi. Asoratlari: qizilo'ngach venalaridan qon ketishi, astsit. Splenomegaliya. Portokaval va kava-kaval anastomozlar. Diagnostikasi. Portal gipertenziyaning konservativ va xirurgik davolash usullari.

Portal gepertenziya va uning asoratlari. P.G. etiologiyasi, patogenezi. Klinikasi, diagnostikasi. Portal gipertenziyani konservativ va operativ davolash usullari. Operatsiyaga ko'rsatma. Operatsiya turlari. Baddi-Kiari sindromi. Klinikasi, diagnostikasi va davolash.

A – (asosiy) – 1, 2 Q(qo'shimcha) – 1,2,4,6

3-mavzu: Jigar va o'pka exinokokkozi va alveokokkozi. Etiopatogenezi. Klinikasi. Exinokokk asoratlari. Diagnostikasi. Konservativ va xirurgik davolash usullari.

Oyoq venalari anatomiyasi va fiziologiyasi. Tasnifi. Rivojlanish nuqsonlari–Parks-Weber-Rubashev va Klippel-Trenone kasalligi. Gemodinamik o'zgarishi, klinik kechishi, diagnostikasi va davolash usullari. Oeqlar varikoz kasalligi. Etiologiyasi va patogenetik o'zgarishlar (olib keluvchi va keltirib chiqaruvchi omillar). Klinik kechishi, diagnostikasi. Venalar o'tkazuvchanligi, klapanli apparat va kommunikant venalar holati tekshirish usullari. Tasnifi. Asoratlari. Davolash usullari: jarrohlik amaliyotlar (Trojanov-Trendelenburg, Bebkokk, Madelung, Narat va Koket amaliyot-lari), sklerozlovchi terapiya.

4-mavzu: Oyoq venalarining varikoz kasalligi. Anatomo-fiziologiyasi, klassifikatsiyasi, klinikasi, Oyoq chuqur venalarning tug'ma nuqsonlari.Parks-Weber-Rubashev, Klippel-Trenone, sindromi. Tromboflebitlar va flebotrombozlar. Pedjet-SHretter sindromi. Posttrombo-flebitik sindrom. Kasalliklarni konservativ va xirurgik davolash usullari.

Posttromboflebitik sindrom. Tushuncha. Kasallik etiopatogenezi. Tasnifi (varikozli, shishli va og'riqli, yarali turi). Klinik kechishi, diagnostikasi, differentsial diagnos-tikasi. Venalar o'tkazuvchanligi, klapanli apparat va kommunikant venalar holati tekshirish usullarini afzalligini bilish va trombotik kasallik diagnostikasi va jarrohlik usul rdamida davolashda ahamiyati. Konservativ davolash usullari. Jarrohlik amaliyoti yerdamida davolash usullari. Posttromboflebitik sindrom profilaktikasi.

A – (asosiy) – 1, 2

Q(qo'shimcha) – 1,2,3,4,10

5-mavzu. Aorta ravog'i okklyuzion kasalliklari. Yurakning ishemik kasalligi. Xirurgiyasi. Nospetsifik aorta arteriitlar. Takayasu sindromi. Diagnostika usullari. Konservativ va xirurgik davolash usullari.

Bemorlarning mutaxassislashgan tekshiruv usullari va bosqichlari. Nospetsifik aortoarteriit. Jarroxlik amaliyot turlari: (simpatektomiya, endartektomiya, protezlash, shuntlash).Aorta va arterial Aorta va arterial tarmoqlar anatomiyasi va fiziologiyasi. Qon tomirlar kasalliklarida mahsus tekshirish usullari (reovazografiya, doplerografiya, radionuklidli arteriografiya, kapillyaroskopiya, termografiya). Nospetsifik aortoarteriit. Aorta ravog'i okklyuzion kasalliklari. Takayasu sindromi. Klinik

kechishi, diagnostikasi. Konservativ terapiya turlari. Jarrohlik va endovaskulyar davolash usullariga ko'rsatmalar. Jarrohlik amaliyotlar turlari – endarterektomiya, protezlash, shuntlash, simpatektomiya.

A – (asosiy) – 1, 2 Q-(qo'shimcha) – 1,2,3,4,6,10

6-mavzu. Qorin aortasi va tarmoqlarining okklyuzion kasalliklari. Surunkali abdominal ishemiya sindromi (SAIS). Simptomatik gipertenziyalar. Klassifikatsiyasi. Vazorenal gipertenziya. Klinikasi, diagnostikasi, konservativ va xirurgik davolash usullari..

Qorin aortasi vistseral shohlari okklyuzion kasalliklari. Surunkali abdominal ishemiya sindromi. Etiopatogenezi, klinik kechishi, diagnostikasi, davolashni jarrohlik usullari.

Yangi texnologiyalar. Simptomatik arterial gipertenziya. Arterial gipertenziya tasnifi. Simptomatik AG sabablari. Vazorenal gipertenziya. Etiopatogenezi, klinik kechishi, diagnostikasi. Jarrohlik usulida davolash va uning turlari. AG olib keluvchi buyrak usti bezi kasalliklari. Feoxromatsitoma. Kon sindromi. Itsenko-Kushing sindromi. Diagnostikasi. Differentsial diagnostikasi. Davolash usullari. Yangi texnologiyalar. Simptomatik arterial gipertenziya. Arterial gipertenziya tasnifi. Simptomatik AG sabablari. Vazorenal gipertenziya. Etiopatogenezi, klinik kechishi, diagnostikasi. Jarrohlik usulida davolash va uning turlari. AG olib keluvchi buyrak usti bezi kasalliklari. Feoxromatsitoma. Kon sindromi. Itsenko-Kushing sindromi. Diagnostikasi. Differentsial diagnostikasi. Davolash usullari. Yangi texnologiyalar

A – (asosiy) – 1, 2 Q-(qo'shimcha) – 1,2,3,4,6,10

7-mavzu: Lerish sindromi. Oyok arteriyalari okklyuzion kasalliklari. Ateroskleroz. Endoarteriit. Byurger, Reyno kasalligi.

Diabetik angiopatiya. Klinikasi, diagnostikasi, davolash usullari. **O'tkir arterial tromboz va emboliyalar.** O'tkir arterial yetishmovchilik. Klinikasi va diagnostikasi. Konservativ va xirurgik davolash usullari.

Lerish sindromi, obliteratsiyalovchi end-arteriit, Byurger kasalligi, Reyno kasalligi, diabetik angiopatiya. Klinik kechishi, kechishi darvlari, diagnostikasi, differentsial tashhis. Konservativ davolash printsip-lari. Jarrohlik taktika va davolash usullari.

Trombozlarni emboliyalardan farqi (oyoq-qo'l, mezenteral arteriyalarining tromboz va emboliyalari) etiopatogenezi. Tromboz va emboliyalarni etiologiyasi. Tromb hosil bo'lishiga olib keluvchi omillar. O'tkir tromboz va emboliyalarni klinik kechishi va klinik davrlari. Tekshirish usullari. Konservativ davolash usullari. Jarrohlik davolash usullari (Fogarti zondini qo'llanilishi, to'g'ri embolektomiya). Antikoagulyant terapiya printsiplari. A – (asosiy) – 1, 2 Q-(qo'shimcha) – 1,2,3,4,6,10

8-mavzu: Yurakning tug'ma va ortirilgan nuqsonlari. Klassifikatsiyasi. "oq" va "ko'k" yurak nuqsonlari to'g'risida tushuncha. Gemodinamik buzilishlar. Diagnostikasi. Konservativ va xirurgik davolash usullari.

Anatomiyasi va fiziologiyasi. Tasnifi. Bemorlarda tug'ma va ortirilgin yurak nuqsonlarini tekshirish usullari (EKG, FKG, rentgenoskopiya). Mahsus tekshi-rish usullari (yurakni zondlash, angiokardiografiya koronarokardio-grafiya, exokardiografiya). Tug'ma nuq-sonlarning klinik kechishi, diagnostikasi, differen-tsial diagnostikasi. Ochiq arterial yo'l, bo'lmachalararo to'siq no'qsoni, qorinchalararo to'siq nuqsoni, o'pka arteriyalarining chegaralangan torayishi, Fallo tria-dasi, tetradasi va pentadasi, aortaning koarktatsiyasi. Jarrohlik korrektsiya. Sun'iy qon aylanish uskunasi qo'llanilishi, ishlash printsipti.

Etiopatogenezi, anatomiyasi va fiziologiyasi. Tasnifi. Mitral yurak nuqsonlari va yurak boshqa klapanlari nuqsonlari mitral nuqson guruhlarining klassifika-tsiyasi. Qon aylanish buzilishi bosqichlari. Aortal, uch tavaqali, mitral tavaqa nuqsonlarining klinik kechishi, diagnostikasi, jarrohlik usullari. Jarrohlik amaliyo-tiga ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalar. Ochiq va yepiq jarrohlik usullar (komissurotomiya, annuloplastika, valvuloplastika, yurak qopqoqlarini protezlash). Sun'iy yurak qopqoqlari.

A – (asosiy) – 1, 2 Q-(qo'shimcha) – 1,2,3,4,5,10,11

9-mavzu: O'pkaning o'tkir va surunkali nospetsifik yiringli kasalliklari. Klassifikatsiyasi. Klinikasi. Diagnostikasi.

Konservativ va xirurgik davolash usullari.

O'pka anatomiyasi va fiziologiyasi. Mahsus tekshirish usullari (rentgenoskopiya, rentgenografiya, kompyuter tomografiya, bronxoskopiya). O'pka yiringli kasal-liklar tasnifi. O'pka o'tkir abstsesslari va gangrenasi. Klinik kechishi, diagnostikasi. Konservativ davolash usullari. Jarrohlik amaliyotini qo'llanilishi va unga ko'rsatmalar. Jarrohlik amaliyoti turlari. O'tkir yiringli abstsesslarni davolashda bronxoskopiyaning mohiyati. O'pka stafilokokkli destruktiviyasi. Klinik kechishi. Diagnostikasi. Davolash usullari. Jarrohlik amaliyotiga ko'rsatmalar. Jarrohlik amaliyoti turlari. O'pka surunkali yiringli kasalliklari. Tasnifi.

O'pka surunkali yiringli kasalliklari. Tasnifi. O'pka surunkali yiringli abstsessi. Klinik kechishi. Diagnostikasi va differentsial diagnostikasi. Konservativ terapiya-jarrohlik amaliyotiga ko'rsatma sifatida. Jarrohlik amaliyotiga ko'rsatmalar va uning turlari. Bronxoektatik kasallik tasnifi. Etiologiya va patogenezi. Tasnifi. Klinik kechishi. Diagnostikasi va differentsial diagnostikasi. Mahsus tekshirish usullari. Konservativ terapiya turlari. Jarrohlik amaliyotiga ko'rsatmalar. Jarrohlik amaliyot turlari.

A – (asosiy) – 1, 2 Q-(qo'shimcha) – 1,2,3,4,5,8,11

10-mavzu: Plevraning o'tkir va surunkali nospetsifik yiringli kasalliklari. Klassifikatsiyasi. Klinikasi. Diagnostikasi. Konservativ va xirurgik davolash usullari. Bronxoplevral va bronxoplevrotorakal oqmalar. Diagnostikasi. Davolash usullari. Pnevmotoraks. Tushuncha. Pnevmotoraks turlari. Davo usullari. Davolash taktikasi.

Plevra anatomiyasi va fiziologiyasi. Plevra yiringli kasalliklari tasnifi. Plevra o'tkir empiemasi. Etiologiyasi, patogenezi. Turlari. Klinik kechishi, diagnostikasi va differentsial diagnostikasi. Konservativ terapiya. Jarrohlik amaliyoti turlari va unga ko'rsatmalar. Plevra surunkali empiemasi. Etiopatogenezi. Klinik kechishi, diagnostikasi va differentsial diagnostikasi. Bronxoplevral va bronxoplevrotorakal oqma yaralar. Jarrohlik amaliyoti turlari va unga ko'rsatmalar. Torakoplastika turlari. Bronxoplevral va bronxoplevrotorakal oqmalarda jarrohlik amaliyotini qo'llanilishini mohiyati. Pnevmotoraks. Tushuncha. Turlari. Spontan pnevmotoraks. Ochiq, yopiq, taranglashgan pnevmotoraks, piopnevotoraks. Diagnostikasi va davolash. Davolash taktikasi.

A – (asosiy) – 1, 2 Q-(qo'shimcha) – 1,2,3,4,5,8,11

11-mavzu: Ko'ks oralig'i xavfsiz o'smalari va kistalari. Miasteniya. Mediastenitlar. Klinikasi va diagnostikasi. Konservativ va xirurgik davolash usullari. Diafragma churrallari. Klassifikatsiyasi. Klinikasi va diagnostikasi. Konservativ va xirurgik davolash usullari. Diafragma relaksatsiyasi.

Ko'ks oralig'i kasalliklari. Ko'ks oralig'i a'zolarining anatomo-fiziologik xususiyatlari. Asbob-uskunalar yordamida tekshirish usullari (rentgenografiya, KT, pnevmomediastenioskopiya). Ko'ks oraligining xavfsiz o'smalari va kistalari. Tushuncha, tasnifi, klini kechishi, diagnostikasi, dif.diagnostikasi Diagnostikasi, klassifikatsiyasi va davolash usuli. Jarrohlik amaliyoti ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalar. Jarrohlik amaliyotidagi kesma turlari. Jarrohlik amaliyoti turlari. Miasteniya, diagnostikasi, davolash usullari. Mediastenit. Turlari, etiologiyasi, klinik kechishi, diagnostikasi, o'tkir yiringli mediastenit davolash usullari. Konservativ terapiya va jarrohlik amaliyoti turlari.

Diafragma anatomiyasi va fiziologiyasi. Diafragma kasalliklarida mahsus tekshiruv usullari (rentgenosko-piya, rentgenografiya, pnevmoperitoneum). Diafragma qizilo'ngach teshigi churrasi. Tasnifi. Sirpanuvchi va paraezofageal churralar. Klinik kechishi va diagnostikasi. Asoratlari. Sirpanuvchi churrallarni konservativ davosi. Jarrohlik amaliyoti ko'rsatmalar. Sirpanuvchi va paraezofageal churrallarni jarrohlik usulida davolash usullari. Diafragmal churralar. Tasnifi. Diafragma travmatik (soxta) churralari. Notravmatik churralar. Larey churrasi, retrosternal churra, Bogdaleko churrasi. Klinik kechishi, diagnostikasi, jarrohlik amaliyoti ko'rsatmalar va jarrohlik amaliyoti turlari. Diafragma relaksatsiyasi. Klinik kechishi, diagnostikasi. Diafragma relaksatsiyasi tashhishlashda pnevmoperitoneum mohiyati. Diafragma plastika turlari. A – (asosiy) – 1, 2 Q-(qo'shimcha) – 1,2,3,4,5,8,11

12-mavzu: Postgastrorezektsion va postvagotomik sindromlar. Tushuncha. Klinikasi va diagnostikasi. Konservativ va xirurgik davolash usullari.

Nazologiya to'g'risida tushuncha. Kasallik tasnifi. Bitmagan yaralar, me'da retsdiv yaralar, ingichka ichak peptik yaralari, me'da va ko'ndalang chamber ichak o'rtasidagi oqma yara, olib keluvchi qovuzloq sindromi, dumping-sindrom va boshqalar. Kelib chiqish sabablari, klinik kechishi, diagnostika turlari, differentsial diagnostika. Konservativ davolash turlari. Jarrohlik usulida davolash turlari. Rekonstruktiv amaliyotlarga ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalar. Vagotomiya va yondosh amaliyotlarga bog'liq bo'lgan postvagotom sindromlar. Organik va funktsional turlari. Klinik kechishi Tashhishlash. Davolash usullari va taktikasi. Konservativ davolash usullari va ko'rsatmalar. Jarrohlik usulida davolash va uning turlari.

A – (asosiy) – 1, 2 Q-(qo'shimcha) – 1,2,3,4,5,8,11

13-mavzu: Postxoletsistektomik sindrom. Tushuncha. Klassifikatsiyasi. Klinikasi va diagnostikasi. Mexanik sariqlik. Xolangitlar. Sabablari. Diagnostikasi. Konservativ va xirurgik davolash usullari.

Xoletsistektomiyadan keyingi kuzatuvchi ba'zi patoloogi holatlar etiopatogenezi, klinik kechishi, diagnostikasi. Xoletsistektomiya (PXES). Tashxislash va davolashda enedoskopik amaliyotlarning o'rni. Birlamchi va ikkilamchi papillit, Fater so'rg'ichi stenozi o'mumiy o't yo'lida «qolib ketgan» toshlar, o't yo'llari strikturalari. Duodenit va duodenostaz mavjud bo'lganda xoledoxoduodenoanastomozni noto'g'ri qo'yilishi, bili digestiv anastomozlar stenoz va strikturalari, tashqi o'tli oqma yaralar. Uzun qoldirilgan o't pufagi cho'ltog'i, o't pufagi cho'ltog'i nevrinomasi. PXE buzilishlarni differentsial tashhishlash, jarrohlik davolash usullari, o't yo'llaridagi rekonstruktiv amaliyotlar turlari. Bilirubinni normal almashinuvi. Sariqlik turlari. Gemolitik parenximatov mexanik. Mexanik sariqlik sabablari: xavfli va xavfsiz. Diagnostika turlari: UZI, KT, RPXG, CHCHXG. Sariqlik turlari orasida dif.diagnostika. Davolash. Amaliyotdan oldingi davrda gomeostaz korrektsiyasi. Jarroxlik davolash usullari. Xolangit va davolash usullari.

A – (asosiy) – 1, 2 Q-(qo'shimcha) – 1,2,3,4,5,6,9

№	Amaliy va klinik mashg'ulotlar mavzulari	Soat		
		A/m	K/m	Um
1	Kirish. Kasallik tarixini yozilishi va bo'lim bilan tanishish. Gospital jarroxlilik Fani to'g'risida tushuncha. Bemorlarni kuratsiya qilish. Anamnez va ob'ektiv tekshirishlar. Qizilungach xakida anatomo-fiziologik ma'lumotlar. Maxsus tekshirish usullari. Qizilo'ngach kasalliklari tasnifi.	1	3	4
	Kizilungach kasalliklarining asosiy alomatlar. Qizilungach divertikuli. Kizilungachning kimyoviy moddalar bilan kuyishi va chandikli torayishi. Klinikasi. Diagnostikasi. Konservativ va operativ davolash usullari. Kizilungachda bajariladigan operatsiya turlari. Jarroxlilik operatsiyalar natijalari. Qizilungach kasalliklari. Kardiospazm xakida tushuna. Klinikasi, diagnostikasi, dif. diagnostikasi. Kardiodilyatatsiya texnikasi. Operatsiya turlari. Qizilungachning yot jismlari. Klin-si, diag-si. Endoskopik va operativ dav-sh usullari.			
2	Portal gepertenziya va uning asoratlari. P.G. etiologiyasi, patogenezi. Klinikasi, diagnostikasi. PO ni konservativ va operativ davolash usullari. Operatsiyaga ko'rsatma. Operatsiya turlari. Baddi-Kiari sindromi. Klinikasi, diagnos va davo.	1	3	4
3	Exinokokkoz. Parazitar kasalliklar tushunchasi. Parazit xarakteristikasi. Jigar exinokokkozi va alveo-kokkozi. Klinikasi. Tashxislash va differentsial tashxislash. Operativ davolash turlari va natijalari. Jigar va o'pka birga keluvchi exinokokkozda jarroxlilik amaliyoti va ketma-ketligi. O'pkaning kistalari. Klassifikatsiyasi. O'pka exinokokki. Etiopatogenezi. Asorati. Operatsiya turlari va natijalari.	2	3	5
4	Varikoz kasalligi. Oyoq venalarining anatomo-fiziologiyasi.. Maxsus tekshiruv usullari. Oyok venalarining varikoz kasalligi. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnosikasi va davolash usullari. Parks- Veber-Rubashov, Klipell-Trenonne, Pedjet - SHreter sindromi.	2	2	4
	Oyok yuza, chukur venalarining tromboz va tromboflebiti. Ileoformal tromboz. "oq" va "ko'k" flegmoziya. Klin., diag.. Posttromboflebitik sindrom (PTFS) tavsifi Etiopatogenezi, davolash. PTFS profilaktikasi.			
5	Aorta ravog'i okklyuzion kasalliklari. Aorta va arterial kon - tomir sistemasi to'g'risida anat. - fiziologik ma'lumot. Arterial qon- toirlarning okklyu-zion kasalliklari, etiologiyasi, patogenezi. Bemorlarning mutaxassislashgan tekshiruv usullari va bosqichlari. Nospetsifik aorto arteriit. Jarroxlilik amaliyot turlari: (simpatektomiya, endartektomiya, protezlash, shuntlash). Yurakning ishemik kasalligi. Tushuncha. Xirurgik davosh.	2	3	5
	Aorta ravog'i okklyuzion kasalliklari. Takayasu sindromi, etiologiyasi, patogegnezi, klinik formalar, davolash usullari. Jarroxlilik usullari.			
6.	Qorin aortasi okklyuzion kasalliklari. Korin aortasini yukori, o'rta va pastki okklyuziyalari. Etiopato-genezi. Surunkali abdominal ishemiya (SAIS). Etiologiyasi, klass-si va davolashning jarroxlilik usullari.	1	3	4
	Simptomatik arterial gipertenziya. Vazorenal gipertenziya sindromi. Etiopatogenezi, klinikasi diagnostikasi va xirurgik davolash. Feoxroma-tsitoma. Qon sindromi. Itsenko-Kushing sindromi. Diagnostikasi, davolash usullari. Yangi texnologiyalar.			
7.	Oyok arteriyalari okklyuzion kasalliklari. Lerish sindromi Obliteratsiyalov-chi ateroskleroz. Obliteratsiyalovchi endoarteriit. Byurger kasalligi, Reyno kasalligi. Diabetik angiopatiya Klinikasi, diagnostikasi, dif. diagnostikasi, konservativ davolash. Jarroxlilik taktikasi va davolash usullari.	1	3	4
8	O'tkir arterial yetishmovchiligi. Arterial o'tkir tromboz va emboliyalar. (oyoq-qo'l, mezenterial arteriyalarining tromboz va emboliyalari). Etiopatogenezi. Tromb xosil bo'lish omillari. Klinik kechishi tromb va emboliyalarni konservativ va operativ davolash usullari. Antikoagulyant terapiya printsiplari.	1	3	4
9	Yurakning tug'ma poroklari. Anatomo-fiziologik ma'lumotlari. «Oq» va «Ko'k» poroklari. Ochiq arterial yul. Fallo triadasi, tetradasi va penta-dasi. Lyutenbaxer sindromi. Aorta koarktatsiyasi. Klinikasi, diagnostikasi. Jarroxlilik korreksiya. Sun'iy qon aylanish uskunasi qo'llanilishi.	1	3	4
10	Yurakning ortirilgan poroklari. Klassifikatsiyasi. Mitral, aortal, trikuspidal klapanlari poroklari. Etiopatogenezi. Kon aylanishining buzilishi, bosqichlari. Klinikasi, diagnostikasi, xirurgik davolashga ko'rsatma va qarshi ko'rsatma. Tasnifi Ochiq va yopiq jarroxlilik usullari.	1	3	4
11	O'pka anatomiyasi va fiziologiyasi. Tekshirish usullari. O'tkir nospetsifik o'pka abstsessi, gangrenasi, etiolo-giyasi, patogenezi, klinikasi, diag., davolash usullari. Bronxoskopiya mohiyati. Jarroxlilik amaliyot turlari. O'pkaning nospetsifik surunkali kasalliklari. O'pkaning surunkali abtsessi. Etiologiyasi, klinikasi, diagnostikasi. Konservativ va operativ davolash usullari. Bronxoektaz kasalligi. Klinikasi davolash usuli.	1	3	4
12	Plevra kasalliklari. Plevraning anatomiyasi va fiziologiyasi. Plevrani o'tkir empiemasi va turlari. Etiopatogenezi, davolash usullari. Plevraning surunkali empiemasi. Etiopatogenezi, klinikasi va farqlovchi tashxis. Bronxoplevral va bronxoplev-rotorokal okmalari. Xirurgik davolash. Torakoplastika turlari. Piopnevotoraks. Pnevotoraks. Tushuncha, turlari. Spontan, ochiq, yopiq, taranglashgan pnevmotoraks. Piopnevotoraks. sababi, klinikasi, davolash.	1	3	4
13	Ko'ks oraliq'i kasalliklari. Ko'ks oraliq'i a'zolarining anatomo-fiziologik xususiyatlari. Tekshirish usulla-ri. Ko'ks oraligining xavfsiz usmalari va kistalari. Diagnostikasi, klassifikatsiyasi va davolash usuli. Mediastenit.	1	3	4
	Etiologiyasi, klinikasi, tashxisi va davolash. Miasteniya, diagnosnostikasi, davolash usullari. O'pkaning noparazitar kistalari. Spontan pnevmotoraks. Diafragma kasalliklari. Diaf. churralari. Diafragmaning anatomo-fiziologik xususiyatlari. Turli diafragma churralarining klinikasi. Diaf. qizilo'ngach teshigi churralari. Diafragma relaksatsiyasi. Plastika turlari.			
14	Postgastrorezektsion sindromlar. Oshkozonning operatsiyadan keyingi kasallik-lari. Tushuncha. Postgastrorezektsion sindromlar. Tushuncha. Tasnifi, sababi, klinikasi, diagnostikasi, xirurgik davolash. Rekonstruktiv operatsiya turlariga ko'rsatmalar. Postvagotomik sindromlar. Davolash.	2	3	5
15	Postxolestsistektomik sindrom. Tushuncha. Tasnifi. Etiopatogenezi. PXE sindromda diagnostika va differentsial diagnostika. Jarroxlilik rekonstruktiv amaliyot turlari. Mexanik sariqlik. Sariqlik turlari va sabablari. Diagnostika turlari. Jar-roxlilik davolash usullari. Xolangit. Davolash usullari	2	3	5
J a m i :		20	44	64

GOSPITAL XIRURGIYA FANIDAN AMALIY VA KLINIK MASHG'ULOTLAR
MAVZULARI MAZMUNI

1-mavzu: Kirish. Kasallik tarixini yozilishi va bo'lim bilan tanishish. Gospital jarroxlik fani to'g'risida tushuncha. Bemorlarni kuratsiya qilish. Anamnez va ob'ektiv tekshirishlar. Qizilo'ngach xakida anatomo-fiziologik ma'lumotlar. Maxsus tekshirish usullari. Qizilo'ngach kasalliklari tasnifi. Kizilungach kasalliklarining asosiy alomatlari. Qizilungach divertikuli. Kizilo'ngach-ning kimyoviy moddalar bilan kuyishi va chandikli torayishi. Klinikasi. Diagnostikasi. Konservativ va operativ davolash usullari. Kizilungachda bajariladigan operatsiya turlari. Jarroxlik operatsiyalar natijalari. Qizilungach kasalliklari. Kardiospazm xakida tushuna. Klinikasi, diagnostikasi, dif. diagnostikasi. Kardiodilyatatsiya texnikasi. Operatsiya turlari. Qizilungachning yot jismlari. Klinikasi, diagnostikasi. Endoskopik va operativ davolash usullari.

Gospital xirurgiyaning vazifalari va yutuklari. Qizilo'ngach haqida anatomo-fiziologik ma'lumotlar. Mutaxassislashgan tekshiruv usullari (rentgenoskopiya, rentgenografiya, ezofagoskopiya, pnevmomediasteno-grafiya, rentgen kimografiya, radionuklid usul). Qizilo'ngach divertikullari tasnifi, klinikasi, tashxisi va davolash usullari. Xirurgik taktikasi. Operativ yo'llar va usullar.

Qizilo'ngachning kimyoviy kuyishlari va chandiqli torayishlari. Etiologiyasi va patogenez. O'tkir davr Klinikasi. Birinchi yordam va davolash printsiplari. Erta va kechki burjlash. Operativ davolash. Qizilo'ngach plastikasi, turlari (ingichka va yo'g'on ichakdan, oshqozondan kombinirlangan). Bir va ko'p etapli jarroxlik amaliyotlar. Jarroxlik amaliyotlar natijalari.

Kardiospazm va qizilo'ngach axalaziyasi. Tushunchasi. Klinikasi, tashxisi va farqlovchi tashxis. Davolash printsiplari. Pnevmatik kardiodilyator yordamida dilyatatsiya texnikasi. Xirurgik davolashga ko'rsatmalar. Jarroxlik amaliyot turlari: Geller, Petrovskiy, Gelyarovskiy va boshqalar. Qizilo'ngach yot jismlari, klinik kechishi, diagnostikasi asoratlari, davroash taktikasi va usullari. Endoskopik davolash turlari. Jarroxlik amaliyotiga ko'rsatmalar.

A – (asosiy) – 1, 2 Q-(qo'shimcha) – 1,2,4,6

2-mavzu: Portal gepertenziya va uning asoratlari. P.G. etiologiyasi, patogenez. Klinikasi, diagnostikasi. PO ni konservativ va operativ davolash usullari. Operatsiyaga ko'rsatma. Operatsiya turlari. Baddi-Kiari sindromi. Klinikasi, diagnostikasi va davolash.

Jigar tsirrozin portal gipertenziya va astsit bilan kechishini etiologiyasi, patogenez. Tasnifi. Klinik kechishi. Diagnostikasi. Asbob uskunar yordamida tashhislash usullari (tseliakografiya, splenoporto-grafiya, splenoportomanometriya, UTT, laparoskopiya, kompyuter tomografiya, radionuklidli tekshiruv usuli va boshqalar). Splenomegaliya va gipersplenizm. Klinik kechishi, diagnostikasi va differentsial tashhislash. Portal gipertenziyaning jigar ichi va aralash turlari, asbob uskunar yordamida tashhislash usullarining mohiyati. Portal gipertenziyada jarrohlik amaliyatining qo'llanilishi va uning davriyligi. Asoratlanmagan va asoratlangan portal gipertenziya turlarida jarrohlik amaliyatiga ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalar. Qizilo'ngach va me'da kardial qismi varikoz venalardan qon ketishi, differentsial tashhislash. Endoskopiyaning ahamiyati (endovazal va perivazal skleroterapiya). Blekmor zondini qo'llanilishi. Jarrohlik amaliyatini qo'llanilishi. Jigar tsirrozidagi astsit. Tasnifi. Diagnostikasi, differentsial diagnostikasi. Davolash tak-ti-kasi. Konservativ davolash. Jarrohlik amaliyatiga ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalar. Jarrohlik amaliyoti turlari (laparotsentez, peritoneoatrial shuntlash, peri-toneo-venoz shuntlash). Badda-Kiari sindromi, tushunchasi. Klinik kechishi, diagnostikasi, davolash usullari.

A – (asosiy) – 1, 2 Q-(qo'shimcha) – 1,2,4,6

3-mavzu: Exinokokkoz. Parazitar kasalliklar tushunchasi. Parazit xarakteristikasi. Jigar exinokokkozi va alveo-kokkozi. Klinikasi. Tashxislash va differentsial tashxislash. Operativ davolash turlari va natijalari. Jigar va o'pka birga keluvchi exinokokkozda jarroxlik amaliyoti va ketma-ketligi. O'pkaning kistalari. Klassifikatsiyasi. O'pka exinokokki. Etiopatogenezi. Asorati. Operatsiya turlari va natijalari.

Parazitar kasalliklar to'g'risida tushuncha. Parazit xarakteristikasi. Jigar va o'pka exinokokkoz va alveo-kokkozi gidatidli turi. Tarqalish turlari, klinik kechishi. Tashxislash va differentsial tashhislash. Serologik reaksiyalarni mohiyati, o'tkazish printsiplari. Asbob uskunali tekshirish usullari (rentgenoskopiya, ultratovush tekshirish usuli, radionuklidli tekshirish usuli, kompyuter tomografiya, laparoskopiya, angio-grafiya, retrogradli pankreato-xolangiografiya). Exino-kokkoz asoratlari va ularni klinik kechishi. Jigar va o'pka asoratlanmagan va asoratlangan exinokokkoz turlarida jarrohlik davolash usullari. Jarrohlik amaliyoti turlari tasnifi. Bo'shliqni bartaraf etish usullari. Exinokokkektomiyadan keyingi qoldiq bo'shliqlarni yo'qotish jarrohlik amaliyatlari. Jigar va o'pka birga keluvchi exinokokkozda jarrohlik amaliyoti, jarrohlik amaliyot ketma ketligi. Jigar va o'pka exi-nokokkozini jarrohlik usulida davolashning natijalari.

A – (asosiy) – 1, 2 Q-(qo'shimcha) – 1,2,4,6

4-mavzu: Varikoz kasalligi. Oyoq venalarining anatomo-fiziologiyasi. Maxsus tekshiruv usullari. Oyoq venalarining varikoz kasalligi. Etiologiyasi, patogenez, klinikasi, diagnostikasi va davolash usullari. Parks– Veber–Rubashov, Klipell– Trenonne, Pedjet - SHreter sindromi. Oyoq yuza, chukur vena-larining tromboz va tromboflebiti. Ileo-femoral tromboz. “oq” va “ko'k” flegmoziya. Klin., diag.. Posttromboflebitik sindrom (PTFS) tavsifi Etiopatogenezi, davolash. PTFS profilaktikasi

Oyoq venalari anatomiyasi va fiziologiyasi. Tasnifi. Rivojlanish nuqsonlari–Parks-Veber-Rubashev va Klip-pel-Trenone kasalligi. Gemodinamik o'zgarishi, klinik kechishi, diagnostikasi va davolash usullari. Oeqlar varikoz kasalligi. Etiologiyasi va patogenetik o'zgarishlar (olib keluvchi va keltirib chiqaruvchi omillar). Klinik kechishi, diagnostikasi. Venalar

o'tkazuvchanligi, klapanli apparat va kommunikant venalar holati tekshirish usullari. Tasnifi. Asoratlari. Davolash usullari: jarrohlik amaliyotlar (Trojanov-Trendelenburg, Bebkokk, Madelung, Narat va Koket amaliyotlari), sklerozlovchi terapiya. Yuza va chuqur venalar tromboflebiti etiologiyasi, klinikasi, diagnostikasi va asoratlari. Posttromboflebitik sindrom. Tushuncha. Kasallik etiopatogenezi. Tasnifi (varikozli, shishli va og'riqli, yarali turi). Klinik kechishi, diagnostikasi, differentsial diagnos-tikasi. Venalar o'tkazuvchanligi, klapanli apparat va kommunikant venalar holati tekshirish usullarini afzalligini bilish va trombotik kasallik diagnostikasi va jarrohlik usul yordamida davolashda ahamiyati. Konservativ davolash usullari. Jarrohlik amaliyoti yordamida davolash usullari. Posttromboflebitik sindrom profilaktikasi. Pedjet-SHretter kasalligi. Tushuncha. Kasallik etiopatogenezi. Klinik kechishi, diagnostikasi va davolash usullari.

A – (asosiy) – 1, 2

Q-(qo'shimcha) – 1,2,3,4,10

5-mavzu: Aorta ravog'i okklyuzion kasalliklari. Aorta va arterial kon – tomir sistemasi to'g'risida anat. – fiziologik ma'lumot. Arterial qon– toirlarning okklyu-zion kasalliklari, etiologiyasi, patogenezi. Bemorlarning mutaxassislashgan tekshiruv usullari va bosqichlari. Nospetsifik aorto arteriit. Jarroxlik amaliyot turlari: (simpatektomiya, endartektomiya, protezlash, shuntlash). Yurakning ishemik kasalligi. Tushuncha. Xirurgik davoshi. Aorta ravog'i okklyuzion kasalliklari. Takayasu sindromi, etiologiyasi, patogenezi, klinik formalari, davolash usullari. Jarroxlik usullari.

Bemorlarning muta-xassislashgan tekshiruv usullari va bosqichlari. Nospetsifik aorto arteriit. Jarroxlik amaliyot turlari: (simpatektomiya, endartektomiya, protezlash, shuntlash).Aorta va arterial Aorta va arterial tarmoqlar anato-miyasi va fiziologiyasi. Qon tomirlar kasalliklarida mahsus tekshirish usullari (reovazografiya, doplerografiya, radionuklidli arteriografiya, kapillyaroskopiya, termografiya). Nospetsifik aortoarteriit.

Aorta ravog'i okklyuzion kasalliklari. **Takayasu sindromi.** Klinik kechishi, diagnostikasi. Konservativ terapiya turlari. Jarrohlik va endovaskulyar davolash usullariga ko'rsat-malar. Jarrohlik amaliyotlar turlari – endarterekto-miya, protezlash, shuntlash, simpatektomiya. A – (asosiy) – 1, 3,5, 6, 7,9 Q-(qo'shimcha) – 13,18

6-mavzu: Qorin aortasi okklyuzion kasalliklari. Korin aortasini yukori, o'rta va pastki okklyuziyalari. Etiopato-genezi. Surunkali abdominal ishemiya (SAIS). Etiologiyasi, klass-si va davolashning jarroxlik usullari. Simptomatik arterial gipertenziya. Vazorenal gipertenziya sindromi. Etiopatogenezi, klinikasi diagnostikasi va xirurgik davolash. Feoxroma-tsitoma. Qon sindromi. Itsenko–Kushing sindromi. Diagnostikasi, davolash usullari. Yangi texnologiyalar.

Qorin aortasi vistseral shohlari okklyuzion kasalliklari. Surunkali abdominal ishemiya sindromi. Etiopatogenezi, klinik kechishi, diagnostikasi, davolashni jarrohlik usullari.

Yangi texnologiyalar.Simptomatik arterial gipertenziya. Arterial gipertenziya tasnifi. Simptomatik AG sabablari. Vazorenal gipertenziya. Etiopatogenezi, klinik kechishi, diagnos-tikasi. Jarrohlik usulida davolash va uning turlari. AG olib keluvchi buyrak usti bezi kasalliklari. Feoxromatsitoma. Kon sindromi. Itsenko-Kushing sindromi. Diagnostikasi. Differentsial diagnostikasi. Davolash usullari. Yangi texnologiyalar.

Simptomatik arterial gipertenziya. Arterial gipertenziya tasnifi. Simptomatik AG sabablari. Vazorenal gipertenziya. Etiopatogenezi, klinik kechishi, diagnos-tikasi. Jarrohlik usulida davolash va uning turlari. AG olib keluvchi buyrak usti bezi kasalliklari. Feoxromatsitoma. Kon sindromi. Itsenko-Kushing sindromi. Diagnostikasi. Differentsial diagnostikasi. Davolash usullari. Yangi texnologiyalar

A – (asosiy) – 1, 2

Q-(qo'shimcha) – 1,2,3,4,10

7-mavzu: Oyok arteriyalari okklyuzion kasalliklari. Lerish sindromi Obliteratsiyalov-chi ateroskleroz. Obliteratsiyalovchi endoarteriit. Byurger kasalligi, Reyno kasalligi. Diabetik angiopatiya Klinikasi, diagnostikasi, dif.diagnostikasi, konservativ davolash. Jarroxlik taktikasi va davolash usullari.

Klinikasi, diagnostikasi, differentsial diagnostikasi, konservativ davolash. Jarroxlik taktikasi va davolash usullari.Lerish sindromi, obliteratsiyalovchi endarteriit, Byurger kasalligi, Reyno kasalligi, diabetik angiopatiya. Klinik kechishi, kechishi darvlari, diagnostikasi, differentsial tashhis. Konservativ davolash printsip-lari. Jarrohlik taktika va davolash usullari.

A – (asosiy) – 1, 2

Q-(qo'shimcha) – 1,2,3,4,10

8-mavzu: O'tkir arterial yetishmovchiligi. Arterial o'tkir tromboz va emboliyalar. (oyoq-qo'l, mezenterial arteriyalarining tromboz va emboliyalari). Etiopatogenezi. Tromb xosil bo'lish omillari. Klinik kechishi tromb va emboliyalarni kon-servativ va operativ davolash usullari. Antikoagulyant terapiya printsiplari.

Trombozlarni emboliyalardan farqi. Tromboz va emboliyalar etiologiyasi. Tromb hosil bo'lishiga olib keluvchi omillar. O'tkir tromboz va emboliyalarni klinik kechishi va klinik davrlari. Tekshirish usullari. Konservativ davolash usullari. Jarrohlik davolash usullari (Fogarti zondini qo'llanilishi, to'g'ri embolektomiya). Antikoagulyant terapiya printsiplari. A – (asosiy) – 1, 2

Q-(qo'shimcha) – 1,2,3,4,10

9-mavzu: Yurakning tug'ma poroklari. Anatomo–fiziologik ma'lumotlari. «Oq» va «Ko'k» poroklari. Ochiq arterial yul. Fallo triadasi, tetradasi va penta-dasi. Lyutenbaxer sindromi. Aorta koarktatsiyasi. Klinikasi, diagnostikasi.

Jarroxlik korrektsiya. Sun'iy qon aylanish uskunasi qo'llanilishi.

Yurakning tugma poroklari. Klinikasi, diagnostikasi. Jarroxlik korrektsiya. Sun'iy qon aylanish uskunasi qo'llanilishi.Anatomiya va fiziologiyasi. Tasnifi. Bemorlarda tug'ma va orttirilgin yurak nuqsonlarini tekshirish usullari (EKG, FKG, rentgenoskopiya). Mahsus tekshi-rish usullari (yurakni zondlash, angiokardiografiya koronarokardio-grafiya, exokardiografiya). Tug'ma nuqsonlarning klinik kechishi, diagnostikasi, differentsial diagnostikasi. Ochiq arterial yo'l, bo'lmachalararo to'siq no'qsoni, qorinchalararo to'siq nuqsoni, o'pka arteriyalarining chegaralangan torayishi, Fallo triadasi, tetradasi va pentadasi, aortaning koarktatsiyasi. Jarrohlik korrektsiya. Sun'iy qon aylanish uskunasi qo'llanilishi, ishlash printsiplari.

A – (asosiy) – 1, 2

Q-(qo'shimcha) – 1,2,3,4,5,10,11

10-mavzu: Yurakning ortirilgan poroklari. Klassifikatsiyasi. Mitral, aortal, trikuspidal klapanlari poroklari. Etiopatogenezi. Kon aylanishining buzilishi, bosqichlari. Klinikasi, diagnostikasi, xirurgik davolashga ko'rsatma va qarshi ko'rsatma. Tasnifi. Ochiq va yopiq jarroxlik usullari.

Klinikasi, diagnostikasi, xirurgik davolashga ko'rsatma va qarshi ko'rsatma. Tasnifi. Ochiq va yopiq jarroxlik usullari. Etiopatogenezi, anatomiyasi va fiziologiyasi. Tasnifi. Mitral yurak nuqsonlari va yurak boshqa klapanlari nuqsonlari mitral nuqson guruhlarining klassifikatsiyasi. Qon aylanish buzilishi bosqichlari. Aortal, uch tavaqali, mitral tavaqa nuqsonlarining klinik kechishi, diagnostikasi, jarrohlik usullari. Jarrohlik amaliyo-tiga ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalar. Ochiq va yopiq jarrohlik usullar (komissurotomiya, annuloplastika, valvuloplastika, yurak qopqoqlarini protezlash). Sun'iy yurak qopqoqlari. A – (asosiy) – 1, 2 Q-(qo'shimcha) – 1,2,3,4,5,10,11

11-mavzu: O'pka anatomiyasi va fiziologiyasi. Tekshirish usullari. O'tkir nospetsifik o'pka abstsessi, gangrenasi, etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diag., davolash usullari. Bronxoskopiya mohiyati. Jarroxlik amaliyot turlari. O'pkaning nospetsifik surunkali kasalliklari. O'pkaning surunkali abstsessi. Etiologiyasi, klinikasi, diagnostikasi. Konservativ va operativ davo usullari. Bronxoektaz kasalligi. Klinikasi davolash usuli.

O'pka anatomiyasi va fiziologiyasi. Mahsus tekshirish usullari (rentgenoskopiya, rentgeno-grafiya, kompyuter tomografiya, bronxoskopiya). O'pka yiringli kasal-liklar tasnifi. O'pka o'tkir abstsesslari va gangrenasi. Klinik kechishi, diagnostikasi. Konservativ davolash usullari. Jarrohlik amaliyotini qo'llanilishi va unga ko'rsatma-lar. Jarrohlik amaliyoti turlari. O'tkir yiringli abstsesslarni davolashda bronxoskopiyaning mohiyati. O'pka stafilokokkli destruktiviyasi. Klinik kechishi. Diagnostikasi. Davolash usullari. Jarrohlik amaliyo-tiga ko'rsatmalar. Jarrohlik amaliyoti turlari.

O'pka surunkali yiringli kasalliklari. Tasnifi. O'pka surunkali yiringli abstsessi. Klinik kechishi. Diagnostikasi va differentsial diagnostikasi. Konservativ terapiya-jarrohlik amaliyotiga ko'rsatma sifatida. Jarrohlik amaliyotiga ko'rsatmalar va uning turlari. Bronxoektatik kasallik. Etiologiya va patogenezi. Tasnifi. Klinik kechishi. Diagnostikasi va differentsial diagnostikasi. Mahsus tekshirish usullari. Konservativ terapiya turlari. Jarrohlik amaliyotiga ko'rsatmalar. Jarrohlik amaliyot turlari.

A – (asosiy) – 1, 2 Q-(qo'shimcha) – 1,2,3,4,5,10

12-mavzu: Plevra kasalliklari. Plevraning anatomiyasi va fiziologiyasi. Plevrani o'tkir empiyasi va turlari. Etiopatogenezi, davolash usullari. Plevraning surunkali empiyasi. Etiopatogenezi, klinikasi va farqlovchi tashxis. Bronxoplevral va bronxoplev-rotorakal okmalari. Xirurgik davolash. Torakoplastika turlari. Piopnevotoraks. Pnevotoraks. Tushuncha, turlari. Spontan, ochiq, yopiq, taranglashgan pnevmotoraks. Piopnevotoraks. sababi, klinikasi, davolash.

Plevra anatomiyasi va fiziologiyasi. Plevra yiringli kasalliklari tasnifi. Plevra o'tkir empiyasi. Etiologiyasi, patogenezi. Turlari. Klinik kechishi, diagnostikasi va differentsial diagnostikasi. Konservativ terapiya. Jarrohlik amaliyoti turlari va unga ko'rsatma-lar. Plevra surunkali empiyasi. Etiopatogenezi. Klinik kechishi, diagnostikasi va differentsial diagnostikasi. Bronxoplevral va bronxoplevrotorakal oqma yaralar. Jarrohlik amaliyoti turlari va unga ko'rsatmalar. Torakoplastika turlari. Bronxoplevral va bronxoplevrotorakal oqmalarda jarrohlik amaliyotini qo'llanilishini mohiyati

O'pka kistalari. Etiologiyasi va patogenezi. Tasnifi. Klinik kechishi, diagnostikasi. Asoratlari. Jarrohlik amaliyotiga ko'rsatmalar. Amaliyotlar turlari.

Ko'ks oralig'i a'zolarini anatomik va fiziologik xususiyatlari. Asbob uskunalar yordamida tekshirish usullari (rentgenografiya, kompyuter tomografiya, pnevmomediastinografiya, mediastinoskopiya).

A – (asosiy) – 1, 2 Q-(qo'shimcha) – 1,2,3,4,5,10

13-mavzu: Ko'ks oralig'i kasalliklari. Ko'ks oralig'i a'zolarining anatomo-fiziologik xususiyatlari. Tekshirish usullari. Ko'ks oraligining xavfsiz usullari va kistalari. Diagnostikasi, klassifikatsiyasi va davolash usuli. Mediastenit. Etiologiyasi, klinikasi, tashxisi va davolash. Miasteniya, diagnostikasi, davolash usullari. O'pkaning noparazit kistalari. Spontan pnevmotoraks. Diafragma kasalliklari. Diaf. churrallari. Diafragmaning anatomo-fiziologik xususiyatlari. Turli diafragma churrallarining klinikasi. Diaf. qizilo'ngach teshigi churrallari. Diafragma relaksatsiyasi. Plastik turlari

Ko'ks oralig'i o'sma va kistalari. Tushuncha. Tasnifi, klinik kechishi, diagnostikasi, differentsial diagnostikasi. Jarrohlik amaliyotiga ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalar. Jarrohlik amaliyotidagi kesma turlari. Jarrohlik amaliyoti turlari. Miasteniya, diagnostikasi, davolash usullari. Mediastenit. Turlari, etiologiyasi, klinik kechishi, diagnostikasi, o'tkir yiringli mediastenit davolash usullari. Konservativ terapiya va jarrohlik amaliyoti turlari.

Diafragma anatomiyasi va fiziologiyasi. Diafragma ka-salliklarida mahsus tekshiruv usullari (rentgenoskopiya, pnevmoperitoneum). Diafragma qi-zilo'ngach teshigi churrasi. Tasnifi. Sirpanuvchi va para-ezofageal churralar. Klinik kechishi va diagnostikasi. Asoratlari. Sirpanuvchi churrallarni konservativ davosi. Jarrohlik amaliyotiga ko'rsatmalar. Sirpanuvchi va para-ezofageal churrallarni jarrohlik usulida davolash usullari. Diafragmal churralar. Tasnifi. Diafragma travmatik (soxta) churrallari. Notravmatik churralar. Larey churrasi, retrosternal churra, Bogdaleko churrasi. Klinik kechishi, diagnostikasi, jarrohlik amaliyotiga ko'rsatmalar va jarrohlik amaliyoti turlari. Diafragma relaksatsiyasi. Klinik kechishi, diagnostikasi. Diafragma relaksatsiyasi tashhislashda pnevmoperitoneum mohiyati. Diafragma plastika turlari.

A – (asosiy) – 1, 2 Q-(qo'shimcha) – 1,2,3,4,5,10

14-mavzu: Postgastroezektzion sindromlar. Oshkozonning operatsiyadan keyingi kasalliklari. Tushuncha. Postgastroezektzion sindromlar. Tushuncha. Tasnifi, sababi, klinikasi, diag., xirurgik davolash. Rekonstruktiv operatsiya turlariga ko'rsatmalar. Postvagotomik sindromlar. Davolash.

Postgastroezektzion sindromlar. Nazologiya to'g'sida tushuncha. Kasallik tasnifi. Bitmagan yaralar, me'da retsidiv yaralar, ingichka ichak peptik yaralari, me'da va ko'ndalang chamber ichak o'rtasidagi oqma yara, olib keluvchi qovuzloq sindromi, dumping-sindrom va boshqalar. Kelib chiqish sabablari, klinik kechishi, diagnostikasi turlari, dif. diagnostika. Konservativ

davolash turlari. Jarrohlik usulida davolash turlari. Rekonstruktiv amaliyatlarga ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalar. Vagotomiya va yondosh amaliyotlarga bog'liq bo'lgan postvagotom sindromlar. Organik va funktsional turlari. Klinik kechishi Tashhislash. Davolash usullari va taktikasi. Konservativ davolash usullari va ko'rsatmalar. Jarrohlik usulida dav. va uning turlari.

A – (asosiy) – 1, 2 Q-(qo'shimcha) – 1,2,3,4,5,10,11

15-mavzu: Postxoletsistektomik sindrom. Tushuncha. Tasnifi. Etiopatogenezi. PXE sindromda diagnostika va differentsial diagnostika. Jarroxlik rekonstruktiv amaliyot turlari. Mexanik sariqlik. Sariqlik turlari va sabablari.

Diagnostika turlari. Jarroxlik davolash usullari. Xolangit. Davolash usullari.

Postxoletsistektomik sindrom. Nazologiya to'g'risida tushuncha. Tasnifi. Xoletsistektomiyadan keyingi kuzatiluvchi ba'zi patologik holatlar etiopatogenezi. Klinik kechishi, diagnostikasi. Postxoletsistektomik sindrom tashhislash va davolashda endoskopik amaliyatlarni o'rni. Birlamchi va ikkilamchi papillit, Vater so'rg'ichi stenoz, o'mumiy o't yo'lida «qolib ketgan» toshlar, o't yo'llari strikturalari. Duodenit va duodenostaz mavjud bo'lganda xoledoxoduodenoanastomozni noto'g'ri qo'yilishi, bili digestiv anastomozlar stenoz va strikturalari, tashqi o'tli oqma yaralar. Uzun qoldirilgan o't pufagi cho'tlog'i, o't pufagi cho'tlog'i nevrinomasi. PXE buzilishlarni differentsial tashhislash, jarrohlik davolash usullari, o't yo'llaridagi rekonstruktiv amaliyotlar turlari.

Mexanik sariqlik. Sariqlik turlari va sabablari. Diagnostika turlari. Jarroxlik davolash usullari.

Diagnostika turlari: UZI, KT, ERPG, CHCHXG. Sariqlik turlari orasida differentsial diagnostika. Davolash. Amaliyotdan oldingi davrda gomeostaz korrektsiyasi. Jarrohlik davolash usullari. Xolangit va davolash usullari.

A – (asosiy) – 1, 2 Q-(qo'shimcha) – 1,2,3,4,5,10,11

6. Laboratoriya mashg'ulotlari

6.1. Laboratoriya mashg'ulotlari mavzularining rejası

Mavzu	Laboratoriya mashg'ulotlarining mavzusi	
1.	Ushbu fan bo'yicha laboratoriya mashg'ulotlari rejalashtirilmagan	

6.2. Laboratoriya mashg'ulotlari mavzulari mazmuni

Gospital xirurgiya fanidan laboratoriya mashg'ulotlarining mavzulari rejalashtirilmagan.

7. Mustaqil ta'limni tashkil etishning shakli va mazmuni

8.

Talaba mustaqil ishini tayyorlashda fanning xususiyatlarini hisobga olgan holda quyidagi shakllardan foydalanish tavsiya etiladi:

- darslik va o'quv qo'llanmalar bo'yicha fan boblari va mavzularini o'rganish;
- tarqatma materiallar bo'yicha ma'ruzalar qismini o'zlashtirish;
- avtomatlashtirilgan o'rgatuvchi va nazorat qiluvchi tizimlar bilan ishlash;
- maxsus adabiyotlar bo'yicha fanlar bo'limlari yoki mavzulari ustida ishlash;
- Yangi texnikalarni, apparaturalarni, jarayonlar va texnologiyalarni o'rganish;
- talabani o'quv-ilmiy-tadqiqot ishlarini bajarish bilan bog'liq bo'lgan fanlar bo'limlari va mavzularni chuqur o'rganish;
- faol va muammoli o'qitish uslubidan foydalaniladigan o'quv mashg'ulotlari;
- masofaviy (distantion) ta'lim.

Gospital xirurgiya fanidan talabalar mustaqil ishlarining mavzulari 2019-2020 o'quv yili

№	Mustaqil ishlarning mavzulari	Soati
1	Umurtqa arteriyalari shikastlanishlari. Bosh miya qon bilan ta'minlanishida ularni roli.	4
2	Qul-oyoqlar kritik ishemiyasi.	4
3	Ko'krak qafasi jarohatlari. Tasnifi, sababi, klinika, diagnostika, davolash.	4
4	Reyno kasaligi. Kon tomir kasalliklarini zamonaviy davolash usullari.	4
5	Pedjet-SHretter kasalligi.	4
6	Ileofemoral venoz tromboz	4
7	Yurak miksomasi	4
8	Perikarditlar	4
9	O'pka arteriyasi tromboemboliyasi. Sababi, klinik turlari, davolash	4
10	Postxoletsistektomik sindrom ekstrabiliar sabablar. Xavfli etiologiyali mexanik	4

	sariqlik	
11	Jigar transplantatsiyasi	4
12	O'pka surunkali nospetsifik yiringli kasalliklarni zamonaviy davolash usullari. O'pka noparazitar kistalari. Spontan pnevmotoraks.	4
13	Ko'ks oralig'i yiringli kasalliklari. O'tkir mediastenit, tasnifi, sababi, diagnosika va davolash.	4
14	Qizilo'ngach yot jismlari	4
15	Diafragma relaksatsiyasi	4
	J a m i:	60 soat

**GOSPITAL XIRURGIYA FANIDAN TIBBIY PEDAGOGIKA FAKULTETI TALABALAR
MUSTAQIL ISHLARINING TEMATIK REJASI (2019-2020 u.y.)**

№	TMI mavzulari (15 kun)	Soat
1	Umurtqa arteriyalari shikastlanishlari. Bosh miya qon bilan ta'minlanishida ularni roli.	3
2	Qul-oyoqlar kritik ishemiyasi.	3
3	Ko'krak qafasi jarohatlari. Tasnifi, sababi, klinika, diagnostika, davolash.	3
4	Reyno kasaligi. Kon tomir kasalliklarini zamonaviy davolash usullari.	3
5	Pedjet-SHretter kasaligi.	3
6	Ileofemoral venoz tromboz	3
7	Yurak miksomasi	3
8	Perikarditlar	3
9	O'pka arteriyasi tromboembolizatsiyasi. Sababi, klinik turlari, davolash	3
10	Postxolelitsistektomik sindrom ekstrabiliar sabablar. Xavfli etiologiyali mexanik sariqlik	3
11	Jigar transplantatsiyasi	3
12	O'pka surunkali nospetsifik yiringli kasalliklarni zamonaviy davolash usullari. O'pka	3
13	Ko'ks oralig'i yiringli kasalliklari. O'tkir mediastenit, tasnifi, sababi, diagnosika va davolash.	3
14	Qizilo'ngach yot jismlari	3
15	Diafragma relaksatsiyasi	2
	J a m i:	44soat

**GOSPITAL XIRURGIYA FANIDAN AMALIY KO'NIKMALAR RO'YXATI
2019-2020 uv yili (2015 u.y. dasturi asosida)**

- Arterial qon ketishda jgut kuyish. Qonayotgan tomirga qon to'xtatuvchi qisqich qo'yish. Venoz qon ketishda bosuvchi bog'lam qo'yish
- Oyoq – qo'ldan qon ketishda birinchi yordam
- Yirik qon–tomirlardan qon ketganda qonni barmoq b-n bosish yordamida to'xtatish anatomik nuqtalari
- Venesektsiya o'tkazish texnikasi
- Venoz sinamalarni o'tkazish
- Qizilo'ngach va me'dadan qon ketganda ambulator yordam ko'rsatish. Blekmor zondini o'rnatish texnikasi
- Laparotsentez o'tkazish texnikasi

8. O'pkadan qon ketganda ambulator yordam ko'rsatish
9. Paraneural blokada. **Vagosimpatik blokada**
10. Ko'krak qafasini shikastlanishida birinchi yordam ko'rsatish
11. Pnevmotoraks va **yopik pnevmotoraksda ambulator yordam ko'rsatish**
12. **Nazogastral zond orkali bemorni ovqatlantirish**
13. Klapanli pnevmotoraksda ambulator yordam ko'rsatish
14. Plevral punktsiya o'tkazish. **Torakotsentez o'tkazish texnikasi**
15. **Teri, jigar orqali xolangistomani yuvish texnikasi**

9. Fan bo'yicha bilim, malaka va ko'nikmalar reyting nazorati va baholash mezonlari

Talabaning tayyorgarlik darajasini belgilashda asosiy mezon sifatida uning joriy, oraliq, yakuniy nazoratlarda olgan baxolar reytingi hisobga olinadi.

Fan uchun qo'yiladigan 100 ball quyidagi shaklda taqsimlanadi:

№	Nazorat turi	Maksimal ball	Koeffitsienti	O'tish ball
1.	Joriy nazorat TMI bilan birgalikda	50	0,5	27,5
2.	Oraliq nazorat	20	0,2	11,0
3.	Yakuniy nazorat	30	0,3	16,5
	JAMI	100	1	55,0

Dasturning informatsion uslubiy ta'minoti

- Gospital xirurgiya fanini o'qitish jarayonida ta'limning zamonaviy uslublari, pedagogik va axborot-kommunikatsiya texnologiyalari (multimediya, o'quv filmlari, interfaol usullari, masofadan o'qitish, internet ma'lumotlari, o'quv-ko'rgazamali qurollar va b.) qo'llanilishi nazarda tutilgan.
- Barcha mavzular bo'yicha zamonaviy komp'ter texnologiyalari asosida ma'ruza mashg'ulotlarida qo'llaniladi.
- Fanning umumiy va xususiy bo'limlarida tegishli mavzularda o'tkaziladigan amaliy mashg'ulotlarida, vaziyatli masala, miya shturmi, intsident kichik guruxlarda fikrlash pedagogik texnologiyalar qo'llash nazarda tutiladi.

Darsliklar, qo'llanmalarning ro'yxati

I. Asosiy:

1. Xirurgik kasalliklar. SH.I.Karimov, Toshkent, 2005.
2. Xirurgicheskie bolezni. SH.I. Karimov, Tashkent, 2005.
3. CHirurgik kasalliklar. SH.I. Karimov. Toshkent, 2011.
4. Xirurgik kasalliklar. SH.I.Karimov, N.X.SHamirzaev, Toshkent, 1995.
5. Xirurgicheskie bolezni. Pod red.M.I.Kuzina., Meditsina, 2002.
6. Metodicheskoe posobie po gositalnoy xirurgii. Nazirov F.G. s soav.Tashkent 2004g.
7. Klinicheskaya xirurgiya. Pod red. Pantsireva Yu.M. M. «Meditsina», 1988
8. Vorobev A Spravochnik prakticheskogo vracha v 3x tomax. 1990
9. Konden R., Neyxus L. Klinicheskaya xirurgiya Moskva. Praktika 1998
10. Nazirov F.G., Denisov I.I., Ulugbekov E.G. Spravoch.-putevoditel praktikuy.vracha. M. 2000.

II. Qo'shimcha:

11. Alperovich B.I. Xirurgiya pecheni i jelchnix putey. Moskva. Meditsina 1997.
12. Astapenko V.G. Prakticheskoe rukovodstvo po xirurgicheskim boleznyam. Minsk, 2004.
13. Vaxidov V.V., Xadjibaev A.M. Postvagotom.sindromi i ix xirurgicheskaya korrektsiya. T,1993.
14. Yeroxin I.A., Gelfand B.R., SHlyapnikov S.A. Xirurgicheskie infektsii. Sankt-Peterburg, 2003.

15. Loginov A.S., Blok Yu.E. Xronicheskie gepatiti i tsirrozi Zab. pecheni i jelchnix putey. M,2002.
16. Mayer K.P. Gepatit i posledstviya gepatita. M. 1999.
17. Savelev V.S. 50 lektzii po xirurgii. Moskva 2004.
18. SHerdok N., Dj. Duli Zabolevaniya pecheni i jelchnix putey. M. Meditsina 1999.
20. Osnovi operativnoy xirurgii. Pod red. S.A.Simbirtseva, 2002.
21. Prikladnaya laparoskopicheskaya anatomiya: bryush.polost i maliy taz. Vind G. Dj.1999
22. Ambulatory colorectal surgery. Ambulatory colorectal surgery / edited by Laurence R. Sands, Dana R. Sands.- New York: Informa Healthcare USA, Inc., 2009.- 354 p.
23. Jebrovskiy V.V. Xirurgiya grij jivota. 2005.
24. Xirurgiya pecheni. Alperovich B.I.2010.
25. Diagnosticheskiy spravochnik xirurga – Astafurov V.N. 2003.
26. Atlas drenirovaniya v xirurgii – Gulman M.I. 2004.
27. Atlas operativnoy xirurgii grij – Yegiev V.N.2003.
28. Xoledoxolitiaz – Maystrenko N.A.2000.
29. Patologiya cherveobraznogo otrostka i appendektomiya – Pronin V.A.2007.
30. Etyudi jeludochnoy xirurgii – Yudin S.S.2003.
31. Atlas operatsiy na jelchnix putyax, Krasilnikov D.M., Mavrin M.I., Mavrin V.M. 2000.
32. Laparoskopicheskaya i torakoskopicheskaya xirurgiya – Konstantin Frantzaydes. 2000.
33. Odnoryadny neprerivny shov anastomozov v abdominalnoy xirur– Yegiev V.N. 2002g
34. Rukovodstvo po xirurgii jelchnix putey – Galperin E.I.2009g
35. Osnovi krioxirurgii pecheni i podjeludochnoy jelezi. Alperovich B.I.2006g
36. Povrejdeniya jivota pri sochetannoy travme. Abakumov M.M., Lebedev N.V.2005g
37. Neotlojnaya pankreatologiya – Kostyuchenko A.L.2000g
38. Operatsii na pecheni – V.A. Vishnevskiy.2003g
39. Rasprostranenniy gnoyniy peritonit – V. V. Boyko.2008g
40. Zdraviy smisl v neotlojnoj abdominalnoy xirurgii – Moshe SHayn.2003g
41. Neotlojnaya abdominalnaya xirurgiya – Maystrenko N.A.2002g
42. Abdominalnaya xirurgiya – Grigoryan R.A. V 2-x tomax.2006g
43. Xirur-kaya operatsiya. Rasstroystvo gomeostaza, predoperats. podgot - I.Ya.Makshanov. 2002 g.

Internet saytlar:

1. www.mededu.ru,
2. www.medison.ru,
3. www.proctolog.ru,
4. www.colonoscopy.ru,
5. www.remedium.ru,
6. www.allsurgery.ru

MINISTRY OF HIGHER AND SECONDARY SPECIAL EDUCATION
MINISTRY OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN
BUKHARA MEDICAL INSTITUTE
DEPARTMENT OF FACULTY AND HOSPITAL
SURGERY, UROLOGY

MINISTRY OF HIGHER AND SECONDARY SPECIALIZED EDUCATION OF THE
REPUBLIC OF UZBEKISTAN
MINISTRY OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN

BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE

Chair of Faculty and Hospital Surgery, Urology

Registered by the
Education Department
№ 1/7 - 1-2c
" 27 08 2020 year

"APPROVED"
Prorector of Educational work of
Bukhara State Medical Institute, c.m.s.
G.I. Jarilkasimova
" 27 08 2020 year



WORK PROGRAM

of science Hospital Surgery

Education Code - 510000 «Health»

Education direction:

5510100 - Medical

5111000 - Medical-Pedagogical (5510100 - Medical)

Faculty	Medical	Medical-Pedagogical
Course	V	V
Semester	IX-X	IX-X
Clock size	173 hours	155 hours
Including:		
Lecture	27 hours	18 hours
Practical training	27 hours	36 hours
Clinical training	54 hours	54 hours
Independent work	65 hours	47 hours

Bukhara – 2020

Creators:

K.U.Gazyev, assistant of the chair "Faculty and Hospital Surgery,
Urology" PhD
S.O.Komilov, docent of the chair "Faculty and Hospital Surgery,
Urology" PhD,
J.S.Hikmatov, assistant of the chair "Faculty and Hospital Surgery,
Urology"

Inspectors:

Sh.T.O'roqov, Head of the chair "Surgery and reanimate" Doctor of science, Professor

Q.B.Shodmonov Head of the chair "Languages", Doctor of science, Professor

R.M.Akhmedov, Head of the chair "Faculty and Hospital Surgery,
Urology" Doctor of science, Professor


(signature)

B.B.Safoyev, Interdisciplinary Methodological Commission,
Dean of the Faculty of Medicine and Pediatrics, Doctor of science


(signature)

This working curriculum is based on the model curriculum and curriculum and is
discussed and approved at the Central Methodological Council of Bukhara State
Medical Institute.

Protocol № 1 « 24 » 06 2020 year.

Methodist:



R.H.Odilova

STRUCTURE OF THE WORKING PROGRAM OF EDUCATIONAL DISCIPLINES

The work program of the discipline should include:

1. Introduction

Hospital surgery is a special clinical discipline dealing with the etiology, pathogenesis, clinic, research methods, prognosis and complications, the principles of treatment and prevention of surgical diseases, and emergency care in emergency conditions. In conditions of SVP and GWP, from up to 1 \ 3 patients come for surgical diseases and often they need urgent measures to save the patient's life. Therefore, studying faculty under the GP program is a necessary requirement for students of medical and medical-pedagogical faculties.

A standard program for hospital surgery was compiled taking into account the State educational standard, the qualification characteristics of a general practitioner and the volume of the academic load, according to the curriculum. The program includes a volume of theoretical and practical skills that students of the medical and medical-pedagogical faculties should master in studying surgical diseases under the GP program.

Goals and objectives of the discipline

The purpose of the training is: training of 5-year students of the medical and medical-pedagogical faculties of the most common surgical pathology of the gastrointestinal tract, disease of the gallbladder and extrahepatic biliary tract, surgical diseases of the liver, pancreas and intestinal fistula, using modern diagnostic methods and treatment, in conditions like a hospital, clinic, SVP, training, first aid.

Objectives of the subject:

- Using theoretical knowledge to provide qualified assistance at the patient's bedside, while receiving patients in the clinic, working in the operating room and in the dressing unit.
- The use of practical skills in the provision of primary care and in making a clinical diagnosis of surgical patients, while using modern diagnostic methods.
- Teaching students to independently curate patients and use practical skills.
- Filling out a medical history, outpatient records and other documents.
- The provision of emergency medical care and the diagnosis of acute surgical diseases.
- Planning of diagnosis and treatment of patients according to the diagnostic standards of surgical diseases.

Hospital surgery is taught to 5-year students of the Faculty of Medicine and medical pedagogy. The lesson is held in the departments of the surgical profile of the clinic using new pedagogical technologies: slides, multimedia, tables and a demonstration of thematic patients. Students knowledge is ranked.

Students participate in seminars and lectures. Classes at the department are held in the form of cycles. During the cycle, each student daily takes part in the supervision of thematic patients. Moreover, they are in the departments of abdominal surgery, resuscitation, purulent surgery. If there are no patients on the topic, in order to differential. diagnostics examine patients with similar diseases. Each student passes 2 night shifts and squeaks one medical history. This is all taken into account when evaluating a student. 190 hours are allocated for 5-year students, of which 36 hours of lectures (18 topics), 108-hours of practical classes (24 topics) and 46 hours of independent work (20 topics).

The innovation in teaching classes is that interactive methods are used in classes: multimedia, test questions, and situational tasks, etc. All students are evaluated on the basis of a rating during the year. Based on a 100-point rating system, students are rated for MOT, PO, IO.

Current assessment (TO) 0.45 coefficient, students' independent work (CPC) 0.05 coefficient, intermediate assessment (ON) 0.2 coefficient, final control (IR) consists of two parts - OSKI-0.15 coefficient and test control-0.15 coefficient. Practical exercises 50% are conducted by inter-active methods.

The student must know:

- Etiology, pathogenesis, clinic, diagnosis, treatment and ways of preventing surgical diseases according to the program.
- Clinical symptoms of the most common urgent and planned surgical diseases of the abdominal organs;
- Clinical symptoms of the most common chronic surgical diseases, diagnostic methods, prevention and treatment;

- Methods of modern rehabilitation in the postoperative period.
- The importance of exo and endogenous factors in the development of surgical diseases;
- Etiology, pathogenesis, diag. and prevention of chronic diseases of the aorta and major vessels;
- Etiology, pathogenesis, diagnosis and prevention of surgical diseases of the chest and abdominal organs.
- Surgical diseases of the esophagus, its anatomy and physiological characteristics;

2. The volume of the training load on Hospital Surgery for students

Medical and Medical-Pedagogical faculties for 2019-2020 academic year

Labor input	The distribution of the volume of the study load by type classroom lessons (per hour)					Independent works
	Total	Lecture	Practical lessons	Seminars	Clinical lessons	
G.M. 150	90	26	20	-	44	60
M.P. 134	90	26	20		44	44

7.

Lecture course

3.1. Thematic plans for lectures

№	Lecture Topic Title	Hour
1	Introduction. The concept of hospital surgery. Disease of the esophagus. Anatomical and physiological data. Special research methods. Diagnosis of the esophagus. Diverticulum of the writer. Etiology, pathogenesis, classification, clinic, diagnosis. Conservative and surgical treatment. Cardiospasm. Achalasia of the cardia. Classification, diagnostics, differential diagnostics, Conservative and surgical treatment. Chemical burns of the esophagus and cicatricial narrowing. Reasons, clinic, course of the acute period. First aid. Complications of burns of the esophagus. The clinical course of cicatricial narrowing of the esophagus. Diag. Conservative and surgical treatment methods.	2
2	Portal hypertension. Concept. Classification. Chiari Syndrome, Buddy Chiari. Complications: routine bleeding from the esophagus veins, ascites, splenomegaly. Portocaval and cava-caval anastomoses. Diag., Conservative and surgical treatment of portal hypertension.	2
3	Echinococcosis and alveococcosis of the liver and lung. Etiopath., Wedge., Echinococcus complication, diagnosis. Conservative and surgical treatment.	
4	Varicose vein dilation. Anatomical physiology of the veins of the lower extremities. Varicose disease. Congenital abnormalities of deep veins: Parks-Weber Rubashev syndrome, Klippel-Trenaunay. Paget Shretter's disease. Thrombophlebitis and thrombosis of superficial and deep veins. "White" and "blue" phlegmosia. Postthrombophlebitis syndrome. Etiology, wedge., Diag., And opera methods of treatment. Conservative and surgical treatment.	2
5	Occlusive diseases of the aortic arch .. Surgery ischemic heart disease. Nonspecific aorta arteritis. Takayasu's syndrome. Diagnostics. Conservative and surgical treatment.	2
6	Occlusive diseases of the abdominal aorta and its branches. Chronic abdominal ischemia syndrome. Symptomatic arterial hypertension. Classification. Vasorenal hypertersia. Clinic, diag. Conservative and surgical treatment.	2
7	Lerish's syndrome. Occlusive diseases of the arteries of the lower extremities. Atherosclerosis, endoarthritis. Buerger's disease, Raynaud's disease. Clinic. Acute arterial thrombosis and embolism. Acute arterial insufficiency. Clinic, diag. Conservative and surgical treatment.	2
8	Congenital and acquired heart defects. Classification, "white" and "blue" vices. Concept. Hemodynamic impairment. Conservative and surgical treatment.	2
9	Acute and chronic non-specific purulent lung diseases. Classification. Clinic, diag. Conservative and surgical treatment.	2
10.	Acute and chronic nonspecific purulent pleural diseases. Classification. Clinic, diag. Conservative and surgical treatment. Bronchopleural and bronchorotocal fistulas. Diag., Methods of treatment. Pneumothorax. Concept. Types of pneumothorax. Types and tactics of treatment.	2
11.	Mediastinal disease. Benign tumors and mediastinal cysts. Classification. Myasthenia gravis and mediostenitis. Clinic and diagnostics. Conservative and surgical treatment. Diaphragmatic hernia. Classification, clinic. Diagn. Conservative and surgical treatment. Diaphragm relaxation.	2

12	Post-gastro-resection and post-vagotomy syndromes. Concept. Classification, clinic and diagnosis. Conservative and surgical treatment.	2
13	Postcholecystectomy syndrome. Concept. Classification, clinic and diagnosis. Obstructive jaundice. Cholangitis. Causes. Diagnostics. Conservative and surgical treatment.	2
T O T A L		26

3.2. CONTENT OF LECTURE MATERIAL ON THE SUBJECT HOSPITAL SURGERY

Theme 1. Introduction. The concept of hospital surgery. Disease of the esophagus. Anatomical and physiological data. Special research methods. Diagnosis of the esophagus. Diverticulum of the writer. Etiology, pathogenesis, classification, clinic, diagnosis. Conservative and surgical treatment. Cardiospasm. Achalasia of the cardia. Classification, diagnostics, differential diagnostics, Conservative and surgical treatment. Chemical burns of the esophagus and cicatricial narrowing. Reasons, clinic, course of the acute period. First aid. Complications of burns of the esophagus. The clinical course of cicatricial narrowing of the esophagus. Diagnostics. Conservative and surgical treatment methods.

Summary of lecture material. Introduction Objectives and achievements of the subject of the Hospital

surgery. Anatomical and physiological data of the esophagus. Research Methods. Diverticulum of the writer. Etiopathogenesis, clinic, diagnosis and treatment. Chemical burns of the esophagus. Clinical manifestations, features of the course, diagnosis and treatment of the disease. Complication. Prevention Cicatricial narrowing of the esophagus. Clinic, diagnosis., Treatment. Methods reconstructive options on the esophagus. Cardiospasm. Clinic, diagnosis, cardi dilation technique. Methods of treatment, differential diagnosis. Foreign body of the esophagus. Reasons, diagnosis and treatment methods.

References: B (basic) - 1.2 A (additional) -1,2,4,6

Theme 2. Portal hypertension. Concept. Classification. Chiari Syndrome, Buddi Chiari. Complications: routine bleeding from the esophagus veins, ascites, splenomegaly. Portocaval and cava-caval anastomoses. Diag., Conservative and surgical treatment of portal hypertension.

Summary of lecture material. Portal Hypertension Syndrome. Classification, wedge manifestations. Modern diagnostics and treatment methods.

Literature: B (basic) - 1,3,5,6,7,9 A (additional) -12,16,17,19,38,41

Topic 3. Echinococcosis and alveococcosis of the liver and lung. Etiopath., Wedge., Echinococcus complication, diagnosis. Conservative and surgical treatment.

Summary of lecture material. Parasitic liver disease. Echinococcosis and alveococcosis. Etiopathogenesis, clinical manifestations. Diagnosis, complications, treatment methods.

Literature: B (basic) -1,3,5,6,7,9,10 A (additional) -12,16,17,19,38,43.

Topic 4. Varicose vein dilation. Anatomical physiology of the veins of the lower extremities. Varicose disease. Congenital malformations of deep veins: Parks-Weber Rubashev syndrome, Klippel-Trenaune. Paget Shretter's disease. Thrombophlebitis and thrombosis of superficial and deep veins. "White" and "blue" phlegmosia. Postthrombophlebitis syndrome. Etiology, wedge., Diag., And opera methods of treatment. Conservative and surgical treatment.

Summary of lecture material. Varicose veins of the lower extremities. Etiology, clinic and treatment. Post-thrombophlebitis syndrome. (PTFS). Clinical manifestations of the disease, diagnosis and conservative and surgical methods of treatment.

References: B (basic) -1.3.5.6.7.9.10 A (additional) -13.18

Topic 5. Occlusive diseases of the aortic arch .. Surgery ischemic heart disease. Nonspecific aorta arteritis. Takayasu's syndrome. Diagnostics. Conservative and surgical treatment.

Summary of lecture material. Anatomical and physiological data of arterial vessels. Occlusive arterial vascular disease. Etiology, classification, pathogenesis. Methods and stages for the diagnosis of occlusal diseases and their significance in differential. diagnosis.Nonspecific aortoarteritis.

Takayasu's syndrome. Etiology, pathogenesis, clinical features, diagnosis and treatment. Surgical and endovascular treatments.

Literature: B (basic) -1,3,5,6,7,9,10 A (additional) -13,18,20,27

Topic 6. Occlusive diseases of the abdominal aorta and its branches. Chronic abdominal ischemia syndrome. Symptomatic arterial hypertension. Classification. Vasorenal hypertersia. Clinic, diag. Conservative and surgical treatment.

Summary of lecture material. Occlusive diseases of the abdominal aorta. Chronic abdominal ischemia syndrome. Vasorenal hypertersia. Clinical manifestation. Diagnostics. Methods of treatment. Complications

Literature: B (basic) -1,3,5,6,7,9,10 A (additional) -13,18,20,27

Theme 7. Lerish's syndrome. Occlusive diseases of the arteries of the lower extremities. Atherosclerosis, endoarthritis. Buerger's disease, Raynaud's disease. Clinic. Acute arterial thrombosis and embolism. Acute arterial insufficiency. Clinic, diag. Conservative and surgical treatment.

Summary of lecture material. Lerisch syndrome. Atherosclerosis. Obliterating endarteritis. Clinical manifestation and

treatment methods. Acute thrombosis and embolism. Etiopathogenesis. Factors the formation of thrombosis. Clinical course. Conservative and surgical methods of treatment.

Literature: B (basic) -1,3,5,6,7,9,10 A (additional) -13,18,20,27

Topic 8. Congenital and acquired heart diseases. Classification, “white” and “blue” vices. Concept. Hemodynamic impairment. Conservative and surgical treatment.

Summary of lecture material. Anatomical and physiological information. Classification, examination methods for patients with congenital and acquired heart defects (ECG, FCG, X-ray scopy). Special research methods (heart sounding, angiocardiography, coronary cardiography, echocardiography). Open ductus arteriosus. Triad Falla and Tetroad a Falla. Syndrome Liu tenbache. Coarctation of the aorta. Clinical manifestation of the disease. Surgical correction. Principles of operation and use of the cardiopulmonary bypass system Acquired heart defects. Etiology, pathogenesis classification, clinic, diagnosis and methods of surgical treatment of mitral, aortic and tricuspid aorta. Indication and contraindication for surgical treatment. Open and closed methods of surgical treatment of commissurotomy, autoplasty, valvuloplasty, heart valve prosthetics. Artificial heart valves.

Literature: B (basic) -1,3,5,6,7,9,10 A (additional) -11,13,18,20,43

Topic 9. Acute and chronic non-specific purulent lung diseases. Classification. Clinic, diagnostics. Conservative and surgical treatment.

Summary of lecture material. Purulent lung disease. Anatomy and physiology. Gangrene and lung abscesses. Etiology, pathogenesis. Clinical manifestations. Diagnosis and treatment methods. Complication. Chronic abscess Bronchiectatic disease. Clinic, diagnostics, differential diagnostics and treatment. The role of bronchoscopy in the treatment of purulent lung disease.

Literature: B (basic) -1,3,5,6,7,9,10 D (additional) -13,15,43

Topic 10. Acute and chronic nonspecific purulent diseases of the pleura. Classification. Clinic, diag. Conservative and surgical treatment. Bronchopleural and bronchorotocal fistulas. Diag., Methods of treatment. Pneumothorax. Concept. Types of pneumothorax. Types and tactics of treatment.

Summary of lecture material. Acute and chronic pleural empyema. Pyopneumothorax. Etiology, pathogenesis, classification, clinics and treatment. Bronchopleural and bronchorotocal fistulas. Diagnosis and treatment methods. Types of thoracoplasty. Pneumothorax. Concept. Types of pneumothorax. Spontaneous pneumothorax. Cause. Tactics of treatment.

Literature: B (basic) -1,3,5,6,7,9,10 A (additional) -13,15,43

Topic 11. Mediastinal disease. Benign tumors and mediastinal cysts. Classification. Myasthenia gravis and mediastinitis. Clinic and diagnostics. Conservative and surgical treatment. Diaphragmatic hernia. Classification, clinic. Diagnostics. Conservative and surgical treatment. Diaphragm relaxation.

Summary of lecture material. Anatomy and physiology of the diaphragm. Diagnostic methods for sick diaphragm: fluoroscopy, radiography, pneumoperitonium. Diaphragmatic hernia. Classification. Traumatic and non-traumatic hernias. Hernia Larrey, Bochdalek, Morgan. Clinic, diagnosis, treatment. Hernia diaphragmatic opening of the esophagus. Clinic and treatment of sliding and paraesophageal hernias. Diaphragm relaxation. Clinic and diagnosis and treatment. The role of pneumoperitonium in diagnosis. Anatomy and physiology of the mediastinum. Research methods: (X-ray, CT, pneumomediastinoscopy, etc.). Benign tumors and mediastinal cysts. Classification, diagnostics, differential diagnostics and treatment methods. Myosthenia diagnosis and treatment methods. Mediastinitis. Etiopathogenesis, classification, clinical course, diagnosis, conservative and surgical methods of treatment of acute purulent mediastinitis.

Literature: B (basic) -1,3,5,6,7,9,10 A (additional) -13,15,43

Theme 12. Post-gastro-resection and post-vagotomy syndromes. Concept. Classification, clinic and diagnosis. Conservative and surgical treatment.

Summary of lecture material. Post-resection syndrome. Postvagotomy syndrome. Relapse of peptic ulcer. Reasons, wedge, methods treated.

Literature: B (basic) -1,3,5,6,7,8,9,10,11 A (additional) -13,14,18,20,30,40, 43

Theme 13. Postcholecystectomy syndrome. Concept. Classification, clinic and diagnosis. Obstructive jaundice. Cholangitis. Causes . Diagnostics. Conservative and surgical treatment.

Summary of lectures. material. The concept of pathology. Classification. Etiopathogenesis of some pathological conditions observed after cholecystectomy. Diagnosis and the role of endoscopic interventions in the treatment of postcholecystectomy syndrome. Types of jaundice: hemolytic, parenchymal, mechanical. Reasons: benign and malignant. Diagnostic methods: ultrasound, CT, RPHG, HHHG. Differential diagnosis of species in jaundice. Treatment. Cholangitis. Reason, diagnosis and treatment.

Literature: B (basic) - 1,3,5,6,7,8,9,10,11 A (additional) -12,13,16,19,31,34

4. Practical and clinical classes in Hospital Surgery

№	Lecture Topic Title	Hours		
		p/l	c/l	total
1	Introduction The concept of hospital surgery. Description of the medical history. Introspection with separation. Curation is sick. Anamnesis and objective research. Disease of the esophagus. Anatomical and physiological data. Special research methods. The main symptoms are symptoms of esophageal disease. Diverticulum of the writer. Etiology, pathogenesis, classification, clinic, diagnosis and treatment. Chemical burns of the esophagus and cicatricial narrowing. Reasons, clinic, diagnosis. Conservative and surgical methods of treatment. Types of surgery for cicatricial narrowing of the esophagus. Cardiospasm. Clinic, diagnostics, differential diagnostics, cardiodilation, operative treatment methods (Geller, Petrovsky, Gilyarovsky). Foreign body of the esophagus. Etiology, wedge., Diag., Endoscopic and surgical methods of treatment.	2	3	5
2	Portal hypertension and its complication. Etiology, pathogenesis, clinic, diagnosis. Conservative and surgical treatment of portal hypertension. Indication for surgery. Types of operation. Buddy Chiari Syndrome. Wedge., Diagnosis, treatment.	1	3	4
3	Echinococcosis. The concept of a parasite. Echinococcosis and alveococcosis of the liver and lung. Clinic, diagn. Surgical treatment methods. Surgical tactics and treatment of concomitant echinococcus of the liver and lung. Cysts of the lung. Classification.	1	3	4
4	Venous vascular disease. Varicose disease. Anatomical physiology of the veins of the lower extremities. Wedge., Diagn., Treatment of varicose veins. Congenital malformations: Parks-Weber Rubashev syndrome, Klippel-Trenaunay. Paget Shretter's disease. Thrombophlebitis and thrombosis of superficial and deep veins "white" and "blue" phlegmasia, clinic, diagnosis and treatment. Postthrombophlebitis syndrome. Concept. Etiology, clinic, diagnostics, differential diagnostics, methods of conservative and surgical treatment. Prevention of PTFS.	1	3	4
5	Occlusive diseases of the aortic arch. Anat physiology. Stages and methods for the study of patients with occlusal obstruction of arterial vessels. Takayasu's syndrome. Nonspecific aorta arteritis. Etiology, clinic, diagnostics, endoscopic and surgical methods of treatment. Sympatectomy, endarterectomy, prosthetics, bypass surgery. Coronary heart disease. Concept. Conservative and surgical treatment.	2	2	4
6	Occlusive diseases of the abdominal aorta and its branches. Oblusion (high, middle, lower) of the abdominal aorta. Chronic abdominal ischemia syndrome. Symptomatic arterial hypertension. Vasorenal hypertersia. Feochromocytoma. Conn's syndrome. Itsenko-Cushing. Etiology, clinic, diagnostics, endoscopic and surgical methods of treatment. New technologies.	1	3	4
7	Lerish's syndrome. Obliterating atherosclerosis, endoarthritis. Buerger's disease, Raynaud's disease. Diabetic angiopathy Clinic, diagnostics, Conservative and surgical treatment.	1	3	4
8	Acute arterial insufficiency. Acute arterial thrombosis and embolism. (Upper and lower extremities.) Thrombosis and embolism of the mesenteric vessels. Etiology, factors contributing to thrombosis. Clinic, diag-s, differential diagnostics. The principle of anticoagulant therapy. Conservative and surgical treatment.	2	3	5
9	Congenital heart defects. Anatomical and physiological information. Classification, examination methods for patients with CHD. Open aortic duct, Triado Fallo, Tetrado Fallo. Coarctation of the aorta. Etiology, pathogenesis, classification, diagnosis, treatment.	1	3	4
10	Acquired heart defects. Etiology, pathogenesis, classification, diagnosis and treatment. Mitral, aortic, tricuspid thresholds of the heart. Indication, contraindication of surgical treatment. Methods of surgical treatment.	1	3	4
11	Acute and chronic non-specific purulent lung diseases. Acute lung abscess, lung gangrene, gangrenous abscess. Etiology, pathogenesis, classification, diagnosis and treatment. Chronic lung abscesses. Bronchiectatic disease. Etiology, pathogenesis, classification, diagnosis and treatment. The role of bronchoscopy in treatment.	1	3	4
12	Pleural Disease Anatomy and physiology of pleura. Acute and chronic pleural empyema. Etiology, pathogenesis, classification, diagnosis and treatment. Bronchopleural and broncho-pleurorotor fistulas. Types of thoracoplasty. Pyopneumothorax. Pneumothorax. open, closed and strained pneumotraxes. Causes. Clinic and treatment.	1	3	4
13	Mediastinal disease. Benign tumors of the mediastinum. Cysts of the mediastinum and lungs. Myasthenia gravis and mediastinitis. Etiology, pathogenesis, classification, diagnosis and treatment. Nonparasitic lung cysts. The reason is the clinic. Spontaneous pneumothorax. Diaphragmatic hernia. Classification, clinic. Hernias of the diaphragmatic opening of the esophagus. Classification, clinic, diagnosis and treatment. Diaphragm relaxation.	1	3	4
14	Post-gastro-resection and post-vagotomy syndromes. Diseases of the operated stomach. Concept. Classification. Reasons, wedge., Diagnosis., Surgeon. Treatment. Indication for reconstructive surgery.	2	3	5
15	Postcholecystectomy syndrome. The concept of, classification, etiopathogenesis, diagnosis, differential diagnostics. Obstructive jaundice. Types of jaundice: hemolytic, parenchymatosis, mechanical. Causes of obstructive jaundice. Methods, diagnostics and surgical treatment. Cholangitis. Clinic, diagnosis, treatment.	2	3	5
TOTAL		20	44	64

CONTENTS PRACTICAL AND CLINICAL LESSON ON THE SUBJECT HOSPITAL SURGERY

Theme 1. Introduction. The concept of hospital surgery. Description of the medical history. Astonishment with separation. Curation is sick. Anamnesis and objective research. Disease of the esophagus.

Anatomical and physiological data. Special research methods. The main symptoms of esophageal disease. Diverticulum of the writer. Etiology, pathogenesis, classification, clinic, diag. and treatment. Chemical burns of the esophagus and cicatricial narrowing. Reasons, clinic, diagnosis. Conservative and surgical methods of treatment. Types of surgery for cicatricial narrowing of the esophagus. Cardiospasm. Clinic, diagnostics, differential diagnostics, cardiodilation, operative treatment methods (Geller, Petrovsky, Gilyarovsky). Foreign body of the esophagus. Etiology, wedge., Diag., Endoscopic and surgical methods of treatment.

Lesson Summary: Introduction. Objectives and achievements of the subject of Hospital Surgery. Anatomical and physiological data of the esophagus. Research Methods. Diverticulum of the writer. Etiopathogenesis, clinic, diagnostics and treatment. Chemical burns of the esophagus. Clinical manifestations, course features, diagnosis and treatment methods of the disease. Complication. Prevention Cicatricial narrowing of the esophagus. Clinic, diagnosis., Treatment. Methods reconstructive options on the esophagus. Cardiospasm. Clinic, diagnostics, cardiodilation technique. Methods of treatment, differential diagnosis. Foreign body of the esophagus. Reasons, diagnosis and treatment methods. Clinic, diagnosis, conservative and surgical treatment. Types of outcomes of surgical interventions.

The main manifestations of diseases of the esophagus. Burns of the esophagus with chemicals. Cicatricial narrowing of the diverticulum of the esophagus. Clinic, diagnosis, conservative and surgical treatment. Complication when performing operations on the esophagus. Prevention of cure. Clinic, diagnostics and differential diagnostics. Cardiodilation technique. Types of operations of a foreign body of the esophagus. Endoscopic and surgical methods of treatment. The concept of cardiospasm. Clinic, diagnostics and differential diagnostics. Cardiac Dilation Technique.

Literature: B-1,3,5,9 A-13,20,27,30,43.

Theme 2. Portal hypertension and its complication. Etiology, pathogenesis, clinic, diagnosis. Conservative and surgical treatment of portal hypertension. Indication for surgery. Types of operation. Buddi Chiari Syndrome. Clinic., Diagnosis, treatment.

Summary: Conservative and surgical methods of treatment. Indication for surgery. Types of operations. Baddi-Chiari syndrome. Clinic, diagnosis and treatment. Portal hypertension. Classification and types of portal hypertension. Chiari and Buddi Chiari Syndrome. Clinic diagnosis. Conservative and surgical treatment. Modern diagnosis and treatment of portal hypertension

Literature: B-1,3,5,9 A-13,20,27,30,43.

Theme 3. Echinococcosis. The concept of a parasite. Echinococcosis and alveococcosis of the liver and lung. Clinic, diagn. Surgical methods of treatment. Surgical tactics and treatment of combined echinococcus of the liver and lung. Cysts of the lung. Classification.

Summary: Clinic, diagnosis and differential diagnosis. Types of surgical treatment and their outcomes. Surgical treatment of concomitant echinococcosis of the liver and lungs and its sequence. Echinococcus and alveococcus liver. Etiopathogenesis. Clinical manifestations. Complications of echinococcosis of the liver. Abscess of the liver. Diagnostics. Modern diagnostics and treatment. Indication for surgery. Types of Surgical Treatment

Literature: B-1,3,5,6,7,9,10 A-12,16,17,19,38,43.

Topic 4. Diseases of the venous vessels. Varicose disease. Anatomical physiology of the veins of the lower extremities. Wedge., Diagn., Treatment of varicose veins. Congenital malformations: Parks-Weber Rubashev syndrome, Klippel-Trenone. Paget Shretter's disease. Thrombophlebitis and thrombosis of superficial and deep veins "white" and "blue" phlegmasia, clinic, diagnosis and treatment. Postthrombophlebitis syndrome. Concept. Etiology, clinic, diagnostics, differential diagnostics, methods of conservative and surgical treatment. Prevention of PTFS.

Summary Clinic and diagnosis. Etiopathogenesis and treatment. Parks-Weber-Rub-Sut Syndrome, Klippel-Trenonne Paget-Schretter. Anatomical and physiological data. Special types of examinations. Varicose veins of the lower extremities. Clinic and diagnostics. Etiopathogenesis and treatment. Parks-Weber-Rubashov and Klippel-Trenonne Syndrome. Paget-Schretter: Varicose veins of the lower extremities. Thrombophlebitis and vein thrombosis of the lower extremities. Etiology, clinic, diagnosis and treatment. The concept of "white" and "blue" phlegmasia. Post-thrombophlebitis syndrome. (PTFS). Clinical manifestations of the disease, diagnosis and conservative and surgical methods of treatment. Prevention of PTFS.

References: B-1,3,5,6,7,9,10 A-13,18

Topic 5. Occlusive diseases of the aortic arch. Anatomical physiology. Stages and methods for the study of patients with occlusive diseases of arterial vessels. Takayasu's syndrome. Nonspecific aorta arteritis. Etiology, clinic, diagnostics, endoscopic and surgical methods of treatment. Sympatectomy, endarterectomy, prosthetics, bypass surgery. Coronary heart disease. Concept. Conservative and surgical treatment.

Lesson summary: Anatomical and physiological data of arterial vessels. Occlusive arterial vascular disease. Etiology, classification, pathogenesis. Methods and stages for the diagnosis of occlusal diseases and their significance in differential diagnostics. Nonspecific aortoarteritis. Methods of surgical treatment. Etiopathogenesis, clinical forms of treatment. Surgical treatments. Coronary heart disease. Etiopathogenesis. Surgical treatment methods. Takayasu's syndrome. Etiopathogenesis, clinical form of treatment methods.

References: B-1,3,5,6,7,9,10 A-13,18

Topic 6. Occlusive diseases of the abdominal aorta and its branches. Oblusion (high, middle, lower) of the abdominal aorta. Chronic abdominal ischemia syndrome. Symptomatic arterial hypertension. Vasorenal hypertersia. Feochromocytoma. Conn's syndrome. Itsenko-Cushing. Etiology, wedge., Diagnosis, endoscopic and surgical methods of treatment. New technologies.

Lesson summary: Occlusive diseases of the abdominal aorta. Chronic abdominal ischemia syndrome. Symptomatic arterial hypertension. Vasorenal hypertersia.

Etiology, wedge., Diag., Endoscopic and surgical methods of treatment. Pheochromostoma. Conn's syndrome, Itsungo Cushing. Diagnostics and differential diagnostics. Application of new technology. Etiopathogenesis. Syndrome of chronic abdominal ischemia (SCAI). Etiology, classification and methods of surgical treatment. High, middle and lower occlusion of the shaving aorta. Etiopathogenesis.

References: B-1,3,5,6,7,9,10 A-13,18

Theme 7. Lerish's syndrome. Obliterating atherosclerosis, endoarthritis. Buerger's disease, Raynaud's disease. Diabetic angiopathy Clinic, diagnostics. Conservative and surgical treatment.

Lesson outline: Occlusive diseases of lower limb arteries. Acute thrombosis and embolism. Lerish's syndrome. Obliterating atherosclerosis, endoarthritis. Buerger's disease, Raynaud's disease. Diabetic angiopathy Etiol, wedge., Diag., And oper.methods of treatment. Hir-kaya tactics when choosing a method of treatment. References: B-1,3,5,6,7,9,10 A-13,18

Topic 8. Acute arterial insufficiency. Acute arterial thrombosis and embolism. (Upper and lower extremities.) Thrombosis and embolism of the mesenteric vessels. Etiology, factors contributing to thrombosis. Clinic, diagnostics, differential diagnostics. The principle of anticoagulant therapy. Conservative and surgical treatment.

Lesson summary: Acute arterial insufficiency. Acute arterial thrombosis and embolism. Etiology, factors contributing to thrombosis. Clinic, diagnosis, differential diagnosis, treatment. Differential diagnosis of thrombosis and embolism (upper and lower extremities, mesenteric vessels). Clinic for acute thrombosis and embolism. Diagnostic Methods Conservative and operative (use of the Fogarty probe, embolectomy). Treatment methods. Anticoagulant therapy.

References: B-1,3,5,6,7,9,10 A-13,18

Topic 9. Congenital heart defects. Anatomical and physiological information. Classification, examination methods for patients with CHD. OAD, Triado Fallo, Tetrado Fallo. Coarctation of the aorta. Etiology, pathogenesis, classification, diagnosis, treatment.

Lesson summary: Anatomical and physiological information. Classification, examination methods for patients with congenital and acquired heart defects (ECG, FCG, fluoroscopy). Special research methods (heart sounding, angiocardiology, coronary cardiology, echocardiography). Open ductus arteriosus. Triad Falla and Tetroadada Falla. Lutenbach syndrome. Coarctation of the aorta. Clinical manifestation of the disease. Surgical correction. Principles of operation and use of the heart-lung machine

References: B-1,3,5,6,7,9,10 A-11,13,18,20,43

Theme 10. Acquired heart diseases. Etiology, pathogenesis, classification, diagnosis and treatment. Mitral, aortic, tricuspid thresholds of the heart. Indication, contraindication of surgical treatment. Methods of surgical treatment.

Lesson summary: Anatomical and physiological information. Classification, examination methods for patients with acquired heart defects (ECG, FCG, fluoroscopy). Special research methods (heart sounding, angiocardiology, coronary cardiology, echocardiography). Acquired heart defects: etiology, pathogenesis classification, clinic, diagnosis and methods of surgical treatment of mitral, aortic and tricuspid heart diseases. Indication and contraindication for surgical treatment. Open and closed methods of surgical treatment: commissurotomy, autoplasty, valvuloplasty, heart valve prosthetics. Artificial heart valves.

References: B-1,3,5,6,7,9,10 A-11,13,18,20,43

Topic 11. Acute and chronic non-specific purulent lung diseases. Acute lung abscess, lung gangrene, gangrenous abscess. Etiology, pathogenesis, classification, diagnosis and treatment. Chronic lung abscesses. Bronchiectatic disease. Etiology, pathogenesis, classification, diagnosis and treatment. The role of bronchoscopy in treatment.

Lesson Summary: Purulent lung disease. Anatomy and physiology. Gangrene and lung abscesses. Etiology, pathogenesis. Clinical manifestations. Diagnosis and treatment methods. Complication. Chronic abscess Bronchiectatic disease. Clinic, diagnostics, differential diagnostics and treatment. The role of bronchoscopy in the treatment of purulent lung disease.

References: B-1,3,5,6,7,9,10 A-13,15,43

Theme 12. Disease of the pleura. Anatomy and physiology of pleura. Acute and chronic pleural empyema. Etiology, pathogenesis, classification, diagnosis and treatment. Bronchopleural and broncho-pleurorotor fistulas. Types of thoracoplasty. Pyopneumothorax. Pneumothorax, open, closed and intense pneumothorax. Causes. Clinic and treatment. Lesson summary: Acute and chronic pleural empyema. Pyopneumothorax. Etiology, pathogenesis, classification, clinics and treatment. Bronchopleural and bronchorotocal fistulas. Diagnosis and treatment methods. Types of thoracoplasty. References: B-1,3,5,6,7,9,10 A-13,15,43

Topic 13. Mediastinal disease. Benign tumors of the mediastinum. Cysts of the mediastinum and lungs. Myasthenia gravis and mediastinitis. Etiology, pathogenesis, classification, diagnosis and treatment. Nonparasitic lung cysts. The reason is the clinic. Spontaneous pneumothorax. Diaphragmatic hernia. Classification, clinic. Hernias of the diaphragmatic opening of the esophagus. Classification, clinic, diagnosis and treatment. Diaphragm relaxation. Lesson summary: Anatomy and physiology of the mediastinum. Research methods: (X-ray, CT, pneumomediastinoscopy, etc.). Benign tumors and mediastinal cysts. Classification, diagnostics, differential diagnostics and treatment methods. Myosthenia diagnosis and treatment methods. Mediastinitis. Etiopathogenesis, classification, clinical course, diagnosis, conservative and surgical methods of treatment of acute purulent mediastinitis. Nonparasitic lung cysts. Spontaneous pneumothorax. Cause. Tactics of treatment. Anatomy and physiology of the diaphragm. Diagnostic methods for sick diaphragm: fluoroscopy, radiography, pneumoperitonium. Diaphragmatic hernia. Classification. Traumatic and non-traumatic hernias. Hernia Larrey, Bochdalek, Morgan. Clinic, diagnosis, treatment. Hernia diaphragmatic opening of the esophagus. Clinic and treatment of sliding and paraesophageal hernias. Diaphragm relaxation. Clinic and diagnosis and treatment. The role of pneumoperitonium in diagnosis. References: B-1,3,5,6,7,9,10 A-13,15,43

Theme 14. Post-gastro-resection and post-vagotomy syndromes. Diseases of the operated stomach. Concept. Classification. Reasons, clinic, diagnosis, surgical treatment. Indication for reconstructive surgery. Lesson summary: Post-gastroresection syndrome. Diseases of the operated stomach. Classification, clinic, reasons, diagnosis. Indication for surgical treatment. Types of reconstructive operations. Postvagotomy syndrome. Treatment. References: B-1,3,5,6,7,9,10 A-13,15,43

Theme 15. Postcholecystectomy syndrome. The concept of, classification, etiopathogenesis, diagnosis, differential diagnostics. Obstructive jaundice. Types of jaundice: hemolytic, parenchymatosis, mechanical. Causes of obstructive jaundice. Methods, diagnostics and surgical treatment. Cholangitis. Clinic, diagnosis, treatment. Lesson summary: The concept of pathology. Classification. Etiopathogenesis of some pathological conditions observed after cholecystectomy. Diagnosis and places of endoscopic interventions in the treatment of postcholecystectomy syndrome. Types of jaundice: hemolytic, parenchymal, mechanical. Reasons: benign and malignant. Diagnostic methods: ultrasound, CT, RPHG, HHHG. Differential diagnosis of species in jaundice. Treatment. Cholangitis. Reason, diagnosis and treatment. References: B-1,3,5,6,7,8,9, 10,11 A-12,13,16,18, 19, 31,34

**Independent work of students in the subject of Hospital Surgery
Faculty of Medicine for 2019-2020 academic year**

№	Topic	Hours
1	Damage to the vertebral arteries. Role in the blood supply to the brain by the vertebral arteries.	4
2	Critical ischemia of the upper and lower extremities.	4
3	Chest damage. Classification, clinic, traumatic pleurisy.	4
4	Raynaud's disease and syndrome. Etiopathogenesis. Clinic and treatment.	4
5	Paget-Schretter disease. Clinic, diagnosis., Treatment.	4
6	Ileofemoral venous thrombosis. Causes. Wedge and treatment.	4
7	Myxoma of the heart. Cause. Clinic, diagnosis and treatment.	4

8	Pericarditis. Etiopathogenesis. Clinic and surgical treatment. Compressive pericarditis. Treatment.	4
9	Pulmonary embolism. Reason, clinic, options, treatment.	4
10	Postcholecystectomy syndrome. Extrabiliary cause.	4
11	Liver transplantation. Kinds. Indication for transplantation.	4
12	Modern principles of treatment of non-specific lung diseases. Nonparasitic lung cysts. Spontaneous pneumothorax	4
13	Purulent diseases of the mediastinum. Acute mediastinitis. Cause. Classification, diagnosis, treatment.	4
14	Foreign body of the esophagus.	4
15	Diaphragm relaxation. Clinic, diagnosis and treatment.	4
Total:		60 час

8.

**Independent work of students in the subject of Hospital Surgery
Faculty of Medical-Pedagogical
for 2019-2020 academic year**

9.

№	Topic	Hours
1	Damage to the vertebral arteries. Role in the blood supply to the brain by the vertebral arteries.	3
2	Critical ischemia of the upper and lower extremities.	3
3	Chest damage. Classification, clinic, traumatic pleurisy.	3
4	Raynaud's disease and syndrome. Etiopathogenesis. Clinic and treatment.	3
5	Paget-Schretter disease. Clinic, diagnosis., Treatment.	3
6	Ileofemoral venous thrombosis. Causes. Wedge and treatment.	3
7	Myxoma of the heart. Cause. Clinic, diagnosis and treatment.	3
8	Pericarditis. Etiopathogenesis. Clinic and surgical treatment. Compressive pericarditis. Treatment.	3
9	Pulmonary embolism. Reason, clinic, options, treatment.	3
10	Postcholecystectomy syndrome. Extrabiliary cause.	3
11	Liver transplantation. Kinds. Indication for transplantation.	3
12	Modern principles of treatment of non-specific lung diseases. Nonparasitic lung cysts. Spontaneous pneumothorax	3
13	Purulent diseases of the mediastinum. Acute mediastinitis. Cause. Classification, diagnosis, treatment.	3
14	Foreign body of the esophagus.	3
15	Diaphragm relaxation. Clinic, diagnosis and treatment.	2
Total:		44 час

Practical Skills for Students

Medical and medical-pedagogical faculties for 2019-2020 academic year

1. The application of a tourniquet, clamps for arterial bleeding and pressure bandages.
2. First aid for blood vessels of the upper and lower extremities.
3. Anatomical points. Stop bleeding. Finger of the cyst of the main arteries.
4. The technique of venosection. The use of venous tests for varicose veins of the lower extremities.
5. The technique of establishing a Blackmore probe.
6. Technique for pleural puncture.
7. The technique of laparocentesis.
8. Providing outpatient care for pulmonary hemorrhage.
9. The technique of perirenal and paravagosympathetic blockade.
10. First aid for chest damage.
11. Providing outpatient care for pneumothorax and closed pneumothorax.
12. Technique of feeding patients through a nasogastric tube.
13. Providing outpatient care for valvular pneumothorax.

14. Technique of pleural puncture and thoracocentesis.
15. Technique for flushing cholangiostomas through the cutaneous and intrahepatic routes.

1. Rating control and criteria for assessing knowledge, skills and discipline

The main criterion for the quality of a student's preparedness is his rating, which is composed of the current assessment, the assessment of the intermediate control and the assessment of the final control.

100 points in the whole discipline are distributed as follows:

№	Type of control	Maximum score	Coefficient	Passing score
1.	Current control taking into account the CDS (Текущий контроль с учетом CPC)	50	0,5	27,5
2.	Intermediate control	20	0,2	11,0
3.	Final control	30	0,3	16,5
	Total	100	1	55,0

9. Information and methodological support

List of educational films on the subject "Hospital Surgery"

№	Educational films
1.	Thrombectomy operation
2.	Arterial surgery
3.	Operation in Fallot Tetrad
4.	Heart Aneurysm Surgery
5.	Surgical treatment of myocardial infarction
6.	Operations on the brachiocephalic arteries (Takayasu syndrome).
7.	Prosthetics for abdominal aortic aneurysm.
8.	Operations in the esophagus.
9.	Liver resection.
10.	Chest surgery
11.	Lung operations
12.	Methods of stopping profuse bleeding in the esophagus.
13.	Diagnosis of hydatid liver disease and treatment methods
14.	Methods of modern treatment of diabetic foot

Hospital Surgery Multimedia List

№	Media Name
1.	Occlusive diseases of the aortic arch.
2.	Occlusive aortic disease.
3.	Varicose disease.
4.	Acute purulent destructive pulmonary disease.
5.	Venous thrombosis and thrombophlebitis.
6.	Takayasu syndrome
7.	Vasorenal hypertension
8.	Portal Hypertension Syndrome
9.	Lerish's syndrome
10.	Congenital heart defects
11.	Acquired Heart Defects
16.	Diaphragmatic hernia. Diaphragm relaxation
17.	Post gastrectomy syndrome

10. Literature

I. Primary:

1. Surgical diseases (Russian and Uzbek edition). Sh.I. Karimov, Tashkent, 2005.
2. Surgical diseases (Uzb). Sh. I. Karimov. Toshkent, 2011.
3. Surgical diseases (Uzb). Sh.I. Karimov, N.Kh. Shamirzaev, Toshkent, 1995.
4. Surgical diseases. Edited by M.I. Kuzin., Medicine, 2002.
5. The handbook on hospital surgery. Nazirov F.G. et al. Tashkent 2004
6. Clinical surgery. Ed. Pansyrev Yu.M. "Medicine", 1988
7. Vorobyov A. Reference Practitioner in 3 volumes. 1990
8. Conden R., Neyhus L. Clinical Surgery Moscow. Practice 1998
9. Nazirov F.G., Denisov I.I., Ulugbekov E.G. Reference guide for a practitioner. Moscow, 2000.
10. Petrovsky B.V. ed. The toolkit on surgery (in 12 volumes) M.Meditsina 1959-1966.

II. Additional:

11. Alperovich B.I. Surgery of the liver and biliary tract. Moscow. Medicine 1997.
12. Astapenko V.G. A Practical Guide to Surgical Diseases. Minsk, 2004.
13. Vakhidov V.V., Khadzhibaev A.M. Postvagotomic syndromes and their surgical correction. Tashkent, 1993.
14. Erokhin I.A., Gelfand B.R., Shlyapnikov S.A. Surgical infections. St. Petersburg, 2003.
15. Loginov A.S., Blok Yu.E. Chronic hepatitis and cirrhosis Diseases of the liver and biliary tract. Moscow, 2002.
16. Mayer K.P. Hepatitis and the effects of hepatitis. M. 1999.
17. Saveliev V.S. 50 lectures on surgery. Moscow 2004.
18. Sherdok N., J. Dooley Diseases of the liver and biliary tract. M. Medicine 1999.
19. The basics of operative surgery. Ed. S.A.Simbirtseva, 2002.
20. Applied laparoscopic anatomy: abdominal cavity and pelvis. Wind G. J. 1999
21. Ambulatory colorectal surgery. Ambulatory colorectal surgery / edited by Laurence R. Sands, Dana R. Sands.- New York: Informa Healthcare USA, Inc., 2009.- 354 p.
22. Zhebrovsky V.V. Surgery of abdominal hernias. 2005.
23. Liver surgery. Alperovich B.I. 2010.
24. The diagnostic reference book of the surgeon - Astafurov V.N. 2003.
25. Atlas of drainage in surgery - Gulman M.I. 2004.
26. Atlas of surgical hernia surgery - Egiev V.N. 2003.
27. Cholelithiasis - Maistrenko N.A. 2000.
28. Pathology of the appendix and appendectomy - Pronin V.A. 2007.
29. Etudes of gastric surgery - Yudin S.S. 2003.
30. Atlas of operations on the biliary tract, Krasilnikov DM, Mavrin MI, Mavrin VM 2000.
31. Laparoscopic and thoracoscopic surgery - Konstantin Frantzaydes. 2000.
32. Single-row continuous suture of anastomoses in an abdominal surgeon - V. Egiev 2002
33. Manual on biliary tract surgery - Halperin E.I. 2009
34. The basics of cryosurgery of the liver and pancreas. Alperovich B.I. 2006
35. Damage to the abdomen with combined trauma. Abakumov M.M., Lebedev N.V. 2005
36. Emergency pancreatology - Kostyuchenko A.L. 2000
37. Liver operations - V.A. Vishnevsky. 2003
38. Common purulent peritonitis - V. V. Boyko. 2008
39. Common sense in emergency abdominal surgery - Moshe Schein. 2003
40. Emergency abdominal surgery - Maystrenko N.A. 2002
41. Abdominal surgery - Grigoryan R.A. In 2 volumes. 2006
42. Surgical operation. Homeostasis disorder, preoperative. preparation. - I.Ya. Makshanov. 2002 year.

Internet sites:

1. <http://gov.uz>
2. <http://lex.uz>
3. <http://minzdrav.uz>
4. <http://avicenna-med.uz>
5. <http://tma.uz>
6. <http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

4. БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ «ФАКУЛТЕТ ВА ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ» КАФЕДРАСИ 5-КУРС ТАЛАБАЛАРИНИНГ ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ ФАНИДАН ТАЛАБАЛАР БИЛИМИНИ БАҲОЛАШ РЕЙТИНГ ТИЗИМИ ТЎҒРИСИДА

Н И З О М

Ушбу Низом Бухоро Давлат тиббиёт институтида «Талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисида низом» асосида (27 август 2009 йил,

баённома № 1) ишлаб чиқилди ва ундан “Факултет ва госпитал хирургия” кафедраси талабалари билимини баҳолашда меъёрий хужжат сифатида фойдаланилади.

I. Умумий қоидалар

1. Талабалар билимини назорат қилиш ва рейтинг тизими орқали баҳолашдан мақсад таълим сифатини бошқариш орқали рақобатбардош кадрлар тайёрлашга эришиш, талабаларнинг фанларни ўзлаштиришида бўшлиқлар ҳосил бўлишини олдини олиш, уларни аниқлаш ва бартараф этишдан иборат.

2. Рейтинг тизимининг асосий вазифалари қуйидагилардан иборат:

а) талабаларда Давлат таълим **стандартларига** мувофиқ тегишли билим, кўникма ва малакалар шаклланганлиги даражасини назорат қилиш ва таҳлил қилиб бориш;

б) талабалар билими, кўникма ва малакаларини баҳолашнинг асосий тамойиллари: Давлат таълим **стандартларига** асосланганлик, аниқлик, ҳаққонийлик, ишончлилик ва қулай шаклда баҳолашни таъминлаш;

в) мазкур фаннинг талабалар томонидан тизимли тарзда ва белгиланган муддатларда ўзлаштирилишини ташкил этиш ва таҳлил қилиш;

г) талабаларда мустақил ишлаш кўникмаларини ривожлантириш, ахборот ресурслари манбаларидан самарали фойдаланишни ташкил этиш;

д) талабалар билимини холис ва адолатли баҳолаш ҳамда унинг натижаларини вақтида маълум қилиш;

е) талабаларнинг мазкур фан бўйича комплекс ҳамда узлуксиз тайёргарлигини таъминлаш;

ё) ўқув жараёнининг ташкилий ишларини компьютерлаштиришга шароит яратиш.

3. Госпитал хирургия фани бўйича талабалар билимини цикл давомида баҳолаб бориш рейтинг назорати жадваллари ва баҳолаш мезонлари асосида амалга оширилади.

II. Назорат турлари ва уни амалга ошириш тартиби

4. Назорат турлари, уни ўтказиш тартиби ва мезонлари кафедра мудир тавсияси билан факультет ўқув-услубий кенгашида муҳокама қилинди ва тасдиқланди ҳамда ушбу фаннинг ишчи ўқув дастурида машғулоти турлари билан биргаликда кўрсатилди.

5. Рейтинг назорати жадваллари, назорат тури, шакли, сони ҳамда ҳар бир назоратга ажратилган мазкур фан учун максимал балл, шунингдек жорий ва оралиқ назоратларнинг саралаш баллари ҳақидаги маълумотлар ушбу фан бўйича биринчи машғулотда талабаларга эълон қилинади.

6. Талабаларнинг билим савияси ва ўзлаштириш даражасининг Давлат таълим стандартларига мувофиқлигини таъминлаш учун қуйидаги назорат турларини ўтказиш назарда тутилади:

жорий баҳолаш – талабанинг мазкур фан мавзулари бўйича билим ва амалий кўникма даражасини аниқлаш ва баҳолаш усули ҳисобланади. Жорий назорат Госпитал хирургия фанининг хусусиятидан келиб чиққан ҳолда, амалий машғулотларда оғзаки сўров, тест ўтказиш, вазиятли масалаларни ечиш каби шаклларда ўтказилади.

талабанинг мустақил иши ўқув режасида ушбу фанни ўзлаштириш учун белгиланган низом ва унинг режаси асосида талаба томонидан ҳар бир мавзуга рефератлар ёзиш, ҳамда уларни семинарларда муҳокама қилиш, баҳолаш асосида олиб борилади.

оралиқ баҳолаш – Госпитал хирургия фани цикли давомида ўқув дастурининг тегишли ушбу (фаннинг бир неча мавзуларини ўз ичига олган) бўлими тугаллангандан кейин талабанинг билим ва амалий кўникма даражасини аниқлаш ва баҳолаш усули ҳисобланади. Оралиқ назорат Госпитал хирургия фанидан (цикл давомида 2 марта оғзаки) ажратилган, унга соатлар ҳажмидан келиб чиққан ҳолда кафедра мажлисларида ўтказилади.

якуний баҳолаш – цикл якунида ушбу Госпитал хирургия фани бўйича назарий билим ва амалий кўникмаларни талабалар томонидан ўзлаштириш даражасини баҳолаш усули ҳисобланади. Якуний назорат асосан таянч тушунча ва ибораларга асосланган ОТКС (объектив тизимлаштирилган клиник синов) ва тест шаклида ўтказилади.

7. Госпитал хирургия фанидан оралиқ назоратни ўтказиш жараёни кафедра мудири ёки масъул доцент томонидан тузилган комиссия иштирокида даврий равишда ўрганиб борилади ва уни ўтказиш тартиблари бузилган ҳолларда, оралиқ назорат натижалари бекор қилиниши мумкин. Бундай ҳолларда оралиқ назорат қайта ўтказилади.

8. Институт раҳбарининг буйруғи билан ички назорат ва мониторинг бўлими раҳбарлигида тузилган комиссия иштирокида Госпитал хирургия фанидан якуний назоратни ўтказиш жараёни даврий равишда ўрганиб борилади ва уни ўтказиш тартиблари бузилган ҳолларда, якуний назорат натижалари бекор қилиниши мумкин. Бундай ҳолларда якуний назорат қайта ўтказилади.

III. Баҳолаш тартиби ва мезонлари

10. Талабаларнинг билим савияси, кўникма ва малакаларини назорат қилишнинг рейтинг тизими асосида талабанинг Госпитал хирургия фани бўйича ўзлаштириш даражаси баллар орқали ифодаланади.

11. Госпитал хирургия фани бўйича талабанинг цикл давомидаги ўзлаштириш кўрсаткичи 100 баллик тизимда баҳоланади.

Ушбу 100 балл назорат турлари бўйича қуйидагича тақсимланади:

жорий баҳолаш - 45 балл;

оралиқ баҳолаш – 20 балл;

мустақил иш - 5 балл;

якуний баҳолаш – 30 балл;

Тибиёт институти талабаларини ўқитиш услубларини ўзига хослигини инобатга олган ҳолда билимини баҳолашда ЖБ,ТМИ,ОБ, ва ЖБларнинг қийматини ҳисобга олиш учун коэффиценти қўлланилади.

№	Баҳолаш тури	Максимал балл	Саралаш бали	Коэффициент
1.	Жорий баҳолаш	45	24,75	0,45
2.	ТМИ	5	2.75	0,05
3.	Оралиқ баҳолаш	20	11,0	0,2
4.	Якуний баҳолаш	30	16,5	0,3
	ЖАМИ	100	55,0	1

12. Талабанинг рейтинг дафтарчасига алоҳида қайд қилинадиган мазкур фан бўйича якуний назорат 100 баллик тизимда баҳоланади.

13. Талабанинг Госпитал хирургия фани бўйича ўзлаштириш кўрсаткичини назорат қилишда қуйидаги намунавий мезонлар тавсия этилади:

а) 86-100 балл учун талабанинг билим даражаси қуйидагиларга жавоб бериши лозим:

хулоса ва қарор қабул қилиш;

ижодий фикрлай олиш;

мустақил мушоҳада юрита олиш;

олган билимларини амалда қўллай олиш;

моҳиятини тушуниш;

билиш, айтиб бериш;

тасаввурга эга бўлиш.

б) 71-85 балл учун талабанинг билим даражаси қуйидагиларга жавоб бериши лозим:

мустақил мушоҳада юрита олиш;

олган билимларини амалда қўллай олиш;

моҳиятини тушуниш;

билиш, айтиб бериш;

тасаввурга эга бўлиш.

в) 55-70 балл учун талабанинг билим даражаси қуйидагиларга жавоб бериши лозим:

моҳиятини тушуниш;

билиш, айтиб бериш;

тасаввурга эга бўлиш.

в) қуйидаги ҳолларда талабанинг билим даражаси 0-54 балл билан баҳоланиши мумкин: аниқ тасаввурга эга бўлмаслик; билмаслик.

14. Намунавий мезонлар асосида Госпитал хирургия фанидан жорий ва оралик назоратлар бўйича аниқ мезонлар ишлаб чиқилди, кафедра мудири томонидан тасдиқланди ва талабаларга ҳар бир цикл бошида ўқиб эшиттирилади.

16. Талабаларнинг Госпитал хирургия фани бўйича мустақил иши жорий, оралик ва якуний назоратлар жараёнида тегишли топшириқларни бажариши ва унга ажратилган баллардан келиб чиққан ҳолда баҳоланади.

17. Талабанинг Госпитал хирургия фани бўйича рейтинги қуйидагича аниқланади:

$$R_f = \frac{V \cdot O'}{100}$$

бу ерда:

V – семестрда фанга ажратилган умумий ўқув юкламаси (соатларда);

O' – фан бўйича ўзлаштириш даражаси (балларда).

18. Госпитал хирургия фани бўйича жорий, оралик ва якуний назоратларнинг ҳар бирига ажратилган балнинг 55 фоизи саралаш балл этиб белгиланади.

Жорий ва оралик назоратларнинг ҳар бирига ажратилган баллнинг саралаш балини 55 фоизидан ортиқ балл тўплаган барча талабалар мазкур фан бўйича якуний назоратга киритилади.

Агар талаба якуний назоратда шу назорат тури бўйича саралаш балидан юқори балл тўпласа, бу балл жорий ва оралик назоратларда тўпланган балларга қўшилади. Акс ҳолда талаба Факултет хирургия фани бўйича ўзлаштирамаган ҳисобланади.

19. Талабанинг цикл давомида Госпитал хирургия фани бўйича тўплаган умумий бали ҳар бир назорат туридан белгиланган қоидаларга мувофиқ тўплаган баллари йиғиндисига тенг.

IV. Назорат турларини ўтказиш муддати

20. Оралик ва якуний назорат турлари календар тематик режага мувофиқ деканат томонидан тузилган рейтинг назорат жадваллари асосида ўтказилади. Якуний назорат семестрнинг охириги 2 ҳафтаси мобайнида ўтказилади.

21. Жорий ва оралик назоратларда саралаш баллидан кам балл тўплаган ва узрли сабабларга кўра назоратларда қатнаша олмаган талабага қайта топшириш учун, навбатдаги шу назорат туригача, сўнгги жорий ва оралик назоратлар учун якуний назоратгача бўлган муддат берилади.

Белгиланган муддатларда топширилмаган жорий ва оралик назорат баллари кейинги баҳолаш балларига қўшилмайди ва қайта топширишга рухсат берилмайди.

Касаллиги сабабли дарсларга қатнашмаган ҳамда белгиланган муддатларда жорий, оралик ва якуний назоратларни топшира олмаган талабаларга факультет декани фармойиши асосида, ўқишни бошлаганидан сўнг икки ҳафта муддатда топширишга рухсат берилади.

22. Цикл якунида мазкур фан бўйича жорий, оралик якуний ёки ТМИ назорат турларини ҳар бири бўйича саралаш балидан кам балл тўплаган талабанинг ўзлаштириши қониқарсиз (академик қарздор) ҳисобланади.

Академик қарздор талабаларга семестр тугаганидан кейин қайта ўзлаштириш учун 2 ҳафта муҳлат берилади. Шу муддат давомида ушбу фанни ўзлаштира олмаган талаба, факультет декани тавсиясига кўра белгиланган тартибда ректорнинг буйруғи билан талабалар сафидан четлаштирилади.

23. Талаба назорат натижаларидан норози бўлса, ушбу фан бўйича назорат тури натижалари эълон қилинган вақтдан бошлаб бир кун мобайнида факультет деканига ариза билан мурожаат этиши мумкин. Бундай ҳолда факультет деканининг тақдимномасига кўра

ректор буйруғи билан 3 (уч) аъзодан кам бўлмаган таркибда апелляция комиссияси ташкил этилади.

Апелляция комиссияси талабаларнинг аризаларини кўриб чиқиб, шу куннинг ўзида хулосасини билдиради.

24. Баҳолашнинг ўрнатилган талаблар асосида белгиланган муддатларда ўтказилиши ҳамда расмийлаштирилиши факультет декани, кафедра мудири, ўқув бўлими ҳамда ички назорат ва мониторинг бўлими томонидан назорат қилинади.

V. Рейтинг натижаларини қайд қилиш ва таҳлил этиш тартиби

25. Талабанинг мазкур фан бўйича назорат турларида тўплаган баллари цикл якунида рейтинг қайдномасига бутун сонлар билан қайд қилинади. Рейтинг дафтарчасининг “Ўқув режасида ажратилган соат” устунига семестр учун Госпитал хирургия фанига ажратилган умумий ўқув юклама соатлари, “Фандан олинган баҳо” устунига эса 100 баллик тизимдаги ўзлаштирилиши қўйилади.

Талабанинг саралаш балидан паст бўлган ўзлаштирилиши рейтинг дафтарчасига қайд этилмайди.

26. Мазкур фан бўйича ўтказиладиган назорат турларининг натижалари гуруҳ ва профессор-ўқитувчи журналлари ҳамда қайдномада қайд этилади ва (назорат тури ёзма иш шаклида ўтказилган бўлса, 2 (икки) кун муддат ичида) талабалар эътиборига етказилади.

27. Якуний назорат натижаларига кўра деканат талабаларнинг мазкур фан бўйича рейтингини аниқлайди ҳамда рейтинг дафтарча ва қайдноманинг тегишли қисмини тўлдиради.

28. Талабанинг рейтингини унинг билими, кўникмаси ва малакалари даражасини белгилайди.

29. Жорий, оралиқ ва якуний назорат натижалари “Факультет ва госпитал хирургия” кафедра йиғилишларида, муҳокама этиб борилади ва тегишли қарорлар қабул қилинади.

Госпитал хирургия фанидан 5-курс талабаларининг билимини баҳолаш рейтинг тизими тугрисида Низом «Факультет ва Госпитал хирургия» кафедраси мажлисининг « 03 » сентябр 2009 йилда муҳокама қилиниб, 3-сонли баённома билан тасдиқланган.

5. Талаба мустақил ишини ташкил этиш, назорат қилиш ва баҳолаш тартиби тўғрисида Намунавий Низом

Умумий қоидалар

Мазкур Низом Ўзбекистон Республикаси Вазирлар маҳкамасининг 2001 йил 16 августдаги «Олий таълимнинг давлат таълим стандартларини тасдиқлаш тугрисида»ги 343 сонли қарорига мувофиқ кадрлар тайерлаш сифатини назорат қилишда талабаларнинг мустақил ишларини ташкил этиш, назорат қилиш ва баҳолаш тартибини белгилайди.

Талабанинг мустақил иши ўқув режасида муайян фанни ўзлаштириш учун белгиланган ўқув ишларининг ажралмас қисми бўлиб, у услубий ва ахборот ресурслари жихатдан таъминланади, ҳамда бажарилиши рейтинг тизими талаблари асосида назорат қилинади.

Институтда талабанинг ҳафталик мустақил ишларининг умумий ҳажми бакалавриятнинг кундузги бўлимида 22 соатни ташкил этади.

Ўқув семестри якунида талабанинг мустақил иши бўйича тупланган рейтинг баллари ҳар бир фан бўйича аудиториядаги ўқув ишларига берилган рейтинг баллари билан биргаликда гуруҳ рейтинг қайдномасида, талабанинг рейтинг дафтарчасида ва ўқиш якунида битирувчига тақдим этиладиган диплом иловасида қайд этилади.

Талаба мустақил ишининг мақсад ва вазифалари

Талаба мустақил ишининг асосий мақсади – уқитувчининг раҳбарлиги ва назорати остида талабада муайян уқув ишларини мустақил равишда бажариш учун зарур бўлган билим ва қуникмаларни шакллантириш ва ривожлантириш.

Талаба мустақил ишининг вазифалари қуйидагилардан иборат:

- Янги билимларни мустақил тарзда пухта ўзлаштириш ва қуникмаларга эга бўлиш;
- керакли маълумотларни излаб топиш қулай усуллари ва воситаларини аниқлаш;
- ахборот манбалари ва манзилларидан самарали фойдаланиш;
- анъанавий уқув ва илмий адабиётлар, меъерий ҳужжатлар билан ишлаш;
- электрон уқув адабиётлар ва маълумотлар банки билан ишлаш;
- интернет тармогидан мақсадли фойдаланиш;
- берилган топшириқнинг рационал ечимини белгилаш;
- маълумотлар базасини таҳлил этиш;
- иш натижаларини экспертизага тайёрлаш ва эксперт ҳулосаси асосида қайта ишлаш;
- топшириқларни бажаришда тизимли ва ижодий ёндашиш, ишлаб чиқилган ечим, лойиҳа еки гоёни асослаш, мутахассислар жамоасида ҳимоя қилиш.

Талаба мустақил ишининг ташкилий шакллари

Талаба мустақил ишини ташкил этишда муайян фан (курс)нинг хусусиятларини, шунингдек ҳар бир талабанинг академик ўзлаштириш даражаси ва қобилиятини ҳисобга олган ҳолда қуйидаги шакллардан фойдаланилади:

- касаллик тарихини ўқиш ва уни ҳимоя қилиш;
- айрим аъзоларнинг моделлари ва муляжларини ясаш;
- аъзолар ва уларнинг тузилиши расмлари ва схемаларини чизиш;
- айрим назарий мавзуларни уқув адабиётлари ёрдамида мустақил ўзлаштириш;
- берилган мавзу бўйича ахборот (реферат) тайёрлаш;
- семинар ва амалий машғулотларга тайёргарлик қилиш;
- лаборатория ишларини бажаришга тайёргарлик қилиш;
- назарий билимларни амалиётда қўллаш;
- амалиётдаги мавжуд муаммоларнинг ечимини топиш (кейс - стади);
- илмий мақола, анжуманга маъруза тезисларини тайёрлаш;

Ўқитилаётган фаннинг хусусиятларидан келиб чиққан ҳолда, талаба мустақил ишини ташкил этишда бошқа шакллардан ҳам фойдаланиши мумкин.

Ўқув фанлари намунавий ва ишчи дастурларда талаба мустақил ишининг шакли, мазмуни ва ҳажми ифода этилади.

Талаба мустақил иши учун ажратилган вақт бюджетига мос равишда ҳар бир фан бўйича тегишли кафедраларда мустақил ишнинг ташкилий шакллари, топшириқлар вариантлари ишлаб чиқилади ва факультет илмий - услубий кенгашида тасдиқланади.

Мустақил ишни бажариш учун фанлар бўйича талабаларга зарурий методик қўлланма, курсатма ва тавсиялар ишлаб чиқилади.

Талаба мустақил ишининг ахборот таъминоти

Талаба учун муайян фан бўйича мустақил иш топшириқлари тегишли кафедра профессори (еки ётакчи доцент) томонидан уқув машғулотларини бевосита олиб боровчи уқитувчи билан биргаликда тузилади, ҳамда кафедра мудири томонидан тасдиқланади. Талабага берилган топшириқда мустақил ишни бажариш бўйича дастлабки курсатма ва тавсиялар қайд этилади.

Мустақил ишни бажариш учун талабага ахборот манбаси сифатида дарслик ва уқув қўлланмалар, методик қўлланма ва курсатмалар, маълумотлар тўплами ва банки, илмий ва оммавий даврий нашрлар, интернет тармогидаги тегишли маълумотлар, берилган мавзу бўйича аввал бажарилган ишлар ва бошқалар хизмат қилади.

Кафедра мудири ва тегишли факультет декани тақдимномаси асосида институт раҳбарияти талабаларга мустақил ишларни бажариш учун зарурий ахборот манбаа ва воситаларини белгилайди, талабаларга турли кутубхоналар, музейлар, тармок муассасалари ва корхоналаридан мустақил иш учун зарурий маълумотлар тўплаш юзасидан суровнома хатларини расмийлаштириб беради.

Олий таълим муассасаси раҳбарияти томонидан талабаларга мустақил ишларни ўз вақтида бажариш учун компьютер техникаси ва интернет тармогидан самарали фойдаланиш учун шарт – шароитлар яратиб берилади.

Талаба мустақил ишини назорат қилиш ва баҳолаш.

Хар бир фан буйича талаба мустақил ишига раҳбарлик қилиш юкламаси (ишчи укув режасининг 10 устунида келтирилган) профессор – уқитувчи шахсий иш режасининг ташкилий - услубий булимида (1540 соат доирасида) қайд этилади.

Талаба мустақил ишига раҳбарлик қилиш тузиладиган ва факультет декани томонидан тасдиқланган консултациялар жадвали асосида амалга оширилади.

Талаба мустақил иши буйича консултация соатлари гуруҳ журналида қайд этиб борилади.

Талаба мустақил ишини назорат қилиш укув машғулотларини бевосита олиб боровчи уқитувчи томонидан амалга оширилади.

Талаба рейтинг курсатгичлари, шу жумладан мустақил иш буйича, анъанавий гуруҳ рейтинг ойнасида ва (ёки) факультетнинг махсус электрон тармоғида ёритиб борилади.

Талаба мустақил ишини назорат қилиш турлари ва уни баҳолаш мезонлари тегишли кафедра томонидан белгиланади ва факультет Илмий Кенгашида тасдиқланади. Мустақил ишларни баҳолаш мезонлари талабаларга укув йили

(семестри) бошланиши олдидан методик материаллар билан биргаликда тарқатилади.

Мустақил иш буйича белгиланган максимал рейтинг балининг 55% дан кам туплаган талаба фан буйича якуний назоратга қуйилмайди.

Фанлар кесимда талабаларнинг мустақил ишлари буйича узлаштириши мунтазам равишда талабалар гуруҳларида, кафедра йигилишлари ва факультет илмий кенгашларида муҳокама этиб борилади.

Талаба мустақил иши кафедра архивида рўхсатга олинади ва укув йили мобайнида сакланади.

Олий таълим муассасаларида юқори даражада баҳоланган талабанинг мустақил ишлари маънавий ва моддий жиҳатдан рағбатлантирилади.

Институт илмий кенгашида тасдиқланган. « 30 » 08 2012й Баённома № 1
Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим Вазирлиги 21 февраль 2005 йил №34 сонли буйруқга биноан ТТА даволаш факультети госпитал ва факультет кафедраси 2012-2013 ўқув йилида талабалар мустақил ишини (ТМИ) ташкил қилиш тўғрисидаги

НИЗОМ

1. Талабанинг мустақил иши (ТМИ) ўқув режасида госпитал ва факультет хирургия кафедраси фанини ўзлаштириш учун белгиланган ўқув ишларининг ажралмас қисми бўлиб, у услубий ва ахборот ресурслари жиҳатдан таъминланади, ҳамда бажарилиши рейтинг тизими талаблари асосида назорат қилинади.
2. Талабанинг ҳафталик мустақил ишларининг ҳажми 22 соатни ташкил қилади.
3. ТМИнинг асосий мақсади ўқитувчининг раҳбарлиги ва назорати остида талабада муайян ўқув ишларини мустақил равишда бажариши учун зарур бўлган билим ва кўникмаларни шакллантириш ва ривожлантиришдир.
4. ТМИ ташкил этишда, ҳар бир талабанинг академик узлаштириш даражаси ва қобилиятини ҳисобга олган ҳолда қуйидаги шакллاردан фойдаланилади:
 - Айрим назарий мавзуларни ўқув адабиётлари ёрдамида мустақил ўзлаштириш
 - берилган мавзу бўйича ахборот (реферат) тайёрлаш
 - семинар ва Амалий машғулотларга тайёргарлик кўриш
 - назарий билимларни амалиётда қўллаш
 - жадваллар, слайдлар, кроссвордлар тайёрлаш
 - вазиятчи масалалар комплексини ишлаб чиқиш
 - алгоритм, тестлар тузиш.
5. ТМИ шакли, мазмуни ва ҳажми намунавий ва ишчи дастурда ифода этилади.
6. Кафедрани ТМИнинг ташкилий шакллари, топшириқлар вариантлари ишлаб чиқилади.
7. ТМИ бажариш учун госпитал ва факультет кафедраси урология курси билан - Фани бўйича талабаларга зарурий методик қўлланма, кўрсатма ва тавсиялар ишлаб чиқилади.
8. ТМИ бажариш учун талабаларга ахборот манбаси сифатида дарслик ва ўқув қўлланмалар, методик қўлланма ва кўрсатмалар, маълумотлар тўплами ва банки, оммавий даврий нашрлар, компьютер техникаси, ва Интернет тармоғидан фойдаланиш тавсия қилинади.

9. ТМИга рахбарлик қилиш юкламаси ўқитувчи шахсий иш режасининг ташкилий-услубий бўлимида қайд этилади.
10. ТМИга қўйилган баҳо (балл) талабанинг семестр давомида госпитал ва факултет жаррохлиги бўйича тўпланган баҳоларига қўшилади.
11. ТМИ ҳам 100 балли рейтинг тизими бўйича амалга оширилади. Ўқув журналида семестрнинг охириги амалий машғулотида сўнг битта устун ТМИга ажратилади.
12. Кафедрада ТМИ топшириқларини семестр бошида талабаларга етказди. ТМИ кафедра архивида рўйхатга олинади ва ўқув йили давомида сақланади.
13. ТМИ ҳар бир курснинг услубий ишларига жавобгар шахс ва ўқув машғулотларини бевосита олиб боровчи ўқитувчи билан биргаликда тузилади ҳамда кафедра мудири томонидан тасдиқланади ва назорат қилиб борилади.

**Бухоро Давлат тиббиёт институти “Факултет ва госпитал хирургия” кафедрасида
Факултет хирургия фанидан талабалар мустақил ишини
ташқил этиш ва назорат қилиш бўйича**

ЙЎРИҚНОМА

Кадрлар тайёрлаш миллий дастурида чуқур назарий ва амалий билимлар билан бир қаторда танлаган соҳаси бўйича мустақил фаолият кўрсата оладиган, ўз билими ва малакасини мустақил равишда ошириб борадиган, масалага ижобий ёндошган ҳолда муаммоли вазиятларни тўғри аниқлаб, таҳлил қилиб, шароитга тез мослаша оладиган мутахассисларни тайёрлаш асосий вазифалардан бири сифатида белгиланган.

Маълумки, ахборот ва билимлар доираси тез суръатлар билан кенгайиб бораётган ҳозирги шароитда барча маълумотларни фақат дарс машғулотида пайтида талабаларга етказиш қийин.

Тажрибалар шуни кўрсатадики, талаба мустақил равишда шуғулланса ва ўз устида тинимсиз ишласагина билимларни чуқур ўзлаштириши мумкин. Талабаларни асосий билим, кўникма ва малакалари мустақил таълим жараёнидагина шаклланади, мустақил фаолият кўрсатиш қобилияти ривожланади ва уларда ижодий ишлашга қизиқиш пайдо бўлади.

Шунинг учун талабаларнинг мустақил таълим олишларини режалаштириш, ташқил қилиш ва бунинг учун барча зарурий шарт-шароитларни яратиш, дарс машғулотида талабаларни ўқитиш билан бир қаторда уларни кўпроқ ўқишга ўргатиш, билим олиш йўллари кўрсатиш, мустақил таълим олиш учун йўлланма бериш профессор-ўқитувчиларнинг асосий вазифаларидан бири ҳисобланади.

Ҳар бир профессор-ўқитувчи дастлаб талабада ўз қобилияти ва ақлий имкониятларига ишонч уйғотиш, уларни сабр-тоқат билан, босқичма-босқич мустақил билим олишни тўғри ташқил қилишга ўргатиб бориши лозим бўлади. Талабалар томонидан мустақил равишда ўзлаштириладиган билим ва кўникмаларнинг курсдан-курсга мураккаблашиб, кенгайиб боришини ҳисобга олган ҳолда уларнинг ташаббускорлиги ва ролини ошириб бориш зарур. Шунда мустақил таълимга кўника бошлаган талаба фақат ўқитувчи томонидан белгилаб берилган ишларни бажарибгина қолмай, ўзининг эҳтиёжи, қизиқиши ва қобилиятига қараб, ўзи зарур деб ҳисоблаган қўшимча билимларни ҳам мустақил равишда танлаб ўзлаштиришга ўрганиб боради.

Талаба мустақил иши (ТМИ) – Факултет хирургия фанидан ўқув дастурида белгиланган билим, кўникма ва малаканинг маълум бир қисмини талаба томонидан фан ўқитувчиси маслаҳати ва тавсиялари асосида аудитория ва аудиториядан ташқарида ўзлаштиришига йўналтирилган тизимли фаолиятдир.

Талабалар мустақил ишларининг шакли ва ҳажмини белгилашда қуйидаги жиҳатлар эътиборга олинishi лозим:

- ўқитиш босқичи;
- Факултет хирургия фанининг ўзига хос хусусияти ва ўзлаштиришдаги қийинчилик даражаси;
- талабанинг қобилияти ҳамда назарий ва амалий тайёргарлик даражаси (таянч билими);

- Факултет хирургия фанининг ахборот манбалари билан таъминланганлик даражаси;
- талабанинг ахборот манбалари билан ишлай олиш даражаси.

Мустақил иш учун бериладиган топшириқларнинг шакли ва ҳажми, қийинчилик даражаси семестрдан-семестрга кўникмалар ҳосил бўлишига мувофиқ равишда ўзгариб, ошиб бориши лозим. Яъни, талабаларнинг топшириқларни бажаришдаги мутақиллиги даражасини аста-секин ошириб, уларни топшириқларни бажаришга тизимли ва ижодий ёндашишга ўргатиб бориш керак бўлади.

Госпитал хирургия фанидан ТМИни ташкил қилишда талабанинг академик ўзлаштириш даражаси ва қобилятини ҳисобга олган ҳолда қуйидаги шакллардан фойдаланиш лозим:

- Госпитал хирургия фанидан мустақил иш календар-тематик режасидаги мавзулар бўйича ўқув адабиётлари ёрдамида мустақил ўзлаштириш, ўқув манбалари билан ишлаган ҳолда реферат тайёрланади ва улар семинар шаклида муҳокама қилинади;

Мавзунини мустақил ўзлаштириш. Фаннинг хусусияти, талабаларнинг билим даражаси ва қобилятига қараб ишчи ўқув дастурига киритилган алоҳида мавзулар талабаларга мустақил равишда ўзлаштириш учун топширилади. Бунда мавзунинг асосий мазмунини ифодалаш ва очиб беришга хизмат қиладиган саволларга эътибор қаратиш, асосий адабиётлар ва ахборот манбаларини кўрсатиш лозим.

Топшириқни бажариш жараёнида талабалар мустақил равишда ўқув адабиётларидан фойдаланиб ушбу мавзунини конспектлаштирадilar, таянч ибораларнинг моҳиятини англаган ҳолда мавзуга тааллуқли саволларга жавоб тайёрлайдилар. Зарур ҳолларда (ўзлаштириш қийин бўлса, саволлар пайдо бўлса, адабиётлар етишмаса, мавзунини тизимли баён эта олмаса ва ҳ.к.) ўқитувчидан маслаҳатлар оладилар. Мустақил ўзлаштирилган мавзу бўйича тайёрланган матн кафедрада ҳимоя қилинади.

Реферат тайёрлаш. Талабага қийинчилик даражаси унинг шахсий имкониятлари, қобиляти ва билим даражасига мувофиқ бўлган бирор мавзу бўйича реферат тайёрлаш топширилади. Бунда талаба асосий адабиётлардан ташқари қўшимча адабиётлардан (монографиялар, илмий, услубий мақолалар, Интернетдан олинган маълумотлар, электрон кутубхона материаллари ва ҳ.к.) фойдаланиб материаллар йиғади, таҳлил қилади, тизимга солади ва мавзу бўйича имкон даражасида тўлиқ, кенг маълумот беришга ҳаракат қилади. Зарур ҳолларда ўқитувчидан маслаҳат ва кўрсатмалар олади.

Яқунланган реферат кафедрада экспертлар иштирокида ҳимоя қилинади.

Амалий мазмундаги ностандарт масалаларни ечиш ва ижодий ишлаш. Бир мавзу ёки бўлим бўйича ностандарт, алоҳида ёндашиш талаб қилинадиган, назарий аҳмиятга эга бўлган амалий топшириқлар, ижодий ёндашиш талаб қилинадиган илмий-ижодий вазифалар, моделлар, макетлар, намуналар яратиш вазифаси топширилиши мумкин. Амалий топшириқлар масалани ҳал қилишнинг оптимал вариантларини излашга ва топишга қаратилган бўлиши керак.

Талабанинг қизиқиш ва қобилятига қараб, унга илмий характердаги топшириқлар бериш, ўқитувчи билан ҳамкорликда илмий мақолалар тайёрлаш ва чоп эттириш мумкин.

Госпитал хирургия клиникасида навбатчилик қилиш ва касаллик тарихи ёзиш. Талаба клиникада навбатчи врач билан биргаликда цикл давомида 2 марта тунги навбатчилик қилади. Навбатчилик вақтида беморларни қабул қилишда, беморларни кўрувида, шошилиш ҳолатларида ёрдам кўрсатишда, хирургик муолажалар ва ҳ.к. да актив иштирок этиб, қилинган ишлар бўйича кундалик тўлдиради.

Госпитал хирургия фанини ўтиш цикли давомида бир бемор учун касаллик тарихи ёзилиб, кафедрада ҳимоя қилинади. Касаллик тарихи ёзишда факултет хирургия фанининг ўзига хос хусусиятларидан келиб чиқиб, тартибига риоя қилиши эътиборга олинади.

Касаллик тарихи ҳимоясида талабанинг касаллик анамнезини тўла ёритиши, клиник ва лаборатор текширувларни таҳлил қила олишига, яқуний ташхисни асослай олишига, даво режасини тўғри тузиб, асослаши ва бошқаларга эътибор берилади.

Талабалар мустақил ишини самарали ташкил этиш:

- тизимли ёндошиш;
- барча босқичларини мувофиқлаштириш ва узвийлаштириш;
- бажарилиши устидан қатъий назорат қилиш;
- ташкил этиш ва назорат қилиш механизмларини такомиллаштириб бориш зарур.

Мустақил иш топшириқлари муваффақиятли яқунланиши учун қуйидаги талаблар бажарилиши лозим:

- мақсад (билимни мустаҳкамлаш, янги билимларни ўзлаштириш, ижодий фаолликни ошириш, амалий кўникма ва малакаларни шакллантириш ва ҳ.к.) аниқ асосланиши;
- вазифа ва топшириқларнинг аниқ-равшан белгиланиши;
- топшириқларни бажариш алгоритми ва методларидан талабаларнинг етарли даражада хабардор бўлиши;

- маслахат ва бошқа ёрдам турларининг тўғри белгиланиши (йўлланма ва кўрсатма бериш, мавзунинг мазмуни ва моҳиятини тушунтириш, муаммоли топшириқларни бажариш усуллари бўйича тушунча бериш, айрим муаммоли моментларни биргаликда ҳал қилиш ва ҳ.к.);
- ҳисобот шакли ва баҳолаш мезонини аниқ белгилаш;
- назорат вақти реферат тузишни аниқ белгилаб олиш.
- **Талабалар мустақил ишини шартли равишда иккига ажратиш мумкин:**

Аудиторияда амалга оширилган ТМИлари. Ўтилган мавзунини қайта ишлаш, кенгайтириш ва мустахкамлашга оид топшириқлар бажарилади. Факултет хирургия фанидан айрим мавзулар бўйича вазият масалалари ва топшириқларни тайёрлаш, тест саволлари, мунозарали саволлар, кроссвордлар тузиш. Мустақил иш соатларида уйда мавзулар бўйича тайёрланган конспект ва рефератлар матнини кафедрада талабалар томонидан ҳимоя қилиниши.

Аудиториядан ташқарида амалга оширилган ТМИлари. Ўқув дастуридаги айрим мавзуларни мустақил ҳолда ўзлаштириш, уйга берилган вазифаларни бажариш, амалий ва лаборатория ишларига тайёргарлик кўриб келиш, ижодий ва илмий-тадқиқот характеридаги ишлар ва ҳ.к. Факултет хирургия фанидан айрим интернет маълумоларидан фойдаланиш, ўқув кўргазмали воситаларни тайёрлаш, янги мультимедиялар яратиш ва мустақил иш мавзулари бўйича тезис, мақолаларни таҳлил қилиш.

Биринчи тур ишлари талабаларнинг назарий ва амалий билимларини ўзлаштириб бориш даражаси, амалий машғулотларга (амалиёт, лаборатория, семинар дарслари) тайёргарлик савияси ва уй вазифаларининг бажарилиш сифатини текшириш мақсадида, одатда, назорат ишлари олиш, савол-жавоб, суҳбат, мунозара, амалий топшириқларни бажартириб кўриш ва ҳ.к. усулларда асосан амалиёт дарсларида назорат (жорий назорат) қилинади.

Жорий назоратда талабанинг дарс пайтида ўтилган материалларни ўзлаштириш ва уйга берилган вазифаларни бажаришдаги фаоллиги, бажариш савияси ва ўзлаштириш даражаси эътиборга олинади.

Иккинчи тур ишлар Факултет хирургия фанининг ишчи ўқув дастурида аудиториядан ташқарида ўзлаштирилиши белгиланган мавзу бўйича маълумот ва ахборотларни мустақил равишда излаб топиш, таҳлил қилиш, реферат тарзида расмийлаштириш кўринишида амалга оширилади. Реферат ишларини бажариш жараёни ва ўзлаштириш сифатининг назорати дарсдан ташқари пайтларда, махсус белгиланган семинар соатларида амалга оширилади.

Талабалар мустақил ишини баҳолаш. ТМИ натижалари амалдаги “ талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисидаги Низом”га асосан баҳолаб борилади.

“Госпитал хирургия” фанидан рейтинг ишланмаси ва баҳолаш мезонлари

Рейтинг ишланмаси.

№	Назорат турлари	Сони	Мах. балл	Коэф.	Жами балл
1.	Ж.Б.				
	1.1. Амалий машғулот	23	100	0,45	45
	1.2. Т.М.И.	23	100	0,05	5
2.	О.Н.				
	2.1.	2	100	0,2	20
3.	Я.Б.				
	3.1. Я.Б.	1			
	3.1.2. ОТКС		100	0,15	15
	3.1.3. Тест (50 та савол)		100	0,15	15
Жами:		49	100	1,0	100

Баҳолаш мезонлари

1. Амалий машғулотларда баҳолаш кафедра томонидан ҳар бир мавзу бўйича ишлаб чиқилган баҳолаш мезонлари асосида баҳоланади. Ҳар бир машғулот 100 баллик тизимда (86-100 аъло, 71-85 яхши, 55-70 қониқарли) баҳоланади. Ўртача қиймати ҳисобланиб 0,45 коэффициентга кўпайтирилади.

2. Талабалар мустақил ишларининг бажарилиш ҳажми ва сифатига қараб 100 баллик тизимида баҳоланади, ўртача қиймати топилиб 0,05 коэффициентга кўпайтирилади.

3. Якуний баҳолаш икки босқичда ўтказилади:

1. ОТКС – амалий кўникма эгаллаш маҳорати 100 баллик тизимида баҳоланади ва 0,15 коэффициентга кўпайтирилади.

2. Тест синови – тест марказида ўтказилади, 50 тадан савол берилиб 100 баллик тизимда баҳоланади ва 0,15 коэффициентга кўпайтирилади.

4. Талабанинг ҳар бир назорат туридан йиғган баллари қўшилиб умумий балл топилади ва ўзлаштириши баҳоланади.

ЖБ 0,45+ТМИ 0,05+ЯБ 3,0= УЎ

6. МАЪРУЗА

6.1. ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ ФАНИ МАВЗУЛАРИНИНГ ТАЪЛИМ МОДЕЛИ

МАВЗУ- Аорта равоғи окклюзион касалликлари

Аорта ва артериал тармоқлар анатомияси ва физиологияси. Қон томирлар касалликларида махсус текшириш усуллари (реовазография, доплерография, радионуклидди артериография, капилляроскопия, термография). Носпецифик аортоартериит. Аорта равоғи окклюзион касалликлари. Такаюсу синдроми. Клиник кечиши, диагностикаси. Консерватив терапия турлари. Жарроҳлик ва эндоваскуляр даволаш усулларига кўрсатмалар. Жарроҳлик амалиётлар турлари - эндартерэктомия, протезлаш, шунтлаш, симпатэктомия.

МАВЗУ- Қорин аортаси ва оёқ артериялари окклюзион касалликлари

Қорин аортаси висцерал шохлари окклюзион касалликлари. Сурункали абдоминал ишемия синдроми. Этиопатогенези, клиник кечиши, диагностикаси, даволашни жарроҳлик усуллари. Вазоренал гипертензия. Этиопатогенези, клиник кечиши, диагностикаси. Даволашни жарроҳлик усуллари. Лериш синдроми, облитерацияловчи эндартериит, Бюргер касаллиги, Рейно касаллиги, диабетик ангиопатия. Клиник кечиши, кечиши дарвлари, диагностикаси, дифференциал ташҳис. Консерватив даволаш принциплари. Жарроҳлик тактика ва даволаш усуллари.

МАВЗУ- Ўткир артериал етишмовчилик

Артериал тромбоз ва эмболиялар. Тромбозларни эмболиялардан фарқи. Тромбоз ва эмболиялар этиологияси. Тромб ҳосил бўлишига олиб келувчи омиллар. Ўткир тромбоз ва эмболияларни клиник кечиши ва клиник даврлари. Текшириш усуллари. Консерватив даволаш усуллари. Жарроҳлик даволаш усуллари (Фогарти зондини қўлланилиши, тўғри эмболэктомия). Антикоагулянт терапия принциплари.

МАВЗУ- Варикоз касаллиги

Оёқ веналари анатомияси ва физиологияси. Таснифи. Ривожланиш нуқсонлари – Паркс-Вебер-Рубашев ва Клиппел-Треноне касаллиги. Гемодинамик ўзгариши, клиник

кечиши, диагностикаси ва даволаш усуллари. Оёқлар варикоз касаллиги. Этиологияси ва патогенетик ўзгаришлар (олиб келувчи ва келтириб чиқарувчи омиллар). Клиник кечиши, диагностикаси. Веналар ўтказувчанлиги, клапанли аппарат ва коммуникант веналар ҳолати текшириш усуллари. Таснифи. Асоратлари. Даволаш усуллари: жарроҳлик амалиётлар (Троянов-Тренделенбург, Бебкокк, Маделунг, Нарат ва Кокет амалиётлари), склерозловчи терапия.

МABЗУ- Посттромбофлебитик синдром

Тушунча. Касаллик этиопатогенези. Таснифи (варикозли, шишли ва оғриқли, ярали тури). Клиник кечиши, диагностикаси, дифференциал диагностикаси. Веналар ўтказувчанлиги, клапанли аппарат ва коммуникант веналар ҳолати текшириш усуллари афзаллигини билиш ва тромботик касаллик диагностикаси ва жарроҳлик усул ердамида даволашда аҳамияти. Консерватив даволаш усуллари. Жарроҳлик амалиёти ердамида даволаш усуллари. Посттромбофлебитик синдром профилактикаси. Педжет-Шретер касаллиги. Тушунча. Касаллик этиопатогенези. Клиник кечиши, диагностикаси ва даволаш усуллари. Паркс-Вебер-Рубашев, Клиппель-Треноне касалликлари. Гемодинамикаси, клиник кечиши, диагностикаси, даволаш.

МABЗУ- Туғма юрак нуқсонлари

Анатомияси ва физиологияси. Таснифи. Беморларда туғма ва орттирилгин юрак нуқсонларини текшириш усуллари (ЭКГ, ФКГ, рентгеноскопия). Махсус текшириш усуллари (юракни зондлаш, ангиокардиография коронарокардио-графия, эхокардиография). Туғма нуқсонларнинг клиник кечиши, диагностикаси, дифференциал диагностикаси. Очик артериал йўл, бўлмачалараро тўсиқ нуқсони, қоринчалараро тўсиқ нуқсони, ўпка артерияларининг чегараланган торайиши, Фалло триадаси, тетрадаси ва пентадаси, аортанинг коарктацияси. Жарроҳлик коррекция. Сунъий қон айланиш ускунасини қўлланилиши, ишлаш принципи.

МABЗУ- Орттирилган юрак нуқсонлари

Этиопатогенези, анатомияси ва физиологияси. Таснифи. Митрал юрак нуқсонлари ва юрак бошқа клапанлари нуқсонлари митрал нуқсон гуруҳларининг классификацияси. Қон айланиш бузилиши босқичлари. Аортал, уч тавақали, митрал тавақа нуқсонларининг клиник кечиши, диагностикаси, жарроҳлик усуллари. Жарроҳлик амалиётига кўрсатма ва қарши кўрсатмалар. Очик ва епик жарроҳлик усуллар (комиссуротомия, аннулопластика, вальвулопластика, юрак қопқоқларини протезлаш). Сунъий юрак қопқоқлари.

МABЗУ- Постгастрорезекцион синдромлар

Назология тўғсида тушунча. Касаллик таснифи. Битмаган яралар, меъда рецидив яралар, ингичка ичак пептик яралари, меъда ва кўндаланг чамбар ичак ўртасидаги оқма яра, олиб келувчи қовузлоқ синдроми, демпинг-синдром ва бошқалар. Келиб чиқиш сабаблари, клиник кечиши, диагностика турлари, дифференциал диагностика. Консерватив даволаш турлари. Жарроҳлик усулида даволаш турлари. Реконструктив амалиётларга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар. Ваготомия ва эндош амалиётларга боғлиқ бўлган постваготом синдромлар. Органик ва функционал турлари. Клиник кечиши Ташҳислаш. Даволаш усуллари ва тактикаси. Консерватив даволаш усуллари ва кўрсатмалар. Жарроҳлик усулида даволаш ва унинг турлари.

МABЗУ- Симптоматик артериал гипертензия

Артериал гипертензия таснифи. Симптоматик АГ сабаблари. Вазоренальная гипертензия. Этиопатогенези, клиник кечиши, диагностикаси. Жарроҳлик усулида даволаш ва унинг турлари. АГ олиб келувчи буйрак усти беши касалликлари. Феохромацитома. Кон синдроми. Иценко-Кушинг синдроми. Диагностикаси. Дифференциал диагностикаси. Даволаш усуллари. Янги технологиялар.

МABЗУ- Постхолецистэктомик синдром

Нозология тўғрисида тушунча. Таснифи. Холецистэктомиядан кейинги кузатиловчи баъзи патологик ҳолатлар этиопатогенези. Клиник кечиши, диагностикаси. Постхолецистэктомик синдром ташҳислаш ва даволашда эндоскопик амалиётларни ўрни. Бирламчи ва иккиламчи папиллит, Фатер сўргичи стенози, ўмумий ўт йўлида «қолиб кетган» тошлар, ўт йўллари стриктуралари. Дуоденит ва дуоденостаз мавжуд бўлганда холедоходуоденоанастомозни нотўғри қўйилиши, билиодигестив анастомозлар стеноз ва стриктуралари, ташқи ўтли оқма яралар. Узун қолдирилган ўт пуфаги чўлтоғи, ўт пуфаги чўлтоғи невриномаси. ПХЭ бузилишларни дифференциал ташҳислаш, жарроҳлик даволаш усуллари, ўт йўлларидаги реконструктив амалиётлар турлари.

МАВЗУ- Механик сариклик

Билирубинни нормал алмашинуви. Сариклик турлари: гемолитик, паренхиматоз, механик. Механик сариклик сабаблари: ҳавfli ва ҳавфсиз. Диагностика турлари: УЗИ, КТ, ЭРПХГ, ЧЧХГ. Сариклик турлари орасида дифференциал диагностика. Даволаш. Амалиётдан олдинги даврда гомеостаз коррекцияси. Жарроҳлик даволаш усуллари. Холангит ва даволаш усуллари.

МАВЗУ- Эхинококкоз

Паразитар касалликлар тўғрисида тушунча. Паразит характеристикаси. Жигар ва ўпка эхинококкоз ва альвеококкози гидатидли тури. Тарқалиш турлари, клиник кечиши. Ташҳислаш ва дифференциал ташҳислаш. Серологик реакцияларни моҳияти, ўтказиш принциплари. Асбоб ускуналар текшириш усуллари (рентгеноскопия, ультратовуш текшириш усули, радионуклидли текшириш усули, компьютер томография, лапароскопия, ангиография, ретроградли панкреато-холангиография). Эхинококкоз асоратлари ва уларни клиник кечиши. Жигар ва ўпка асоратланмаган ва асоратланган эхинококкоз турларида жарроҳлик даволаш усуллари. Жарроҳлик амалиёт турлари таснифи. Бўшлиқни бартараф этиш усуллари. Эхинококкэктомиядан кейинги қолдиқ бўшлиқларни йўқотиш жарроҳлик амалиётлари. Жигар ва ўпка бирга келувчи эхинококкозда жарроҳлик амалиети, жарроҳлик амалиёт кетма кетлиги. Жигар ва ўпка эхинококкозини жарроҳлик усулида даволашнинг натижалари.

МАВЗУ- Портал гипертензия ва унинг асоратлари

Жигар циррозини портал гипертензия ва асцит билан кечишини этиологияси, патогенези. Таснифи. Клиник кечиши. Диагностикаси. Асбоб ускуналар ердамида ташҳислаш усуллари (целиакография, спленопортография, спленопортомано-метрия, УТТ, лапароскопия, компьютер томография, радионуклидли текширув усули ва бошқалар). Сленомегалия ва гиперспленизм. Клиник кечиши, диагностикаси ва дифференциал ташҳислаш. Портал гипертензиянинг жигар ичи ва аралаш турлари, асбоб ускуналар ердамида ташҳислаш усуллариининг моҳияти. Портал гипертензияда жарроҳлик амалиетининг қўлланилиши ва унинг даврийлиги. Асоратланмаган ва асоратланган портал гипертензия турларида жарроҳлик амалиетига кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар. Қизилўнгач ва меъда кардиал қисми варикоз веналардан қон кетиши, дифференциал ташҳислаш. Эндоскопиянинг аҳамияти (эндовазал ва перивазал склеротерапия). Блекмор зондини қўлланилиши. Жарроҳлик амалиетини қўлланилиши. Жигар циррозидаги асцит. Таснифи. Диагностикаси, дифференциал диагностикаси. Даволаш тактикаси. Консерватив даволаш. Жарроҳлик амалиетига кўрсатма ва қарши кўрсатмалар. Жарроҳлик амалиети турлари (лапароцентез, перитонеоатриал шунтлаш, перитонео-веноз шунтлаш). Бадда-Киари синдроми, тушунчаси. Клиник кечиши, диагностикаси, даволаш усуллари.

МАВЗУ- Ўпка носпецифик сурункали касалликлари

Ўпка сурункали йирингли касалликлари. Таснифи. Ўпка сурункали йирингли абсцесси. Клиник кечиши. Диагностикаси ва дифференциал диагностикаси. Консерватив терапия – жарроҳлик амалиетига кўрсатма сифатида. Жарроҳлик амалиетига кўрсатмалар ва

унинг турлари. Бронхоэктатик касаллик. Этиология ва патогенези. Таснифи. Клиник кечиши. Диагностикаси ва дифференциал диагностикаси. Махсус текшириш усуллари. Консерватив терапия турлари. Жарроҳлик амалиетига кўрсатмалар. Жарроҳлик амалиет турлари. Ўпка кисталари. Этиологияси ва патогенези. Таснифи. Клиник кечиши, диагностикаси. Асоратлари. Жарроҳлик амалиетига кўрсатмалар. Амалиётлар турлари.

МАВЗУ- Ўпка ўткир йирингли касалликлари

Ўпка анатомияси ва физиологияси. Махсус текшириш усуллари (рентгеноскопия, рентгено-графия, компьютер томография, бронхоскопия). Ўпка йирингли касал-ликлар таснифи. Ўпка ўткир абсцесслари ва гангренаи. Клиник кечиши, диагностикаси. Консерватив даволаш усуллари. Жарроҳлик амалиетини қўлланилиши ва унга кўрсатмалар. Жарроҳлик амалиети турлари. Ўткир йирингли абсцессларни даволашда бронхоскопиянинг моҳияти. Ўпка стафилококкли деструкцияси. Клиник кечиши. Диагностикаси. Даволаш усуллари. Жарроҳлик амалиетига кўрсатмалар. Жарроҳлик амалиети турлари.

МАВЗУ- Кўкс оралиғи ва диафрагма касалликлари

Кўкс оралиғи аъзоларини анатомик ва физиологик хусусиятлари. Асбоб ускуналар ердамида текшириш усуллари (рентгенография, компьютер томография, пневмомедиастинография, медиастиноскопия). Кўкс оралиғи ўсма ва кисталари. Тушунча. Таснифи, клиник кечиши, диагностикаси, дифференциал диагностикаси. Жарроҳлик амалиетига кўрсатма ва қарши кўрсатмалар. Жарроҳлик амалиетидаги кесма турлари. Жарроҳлик амалиети турлари. Миастения, диагностикаси, даволаш усуллари. Медиастенит. Турлари, этиологияси, клиник кечиши, диагностикаси, ўткир йирингли медиастенит даволаш усуллари. Консерватив терапия ва жарроҳлик амалиети турлари. Диафрагма анатомияси ва физиологияси. Диафрагма касалликларида махсус текширув усуллари (рентгеноскопия, рентгенография, пневмоперитонеум). Диафрагма қизилўнгач тешиги чурраси. Таснифи. Сирпанувчи ва параэзофагеал чурралар. Клиник кечиши ва диагностикаси. Асоратлари. Сирпанувчи чурраларни консерватив давоси. Жарроҳлик амалиетига кўрсатмалар. Сирпанувчи ва параэзофагеал чурраларни жарроҳлик усулида даволаш усуллари. Диафрагмал чурралар. Таснифи. Диафрагма травматик (сохта) чурралари. Нотравматик чурралар. Ларей чурраси, ретростернал чурра, Богдалеко чурраси. Клиник кечиши, диагностикаси, жарроҳлик амалиетига кўрсатмалар ва жарроҳлик амалиети турлари. Диафрагма релаксацияси. Клиник кечиши, диагностикаси. Диафрагма релаксацияси ташхислашда пневмо-перитонеум моҳияти. Диафрагма пластика турлари.

МАВЗУ- Қизилўнгач касалликлари

Анатомияси ва физиологияси. Қизилўнгач касалликлари таснифи. Махсус текшириш усуллари (рентгеноскопия, рентгенография, эзофагоскопия; пневмомедиастино-графия, рентгенокимография, радио-нуклидли эзофагоскопия). Кардиоспазм ва қизилўнгач ахалазияси. Тушунча. Клиник кечиши, диагностикаси, дифференциал диагностикаси. Даволаш усуллари. Кардиодилатация, техникаси. Жарроҳлик амалиетига кўрсатмалар. Жарроҳлик амалиет турлари (Геллер, Петровский, Геляровский). Қизилўнгач дивертикуллари. Таснифи, клиник кечиши, диагностикаси, даволаш усуллари. Жарроҳлик амалиетига кўрсатмалар ва тактикаси. Оператив кесмалар. Жарроҳлик амалиет турлари. Қизилўнгач ед жисмлари. Клиник кечиши, диагностикаси, асоратлари, даволаш тактикаси, асоратлари, даволаш усуллари. Эндоскопик даволаш турлари. Жарроҳлик амалиетига кўрсатмалар. Қизилўнгач қуйиши ва чандиқли торайиши. Этиологияси ва патогенези. Ўткир давр клиник кечиши. Ўткир даврда биринчи ердам ва даволаш усуллари. Қизилўнгач чандиқли торайиши клиник кечиши ва торайиш турлари ва локализацияси. Диагностикаси. Бужлаш ердамида даволаш. Бужлаш турлари. Бужлашга курсатмалар. Жарроҳлик амалиети ва унга кўрсатмалар. Қизилўнгач реконструктив амалиетлар (ингичка ва егон ичак ердамида, меъда ердамида, комбинациялашган). Бир ва кўп этапли жарроҳлик амалиетлар. Жарроҳлик амалиётлар натижалари.

МАНЗУ- Плевра касалликлари

Плевра анатомияси ва физиологияси. Плевра йирингли касалликлари таснифи. Плевра ўткир эмпиемаси. Этиологияси, патогенези. Турлари. Клиник кечиши, диагностикаси ва дифференциал диагностикаси. Консерватив терапия. Жарроҳлик амалиёти турлари ва унга кўрсатмалар. Плевра сурункали эмпиемаси. Этиопатогенези. Клиник кечиши, диагностикаси ва дифференциал диагностикаси. Бронхоплеврал ва бронхоплевроторакал оқма яралар. Жарроҳлик амалиёти турлари ва унга кўрсатмалар. Торакопластика турлари. Бронхоплеврал ва бронхоплевро-торакал оқмаларда жарроҳлик амалиётини қўлланилишини моҳияти.

6.2. МАЪРУЗА ВА АМАЛИЙ МАШГУЛОТЛАР ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Семинар машгулотларида қўлланиладиган инновацион технология методларининг асосий қоидалари.

1-илова.

«Ақлий ҳужум» методининг асосий қоидалари:

- Олға сурилган фикр ва ғоялар танқид остига олинмайди ва баҳоланмайди;
- Таклиф қилинаётган фикр ва ғоялар қанчалик фантастик ва антиқа бўлса ҳам, уни баҳолашдан ўзингизни тийинг!
- Танқид қилманг – ҳамма билдирилган фикрлар бир хилда бебаҳодир.
- Фикр билдирилаётганда бўлманг!
- Мақсад – фикр ва ғоялар сонини кўпайтириш.
- Қанчалик кўп фикр ва ғоялар билдирилса, шунчалик яхши. Янги ва бебаҳо фикр ва ғоянинг вужудга келиш эҳтимоли пайдо бўлади.
- Агар фикрлар қайтарилса асабийлашманг ва ҳайрон бўлманг.
- Бу муаммо факатгина маълум усуллар ёрдамидагина ҳал бўлиши мумкин, деб ўйланг.
- Фикрлар «ҳужуми»ни ўтказиш вақти аниқланади ва унга қатъиян риоя қилиниши шарт.

2 - илова.

Гуруҳ билан ишлаш қоидалари

Гуруҳнинг ҳар бир аъзоси:

- ўз шерикларининг фикрларини ҳурмат қилишлари лозим;
- берилган топшириқлар бўйича фаол, ҳамкорликда ва масъулият билан ишлашлари лозим;

3–илова.

ЭССЕ

Эссе – таклиф этилган мавзуга 1000 дан 5000 гача сўз ҳажмидаги иншо.

Эссе – бу муаллифнинг шахсий нуктаи назарини ёзма равишда эркин ифода этиш шакли; қандайдир предмет бўйича умумий ёки дастлабки дунёқарашни ўз ичига олади.

Беш дақиқалик эссе

Беш дақиқали эссе – ўрганилаётган мавзу бўйича олинган билимларни умумлаштириш, мушоҳада қилиш мақсадида ўқув машғулотида

4 - илова.

Инсерт – самарали ўқиш ва фикрлаш учун белгилашнинг интерфаол тизими ҳисобланиб, мустақил ўқиб-урганишда ёрдам беради. Бунда маъруза мавзулари, китоб ва бошқд материаллар олдиндан талабага вазифа қилиб берилади. Уни ўқиб чиқиб, «V; +; –; ?» белгилари орқали ўз фикрини ифодалайди.

Матнни белгилаш тизими

“v” - мен билган нарсани тасдиқлайди.

“+” - янги маълумот.

“–” - мен билган нарсага зид.

“?” - мени уйлантирди. Менга қушимча маълумот зарур.

5 - илова.

Б.Б.Б. усули

Талабаларга мавзуга доир иборалар таклиф этилади, талабалар шу иборалардан билганларини «+» билан, билмаганларини «-» билан белгилайди ва жадвалга фиксация қилинади.

6 – илова.

Кластер.

1. Катта коғоз марказига темага доир калит суз ёзилади.
2. Катнашчилар калит сузининг атрофига «йулдош» сузлар ёзилади.
3. Катнашчилар фикрига кура шу калит сузига тегишли булган сузлар ёки таклифлари ёзилади.

Фан бўйича маъруза ва семинар дарслар ўқитиш технологияси.

1-мавзу	Аорта равоги окклюзион касалликлари этиологияси, патогенези, классификацияси, клиникаси, диагностикаси, дифференциал диагностикаси, давоси, реабилитацияси.

1 Маъруза машғулотининг ўқитиш технологияси

Вакти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	1. Аорта равоги окклюзион касалликлари; 2. Аорта равоги окклюзион касалликлари этиопатогенези, патанатомияси;

	3. Классификацияси; 4. Клиникаси, диагностикаси, диф диагностикаси; 5. Беморларни оператив даволаш усуллари.
Маъруза мақсади: Талабаларни аорта равоги окклюзион касалликлари билан таништириш. Бу касалликларнинг этиологияси, патогенези, пайдо бўлишининг умумий омиллари, симптоматикаси ва умумий даволаш усуллари қўллай билишни ўргатиш.	
Педагогик вазифалар: - Аорта равоги окклюзион касалликлари ҳақида тушунча бериш; - Бу касалликлар патанатомияси билан таништириш; - маъруза давомида талабаларга аорта равоги окклюзион касаллиги билан огриган беморлар билан мулоқат қилишни ўргатиш; - диагностика усуллари тўғри бажаришни, даволаш усуллари тўғри танлашни ўргатиш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба билиши керак: - Аорта равоги окклюзион касалликлари ҳақида тушунча олади; - Бу касалликлар патанатомиясини нормал анатомиядан ажратади; - Аорта равоги окклюзион касалликлари билан огриган беморлар билан мулоқат қилишни ўрганади; - Диагностика усуллари тўғри бажаришни, даволаш усуллари тўғри танлашни ўрганади.
Ўқитиш услуби ва техникаси	Визуал маъруза, блиц - сўров, баён қилиш, кластер, "ха-йук" техникаси
Ўқитиш воситалари	Маърузалар матни, мультимедия, тарқатма материаллар, график органайзерлар.
Ўқитиш шакли	Жамоа, гуруҳ, ва жуфтликда ишлаш.
Ўқитиш шарт-шароити	Мультимедия, компьютер билан жихозланган аудитория

Босқичлар, вакти	Фаолият мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.) 2-босқич. Асосий (70 мин.)	1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотида кутилаётган натижалар маълум қилинади.	1.1. Эшитади, куради ва ёзиб олади.
	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниқлаш учун тезкорсавол-жавобўткази. - аорта ва унинг тармоклари анатомияси ҳақида нима биласиз? - ангиография усуллари ва техникаси қандай утказилади? - қон ивиш факторларини қайси бирини биласиз?	2.1. Эшитади, кўради Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 2.2. Схема ва жадваллар

	2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишида давом этади. Ангиологиянинг ҳозирги пайтдаги долзарб муаммолари ҳақида гапиради. Аорта равоги касалликларининг патанатомияси, патофизиологияси, клиникаси ва замонавий даволаш усуллари ҳақида гапиради. 2.3. Ангиологияни урганишда ўз ҳиссаларини қўшган олимларининг ишлари тугрисидаги тўхталиб ўтилади. 2.4. Талабаларга мавзунинг асосий тушунчаларига эътибор қилишни ва ёзиб олишларини таъкидлайди.	мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади. 2.3. Эслаб қолади, ёзади. Ҳар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади. Таърифни ёзиб олади, мисоллар келтиради.
3-босқич. Якуний (10 мин.)	3.1. Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади. Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. Мустақил иш учун вазифа: “Стеноз” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.	3.1. Эшитади, кўради, аниқлаштиради. 3.2. Топшириқни ёзиб олади.

АОРТА ВА МАГИСТРАЛ ТАРМОҚЛАР КАСАЛЛИКЛАРИ

Ҳозирги замон ангиологияси ўз таъсирини кардиология, терапия, гастроэнтерология, сексология, нефрология, трансплантологиянинг бир қатор муаммоларига йўналтирадиган фандир. Ангиология туфайли юрак ишемияси, мия, артериал гипертензия каби хасталикларнинг патогенезини қайта кўриб чиқиш имконияти яратилди. Томирларнинг илгари маълум бўлмаган янги касалликлари - носпецифик аорта-артериит ва фиброз дисплазия диагностика қилиняпти ва ўрганиляпти.

Анатомик-физиологик хусусиятлар

Шундай қилиб, томирлар хирургиясининг таъсири ҳозир ғоятта катта ва ундан гўё узоқда турган тиббий ихтисосликларга ҳам тарқалади. Шуларнинг ҳаммаси тиббиёт олий билимгоҳи талабаларини ангиология ва ангиохирургиянинг ҳозирги ҳолати: унинг диагностик ва оператив имкониятлари билан таништиришни тақозо этади.

Беморларни текшириш методларини ёритишдан олдин артериал системанинг баъзи бир асосий касалликлари устида тўхталиб ўтиш зарур. Булар: атеросклероз, носпецифик аорта-артериит, фиброз-мушак дисплазияси, облитерацияладиган эндартериит.

Атеросклероз атамасини 1904 йилда Маршан таклиф қилган, бу аорта ва артерияларнинг ўзига хос касаллигидир. Бу касаллик артериялар интимаси остида липидларнинг ўчоқли йиғилиб бириктирувчи тўқима атрофи ўсиб қалинлашуви, кальций йиғилиши ва медиянинг ўзгариши билан боғлиқ: асосий сабаблари - ташқи омиллар (холестеринга бой овқат, хис-ҳаяжонлар, гипокинезия, чекиш), генетик мойиллик, эндокрин бузилишлар, модда алмашинуви бузилишларидир.

Атеросклероз патогенезининг энг тарқалган назарияси Н. Н. Аничков, Г. Ф. Ланг, А. Л. Мясниковлар таклиф қилган нейрометаболитик назариядир. Гидрофил холестерин комплекси яратилишида беқарор липопротеин ком-плексларига - 3/4 қисми липидлардан иборат бета-липо протеидларга ва 1/4 қисми оксил бўлган холестеринга катта аҳамият берилади. Уларнинг томирлар орқали бундай ташилиш усули ишончли эмас, комплекслар эримайдиган липидлар чўкиши билан осон парчаланади. Холестериннинг бу эстерлари эримайдиган комплекслар ҳолида артериялар интимасида тўхталиб қолади ва аста-секин йиғилиб, унинг деворига ўтади.

Атеросклерознинг Уругвай хирургии Пальме тавсия қилган гемодинамик назарияси нуқтаи назардан атеросклероз систолик қон тўлқини зарбларининг артериал деворни сурункали шикастлаши натижаси ҳисобланади. Бу артерияларнинг ҳимоя системаси ўз вазифасини адо этолмаганда рўй беради.

Атеросклерознинг тромбоген назариясини инглиз патолог Дугайт таклиф этган. Унинг тадқиқотларига биноан аортадаги тромблар аввал ғовак, сўнгра контакт фибриндан ташкил топган. Тромб юзаси эндотелий билан қопланади, шунга кўра у гўё томир деворининг таркибий қисмига ўхшаб, интимага жойланиб олгандай бўлади. Шундан кейин фибрин конденсацияси ва тромб ҳосил бўлиши юз беради. Фибрин йиғилиши такрорланади. Такрорланиш тез юз берса, фибриннинг бир қатлами иккинчи янги қатлами билан алоқага киришади.

Носпецифик аорта-артериит - томирларнинг система касаллиги бўлиб, асосий хусусияти аортада ва унинг шох тармоқларида стенозловчи, аневризматик ёки аралаш жараён ҳисобланади. Уни 1956 йилда Савори тасвирлаган. Носпецифик аорта-артериитнинг ҳақиқий тарихи япон врачлари М. Такаясунинг 1905 йилда аорта равоғи тармоқлари зарарланишининг клиник тасвирини баён этишдан бошланган.

Аортитнинг аллергия табиатини ҳисобга олиб, қатор муаллифлар унинг аутоиммун келиб чиқиши тўғрисидаги тахминни баён қиладилар. Айрим муаллифлар уни коллагенозлар қаторига киритадилар, чунки унда коллагенозга хос яллиғланиш реакциялари, субфебрилитет, систем зарарланиш, клиник полиморфизм, айрим мусбат лаборатория синамалари қайд қилинган. Бу касалликда, одатда, артериянинг бирламчи ташқи қатламлари зарарланади, сўнгра жараён томирнинг бирмунча чуқур қатламларига тарқалиб, интимани қалинлаштирадиган иккиламчи яллиғланиш ходисалари юз беради.

Аорта равоғи артериялари касалликлари

Такаясу синдроми деган ном остида брахецефал артерияларни торайтирадиган ёки тутилиб қолишини келтириб чиқарадиган ва бош миёна ҳамда қўллар ишемиясига олиб келадиган ҳар хил этиологияли касалликлар гуруҳи бирлаштирилади.

Япон офтальмолог Такаясу 1908 йилда ёш аёлларда кўз турсимон пардаси артериясининг зарарланиши ва қўлда пульс йўқлиги билан таърифладиган томирлар касаллигини тасвирлади. Адабиётда бу синдром кашфиётчи шарафига Такаясу деб аталди. Бу патология адабиётда бошқа номлар билан ҳам юритилади, улардан энг кенг тарқалгани «аорта равоғи синдроми», «пульс йўқлиги касаллиги», «Марторелле синдроми», «ёш аёллар артериити», «Гигант хўжайрали артериит», «Такаясу синдроми» ва бошқалардир.

Бу касалликнинг анчагина тарқалганлиги ва прогнозининг ёмонлиги, миёна инсультига ва даволаш усулларида оид қарашларнинг қайта кўриб чиқилиши муносабати билан унинг клиник аҳамияти етарлича муҳимдир. Ишемик инсульт пайдо бўладиган беморларнинг тахминан ярмида бош миёна таъминлайдиган калла суягидан ташқаридаги артерияларда зарарланишлар бўлади. Атеросклерозда бош миёна ишемик зарарланишлари фақат артериал окклюзияси стенози сабабли эмас, балки церебрал артерияларнинг атеросклеротик пиллакчадан микроэмболияси натижасида ҳам ривожланади.

Этиологияси ва патогенези. Брахецефал артериялар тутилиб қолишни келтириб чиқарадиган этиологик омиллар бир неча гуруҳларга бўлиниши мумкин:

1. Артерияларнинг облитерация қиладиган касалликлари:

- атеросклероз;
- носпецифик аорта-артериит;
- облитерацияловчи тромбангит;
- чакка артериити.

2. Аорта равоғи аневризмалари брахецефал артерияларнинг иккиламчи торайиши билан:

- атеросклеротик;
- захмли;
- қатламланадиган аневризмалар.

3. Аорта равоғи тармоқларининг ривожланиш нуксонлари:

- артерияларнинг ратологшиқ эгри-бугрилиги, огизнинг сурилиш нуксонлари;
- артерияларнинг патологшиқ эгри-бугрилиги, ковузлоклар ҳосил қилиш ва ангиляцияси;
- аорта равоғи тармоқлари нуксонлари.

4. Артериялар компрессиясининг экстравазал омиллари. Атеросклероз ишемик синдромнинг энг кўп сабабчиси ҳисобланади, беморларнинг тахминан 2/3 қисмида атеросклеротик келиб чиқадиган брахецефалик артерияларнинг зарарланиши бўлади. Эркалар аёлларга нисбатан 4 баравар кўпроқ зарарланади. Атеросклерознинг муҳим хусусияти шундаки, бош миёна калла

суягидан ташқаридаги бўлимларининг зарарланиши интракраниал артерияларга қараганда 5 марта кўпроқ учрайди.

Уйқу артерияси бифуркацияси ва ички уйқу артериясининг бошланғич сегменти атеросклеротик пилакча ривожланадиган жой ҳисобланади. Иккала уйқу артерияси бир хилда кўп зарарланади. Аксарият патологик жараёнга ўмров ости артериялари ҳам қўшилади, бунда чап артерияси ўнг артериясига нисбатан 3 барабар кўпроқ зарарланади. Кўпинча беморларда аорта равоғи тармоқларининг кўп сонли зарарланишлари аниқланади.

Носпецифик аорта-артериит брахеоцефал томирлар зарарланишининг сабаблари орасида иккинчи ўринда туради. Аорта-артериит учун стенозланган қисмнинг бирмунча узунлиги хос. Аорта-артериитнинг тахминан 75% ҳилларида аорта равоғи тармоқларининг кўп сонли зарарланишлари кузатилади. Бу касаллик билан аксарият 30-40 ёшдаги одамлар, кўпроқ аёллар (4:1) касалланадилар.

Брахеоцефал томирларнинг нормал ўтказувчанлигини бузадиган учинчи сабаб - экстравазал компрессия ҳисобланади. Умуртқа артерияси оғзи сурилганда, буралганда ёки олдинги зинапоясимон мускулдан босилганда (умуртқа артерияси аномал чиққанда) умуртқа артерияси бўйлаб қон оқими камайиши мумкин. Умуртқа артерияларининг суяк каналида стенозланиши бўйин остеохондрози ривожланганда, остеофитлар, ўсмалар томонидан босилганда рўй бериши мумкин.

Брахеоцефал артерияларнинг патологик эгри-бугрилиги артериянинг узайиши ва кескин дивинацияси, шу жойларда буралиш ва ўтказувчанлик бузилиши содир бўлиши билан таърифланади. Қон оқими издан чиқишига олиб келадиган бошқа касалликлар орасида камдан-кам учрайдиган захм артериитини қайд қилиб ўтиш керак. Мия қон айланишининг бузилишлари юқори артериал гипертензия фонида ривожлана оладиган ички уйқу артерияси аневризмасига боғлиқ бўлиши мумкин.

Клиникаси. Бу касалликнинг клиник белгилари муайян артериядаги окклюзиянинг жойлашувига ва характериға, издан чиққан магистрал қон оқимининг компенсацияси босқичига боғлиқ. Касалликнинг патологик жараённинг топикасини ва характериғни акс эттирадиган клиник формалари (симп-томлари) даволаш усулини танлашга имкон берадиган диагнознинг замонавий тури ҳисобланади.

1. Ўмров остита таълуқли симптом - асосий тармоқлари чиққандан кейин ўмров ости артериясининг энг дистал қисмидаги окклюзия. Тақаясу синдромида ўмров ости артерияси бўйлаб қон оқими деярли 6% ҳолларда зарар кўради (Б. В. Петровский муаллифдошлари билан). Кўпчилик беморларда ўмров ости синдромининг этиологик омили артериит, қолган ҳолларда экстравазал омиллар, қўшимча бўйин қовурғалари ва олдинги зина поясимон мушак синдроми ҳисобланади. Бу синдромниш мохияти қўл ишемиясидир. Ишемия даражаси коллатерал қон айланиши имкониятлари билан белгиланади. Декомпенсацияланган босқич қўл панжаси ва билакда иккинчи - дистал блок бўлганда учайди, холос.

2. Умуртқа синдроми - умуртқа артериясининг экстравазал бўлимида қон оқимининг бузилиши ва шу сабабли мия томирларида етишмовчилик пайдо бўлишидир. Умуртқа синдроми алоҳида кўринишда қарийб 17% ҳолларда учрайди. Умуртқа артериясининг экстракраниал бўлимида қон оқими бузилиши учта сатҳда - оғзи- соҳасида, суяк каналида, калла суягига киришдаги горизонтал қисмда рўй бериши мумкин.

Қон оқими бузилишига атеросклероз(70%), экстравазал омиллар ва ривожланиш нуқсонлари сабаб бўлиши мумкин.

Синдромнинг клиник белгилари бош мия яримшарларининг стволи, энса бўлаклари ва ички мия ишемиясига боғлиқ бўлади.

3. Ўмров ости-умуртқа синдроми. Ўмров ости артерияси блоки шундай жойлашадики, қон оқимидан ўмров ости артерияси ҳам, умуртқа артерияси ҳам ажралиб қолади. Ана шунга ўмров ости-умуртқа синдроми дейилади.

Умуртқа артериясида қон оқимининг айниши содир бўлади - қон оқими миядан қўлга тесқари йўналишда оқади, чунки ўмров ости артерияси системасидаги босим Виллизий доирасидагига қараганда паст бўлади. Бу феноме! адабиётда «subclavian steal syndrome»- ўмров остида қон ўғирланиш синдроми деган ном олган бўлиб, уни 1960 йилд; Contorni биринчи марта тасвирлаган. Елка камари ва қўл ишемиясининг клиник кўриниши бу соҳаларда коллатерал қон айланиши

ривожланганлигидан ва стилл-синдром ҳисобига одатда оғир бўлмайди. Беморлар иш вақтида қўлларининг тез толиқиб қолишидан, уларнинг увишиши ва совқотишидан, бармоқлар ва панжанинг муздай бўлишидан нолийдилар, қўл мускуллари атрофияга учрайди, қўлда оғрик бўлади. Стилл-синдром ривожланиши вертебробазилляр системада қон айланиши етишмовчилигига олиб келади, бу умров ости-умуртқа синдромида устунлик қиладиган белги ҳисобланади.

4. Уйқу артериялари синдроми - шу томирлар проксимал бўлимларида қон оқимининг бузилишидир. Умумий уйқу артерияси бифуркация соҳасида ундан пастки қисмга нисбатан кўпроқ зарарланади. Ички уйқу артериясини стенозга ёки окклюзияга олиб келадиган асосий этиологик омил атеросклероз саналади. Уйқу артерияси синдромининг клиникаси бош мия катта яримшарлари ва кўз соққалари ишемияси билан белгиланади. Бе-морлар бош оғриши, бош айланиши, хотира пасайиши, зарарланган томонда кўз кўрмай қолиши, баъзан хушдан кетишдан шикоят қиладилар.

5. Номсиз артерия синдроми - номсиз артерияда қон айланишининг бузилиши. Бу ўзининг турли-туман клиник манзарасига кўра брахиоцефал артериялар патологиясидир. У гўё бундан олдинги ҳамма синдромларни ўзига жамлаб олади ва айни вақтда бу симптомлар улардан мутлақо фарқ қилади. Номсиз артерия синдромининг кўриниши бош миянинг каротид типи бўйича ҳамда вертебробазилляр тип бўйича ишемиясидан, ўнг қўлдаги артериал етишмовчилик ва ўнг кўз кўрув қобиляти бузилишидан ташкил топади. Коллатерал қон айланишининг катта имкониятларига қарамай, номсиз ствол окклюзияси ғоят хавфли офат - патология саналади ва церебрал бузилишлар бундай беморларнинг амалда ҳаммасида эртами-кечми юз беради.

6. Қўшма формалари - аорта равоғи тармоқларининг кўп сонли зарарланишлари бир-бири билан турлича қўшилиб келиб, 17-18% ҳолларда учрайди (И. А. Беличенко, 1970). Бу, афтидан, брахиоцефал томирларнинг дастлабки алоҳида кўпгина зарарланишларининг ниҳояси ҳисобланади. Бу гуруҳда касалликнинг энг узоқ давомлилиги 4-5 йил бўлиши бежиз эмас.

Клиник кўринишлари ҳар бир айрим ҳолда ғоят ўзига хос ва зарарланган артериялар сонига ҳамда окклюзия даражасига боғлиқ. Умуртқа ва каротид синдромларнинг каротид ва умров ости-умуртқа синдромларининг бирга келиши кузатилади. Ниҳоят, ҳамма маълум синдромлар бирга учраши мумкин. А. В. Покровский мияда қон айланиши бузилишининг қуйидаги гуруҳларини тафовут қилади:

1. Симптомсиз окклюзиялар -23,6%.
2. Мия қон айланишининг транзитор ишемия хуружлари билан ўтадиган кўчма бузилишлари - 40,5%.
3. Хроник томир-мия етишмовчилиги -11%.
4. Ишемик инсультлар ва уларнинг қолдик ҳодисалари-25%.

Диагностикаси. Тақиясу синдроми бўлган беморларда ўтказиладиган диагностик тадбирлар йиғиндисини шартли равишда учта босқичга бўлиш мумкин:

I. Умумий клиник текширишлар босқичи: сураб-суриштириш ва касалликнинг анамнезини йиғиш, беморни кўздан кечириш, аорта равоғи тармоқларининг ҳолатини, шунингдек юза жойлашган магистрал артерияларни пальпатор ва аускультатив аниқлаш. Артериал босим иккала қўл ва иккала оёқда аниқланади.

II. Текширишнинг ихтисослашган стационар босқичи:

- лаборатория текшириш усуллари;
- функционал текшириш усуллари;
- нефрологик текшириш;
- офтальмологик текшириш;
- отоневрологик текшириш;
- рентген контраст текшириш (аортография ёки селектив ангиография).

III. Текширишнинг интраоперацион босқичи: аорта равоғи брахиоцефал тармоқлар тафтиши, электромагнит флоуметрия, интраоперацион ангиография.

Брахиоцефал артериялари зарарланган беморлар учун неврологик, офтальмологик ва отоневрологик характердаги шикоятларнинг бир қанчаси хосдир. Кўздан кечириш тўғри диагноз қўйиш учун ҳеч қандай йўл-йўриқлар кўрсата олмайди. Пайпаслаб кўриш чакка, уйқу, елка ва биллак артерияларидаги пульсациянинг ўзгаришларини аниқлаб беради. Умумий уйқу ва номсиз

артериялар окклюзиясида зарарланган томондаги на уйку, на чакка артерияларининг пульсацияси, табиийки, аниқланмайди. Бироқ ички уйку артерияси окклюзиясида ва унинг стенозида бифуркация соҳасида чакка артериясининг пульсацияси (уриб туриши) хатто кучайган бўлиши эҳтимол, чунки бутун қон оқими ташқи уйку артериясига йўналади. Артериал босимни ўлчашни ҳамма қўл ва оёқларда олиб бориш керак. Ўмров ости артерияси зарарланганда систолик артериал босим симоб устуни ҳисобида 80-90 мм гача, пульс босими симоб устуни ҳисобида 19-30 мм гача пасаяди. Аускультация брахецефал томирлар касалликларининг бирламчи диагностикасида асосий аҳамият касб этади. Бифуркация ва ички уйку артерияси стенозида пастки жағ бурчагидаги систолик шовқин беморларнинг 75 фоизда эшитилади.

Қонни лабораторияда текшириш натижалари қуйидагича бўлиши мумкин:

а) қон элементлари (ўртача гипохром камқонлик, ўртача лейкоцитоз, РОЭ - эритроцитларнинг чўкиш тезлиги тезлашган);

б) плазма оксиллари (гипоальбуминемия, глобулин фракциялари, шунингдек фибриноген ошиши);

в) иммунологик реакциялар (мусбат актинуклеар омил, Вассерман сохта мусбат реакцияси).

Функционал текшириш усуллари. Ўмров ости артерияси окклюзиясида реовазограммалар баландлиги асимметрияси ва тўлқинлари характери ва қўлнинг хажмий сфигмограммалари ҳамавақт бор. Уйку ва номсиз артериялар зарарланганини диагностика қилишда уйку ва юза чакка артерияларини сфигмография қилиш катта ёрдам беради. Окклюзияда эгри чизик тўлқинлари пасаяди ва шакли ўзгаради.

Реоэнцефалография катта ёрдам беради, у уйку артерияси бир томонлама зарарланганда мия қон таъминотининг яримшарлараро асимметрияси белгиларини аниқлайди, ҳамма брахецефал тармоқлар окклюзиясида эса ҳамма усулларда реограмма тўлқинларининг кескин пасайишини қайд қилади. Брахецефал томирларнинг бирламчи диагностикасида инфрақизил спектрдаги термография қўлланилади. 0,6°C дан юқори термоасимметрия патологик деб ҳисобланади.

Сўнгги йилларда қон оқимини ультратовуш билан текшириш усуллари кенг тарқалди. Ультратовушли датчик Допплер эффекти принципида фақат артерия пульсациясини эмас, балки ундаги қон оқими йўналиши ва тезлигини ҳам аниқласа бўлади.

Неврологик текширишлар. Бош мия ишемиясиниш неврологик аломатлари қайси томир хавзаси зарар қўрганига, артериянинг окклюзия даражаси ва ривожланиш суръатига, шунингдек, коллатерал қон айланишининг канчалик мувофиқлигига боғлиқ. Шу муносабат билан мия қон айланиши етишмовчилигини каротид, вертебробазилляр ва бирга учрайдиган каротид-базилляр типи бўйича фарқ қилиш зарур. Неврологик симптоматиканинг ўзи эса интермитирлайдиган ёки барқарор, доимий характерда бўлиши мумкин.

Бош оғриғи - босимнинг магистрал артериялари окклюзияси бўлган беморларда қайд қилинади. У тахминан беморларнинг 80 фоизда бўлади. Оғриқ аксарият чакка соҳасида, баъзан бошнинг у ёки бу ярмида ёки туташ бўлади.

Бош айланиши учраши жихатидан иккинчи неврологик симптом, беморларнинг кам деганда 35 фоизда учрайди. Бу симптом вестибуляр аппарат функцияси бузилиши ва унинг узунасига кетган орқа дастаси системаси бўйича қуйида жойлашган бўлимлари билан аловасига борлиқ. Қисқа муддатга хушдан кетиш ҳодисаси кам деганда 5% ҳолларда учрайди, улар, афтидан, бош мия турсимон формациясининг ишемияси билан боғлиқ бўлса керак.

Гиперкинетик ва амниостатик синдром мияча ва ўзак қобик ости тугунлари оғир ва узоқ муддатга ишемия бўлган беморларда учрайди.

Талвасалар ва эпилепсиясимон тутқаноқлар аҳён-аҳёнда кузатилади. Бу ҳолатларнинг табиати аниқланмаган.

Пўстлоққа тааллуқли кўриш қобилияти бузилишлари. Бу гуруҳга бош мия яримшарларида, асосан энса бўлақларида қон айланиши етишмаслиги натижасида юзага келадиган кўришнинг турли-туман бузилишлари киради. Кўришнинг бундай бузилишлари 17% ни ташкил этади.

Ҳаракат бузилишлари - касалликнинг энг равшан ва оғир белгиларидан ҳисобланади. Неврологик бузилишлар бу формасининг умумий проценти 13,3% ни ташкил этади (А. В. Покровский бўйича). Нутқ бузилишлари беморларнинг деярли 11 фоизда учрайди. Улар ишемик учоқда жойлашуви бўйича турли-туман кўринишга эга бўлади.

Нистагм - бирмунча кўп учрайдиган неврологик симптомлардан бири ҳисобланади. Вертебро-базилляр системасида қон оқими бузилган беморлардагина кузатилади. Кўз ҳаракатининг бузилишлари нистагм сингари учрайди. Унда кўз соққалари ҳаракати ўзгаради, конвергенция ва аккомодация реакциялари бузилади.

Миячадан бўладиган симптомлар - асинергия, дизметрия, мушаклар дистонияси беморларнинг тахминан 8 фоизда учрайди (Б. В. Петровский муаллифдошлари билан). Ютиш ва фонациянинг бузилишлари (дисфагия, дизартрия) 6-7% ҳолларда кузатилади. Сезувчанликнинг бузилишлари парез бўлган томонда беморларнинг 15 фоизда кузатилади.

Вегетатив бузилишлар - кўнгил айниши, қайт қилиш, рангпарлик, брадикардия, тер ажралишининг бузилиши камроқ учрайди.

Аорта равоғи тармоқлари окклюзиясида офтальмологик симптоматика бутун кўрув анализаторининг ишемиясидан вужудга келади. Бунда қуйидаги усуллардан фойдаланилади:

Периферик кўрув рецептори ҳолатини ўрганиш - офтальмоскопия - кўрув нерви ўткирлигини текшириш қуйидаги тестлар бўйича ўтказилади:

- кўриш ўткирлиги;
 - периметрия (кўрув майдонини аниқлаш);
 - рангли периметрия;
 - ёруғлик сезувчанликни аниқлаш;
 - тўр парда марказий артериясини босиш;
 - офтальмотонус ва кўз ичидаги суюқлик алмашинуви.
- Отоневрологик текшириш қуйидагиларни ўз ичига олади:
- ЛОР органларини кўздан кечириш;
 - эшитув, вестибуляр, таъм билиш, ҳид билиш функциясини аниқлаш;
 - махсус усуллар (аудиометрия);
 - махсус синамалар (калорик синама, миячага тааллуқли айрим синамалар).

Отоневрологик симптоматика лор органлари ва уларнинг функциялари таъм, ҳид билиш, отокинетик рецепция) ҳолатини ақс эттириб, бошнинг хроник ишемияси шароитларида ва аорта равоғи тармоқлари окклюзион за-рарланишининг умумий соматикасида муҳим ўрин эгаллайди.

Брахеоцефал тармоқлари зарарланган беморларни текшириш вақтида бошқа томир хавзаларининг биргаликда зарарланиш симптомларига (тож артериялар, қорин аортасининг висцерал тармоқлари, оёқ, артериялари) аҳамият бериш зарур.

Текширишнинг рентген контраст усуллари. Ҳозирги вақтда брахеоцефал артерияларни рентген контраст текширишнинг қуйидаги усуллари қўлланади:

1. Катетеризацион кўкрак аортографияси. Аортанинг ҳамма бўлимлари, жумладан унинг равоғини ҳам катетерлаш 1953 йилда швед олими Сальдингер таклиф қилган методика бўйича ҳозир ҳамма жойда амалга оширилаяпти.

2. Селектив аортоартериография. Аорта равоғида катетер борлиги уни аортанинг тармоқларидан бири оғзига киритиб, сўнгра уни контрастлаш, яъни селектив артериография қилишга имкон беради. Шундай бўлишига қарамай, селектив аортоартериография учун кўрсатмалар чегараланган ва қуйидаги ҳоллардагина ўтказилиши мумкин

- брахеоцефал артерияларнинг артерио-веноз аневризмасида;
- бош магистрал артериялари интракраниал бўлимларининг зарарланганига шубҳа қилинганда, бу унинг охириги тармоқларини ҳам кўздан кечиришни талаб этади.

Текширишнинг супрааортал усуллари:

- каротид артериография одатда уйқу артериясида окклюзия борлигига шубҳа қилинганда қўлланилади, асосан унинг калла суяги ичи тармоқларини аниқлаш мақсад қилиб олинади;
- умров ости артериографияси умров ости ва умуртқа артериясини, ўнг томондан қўлланилганда кўшимча равишда уйқу артериясини контрастлаш имконини беради;
- қўлтик артериографияси сўнги вақтларда ўмров ости артериографиясини сиқиб чиқара бошлади, чунки қўлтик артериясини пункция қилиш техникаси осон, шунингдек артерияга Сельдингер методикаси бўйича катетер киритиш имконияти яхшидир.

Рентген контраст текширишдан кейингина брахеоцефал томирларнинг клиник зарарланишларини аниқлаш ва хирургик тактика тўғрисидаги масалани ҳал қилиш мумкинлигини қайд қилиб ўтмоқ даркор.

Даволаш. Операцияга кўрсатмалар:

1. Номсиз артериянинг умуртқа, умров ости-умуртқа каротид синдромида компенсация ва субкомпенсация босқичида атеросклероз ва артериит заминидан сегментар окклюзияси.

2. Экстравазал зарарланишлар, патологик эгри-бугрилиқ ва нуқсонларнинг ҳамма клиник формаларида компенсация ва субкомпенсация босқичида.

3. Оғриқ синдроми бўлган аниқ, юзага чиққан қўл ишемиясида ва трофик бузилишлари бўлган умров ости синдромида.

4. Қўшма (комбинация қилинган) формаларида, компенсацияланган ва субкомпенсацияланган босқичларида бош магистрал артерияларидан бирида қон оқимини яхшилаш учун.

Операция қилишга монелик қиладиган ҳоллар:

1. Касалликнинг ангиоспастик формалари.

2. Компенсацияланган босқичдаги умров ости синдроми қўл ишемиясининг аниқ юзага чиққан белгилари бўлмаганда.

3. Касалликнинг декомпенсацияланган босқичлари.

4. Инкурабел ҳолат.

Брахиоцефал артерияларнинг окклюзион зарарланишларида операцияни танлаш:

1. Уйқу, умуртқа, умров ости ва номсиз артерияларидаги стенозлар, тромбозлар ва патологик эгри-бугрилиқлардаги реконструктив операциялар:

- артериянинг зарарланган қисмини анастомоз билан охиридан-охирига резекция ёки нуқсонни аллопротез билан алмаштириш;

- эндартерэктомия ва аллопластика билан ёки бусиз;

- юқорига кўтариладиган аортадан умров ости, уйқу, номсиз артерияларга аллопротез билан четлаб ўтиб (айланиб) шунтлаш;

- артерияларни, жумладан экстраторакал артерияларни бир жойдан иккинчисига кўчириш операциялари.

2. Экстравазал компрессияни бартараф қиладиган операциялар:

- қовурға резекцияси (буйин қовурғаси ёки юқорида жойлашган I қовурға);

- скаленотомия ва умров ости ва кичик кўкрак мушагини қирқиш;

- артериолиз.

3. Симпатик ва адренал системалардаги операциялар:

- юқори буйин симпатэктомияси (C1- C2).

- стоеллэктомия (C7),

- кўкрак симпатэктомияси (D2- D3),

- периартериал симпатэктомия,

- эпинефрэктомия (бир ёки икки томонлама).

Тақасу синдромида муваффақиятли чиққан биринчи реконструктив операцияни - ички уйқу артериясидан эндартерэктомиюни 1953 йилда Де Бэки ўтказган. Бажарилган операциянинг кўриниши мавжуд патологияга боғлиқ А. В. Покровский фикрича, ички уйқу артериясининг кескин стенозида ёки окклюзиясида ташқи артерия тармоқлари орқали қон оқими бош мияни қон билан таъминлаш учун амалий аҳамиятга эга. Умумий уйқу артериялари носпецифик аорта-артерий билан зарарланганда танланадиган операция резекция қилиб протезлашдир. Иккала уйқу артерияси окклюзион зарарланганда бир вақтнинг ўзида бифуркацияни протезлаши бажариш мумкин.

Брахиоцефал томирлардаги реконструктив операциялардан кейин ўлим даражаси операцияга кўрсатмаларнинг тўғри аниқланганига, аралашув локализациясининг, хирург тажрибасига боғлиқ ва 1 дан 4% гача ҳолларни ташкил этади.

А.В. Покровскийнинг маълумотларига кўра елка-боғ стволи реконструкциясида қон оқимини ҳамма беморларда тиклашга муваффақ бўлинди. Айни ва қтда умров ост артерияси реконструкциясида беморларнинг фақат 86 фоизидан у фойдали бўлди. Тикловчи операцияларнинг турлари орасида энг таъсирчани протезлаш бўлди (беморларнинг 94 фоизидан қон оқими тикланди), ваҳоланки эндартерэктомия 87%, шунтлаш 82% беморларда муваффақиятли чиққан. Ўша маълумотлар бўйича реконструктив операциялар натижалари билан брахиоцефал артерияларнинг зарарланиш этиологияси ўртасида аниқ боғлиқлик мавжуд: атеросклерозда қон оқими 93% беморларда аорта-артериитда эса фақат 77% беморларда тикланган (А. В. Покровский, 1980). Яна шу олимнинг маълумотларига биноан йил мобайнида яхши натижалар 92,9% беморларда олинган,

кейинги 5 йил мобайнида у кам микдорда пасайган. Операциядан кейин 10 йил ўтгач яхши натижалар 77,7% ҳолларда сақланиб қолади. 14 йил ўтгандан кейин эса яшаб кетган ҳамма одамларнинг 72,2% да сақданиб қолган.

Беморларни мия кон айланиши даражасига боғлиқ ҳолда босқичма- босқич реабилитация қилинади. Даволаш физкультураси, массаж, дори-дармонлар билан даволаш меҳнат қобилиятининг тезроқ тикланишига имкон беради.

МАЪРУЗА СЛАЙДЛАРИ.

Аорта равоги окклюзион касалликлари

Факультет ва госпитал жаррохлик кафедраси Самарқанд медицина институти

- Юрак-контмир касалликлари улим сабалардан биринчи уринда туради ва 55,6% ни ташкил қилади.
- ВОЗ хабари бўйича 2003 йилда цереброваскуляр касалликлар 21,6% ҳолатда улимга сабаб бўлган.
- Хар йили 10 000 аҳолига 35 нафар киши инсульт утказади, бу эса йилига 450 000 кишини ташкил этади.

- 7 млн. киши инсульт ўт қазғанидан сўнг ногирон бўлиб қолади.
- Фақат 20-25% кишилар ишга лаёқатли деб топилади, 17% эса тулик бошқа киши ёрдамига муҳтож бўлиб қолади (ESCT, 1998 з.).
- Бир йилда бош мия кон айланишининг ўткир бузилишини даволашига АҚШда \$ 7,5 млрд. пул маблаг қилинади.
- Ўлим ҳолати 30-35% ҳолатда кузатилади (Sillesen H., Nielsen T., 1998).

• Ўнг кўп уйсу артерияларининг бифуркацияси зарарланиши

• БМ экстра- ва интракраниал томирларин зараланиши бўйича исбат 1/2 ташкил қилади (БЦА зараланишининг 33% интракраниал кузатилади, 67% эса БМ экстракраниал томирлари зараланади).

Аорта БЦТ окклюзион зараланишининг сабаблари

Сабаблар	%
БМ экстракраниал томирларин шикастланиши	
Атеросклероз	75-90 %
Патологик деформация (кичкинг, койлин)	11,6-18,2%
Носпецифик аорт оартеринт (Такаясу касаллиги)	7-12%
ФМД (фиброз-мушакли дисплазия)	1- 2%
Экстравазал компрессия	

Атеросклеротик нилакча ҳосил бўлиш босқичлари:

Артерия деворига липидларин йиғилиши

1. Узармаган артерия курилиши

2. Ўсмаган артерия кон қурилиши

3. Микроэмболия

П.О. Қазанчи (2001) патологик деформацияларин куйидаги турларини ажратади:

С- ва S- симон айланиб қолиши.

Ўткир бурчакли қайилиш (кинг-кинг).

Халқалар ва спиралсимон ур依либ қолиши (койлинг).

Хар хил вариантларни учраши

Сурункали бош мия кон айланиш етишмовчилиги таснифи (БМСКАЕ) (А.В.Поляковский с ептл., 1979)

I босқич - Белгисиз кечиши

II босқич -Транзитор ишемик атак алар

III босқич -Дисциркулятор энцефалопатия

IV босқич -Ўтказилган инсульт

•Аорта равоги брахиоцефал томирларининг зараланиши 50% ҳолларда **белгисиз** кечади.

• Касалликни **асимптом кечишида** беморлар деярли шикоятлар қилмайди, Инструментал текширувда БЦА шикастланиши аниқланади

Транзитор ишемик атакада кузатилади:

- Бош огриши, бош айланиши
- Қўл ва юзининг айрим жойларида сезгини бузилиши белгилари, афазия.
- Харакат вазифасининг бузилиши (хар хил даражали моно-гемипарез, моно-гемиплегия).
- Кўришни бузилиши (амавроз фугас - кўз олдида пардани ҳосил бўлиши, хар хил фотоопсия, бир ёки иккала кўзининг қуриш хусусиятини вақтинчалик йўқолиши).

Бу белгилар бир неча минутдан 24 соатгача кузатилиши мумкин.

Дисциркулятор энцефалопатия

- бош огриши (кўпроқ жароҳат соҳасида).
- холсизлик
- ишчанлик хусусиятнин ва хотирани пасайиши
- интеллектни пасайиши, профессионал қобилиятларни йуқотиш

Ишемик инсультда кузатиладиган белгилар :

- Харакатлантирувчи вази фаларин бузилиши (геми- ва монопарезлар, паралич, мотор афазия).
- Таванинг ярмидан т ақтил ва огрик сезишини бузилиши.

6.Семинар машғулотининг ўқитиш технологияси

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба

1-босқич. Кириш (15 мин)	1.1. Мавзуни, мақсад ва режадаги ўқув натижаларини эълон қилади, уларнинг ахамиятини ва долзарблигини асослайди. Машғулот ҳамкорликда ишлаш технологиясини куллаган ҳолда утишни маълум қилади. 1.2. Аклий ҳужум усулидан фойдаланган ҳолда аудиториянинг тайёргарлик даражасини аниқдайди: Артериал тизим патологияларини биласизми? Уларнинг этиологияси, патанатомияси, патогенези, клиникаси, диагностикаси ва даволаш усулларига изоҳ беринг? Мазмунининг муҳокамаси гуруҳларда давом этишини эълон қилади.	1.1. Мавзуни ёзади ва саволларга жавоб беради. 1.2. Берилган саволларга жавоб беради.
2-босқич Асосий (150 мин)	2.1. Талабаларни 3 гуруҳга булади, ҳар бирига вазифа беради (2-илова). Кутилаётган ўқув натижаларини эслатади. 2.2. Гуруҳда ишлаш қондаси билан таништиради (1-илова). Баҳолаш мезонларини ҳам намоиш қилади. 2.3. Вазифани бажаришда ўқув материаллари (маъруза матни, ўқув қўлланма)дан фойдаланиш мумкинлигини эслатади. Гуруҳларда иш бошлашни таклиф этади. 2.4. Тайёргарликдан кейин амалий ишлар бошлангани эълон қилинади. 2.5. Талабалар клиник белгиларни ифодалашга ва улар ҳақида хулосалар беради ва аниқлик киритади. 2.6. Талабаларга Б.Б.Б. усули бўйича ифодаланган жадвални намоиш қилади ва устунларни тўлдиришни айтади. Тушунчаларга изоҳларни туғрилайди ва саволларга жавоб қайтаради. Гуруҳлар фаолиятига умумий балл беради.	2.1. Ўқув натижаларини такдим қиладилар. 2.2. Саволлар беради. 2.3. Жавобларни тўлдиради. 2.4. Жадвал устунларини тўлдиради ва муҳокамада иштирок этади. 2.5. Берилган саволларга жавоб беради.
3-босқич Якуний (15 мин)	3.1. Машғулотни якунлайди, талабаларни баҳолайди ва фаол иштирокчиларни рағбатлантиради. 3.2. Мустақил иш сифатида “Оёк веналари шикастланишлари” мавзусида “эссе” ёзишни топширади.	3.1. Эшитадилар. 3.2. Топширикни олади.

Амалий машғулотининг технологик картаси (6-машғулот)

Вакти - 4 соат	Талабалар сони: 8-10 нафар
Ўқув машғулоти шакли	Билимларни чуқурлаштириш, кенгайтириш ва амалда бажариш бўйича амалий машғулот.
Ўқув машғулоти режаси	- Оёк вена кон томирлари операциялари ҳақида тушунча. - Склеротерапия ҳақида тушунча. - Патанатомияси.

	4. Патофизиологияси. 5. Веналар ўтказувчанлигини аниқловчи синамалар 6. Классификацияси. 7. Замонавий даволаш усуллари.
Ўқув машғулотининг мақсади: Бу семинар машғулоти жараёнида саволлар ва муаммолар борасида суҳбат ўтказилади. Бу дарсда “ақлий ҳужум” усулини ҳам қўллаш мумкин. Шунингдек, тест ва масалалар ечиш мумкин.	
Педагогик вазифалар: - мавзу бўйича билимларни тизимлаштириш, мустахкамлаш. - дарслик билан ишлаш кўникмаларини ҳосил қилиш; - янги ахборотларни таҳлил қилиш кўникмаларини ривожлантириш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: - Оёқ вена кон томирлари операциялари ҳақида тушунча беради. - Нормал анатомия ва патанатомияни таққослайди. - Гемодинамик ўзгаришларни ёритиб беради. - Касаллик диагнозини тўғри ёзишни ўрганади. - Касаллик кечиши, симптомларини таърифлаб беради. - Замонавий склеротерапия усуллари шарҳлаб беради. - Замонавий даволаш усуллари ҳақида тушунча беради.
Ўқитиш услуби ва техникаси	Блиц-суров, биргаликда ўқиймиз, “оёқлардаги яра” сўзларига кластер, мунозара.
Ўқитиш воситалари	Маъруза матни, ўқув қўлланмаси, жадваллар, доска. Компьютер мультимедия дарсликлари, атлас.
Ўқитиш шакли	Билимларни чуқурлаштириш ва кенгайтириш, индивидуал ва гуруҳ, бўйича ўқитиш.
Ўқитиш шароитлари	Мавзуга мос жиҳозланган аудитория (слайдлар, ва ҳ.к.).

1-илова.

«Ақлий ҳужум» методининг асосий қоидалари:

- Олға сурилган фикр ва ғоялар танқид остига олинмайди ва баҳоланмайди;
- Таклиф қилинаётган фикр ва ғоялар қанчалик фантастик ва антиқа бўлса ҳам, уни баҳолашдан ўзингизни тийинг!
- Танқид қилманг – ҳамма билдирилган фикрлар бир хилда бебаходир.
- Фикр билдирилатганда бўлманг!
- Мақсад – фикр ва ғоялар сонини кўпайтириш.
- Қанчалик кўп фикр ва ғоялар билдирилса, шунчалик яхши. Янги ва бебаҳо фикр ва ғоянинг вужудга келиш эҳтимоли пайдо бўлади.
- Агар фикрлар қайтарилса асабийлашманг ва ҳайрон бўлманг.
- Бу муаммо фақатгина маълум усуллар ёрдамидагина ҳал бўлиши мумкин, деб ўйламанг.
- Фикрлар «ҳужуми»ни ўтказиш вақти аниқланади ва унга қатъиян риоя қилиниши шарт.

2 - илова.

Гуруҳ билан ишлаш қоидалари

Гуруҳнинг ҳар бир аъзоси:

- ўз шерикларининг фикрларини ҳурмат қилишлари лозим;
- берилган топшириқлар бўйича фаол, ҳамкорликда ва масъулият билан ишлашлари лозим;
- ўзларига ёрдам керак бўлганда сўрашлари мумкин;
- ёрдам сўраганларга кўмак беришлари лозим;
- гуруҳни баҳолаш жараёнида иштирок этишлари лозим;
- “Биз бир кемадамыз, бирга чўкамыз ёки бирга қутиламиз” қоидасини яхши билишлари лозим.

3–илова.

Эссе – таклиф этилган мавзуга 1000 дан 5000 гача сўз ҳажмидаги иншо.

Эссе – бу муаллифнинг шахсий нуктаи назарини ёзма равишда эркин ифода этиш шакли; қандайдир предмет бўйича умумий ёки дастлабки дунёқарашни ўз ичига олади.

Беш дақиқалик эссе

Беш дақиқали эссе – ўрганилаётган мавзу бўйича олинган билимларни умумлаштириш, мушоҳада қилиш мақсадида ўқув машғулотида

4 - илова.

Инсерт – самарали ўқиш ва фикрлаш учун белгилашнинг интерфаол тизими ҳисобланиб, мустақил ўқиб-урганишда ёрдам беради. Бунда маъруза мавзулари, китоб ва бошқд материаллар олдиндан талабага вазифа қилиб берилади. Уни ўқиб чиқиб, «V; +; –; ?» белгилари орқали ўз фикрини ифодалайди.

Матнни белгилаш тизими

“√” - мен билган нарсани тасдиқдайди.

“+” - янги маълумот.

“–” - мен билган нарсага зид.

“?” - мени уйлантирди. Менга қушимча маълумот зарур.

5 - илова.

Б.Б.Б. усули

Талабаларга мавзуга доир иборалар таклиф этилади, талабалар шу иборалардан билганларини «+» билан, билмаганларини «-» билан белгилайди ва жадвалга фиксация қилинади.

6 – илова.

Кластер.

4. Катта коғоз марказига темага доир калит суз ёзилади.
5. Катнашчилар калит сузининг атрофига «йулдош» сузлар ёзилади.
6. Катнашчилар фикрига кура шу калит сузига тегишли булган сузлар ёки таклифлари ёзилади.

Фан бўйича маъруза ва семинар дарслар уқитиш технологияси.

2-мавзу	Корин аортаси висцерал тармоклари окклюзион касалликлари (Сурункали абдоминал ишемия синдроми) этиологияси, патогенези, классификацияси, клиникаси, диагностикаси, дифференциал диагностикаси, давоси, реабилитацияси.

2.Маъруза машғулотининг ўқитиш технологияси

Вакти – 2 соат	Талабалар сони: 18 - 36 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	1. Сурункали абдоминал ишемия синдроми. 2. Сурункали абдоминал ишемия синдроми этиопатогенези, патанатомияси; 3. Классификацияси; 4. Клиникаси, диагностика, диф диагностика усуллари; 5. Беморларни консерватив ва оператив даволаш усуллари.
Маъруза мақсади: Талабаларни сурункали абдоминал ишемия синдроми билан таништириш. Бу касалликларнинг этиологияси, патогенези, пайдо бўлишининг умумий омиллари, симптоматикаси ва умумий даволаш усуллари қўллай билишни ўргатиш.	

Педагогик вазифалар: - сурункали абдоминал ишемия синдроми ҳақида тушунча бериш; - Бу синдром патанатомияси билан таништириш; - маъруза давомида талабаларга сурункали абдоминал ишемия синдроми билан огриган беморлар билан мулоқат қилишни ўргатиш; - диагностика усуллари тўғри бажаришни, даволаш усуллари тўғри танлашни ўргатиш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба билиши керак: - сурункали абдоминал ишемия синдроми ҳақида тушунча олади; - Бу синдромлар патанатомиясини ва нормал анатомиядан ажратади; - сурункали абдоминал ишемия синдроми билан огриган беморлар билан мулоқат қилишни ўрганади; -Диагностика усуллари тўғри бажаришни, даволаш усуллари тўғри танлашни ўрганади.
Ўқитиш услуби ва техникаси	Визуал маъруза, блиц - сўров, баён қилиш, кластер, "ха-йук" техникаси
Ўқитиш воситалари	Маърузалар матни, мультимедия, тарқатма материаллар, график органайзерлар.
Ўқитиш шакли	Жамоа, гуруҳ, ва жуфтликда ишлаш.
Ўқитиш шарт-шароити	Мультимедия, компьютер билан жихозланган аудитория

2 Маъруза машғулотининг технологик картаси

Босқичлар , вақти	Фаолият мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.)	<i>1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотида кутулаётган натижалар маълум қилинади.</i>	1.1. Эшитади, куради ва ёзиб олади.

2-босқич. Асосий (70 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш билим даражаларини аниклаш учун тезкорсавол-жавобўтказди. - қорин аортаси ва унинг тармоклари анатомияси ҳақида нима биласиз? - Дуплекс сканерлаш оркали қайси маълумотлар аникланади? - Атеросклероз босқичларини айтиб беринг? 2.2. Корин аортаси окклюзион касалликлари урганишда ўз ҳиссаларини қўшган олимларининг ишлари тугрисидаги тўхталиб ўтилади. 2.3. визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда давом этади. Флебологиянинг ҳозирги пайтдаги долзарб муоммолари ҳақида гапиради. Веноз тизим касалликларининг патанатомияси, патофизиологияси, клиникаси ва замонавий даволаш усуллари ҳақида гапиради. 2.4. Талабаларга мавзунинг асосий тушунчаларига эътибор қилишни ва ёзиб олишларини таъкидлайди.	2.1. Эшитади, кўради Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 2.2. Эслаб қолади, ёзади. Ҳар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади. Таърифни ёзиб олади, мисоллар келтиради 2.3. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади.	2.Се мин ар маш ғуло тин инг ўқи тиш техн олог ияс и
	3-босқич. Якуний (10 мин.)	3.1. Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади. Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. Мустақил иш учун вазифа: “Огрик” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.	
Вакти - 4 соат		Талабалар сони: 8-10 нафар	
Ўқув машғулоти шакли		Билимларни чуқурлаштириш, кенгайтириш ва амалда	
Ўқув машғулоти режаси		1.Сурункали абдоминал ишемия синдроми ҳақида тушунча. 2.Касаллик этиопатогенези. 3. Патанатомияси. 4. Патофизиолгияси. 5.Классификацияси. 6.Клиникаси. 7.Диагностикаси. 8.Дифференциал диагностикаси. 9.Замонавий даволаш усуллари.	
Ўқув машғулотининг мақсади: Бу семинар машғулоти жараёнида саволлар ва муаммолар борасида суҳбат ўтказилади. Бу дарсда “ақлий хужум” усулини ҳам қўллаш мумкин. Шунингдек, тест ва масалалар ечиш мумкин.			

Педагогик вазифалар: - мавзу буйича билимларни тизимлаштириш, мустахкамлаш. - дарслик билан ишлаш кўникмаларини ҳосил қилиш; - янги ахборотларни таҳлил қилиш кўникмаларини ривожлантириш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: - Корин аортаси окклюзион касалликлари ҳақида тушунча беради. - Касаллик этиологияси ва птогенетик омилларини қайд этиб ўтади. - Нормал анатомия ва патанатомияни таққослайди. - Гемодинамик ўзгаришларни ёритиб беради. - Касаллик диагнозини тўғри ёзишни ўрганади. - Касаллик кечиши, симптомларини таърифлаб беради. - Замонавий диагностика усулларини шарҳлаб беради. - Касалликни бошқа касалликлардан мисоллар билан киёслаб беради. - Замонавий даволаш усуллари ҳақида тушунча беради.
Ўқитиш услуби ва техникаси	<i>Блиц-суров, биргаликда ўқиймиз, “оғриқ” сўзига кластер, мунозара.</i>
Ўқитиш воситалари	<i>Маъруза матни, ўқув кўланмаси, жадваллар, доска. Компьютер мультимедия дарсликлари, атлас.</i>
Ўқитиш шакли	<i>Билимларни чуқурлаштириш ва кенгайтириш, индивидуал ва гуруҳ, буйича ўқитиш.</i>
Ўқитиш шароитлари	<i>Мавзуга мос жиҳозланган аудитория (слайдлар, ва ҳ.к.).</i>

Амалий машғулотининг технологик картаси (2-машғулот)

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (15 мин)	1.1. Мавзуни, мақсад ва режадаги ўқув натижаларини эълон қилади, уларнинг аҳамиятини ва долзарблигини асослайди. Машғулот ҳамкорликда ишлаш технологиясини қўллаган ҳолда утишни маълум қилади. 1.2. Аклий ҳужум усулидан фойдаланган ҳолда аудиториянинг тайёргарлик даражасини аниқдайди: Артериал тизим патологияларини биласизми? Уларнинг этиологияси, патанатомияси, патогенези, клиникаси, диагностикаси ва даволаш усулларига изоҳ беринг? Мазмунининг муҳокамаси гуруҳларда давом этишини эълон қилади.	1.1. Мавзуни ёзади ва саволларга жавоб беради. 1.2. Берилган саволларга жавоб беради.

2-босқич Асосий (150 мин)	2.1. Талабаларни 3 гуруҳга булади, ҳар бирига вазифа беради (2-илова). 2.2. Гуруҳда ишлаш қондаси билан таништиради (1-илова). Баҳолаш мезонларини ҳам намойиш қилади. 2.3. Вазифани бажаришда ўқув материаллари (маъруза матни, ўқув қўлланма)дан фойдаланиш мумкинлигини эслатади. Гуруҳларда иш бошлашни таклиф этади. 2.4. Тайёргарликдан кейин амалий ишлар бошлангани эълон қилинади. 2.5. Талабалар клиник белгиларни ифодалашга ва улар хақида хулосалар беради ва аниқлик киритади. 2.6. Талабаларга Б.Б.Б. усули бўйича ифодаланган жадвални намойиш қилади ва устунларни тўлдиришни айтади. Тушунчаларга изоҳларни туғрилайди ва саволларга жавоб қайтаради. Гуруҳлар фаолиятига умумий балл беради.	2.1. Ўқув натижаларини такдим қиладилар. 2.2. Саволлар беради. 2.3. Жавобларни тўлдиради. 2.4. Жадвал устунларини тўлдиради ва муҳокамада иштирок этади. 2.5. Берилган саволларга жавоб беради.
3-босқич Якуний (15 мин)	3.1. Машғулоти якунлайди, талабаларни баҳолайди ва фаол иштирокчиларни рағбатлантиради. 3.2. Мустақил иш сифатида “Steal” синдром мавзусида “эссе” ёзишни топширади.	3.1. Эшитадилар. 3.2. Топширикни оладилар.

1-илова.

«Ақлий ҳужум» методининг асосий қондалари:

- Олға сурилган фикр ва ғоялар танқид остига олинмайди ва баҳоланмайди;
- Таклиф қилинаётган фикр ва ғоялар қанчалик фантастик ва антиқа бўлса ҳам, уни баҳолашдан ўзингизни тийинг!
- Танқид қилманг – ҳамма билдирилган фикрлар бир хилда бебаҳодир.
- Фикр билдириляётганда бўлманг!
- Мақсад – фикр ва ғоялар сонини кўпайтириш.
- Қанчалик кўп фикр ва ғоялар билдирилса, шунчалик яхши. Янги ва бебаҳо фикр ва ғоянинг вужудга келиш эҳтимоли пайдо бўлади.
- Агар фикрлар қайтарилса асабийлашманг ва ҳайрон бўлманг.
- Бу муаммо фақатгина маълум усуллар ёрдамидагина ҳал бўлиши мумкин, деб ўйламанг.
- Фикрлар «ҳужуми»ни ўтказиш вақти аниқланади ва унга қатъиян риоя қилиниши шарт.

2 - илова.

Гуруҳ билан ишлаш қондалари

Гуруҳнинг ҳар бир аъзоси:

- ўз шерикларининг фикрларини ҳурмат қилишлари лозим;
- берилган топшириқлар бўйича фаол, ҳамкорликда ва масъулият билан ишлашлари лозим;
- ўзларига ёрдам керак бўлганда сўрашлари мумкин;
- ёрдам сўраганларга кўмак беришлари лозим;

ЭССЕ

Эссе – таклиф этилган мавзуга 1000 дан 5000 гача сўз ҳажмидаги иншо.

Эссе – бу муаллифнинг шахсий нуктаи назарини ёзма равишда эркин ифода этиш шакли; қандайдир предмет бўйича умумий ёки дастлабки дунёқарашни ўз ичига олади.

Беш дақиқалик эссе

Беш дақиқали эссе – ўрганилаётган мавзу бўйича олинган билимларни умумлаштириш, мушоҳада қилиш мақсадида ўқув машғулотида

Инсерт – самарали ўқиш ва фикрлаш учун белгилашнинг интерфаол тизими ҳисобланиб, мустакил ўқиб-урганишда ёрдам беради. Бунда маъруза мавзулари, китоб ва бошқд материаллар олдиндан талабага вазифа қилиб берилади. Уни ўқиб чиқиб, «V; +; –; ?» белгилари орқали ўз фикрини ифодалайди.

Матни белгилаш тизими

“V” - мен билган нарсани тасдиқдайди.

“+” - янги маълумот.

“–” - мен билган нарсага зид.

“?” - мени уйлантирди. Менга қушимча маълумот зарур.

Б.Б.Б. усули

Талабаларга мавзуга доир иборалар таклиф этилади, талабалар шу иборалардан билганларини «+» билан, билмаганларини «-» билан белгилайди ва жадвалга фиксация қилинади.

Кластер.

7. Катта коғоз марказига темага доир калит суз ёзилади.
8. Катнашчилар калит сузининг атрофига «йулдош» сузлар ёзилади.
9. Катнашчилар фикрига кура шу калит сузига тегишли булган сузлар ёки таклифлари ёзилади.

Фан бўйича маъруза ва семинар дарслар уқитиш технологияси.

3-мавзу	Оёк артерияларининг окклюзион касалликлари (Лериш синдроми, облитерацияловчи эндоартериит, Бюргер касаллиги, Рейно касаллиги) этиологияси, патогенези, классификацияси, клиникаси, диагностикаси, дифференциал диагностикаси, давоси, реабилитацияси.

3.Маъруза машғулотининг ўқитиш технологияси

Вакти – 2 соат	Талабалар сони: 18 - 36 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	1. Лериш синдроми, облитерацияловчи эндоартериит, Бюргер касаллиги, Рейно касаллиги 2. Лериш синдроми, облитерацияловчи эндоартериит, Бюргер касаллиги, Рейно касаллиги этиопатогенези, патанатомияси;

	3. Сурункали артериал етишмовчилигининг классификацияси; 4. Лериш синдроми, облитерацияловчи эндоартериит, Бюргер касаллиги, Рейно касаллиги клиникаси, диагностика, диф диагностикаси ; 5. Лериш синдроми, облитерацияловчи эндоартериит, Бюргер касаллиги, Рейно касаллиги консерватив ва оператив даволаш усуллари.
Маъруза мақсади: Талабаларни Лериш синдроми, облитерацияловчи эндоартериит, Бюргер касаллиги, Рейно касаллиги билан таништириш. Бу касалликларнинг этиологияси, патогенези, пайдо бўлишининг умумий омиллари, симптоматикаси ва умумий даволаш усуллари кўллаш билишни ўргатиш.	
Педагогик вазифалар: - Лериш синдроми, облитерацияловчи эндоартериит, Бюргер касаллиги, Рейно касаллиги ҳақида тушунча бериш; - Бу касалликлар патанатомияси билан таништириш; - Маъруза давомида талабаларга оёқ артерияларининг окклюзион касалликлари ривожланган беморлар билан мулоқат қилишни ўргатиш; - диагностика усуллари тўғри бажаришни, даволаш усуллари тўғри танлашни ўргатиш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба билиши керак: - Лериш синдроми, облитерацияловчи эндоартериит, Бюргер касаллиги, Рейно касаллиги ҳақида тушунча олади; - Бу касалликлар патанатомиясини ва нормал анатомиядан ажратади; - Оёқ артерияларининг окклюзион касалликлари ривожланган беморлар билан мулоқат қилишни ўрганади; - Диагностика усуллари тўғри бажаришни, даволаш усуллари тўғри танлашни ўрганади.
Ўқитиш услуби ва техникаси	Визуал маъруза, блиц - сўров, баён қилиш, кластер, "ха-йук" техникаси
Ўқитиш воситалари	Маърузалар матни, мультимедия, тарқатма материаллар, график органайзерлар.
Ўқитиш шакли	Жамоа, гуруҳ, ва

	жуфтликда ишлаш.
Ўқитиш шарт-шароити	Мультимедия, компьютер билан жихозланган аудитория

3 Маъруза машғулотининг технологик картаси

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.)	1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотида кутилаётган натижалар маълум қилинади.	1.1. Эшитади, куради ва ёзиб олади.
2-босқич. Асосий (70 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниқлаш учун тезкорсавол-жавобўткази. - корин аортаси бифуркацияси ва унинг тармоклари анатомияси ҳақида нима биласиз? - Дуплекс сканерлаш орқали қайси маълумотлар аниқланади? - Контрастли аортаангиография усулларини айтиб беринг? 2.2. Оёқ артериялари окклюзион касалликлари урганишида ўз ҳиссаларини қўшган олимларининг ишлари тугрисидаги тўхталиб ўтилади. 2.3. Визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда давом этади. Ангиологиянинг ҳозирги пайтдаги долзарб муоммолари ва шу билан бир каторда эришилаётган ютуқлар ҳақида гапиради. Аорта бифуркацияси ва оёқ артериялари окклюзион касалликларининг патанатомияси, патофизиологияси, клиникаси ва замонавий даволаш усуллари ҳақида гапиради. 2.4. Талабаларга мавзунинг асосий тушунчаларига эътибор қилишни ва ёзиб олишларини таъкидлайди.	2.1. Эшитади, кўради, навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 2.2. Эслаб қолади, ёзади. Ҳар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади. Таърифни ёзиб олади, мисоллар келтиради 2.3. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади.
3-босқич. Якуний (10 мин.)	3.1. Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади. Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. 3.2. Мустақил иш учун вазифа: “Огрик” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.	3.1. Эшитади, кўради, аниқлаштиради. 3.2. Топшириқни ёзиб олади.

3. Семинар машғулотининг ўқитиш технологияси

Вақти - 4 соат	Талабалар сони: 8-10 нафар

Ўқув машғулотининг шакли	Билимларни чуқурлаштириш, кенгайтириш ва амалда бажариш бўйича амалий машғулот.
Ўқув машғулотининг режаси	1. Лериш синдроми, облитерацияловчи эндоартериит, Бюргер касаллиги, Рейно касаллиги ҳақида тушунча олади; 2. Касалликларнинг этиопатогенези. 3. Патанатомияси. 4. Патфизиологияси. 5. Сурункали артериал етишмовчилиги классификацияси. 6. Клиникаси. 7. Диагностикаси. 8. Дифференциал диагностикаси. 9. Касалликлар профилактикаси. 10. Замонавий даволаш усуллари.
Ўқув машғулотининг мақсади: Бу семинар машғулотини жараёнида саволлар ва муаммолар борасида суҳбат ўтказилади. Бу дарсда “аклий ҳужум” усулини ҳам қўллаш мумкин. Шунингдек, тест ва масалалар ечиш мумкин.	
Педагогик вазифалар: - мавзу бўйича билимларни тизимлаштириш, мустахкамлаш. - дарслик билан ишлаш кўникмаларини ҳосил қилиш; - янги ахборотларни таҳлил қилиш кўникмаларини ривожлантириш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: - Корин аортаси окклюзион касалликлари ҳақида тушунча беради. - Касаллик этиологияси ва птогенетик омилларини қайд этиб ўтади. - Нормал анатомия ва патанатомияни таққослайди. - Гемодинамик ўзгаришларни ёритиб беради. - Касаллик диагнозини тўғри ёзишни ўрганади. - Касаллик кечиши, симптомларини таърифлаб беради. - Замонавий диагностика усуллари шарҳлаб беради. - Касалликни бошқа касалликлардан мисоллар билан киёслаб беради. - Касалликнинг профилактикаси ҳақида тушунча беради. - Замонавий даволаш усуллари ҳақида тушунча беради.
Ўқитиш услуби ва техникаси	Блиц-суров, биргаликда ўқиймиз, “оғриқ” сўзига кластер, мунозара.

Ўқитиш воситалари	Маъруза матни, ўқув қўлланмаси, жадваллар, доска. Компьютер мультимедия дарсликлари, атлас.
Ўқитиш шакли	Билимларни чуқурлаштириш ва кенгайтириш, индивидуал ва гуруҳ, буйича ўқитиш.
Ўқитиш шароитлари	Мавзуга мос жиҳозланган аудитория (слайдлар, ва ҳ.к.).

Амалий машғулотининг технологик картаси (3-машғулот)

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (15 мин)	1.1. Мавзуни, мақсад ва режадаги ўқув натижаларини эълон қилади, уларнинг аҳамиятини ва долзарблигини асослайди. Машғулот ҳамкорликда ишлаш технологиясини қўллаган ҳолда утишни маълум қилади. 1.2. Ақлий ҳужум усулидан фойдаланган ҳолда аудиториянинг тайёргарлик даражасини аниқлайди: Оёқ артериал тизими патологияларини биласизми? Уларнинг этиологияси, патанатомияси, патогенези, клиникаси, диагностикаси ва даволаш усуллариغا изоҳ беринг? Мазмунининг муҳокамаси гуруҳларда давом этишини эълон қилади.	1.1. Мавзуни ёзади ва саволларга жавоб беради. 1.2. Берилган саволларга жавоб беради.
2-босқич. Асосий (150 мин)	2.1. Талабаларни 3 гуруҳга бўлади, ҳар бирига вазифа беради (2-илова). Кутилаётган ўқув натижаларини эслатади. 2.2. Гуруҳда ишлаш қоидаси билан таништиради (1-илова). Баҳолаш мезонларини ҳам намоиш қилади. 2.3. Вазифани бажаришда ўқув материаллари (маъруза матни, ўқув қўлланма)дан фойдаланиш мумкинлигини эслатади. Гуруҳларда иш бошлашни таклиф этади. 2.4. Тайёргарликдан кейин амалий ишлар бошлангани эълон қилинади. 2.5. Талабалар клиник белгиларни ифодалашга ва улар хақида хулосалар беради ва аниқлик киритади. 2.6. Талабаларга Б.Б.Б. усули бўйича ифодаланган жадвални намоиш қилади ва устунларни тўлдиришни айтади. Тўшунчаларга изоҳларни туғрилайди ва саволларга жавоб қайтаради. Гуруҳлар фаолиятига умумий балл беради.	2.1. Ўқув натижаларини такдим қиладилар. 2.2. Саволлар беради. 2.3. Жавобларни тўлдиради. 2.4. Жадвал устунларини тўлдиради ва муҳокамада иштирок этади. 2.5. Берилган саволларга жавоб беради.
3-босқич. Якуний (15 мин)	3.1. Машғулотни якунлайди, талабаларни баҳолайди ва фаол иштирокчиларни рағбатлантиради. 3.2. Мустақил иш сифатида “Оёқларнинг критик ишемияси” мавзусида “эссе” ёзишни топширади.	3.1. Эшитадилар. 3.2. Топширикни оладилар.

1-илова.

«Ақлий ҳужум» методининг асосий қоидалари:

- Олға сурилган фикр ва ғоялар танқид остига олинмайди ва баҳоланмайди;
- Таклиф қилинаётган фикр ва ғоялар қанчалик фантастик ва антиқа бўлса ҳам уни баҳолашдан ўзингизни тийинг!

2 - илова.

Гуруҳ билан ишлаш қоидалари

Гуруҳнинг ҳар бир аъзоси:

- ўз шерикларининг фикрларини ҳурмат қилишлари лозим;
- берилган топшириқлар бўйича фаол, ҳамкорликда ва масъулият билан ишлашлари лозим;
- ўзларига ёрдам керак бўлганда сўрашлари мумкин;
- ёрдам сўраганларга қўмак беришлари лозим;
- гуруҳни баҳолаш жараёнида иштирок этишлари лозим;
- “Биз бир кемадамиз, бирга чўкамиз ёки бирга қутиламиз” қоидасини яхши билишлари лозим.

3 – илова.

ЭССЕ

Эссе – таклиф этилган мавзуга 1000 дан 5000 гача сўз ҳажмидаги иншо.

Эссе – бу муаллифнинг шахсий нуктаи назарини ёзма равишда эркин ифода этиш шакли; қандайдир предмет бўйича умумий ёки дастлабки дунёқарашни ўз ичига олади.

Беш дақиқалик эссе

Беш дақиқали эссе – ўрганилаётган мавзу бўйича олинган билимларни умумлаштириш, мушоҳада қилиш мақсадида ўқув машғулотида

4 - илова.

Инсерт – самарали ўқиш ва фикрлаш учун белгилашнинг интерфаол тизими ҳисобланиб, мустақил ўқиб-урганишда ёрдам беради. Бунда маъруза мавзулари, китоб ва бошқд материаллар олдиндан талабага вазифа қилиб берилади. Уни ўқиб чиқиб, «V; +; –; ?» белгилари орқали ўз фикрини ифодалайди.

Матнни белгилаш тизими

“V” - мен билган нарсани тасдиқдайди.

“+” - янги маълумот.

“–” - мен билган нарсага зид.

“?” - мени уйлантирди. Менга қушимча маълумот зарур.

5 - илова.

Б.Б.Б. усули

Талабаларга мавзуга доир иборалар таклиф этилади, талабалар шу иборалардан билганларини «+» билан, билмаганларини «-» билан белгилайди ва жадвалга фиксация қилинади.

6 – илова.

Кластер.

10. Катта коғоз марказига темага доир калит суз ёзилади.

11. Катнашчилар калит сузининг атрофига «йулдош» сузлар ёзилади.

12. Катнашчилар фикрига кура шу калит сузига тегишли булган сузлар ёки таклифлари ёзилади.

Фан буйича маъруза ва семинар дарслар уқитиш технологияси.

4-мавзу	Уткир артериал етишмовчилиги (артериал тромбоз ва эмболиялар) этиологияси, патогенези, классификацияси, клиникаси, диагностикаси, дифференциал диагностикаси, давоси, реабилитацияси.

4.Маъруза машғулотининг ўқитиш технологияси

Вақти – 2 соат	Талабалар сони: 18 - 36 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	1. Уткир артериал етишмовчилиги (артериал тромбоз ва эмболиялар) 2. Уткир артериал етишмовчилиги (артериал тромбоз ва эмболиялар) этиопатогенези, патанатомияси; 3. Уткир артериал етишмовчилигининг классификацияси; 4. Уткир артериал етишмовчилиги (артериал тромбоз ва эмболиялар) клиникаси, диагностика, диф диагностикаси ; 5. Уткир артериал етишмовчилиги (артериал тромбоз ва эмболиялар) консерватив ва оператив даволаш усуллари.

Маъруза мақсади: Талабаларни уткир артериал етишмовчилиги (артериал тромбоз ва эмболиялар) билан таништириш. Бу касалликларнинг этиологияси, патогенези, пайдо бўлишининг умумий омиллари, симптоматикаси ва умумий даволаш усуллари қўллай билишни ўргатиш.

Педагогик вазифалар: - Уткир артериал етишмовчилиги (артериал тромбоз ва эмболиялар) ҳақида тушунча бериш; - Бу касалликлар патанатомияси билан таништириш; - Маъруза давомида талабаларга уткир артериал етишмовчилиги (артериал тромбоз ва эмболиялар) ривожланган беморлар билан мулоқат қилишни ўргатиш; - диагностика усуллари тўғри бажаришни, даволаш усуллари тўғри танлашни ўргатиш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба билиши керак: - Уткир артериал етишмовчилиги (артериал тромбоз ва эмболиялар) ҳақида тушунча олади; - Бу касалликлар патанатомиясини ва нормал анатомиядан ажратади; - Уткир артериал етишмовчилиги (артериал тромбоз ва эмболиялар) беморлар билан мулоқат қилишни ўрганади;

	-Диагностика усулларини тўғри бажаришни, даволаш усулларини тўғри танлашни ўрганади.
Ўқитиш услуби ва техникаси	Визуал маъруза, блиц - сўров, баён қилиш, кластер, "ха-йук" техникаси
Ўқитиш воситалари	Маърузалар матни, мультимедия, тарқатма материаллар, график органайзерлар.
Ўқитиш шакли	Жамоа, гуруҳ, ва жуфтликда ишлаш.
Ўқитиш шарт-шароити	Мультимедия, компьютербилан жихозланган аудитория

4 Маъруза машғулотивнинг технологик картаси

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.)	<i>1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотивдан кутиладиган натижалар маълум қилинади.</i>	1.1. Эшитади, куради ва ёзиб олади.

2-босқич. Асосий (70 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниклаш учун тезкорсавол-жавобўтказди. - Тромбозга олиб келувчи омиллар (Вирхов триадаси)ни айтинг. - Кон ивиш механизмини айтиб беринг? - Тромб ва эмболларнинг манбаларини айтинг ? 2.2. Оёк артериялари окклюзион касалликлари урганишда ўз ҳиссаларини қўшган олимларининг ишлари тугрисидаги тўхталиб ўтилади. 2.3. Визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда давом этади. Хозирги пайтдаги тромбоз ва эмболиялар салбий оқибатлари ва шу билан бир каторда эришилаётган ютуқлар ҳақида гапиради. Тромбоз ва эмболияларнинг патанатомияси, патофизиологияси, клиникаси ва замонавий шошилиш даволаш усуллари ҳақида гапиради. 2.4. Талабаларга мавзунинг асосий тушунчаларига эътибор қилишни ва ёзиб олишларини таъкидлайди.	2.1. Эшитади, кўради, навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 2.2. Эслаб қолади, ёзади. Ҳар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади. Таърифни ёзиб олади, мисоллар келтиради 2.3. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади.
3-босқич. Якуний (10 мин.)	3.1. Мавзуга якун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади. Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. 3.2 Мустақил иш учун вазифа: “Огрик” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.	3.1. Эшитади, кўради, аниқлаштиради. 3.2. Топшириқни ёзиб олади.

Оёк веналарининг анатомияси ва физиологияси

Юза веналар - катта ва кичик тери ости веналаридан иборат. Катта тери ости веналари оёк панжасининг кичик бурчак венасидан бошланиб, болдир ва соннинг медиал юзаси бўйлаб кутарилади ва овел тешик орқали сон венасига қуйилади.

Кичик тери ости венаси оёк панжаси ён чекка венасининг давоми ҳисобланади ва таким венасигача кутарилади ва унга қуйилади. Катта ва кичик тери ости веналари уртасида куп сонли аностомозлар булади.

Оёкларнинг чуқур веналари шу номдаги артериялар билан бирга утадиган жуфт веналардан ташкил топадаи. Олдинги ва орқа катта болдир веналари сон венаси стволига давом қилиб бокадиган ток таким венасини ташкил этади. Бу вена парпут бойлами сахтида ташки ёнбош венага утади, у кичик ички ёнбош вена билан кушилиб умумий ёнбош венани бошлаб беради.

Вена ва чуқур веналар ўртасидаги алокени коммуникант веналар амалга оширади.

Веноз клапанлар нормада коннинг юза ва чукур веналар буйлаб тескари окишига, коммуникант веналарда эса чуқуридан юза веналарига тескари окишга тускинлик килади.

Веноз кон окими куйидагилардаги омилларга кура амалга оширилади.

1. Кон капилярлари оркали утадиган кейинги «колдик кисми»
2. Волдир ва соннинг «мускул-веноз» насоси" иши («веноз юрак» деб аталади).
3. Якинда ётган артериялар пулсномаси.
4. Диастола вактида юракнинг суриб оладиган таъсири.
5. Нафас олиш вактида кукрак кафасдаги манфий босим.
6. Коннинг 85-90 фоиз чукур веналр буйлаб окиб утади.

Веналарнинг клапан етишмовчилигини аниклаш учун кулланилдиган функционал синамаларнинг кискача таъриф

Юза веналари клапан апаратининг ҳолати Троянов-Трендленбург ва Гаккенбурух синамаларини утказиб аникланади. Троянов-Трендленбург синамаларини утказишда бемор горизинтал вазиятда ётиб оёкни юқорига кутарилади. Юза веналари бушаганидан сунг катта тери ости венасига куйиладиган жойи олдида бармок билан босилади ва бармокни олмасдан туриб бемордан урнидан туриши суралади. Шунингдек жгут куйилса ҳам булади.

Катта тери венаси буш булиб қолади. 20-30 сония утгач веналар пастдан юқорига кон тула бошлайди. Бармок олингандан кейин (ёки жгут очилгандан) кейин тезда юқоридан пастга кон билан тудайди.

Троянов-Тренленбург мусбат симптоми катта тери ости венаси остиал клапанлари етишмовчилигидан далолат беради.

Геккенбурух синамаси (йутал турткиси). Йуталишда катта тери ости венаси сон венасига куйиладиган жойга куйилган бармок туртки сезади. Мусбат Геккенбурух симптоми катта тери ости венаси остиал клапанларидаги етишмовчиликларни курсатади.

Чукур веналар утказувчанлиги Дальбе Пертеснинг марш синамаси ва Пратт I синамаси билан текширилади.

Дельбе Пертеснинг марш синамаси. Тик ҳолатда турганда сонга факат юза веналарини босиб турадиган жгут боғланади. 5-10 дақиқа юришдаш ёки бир жойда туриб одимлашишдан (марш) кейин тери ости веналарининг кучаймайслиги чукур веналарнинг утказувчанлигидан далолат беради. Юришдан кейин веналарнинг кучаймаслиги чукур веналарнинг тутилиб қолгандан ёки жгутдан пастдаги коммуникат веналарнинг ишламасилигидан далолат беради.

Пратт - I синамаси. Болдир айланаси улзатгандан кейин беморни чалканча ёткизилади ва веналар бушалгандан кейин оёкка тери ости веналарининг босиб турадиган эластик бинт боғланиб, 10 дақиқа юриш таклиф қилинади. Оғрик пайдо бўлиши чукур веналар утказувчанлиги курсатилади. Такрор текширувда болдир айланасининг ошиши ҳам чукур веналарнинг утказувчанлиги эмаслигини курсатади.

Коммуникант веналар клапанларининг ҳолати тугрисилаги тушунчани Пратт 2 синамаси, учта жгутли Шейнис синамаси ва Тальман синамасини беради.

Пратт - 2 синамаси. Ётган ҳолатда тери ости веналари бушатиладиган кейин оёқ панжаларидан бошлаб эластик бинт боғланади. Сунг пузрат боғлами устига жгут боғланади. Бембрга урнидан туришини таклиф қилинади. Жгут остита иккинчи эластик бинт боғланади. Сунгра пастдаги бинт урам урам қилиб ечилади, юқоридаги бинтни эса оёкка бинтлар орасида 5-6 см очик жой қоладиган қилиб пастга уралади. Бинтлардан озод бўлган участкаларда венанинг тез тулиши бу ерда ишламайдиган клапанлари бўлган коммуникант веналар борлигини курсатади. Уларга кук дори суртиб куйилади.

Шейниснинг учта жгутли синамси. Тери ости веналари бушатиладиган кейин беморга ётган ҳолатида: соннинг учдан бир юқори қисмига ҳам уртаси ва тизадан пастги учга жгут солинади. Урнидан тик туриш таклиф қилинади. Оёкнинг жгутлар бияан чегараланган бирор қисмида веналарнинг тез буртиб чиқиши шу участкада клапанлар ишламайдиган каммункант веналар борлигидан даололат беради.

Тельман синамаси. Учта жгут урнига юмшоқ резина найчадан ясалган битта узун (2-3 м) жгут ишлатилади. Уни оёқда пастдан юқорига спирал қилиб бойланади. Жгут урамлари орасида 5-6 см масофа қолиш керак.

Венларни текширишнинг махсус инструментал усуллари

1. Функционал - динамик флебоманометрия. Болдирга эластик бинт солинади, оёк панжаси латерал томондаги веналардан бирини функтирлаб электромономерт билан уланади. Веноз босимини таранг килинганда (Вальсальва синамаси) ва мускул ишдан кейин (10-12 марта туриб утирилгандан) улчанади. Чукур веналар утказувчанлигида Вальсальва синамасида босим 10-15 га кутаридади. Систолик (мускуллар кискарганда) ва диастолик (мускуллар бушатилганда) босим 40-45 га ошади. Систола - Лиастола градиенти бирмунча камаяди. Мускул ишдан кейин босим аста секин дастлабки даражасига кайтади.

2. Тери электротермометрияси - кушимча усул. Варикоз веналар ва тугунлар устидаги тери хароратининг 0,3 - 0,5 га юкорилиги оёкни солинтириб утиришда температураларнинг фарки катта булиши кайд килинган.

3. Термография бирмунча кул ранг фонтда окиш участкалари куринишидаги кенгайган веналарини аниклаб беради.

4. Веноз кон окуми тезлигини улчаш (Лобелин синамаси, кальций хлорид билан килинадиган синама) препарат венага юборилади, юриш вакти секундамер билан кайд килинади. Юборилган препаратнинг таъсир белгилари пайдо булгандан кейин (Лобелин юборилганда йуталиш, калций хлорид юборилганда узига хос таъм ва исиклаб кетиш сезгиси) секундамер ишга солинади. Нормада препарат таъсири эффект 11-25 сония утгач аникланади. Варикоз касаллигида ва тромбофлебитда бу ваكت бир мунча узаяди.

5. Флебография функционал синамалари чукур веналарнинг утказувчанлиги ва коммуникант веналарнинг холати тугрисида аник тасавур бермаган холларда кулланилади. Контраст модда вена ичига юборилади. Дистал ва проксимал флебография кулланилади. Дистал флебографияда контраст модда (Вереграфин, урографин ва б.) оёк панжаси латерал томондаги веналарнинг бирига ёки медиал чекка венага юборилади. Текшириш беморнинг вертикал вазиятда функционал синамалардан фойдаланиб (функционал - динамик флебография) утказилади, Серияли рентгенография кулланилади: Биринчи суратни инъекция килинган захоти (тинчик фазаси); Иккинчисини бемор оёк учига кутарилган вақтда (мускул шишиш фазаси); Учинчиси - оёк учини босиб уни ун икки марта утириб турилгандан кейин релаксия фазаси бекилади олинади. Флебограммаларда ё чукур веналарнинг утқувчанлиги аникланади, контрастнинг тутилиб колишидан эса ишламай колган коммуникант веналарнинг жойлашишини аник билиб олишга мувофак булади.

Проксимал флебографияда контраст модда сон венасига Селдингер буйича пункция килиш ва катетерлаш йули билан юборидади. Сон венаси клапан апаратининг холати аникланади.

ОЁК ВЕНЛАРИНИНГ ВАРИКОЗ КЕНГАЙИШИ

Оёк веналарининг варикоз кенгайиши деганда, улар бушлигининг копсимон кенгайиши, тери ости веналари узунлигининг ошиши ва илонсимон эгри - бугри булиб колиши тушунилади. Бунда зарарланган оёкда веноз кон айланишнинг бузилиши ва трофик узгаришлар кузатилади.

Бу хасталик юза веналарининг бутун узунлигида жойлашуви мумкин. Чукур веналарнинг зарарланиши эса исботланмаган.

Оёк веналарининг варикоз кенгайиши ахолининг 17-25 фоизида кузатилади. Стационарларда у хирургик беморларнинг умумий сонидан 2,0-3,3 ни ташил этади. Аёллар эркакларга нисбатан 3 марта купрок касалланадилар. В.С.Савельев ва С.П. Думпе (1970) ахолининг 15-20 фоизи вена касалликларн буйича операция усулида даво килишга мухтож деб хисоблайдилар.

Этиологияси ва патогенези. Оёк веналарининг варикоз кенгайиши бирламчи ва иккиламчи деб фавовут килинади. Агар бирламчи варикоз касаллик клапан етишмовчилиги ва веналар тонуси пасайишидан ривожланса касалликнинг энг купи учрайдиган формаси хисобланса, веналарнинг иккиламчи варикоз кенгайиши чукур веналар тромбофлебитлардан кейин компенсатор ривожланади.

Варикоз касаллик ривожланишига доир бир неча назариялар мавжуд. Механик назария касаллик ривожланиши узок вакт оёк устида туриб колгандан кейин ёки веналарнинг проксимал булимлари босилганда (масалан, хомиладорликнинг иккинчи яримида) оёкдан кон окиб кетиши кийинлашуви сабабли веналардаги босимнинг ошиши билан изохлади.

Энг узун вена - катта тери ости венаси гравитацион эффект натижасида юкори кон устуни таъсирига учрайди. Шунга кура бу касалликни яна оёкка туриб бажариладиган касбларнинг касаллиги ҳам деб хисобланади.

Клапан етишовчилиги ёки ирсий мойиллик назариясининг тарафдорлиги касаллик авж олишини веноз клапанларининг тугма булмаслиги ёки уларнинг усиб етишмаганлиги сабабли функционал етишмовчилиги билан изоҳланади.

Нейроэндокрин назария тарафдорлари организмдаги гормонал кайта куриш (хомиладорлик, менопауза, вояга етиш даври, тугрук ва б/ туфайли вена деворларининг сусутлашиб қолишига асосий аҳамият борадилар. Бунда чанок органларда кон окиб келиши купаяди, артериола - венокуляр анастомозлар очилади ва веналар тонуси пасайиб кетганлигидан кон окиб кетиши кийинлашади.

Катор тадқиқотлар венанинг варикоз кенгайиши ривожланиши артериола венуляр анастомозлар етакчи аҳамиятга эга деб хисоблайдилар. (П.П. Алексеев 1971, В.П. Васютов 1972) Артериал - венуляр анастомозлар нокулай омиллар таъсири остида очилиб кетади, натижада куп микдорда кон бирмунча юкори босим остида туша бошлайди, веналар бушлиги кенгаяди, веналарнинг иккиламчи клапанлари ривожланади, варикоз тугунлари пайдо булади. Варикоз касалларнинг бу артериал формасига Паркс Вебер Рубашев касаллиги киради.

Юкорида айтилган веналарнинг варикоз кенгайиши куйидаги катор омилларнинг бир вақтида таъсир қилиши натижасида келиб чиқиши аён булади.

а) мойил қиладиган омиллар - веналарнинг тугма ёки ортирилган узғаришлари: фаолият курсатмайдиган артериоло-венокуляр анастомозлар борлиги, нейроэндокрин бузилишлар, вена девори тонусининг пасайиши.

б/ келтириб чиқарилган омиллар - оёк веналарида, босимни ишиши ва веноз кон окиб кетиши кийинлаштиради.

Веналарда кон босимини ошиши ва веноз димланиши юза веналар, кейинрок каммуникант веналарнинг клапан етишмовчилигига, бу уз навбатда мускуллар кискарганда коннинг чуқур веналардан юза веналарига окиб келишига олиб кедди. Атрериола - венуляр анастомозлар очилади, клапанлардаги кон окими пасаяди, стаз ривожланади.

Прекапиалар бушлиқда куп микдорда суюқлик, электролитлар коннинг шакли элементлари плазма окиси тупланади. Терида ва тери ости клетчаткаларида бириктирувчи туқима ривожланади, майда томирлар ва капилларлар деворида гиалиноз ва склероз булади, туқималарда алмашинув жараёнлари бузилади. Клиник жихатдан бу шишлар ва трофик бузилишлар (терида пигментация, дерматит, экзема, жаралар) билан намоён булади.

Клиник классификацияси

1) оддий (асоратланмаган) тури 40 ёшгача учрайди ва хаммаларнинг 18 фоизини ташкил қиладди.

2) асоратланган, аксарият 50 ёшдан кейин учрайди ва хама холларининг 32 фойзини ташкил қиладди.

Асоратлари:

- экземалар, пиодермиялар, трофик жаралар, тромбофлебитлар, варикоз веналардан кон оқиши.

Касаллик босқичлари буйича. Компенсацияланган, субкомпенсацияланган ва декомпенсацияланган.

Кониинг чуқур веналардан юза веналарга утиш даражасига кура варикоз касалликнинг турларй (В.С. Савельев буйича 1972).

1. Юкори вено-веноз кон отилиши билан утадиган варикоз касаллик (тери ости веналари огзидан клапан етишмовчилиги).

2. Паст вено-веноз кон отилиши утадиган варикоз касаллиги (коммуникантлар етишмовчилиги).

3. Вено-веноз кон отилиши варикоз касаликиги

КЛИНИКАСИ ва ДИАГНОСТИКАСИ. Чап оёк ва унг оёкдан кура купрок зарарланади, икки томонлама зарарланиш 35-43 % холларда учрайди. Беморларнинг 75-80 фоизидан катта тери ости венаси 5-10 фоиздан кичик тери ости венаси зарарланади, беморларнинг 7-10 фоизда патологик жараёнга иккала вена тортилади.

Касаллик клиникаси унинг боскичларига, асоратлари бор - йуклигига кура турли туман булади. Касалликнинг кечишида латент фаза компенсация, субкомпенсация ва декомпенсация боскичлари фарк килинади.

Веноз кон айланиши компенсациясида беморлар тик турганда руй -рост куринадиган ва эгри бугри йуллер, тугунлар, буртиб чиккан чегаралар куринишидаги кенгайган веналар борлигидан шикоят килинади. Беморларнинг оёкларининг урта даражасида огирланиш тулалиги, вертикал холларда чарчаб колиш безовта килади. Оёкда шишлар йук ёки кечга томон пайдо булади ва дам олингандан сунг йуколади. Беморлар меҳнатга лойёкатли буладилар.

Субкомпенсация боскичида оёк тез чарчайди, шишинкирагандай сезги пайдо булади, огир тортади, пастки мускуллар тортишади, териси кичишади, болдир ва оёк панжасида шиш пайдо будади. Шишлар кечга томон ёки узок вақт оёкда турилган пайитда пайдо булади. Тунги дам олишдан кейин эрталаб улар йуколади, бироқ дам олишдан сунг йуколавермайди. Ички тупик устида тери пигментацияси пайдо булади.

Декомпенсация боскичида доимий огрик зарарланган томондан кичиши пайдо булади. Болдир йугон тортган, шишган. Шишишлар тез кетмайдиган, тунги уйкудан сунг йуколмайди. Тукималар трофик бузилишлари, дерматитлар склероз, тери ости клетчаткаси индурацияси кушилади. Варикоз касаллик асоратлари: трофик яралар, тромбозфлебитлар, варикоз кенгайган веналардан кон окиш иккиламчи лимфедема, экзема кушилади.

Трофик яралар одатда якка баъзан куп сонли булади, болдир учдан бир пастки кисмининг ички юзасидан жойлашади. Яралар ясси уларнинг туби силлик, четлари нотекс шакилда, ажралмаси кам чикади.

Варикоз веналар кенгайишида тромбозфлебитда веналар йули буйлаб огрийдиган зич тугунлар пайдо булади, кизаради, юриш кийинлашади. Умумий ва маҳаллий харорат кутарилади.

Веналарнинг варикоз кенгайиши кон окиши юпкалашиб ва тери билан бирикиб кетган вена арзимас даражада шикастлангандан юз бериши мумкин. Шикастланган вена дистал кисмига босиб турган боғлам ёки жгут боғлаб, кон окишини осонгина тухтатиш.

Дифференциал диагноз постромбозфлебит синдроми, юза веналарининг иккиламчи варикоз кенгайиши, веналарнинг тугма касалликлари билан утказиш лозим (Паркс - Вебер - Рубашев ва Кяппель - Треноке синдроми).

Даволаш. Консерватив, склерозлайдиган ва операция усули кулланилади. Бемор консерватив даволаш касалликдан холи килмайди, балки асоратларининг олдини олади. Зурайиб кетишдан саклайди. Уни операцияга монелик холлар булгани кулланилади. Консерватив даво комплексига эластик пайпок кийиш, оёкдни эластик бинт билан бинтлаш, даво физкультураси, беморларни енгил ишга утказиш, огир юк кутармаслик ва узок вақт тик оёкда турмасилк киради.

Склерозлайдиган даволашнинг бошлангич боскичида кенгайган веналарнинг айрим тугунлари ёки кисмларини облитерация килиш учун кулланилади. Бунда варикоз тугунларга ёки кенгайган веналарга склерозлайдиган эритмалар (фибровени, этоксисклерол, варикоцил, висторин, сотрадекол, тромбовар ва б.) юборилади. Инъекция килинадиган жой дока шарча билан артилади ва оёкка эластик бинт боғланади. Беморга 2-3 саот угач таклиф килинади.

Хирурик даво варкоз касаллкни даволашнинг бирдан бир радикал усули хисобланади. Огир юрак, упка, жигар ва буйрак хасталиклариди, хомиладорлик даврида, кекса одамларда ва йирингли касалликлар булганида уни утказиб булмайди.

Операция катта тери ости венасининг ва унинг тармокларини сон венасига куйиладиган жойда боғлаш (Троянов - Тренделенбург операцияси), катта тери ости венасининг Бэбкокк буйича олиб ташлашдан иборат, бунинг учун Бэбкокк ёки Гринзенда зонди кулланилади.

Веналарнинг жуда буралиб кетган учаскалари Нарат буйича кичикрок кесмалар оркали киркилади. Ишламай колмаган коммуникант веналар булган бу веналарни албатта боғлаб куйиш керак. Операция болдирнинг ички юзасини буйлаб 12-15 см узунликда кесишдан иборат. Трофик узгаришлар булмаган коммуникат веналар фасция устида (Кокет буйича), тери ва тери ости клетчаткаси трофик узгаришларга караганда эса фасция остидан Линтон буйича боғланади.

Майда тери ости веналарининг олиб ташланмаган участкалар тери оркали кетгут билан (Шеде-Кохер буйича, Соколов буйича) кушимча тикилади.

Уткир тромбозфлебит ва флеботромбоз. Булар бир - биридан фарк килинади. Флеботромбозда тромб веналарнинг соғлом участкасида хосил булади, сунгра вена деворларининг

яллигланиш реакцияси кушилади. Тромбофлебитда тромб яллигланиб узгарган вена девори фонида ривожланади.

Уткир тромбофлебит дегенда вена деворларининг бушлигида тромб ҳосил булиши билан утадиган яллигланиш тушинилади. Касаллик ривожланшида инфекция, травматик шикастлар, хавфли усмаларнинг ахамияти муҳим. Аксарият тромбофлебит варикоз касалликка кечишини оғирлаштиради.

Тромб ҳосил булиши патогенезида веноз девор структурасининг бузилиши, кон окимининг пасайиши, кон ивиши хусусиятнинг ошиши ахамиятли. Чуқур ва юза веналарнинг тромбофлебители фарк қилинади.

Юза веналарининг уткир тромбофлебители тромб бўлган вена бўйлаб оғрик, бу оғрикнинг ҳаракат ва жисмоний иш вақтида кучайиши билан юзага келади. Яллигланишнинг ҳамма белгилари аниқланади.

Тромб соҳаси куздан кечирилганда тери копламаларининг гипермиясининг ва шиши қайд қилинади, пайпаслаб қурилганда вена йули бўйлаб шнурсимон оғриши зичлашма аниқланади, одатда у атроф туқималаридан аниқ чегараланиб туради. Яллигли инфилтрат атрофдаги клетчаткага ва терига ҳамроҳ тарқалади. Оёқнинг зарарланган бўлими ҳажми узгармайди. Маҳаллий ва умумий ҳарорат кутарилади. Беморнинг умумий ҳолати узғарилади, тана ҳарорати субфебрил бўлади.

Касаллик кечиши оғирлашади катта тери ости вена системаси бўйича юқорига кутариладиган тромб сон венасига ривожланиши ва утиб парчаланиб упка артерияси эмболияси хавфи вужудга келади.

Даволаш. Агар жараён болдир чегараларидан ташқарига чиқмаса, беморларнинг амбулатория шароитида консерватив даволаса бўлади. Жараён сонга тарқалганда беморлар стационарга ётқизилади. Медикаментоз даволаш комплексига антикоагулянтлар, кон хоссаларини микроциркуляцияни яхшилайдиган препаратлар (аспирин, трентал, венорутон, троксевазин), яллигланишга қарши (реопирин, индометацин, бутадиион) десенбилизация қилинади (димедрол, супрастин ва бошқалар) дорилар қиради. Суртмали боғламлар (гепарин суртмаси, Вишневский суртмаси) маҳаллий қулланилади. 7-10 кун утган оёқни эластик бинтлар билан бинтланади, юриш тартибга солинади.

Жараён сенга тарқалганда урин ётиш, оёқни Белер шинасида балан вазиятда қуйиш лозим. Сон венасининг юқорига кутариладиган тромбознинг олдини олиш учун Троянов Трандленбург усулида шошилиш операция қилинади. Агар беморнинг аҳоли йул қуйса тромбланган юза венаси тери участкалари ва инфилтрацияланган тери ости клетчаткалари билан кесилади.

Оёқ чуқур веналарининг энг қўйлашадиган соҳасидир. Улар суюқ сингандан, операциядан кейин, юрак томир патологияси бўлган беморларда, қандли диабет билан касалданган кексаларда ва онкологик беморларда ривожланиши мумкин.

Веналар тромбози улар усмалардан, катталашган бачадон билан босилганда, мушак таранглаштирилганда (Педжет – Шреттер синдроми) юз бериши мумкин. Чап ёнбош венасин тромбозиди унинг унги ёнбош босилиши ахамиятга эга.

Клиникаси. Тромбоз қўйлашган қўйга қўра турли туман. Агар жараён болдирни ҳамма веналарида қўйлашган бўлса, клиникаси узгарган бўлади. Умумий аҳоли қоникарли. Болдир мушакларида ҳаракат қилинганда қўчаядиган оғрик, болдирнинг ўчдан бир пастки қисмида шиш, ҳарорат кутарилиши қайд қилинади. Оёқ панжаси бу қўлганда болдир пайдо бўлади. (Хаманс симптоми). Болдирнинг ўчдан бир қисми Рива Роччи аппарати монжеткаси билан компрессия қилинганда худди шундай оғрик пайдо бўлади (Лавенберг симптоми).

Болдирнинг ҳар ўчала чуқур веналари зарарланганда кескик оғрик, болдирдан таранглашиши сезгиси ва иши, аксарият тери цианози пайдо бўлади. Тана ҳарорати кутарилади.

Сон венасининг зарарланганда сонда шиш пайдо бўлади. Тромбланган вена йули бўйлаб оғрик беради.

Сон ва таким веналарнинг биргаликдаги тромбозиди тизза бугимида шиш, оғрик, ҳаракат чекланганлиги, тизза қопқоғи ҳаракатчанлиги пайдо бўлади.

Жараёнинг сон венаси проксимал қесишга сон чуқур веналарнинг оғзидан юқорига қўчайиши, тери копламалари цианози билан ўтади.

Илофеморал тромбозда дастлаб қўнлар мобайнида оёқда оёқ панжасидан то қов бурмасигача, баъзан эса думба соҳасигача тарқалдиган цианоз ва шиш ортади. Касалликнинг 2-3

кунига келиб ёки огрикли ок флегмазия фарк қилинади, бу артериялар спазми ва кук флегмазия билан утади.

Ок флегмазияда оёкда тусатдан пулсация киладиган огрик, унинг муздай булиши ва увишиши, сезгувчанликнинг камайиши, таранг тортиши кузатилади. Тери ости копламалари рангпар.

Кук флегмазияда оёкда шиш ва цианоз анчагача булади, у оёкни балади вазиятда куйилганда хам камаймайди. Периферик томирлар пулсацияси йуколади.

Флегмазиянинг иккала формаси баъзан веноз гангрена ривожланишига олиб келади.

Оёк веналари уткир тромбознинг диагностикасини касалликнинг клиник манзарасини маълумотларига, радикал йод билан нишонланган фибрионган ёрдамида (текширилганда участкаларда радиактивлик ошади) радиация ва флебография асосланади, бунда тулиш нуксонни борлиги ёки магистрал веналар "ампутация" дистал веналар кенгайиши аникланади.

Даволаш комплекси олиб борилиши керак. Операция упка артерияси ёки веноз гангрена булганида хаётий курсатмалар буйича қилинади.

Тромбоз жойлашуви ва унинг тарқалиши курк куйидагити операциялар бажарилади.

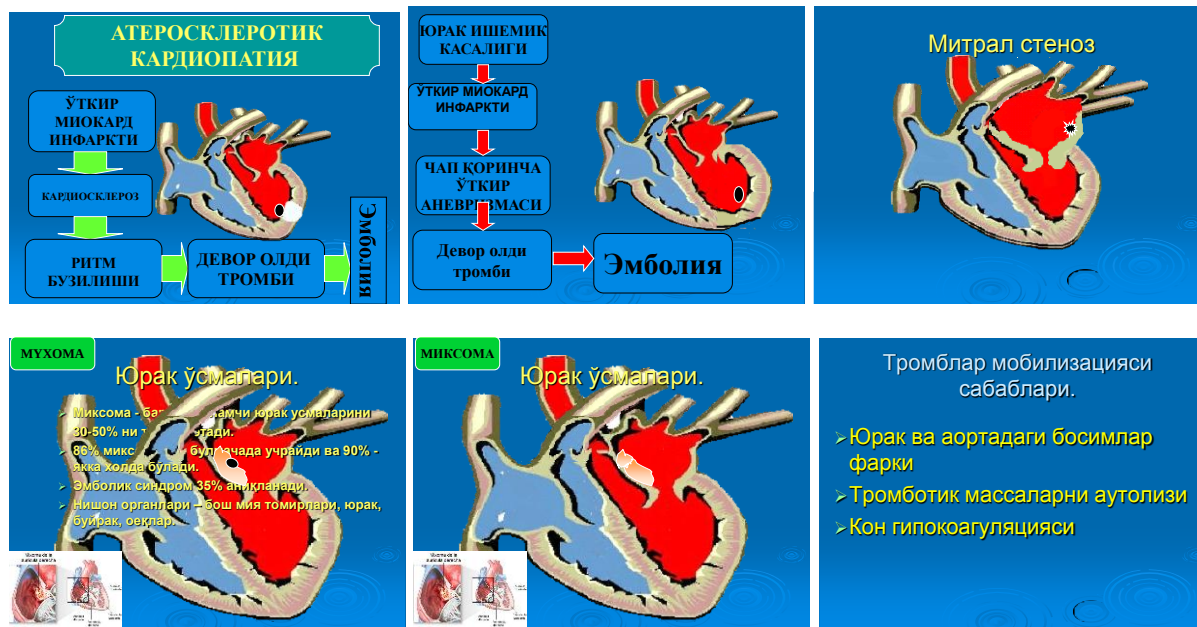
1. Сон венасининг дистал боғлаш (болдир веналарининг алохида тромбози)
2. Сон таками сегментидан тромбозэктомия ёки сон венасининг боғлаш (сон таким сегментининг бирламчи чегараланган тромбозиди).
3. Ёнбош венадан тромбозэктомия у алохида зарарланганда.
4. Пастки ковак вена пликацияси, унинг бушлигида тор каналлар хосил қилиш ёки тромбни тортиб қоладиган махсус филтёрлар қиради.

Дори дармонлар билан куйидагиларни уз ичига олади:

1. Бевоста ва билвоста таъсир булган антикоагулянтлар кон ивиш вакти ва паратромбни индексини назорат қилган холда кулланилади.
2. Касаллик бошида урни ан турмай оёк вазиятини баланд қилиб ётиш.
3. Суртмали боғламларни махаллий куллаш.
4. Тромболитик препаратлар куллаш (фибринолизин, стерептокиназа, урокиназа, тромболитин)
5. Деагрегацион таъсир препаратлар (трентал, курантил, реополиглюкин).
6. Яллигланишга қарши ва огрик колдирадиган препаратлар (аспирин бутадинн, реопирин, индометацин)
7. Симпوماتик даволаш.

МАЪРУЗА СЛАЙДЛАРИ





4 Семинар машғулотининг ўқитиш технологияси

Вақти - 4 соат	Талабалар сони: 8-10 нафар
Ўқув машғулоти шакли	Билимларни чуқурлаштириш, кенгайтириш ва амалда бажариш бўйича амалий машғулот.
Ўқув машғулоти режаси	1. Уткир артериал етишмовчилиги (артериал тромбоз ва эмболиялар) ҳақида тушунча олади; 2. Касалликларнинг этиопатогенези. 3. Патанатомияси. 4. Патфизиологияси. 5. Уткир артериал етишмовчилиги классификацияси. 6. Клиникаси. 7. Диагностикаси. 8. Дифференциал диагностикаси. 9. Замонавий шошилиш даволаш усуллари. 10. Тромбоз ва эмболияларнинг профилактикаси.
Ўқув машғулотининг мақсади: Бу семинар машғулоти жараёнида саволлар ва муаммолар борасида суҳбат ўтказилади. Бу дарсда “ақлий хужум” усулини ҳам қўллаш мумкин. Шунингдек, тест ва масалалар ечиш мумкин.	

<i>Педагогик вазифалар:</i> - мавзу буйича билимларни тизимлаштириш, мустахкамлаш. - дарслик билан ишлаш куникмаларини ҳосил қилиш; - янги ахборотларни таҳлил қилиш кўникмаларини ривожлантириш.	<i>Ўқув фаолиятининг натижалари:</i> Талаба: - Уткир артериал етишмовчилиги (артериал тромбоз ва эмболиялар) ҳақида тушунча беради. - Касаллик этиологияси ва патогенетик омилларини қайд этиб ўтади. - Нормал анатомия ва патанатомияни таққослайди. - Гемодинамик ўзгаришларни ёритиб беради. - Касаллик диагнозини тўғри ёзишни ўрганади. - Касаллик кечиши, симптомларини таърифлаб беради. - Замонавий диагностика усуллариини шарҳлаб беради. - Касалликни бошқа касалликлардан мисоллар билан кийслаб беради. - Тромбоз ва эмболияларнинг профилактикаси ҳақида тушунча беради. - Замонавий шотилинч даволаш усуллари ҳақида тушунча беради.
<i>Ўқитиш услуби ва техникаси</i>	<i>Блиц-суров, биргаликда ўқиймиз, “огриқ” сўзига кластер, мунозара.</i>
<i>Ўқитиш воситалари</i>	<i>Маъруза матни, ўқув кўлланмаси, жадваллар, доска. Компьютер мультимедия дарсликлари, атлас.</i>
<i>Ўқитиш шакли</i>	<i>Билимларни чуқурлаштириш ва кенгайтириш, индивидуал ва гуруҳ, буйича ўқитиш.</i>
<i>Ўқитиш шароитлари</i>	<i>Мавзуга мос жиҳозланган аудитория (слайдлар, ва ҳ.к.).</i>

Амалий машғулотининг технологик картаси (4-машғулот)

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба

1-босқич. Кириш (15 мин)	1.1. Мавзуни, мақсад ва режадаги ўқув натижаларини эълон қилади, уларнинг аҳамиятини ва долзарблигини асослайди. Машғулот ҳамкорликда ишлаш технологиясини куллаган ҳолда утишни маълум қилади. 1.2. Ақлий ҳужум усулидан фойдаланган ҳолда аудиториянинг тайёргарлик даражасини аниқлайди: Тромбознинг эмболиядан фарқини биласизми? Уларнинг этиологияси, патогенези патанатомияси, клиникаси, диагностикаси ва даволаш усуллариغا изоҳ беринг? Мазмунининг муҳокамаси гуруҳларда давом этишини эълон қилади.	1.1. Мавзуни ёзади ва саволларга жавоб беради. 1.2. Берилган саволларга жавоб беради.
2-босқич Асосий (150 мин)	2.1. Талабаларни 3 гуруҳга бўлади, ҳар бирига вазифа беради (2-илова). Кутилаётган ўқув натижаларини эслатади. 2.2. Гуруҳда ишлаш қондаси билан таништиради (1-илова). Баҳолаш мезонларини ҳам намойиш қилади. 2.3. Вазифани бажаришда ўқув материаллари (маъруза матни, ўқув қўлланма)дан фойдаланиш мумкинлигини эслатади. Гуруҳларда иш бошлашни таклиф этади. 2.4. Тайёргарликдан кейин амалий ишлар бошлангани эълон қилинади. 2.5. Талабалар клиник белгиларни ифодалашга ва улар хақида хулосалар беради ва аниқлик киритади. 2.6. Талабаларга Б.Б.Б. усули бўйича ифодаланган жадвални намойиш қилади ва устунларни тўлдиришни айтади. Тушунчаларга изоҳларни туғрилайди ва саволларга жавоб қайтаради. Гуруҳлар фаолиятига умумий балл беради.	2.1. Ўқув натижаларини такдим қиладилар. 2.2. Саволлар беради. 2.3. Жавобларни тўлдиради. 2.4. Жадвал устунларини тўлдиради ва муҳокамада иштирок этади. 2.5. Берилган саволларга жавоб беради.
3-босқич Якуний (15 мин)	3.1. Машғулотни якунлайди, талабаларни баҳолайди ва фаол иштирокчиларни рағбатлантиради. 3.2. Мустақил иш сифатида “Оёқларнинг критик ишемияси” мавзусида “эссе” ёзишни топширади.	3.1. Эшитадилар. 3.2. Топширикни оладилар.

1-илова.

«Ақлий ҳужум» методининг асосий қондалари:

- Олға сурилган фикр ва ғоялар танқид остига олинмайди ва баҳоланмайди;
- Таклиф қилинаётган фикр ва ғоялар қанчалик фантастик ва антиқа бўлса ҳам, уни баҳолашдан ўзингизни тийинг!
- Танқид қилманг – ҳамма билдирилган фикрлар бир хилда бебаҳодир.
- Фикр билдириляётганда бўлманг!
- Мақсад – фикр ва ғоялар сонини кўпайтириш.
- Қанчалик кўп фикр ва ғоялар билдирилса, шунчалик яхши. Янги ва бебаҳо фикр ва ғоянинг вужудга келиш эҳтимоли пайдо бўлади.
- Агар фикрлар қайтарилса асабийлашманг ва ҳайрон бўлманг.
- Бу муаммо фақатгина маълум усуллар ёрдамидагина ҳал бўлиши мумкин, деб ўйланг.
- Фикрлар «ҳужуми»ни ўтказиш вақти аниқланади ва унга қатъиян риоя қилиниши шарт.

Гуруҳ билан ишлаш қоидалари

Гуруҳнинг ҳар бир аъзоси:

- ўз шерикларининг фикрларини ҳурмат қилишлари лозим;
- берилган топшириқлар бўйича фаол, ҳамкорликда ва масъулият билан ишлашлари лозим;
- ўзларига ёрдам керак бўлганда сўрашлари мумкин;
- ёрдам сўраганларга кўмак беришлари лозим;
- гуруҳни баҳолаш жараёнида иштирок этишлари лозим;
- “Биз бир кемадамиз, бирга чўкамиз ёки бирга қутиламиз” қоидасини яхши билишлари лозим.

ЭССЕ

Эссе – тақлиф этилган мавзуга 1000 дан 5000 гача сўз ҳажмидаги иншо.

Эссе – бу муаллифнинг шахсий нуктаи назарини ёзма равишда эркин ифода этиш шакли; қандайдир предмет бўйича умумий ёки дастлабки дунёқарашни ўз ичига олади.

Беш дақиқалик эссе

Беш дақиқали эссе – ўрганилаётган мавзу бўйича олинган билимларни умумлаштириш, мушоҳада қилиш мақсадида ўқув машғулотида

Инсерт – самарали ўқиш ва фикрлаш учун белгилашнинг интерфаол тизими ҳисобланиб, мустикал ўқиб-урганишда ёрдам беради. Бунда маъруза мавзулари, китоб ва бошқд материаллар олдиндан талабага вазифа қилиб берилади. Уни ўқиб чиқиб, «V; +; –; ?» белгилари орқали ўз фикрини ифодалайди.

Матнни белгилаш тизими

“V” - мен билган нарсани тасдиқлайди.

“+” - янги маълумот.

“–” - мен билган нарсага зид.

“?” - мени уйлантирди. Менга қушимча маълумот зарур.

Б.Б.Б. усули

Талабаларга мавзуга доир иборалар тақлиф этилади, талабалар шу иборалардан билганларини «+» билан, билмаганларини «-» билан белгилайди ва жадвалга фиксация қилинади.

Кластер.

13. Катта коғоз марказига темага доир калит суз ёзилади.

14. Катнашчилар калит сузининг атрофига «йулдош» сузлар ёзилади.

15. Катнашчилар фикрига кура шу калит сузига тегишли булган сузлар ёки тақлифлари ёзилади.

Фан бўйича маъруза дарслар уқитиш технологияси.

5-мавзу	Постромбофлебитик синдром. Педжет –Шретер, Паркес-Вебер-Рубашов, Клеппел-Тренонин касалликлари этиологияси, патогенези, классификацияси, клиникаси, диагностикаси, дифференциал диагностикаси, давоси, реабилитацияси.

5.Маъруза машғулотининг ўқитиш технологияси

Вакти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза

Маъруза машғулотининг режаси	6. Постромбофлебитик синдром. Педжет–Шретен, Паркес-Вебер-Рубашов, Клеппел-Треноне касалликлари; 7. Постромбофлебитик синдром. Педжет–Шретен, Паркес-Вебер-Рубашов, Клеппел-Треноне касалликлари патанатомияси; 8. Классификацияси; 9. Клиникаси ва диагностика усуллари; 10. Беморларни оператив даволаш усуллари.
Маъруза мақсади: Талабаларни Постромбофлебитик синдром. Педжет –Шретен, Паркес-Вебер-Рубашов, Клеппел-Тренонин касалликлари билан таништириш. Бу касалликларнинг этиологияси, патогенези, пайдо бўлишининг умумий омиллари, симптоматикаси ва умумий даволаш усуллари кўллаш билишни ўргатиш.	
Педагогик вазифалар: - Постромбофлебитик синдром. Педжет –Шретен, Паркес-Вебер-Рубашов, Клеппел-Треноне касалликлари ҳақида тушунча бериш; - Бу касалликлар патанатомияси билан таништириш; - маъруза давомида талабаларга постромбофлебитик синдром касаллиги билан оғриган беморлар билан мулоқат қилишни ўргатиш; - диагностика усуллари тўғри бажаришни, даволаш усуллари тўғри танлашни ўргатиш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: - Постромбофлебитик синдром. Педжет –Шретен, Паркес-Вебер-Рубашов, Клеппел-Тренонин касалликлари ҳақида тушунча олади; - Бу касалликлар патанатомиясини нормал анатомиядан ажратади; - Постромбофлебитик синдром касаллиги билан оғриган беморлар билан мулоқат қилишни ўрганади; -Диагностика усуллари тўғри бажаришни, даволаш усуллари тўғри танлашни ўрганади.
Ўқитиш услуби ва техникаси	Визуал маъруза, блиц - сўров, баён қилиш, кластер, "ха-йук" техникаси
Ўқитиш воситалари	Маърузалар матни, мультимедия, тарқатма материаллар, график органайзерлар.
Ўқитиш шакли	Жамоа, гуруҳ, ва жуфтликда ишлаш.
Ўқитиш шарт-шароити	Мультимедия, компьютер билан жиҳозланган аудитория

Маъруза машғулотининг технологик картаси (5-машғулот)

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.)	1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотида қўйлаётган натижалар маълум қилинади.	1.1. Эшитади, куради ва ёзиб олади.

2-босқич. Асосий (70 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниклаш учун тезкорсавол-жавобўтказади. - қул ва оёқ веноз тизими анатомияси ҳақида нима биласиз? - флебография қандай утказилади? - қон ивиш факторларини қайси бирини биласиз? 2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда давом этади. Флебологиянинг ҳозирги пайтдаги долзарб муоммолари ҳақида гапирди. Веноз тизим касалликларининг патанатомияси, патофизиологияси, клиникаси ва замонавий даволаш усуллари ҳақида гапирди. 2.3. Флебологияни урганишда ўз ҳиссаларини қўшган олимларининг ишлари тугрисидаги тўхталиб ўтилади. 2.4. Талабаларга мавзунинг асосий тушунчаларига эътибор қилишни ва ёзиб олишларини таъкидлайди.	2.1. Эшитади, кўради Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 2.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади. 2.3. Эслаб қолади, ёзади. Ҳар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади. Таърифни ёзиб олади, мисоллар келтиради.
3-босқич. Якуний (10 мин.)	3.1. Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади. Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. Мустақил иш учун вазифа: “Шиш” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.	3.1. Эшитади, кўради, аниқлаштиради. 3.2. Топшириқни ёзиб олади.

ПОСТРОМБОФЛЕБИТИК СИНДРОМ (ПТФС)

Бу оёқ веналарининг бошидан кечирилган тромбози натижасида ривожланган симпомал комплекси, ахолининг 1,5-5 фоизда учрайди. Чуқур веналар тромбознинг энг куп учрайдиган натижаси тромб реканализацияси, камрок - тромбланган веналарнинг облитерацияси натижасида ҳосил бўлади.

Тромб ҳосил бўлиши жараёнида касаллик бошидан бошлаб 2-3 хавтадан бошланади ва бир ойдан 5 йилгача муддатда реканализация билан тугалланади. Зараланган вена клапанларига шикаст етган склерозланган найчага айланади. Паравазал фиброз ривожланади. Зарарланган чуқур веналарда босим ошиши натижасида аввалига функционал, сунгра органик жихатдан фаолиятсиз бўлиб қолган каммуникант веналар системасида босим қуратилади. Коннинг айланган рефлюкси юз бериб у чуқур веналардан тери ости веналарига оқа бошлайди, анастомозлар очилади. Болдирнинг учдан бир пастки қисмида, энг йирик перфорант веналар ва ортостатик айникса чуқур бўлади. Микроциркуляциянинг бузилишлари трофик яралар ҳосил бўлишига сабабчи бўлади.

Клиникаси. Энг эрта симпом - зарарланган оёқда оғирлик сезгиси ва оғрик, булар узок вақт оёқ устида турилганда қупаяди ва бемор оёгини қутариб ётганда камаяди.

Тунли вақтларда ва узок вақт тик туриб қолишда аксарият болдир мушакларда тортиш пайдо бўлади. Оёқлардаги шиш хатто тунги уйқудан кейин ҳам йуқолмайди. Ёнбош веналар зараланганда шиш бутун оёқда камраб олади ва сон венаси зарарланганда болдир ва соннинг учдан бир қисмини, болдирнинг чуқур веналари тромбозиди - туптоқлар соҳасини ва оёқ панжасини эгаллайди.

Беморларнинг 65-75 фоизиди веналарнинг варикоз кенгайиши ривожланиб, у катта ва кичик тери ости веналари системасини эгаллайди. Болдир учдан бир пастки қисмини туқималари, айниқса

тупик медиал сохасининг индустрияси харктерли. Тери ва тери ости клетчаткаси зич, харакатсиз, кунгир ёки жигар ранг тусда. Купинча узгариб колган терида каттик кичишрирадиган нам экзема пайдо булади. Шу ернинг узида трофик яралар жойлашган, улар узок вақт кайталаниб кечади. Трофик яралар якка -якка ёки куп сонли четлари склерозланган, туби силлик, юмшок грануляциялар билан копланган. Оз - моз сувланиб туради.

ПТФС нинг 4 клиник формаси : шиш - огрикли, варикоз, яралар ва арлаш турлари мовжуд.

Илгари чуқур веналар тромбози булиб утгандан кейин ПТФС дан далолат беради. Дельбе - Пертеса ва Пратт – I. Функционал синдромнинг натижалари чуқур веналар утказувчанлиги бузилганлигини курсатиб, диагнозини тасдиқлайди.

Флебоданометрия ва функционал динамик флебография маълумотлари диагнозини тасдиқлайди.

Дифференциал диагнозни варикоз касаллик, Парск Вебер синдроми, юрак ва буйрак касалликлари, чанок усмалар филсимон касаллик билан утказилади.

Даволаш комплекс утказилади.

Консерватив даво : 1. Эластик бинтлар тақиш

2. Сийдик хайдовчи воситалар

3. Рационал ишга жойлаштириш

4. Десенсибилизация киладиган даво

5. Микроциркуляция яхшилайдиган воситалар

6. Трофик яралар антибиотиклар ва антисептик, протеллитик ферментлар Ируксол суртмаси тайинланади.

7. Дерматитлар ва экземада рух, тальк ва глицериндан болтушкалар, фторокорт, флуцинар

Хирургик даво. Куйидагиларни амалга ошириш учун каратилган куп сонли терапиялар таклиф килинади:

1. Пайдан таким венаси экстравазал капилярни яратиш (Псатакис операцияси)

2. Зараланган оёқдан соғломига кесма аутовеноз ков усти сафено сон шунти оркали кон окиб кетишини вужудга келтириш. (Пальм операцияси)

3. Венанинг зараланган участкасини тери ости венасидан олинган трансплантат билан алиштириш.

ПТФС ни даволашда юза ва каммуникат веналардаги операциялар (Бэбококк буйича флебэктомия, Линтон, Каккет, Фелдар операциялари) ва фасциопластика энг куп таркалган. Операцион оёқни доимий эластик бинтлаш тавсия килинади.

Семинар машғулотининг ўқитиш технологияси

Вақти - 4 соат	Талабалар сони: 8-10 нафар
Ўқув машғулоти шакли	Билимларни чуқурлаштириш, кенгайтириш ва амалда
Ўқув машғулоти режаси	1. Постромбофлебитик синдром ҳақида тушунча. 2. Касаллик этиологияси. 3. Патанатомияси. 4. Патофизиологияси. 5. Классификацияси. 6. Клиникаси. 7. Диагностикаси. 8. Дифференциал диагностикаси. 9. Замонавий даволаш усуллари.
Ўқув машғулотининг мақсади: Бу семинар машғулоти жараёнида саволлар ва муаммолар борасида суҳбат ўтказилади. Бу дарсда “ақлий хужум” усулини ҳам қўллаш мумкин. Шунингдек, тест ва масалалар ечиш мумкин.	

<i>Педагогик вазифалар:</i> - мавзу буйича билимларни тизимлаштириш, мустахкамлаш. - дарслик билан ишлаш куникмаларини ҳосил қилиш; - янги ахборотларни таҳлил қилиш кўникмаларини ривожлантириш.	<i>Ўқув фаолиятининг натижалари:</i> Талба: - Веноз тизим касалликлари ҳақида тушунча беради. - Касаллик этиологик омилларини қайд этиб ўтади. - Нормал анатомия ва патанатомияни таққослайди. - Гемодинамик ўзгаришларни ёритиб беради. - Касаллик диагнозини тўғри ёзишни ўрганади. - Касаллик кечиши, симптомларини таърифлаб беради. - Замонавий диагностика усулларини шарҳлаб беради. - Касалликни бошқа касалликлардан мисоллар билан ажратиб беради. - Замонавий даволаш усуллари ҳақида тушунча беради.
<i>Ўқитиш услуби ва техникаси</i>	<i>Блиц-суров, биргаликда ўқиймиз, “иши” ва “оғриқ” сўзларига кластер, мунозара.</i>
<i>Ўқитиш воситалари</i>	<i>Маъруза матни, ўқув кўлланмаси, жадваллар, доска. Компьютер мультимедия дарсликлари, атлас.</i>
<i>Ўқитиш шакли</i>	<i>Билимларни чуқурлаштириш ва кенгайтириш, индивидуал ва гуруҳ, буйича ўқитиш.</i>
<i>Ўқитиш шароитлари</i>	<i>Мавзуга мос жиҳозланган аудитория (слайдлар, ва ҳ.к.).</i>

Амалий машғулотининг технологик картаси (5-машғулот)

	Фаолият мазмуни	
Босқичлар, вақти	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (15 мин)	1.1. Мавзуни, мақсад ва режадаги ўқув натижаларини эълон қилади, уларнинг аҳамиятини ва долзарблигини асослайди. Машғулот ҳамкорликда ишлаш технологиясини куллаган ҳолда утишни маълум қилади. 1.2. Аклий ҳужум усулидан фойдаланган ҳолда аудиториянинг тайёргарлик даражасини аниқдайди: Веноз тизим патологияларини биласизми? Уларнинг этиологияси, патанатомияси, патогенези, клиникаси, диагностикаси ва даволаш усулларига изоҳ беринг? Мазмунининг муҳокамаси гуруҳларда давом этишини эълон қилади.	1.1. Мавзуни ёзади ва саволларга жавоб беради.

2-босқич Асосий (150 мин)	2.1. Талабаларни 3 гуруҳга булади, ҳар бирига вазифа беради (2-илова). Кутилаётган ўқув натижаларини эслатади. 2.2. Гуруҳда ишлаш қоидаси билан таништиради (1-илова). Баҳолаш мезонларини ҳам намойиш қилади. 2.3. Вазифани бажаришда ўқув материаллари (маъруза матни, ўқув қўлланма)дан фойдаланиш мумкинлигини эслатади. Гуруҳларда иш бошлашни таклиф этади. 2.4. Тайёргарликдан кейин амалий ишлар бошлангани эълон қилинади. 2.5. Талабалар клиник белгиларни ифодалашга ва улар хақида хулосалар беради ва аниқлик киритади. 2.6. Талабаларга Б.Б.Б. усули бўйича ифодаланган жадвални намойиш қилади ва устунларни тўлдиришни айтади. Тушунчаларга изоҳларни туғрилайди ва саволларга жавоб қайтаради. Гуруҳлар фаолиятига умумий балл беради.	2.1. Ўқув натижаларини такдим қиладилар. 2.2. Саволлар беради. 2.3. Жавобларни тўлдиради. 2.4. Жадвал устунларини тўлдиради ва муҳокамада иштирок этади.
3-босқич Якуний (15 мин)	3.1. Машғулотни якунлайди, талабаларни баҳолайди ва фаол иштирокчиларни рағбатлантиради. 3.2. Мустақил иш сифатида “Постромбофлебитик синдром” мавзусида “эссе” ёзишни топширади.	3.1. Эшитадилар. 3.2. Топширикни оладилар.

1-илова.

«Ақлий ҳужум» методининг асосий қоидалари:

- Олға сурилган фикр ва ғоялар танқид остига олинмайди ва баҳоланмайди;
- Таклиф қилинаётган фикр ва ғоялар қанчалик фантастик ва антиқа бўлса ҳам, уни баҳолашдан ўзингизни тийинг!
- Танқид қилманг – ҳамма билдирилган фикрлар бир хилда бебаҳодир.
- Фикр билдириляётганда бўлманг!
- Мақсад – фикр ва ғоялар сонини кўпайтириш.
- Қанчалик кўп фикр ва ғоялар билдирилса, шунчалик яхши. Янги ва бебаҳо фикр ва ғоянинг вужудга келиш эҳтимоли пайдо бўлади.
- Агар фикрлар қайтарилса асабийлашманг ва ҳайрон бўлманг.
- Бу муаммо фақатгина маълум усуллар ёрдамидагина ҳал бўлиши мумкин, деб ўйламанг.
- Фикрлар «ҳужуми»ни ўтказиш вақти аниқланади ва унга қатъиян риоя қилиниши шарт.

2 - илова.

Гуруҳ билан ишлаш қоидалари

Гуруҳнинг ҳар бир аъзоси:

- ўз шерикларининг фикрларини ҳурмат қилишлари лозим;
- берилган топшириқлар бўйича фаол, ҳамкорликда ва масъулият билан ишлашлари лозим;
- ўзларига ёрдам керак бўлганда сўрашлари мумкин;
- ёрдам сўраганларга кўмак беришлари лозим;
- гуруҳни баҳолаш жараёнида иштирок этишлари лозим;
- “Биз бир кемадамыз, бирга чўкамиз ёки бирга қутиламиз” қоидасини яхши билишлари лозим.

ЭССЕ

Эссе – таклиф этилган мавзуга 1000 дан 5000 гача сўз ҳажмидаги иншо.

Эссе – бу муаллифнинг шахсий нуқтаи назарини ёзма равишда эркин ифода этиш шакли; қандайдир предмет бўйича умумий ёки дастлабки дунёқарашни ўз ичига олади.

Беш дақиқалик эссе

Беш дақиқали эссе – ўрганилаётган мавзу бўйича олинган билимларни умумлаштириш, мушоҳада қилиш мақсадида ўқув машғулотида

4 - илова.

Инсерт – самарали ўқиш ва фикрлаш учун белгилашнинг интерфаол тизими ҳисобланиб, мустақил ўқиб-урганишда ёрдам беради. Бунда маъруза мавзулари, китоб ва бошқд материаллар олдиндан талабага вазифа қилиб берилади. Уни ўқиб чиқиб, «V; +; –; ?» белгилари орқали ўз фикрини ифодалайди.

Матнни белгилаш тизими

“√” - мен билган нарсани тасдиқдайди.

“+” - янги маълумот.

“–” - мен билган нарсага зид.

“?” - мени уйлантирди. Менга қушимча маълумот зарур.

5 - илова.

Б.Б.Б. усули

Талабаларга мавзуга доир иборалар таклиф этилади, талабалар шу иборалардан билганларини «+» билан, билмаганларини «-» билан белгилайди ва жадвалга фиксация қилинади.

6 – илова.

Кластер.

16. Катта коғоз марказига темага доир калит суз ёзилади.

17. Катнашчилар калит сузининг атрофига «йулдош» сузлар ёзилади.

18. Катнашчилар фикрига кура шу калит сузига тегишли булган сузлар ёки таклифлари ёзилади.

6-мавзу	Тўғма юрак нуқсонлари классификацияси, этиологияси, гемодинамикаси, клиникаси, диагностикаси, дифференциал диагностикаси, давоси, реабилитацияси.

6.Маъруза машғулотининг ўқитиш технологияси

Вакти – 2 соат	Талабалар сони: 18-36 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	1. Тўғма юрак нуқсонлари ҳақида тушунча; 2. Классификацияси; 3. Гемодинамикаси билан таништириш; 4. Клиник кечишини; 5. Инвазив ва ноинвазив текшириш усуллари; Замонавий даволаш усуллари.
Маъруза мақсади: Талабаларни тўғма юрак нуқсонлари билан таништириш. Бу касалликларнинг гемодинамикаси, клиник кечиши, симптоматикаси тўғрисидаги билимларни чуқурлаштириш ва умумий даволаш усуллари кўллаб билишни ўргатиш.	

Педагогик вазифалар: - Туғма юрак нуқсонлари ҳақида тушунча бериш; - Бу касалликлар гемодинамикаси билан таништириш; - туғма юрак нуқсони клиник кечишини ўргатиш; - диагностика усуллари тўғри бажаришни, даволаш усуллари тўғри танлашни ўргатиш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: - Туғма юрак нуқсонлари ҳақида тушунча олади; - Бу касалликлар гемодинамикасини юрак нормал гемодинамикасидан ажратади; - Туғма юрак нуқсонлари клиник кечишини ўрганади; - Диагностика усуллари тўғри бажаришни, даволаш усуллари тўғри танлашни ўрганади.
Ўқитиш услуби ва техникаси	Визуал маъруза, муаммоли ҳолатни ечиш, блиц - сўров, баён қилиш, синквейн, концептуал жадвал
Ўқитиш воситалари	Маърузалар матни, мультимедия, тарқатма материаллар, график органайзерлар, доска, бўр.
Ўқитиш шакли	Индивидуал, фронтал, умумжамоа ва жупликда ишлаш.
Ўқитиш шарт-шароити	Мультимедия, компьютер билан жиҳозланган аудитория

Маъруза машғулотининг технологик картаси (6-машғулот)

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (5 мин.)	1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотида кутилаётган натижалар маълум қилинади. 1.2. Режа ва муаммоли ҳолатларни ифодаловчи саволларни экранга чиқаради	1.1. Эшитади, куради ва ёзиб олади. 1.2. Эътибор берадилар
2-босқич. Билимларни фаоллаштириш (5 мин)	2.1. Асосий категория ва тушунчаларни ҳамда маъруза охирида ечиладиган масалаларни намоиш этади. 2.2. Ўқув фаолияти баҳолаш мезонлари маълум қилади.	2.1. Аниқлик киритадилар. Саволлар беради.

3-босқич. Асосий (70 мин.)	3.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниклаш учун қўйидаги саволни ташлайди. - Айтингчи, туғма юрак нуқсонларининг қандай турларини биласиз? Ана шу савол бўйича билимларни мустаҳкамлаш учун «Синквейн» усулидан фойдаланган ҳолда ҳар бир юрак нуқсонларига тушунча беради. 3.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишида давом этади. Кардиохирургиянинг ҳозирги пайтдаги долзарб муоммолари ҳақида гапирди. Юрак нуқсонларининг патофизиологияси, клиникаси ва замонавий даволаш усуллари ҳақида гапирди. 3.3. Туғма юрак нуқсонларини ўрганишида ўз ҳиссаларини қўшган олимларининг ишлари тўғрисидаги тўхталиб ўтилади. 3.4. Талабаларга мавзунинг асосий тушунчаларига эътибор қилишни ва ёзиб олишларини таъкидлайди.	3.1. Туғма юрак нуқсонларини айтади. Эшитади, кўради. Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 3.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади. 3.3. Эслаб қолади, ёзади. Ҳар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади. Таърифни ёзиб олади, мисоллар келтиради.
4-босқич. Якуний (10 мин.)	4.1. Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади. Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. 4.2. Мустақил ишлаш ва назарий билимларни мустаҳкамлаш учун саволларни беради: Фалло триадаси, тетрадаси, пентадаси мисолида «Синквейн» ёрдамида таъриф беришни топширади.	4.1. Эшитади, кўради, аниқлаштиради. 4.2. Топшириқни ёзиб олади.

Юрак анатомик ва физиологик маълумотлари

Юқори ва пастки ковак веналар қонни йиғиб уни юракнинг ўнг бўлмачача-сига ташийди. Қон ўнг бўлмачачадан ўнг қоринчага уч тавақали клапан билан таъминланган бўлмачача-қоринча тешиги орқали тушади. Ўнг қоринчадан қон ўпка артерияси бўйлаб ўнг ва чап ўпкаларга етади. Улардан артериал қон тўртта вена орқали чап бўлмачачага тушади, кейин эса чап веноз тешик ва бўлмачача-қоринчааро икки тавақали митрал клапан жойлашган тешик орқали чап қоринчага тушади. Кейин қон учта яримойсимон тавақалардан ташкил топган клапан билан таъминланган аортал тешик орқали аортага йўналтирилади. Ўнг ва чап бўлмачачалар, ўз давомида қоринчалараро тўсиққа ўтадиган бўлмачачалараро тўсиқ билан бўлинган.

Юракнинг қон таъминоти аортдан ва Вальсальва синуси соҳасидан чиқадиган иккита тож артерияси томонидан амалга оширилади. Юрак веналари тож синусига ёки бевосита ўнг бўлмачача ва қоринчага қўйилади. Юрак мушаги структураси ва фаолияти бўйича бир-биридан фарқ қиладиган иккита элемент - қисқарувчи миокард толалари ва ўтказувчи системадан ташкил топган. Юракнинг ўтказувчи системаси ўнг қоринча деворида жойлашган синус тугунидан (Кейт-Флак тугуни) иборат. Синус тугунидан келадиган импульслар атриовентрикуляр тугунга тарқалади, чап ва ўнг оёқчаларга бўлинадиган бўлмачача-қоринча тутамларига ўтади.

Юракнинг иш фаолияти даври (цикли) қоринчалар систоласи ва диастоласи даврига бўлиниб, уларнинг охирида бўлмачачалар систоласи содир бўлади. Юрак қоринчалари томонидан қон томирларга ҳайдаладиган қон ҳажми, юза майдонига бўлинган минутлик қон ҳажми - юрак индекси деб аталади. Катта одамда осойишта ҳолатда юрак индекси 3,5-4 л (мин.м²) га тенг, жисмоний иш бажарилаётганда эса, унинг кўрсаткичи 5-10 мартага ортади. Чап қоринча ва аортада нормал босим

симоб устуни (Hg) ҳисобида 120 мм дан, ўнг қоринча ва ўпка артериясида - 25 мм дан ошмайди. Перикард эса, юракни қоплаб турган берк сероз қопчиқ ҳисобланади.

Махсус текшириш усуллари. Тўлиқ клиник диагноз (ташхис) қўйиш, гемодинамика ҳолатини аниқлаш, юрак миокарди қисқариши фаолиятини издан чиқиш (бузилиш) даражасини аниқлаш учун, одатда қуйидаги текширув усуллари қўлланилади:

I. Ноинвазив текширув усуллари: эхокардиография, рентгенография, компьютер томография (КТ), магнито-ресоҳанс томография (МРТ).

Ультратовуш текширув ёрдамида (эхокардиография) юрак тўсиғи, юрак клапанлари нуқсонларини диагностика қилиш, миокард қисқариш функцияси бузилишларини аниқлаш, юрак ичи ва марказий гемодинамика ҳолатининг аниқлаш имконини беради.

Кўкрак қафаси рентгенографияси диагностик усул сифатида кенг қўлланилади, албатта бу текширув 3 проекцияда, қизилўнгачни контрастла-ган ҳолда бажаришили шарт: тўғри, чап ва ўнг қийшиқ позицияларда.

КТ ва МРТ юқоридаги текширув усуллари тўлдиради.

II. Инвазив текширув усуллари:

Юрак бўшлиқларини Сельдингер усулида катетерлар ёрдамида зондлаш. Зонд юборишнинг учта усули фарқ қилинади: веноз, артериал ва юракни игна орқали пункция қилиш. Текширишда юрак бўшлиқларидаги босим ўлчанади, қон газ таркибига баҳо берилади ва вентрикулография бажарилади (1 расм).

Селектив коронарография – юракнинг тож артерияларига контраст модда юбориб, унинг ўтказувчанлигига аниқлаш ва баҳо беришга айтилади.

ТУҒМА ЮРАК НУҚСОНЛАРИ

Туғма юрак нуқсонлари, юрак эмбриогенези жараёнларининг бузилиши ёки постнатал даврда нормал шаклланиш кечикиши оқибатида пайдо бўлади. Кўпчилик юрак нуқсонларининг асосий белгиси - кичик ва катта қон айланиш системасига қоннинг аниқ тақсимланмаслигидир. Бунга, одатда юрак тўсиқларида нуқсон борлиги сабаб бўлади.

Туғма юрак нуқсонлари шартли равишда учта гуруҳга бўлинади.

Биринчи гуруҳ - веноз қонни артериал оқимга тушиши билан боғлиқ юрак ичида патологик туташмалари бўлган нуқсонлари (ўнгдан чапга, бирламчи - кўк): триада, Фалло тетрадаси ёки пентадаси, уч тавақали клапан атрезияси, Эйзенменгер синдроми, томирлар транспозицияси ва б.

Иккинчи гуруҳ – артериал қонни веноз оқимга тушиши билан боғлиқ юрак ичида патологик туташмалари бўлган нуқсонлар (чапдан ўнгга, бирламчи-оқ): бўлмачалараро тўсиқ нуқсони, қоринчалараро тўсиқ нуқсони, очиқ артериал йўл ва б.

Учинчи гуруҳ - қон айланишининг бузилиши. Кўкс оралиғидаги магистрал томирларнинг торайиши сабабли келиб чиққан нуқсонлар: ўпка артерияси стенози, аортанинг бошланиш қисми стенози, аорта коарктацияси. Ҳозирги пайтда юрак туғма нуқсонларининг юздан ортиқ турлари маълум бўлиб, улардан асосийлари устида тўхталиб ўтамиз:

Фалло тетрадаси

Ушбу хасталик 1888 йилда француз патологоанатоми Фалло тасвирла-ган тўртта доимий белгилар билан кузатилади.

1. Ўпка артерияси торайиши.
2. Қоринчалараро тўсиқнинг юқори нуқсони.
3. Аортанинг ўнг томонга сурилиши.
4. Ўнг қоринча гипертрофияси.

Фалло тетрадасида гемодинамиканинг бузилиши, ўпкага қон тушиши-нинг камайиши ва веноз қонни ўнг қоринчадан аортага ўтишидан иборат бўлади.

Клиникаси ва диагностикаси. Касалликнинг дастлабки аломатлари бола туғилгандан кейинги дастлабки соатларда унинг қичкириши ва эмиши вақтида енгил цианоз кўринишида юзага чиқади. Кейинчалик, цианоз ва нафас қисиши бирмунча яққол намоён бўлади ва 1-2 ёшга келиб доимий тусга кириб, ҳатто бола тинч турганида ҳам йўқолмайди. Катта ёшдаги беморлар нафас қисиши, тез чарчаш, бош оғриғи, жисмоний ишга лаёқатсизликдан нолийдилар. Аксарият беморлар ўриндан туролмай ётади-лар. Аҳвол тобора ёмонлашади. Беморларнинг тери қопламлари кўкимтир тусга киради, бармоқ билан босиб кўрилганда, шу жойда аста-секин йўқоладиган оқимтир доғ қолади. Кўпинча бемор баданида, ўрта даражада кенгайган веналар кўриниб туради, улар кўкрак

қафаси соҳасида ва бош суяги устида айниқса яққол кўзга ташланади. Тирноқ фалангалари ногора таёқчалари кўринишига киради. Мушак системаси сууст ривожланади. Кўздан кечирилганда аксари «юрак букриси» кўринади. Аускультацияда юрак чўққисида I тоннинг қисқарганлиги ва ўпка артерияси II тон суустлашганлиги аниқланади. II—III қовурғалар орасида тўш суягининг чап чеккасида систолик шовқин эшитилади.

Қон анализларида эритроцитлар миқдори $6\text{—}10^{12}$ л гача ва гемоглобин миқдори 130—150 г/л гача кўпайган.

Фонокардиограммада ўпка артерияси устида шовқин ва нуқсон соҳаси устида ва коринчалараро тўсиқда шовқин қайд этилади.

Рентгенологик текширувда қуйидагилар аниқланади: юрак бир меъёрда кенгайган, юрак бели яхши билинади, чўққиси юқорига силжиган. Ўпка артерияси сатҳидаги контур ясси ва ичига ботган; аортанинг юқорига кўтариладиган қисми ва равоғи кенгайган; ўпканинг тасвири хиралашган, илдизлари сояси камайган бўлади.

Зондлашда катетер бевосита ўнг коринчадан аортанинг юқорига кутариладиган қисмига ўтади. Ўнг коринчага контраст юборилганда айнаи вақтда ўпка артерияси ва юқорига кўтариладиган аорта тўлади, ўпка артерияси стенози аниқланади (3 расм).

Даволаш. Фақат жарроҳлик усули қўлланилади. Фалло тетрадасида жарроҳлик амалиётлари паллиатив ва радикал бўлиши мумкин.

Паллиатив жарроҳлик амалиётлари аорта билан ўпка артерияси ўртасида туташма (йўл) ҳосил қилиниб, кучсиз артериализацияланган қоннинг аортадан ўпка артериясига, торайган қисмини четлаб ўтиб, тушиши таъминланади. Радикал жарроҳлик амалиётлари ўпка артерияси стенозини бартараф этиш, коринчалараро тўсиқ нуқсонига ямоқ солишдан иборат бўлади. Шундай ямоқ, чиқиш бўлимининг эҳтимол тутилган торайишини бартараф қилиш мақсадида, ўнг коринча девори кесмасига тикилади. Ёнг қўп тарқалган амалиётларга Блелок-Таусиг жарроҳлик амалиёти киради.

Бунда ўнг ўмров ости артерияси ва ўпка артериясини ўнг тармоғи орасида анастомоз қўйилади. Одатда, радикал операциядан олдин биринчи босқичда паллиатив усул қўлланилади.

Очиқ артериал йўл

Очиқ артериал йўл (Боталлов проток) аортанинг дастлабки бўлимини ўпка артерияси билан бириктириб туради. Эмбрионал даврда очиқ артериал йўл - нормал физиологик ҳолат ҳисобланиб, одатда чақалоқ туғилганидан сўнг, тез орада бу йўл облитерацияга учрайди. Бу жараён бузилганда, у очиклигича қолади ва артериал қонни аортадан ўпка артериясига ўтиши ва шу муносабат билан қатор гемодинамик бузилишлар вужудга келади. Катта қон айланиши доирасидан кичик доирага доимий қоннинг ўтиб туриши натижасида аъзоларлар ва тўқималарнинг қон билан таъминланиши ёмонлашади, кичик қон айланиши доирасида босим ортади, ўпка гипертензияси ошиб борганда шовқин систолик шовқинга айланиб, ўпка артерияси устида жуда яхши эшитилади.

Рентгенологик текширишда ўпка тасвирининг қуюқлашуви, ўпка артерияси ва тармоқларининг кенгайиши қайд этилади. Юракни зондлашда ўпка артериясида босимнинг ортиши, унда қоннинг кислородга тўйиниш даражасининг юқорилиги қайд қилинади. Аортографияда контраст модданинг аортадан ўпка артериясига тушиши аниқланади.

Даволаш фақат жарроҳлик усули: очиқ артериал йўлни боғлаш ёки боғлаб, сўнг уни кесишдан иборат.

Коринчалараро тўсиқ нуқсони

Қоринчалараро тўсиқнинг битмаганлиги (нуқсони), гемодинамиканинг бузилишига, артериал қоннинг чап қоринчадан ўнг қоринчага, сўнгра кичик қон айланиш доирасига ўтиши билан ифодаланади.

Бу ҳолатда, артериовеноз шунтнинг борлиги чап қоринчанинг гипертрофиясига ва ўпка гипертензиясининг ривожланишига олиб келади. Ўпканинг юқори гипертензияси веноз қоннинг катта қон айланиш доирасига тушишига, цианоз пайдо бўлишига ва ўнг қоринча етишмовчилиги ривожланишига олиб келиши мумкин.

Клиникаси ва диагностикаси. Янги туғилган чақалоқларда ва болалар ҳаётининг дастлабки йилларидаги декомпенсация ҳолатлари билан оғир кечади. Каттароқ ёшдаги болаларда симптомлар камроқ ифодаланган бўлиб, беморда асосан нафас қисиши, тез чарчаш, юрак соҳасидаги оғриқ, юрак уриши каби шикоятлар билан ўтади.

Объектив текширувда тери қопламларининг рангпарлиги, боланинг ўсиш ва ривожланишда тенгдошларидан орқада қолиши қайд қилинади. Юрак чегаралари ўнгга катталашган бўлиб, аускультацияда тўшнинг чап чети бўйлаб кучли систолик шовқин, III-IV қовурғалар орасида эсанинг жаранглироқ эшитилиши аниқланади.

ЭКГда қоринчалар гипертрофияси қайд этилади.

Рентгенологик текширувда ўнг қоринчанинг катталашгани, ўпка артерияси ва унинг тармоқларининг кенгайгани, чап бўлмача ва қоринчанинг бирмунча катталашгани аниқланади. Юрак бўшлиқлари зондланганда ўнг қоринчада қоннинг кислородга тўйиниш даражасининг ортиши қайд қилинади, катетер ўнг қоринчадан чап қоринчага бемалол ўтиши мумкин. Катетер чап қоринчага киритилганда контраст модда ўнг қоринчага ва ўпка артериясига тушади.

Даволаш - фақат жарроҳлик усули. Қоринчалараро тўсиқлардаги кичик нуқсонларга П-симон чоклар қўйиб уни бартараф этишдан иборат. Катта нуқсонларда у тешикни синтетик маҳсулотдан тайёрланган ямоқ билан бекитиш йўли билан бартараф этилади.

Рентгенэндовакуляр жарроҳликни ривожланиши билан, даво усуллари-нинг янги турлари ишлаб чиқилди. Бунда, нуқсонни катетер ва махсус мослама (окклюдер) ёрдамида ёпиш усули таклиф қилинди.

Бўлмачалараро тўсиқ нуқсони

Юракнинг туғма нуқсони бўлиб, бунда ўнг бўлмача ва чап бўлмача тўсиғида тешик бўлиб, шу тешик орқали туташган бўлади. Бунда гемодинамиканинг бузилиши, артериал қоннинг чап бўлмачадан ўнг бўлмачага ўтиши билан боғлиқ бўлади. Бу ҳолатда, артериал қоннинг талайгина қисми нормал қон оқимида қатнашаолмайдиган бўлиб қолади. Артериал қон оқиб келиши натижасида ўнг бўлмачада, ўнг қоринчада ва ўпка артериясида босим кўтарилади (гипертензия), бу эса ўз навбатида ўнг бўлмачанинг кенгайишига, ўнг қоринча гипертрофиясига, ўпка артерияси-нинг «бўртиб чиқиши»га олиб келади. Ўпка томирларидаги гипертензия ўпкада қон азрацияси даражасини пасайишига олиб келади. Бу ҳолатнинг авж олиши, ўпка фиброзини келтириб чиқаради.

Бўлмачалараро тўсиқ нуқсони кўпинча митрал клапан ва ўпка томирларидаги ўзгаришлар билан асоратланади.

Клиникаси ва диагностикаси. Ушбу хасталиги бор болаларда, кўпинча жисмоний ўсиб етилмаганлик қайд қилинади. Асосий шикоятлар: нафас қисиши, юрак уриши хуружлари, одатдаги жисмоний ҳаракатда тез чарчаб қолишдан иборат. Беморлар нафас йўллари-нинг яллиғланиш касалликларига осон берилувчан бўлиб қоладилар. Объектив текширишда тери қопламлари ва шиллиқ пардаларнинг рангпарлиги, чўкки турткисининг кучайиши, юрак “букрилиги” борлиги қайд қилинади. Аускультацияда тўшдан чапроқда, II қовурғалар орасида ўпка артерияси устида систолик шовқин эшитилади. Рентгенологик текширувда юрак ўнг қоринчаси ва бўлмачаси, шунингдек ўпка артерияси ва унинг тармоқларида кенгаймалар кўриниб туради.

Эхокардиографик сканерлаш - юрак ўлчамларидаги ўзгаришларни, юрак бўлмачалариаро тўсиқнинг парадоксал ҳаракатини кўрсатиб беради.

Юрак зондланганда босимнинг ошганлиги, юракнинг ўнг бўлимларида ва ўпка артериясида қоннинг кислородга тўйинганлиги қайд этилади. Катетер нуқсон орқали ўнг бўлмачадан чап бўлмачага ўтиши мумкин.

Даволаш - фақат жарроҳлик усулда. Туғма нуқсонларни 4-8 ёшда бартараф этган маъқулроқ. Операция сунъий қон айланиш ёки сунъий гипотермия шароитларида бажарилади. Кичикроқ нуқсонлар тикиб қуйилади, 1-2 см дан ортиқ нуқсонларда синтетик ямоқ солинади.

Ўпка артериясининг торайиши

Ўпка артериясининг алоҳида торайиши - оқиш (ацианотик) турдаги нуқсонларга киради. Ўпка артерияси бошланиш жойининг стенози ўнг қоринчадан кичик қон айланиш доирасига қон оқиб келишига тўсқинлик вужудга келтиради. Бошланғич даврда ўнг қоринча гипертрофияси юз бериб, кейинчалик ўнг қоринча етишмовчилигига айланади. Иккиламчи гипертрофия ва бўлмача кенгайиши туфайли трикуспидал клапаннинг нисбий етишмовчилиги пайдо бўлади.

Клиникаси ва диагностикаси. Асосий шикоятлар: нафас қисиши (жисмоний ҳаракат вақтида кучаяди), юракнинг тез-тез уриши, тез чарчаш, боланинг ривожланишда орқада қолиши. Кўздан кечиришда юрак “букрилиги”, тўшнинг чап чеккасида II қовурғалар ораси пайпаслаб кўрилганда систолик титраш аниқланади. Перкутор текширувда юрак ўлчамларининг ўнгга катталашгани

аниқланади. Аускультацияда - тўшнинг чап чеккаси бўйлаб II қовурғалар орасида максимал жаранглайдиган дағал систолик шовқин эшитилади. ЭКГ да ўнг қоринча гипертрофияси белгилари кўринади. Рентгенологик манзара ўнг қоринча гипертрофияси, ўпка артериясининг клапанлардан юқори кўтарилиши, ўпка артерияси периферик тармоқлари бўшлиғининг торайиши билан таърифланади.

Юрак зондланганда ўнг қоринчада босимнинг ошиши кузатилади. Ўпка артериясида босим нормал ёки бир оз пасайгани ҳолда, у симоб устуни ҳисобида - 300 мм га етиши мумкин.

Даволаш - фақат жарроҳлик усули. Қон айланиши тўхтатиб қуйилган шароитда, стенозни бартараф этиш жарроҳлик амалиётлари ўтказилади.

Туғма аорта «оғзи» стенози

Клапан, клапан ости ва клапан усти стенозлари тафовут қилинади. Аорта «оғзи» стенози қонни чап қоринчадан катта қон айланиш доирасига ўтишига тўсқинлик қилиб, унинг ортиқча ишлашига, гипертрофияга учрашига, кейин эса дилатациясига ва чап қоринча етишмовчилигининг ривожланишига олиб келади. Гемодинамикадаги бузилишлар биринчи навбатда коронар ва церебрал қон айланиши бузилишида намоён бўлади.

Клиникаси ва диагностикаси. Нафас қисиши, тезда чарчаб қолиш, юрак астмаси хуружлари, стенокардияга хос оғриқлар, бош айланиши, хушдан кетиш кузатилади. Объектив текширишда чуққи турткисининг кучайиши ва чапга силжиши, аорта проекциясида дағал систолик титраш аниқланади. Ўнг томонда II қовурғалар орасида бўйин томирларига ўтадиган систолик шовқин эшитилади. Пульс тўлиқлиги ва таранглиги кучсиз. Систолик босим пасайган. ЭКГ да левограмма, миокард ишемияси белгилари. Рентгенологик текшириш юракнинг гипертрофияси ва катталаш-ган чап қоринчаси билан типик аортал конфигурациясини аниқлайди.

Ангиокардиография торайиш жойи ва ўлчамларини аниқ белгилаш, чап қоринча билан аорта ўртасидаги босим градиентини аниқлашга имкон беради.

Даволаш - фақат жарроҳлик усули, симоб устуни ҳисобида 30 мм дан ошадиган босим градиентидан бажарилади. Операция сунъий қон айланиш ёки гипотермия шароитларида стенозни бартараф этишдан иборат.

Аорта коарктацияси

Аорта бўшлиғининг чегараланган туғма торайганлиги. Тўлиқ ёпилиб қолганлиги чап ўмров ости артерияси чиқадиغان жойдан пастроқда, торайиш кўпинча аорта равоғининг пастга тушадиган кўкрак аортасига ўтадиган жойида жойлашади. Аортада торайган жойдан юқорида қон босими ошади, чап қоринча гипертрофияга учраб, кейин декомпенсация ҳолати пайдо бўлади. Бош мия қон томирлари ҳавзасида гипертензия, церебрал бузилишлар сифатида намоён бўлади. Артериал системада босим коарктациядан пастда бирмунча пасайган бўлади.

Клиникаси ва диагностикаси. Беморлар бош оғриғи, бош айланиши, юрганда оёқларининг тез оғриб қолиши, кўзнинг хиралашиши, оёқлар парестезияси ва совқотишидан шикоят қиладилар. Оёқ артерия қон томирларида пульс бўлмайди. Қўл артерияларида артериал босим ошган, оёқ артерияларида эса аниқланмайди ёки бирмунча пасайган. Бемор кўздан кечирилганда қовурғалараро артериялар пульсацияси, уларнинг устида коарктация жойи соҳасида систолик шовқинни аниқлаш мумкин. Рентгенограммаларда чап қоринча контурларининг кенгайганлиги қайд қилинади, биринчи ва иккинчи равоқлар контурлари 3 рақамини эслатади.

Ангиокардиография - аорта торайган жойини, шаклини, ўлчами ва даражасини аниқлаш имконини беради.

Даволаш - фақат жарроҳлик усули. Жарроҳлик амалиётлари аортанинг торайган қисмини резекция қилиш ва «учма-уч» анастомоз қўйишдан иборат. Узайган торайиш бўлган ҳолларда аортанинг резекция қилинган қисми синтетик протез билан алмаштирилади.

МАЪРУЗА СЛАЙДЛАРИ

Врожденные пороки сердца

Самаркандский медицинский институт
Кафедра факультетской и госпитальной хирургии

Классификация ВПС

- Первая группа — пороки сердца с внутрисердечными патологическими сообщениями, обуславливающими сброс артериальной крови в венозное русло (слева направо, первично-белые) — дефект межпредсердной перегородки, дефект межжелудочковой перегородки, открытый артериальный проток, аортолегочный свищ, митральный стеноз с дефектом межпредсердной перегородки.
- Вторая группа — пороки с внутрисердечными патологическими сообщениями, обуславливающими сброс венозной крови в артериальное русло (справа налево, первично-синие). В эту группу входят — триада, тетрада и пентада Фалло, атрезия предсердного клапана, смещение предсердного клапана в сторону правого желудочка с дефектом межпредсердной перегородки, транспозиция магистральных сосудов.
- Третья группа — врожденные пороки сердца, при которых нарушения кровообращения вызваны сужением магистральных сосудов сердца: изолированный стеноз легочной артерии, стеноз устья аорты, коарктация аорты.

ВПС




Сердечный горб Тетрада Фалло

Специальные методы исследования

- эхокардиография
- рентгенография
- КТ
- ЯМРТ
- зондирование полостей сердца
- ангиокардиография

Методы обследования



Изотонная диагностика

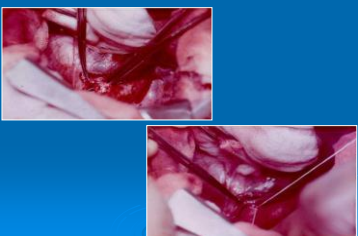


Эхокардиография

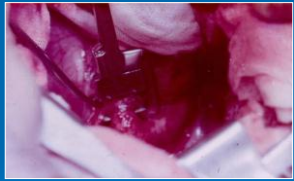
Открытый артериальный проток

- быстрая утомляемость
- одышка, усиливающаяся при нагрузке
- сердцебиение
- отставание в физическом развитии
- частые пневмонии
- бледность кожных покровов
- цианоз нижней половины туловища при нагружении

Перевязка Боталлова протока



Прошивание Боталлова протока с помощью аппарата УКЛ



Дефект межжелудочковой перегородки



Семинар машғулотининг ўқитиш технологияси

Вакти - 4 соат	Талабалар сони: 8-10 нафар
Ўқув машғулоти шакли	Билимларни чуқурлаштириш, кенгайтириш ва амалда бажариш
Ўқув машғулоти режаси	1. Туғма юрак нуқсонлари ҳақида тушунча. 2. Классификацияси. 3. Гемодинамикаси. 4. Клиникаси. 5. Диагностикаси. 6. Дифференциал диагностикаси. 7. Замонавий даволаш усуллари.
Ўқув машғулотининг мақсади: Бу семинар машғулоти жараёнида саволлар ва муаммолар борасида суҳбат ўтказилади. Бу дарсда “аклий ҳужум” усулини ҳам қўллаш мумкин. Шунингдек, тест ва масалалар ечиш мумкин.	

<i>Педагогик вазифалар:</i> - мавзу буйича билимларни тизимлаштириш, мустахкамлаш. - дарслик билан ишлаш куникмаларини ҳосил қилиш; - янги ахборотларни таҳлил қилиш куникмаларини ривожлантириш.	<i>Ўқув фаолиятининг натижалари:</i> Талба: - Туғма юрак нуқсонлари ҳақида тушунча беради. - Классификациясини билган ҳолда тўғри диагноз қўйишни ўрганади. - Гемодинамикаси ёритиб беради. - Клиник кечишини таърифлаб беради. - Замонавий инвазив ва ноинвазив текшириш усуллари ҳақида гапирди. - Юрак туғма нуқсонларини бир-биридан ва орттирилган юрак нуқсонларидан ажратишни ифодалаб беради. - Замонавий даволаш усуллари ҳақида тушунча беради.
<i>Ўқитиш услуби ва техникаси</i>	<i>Блиц-суров, биргаликда ўқиймиз, инсерт, мунозара.</i>
<i>Ўқитиш воситалари</i>	<i>Маъруза матни, ўқув қўлланмаси, жадваллар, доска. Компьютер мультимедия дарсликлари, атлас.</i>
<i>Ўқитиш шакли</i>	<i>Билимларни чуқурлаштириш ва кенгайтириш, индивидуал ва гуруҳ, буйича ўқитиш.</i>
<i>Ўқитиш шароитлари</i>	<i>Мавзуга мос жиҳозланган аудитория (слайдлар, ва ҳ.к.).</i>

Амалий машғулотининг технологик картаси (6-машғулот)

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (15 мин)	1.1. Мавзуни, мақсад ва режадаги ўқув натижаларини эълон қилади, уларнинг аҳамиятини ва долзарблигини асослайди. Машғулот ҳамкорликда ишлаш технологиясини қўллаган ҳолда утишни маълум қилади. 1.2. Блиц-сўров ўтказади ва аудиториянинг тайёргарлик даражасини аниқдайди: Юрак туғма нуқсонларининг қайси турларини биласиз? Уларнинг гемодинамикаси, клиникаси, диагностикаси ва даволаш усуллариغا изоҳ беринг? Мазмунининг муҳокамаси гуруҳларда давом этишини эълон қилади.	1.1. Мавзуни ёзади ва саволларга жавоб беради.

2-босқич Асосий (150 мин)	2.1. Талабаларни 4гуруҳга булади, ҳар бирига вазифа беради. Кутилаётган ўқув натижаларини эслатади. 2.2. Вазифани бажаришда ўқув материаллари (маъруза матни, ўқув қўлланма)дан фойдаланиш мумкинлигини эслатади. Гуруҳларда иш бошлашни таклиф этади. 2.3. Тайёрланган тақдимотни намойиш этади. 2.4. Талабалар жавобини шарҳлайди, хулосаларга эътибор беради ва аниқлик киритади. 2.5. Инсерт усулида топшириқни тайёрлашни таклиф этади.	2.1. Ўқув натижаларини тақдим қиладилар. 2.2. Саволлар берадилар. Тўлдирадилар. 2.3. Топшириқни тайёрлайдилар.
3-босқич Якуний (15 мин)	3.1. Машғулотни якунлайди, талабаларни баҳолайди ва фаол иштирокчиларни рағбатлантиради. 3.2. Мустақил иш сифатида тест беради.	3.1. Эшитадилар. 3.2. Топшириқни оладилар.

1-илова.

«Ақлий ҳужум» методининг асосий қоидалари:

- Олға сурилган фикр ва ғоялар танқид остига олинмайди ва баҳоланмайди;
- Таклиф қилинаётган фикр ва ғоялар қанчалик фантастик ва антиқа бўлса ҳам, уни баҳолашдан ўзингизни тийинг!
- Танқид қилманг – ҳамма билдирилган фикрлар бир хилда бебаходир.
- Фикр билдирилаётганда бўлманг!
- Мақсад – фикр ва ғоялар сонини кўпайтириш.
- Қанчалик кўп фикр ва ғоялар билдирилса, шунчалик яхши. Янги ва бебаҳо фикр ва ғоянинг вужудга келиш эҳтимоли пайдо бўлади.
- Агар фикрлар қайтарилса асабийлашманг ва ҳайрон бўлманг.
- Бу муаммо фақатгина маълум усуллар ёрдамидагина ҳал бўлиши мумкин, деб ўйламанг.
- Фикрлар «ҳужуми»ни ўтказиш вақти аниқланади ва унга қатъиян риоя қилиниши шарт.
- Берилган саволга қисқача (1-2 сўзлар иборат) жавоб берилади.

2 - илова.

Гуруҳ билан ишлаш қоидалари

Гуруҳнинг ҳар бир аъзоси:

- ўз шерикларининг фикрларини ҳурмат қилишлари лозим;
- берилган топшириқлар бўйича фаол, ҳамкорликда ва масъулият билан ишлашлари лозим;
- ўзларига ёрдам керак бўлганда сўрашлари мумкин;
- ёрдам сўраганларга кўмак беришлари лозим;
- гуруҳни баҳолаш жараёнида иштирок этишлари лозим;
- “Биз бир кемадамыз, бирга чўкамиз ёки бирга қутиламиз” қоидасини яхши билишлари лозим.

ЭССЕ

Эссе – таклиф этилган мавзуга 1000 дан 5000 гача сўз ҳажмидаги иншо.

Эссе – бу муаллифнинг шахсий нуқтаи назарини ёзма равишда эркин ифода этиш шакли; қандайдир предмет бўйича умумий ёки дастлабки дунёқарашни ўз ичига олади.

Беш дақиқалик эссе

Беш дақиқали эссе – ўрганилаётган мавзу бўйича олинган билимларни умумлаштириш, мушоҳада қилиш мақсадида ўқув машғулотида

4 - илова.

Инсерт – самарали ўқиш ва фикрлаш учун белгилашнинг интерфаол тизими ҳисобланиб, мустақил ўқиб-урганишда ёрдам беради. Бунда маъруза мавзулари, китоб ва бошқд материаллар олдиндан талабага вазифа қилиб бериледи. Уни ўқиб чиқиб, «V; +; –; ?» белгилари орқали ўз фикрини ифодалайди.

Матнни белгилаш тизими

“√” - мен билган нарсани тасдиқлайди.

“+” - янги маълумот.

“–” - мен билган нарсага зид.

“?” - мени уйлантирди. Менга қушимча маълумот зарур.

5 - илова.

Б.Б.Б. усули

Талабаларга мавзуга доир иборалар таклиф этилади, талабалар шу иборалардан билганларини «+» билан, билмаганларини «-» билан белгилайди ва жадвалга фиксация қилинади.

6 – илова.

Кластер.

19. Катта коғоз марказига темага доир калит суз ёзилади.

20. Катнашчилар калит сузининг атрофига «йулдош» сузлар ёзилади.

21. Катнашчилар фикрига кура шу калит сузига тегишли булган сузлар ёки таклифлари ёзилади.

7-мавзу	Орттирилган юрак нуқсонлари классификацияси, этиологияси, гемодинамикаси, клиникаси, диагностикаси, дифференциал диагностикаси, давоси, реабилитацияси.

7.Маъруза машғулотининг ўқитиш технологияси

Вакти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	1. Орттирилган юрак нуқсонлари ҳақида тушунча; 2. Классификацияси; 3. Гемодинамикаси билан таништириш; 4. Клиник кечишини; 5. Инвазив ва ноинвазив текшириш усуллари; 6. Замонавий даволаш усуллари.
Маъруза мақсади: Талабаларни орттирилган юрак нуқсонлари билан таништириш. Бу касалликларнинг гемодинамикаси, клиник кечиши, симптоматикаси тўғрисидаги билимларни чуқурлаштириш ва умумий даволаш усуллари қўллай билишни ўргатиш.	

Педагогик вазифалар: - Орттирилган юрак нуқсонлари ҳақида тушунча бериш; - Бу касалликлар гемодинамикаси билан таништириш; - туғма юрак нуқсони клиник кечишини ўргатиш; - диагностика усуллари тўғри бажаришни, даволаш усуллари тўғри танлашни ўргатиш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: - Орттирилган юрак нуқсонлари ҳақида тушунча олади; - Бу касалликлар гемодинамикасини юрак нормал гемодинамикасидан ажратади; - Орттирилган юрак нуқсонлари клиник кечишини ўрганади; - Диагностика усуллари тўғри бажаришни, даволаш усуллари тўғри танлашни ўрганади.
Ўқитиш услуби ва техникаси	Визуал маъруза, муаммоли ҳолатни ечиш, блиц - сўров, баён қилиш, синквейн, концептуал жадвал
Ўқитиш воситалари	Маърузалар матни, мультимедия, таркатма материаллар, график органайзерлар, доска, бўр.
Ўқитиш шакли	Индивидуал, фронтал, умумжамоа ва жуфтликда ишлаш.
Ўқитиш шарт-шароити	Мультимедия, компьютер билан жихозланган аудитория

Маъруза машғулотининг технологик картаси (7-машғулот)

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (5 мин.)	1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотида қўйилаётган натижалар маълум қилинади. 1.2. Режа ва муаммоли ҳолатларни ифодаловчи саволларни экранга чиқаради	1.1. Эшитади, куради ва ёзиб олади. 1.2. Эътибор берадилар
2-босқич. Билимларни фаоллаштириш (5 мин)	2.1. Асосий категория ва тушунчаларни ҳамда маъруза охирида ечиладиган масалаларни намоён этилади. 2.2. Ўқув фаолияти баҳолаш мезонлари маълум қилади.	2.1. Аниқлик киритадилар. Саволлар беради.

3-босқич. Асосий (70 мин.)	3.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниклаш учун қўйидаги саволни ўртага ташлайди. - Айтингчи, орттирилган юрак нуқсонларининг қандай турларини биласиз? Ана шу савол бўйича билимларни мустаҳкамлаш учун «Синквейн» усулидан фойдаланган ҳолда ҳар бир юрак нуқсонларига тушунча беради. 3.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишида давом этади. Кардиохирургиянинг ҳозирги пайтдаги долзарб муоммолари ҳақида гапиради. Юрак нуқсонларининг патофизиологияси, клиникаси ва замонавий даволаш усуллари ҳақида гапиради. 3.3. Орттирилган юрак нуқсонларини ўрганишида ўз ҳиссаларини қўшган олимларининг ишлари тўғрисидаги тўхталиб ўтилади. 3.4. Талабаларга мавзунинг асосий тушунчаларига эътибор қилишни ва ёзиб олишларини таъкидлайди.	3.1. Туғма юрак нуқсонларини айтади. Эшитади, кўради. Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 3.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади. 3.3. Эслаб қолади, ёзади. Ҳар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади. Таърифни ёзиб олади, мисоллар келтиради.
4-босқич. Якуний (10 мин.)	4.1. Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади. Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. 4.2. Мустақил ишлаш ва назарий билимларни мустаҳкамлаш учун саволларни беради: Митрал стеноз, митрал етишмовчилик, аортал стеноз, аортал етишмовчилик мисолида «Синквейн» ёрдамида таъриф беришни топширади.	4.1. Эшитади, кўради, аниқлаштиради. 4.2. Топширикни ёзиб олади.

ОРТТИРИЛГАН ЮРАК НУҚСОНЛАРИ

Митрал клапан стенози

Митрал тешикнинг торайиши, қонни чап бўлмачадан хайдаш учун тўсиқ бўлиб ҳисобланади. Бунинг ҳисобига, чап бўлмачада босим ортади, бу ўпка томирларида ва ўнг қоринчада босимнинг ошишига олиб келади. Ўнг қоринчага талайгина оғирлик тушиши уч тавақали клапаннинг нисбий етишмовчилигига, катта қон айланиши веноз қисмида қоннинг димланишига, жигар шишига ва бошқа турдаги шишларнинг ривожланишига олиб келади.

Клиникаси ва диагностикаси. Митрал стеноз ривожланишининг бошланғич илк даврида, унинг тўлиқ компенсациясида одатда шикоятлар бўлмайди. Жараён авж олиб борганида: нафас қисиши, беҳоллик, тез чарчаб қолиш, юрак астмаси хуружлари, тахикардия, юрак соҳасида оғриқ, бош айланиши, хушдан кетиш юзага келади. Қон туфлаш митрал стенозга хос белгилардан бири ҳисобланади.

Кўздан кечиришда беморнинг рангпар юзида ўзига хос қизиллик, бурун учи, лабларда, кулоқ супрасида, қўл бармоқларидаги цианоз ўзига диққатни тортади. Юрак чўққиси соҳасида кўкрак қафасининг диастолик титраши аниқланади. Аускультацияда диастолик шовқин, биринчи ва иккинчи тонда ўзгаришлар сезилади, бу уч оҳангли «бедана ритми» оҳангини вужудга келтиради. ЭКГда одатда, юрак ўқи ўнгга силжиган бўлади.

Фонокардиография баланд I тонни, юрак чўққиси устида диастолик шовқинни, ўпка артериясида II тон акцентини, митрал “чертки”ни қайд қилади. Рентгенограммаларда юрак

“бели”нинг текисланганлиги, чап бўлмача ва ўнг қоринчанинг кўндалангига катталашгани, ўпка артериясининг бўртиб чиққанлиги кўринади. Юракни зондлашда торайиш даражаси аниқланади.

Даволаш. Даво усулини танлаш бемор ахволининг оғир-енгиллигига, гемодинамиканинг бузилиши даражасига, ревматик жараённинг кечиш босқичига боғлиқ.

Ревматик жараён суст кечаётганда уни стационарда ва давомли антиревматик даволаш ёрдамида бартараф этишнинг иложи бўлмаганда жарроҳлик амалиётини бажаришга тўғри келади. Бемор ахволининг оғир-енгиллигига кўра юрак нуқсонларининг беш босқичи фарқ қилинади:

I босқич - симптомларсиз, жарроҳлик амалиёти бажарилмайди.

II босқич - бузилишлар жисмоний ҳаракатда пайдо бўлади. Жарроҳлик амалиёти жараён авж олишини тўхтатади ва яхши натижалар беради.

III босқич - бузилишлар тинч турганда ҳам юзага келади, одатдаги ҳаракатда орта боради. Жарроҳлик амалиётини бажариш учун қулай фурсат ўтган, бироқ уни қилиш зарур бўлади.

IV босқич - паренхиматоз аъзоларда ва юракда дегенератив ўзгаришлар бўлади. Жарроҳлик амалиётини бажариш муаммога айланади.

Тавақаларда рўй-рост фибриноз ўзгаришлар бўлмаганда ва митрал клапан кальцинозида ёпик комиссуротомия, асоратланган ҳолларда клапанни протезлаш бажарилади.

Митрал клапан етишмовчилиги.

Митрал клапан тавақаларининг нотўлиқ ёпилиши систола вақтида қоннинг қоринчадан бўлмачага қайта оқиб келишига сабаб бўлади. Чап қоринча катта миқдордаги қонни доимо итариб туришга мажбур бўлади. Унинг вазифаси ортади, унда гипертрофия ва дилатация ривожланади.

Клиникаси ва диагностикаси. Нуқсоннинг бу тури компенсациясида беморлар ўзларини қониқарли ҳис қиладилар, лабларда цианоз кузатилиши мумкин. Чап қоринчанинг қисқариш хусусияти пасайиб кетганда нафас қисиши, юрак уришидан шикоятлар бўлади. Кейинчалик юрак астмаси хуружлари қўшилиши мумкин.

Кўздан кечиришда юрак турткиси 3-4 см гача ошган, чапга силжиган. Аускультацияда систолик шовқин, ўпка артерияси устида II тон акценти қайд қилинади. Қизилўнгачни контрастлаб рентгенологик текширишда чап қоринча ва бўлмачанинг катталашуви аниқланади. Рентгеноконтраст текшириш чап қоринчадан бўлмаган қон регургитацияси ҳажмини, митрал тешик майдонини, юрак бўшлиқлари ва ўпка артериясидаги босимни аниқлашга имкон беради.

Даволаш митрал стеноз босқичидаги каби. Касалликнинг ривожланиш босқичи ва митрал етишмовчилик даражаси аниқланади. Касалликнинг I босқичидаги беморларга жарроҳлик амалиёти бажарилмайди. Жарроҳлик амалиёти II ва III босқичларда ўтказилади. IV босқичда беморлар жарроҳлик амалиётини кўтара олмайдилар, V босқичда жарроҳлик амалиёти бажариш мумкин эмас. Митрал етишмовчилиكنинг асоратланмаган турларида клапанда реконструктив амалиётлар бажарилади. Кальциноз ва фиброз бўлганда клапан протез билан алмаштирилиши керак.

АОРТАЛ ЮРАК НУКСОНЛАРИ

Аортал клапан стенози, етишмовчилиги, қўшма зарарланишлари фарқ қилинади.

Беморлар нафас сиқиши, стенокардияга ҳос оғрик, юрак уриши, унинг гоҳ уриб, гоҳ тўхтаб қолгандек бўлиши, бош айланиши, ҳушдан кетиб туришдан шикоят қиладилар. Кўздан кечирилганда пастга ва чапга силжиган юракнинг юқорига кўтарилиб турадиган чўкки турткиси аниқланади. Аортал клапан етишмовчилигида ҳамма артериялар пульсацияси кучайиши, диастолик босимнинг кескин пасайгани ҳолда систолик босимнинг ошиши қайд қилинади. Аортал стенозда аортал клапан проекциясида дағал систолик шовқин эшитилади. Клапан етишмовчилигида II тондан кейин бирданига келадиган диастолик шовқин эшитилади. Рентгенологик жиҳатдан юрак ўлчамларининг чап қоринча, юқорига кўтариладиган аорта ва унинг равоғи ҳисобига катталашуви аниқланади. Юрак “бели” яхши ифодаланган. Юрак бўшлиқларини катетеризация қилиш стеноз ёки клапан етишмовчилиги даражасини аниқлаш имконини беради.

Даволаш. Касалликнинг II - III босқичидаги беморлар жарроҳлик усулида даво қилинишлари керак. Алоҳида стенозда жарроҳлик амалиёти чап қоринчада ва аортада босим градиенти 30 мм дан ошганда қилиниши керак. Клапандаги кучсиз ўзгаришларда клапан сақлаб қолинадиган жарроҳлик амалиётларини бажариш лозим. Қопқоқлар кучли ўзгаришга учраганда - аортал клапан протезланади.

Перикардитлар

Перикардит - перикарднинг висцерал ва париетал varaқларини яллиғланишидир. Бирламчи перикардитлар ва кўкрак қафаси аъзолари касалликларининг оқибати сифатида пайдо бўладиган иккиламчи перикардитлар фарқланади. Перикардитлар клиник кечиши бўйича ўткир ва сурункали турларга бўлинади.

Ўткир перикардитлар. Аъзоларнинг оғир яллиғланиши касалликла-рида ёки сепсисда пайдо бўладиган иккиламчи перикардитлар кўпроқ учратилади. Баъзида эса, ўткир перикардитга жароҳатлар, ревматизм, сил касалликлари сабабчи бўлади.

Фибриноз (курук) перикардит перикарднинг висцерал ва париетал varaқларида фибрин толаларининг йиғилиши билан таърифланади.

Касалликнинг асосий белгилари - юрак соҳасидаги санчийдиган ва кескин оғриқлар бўлиб, улар чуқур нафас олганда ва йўталда кучаяди, тахикардия, нафас олишнинг тезлашуви, тана ҳароратининг қисқа фурсатга кўтарилиши ҳисобланади. Аускультацияда дағал хусусиятга эга бўлган перикард ишқаланиши шовқини аниқланади, у юрак қисқаришлари билан синхрон равишда эшитилади, олдинга энгашилганда кучайиб, нафасни тутиб турилганда йўқолмайди.

ЭКГда миокард субэндокардиал қаватида қон айланиши бузилганидан далолат берадиган ўзгаришлар қайд қилинади.

Сероз перикардит. Перикард бўшлиғида яллиғланиш характеридаги сероз ёки сероз-фибриноз суюқлик йиғилишидир.

Асосий симптомлари: тўш орқасида кучли оғриқлар, улар орқага ва елка устига ўтади, нафас сиқилади. Атрофдаги аъзоларнинг перикардиал экссудатдан сиқилиши сабабли ютиш қийинлашади, ҳикичоқ тутади, овоз бўғилади. Текшириб кўрилганда чўққи турткиси заифлашган, юрак чегаралари кенгайган, юрак тонлари бўғиқ эшитилади.

Рентгенологик текширишда юрак соясининг кенгайганлиги, пульсация пасайганлиги қайд этилади. ЭКГ да асосий тишчаларнинг пасайиши аниқланади. Перикард бўшлиғида экссудат тез йиғилганда юрак тампонадаси ривожланиши мумкин, у ошиб борадиган тахикардия, артериал босимнинг пасайиши, цианоз, ўпка шиши ривожланиши билан намоён бўлади.

Йирингли перикардит. Перикардда йирингли суюқлик йиғилиши билан таърифланади. Клиник манзараси сероз перикардитдаги сингари, бироқ касаллик бирмунча оғирроқ кечади. Интоксикация симптомлари - гектик ҳарорат, эт увишиши, кўплаб терлаш устунлик қилади. Перикард пункция қилинганда йирингли суюқлик олинади.

Даволаш. Консерватив даво - антибиотиклар, аналгетиклар, дезинтоксикацион, витаминлар, иммунитетни кўтарувчи дорилар ишлатишни кўзда тутади.

Перикардда суюқлик бўлганда бир мартаба ёки такрорий пункциялар қилиш тавсия этилади. Йирингли суюқлик бўлганда перикардга микродренаж ўрнатилиб, унинг бўшлиғи антисептик эритмалар, ферментатив препаратлар билан ювилади.

Суюқликли сурункали перикардит. Касалликнинг асосий сабабчиси - ревматизм. Перикард париетал varaғининг кескин қалинлашуви, унинг бириктирувчи тўқимасининг ўзгариши, перикард бўшлиғида кўп миқдорда суюқлик йиғилиши билан ўтади.

Клиникаси ва диагностикаси. Беморлар нафас қисиши, юрак соҳасида санчикли оғриқ, юрак уриши хуружларидан шикоят қиладилар. Кўздан кечирилганда цианоз, юз ва бўйин, қўлларнинг ўртача шишиши қайд қилинади. Юрак чўққисида туртки бўлмайди, юрак чегаралари кенгайган, унинг тонлари бўғиқ, артериал босим пасайган, веноз босим ошган бўлади.

Рентгенологик текширилганда юрак чегараларининг анчагина кенгайган-лиги, юрак қисқаришлари амплитудаси пасайганлиги маълум бўлади. ЭКГ да асосий тишчалар вольтажи пасайган бўлади.

Даволаш – жарроҳлик усулида. Перикардэктомия - перикард париетал varaғини кенг қўламда резекцияси амалиёти бажарилади.

Босиб турадиган перикардит. Асосий сабаби - сил, камроқ ревматизм, носпецифик инфекция, жароҳатлардир. Сурункали яллиғланиш жараёни фиброз ўзгаришга, перикард париетал ва висцерал varaқларининг қалинлашувига олиб келади, улар қўшилиб кетади, аксарият ҳолларда улар кальцификацияга учрайди. Юрак халтаси бўшлиғи облитерацияга учрайди. Буларнинг ҳаммаси юрак ишини қийинлаштиради, унинг эзилиб қолишига ва томирларининг буралишига олиб келади.

Клиникаси ва диагностикаси. Беморларни нафас қисиши, юрак соҳасида босилиш сезгиси, умумий беҳоллик безовта қилади. Юз цианози, рангпарлик, гавда ва оёқларда шиш, жигар ўлчамларининг катталашуви, унда димланиш ходисалари қайд этилади. Аускультацияда юрак тонлари бўғиқ. Юрак чегаралари нормада ёки торайган. Артериал босим пасайган, веноз босим кўтарилган. Рентгенологик жиҳатдан юрак сояси контурлари деформацияланган, юрак қисқаришлари амплитудаси камайган, айрим қисмлари ҳаракатсиз. ЭКГда ҳамма усулларда вольтаж пасайиши кузатилади.

Ультратовуш билан сканерлашда турли қалинликдаги перикардиал битишмалар, оҳак билан

Вакти - 4 соат	Талабалар сони: 8-10 нафар
Ўқув машғулоти шакли	Билимларни чуқурлаштириш, кенгайтириш ва амалда
Ўқув машғулоти режаси	1. Орттирилган нуқсонлари ҳақида тушунча. 2. Классификацияси. 3. Гемодинамикаси. 4. Клиникаси. 5. Диагностикаси. 6. Дифференциал диагностикаси. 7. Замонавий даволаш усуллари.
Ўқув машғулотининг мақсади: Бу семинар машғулоти жараёнида саволлар ва муаммолар борасида суҳбат ўтказилади. Бу дарсда “аклий ҳужум” усулини ҳам қўллаш мумкин. Шунингдек, тест ва масалалар ечиш мумкин.	
Педагогик вазифалар: - мавзу буйича билимларни тизимлаштириш, мустаҳкамлаш. - дарслик билан ишлаш куникмаларини ҳосил қилиш; - янги ахборотларни таҳлил қилиш кўникмаларини ривожлантириш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талба: - Орттирилган юрак нуқсонлари ҳақида тушунча беради. - Классификациясини билган ҳолда тўғри диагноз қўйишни ўрганади. - Гемодинамикаси ёритиб беради. - Клиник кечишини таърифлаб беради. - Замонавий инвазив ва ноинвазив текшириш усуллари ҳақида гапиради. - Юрак орттирилган нуқсонларини бир-биридан ва тағма юрак нуқсонларидан ажратишни ифодалаб беради.
Ўқитиш услуби ва техникаси	<i>Блиц-суров, биргаликда ўқиймиз, инсерт, мунозара.</i>
Ўқитиш воситалари	<i>Маъруза матни, ўқув қўлланмаси, жадваллар, доска. Компьютер мультимедия дарсликлари, атлас.</i>
Ўқитиш шакли	<i>Билимларни чуқурлаштириш ва кенгайтириш, индивидуал ва гуруҳ, буйича ўқитиш.</i>
Ўқитиш шароитлари	<i>Мавзуга мос жиҳозланган аудитория (слайдлар, ва ҳ.к.).</i>

қопланган қисмлар топилади.

Даволаш – жарроҳлик усулида. Амалиёт ўзгарган перикардни радикал кесиб олиб ташлашдан иборат.

МАРУЗА СЛАЙДЛАРИ



Семинар машғулотининг ўқитиш технологияси

Амалий машғулотининг технологик картаси (7-машғулот)

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (15 мин)	1.1. Мавзуни, мақсад ва режадаги ўқув натижаларини эълон қилади, уларнинг ахамиятини ва долзарблигини асослайди. Машғулот хамкорликда ишлаш технологиясини куллаган холда утишни маълум қилади. 1.2. Блиц-сўров ўтказди ва аудиториянинг тайёргарлик даражасини аниқдайди: Юрак орттирилган нуксонларининг қайси турларини биласиз? Уларнинг гемодинамикаси, клиникаси, диагностикаси ва даволаш усулларига изоҳ беринг? Мазмунининг муҳокамаси гуруҳларда давом этишини эълон қилади.	1.1. Мавзуни ёзади ва саволларга жавоб беради. А

2-боскич Асосий (150 мин)	2.1. Талабаларни 4гуруҳга булади, ҳар бирига вазифа беради. Кутилаётган ўқув натижаларини эслатади. 2.2. Вазифани бажаришда ўқув материаллари (маъруза матни, ўқув қўлланма)дан фойдаланиш мумкинлигини эслатади. Гуруҳларда иш бошлашни таклиф этади. 2.3. Тайёрланган тақдиротни намойиш этади. 2.4. Талабалар жавобини шарҳлайди, хулосаларга эътибор беради ва аниқлик киритади. 2.5. Инсерт усулида топшириқни тайёрлашни таклиф этади.	2.1. Ўқув натижаларини тақдим қиладилар. 2.2. Саволлар берадилар. Тўлдирадилар. 2.3. Топшириқни тайёрлайдилар.
3-боскич Якуний (15 мин)	3.1. Машғулоти якунлайди, талабаларни баҳолайди ва фаол иштирокчиларни рағбатлантиради. 3.2. Мустақил иш сифатида тест беради.	3.1. Эшитадилар. 3.2 Топшириқни оладилар.

1-илова.

«Ақлий ҳужум» методининг асосий қоидалари:

- Олға сурилган фикр ва ғоялар танқид остига олинмайди ва баҳоланмайди;
- Таклиф қилинаётган фикр ва ғоялар қанчалик фантастик ва антиқа бўлса ҳам, уни баҳолашдан ўзингизни тийинг!
- Танқид қилманг – ҳамма билдирилган фикрлар бир хилда бебаҳодир.
- Фикр билдирилаётганда бўлманг!
- Мақсад – фикр ва ғоялар сонини кўпайтириш.
- Қанчалик кўп фикр ва ғоялар билдирилса, шунчалик яхши. Янги ва бебаҳо фикр ва ғоянинг вужудга келиш эҳтимоли пайдо бўлади.
- Агар фикрлар қайтарилса асабийлашманг ва ҳайрон бўлманг.
- Бу муаммо фақатгина маълум усуллар ёрдамидагина ҳал бўлиши мумкин, деб ўйламанг.
- Фикрлар «ҳужуми»ни ўтказиш вақти аниқланади ва унга қатъиян риоя қилиниши шарт.

2 - илова.

Гуруҳ билан ишлаш қоидалари

Гуруҳнинг ҳар бир аъзоси:

- ўз шерикларининг фикрларини ҳурмат қилишлари лозим;
- берилган топшириқлар бўйича фаол, ҳамкорликда ва масъулият билан ишлашлари лозим;
- ўзларига ёрдам керак бўлганда сўрашлари мумкин;
- ёрдам сўраганларга кўмак беришлари лозим;
- гуруҳни баҳолаш жараёнида иштирок этишлари лозим;
- “Биз бир кемадамиз, бирга чўкамиз ёки бирга қутиламиз” қоидасини яхши билишлари лозим.

ЭССЕ

Эссе – таклиф этилган мавзуга 1000 дан 5000 гача сўз ҳажмидаги иншо.

Эссе – бу муаллифнинг шахсий нуктаи назарини ёзма равишда эркин ифода этиш шакли; қандайдир предмет бўйича умумий ёки дастлабки дунёқарашни ўз ичига олади.

Беш дақиқалик эссе

Беш дақиқали эссе – ўрганилаётган мавзу бўйича олинган билимларни умумлаштириш, мушоҳада қилиш мақсадида ўқув машғулотида

4 - илова.

Инсерт – самарали ўқиш ва фикрлаш учун белгилашнинг интерфаол тизими ҳисобланиб, мустиқил ўқиб-урганишда ёрдам беради. Бунда маъруза мавзулари, китоб ва бошқд материаллар олдиндан талабага вазифа қилиб берилади. Уни ўқиб чиқиб, «V; +; –; ?» белгилари орқали ўз фикрини ифодалайди.

Матнни белгилаш тизими

“v” - мен билган нарсани тасдиқдайди.

“+” - янги маълумот.

“–” - мен билган нарсага зид.

“?” - мени уйлантирди. Менга қушимча маълумот зарур.

5 - илова.

Б.Б.Б. усули

Талабаларга мавзуга доир иборалар таклиф этилади, талабалар шу иборалардан билганларини «+» билан, билмаганларини «-» билан белгилайди ва жадвалга фиксация қилинади.

6 – илова.

Кластер.

22. Катта коғоз марказига темага доир калит суз ёзилади.

23. Катнашчилар калит сузининг атрофига «йулдош» сузлар ёзилади.

24. Катнашчилар фикрига кура шу калит сузига тегишли булган сузлар ёки таклифлари ёзилади.

8-мавзу	Постгастрорезекцион синдром этиологияси, патогенези, классификацияси, клиникаси, диагностикаси, давоси, реабилитацияси.

8. Маъруза машғулотининг ўқитиш технологияси

Вакти – 2 соат	Талабалар сони: 18 - 36 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Ахборот, визуал маъруза, биргаликда ўқиш усули ва “Б.Б.Б” жадвали график органайзеридан фойдаланган ҳолда.
Маъруза машғулотининг режаси	1. Операция қилинган меъда касалликлари ҳақида тушунча; 2. Постгастрорезекцион синдром этиологияси; 3. Патогенези; 4. Классификацияси; 5. Клиник кечишини; 6. Текшириш усуллари; 7. Дифференциал диагностикаси; 8. Замонавий даволаш усуллари.
Маъруза мақсади: Талабаларни постгастрорезекцион синдром билан таништириш. Бу касалликларнинг этиологияси, патогенези, классификацияси, клиник кечиши, симптоматикаси тўғрисидаги билимларни чуқурлаштириш ва умумий даволаш усуллари кўллаш билишни ўргатиш.	

Педагогик вазифалар: - Постгастрорезекцион синдром ҳақида тушунча бериш; - Бу касалликлар этиологияси, патогенези билан таништириш; - Шалимов С.А. бўйича операция қилинган меъда касалликлари классификацияси билан таништириш; - Касаллик симптоматикаси ёритиб бериш; - диагностика усуллари тўғри бажаришни, даволаш усуллари тўғри танлашни ўргатиш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: - Постгастрорезекцион синдромлар тўғрисида тушунча олади; - Бу касалликлар этиологияси, патогенези билан танишади; - Шалимов С.А. бўйича операция қилинган меъда касалликлари классификациясини ўрганишади; - Касаллик симптоматикаси ёритиб беришади; - диагностика усуллари тўғри бажаришни, даволаш усуллари тўғри танлашни ўрганишади.
Ўқитиш услуби ва техникаси	Визуал маъруза, инсерт, блиц-сўров, презентация, аниқ ҳолатларни ечиш, “Б.Б.Б”.
Ўқитиш воситалари	Маърузалар матни, мультимедия, тарқатма материаллар, график органайзерлар, доска, бўр.
Ўқитиш шакли	Индивидуал, фронтал, умумжамоа ва жуфтликда ишлаш.
Ўқитиш шарт-шароити	Мультимедия, компьютер билан жихозланган аудитория

Маъруза машғулотининг технологик картаси (8-машғулот)

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.)	<i>1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотидан кутилаётган натижалар маълум қилинади. Мазкур машғулот муоммоли тарзда ўтишни эълон қилади.</i>	1.1. Эшитади, куради ва ёзиб олади.

2-босқич. Асосий (70 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини режадаги саволлар ва улардаги тушунчаларга қаратади. Блиц-сўров ўтказади. 2.2. Билимларни янада аниқлаштириш мақсадида Б.Б.Б. жадвалини дафтарга чизишни таклиф этади (1-илова). Доскага чиқаради. 2.3 . Муаммоли саволларни ўртага ташлайди ва уларни биргаликда ўқишга чорлайди: 1. Меъда резекциясидан кейин келиб чиқадиган қандай касалликларни биласиз? 2. Постваготомик синдромларнинг қайси бирини биласиз? Бу саволларга жавоб бериш учун аввал меъда нормал анатомияси, физиологияси, меъда резекция усуллари ва ваготомия усуллари эслатади. 2.4. Муаммони ҳал қилиш учун қўйидаги саволларга аниқлик киритади. 1. Гофмейстер-Финстерер модификациясида меъда резекциясининг камчилиги нимада? 2. Нойбер-Малхасян модификациясида меъда резекциясининг афзаллиги нимада? 3. Демпинг синдром келиб чиқишининг асосий сабаби нимада? 4. Демпинг синдроми даражалари қайси критерияларга қараб ажотилади? 2.5. Демпинг синдромини оператив даволашдан мақсад нима?деган саволни ўртага ташлайди. Постгастрорезекцион синдромларнинг функционал ва органик турларини даволашнинг стандарт схемасини намойиш этади.	2.1. Талабалар жавоб берадилар, дафтарларига чизадилар, жадвалнинг 1 ва 2 устунларини тўлдирадилар. 2.2. Муаммога эътиборни қаратадилар ва ёзиб оладилар. 2.3. Ёзиб оладилар ва ўз билимлари билан солиштирадилар. 2.4. Муаммо юзасидан ўз ечимларини таклиф қиладилар. Мунозара қиладилар. Жавоб берадилар. 2.5. Оптимал ечимлар юзасидан таклифлар берадилар. Б.Б.Б. жадвалининг 5-устунини тўлдирадилар.
3-босқич. Якуний (10 мин.)	3.1. Мавзуга хулоса қилади. 3.2. Режадаги натижаларга эришишда фаол иштирокчиларни рағбатлантиради. 3.3. Мустақил иш учун вазифа беради. “Операция қилинган меъда касалликлари” мавзусида эссе ёзишни топширади.	Эшитадилар, ўзларини тўғрилайдилар. Ёзиб оладилар.

Диагностик ва даволаш усуллари

Меъда шираси анализи. Текширув наҳорда ўтказилади. Меъда ингичка зонд билан зондланади ва йиғилган суюқлик аспирация қилинади. Сўнгра 1 соат мобайнида суюқликни доимий аспирация қилиб, кислотанинг базал ишланиши текширилади. Кислотанинг базал ишланиши кўрсаткичлари бўйича вагус тонуси ва унинг секретор аппаратга таъсири тўғрисида билвосита хулоса чиқариш мумкин.

Максимал гистамин (пентагастрин) тести — секрецияни ўрганишнинг энг аҳамиятли усуллари: меъда ширасининг ажралиши бўйича шиллиқ парда патоморфологияси ҳолатига баҳо бериш мумкин. Гистаминнинг қўшимча таъсири бўлиши мумкинлигини ҳисобга олиб, олдиндан антигистамин препаратлар юборилади. Меъда суюқлиги 1 соат ичида (0,024 мг/кг дозада гистамин юборилгандан кейин 30 минут ўтгач) аспирация қилинади. Секреция ҳажми, умумий кислоталик ва озод хлорид кислота титрлаш бирликларида, хлорид кислота дебети ммоль/соат ҳисобида қуйидаги формула бўйича аниқланади:

$\text{НС1 дебети} = \text{меъда шираси ҳажми(мл)} \times \text{НС1 титр бирлиги} \times 1000$

Максимал гистамин (пентагастрин) тестларининг қуйидаги норматавлари фарқ қилинади: соатлик ажралиши – соатига 180 - 220 мл; кислотанинг базал ишланиши –соатига 18 - 20 ммоль;

ёши улғайган ва кекса одамлар учун улар бирмунча паст - соатига 15 - 20 ммоль. Нормада базал секреция кўрсаткичлари: соатлик ажралиши - соатига 50 - 100 мл; кислотанинг базал ишланиши - соатига 4,5—5,5 ммоль.

Меъда ярасида секреция кўрсаткичлари нормоцид ёки гипоацид, 12- бармоқли ичак ярасида - гиперацид (соатига 40 - 45 ммольгача), секрециянинг бирмунча юқори кўрсаткичларида (гиперсекреторлар) Золлингер - Эллисон синдроми бўлиши мумкинлиги ҳақида ўйлаш лозим (бундай ҳолларда зардоб гастринини ўрганиш зарур).

Холландер инсулин тестини қўлланишда 10 кг тана оғирлигига 2 ТБ ҳисобидан венага инсулин юборилади, унда меъда ширасини 2 соат ичида йиғилади (ҳар 15 минутда 8 порция). Тест қондаги қанд миқдорини назорат қилган ҳолда ўтказилади. Бу тестни қўлланиш адашган нервнинг меъда секрециясига таъсирини тадқиқ қилиш имконини беради. Бироқ, у Кей тестига қараганда кам маълумот беради, уни ҳозирги вақтда ҳам қўлланилади. Ёши улғайган ва кекса одамларда меъда секрециясини текиришда Кей тести билан чегараланиш лозим.

Радиотелеметрия ва рН-метрия. Биринчи усулда меъдага рН муҳити ўзгаришини қайд қиладиган митти капсула - радиоузатгич ўрнатилади, у маълумотни қабул қилиб қайд этадиган мосламага узатади ва лентага эгри чизик кўринишида ёзилади.

Бернар зонди (1968) билан рН ни интрагастрал аниқлаш усули ҳам бор. Бу усул беморлар учун оғирроқ бўлсада, бироқ рН ни танада ҳам, антрал бўлимда ҳам бирданига аниқлашга имкон беради.

Аспирацион усул билан меъда ширасида рН ни аниқлаш ўртасидаги муҳим фарқ шундаки, биринчи ҳолда НС1 текширилади, иккинчисининг ёрдамида эса рН нинг ҳақиқий қийматлари бевосита меъда деворида унинг турли бўлимларида бир вақтнинг ўзида аниқланади. Бу усуллар бир-бирига рақобатчи эмас, балки бири иккинчисини тўлдиради. Ёши улғайган ва кекса одамларда, шунингдек оғир ётган ва заифлашган беморларда бу усуллардан биттасини қўллаш мумкин.

Меъда ва 12-бармоқли ичакнинг яра касаллиги патологиясидаги режали ва шошилинич хирургияда текширишнинг рентгенологик усуллари - обзор рентгенография (озод газ борлигини аниқлашда яра тешилганига шубҳа бўлганда ёки яра перфорациясида), пневмогастрографияга (шубҳали ҳолларда меъдага 2—3 л газ инсуфляция қилиниб такрор рентгенографияда) катта аҳамият берилади.

Меъда ва 12-бармоқли ичакни контраст рентгенологик текшириш наҳорда ўтказилади. Бунда барий сульфат қабул қилишдан олдин меъдада эвакуация ёки гиперсекреция бузилишлари содир бўлганидан далолат берадиган талай миқдордаги суюқликни аниқлаш мумкин, уни зонд билан чиқариш керак. Озроқ миқдордаги барий аралашмаси қабул қилингандан сўнг шиллик парда рельефи аниқланади, сўнгра “тиғиз” тўлдиришда шакли, жойлашиши, катта-кичиклиги, контурлари, сўрилувчанлиги, бўшалишнинг бориши ва бошланиш муддатлари, патологик ўзгаришлар (тўлиш нуқсонлари, «токча» симптоми), газ пуфаги ҳолати, унинг деформацияси, оғрик нуқталари аниқланади. Динамик, флюорографик, кинематографик текширув электрон-оптик ўзгартиргичдан фойдаланиб олиб борилганда меъда моторикасини, унинг турли бўлимларини ва эвакуация муддатларини қайд қилиш мумкин.

Қатор ҳолларда икки ва уч марта контрастлашдан фойдаланилади. Икки марта контрастлаш иккита вариантда қўлланилиши мумкин:

- 1) меъдага контраст аралашма ва газ киритиш;
- 2) меъдага газ киритиш ва пневмоперитонеум ҳолатида билан томография ўтказиш.

Уч марта контрастлаш - бу меъдага газ киритиш, пневмоперитонеум ва контраст аралашма ичиришдан иборат.

Дуоденография 12-бармоқли ичак ҳолатини батафсил ўрганиш учун (асосан панкреатобилиар соҳаси ҳолатини ва жараёнини ўрганиш учун) ўтказилади.

Гастродуоденофиброскопия — меъда ва 12-бармоқли ичак томонидан патологияни аниқлашнинг энг кўп маълумот берадиган усули бўлиб, фибротолали оптика ёрдамида ўтказилади. Эрталаб наҳорда бажарилади, бироқ шошилинич ҳолларда зарурат бўлганда сутканинг ҳар қандай вақтида меъда бўшалишидан сўнг ўтказилиши ҳам мумкин.

Текширишнинг бу замонавий турлари ёрдамида шиллик пардада бўлган ҳар қандай арзимаган ўзгаришлар: эрозия, йиртилиш, яра, бошланғич босқичдаги ўсмалар аниқланади, биопсия қилиш имконияти борлиги хавфли ўсмалар ва меъда ярасини дифференциал диагностика қилишда бу усулнинг ниҳоятда қимматли эканлигини кўрсатади. Бу усул операция қилинган меъда шиллик

пардаси, чоклар, ингичка ичак ҳолати тўғрисида етарлича аниқ тасаввур беради. Бу усул меъдада кам шикастлайдиган альтернатив операциялар қилишга, операциядан кейинги эрта даврда даво тадбирлари (қон кетишини тўхтатиш, тўсиқ, соҳасига зондлар киритиш ва бошқалар) ўтказишга имкон беради.

Лапароскопия шубҳали ҳолларда яра перфорациясини қорин бўшлиғининг бошқа аъзолари патологиясидан дифференциация қилади, хавфли жараённинг тарқалганлигини аниқлаб беради, биопсия олишга имкон беради.

Постгастрорезекцион синдромлар

Демпинг-синдром пайдо бўлишида психоневрологик ўзгаришларга, вегетатив нерв системаси бузилишларига катта аҳамият берилади.

Клиник жиҳатдан демпинг-синдром бўшашиш, иссиқлаб кетиш, совуқ тер чиқиши, бош айланиши, юрак уриши, тахикардия, кўкракда оғриқ ва қисилиш сезгиси, ҳатто хушдан кетиш ҳолати билан юзага чиқади. Касаллик клиникаси ва симптомларининг нечоғлиқ юзага чиққанлиги демпинг-синдромнинг оғир-енгиллигига ва овқат, хусусан ширин, сутли овқатлар ейиш билан боғлиқ.

Жараён диагностикаси анамнестик, клиник жиҳатдан қийинчилик туғдирмайди. Рентгенологик текширишда контрастнинг тезлашган эвакуацияси қайд қилинади.

Демпинг-синдромни даволаш парҳезга риоя қилиш, рациондан демпингга сабаб бўладиган таомларни чиқаришдан иборат, тез-тез мунтазам овқатланиш ва имкон борича дағал овқат: гўшт, балиқ, сабзавот, тузланган карам кабиларни истеъмол қилиш керак. Консерватив даво ёрдам бермаганда ва демпинг-синдромнинг оғир ҳолларида операция қилинади. Бу дуоденал пассажни тиклашга қаратилган асосан реконструктив операциялар ҳисобланади (Бильрот II ва Бильрот I).

Келтирувчи қовузлоқ синдроми - операция техникасидаги камчилик, битишма жараёни ёки дуоденал ўтказувчанлик бузилишлари ривожланиши натижаси ҳисобланади. Патология аксарият операциядан кейин биринчи йилиёқ пайдо бўлади.

Клиник жиҳатдан касаллик кўпроқ ўнг қовурға ости соҳасида оғирлик ва оғриқ билан ўтади, вақти-вақтида ўт аралаш ёки овқат билан ўт аралаш қайт қилинади, шундан сўнг бемор сезиларли енгиллик ҳис қилади.

Овқатни қайтариш, кекириш, жиғилдон қайнаши, тўш орқасида оғриқлар бўлиши эҳтимол.

Келтирувчи қовузлоқ синдроми патогенези мураккаб ва кўп қиррали: 1) келтирувчи қовузлоқнинг гастроэнтероанастомоз орқасида қисилиши; 2) келтирувчи қовузлоқ ротацияси ёки буралиб қолиши; 3) келтирувчи қовузлоқнинг ичаклар орасидаги туташган жой инвагинацияси (кириб қолиши); 4) келтирувчи қовузлоқ шиллиқ пардасининг меъда-ичак анастомозига тушиши; 5) унинг битишмалардан босилиши; 6) ўсмадан босилиши, чандикли торайиши; 7) техник хатоликлар ва бошқалар.

Диагностика рўй-рост клиник манзара асосида ўтказилади. Рентгенологик текширувда контраст модданинг келтирувчи қовузлоққа тушиши қайд қилинади, бироқ бу келтирувчи қовузлоқ синдроми манзараси бўлмаган беморларда ҳам рўй бериши эҳтимол.

Даволаш демпинг-синдромдаги каби консерватив, витаминлар билан даволаш - оксилли препаратлар, аминокислоталар юборилади, санаторий-курортда даво қилинади. Келтирувчи қовузлоқ синдромининг оғир даражасида, механик тусиқлар пайдо бўлганда яхши натижа берадиган операция усулини қўлланиш тавсия этилади.

Анастомознинг пептик яраси асосан сақланиб қолган меъда секрециясида ҳосил бўлади. Кислоталилик жуда ошган бўлса, улар тез-тез учраб туради, паст бўлса, кам учрайди, ахилияда сира учрамайди. Бу резекциядан кейин юз берадиган энг оғир асорат ва операция қилинган беморларнинг 0,5-2,5 фоизида одатда дастлабки 3 йил ичида ва асосан эркакларда учрайди. Бироқ, аёлларда, ёши улғайган ва кекса ёшдаги кишиларда ҳам бўлиши мумкин.

Пептик яра жойлашуви ҳар хил - келтирувчи қовузлоқда ҳам, анастомоз зонасида ҳам бўлади, кўпинча ичак туткич, кўндаланг чамбар ичак, меъда ости беши, ичакка пенетрациялайди.

Пептик яранинг бош симптоми қаттиқ ва азоб берадиган оғриқ ҳисобланади. У операциядан олдинги оғриқдан кучли. Оғриқсиз дамлар тобора камайиб боради, оғриқ доимий, орқага, кўкрак қафасига берилади (иррадиация), жиғилдон қайнаши, қусиш характерли. Бемор озиб кетади, доимо грелка қўлланилиши сабабли эпигастрий соҳасида пигментация пайдо бўлади.

Операциядан кейинги пептик яра бир қанча асоратлар - қон кетиши, перфорация, пенетрация бериши, оғирлашган ҳолларда ҳатто оқма яра ривожланиши эҳтимол (ташқи ёки меъдачамбар оқма яра).

Анастомоз пептик яраларини ва асоратларини даволашнинг асосий усули операция ҳисобланади.

Ўткир гастродуоденал яралар

Меъда ва 12-бармоқли ичак шиллиқ пардасининг ўткир емирилиши турли хил факторлар ҳисобига келиб чиқиши мумкин. Гастродуоденал яралар келиб чиқиш сабаблари қуйидагилар бўлиши мумкин: 1.Ўткир яралар ҳар хил стресс ҳолатларидан кейин келиб чиқиши мумкин. 2.Эрозиялар ҳар хил дори-дармонлар таъсирида юзага келиши мумкин. 3.Ўткир яралар ҳар хил касалликларда бирга кузатилиши мумкин (жигар цирроз, юрак касалликлари, нафас олиш ва қон айланиш системаси етишмовчиликларида, ўткир ва сурункали буйрак етишмовчилигида).

Ўткир стресс эрозилар ва яралар. Одатда ўткир яралар гастродуоденал соҳада қон кетиши билан кузатилади. Меъда-ичак тизими юқори қисмидан қон кетиши сабаблари геморрагик гастрит (17% ҳолатда) ва ўткир яралар (5% ҳолатда) бўлиши мумкин.

Диагностика: Геморрагик гастрит ва ўткир яралар диагностикасида эзофагогастродуоденоскопия муҳим ўрин тутadi. Дифференциал диағноз алкоғол эрозив гастрит ва иккиламчи медикаментоз эрозив гастрит билан ўтказилади. Даволаш: 1.Гемостатик терапия. 2.Волемиқ бузилишлар коррекцияси. Массив қон кетиш билан кузатилган ўткир яраларда консерватив чора-тадбирлар ёрдам бермаса, жарроҳлик йўли билан қон кетиш тўхтатилади.

Стресс-яралар. Стресс-яралар қуйидаги ҳолатларда келиб чиқиши мумкин: Шок ҳолати, оғир жароҳатлар ёки жарроҳлик амалиётлар (узoқ муддат давом этганда), руҳий зўриқишлар, бош мия жароҳати, миокард инфаркти, сепсис, нур энергияларнинг таъсири, оғир жисмоний меҳнат, кескин атроф муҳит ҳароратининг ўзгаришлари. Стресс-яраларнинг келиб чиқиш асосида гастродуоденал соҳадаги шиллиқ парданинг қон билан таъминланишининг бузилиши, ҳамда умумий метоболик ва трофик бузилишлар бўлиши мумкин.

Клиника ва диагностикаси: Стресс яраларда асосан клиник белгилардан бири турли хил қон кетиш билан кузатилади. Қон қусиш ва ичининг қора келиши гемодикамикага 2-3 кунлари таъсир қилиши мумкин. Эзофагогастродуоденоскопияда меъда проксимал қисми шиллиқ пардасида кўплаб қон кетаётган шиллиқ парда емирилиш ҳолатлари кузатилиши мумкин.

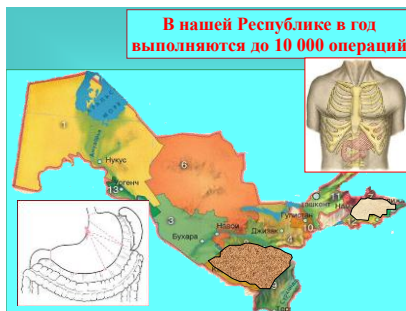
Стресс-яралар профилактикаси ва давоси худди меъда ва 12-бармоқли ичак яра қсаллигини даволашда қўлланиладиган чора-тадбирлардан иборат (антихолинергик препаратлар, гистамин Н₂ - рецептори блокаторлари, антацидлар, седатив терапия).

Дори-дармонлар таъсирида келиб чиқадиган ўткир яралар асосан стероид препаратлар таъсири остида келиб чиқиши мумкин (аспирин, будадион, индометацин, атофан ва бошқалар).

Ульцероген эндокрин касалликлар. Меъда ва 12-бармоқли ичакда пептик яраларнинг келиб чиқиш сабабларидан бири ҳар хил эндокрин аъзолари касалликларидан кейин кузатилиши мумкин. 2 хил эндокрин аденоматоз тафовут қилинади: Биринчи тури – гипофиз, қалқонсимон беzi олди ва меъда ости беzi касалликлари. Иккинчи тури – буйрак усти беzi ва қалқонсимон беzi касалликлари. Диагностикасида махсус клиник инструментал текширишлар қўлланилади (қондаги кальций микдори, радиоимунохимик текширишлар ёрдамида қон микдоридаги гармонларни ўрганиш, ультратовушли сканерлаш, компьютер томографияси, ангиографик текширишлар). Меъда ости беzi касалликлари туфайли Золлингер-Эллисон синдроми келиб чиқиши мумкин.

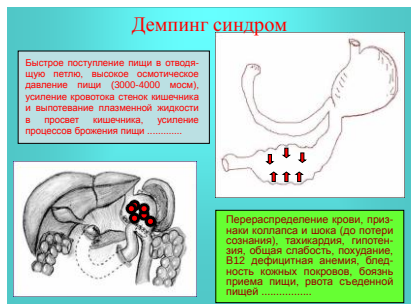
Даволашда меъда резекцияси ва гастрэктомия жарроҳлик амалиётлари қўлланилади.

МАРУЗА СЛАЙДЛАРИ



- Пострезекционные синдромы**
- По причине возникновения:**
- I. Функциональные, то есть связанные с нарушением функции желудка:**
- Демпинг-синдром,
 - Гипо- или гипергликемический синдром,
 - Энтероген синдром,
 - Олиб келувчи ковузлок функционал синдроми,
 - Постгастрорезекцион анемия,
 - Гастростаз,
 - Диарея,
 - Дисфагия.

- Пострезекционный синдром**
- По причине возникновения:**
- II. Органические то есть связанные с органическими изменениями желудка:**
- Пептическая язва гастроэстроанастомоза,
 - Стеноз гастроэстроанастомоза,
 - Рак культи желудка,
 - Желудочно-кишечные, желудочно-билирные, тонко-толсто кишечные свищи,
 - Синдром приводящей петли,
 - Осложнения связанные с недостатками метода хирургического лечения,
 - Каскадообразная (ребро, рычаг) деформация желудка связанная с изменением его формы.



- Симптомы демпинг синдрома:**
1. Сердечнососудистые и нейровегетативные симптомы: приступы слабости, тахикардия, чувство прилива, бледность лица и пальцев, тремор рук, головокружение, потемнение перед глазами, холодный липкий пот.
 2. Диспептические и абдоминальный дискомфорт: потеря аппетита, тошнота, рвота, урчание в животе, жидкий стул или запоры.
 3. Симптомы связанные с нарушением метаболической системы: похудание, диспептические жалобы.
 4. Симптомы восполнения голодно-панкреатодуоденальной системы: дуоденостаз и боли в животе связанные со спазмическим процессом в животе.
 5. Симптомы характерные для нарушения астензации и психо-неврологического статуса: чувствительность, плаксивость, бессонница, головные боли, нарушение равновесия, нервозность.

Процент встречаемости рецидивных язв

Резекция 1/3 желудка - 1 – 7%

Экономная резекция желудка с ваготомией - 0 – 4%

Дренажные операции желудка ваготомией - 8 – 12%

Селективная проксимальная ваготомия - 6 – 10%

Семинар машғулотинонг ўқитиш технологияси

Вақти - 4 соат	Талабалар сони: 8-10 нафар
Ўқув машғулотиди	Билимларни чуқурлаштириш, кенгайтириш ва амалда бажариш буйича
Ўқув машғулотиди режаси	1. Постгастрорезекцион синдром ҳақида тушунча. 2. Классификацияси. 3. Патогенези. 4. Клиникаси. 5. Диагностикаси. 6. Дифференциал диагностикаси. 7. Замонавий доравончилик

Ўқув машғулотининг мақсади: Бу семинар машғулоти жараёнида саволлар ва муаммолар борасида суҳбат ўтказилади. Операция қилинган меъда касалликлари тўғрисида билимларни мустаҳкамлаш.	
Педагогик вазифалар: - мавзу буйича билимларни тизимлаштириш, мустаҳкамлаш. - дарслик билан ишлаш куникмаларини ҳосил қилиш; - янги ахборотларни таҳлил қилиш кўникмаларини ривожлантириш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талба: - Постгастрорезекцион синдром ҳақида тушунча беради. - Классификациясини билган ҳолда тўғри диагноз қуяди. - Касалликларнинг патофизиологиясини тушунтириб беради. - Постгастрорезекцион синдромларнинг клиник кечишини ёритиб беради. - Замонавий текшириш усуллари гапириб беради. - Дифференциал диагностикасини тушунтириб беради. - Замонавий даволаш усуллари кўрсатиб беради.
Ўқитиш услуби ва техникаси	<i>Блиц-суров, муаммоли усул, ақлий хужум.</i>
Ўқитиш воситалари	<i>Маъруза матни, ўқув кўлланмаси, жадваллар, доска.</i>
Ўқитиш шакли	<i>Фройдаль коллегия усулида</i>
Ўқитиш шароитлари	<i>Мавзуга мос жиҳозланган аудитория (слайдлар, ва ҳ.к.).</i>

Амалий машғулотининг технологик картаси (8-машғулот)

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (15 мин)	1.1. Мавзуни, мақсад ва режадаги ўқув натижаларини эълон қилади, уларнинг аҳамиятини ва долзарблигини асослайди. 1.2. Амалий машғулот мунозара тарзида ўтишини эълон қилади. 1.3. Билимларни фаоллаштириш мақсадида “Меъда резекция операциясининг қандай кечки асоратларини биласиз? Саволи билан мурожаат қилади. 1.4. Мунозара қоидаларини эслатади.	Мавзуни ёзадилар ва саволларга жавоб берадилар.

2-босқич Асосий (150 мин)	2.1. Талабаларни мунозара саволлари билан таништиради. – Постгастрорезекцион синдромга тушунча беринг. – Постгастрорезекцион синдром классификациясини айтинг. – Бу синдромлар ҳар бирининг патогенезини тушунтиринг. – Постгастрорезекцион синдром қандай текшириш усуллари биласиз? – Меъда ичак трактида реконструктив операциялар моҳиятини тушунтиринг. 2.2. Талабалар мунозарасини ташкил этади. Ҳар бир жавобнинг мазмунига ва мантиқийлигига эътибор беради. Саволлар беришни таклиф этади. Турли нуқтаи назарлар тингланади ва умумлаштиради. Ҳар бир савол муҳокамаси умумий хулоса билан тугайди. 2.3. Талабаларнинг қўшимча саволларига жавоб беради.	2.1. Эшитадилар ва жавобларни тайёрлайдилар. 2.2. Талабалар саволларга ўз нуқтаи назарларини билдирадилар, қўшимчалар қиладилар ва саволлар берадилар.
3-босқич Якуний (15 мин)	3.1. Семинар машғулотини якунлайди, саволлар бўйича хулосалар чиқаради, мунозара иштирокчиларини баҳолайди. 3.2. Мустақил иш учун вазифа беради. (Мавзу бўйича масалалар)	Эшитадилар. Хулосаларни ёзиб оладилар. Топшириқни оладилар.

1-илова.

«Ақлий ҳужум» методининг асосий қоидалари:

- Олға сурилган фикр ва ғоялар танқид остига олинмайди ва баҳоланмайди;
- Таклиф қилинаётган фикр ва ғоялар қанчалик фантастик ва антиқа бўлса ҳам, уни баҳолашдан ўзингизни тийинг!
- Танқид қилманг – ҳамма билдирилган фикрлар бир хилда бебаҳодир.
- Фикр билдирилатганда бўлманг!
- Мақсад – фикр ва ғоялар сонини кўпайтириш.
- Қанчалик кўп фикр ва ғоялар билдирилса, шунчалик яхши. Янги ва бебаҳо фикр ва ғоянинг вужудга келиш эҳтимоли пайдо бўлади.
- Агар фикрлар қайтарилса асабийлашманг ва ҳайрон бўлманг.
- Бу муаммо фақатгина маълум усуллар ёрдамидагина ҳал бўлиши мумкин, деб ўйламанг.
- Фикрлар «хужуми»ни ўтказиш вақти аниқланади ва унга қатъиян риоя қилиниши шарт.
- Берилган саволга қисқача (1-2 сўздан иборат) жавоб берилади.

2 - илова.

Гуруҳ билан ишлаш қоидалари

Гуруҳнинг ҳар бир аъзоси:

- ўз шерикларининг фикрларини хурмат қилишлари лозим;
- берилган топшириқлар бўйича фаол, ҳамкорликда ва масъулият билан ишлашлари лозим;
- ўзларига ёрдам керак бўлганда сўрашлари мумкин;
- ёрдам сўраганларга кўмак беришлари лозим;
- гуруҳни баҳолаш жараёнида иштирок этишлари лозим;
- “Биз бир кемадамиз, бирга чўкамиз ёки бирга қутиламиз” қоидасини яхши билишлари лозим.

ЭССЕ

Эссе – таклиф этилган мавзуга 1000 дан 5000 гача сўз ҳажмидаги иншо.

Эссе – бу муаллифнинг шахсий нуктаи назарини ёзма равишда эркин ифода этиш шакли; қандайдир предмет бўйича умумий ёки дастлабки дунёқарашни ўз ичига олади.

Беш дақиқалик эссе

Беш дақиқали эссе – ўрганилаётган мавзу бўйича олинган билимларни умумлаштириш, мушоҳада қилиш мақсадида ўқув машғулотида

4 - илова.

Инсерт – самарали ўқиш ва фикрлаш учун белгилашнинг интерфаол тизими ҳисобланиб, мустақил ўқиб-урганишда ёрдам беради. Бунда маъруза мавзулари, китоб ва бошқд материаллар олдиндан талабага вазифа қилиб берилади. Уни ўқиб чиқиб, «V; +; –; ?» белгилари орқали ўз фикрини ифодалайди.

Матни белгилаш тизими

“V” - мен билган нарсани тасдиқдайди.

“+” - янги маълумот.

“–” - мен билган нарсага зид.

“?” - мени уйлантирди. Менга қушимча маълумот зарур.

5 - илова.

Б.Б.Б. усули

Талабаларга мавзуга доир иборалар таклиф этилади, талабалар шу иборалардан билганларини «+» билан, билмаганларини «-» билан белгилайди ва жадвалга фиксация қилинади.

6 – илова.

Кластер.

25. Катта коғоз марказига темага доир калит суз ёзилади.

26. Катнашчилар калит сузининг атрофига «йулдош» сузлар ёзилади.

27. Катнашчилар фикрига кура шу калит сузига тегишли булган сузлар ёки таклифлари ёзилади.

9-мавзу	Симптоматик артериал гипертензия этиологияси, патогенези, классификацияси, клиникаси, диагностикаси, дифференциал диагностикаси, давоси, реабилитацияси.

9.Маъруза машғулотининг ўқитиш технологияси

Вақти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Ахборот, визуал маъруза, “Инсерт”, “Венна” диаграммаси техникасини қўллаган ҳолда.
Маъруза машғулотининг режаси	1. Симптоматик артериал гипертензия ҳақида тушунча; 2. Симптоматик артериал гипертензион синдром этиологияси; 3. Патогенези; 4. Классификацияси; 5. Клиник кечишини; 6. Текшириш усуллари; 7. Дифференциал диагностикаси; 8. Замонавий даволаш усуллари.
Маъруза мақсади: Талабаларни симптоматик артериал гипертензион синдром билан таништириш. Бу касалликларнинг этиологияси, патогенези, классификацияси, клиник кечиши, симптоматикаси тўғрисидаги билимларни чуқурлаштириш ва умумий даволаш усуллари қўллай билишни ўргатиш.	

Педагогик вазифалар: - Симптоматик артериал гипертензия ҳақида тушунча бериш; - Бу касалликлар этиологияси, патогенези билан таништириш; - Симптоматик артериал гипертензия классификацияси билан таништириш; - Клиник кечишини ёритиб бериш; - диагностика усуллари тўғри бажаришни, даволаш усуллари тўғри танлашни ўргатиш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: - Симптоматик артериал гипертензия ҳақида тушунча оладилар; - Бу касалликлар этиологияси, патогенези билан танишадилар; - Симптоматик артериал гипертензия классификацияси билиб оладилар; - Клиник кечишини тушунадилар; - диагностика усуллари-ни тўғри бажаришни, даволаш усуллари тўғри танлашни ўрганадилар.
Ўқитиш услуби ва техникаси	Визуал маъруза, инсерт, блиц-сўров, презентация, ақлий хужум.
Ўқитиш воситалари	Маърузалар матни, мультимедия, тарқатма материаллар, график органайзерлар, доска, бўр.
Ўқитиш шакли	Индивидуал, фронтал, гуруҳий ва жуфтликда ишлаш.
Ўқитиш шарт-шароити	Мультимедия, (ёки компьютер) билан жихозланган аудитория

Маъруза машғулотининг технологик картаси (9-машғулот)

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (5 мин.)	1.1. Дарсинг аввалида талабаларга маърузалар матни ва ўқув топшириқларини тарқатади (1-илова). 1.2. Машғулот мавзусини эслатади ва қўтилайтган натижани ва дарсни олиб бориш тартибини маълум қилади.	1.1. Эшитадилар ва маъруза матнини оладилар.

2-босқич. Билимларни фаоллаштир иш (10 мин)	2.1. Жуфтликка ажралишларига топшириқ беради. Маъруза матн ва ўз нуқтаи-назаридан, буйрак усти бези анатомияси, бўйича жуфтликларда муҳокама қилиш ва саволларга жавоб беришни таклиф этади. Блиц-сўров ўтказади.	2.1. Топшириқларни бажаради, муаммоларни жуфтликда муҳокама қилади, саволларга жавоб беради.
3-босқич. Асосий (65 мин.)	3.1. Маъруза матнидан келиб чиққан ҳолда қуйидаги саволни ўйлаб кўришни тавсия этади. – буйрак усти бези қандай гармонлар ажратади? 2 киши бўлиб саволни муҳокама қилишни тавсия этади. 3.2. “Вена” диаграммаси асосида кортикостерома, альдостерома ва вазоренал гипертензияни таққослаб умумий ва хусусий белгиларни аниқлаш вазифасини беради. “Конн синдромини қандай қандай касаллик?” саволига жавоб беришни таклиф этади. 3.3. Кортикостерома касаллиги этиологияси тўғрисида фикр юритишни таклиф этади. Бу савол бўйича камчиликларни тўлдиради, хатоларни тўғрилайди ва хулоса чиқаради. 3.4. Альдостерома касаллигига тушунча беришни таклиф этади. -“Кортикостерома” ва “Альдостерома” касалликлари ўртасида қандай фарқ бор? 3.5. “Симптоматик артериал гипертензия” деганда нимани тушундингиз? саволига мисоллар ёрдамида жавоб беришни сўрайди.	3.1. Маъруза матнидаги белгиларга эътибор берадилар. 3.2. Саволга жавоб берадилар. “Инсерт” жадвалини тўлдирадилар. 3.3. Дафтарларига “Вена” диаграммасини чизадилар ва тўлдирадилар. 3.4. Саволни муҳокама қиладилар ва жавоб берадилар. 3.5. Мисоллар
4-босқич. Якуний (10 мин.)	4.1. “?” белгиси қўйилган ноаниқ қолган саволларга жавоб беради. 4.2. Мавзуга хулоса қилади ва фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. 4.3. Уйга топшириқ беради.	Эшитадилар, ёзиб оладилар.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра ер юзасидаги аҳолининг 10% ида артериал қон босими кўтарилиб туради. Юрак-томирлар системаси касалликлари аҳолининг умумий касалланиш структурасида биринчи ўринни эгаллаб, меҳнат қобилятини йўқотиш, эрта ногирон бўлиб қолиш ва ўлим сабабларидан бири ҳисобланади. Юрак ва томирлар касалликлари орасида энг тарқалганлари артериал гипертензиялардир.

Симптоматик артериал гипертензиялар – битта белги юқори артериал босим тушунчаси остида бирлашган касалликларнинг ғоят турли-туман гуруҳидир (Е.Е. Гогин муаллифдошлари билан, 1978). Бу гуруҳга кирадиган клиник форма этиологияси бир-бирига ўхшамаган, патогенези хар хил турли нозологик birlikлардан иборат бўлибгина қолмай, балки терапия, хирургия,

урология, эндокринология каби тиббиётнинг турли хил ихтисосликларига киради. Симптоматик артериал гипертензияларнинг қуйидаги формалари фарқ қилади:

- буйрак паренхимаси касалликлари билан боғлиқ бўлган буйрак-паренхимал (пиелонефрит, гломерулонефрит, сийдик-тош касаллиги, буйраклар поликистози, диабетик нефропатия ва б.)

- буйрак усти касалликларига алоқадор буйрак усти гипертензияси (феохромоцитома, диабетик нефропатия ва б.)

- бош мия касалликларига боғлиқ бўлган марказий гипертензия (энцефалит, ўсмалар, шикастланиш)

- йирик томирларнинг ривожланиши нуқсонлари (аорта коарктацияси, туғма гипоплазиялар ва аорта аплазиялари)

- вазоренал гипертензия

Вазоренал гипертензия (ВРГ) – буйрак паренхимаси ва сийдик чиқарув йўлларининг бирламчи зараланиши собир бўлмаслиги билан ўталиган буйракларда магистрал қон икки бузилишлари оқибатида ривожланадиган симптоматик артериал гипертензия формаларидан биридир. Ҳамма артериал гипертензиялар формалари орасида вазоренал гипертензия 2-5%ни ташкил этади.

Вазоренал гипертензия негизини ҳамиша буйрак артерияси бўшлиғининг бир ёки икки томонлама торайиши ёки унинг бир неча йирик тармоқларининг бир ёки икки томонлама торайиши ташкил қилади. Натижада артериянинг патологик торайган тешикли қисми орқали буйракка вақт бирлиги ичида қон кам тушади. Бу буйрак тўқимаси ишемияси авж олишига олиб келиб, унинг юзага чиққанлиги зарарланган артерия стенозининг даражасига боғлиқ.

Этиологияси. Вазоренал гипертензия келиб чиқиб сабаларига кўра туғма вазоренал ортирилган бўлади.

Туғма сабалари орасида қуйидагилар энг кўп учрайди:

- буйрак артерияларининг фибромускуляр дисплазияси
- аорто ва буйрак артериялари гипоплазияси
- буйрак артериялари аневризмалари
- туғма артерио-веноз оқмалар

Ортирилган сабалар:

- атеросклероз
- носпецефик аорто-артериит
- нефроптоз
- буйрак инфаркти
- шикастланиш
- аортанинг катламланадиган аневризмаси

Атеросклероз 40 ёшдан ошган шахсларда реноваскуляр гипертензиянинг асосий сабаби ҳисбланади ва 60-85 % ҳолларни ташкил қилади. Атеросклеротик пиллакчалар буйрак артерияси оғзида ёки унинг учдан бир проксимал қисмида жойлашади. Кўпчилик ҳолларда буйрак артериясининг бир томонлама зараланиши кузатилади, ани ввақтда унинг икки томонлама 1/3 ҳолларда учрайди ва вазоренал гипертензиянинг бир мунча оғир кечишига олиб келади.

Касаллик аксарият (2-3 марта кўп) эркакларда.

Вазоренал гипертензиянинг тўлиқ сабаби сифатидагаи фибромускуляр дисплазия атеросклероздан кейин иккинчи ўринни эгалайди. Фибро-мускуляр дисплазия асосан навқирон ёшда ва ҳатто болалик ёшида (12- 44 ёшгача) учрайди;

Уртача ёш 28-29 ташкил қилади. Аёлларда у эркакларга қараганда 4-5 марта кўпроқ аниқланади. Морфологик жиҳатидан фибромускуляр дисплазия асосан буйрак артериялари ва уларнинг тармоқларини қамраб оладиган ва ўрта пардасидаги дистрофик ва склерозловчи ўзгаришлар кўринишида юзага чиқади. Бунда девор мушакл элементлари гиперплазияси микроаневризмалар ҳосил бўлиши билан бирга учраши мумкин. Натижада торайишлар ва кенгайишлар (аневризмалар) участкаларининг навбат билан жойлашиши кузатилади, бу артерияларга ўзига хос шакл беради, улар марварид ёки мунчоқ ипларига ўхшаб қолади. Патологик жараён гарчи тарқоқ табиатга эга бўлсада, лекин 2/3 ҳолларда бир томонлама бўлади.

Вазоренал гипертензиянинг сабабларайдан бири носпецифик аортоартериит (Такаясу артериити) бўлиши эҳтимол. Касалликни биринчи марта окулист Такаясу 1908 йили пульс йўқлиги касаллиги сифатида тасвирлаган. У патологик жараёнга асосан 2 хавзалар томирлари – брахиоцефал артериялар ва торакоабдоминал аортани унинг тармоқлари билан қамраб олган тарқалган характериға эға. Вазоренал гипертензиянинг бошқа сабаблари орасида ўпка артерияларининг зараланиши билан ўтадиган носпецифиц аортоартериит улушиға 17%-22% ҳолларда тўғри келдаи. Бу касалликда буйрак артерияларининг зараланиши аксарият икки томонлама бўлади ва ҳар иккала жинсдаги шахсларда, бироқ асосан ёш айлларда кузатилади. Касаллик одатда 11-20 ёшда бошланади, 2-3 йилдан сўнг буйрак артерияларининг торайиши биолан юзаға чиқади.

Вазоренал гипертензия буйрак артериясининг экстравазал компрессияси оқибатида. Буйракартерияси тромбози ёки эмболияси натижасида, аневризма ҳосил бўлиши, бош буйрак артериялари гипоплазияси, нефроптоз, ўсма, киста, бйракларнинг ривожланиш нуцсонлари ва бошқаларда ривожланиш мумкин.

Атеросклероз 40 ёшдан ошган шахсларда реноваскуляр гипертензиянинг асосий сабаби ҳисболанади ва 60-85 % ҳолларни ташкил қилади. Атерсклеротик пилакчалар буйрак артерияси оғзида ёки унинг учдан бир проксимал қисмида жойлашади. Кўпчилик ҳолларда буйрак артериясининг бир томонлама зараланиши кузатилади, ани ввақтда унинг икки томонлама 1/3 ҳолларда учрайди ва вазоренал гипертензиянинг бир мунча оғир кечишиға олиб келади. Касаллик аксарият (2-3 марта кўп) эркакларда.

Вазоренал гипертензиянинг тўлиқ сабаби сифатидағаи фибромускуляр дисплазия атерсклероздан кейин иккини ўринни эғллайди. Фибро-мускуляр дисплазия асосан навқирон ёшда ва ҳатто болалик ёшида (12- 44 ёшғача) учрайди;

Уртача ёш 28-29 ташкил қилади. Аёлларда у эркакларға караганда 4-5 марта кўпроқ топилади. Морфологик жиҳатидан фибромускуляр дисплазия асосан буйрак артериялари ва уларнинг тармоқларини қамраб оладиган ва ўрта пардасидаги дистрофик ва склерозловчи ўзгаришлар кўринишида юзаға чиқади. Бунда девор мушакл элементлари гиперплазияси микроаневризмалар ҳосил бўлиши билан бирға учраши мумкин. Натижада торайишлар ва кенгайишлар (аневризмалар) участкаларининг навбат билан жойлашиши кузатилади, бу артерияларға ўзига хос шакл беради, улар марварид ёки мунчоқ ипларига ўхшаб қолади. Патологик жараён гарчи тарқоқ табиатға эға бўлсада, лекин 2/3 ҳолларда бир томонлама бўлади.

Вазоренал гипертензиянинг сабабларайдан бири носпецифик аортоартериит (Такаясу артериити) бўлиши эҳтимол. Касалликни биринчи марта окулист Такаясу 1908 йили пульс йўқлиги касаллиги сифатида тасвирлаган. У патологик жараёнга асосан 2 хавзалар томирлари – брахиоцефал артериялар ва торакоабдоминал аортани унинг тармоқлари билан қамраб олган тарқалган характериға эға. Вазоренал гипертензиянинг бошқа сабалари орасида ўпка артерияларининг зараланиши билан ўтадиган носпецифиц аортоартериит улушиға 17%-22% ҳолларда тўғри келдаи. Бу касалликда буйрак артерияларининг зараланиши аксарият икки томонлама бўлади ва ҳар иккала жинсдаги шахсларда, бироқ асосан ёш айлларда кузатилади. Касаллик одатда 11-20 ёшда бошланади, 2-3 йилдан сўнг буйрак артерияларининг торайиши биолан юзаға чиқади.

Вазоренал гипертензия буйрак артериясининг экстравазал компрессияси оқибатида.

Буйракартерияси тромбози ёки эмболияси натижасида, аневризма ҳосил бўлиши, бош буйрак артериялари гипоплазияси, нефроптоз, ўсма, киста, бйракларнинг ривожланиш нуцсонлари ва бошқаларда ривожланиш мумкин. Атеросклероз 40 ёшдан ошган шахсларда реноваскуляр гипертензиянинг асосий сабаби ҳисболанади ва 60-85 % ҳолларни ташкил қилади.

Атерсклеротик пилакчалар буйрак артерияси оғзида ёки унинг учдан бир проксимал қисмида жойлашади. Кўпчилик ҳолларда буйрак артериясининг бир томонлама зараланиши кузатилади, ани ввақтда унинг икки томонлама 1/3 ҳолларда учрайди ва вазоренал гипертензиянинг бир мунча оғир кечишиға олиб келади. Касаллик аксарият (2-3 марта кўп) эркакларда.

Вазоренал гипертензиянинг тўлиқ сабаби сифатидағаи фибромускуляр дисплазия атерсклероздан кейин иккини ўринни эғллайди. Фибро-мускуляр дисплазия асосан навқирон ёшда ва ҳатто болалик ёшида (12- 44 ёшғача) учрайди;

Уртача ёш 28-29 ташкил қилади. Аёлларда у эркакларга қараганда 4-5 марта кўпроқ топилади. Морфологик жиҳатидан фибромускуляр дисплазия асосан буйрак артериялари ва уларнинг тармоқларини қамраб оладиган ва ўрта пардасидаги дистрофик ва склерозловчи ўзгаришлар кўринишида юзага чиқади. Бунда девор мушакл элементлари гиперплазияси микроаневризмалар ҳосил бўлиши билан бирга учраши мумкин. Натижада торайишлар ва кенгайишлар (аневризмалар) участкаларининг навбат билан жойлашиши кузатилади, бу артерияларга ўзига хос шакл беради, улар марварид ёки мунчоқ ипларига ўхшаб қолади. Патологик жараён гарчи тарқоқ табиатга эга бўлсада, лекин 2/3 ҳолларда бир томонлама бўлади.

Вазоренал гипертензиянинг сабаблараидан бири носпецифик аортоартериит (Такаясу артериити) бўлиши эҳтимол. Касалликни биринчи марта окулист Такаясу 1908 йили пульс йўқлиги касаллиги сифатида тасвирлаган. У патологик жараёнга асосан 2 хавзалар томирлари – брахиоцефал артериялар ва торакоабдоминал аортани унинг тармоқлари билан қамраб олган тарқалган характериға эга. Вазоренал гипертензиянинг бошқа сабалари орасида ўпка артерияларининг зараланиши билан ўтадиган носпецифиц аортоартериит улушига 17%-22% ҳолларда тўғри келдаи. Бу касалликда буйрак артерияларининг зараланиши аксарият икки томонлама бўлади ва ҳар иккала жинсдаги шахсларда, бироқ асосан ёш айллларда кузатилади. Касаллик одатда 11-20 ёшда бошланади, 2-3 йилдан сўнг буйрак артерияларининг торайиши биолан юзага чиқади.

Вазоренал гипертензия буйрак артериясининг экстравазал компрессияси оқибатида.

Буйракартерияси тромбози ёки эмболияси натижасида, аневризма ҳосил бўлиши, бош буйрак артериялари гипоплазияси, нефроптоз, ўсма, киста, бйракларнинг ривожланиш нуцсонлари ва бошқаларда ривожланиш мумкин. Атеросклероз 40 ёшдан ошган шахсларда реноваскуляр гипертензиянинг асосий сабаби ҳисбланади ва 60-85 % ҳолларни ташкил қилади.

Атерсклеротик пилакчалар буйрак артерияси оғзида ёки унинг учдан бир проксимал қисмида жойлашади. Кўпчилик ҳолларда буйрак артериясининг бир томонлама зараланиши кузатилади, ани ввақтда унинг икки томонлама 1/3 ҳолларда учрайди ва вазоренал гипертензиянинг бир мунча оғир кечишига олиб келади. Касаллик ақсарият (2-3 марта кўп) эркакларда.

Вазоренал гипертензиянинг тўлиқ сабаби сифатидагаи фибромускуляр дисплазия атерсклероздан кейин иккини ўринни эгллайди. Фибро-мускуляр дисплазия асосан навқирон ёшда ва ҳатто болалик ёшида (12- 44 ёшгача) учрайди;

Уртача ёш 28-29 ташкил қилади. Аёлларда у эркакларга қараганда 4-5 марта кўпроқ топилади. Морфологик жиҳатидан фибромускуляр дисплазия асосан буйрак артериялари ва уларнинг тармоқларини қамраб оладиган ва ўрта пардасидаги дистрофик ва склерозловчи ўзгаришлар кўринишида юзага чиқади. Бунда девор мушакл элементлари гиперплазияси микроаневризмалар ҳосил бўлиши билан бирга учраши мумкин. Натижада торайишлар ва кенгайишлар (аневризмалар) участкаларининг навбат билан жойлашиши кузатилади, бу артерияларга ўзига хос шакл беради, улар марварид ёки мунчоқ ипларига ўхшаб қолади. Патологик жараён гарчи тарқоқ табиатга эга бўлсада, лекин 2/3 ҳолларда бир томонлама бўлади.

Вазоренал гипертензиянинг сабаблараидан бири носпецифик аортоартериит (Такаясу артериити) бўлиши эҳтимол. Касалликни биринчи марта окулист Такаясу 1908 йили пульс йўқлиги касаллиги сифатида тасвирлаган. У патологик жараёнга асосан 2 хавзалар томирлари – брахиоцефал артериялар ва торакоабдоминал аортани унинг тармоқлари билан қамраб олган тарқалган характериға эга. Вазоренал гипертензиянинг бошқа сабалари орасида ўпка артерияларининг зараланиши билан ўтадиган носпецифиц аортоартериит улушига 17%-22% ҳолларда тўғри келдаи. Бу касалликда буйрак артерияларининг зараланиши аксарият икки томонлама бўлади ва ҳар иккала жинсдаги шахсларда, бироқ асосан ёш айллларда кузатилади. Касаллик одатда 11-20 ёшда бошланади, 2-3 йилдан сўнг буйрак артерияларининг торайиши биолан юзага чиқади.

Вазоренал гипертензия буйрак артериясининг экстравазал компрессияси оқибатида.

Буйракартерияси тромбози ёки эмболияси натижасида, аневризма ҳосил бўлиши, бош буйрак артериялари гипоплазияси, нефроптоз, ўсма, киста, бйракларнинг ривожланиш нуцсонлари ва бошқаларда ривожланиш мумкин. Атеросклероз 40 ёшдан ошган шахсларда реноваскуляр гипертензиянинг асосий сабаби ҳисбланади ва 60-85 % ҳолларни ташкил қилади.

Атерсклеротик пилакчалар буйрак артерияси оғзида ёки унинг учдан бир проксимал қисмида жойлашади. Кўпчилик ҳолларда буйрак артериясининг бир томонлама зараланиши кузатилади, ани ввақтда унинг икки томонлама 1/3 ҳолларда учрайди ва вазоренал гипертензиянинг бир мунча оғир кечишига олиб келади. Касаллик ақсарият (2-3 марта кўп) эркакларда.

Вазоренал гипертензиянинг тўлиқ сабаби сифатидагаи фибромускуляр дисплазия атерсклероздан кейин иккини ўринни эглайди. Фибро-мускуляр дисплазия асосан навқирон ёшда ва ҳатто болалик ёшида (12- 44 ёшгача) учрайди;

Уртача ёш 28-29 ташкил қилади. Аёлларда у эркакларга қараганда 4-5 марта кўпроқ топилади. Морфологик жиҳатидан фибромускуляр дисплазия асосан буйрак артериялари ва уларнинг тармоқларини қамраб оладиган ва ўрта пардасидаги дистрофик ва склерозловчи ўзгаришлар кўринишида юзага чиқади. Бунда девор мушакл элементлари гиперплазияси микроаневризмалар ҳосил бўлиши билан бирга учраши мумкин. Натижада торайишлар ва кенгайишлар (аневризмалар) участкаларининг навбат билан жойлашиши кузатилади, бу артерияларга ўзига хос шакл беради, улар марварид ёки мунчоқ ипларига ўхшаб қолади. Патологик жараён гарчи тарқоқ табиатга эга бўлсада, лекин 2/3 ҳолларда бир томонлама бўлади.

Вазоренал гипертензиянинг сабаблараидан бири носпецифик аортоартериит (Такаясу артериити) бўлиши эҳтимол. Касалликни биринчи марта окулист Такаясу 1908 йили пульс йўқлиги касаллиги сифатида тасвирлаган. У патологик жараёнга асосан 2 ҳавзалар томирлари – брахиоцефал артериялар ва торакоабдоминал аортани унинг тармоқлари билан қамраб олган тарқалган характериға эга. Вазоренал гипертензиянинг бошқа сабалари орасида ўпка артерияларининг зараланиши билан ўтадиган носпецифиц аортоартериит улушиға 17%-22% ҳолларда тўғри келдаи. Бу касалликда буйрак артерияларининг зараланиши ақсарият икки томонлама бўлади ва ҳар иккала жинсдаги шахсларда, бироқ асосан ёш айлларда кузатилади. Касаллик одатда 11-20 ёшда бошланади, 2-3 йилдан сўнг буйрак артерияларининг торайиши биолан юзага чиқади.

Вазоренал гипертензия буйрак артериясининг экстравазал компрессияси оқибатида.

Буйракартерияси тромбози ёки эмболияси натижасида, аневризма ҳосил бўлиши, бош буйрак артериялари гипоплазияси, нефроптоз, ўсма, киста, бйракларнинг ривожланиш нуцсонлари ва бошқаларда ривожланиш мумкин. Атеросклероз 40 ёшдан ошган шахсларда реноваскуляр гипертензиянинг асосий сабаби ҳисбланади ва 60-85 % ҳолларни ташкил қилади.

Атерсклеротик пилакчалар буйрак артерияси оғзида ёки унинг учдан бир проксимал қисмида жойлашади. Кўпчилик ҳолларда буйрак артериясининг бир томонлама зараланиши кузатилади, ани ввақтда унинг икки томонлама 1/3 ҳолларда учрайди ва вазоренал гипертензиянинг бир мунча оғир кечишиға олиб келади. Касаллик ақсарият (2-3 марта кўп) эркакларда.

Вазоренал гипертензиянинг тўлиқ сабаби сифатидагаи фибромускуляр дисплазия атерсклероздан кейин иккини ўринни эглайди. Фибро-мускуляр дисплазия асосан навқирон ёшда ва ҳатто болалик ёшида (12- 44 ёшгача) учрайди;

Уртача ёш 28-29 ташкил қилади. Аёлларда у эркакларга қараганда 4-5 марта кўпроқ топилади. Морфологик жиҳатидан фибромускуляр дисплазия асосан буйрак артериялари ва уларнинг тармоқларини қамраб оладиган ва ўрта пардасидаги дистрофик ва склерозловчи ўзгаришлар кўринишида юзага чиқади. Бунда девор мушакл элементлари гиперплазияси микроаневризмалар ҳосил бўлиши билан бирга учраши мумкин. Натижада торайишлар ва кенгайишлар (аневризмалар) участкаларининг навбат билан жойлашиши кузатилади, бу артерияларга ўзига хос шакл беради, улар марварид ёки мунчоқ ипларига ўхшаб қолади. Патологик жараён гарчи тарқоқ табиатга эга бўлсада, лекин 2/3 ҳолларда бир томонлама бўлади.

Вазоренал гипертензиянинг сабаблараидан бири носпецифик аортоартериит (Такаясу артериити) бўлиши эҳтимол. Касалликни биринчи марта окулист Такаясу 1908 йили пульс йўқлиги касаллиги сифатида тасвирлаган. У патологик жараёнга асосан 2 ҳавзалар томирлари – брахиоцефал артериялар ва торакоабдоминал аортани унинг тармоқлари билан қамраб олган тарқалган характериға эга. Вазоренал гипертензиянинг бошқа сабалари орасида ўпка артерияларининг зараланиши билан ўтадиган носпецифиц аортоартериит улушиға 17%-22% ҳолларда тўғри келдаи. Бу касалликда буйрак артерияларининг зараланиши ақсарият икки томонлама бўлади ва ҳар иккала жинсдаги шахсларда, бироқ асосан ёш айлларда кузатилади.

Касаллик одатда 11-20 ёшда бошланади, 2-3 йилдан сўнг буйрак артерияларининг торайиши биолан юзага чиқади.

Вазоренал гипертензия буйрак артериясининг экстравазал компрессияси оқибатида.

Буйракартерияси тромбози ёки эмболияси натижасида, аневризма ҳосил бўлиши, бош буйрак артериялари гипоплазияси, нефроптоз, ўсма, киста, бйракларнинг ривожланиш нуцсонлари ва бошқаларда ривожланиш мумкин. Атеросклероз 40 ёшдан ошган шахсларда реноваскуляр гипертензиянинг асосий сабаби ҳисбланади ва 60-85 % ҳолларни ташкил қилади.

Атерсклеротик пилакчалар буйрак артерияси оғзида ёки унинг учдан бир проксимал қисмида жойлашади. Кўпчилик ҳолларда буйрак артериясининг бир томонлама зараланиши кузатилади, ани ввақтда унинг икки томонлама 1/3 ҳолларда учрайди ва вазоренал гипертензиянинг бир мунча оғир кечишига олиб келади. Касаллик ақсарият (2-3 марта кўп) эркакларда.

Вазоренал гипертензиянинг тўлиқ сабаби сифатидагаи фибромускуляр дисплазия атерсклероздан кейин иккини ўринни эглайди. Фибро-мускуляр дисплазия асосан навқирон ёшда ва ҳатто болалик ёшида (12- 44 ёшгача) учрайди;

Уртача ёш 28-29 ташкил қилади. Аёлларда у эркакларга қараганда 4-5 марта кўпроқ топилади. Морфологик жиҳатидан фибромускуляр дисплазия асосан буйрак артериялари ва уларнинг тармоқларини қамраб оладиган ва ўрта пардасидаги дистрофик ва склерозловчи ўзгаришлар кўринишида юзага чиқади. Бунда девор мушакл элементлари гиперплазияси микроаневризмалар ҳосил бўлиши билан бирга учраши мумкин. Натижада торайишлар ва кенгайишлар (аневризмалар) участкаларининг навбат билан жойлашиши кузатилади, бу артерияларга ўзига хос шакл беради, улар марварид ёки мунчоқ ипларига ўхшаб қолади. Патологик жараён гарчи тарқоқ табиатга эга бўлсада, лекин 2/3 ҳолларда бир томонлама бўлади.

Вазоренал гипертензиянинг сабаблараидан бири носпецифик аортоартериит (Такаясу артериити) бўлиши эҳтимол. Касалликни биринчи марта окулист Такаясу 1908 йили пульс йўқлиги касаллиги сифатида тасвирлаган. У патологик жараёнга асосан 2 ҳавзалар томирлари – брахиоцефал артериялар ва торакоабдоминал аортани унинг тармоқлари билан қамраб олган тарқалган характериға эга. Вазоренал гипертензиянинг бошқа сабалари орасида ўпка артерияларининг зараланиши билан ўтадиган носпецифиц аортоартериит улушига 17%-22% ҳолларда тўғри келдаи. Бу касалликда буйрак артерияларининг зараланиши ақсарият икки томонлама бўлади ва ҳар иккала жинсдаги шахсларда, бироқ асосан ёш айлларда кузатилади. Касаллик одатда 11-20 ёшда бошланади, 2-3 йилдан сўнг буйрак артерияларининг торайиши биолан юзага чиқади.

Вазоренал гипертензия буйрак артериясининг экстравазал компрессияси оқибатида.

Буйракартерияси тромбози ёки эмболияси натижасида, аневризма ҳосил бўлиши, бош буйрак артериялари гипоплазияси, нефроптоз, ўсма, киста, бйракларнинг ривожланиш нуцсонлари ва бошқаларда ривожланиш мумкин. Атеросклероз 40 ёшдан ошган шахсларда реноваскуляр гипертензиянинг асосий сабаби ҳисбланади ва 60-85 % ҳолларни ташкил қилади.

Атерсклеротик пилакчалар буйрак артерияси оғзида ёки унинг учдан бир проксимал қисмида жойлашади. Кўпчилик ҳолларда буйрак артериясининг бир томонлама зараланиши кузатилади, ани ввақтда унинг икки томонлама 1/3 ҳолларда учрайди ва вазоренал гипертензиянинг бир мунча оғир кечишига олиб келади. Касаллик ақсарият (2-3 марта кўп) эркакларда.

Вазоренал гипертензиянинг тўлиқ сабаби сифатидагаи фибромускуляр дисплазия атерсклероздан кейин иккини ўринни эглайди. Фибро-мускуляр дисплазия асосан навқирон ёшда ва ҳатто болалик ёшида (12- 44 ёшгача) учрайди;

Уртача ёш 28-29 ташкил қилади. Аёлларда у эркакларга қараганда 4-5 марта кўпроқ топилади. Морфологик жиҳатидан фибромускуляр дисплазия асосан буйрак артериялари ва уларнинг тармоқларини қамраб оладиган ва ўрта пардасидаги дистрофик ва склерозловчи ўзгаришлар кўринишида юзага чиқади. Бунда девор мушакл элементлари гиперплазияси микроаневризмалар ҳосил бўлиши билан бирга учраши мумкин. Натижада торайишлар ва кенгайишлар (аневризмалар) участкаларининг навбат билан жойлашиши кузатилади, бу артерияларга ўзига хос шакл беради, улар марварид ёки мунчоқ ипларига ўхшаб қолади. Патологик жараён гарчи тарқоқ табиатга эга бўлсада, лекин 2/3 ҳолларда бир томонлама бўлади.

Вазоренал гипертензиянинг сабабларайдан бири носпецифик аортоартериит (Такаясу артериити) бўлиши эҳтимол. Касалликни биринчи марта окулист Такаясу 1908 йили пульс йўқлиги касаллиги сифатида тасвирлаган. У патологик жараёнга асосан 2 ҳавзалар томирлари – брахиоцефал артериялар ва торакоабдоминал аортани унинг тармоқлари билан қамраб олган тарқалган характериға эға. Вазоренал гипертензиянинг бошқа сабалари орасида ўпка артерияларининг зараланиши билан ўтадиган носпецифиц аортоартериит улушиға 17%-22% ҳолларда тўғри келдаи. Бу касалликда буйрак артерияларининг зараланиши ақсарият икки томонлама бўлади ва ҳар иккала жинсдаги шахсларда, бироқ асосан ёш айллларда кузатилади. Касаллик одатда 11-20 ёшда бошланади, 2-3 йилдан сўнг буйрак артерияларининг торайиши биолан юзаға чиқади.

Вазоренал гипертензия буйрак артериясининг экстравазал компрессияси оқибатида.

Буйракартерияси тромбози ёки эмболияси натижасида, аневризма ҳосил бўлиши, бош буйрак артериялари гипоплазияси, нефроптоз, ўсма, киста, бйракларнинг ривожланиш нуцсонлари ва бошқаларда ривожланиш мумкин. Атеросклероз 40 ёшдан ошган шахсларда реноваскуляр гипертензиянинг асосий сабаби ҳисболанади ва 60-85 % ҳолларни ташкил қилади.

Атерсклеротик пилакчалар буйрак артерияси оғзида ёки унинг учдан бир проксимал қисмида жойлашади. Кўпчилик ҳолларда буйрак артериясининг бир томонлама зараланиши кузатилади, ани ввақтда унинг икки томонлама 1/3 ҳолларда учрайди ва вазоренал гипертензиянинг бир мунча оғир кечишиға олиб келади. Касаллик ақсарият (2-3 марта кўп) эркакларда.

Вазоренал гипертензиянинг тўлиқ сабаби сифатидағаи фибромускуляр дисплазия атерсклероздан кейин иккини ўринни эғллайди. Фибро-мускуляр дисплазия асосан навқирон ёшда ва ҳатто болалик ёшида (12- 44 ёшғача) учрайди;

Уртача ёш 28-29 ташкил қилади. Аёлларда у эркакларға караганда 4-5 марта кўпроқ топилади. Морфологик жиҳатидан фибромускуляр дисплазия асосан буйрак артериялари ва уларнинг тармоқларини қамраб оладиган ва ўрта пардасидаги дистрофик ва склерозловчи ўзгаришлар кўринишида юзаға чиқади. Бунда девор мушакл элементлари гиперплазияси микроаневризмалар ҳосил бўлиши билан бирға учраши мумкин. Натижада торайишлар ва кенгайишлар (аневризмалар) участкаларининг навбат билан жойлашиши кузатилади, бу артерияларға ўзига хос шакл беради, улар марварид ёки мунчоқ ипларига ўхшаб қолади. Патологик жараён гарчи тарқоқ табиатға эға бўлсада, лекин 2/3 ҳолларда бир томонлама бўлади.

Вазоренал гипертензиянинг сабабларайдан бири носпецифик аортоартериит (Такаясу артериити) бўлиши эҳтимол. Касалликни биринчи марта окулист Такаясу 1908 йили пульс йўқлиги касаллиги сифатида тасвирлаган. У патологик жараёнга асосан 2 ҳавзалар томирлари – брахиоцефал артериялар ва торакоабдоминал аортани унинг тармоқлари билан қамраб олган тарқалган характериға эға. Вазоренал гипертензиянинг бошқа сабалари орасида ўпка артерияларининг зараланиши билан ўтадиган носпецифиц аортоартериит улушиға 17%-22% ҳолларда тўғри келдаи. Бу касалликда буйрак артерияларининг зараланиши ақсарият икки томонлама бўлади ва ҳар иккала жинсдаги шахсларда, бироқ асосан ёш айллларда кузатилади. Касаллик одатда 11-20 ёшда бошланади, 2-3 йилдан сўнг буйрак артерияларининг торайиши биолан юзаға чиқади.

Вазоренал гипертензия буйрак артериясининг экстравазал компрессияси оқибатида.

Буйракартерияси тромбози ёки эмболияси натижасида, аневризма ҳосил бўлиши, бош буйрак артериялари гипоплазияси, нефроптоз, ўсма, киста, бйракларнинг ривожланиш нуцсонлари ва бошқаларда ривожланиш мумкин. Атеросклероз 40 ёшдан ошган шахсларда реноваскуляр гипертензиянинг асосий сабаби ҳисболанади ва 60-85 % ҳолларни ташкил қилади.

Атерсклеротик пилакчалар буйрак артерияси оғзида ёки унинг учдан бир проксимал қисмида жойлашади. Кўпчилик ҳолларда буйрак артериясининг бир томонлама зараланиши кузатилади, ани ввақтда унинг икки томонлама 1/3 ҳолларда учрайди ва вазоренал гипертензиянинг бир мунча оғир кечишиға олиб келади. Касаллик ақсарият (2-3 марта кўп) эркакларда.

Вазоренал гипертензиянинг тўлиқ сабаби сифатидағаи фибромускуляр дисплазия атерсклероздан кейин иккини ўринни эғллайди. Фибро-мускуляр дисплазия асосан навқирон ёшда ва ҳатто болалик ёшида (12- 44 ёшғача) учрайди;

Уртача ёш 28-29 ташкил қилади. Аёлларда у эркакларга қараганда 4-5 марта кўпроқ топилади. Морфологик жиҳатидан фибромускуляр дисплазия асосан буйрак артериялари ва уларнинг тармоқларини қамраб оладиган ва ўрта пардасидаги дистрофик ва склерозловчи ўзгаришлар кўринишида юзага чиқади. Бунда девор мушакл элементлари гиперплазияси микроаневризмалар ҳосил бўлиши билан бирга учраши мумкин. Натижада торайишлар ва кенгайишлар (аневризмалар) участкаларининг навбат билан жойлашиши кузатилади, бу артерияларга ўзига хос шакл беради, улар марварид ёки мунчоқ ипларига ўхшаб қолади. Патологик жараён гарчи тарқоқ табиатга эга бўлсада, лекин 2/3 ҳолларда бир томонлама бўлади.

Вазоренал гипертензиянинг сабабларайдан бири носпецифик аортоартериит (Такаясу артериити) бўлиши эҳтимол. Касалликни биринчи марта окулист Такаясу 1908 йили пульс йўқлиги касаллиги сифатида тасвирлаган. У патологик жараёнга асосан 2 ҳавзалар томирлари – брахиоцефал артериялар ва торакоабдоминал аортани унинг тармоқлари билан қамраб олган тарқалган характериға эга. Вазоренал гипертензиянинг бошқа сабалари орасида ўпка артерияларининг зараланиши билан ўтадиган носпецифиц аортоартериит улушига 17%-22% ҳолларда тўғри келдаи. Бу касалликда буйрак артерияларининг зараланиши аксарият икки томонлама бўлади ва ҳар иккала жинсдаги шахсларда, бироқ асосан ёш айллларда кузатилади. Касаллик одатда 11-20 ёшда бошланади, 2-3 йилдан сўнг буйрак артерияларининг торайиши биолан юзага чиқади.

Вазоренал гипертензия буйрак артериясининг экстравазал компрессияси оқибатида.

Буйракартерияси тромбози ёки эмболияси натижасида, аневризма ҳосил бўлиши, бош буйрак артериялари гипоплазияси, нефроптоз, ўсма, киста, бйракларнинг ривожланиш нуцсонлари ва бошқаларда ривожланиш мумкин. Атеросклероз 40 ёшдан ошган шахсларда реноваскуляр гипертензиянинг асосий сабаби ҳисбланади ва 60-85 % ҳолларни ташкил қилади. Атерсклеротик пиллакчалар буйрак артерияси оғзида ёки унинг учдан бир проксимал қисмида жойлашади. Кўпчилик ҳолларда буйрак артериясининг бир томонлама зараланиши кузатилади, ани ввақтда унинг икки томонлама 1/3 ҳолларда учрайди ва вазоренал гипертензиянинг бир мунча оғир кечишига олиб келади.

Касаллик аксарият (2-3 марта кўп) эркакларда.

Вазоренал гипертензиянинг тўлиқ сабаби сифатидагаи фибромускуляр дисплазия атерсклероздан кейин иккини ўринни эгллайди. Фибро-мускуляр дисплазия асосан навқирон ёшда ва ҳатто болалик ёшида (12- 44 ёшгача) учрайди;

Уртача ёш 28-29 ташкил қилади. Аёлларда у эркакларга қараганда 4-5 марта кўпроқ топилади. Морфологик жиҳатидан фибромускуляр дисплазия асосан буйрак артериялари ва уларнинг тармоқларини қамраб оладиган ва ўрта пардасидаги дистрофик ва склерозловчи ўзгаришлар кўринишида юзага чиқади. Бунда девор мушакл элементлари гиперплазияси микроаневризмалар ҳосил бўлиши билан бирга учраши мумкин. Натижада торайишлар ва кенгайишлар (аневризмалар) участкаларининг навбат билан жойлашиши кузатилади, бу артерияларга ўзига хос шакл беради, улар марварид ёки мунчоқ ипларига ўхшаб қолади. Патологик жараён гарчи тарқоқ табиатга эга бўлсада, лекин 2/3 ҳолларда бир томонлама бўлади.

Вазоренал гипертензиянинг сабабларайдан бири носпецифик аортоартериит (Такаясу артериити) бўлиши эҳтимол. Касалликни биринчи марта окулист Такаясу 1908 йили пульс йўқлиги касаллиги сифатида тасвирлаган. У патологик жараёнга асосан 2 ҳавзалар томирлари – брахиоцефал артериялар ва торакоабдоминал аортани унинг тармоқлари билан қамраб олган тарқалган характериға эга. Вазоренал гипертензиянинг бошқа сабалари орасида ўпка артерияларининг зараланиши билан ўтадиган носпецифиц аортоартериит улушига 17%-22% ҳолларда тўғри келдаи. Бу касалликда буйрак артерияларининг зараланиши аксарият икки томонлама бўлади ва ҳар иккала жинсдаги шахсларда, бироқ асосан ёш айллларда кузатилади. Касаллик одатда 11-20 ёшда бошланади, 2-3 йилдан сўнг буйрак артерияларининг торайиши биолан юзага чиқади.

Вазоренал гипертензия буйрак артериясининг экстравазал компрессияси оқибатида.

Буйракартерияси тромбози ёки эмболияси натижасида, аневризма ҳосил бўлиши, бош буйрак артериялари гипоплазияси, нефроптоз, ўсма, киста, бйракларнинг ривожланиш нуцсонлари ва бошқаларда ривожланиш мумкин. Атеросклероз 40 ёшдан ошган шахсларда реноваскуляр

гипертензиянинг асосий сабаби ҳисбланади ва 60-85 % ҳолларни ташкил қилади. Атерсклеротик пилакчалар буйрак артерияси оғзида ёки унинг учдан бир проксимал қисмида жойлашади. Кўпчилик ҳолларда буйрак артериясининг бир томонлама зараланиши кузатилади, ани ввақтда унинг икки томонлама 1/3 ҳолларда учрайди ва вазоренал гипертензиянинг бир мунча оғир кечишига олиб келади. Касаллик ақсарият (2-3 марта кўп) эркакларда.

Вазоренал гипертензиянинг тўлиқ сабаби сифатидаги фибромускуляар дисплазия атерсклероздан кейин иккинчи ўринни эгллайди. Фибро-мускуляар дисплазия асосан навқирон ёшда ва ҳатто болалик ёшида (12- 44 ёшгача) учрайди;

Уртача ёш 28-29 ташкил қилади. Аёлларда у эркакларга қараганда 4-5 марта кўпроқ топилади. Морфологик жиҳатидан фибромускуляар дисплазия асосан буйрак артериялари ва уларнинг тармоқларини қамраб оладиган ва ўрта пардасидаги дистрофик ва склерозловчи ўзгаришлар кўринишида юзага чиқади. Бунда девор мушакл элементлари гиперплазияси микроаневризмалар ҳосил бўлиши билан бирга учраши мумкин. Натижада торайишлар ва кенгайишлар (аневризмалар) участкаларининг навбат билан жойлашиши кузатилади, бу артерияларга ўзига хос шакл беради, улар марварид ёки мунчоқ ипларига ўхшаб қолади. Патологик жараён гарчи тарқоқ табиатга эга бўлсада, лекин 2/3 ҳолларда бир томонлама бўлади.

Вазоренал гипертензиянинг сабабларайдан бири носпецифик аортоартериит (Такаясу артериити) бўлиши эҳтимол. Касалликни биринчи марта окулист Такаясу 1908 йили пульс йўқлиги касаллиги сифатида тасвирлаган. У патологик жараёнга асосан 2 ҳавзалар томирлари – брахиоцефал артериялар ва торакоабдоминал аортани унинг тармоқлари билан қамраб олган тарқалган характериға эга. Вазоренал гипертензиянинг бошқа сабалари орасида ўпка артерияларининг зараланиши билан ўтадиган носпецифиц аортоартериит улушиға 17%-22% ҳолларда тўғри келдаи. Бу касалликда буйрак артерияларининг зараланиши ақсарият икки томонлама бўлади ва ҳар иккала жинсдаги шахсларда, бироқ асосан ёш айлларда кузатилади. Касаллик одатда 11-20 ёшда бошланади, 2-3 йилдан сўнг буйрак артерияларининг торайиши биолан юзага чиқади.

Вазоренал гипертензия буйрак артериясининг экстравазал компрессияси оқибатида. Буйракартерияси тромбози ёки эмболияси натижасида, аневризма ҳосил бўлиши, бош буйрак артериялари гипоплазияси, нефроптоз, ўсма, киста, бйракларнинг ривожланиш нуцсонлари ва бошқаларда ривожланиш мумкин.

МАЪРУЗА СЛАЙДЛАРИ



Семинар машғулотининг ўқитиш технологияси

Вақти - 4 соат	Талабалар сони: 8-10 нафар
Ўқув машғулоти шакли	Билимларни чуқурлаштириш, кенгайтириш ва амалда бажариш
Ўқув машғулоти режаси	1. Буйрак усти беzi анатомиясини такрорлаш 2. Симптоматик артериал гипертензион синдром ҳақида тушунча. 3. Классификацияси. 4. Патогенези. 5. Клиникаси. 6. Диагностикаси. 7. Дифференциал диагностикаси. 8. Замонавий даволаш усуллари.
Ўқув машғулотининг мақсади: Бу семинар машғулоти жараёнида саволлар ва муаммолар борасида суҳбат ўтказилади. Симптоматик артериал гипертензия тўғрисида билимларни мустаҳкамлаш.	
Педагогик вазифалар: - мавзу буйича билимларни тизимлаштириш, мустаҳкамлаш. - дарслик билан ишлаш куникмаларини ҳосил қилиш; - янги ахборотларни таҳлил қилиш кўникмаларини ривожлантириш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талба: - Буйрак усти беzi анатомияси ва физиологиясини гапириб беради. - Симптоматик артериал гипертензион синдром ҳақида тушунча беради. - Классификациясини билган ҳолда тўғри диагноз қуяди. - Касалликларнинг патофизиологиясини тушунтириб беради. - Синдромларнинг клиник кечишини ёритиб беради. - Замонавий текшириш усуллари гапириб беради. - Дифференциал диагностикасини тушунтириб беради. - Замонавий даволаш усуллари кўрсатиб беради
Ўқитиш услуби ва техникаси	Конференция – семинар, блиц-сўров, тақдимот, ақлий хужум.
Ўқитиш воситалари	Маъруза матни, ўқув кўлланмаси, жадваллар, доска. Компьютер мультимедия дарсликлари, атлас.
Ўқитиш шакли	Гуруҳлар, индивидуал, жамоада ишлаш.
Ўқитиш шароитлари	Мавзуга мос жиҳозланган аудитория (слайдлар, ва ҳ.к.).

Амалий машғулотининг технологик картаси (9-машғулот)

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (5 мин)	1.1. Мавзу, режа ва кутилаётган мақсад, семинар машғулотининг режаси ҳамда уни ўтказиш тартибини маълум қилинади. Экранга баҳолаш мезонини чиқарилади.	1.1. Эшитадилар ва мавзунини ёзадилар.

2-босқич. Билимларни фаоллаштир иш (10 мин.)	2.1. Экранга тестларни чиқаради (2-илова), тест олади ва текширади. 2.2. Тест натижаларини таҳлил қилади ва хатоларга тўхталиб ўтади.	2.1. Тест саволларига алоҳида жавоб танлайди. 2.2. Тест натижаларини таҳлил қилади.
3-босқич Асосий (150 мин)	3.1. Талабаларни 3 та гуруҳга бўлади ва топшириқларни қайтаради (3-илова). Иш якунланганда қандай натижага эга бўлиши кутилаётгани билан таништиради. Ақлий ҳужум ёрдамида муаммоли саволларни ечиш қоидалари билан таништиради (4-илова). 3.2. Такдимотни намойиши ва ўзаро баҳолаш натижаларни ҳал этишни ташкил этади. Изоҳлайди, жавобларни тартибга солади, ўқув жараёни давомида олинган хулосаларга эътибор қаратади.	3.1. Топшириқларни бажаради: - гуруҳ сардори муаммони ҳал этишни ва презентацияни тайёрлашни ташкиллаштиради. 3.2. Презентация билан таништиради. Ўз фикрларини айтади, саволлар беради, бошқа гуруҳларни баҳолайди.
4-босқич Якуний (15 мин)	4.1. Мавзуни якунлайди, иштирокчиларни баҳолайди, рағбатлантиради. 4.2. Мустақил иш учун топшириқ беради: келгуси мавзу бўйича маърузани ўқиб келиш, маърузачиларга саволлар тайёрлаш. Реферат мавзуларини тақсимлайди, маърузачи, тақризчи, оппонентларни белгилайди муҳокама тартиби билан таништиради.	Эшитадилар ва аниқлаштирадилар. Реферат мавзуларини ёзиб оладилар.

1-илова.

«Ақлий ҳужум» методининг асосий қоидалари:

- Олға сурилган фикр ва ғоялар танқид остига олинмайди ва баҳоланмайди;
- Таклиф қилинаётган фикр ва ғоялар қанчалик фантастик ва антиқа бўлса ҳам, уни баҳолашдан ўзингизни тийинг!
- Танқид қилманг – ҳамма билдирилган фикрлар бир хилда бебаходир.
- Фикр билдирилаётганда бўлманг!
- Мақсад – фикр ва ғоялар сонини кўпайтириш.
- Қанчалик кўп фикр ва ғоялар билдирилса, шунчалик яхши. Янги ва бебаҳо фикр ва ғоянинг вужудга келиш эҳтимоли пайдо бўлади.
- Агар фикрлар қайтарилса асабийлашманг ва ҳайрон бўлманг.
- Бу муаммо фақатгина маълум усуллар ёрдамидагина ҳал бўлиши мумкин, деб ўйламанг.
- Фикрлар «ҳужуми»ни ўтказиш вақти аниқланади ва унга қатъиян риоя қилиниши шарт.
- Берилган саволга қисқача (1-2 сўздан иборат) жавоб берилади.

Гуруҳ билан ишлаш қоидалари

Гуруҳнинг ҳар бир аъзоси:

- ўз шерикларининг фикрларини ҳурмат қилишлари лозим;
- берилган топшириқлар бўйича фаол, ҳамкорликда ва масъулият билан ишлашлари лозим;
- ўзларига ёрдам керак бўлганда сўрашлари мумкин;
- ёрдам сўраганларга кўмак беришлари лозим;
- гуруҳни баҳолаш жараёнида иштирок этишлари лозим;
- “Биз бир кемадамиз, бирга чўкамиз ёки бирга қутиламиз” қоидасини яхши билишлари лозим.

ЭССЕ

Эссе – тақлиф этилган мавзуга 1000 дан 5000 гача сўз ҳажмидаги иншо.

Эссе – бу муаллифнинг шахсий нуктаи назарини ёзма равишда эркин ифода этиш шакли; қандайдир предмет бўйича умумий ёки дастлабки дунёқарашни ўз ичига олади.

Беш дақиқалик эссе

Беш дақиқали эссе – ўрганилаётган мавзу бўйича олинган билимларни умумлаштириш, мушоҳада қилиш мақсадида ўқув машғулотида

Инсерт – самарали ўқиш ва фикрлаш учун белгилашнинг интерфаол тизими ҳисобланиб, мустақил ўқиб-урганишда ёрдам беради. Бунда маъруза мавзулари, китоб ва бошқд материаллар олдиндан талабага вазифа қилиб берилади. Уни ўқиб чиқиб, «V; +; –; ?» белгилари орқали ўз фикрини ифодалайди.

Матнни белгилаш тизими

“V” - мен билган нарсани тасдиқдайди.

“+” - янги маълумот.

“–” - мен билган нарсага зид.

“?” - мени уйлантирди. Менга қушимча маълумот зарур.

Б.Б.Б. усули

Талабаларга мавзуга доир иборалар тақлиф этилади, талабалар шу иборалардан билганларини «+» билан, билмаганларини «-» билан белгилайди ва жадвалга фиксация қилинади.

Кластер.

1. Катта коғоз марказига темага доир калит суз ёзилади.
2. Катнашчилар калит сузининг атрофига «йулдош» сузлар ёзилади.
3. Катнашчилар фикрига кура шу калит сузига тегишли булган сузлар ёки тақлифлари ёзилади.

10-мавзу	Постхолецистэктомик синдром этиологияси, патогенези, классификацияси, клиникаси, диагностикаси, дифференциал диагностикаси, давоси, реабилитацияси.

10.Маъруза машғулотининг ўқитиш технологияси

Вакти – 2 соат	Талабалар сони: 18 - 36 нафар

Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	1. Жигардан ташқари ўт йўллари анатомияси; 2. Постхолецистэктомик синдром ҳақида тушунча; 3. Классификацияси; Клиникаси; 4. Текшириш усуллари; 5. Беморларни замонавий даволаш усуллари.
Маъруза мақсади: Талабаларни Постхолецистэктомик синдром билан таништириш. Бу касалликларнинг патогенези, пайдо бўлишининг умумий омиллари, симптоматикаси ва умумий даволаш усуллари қўллай билишни ўргатиш.	
Педагогик вазифалар: - Постхолецистэктомик синдром касаллиги ҳақида тушунча бериш; - Бу касаллик патогенези билан таништириш; - маъруза давомида талабаларга постхолецистэктомик синдром касаллиги билан огриган беморлар билан мулоқат қилишни ўргатиш; - диагностика усуллари тўғри бажаришни, даволаш усуллари тўғри танлашни ўргатиш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба:- Постхолецистэктомик синдром касаллиги ҳақида тушунча олади; - Бу касаллик патогенези билан танишади; - Постхолецистэктомик синдром касаллиги билан огриган беморлар билан мулоқат қилишни ўрганади; - Диагностика усуллари тўғри бажаришни, даволаш усуллари тўғри танлашни ўрганади.
Ўқитиш услуби ва техникаси	Визуал маъруза, блиц - сўров, баён қилиш, кластер, "хайук" техникаси
Ўқитиш воситалари	Маърузалар матни, мультимедия, тарқатма материаллар, график органайзерлар.
Ўқитиш шакли	Жамоа, гуруҳ, ва жуфтликда ишлаш.
Ўқитиш шарт-шароити	Мультимедия, (ёки компьютер) билан жихозланган аудитория

Маъруза машғулотининг технологик картаси (10-машғулот)

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.)	1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотида кўтиляётган натижалар маълум қилинади.	1.1. Эшитади, куради ва ёзиб олади.

2-босқич. Асосий (70 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниклаш учун тезкорсавол-жавобўтказади. - жигардан ташкари ут йўллари анатомияси ҳақида нима биласиз? - холангиография турларини айтинг? - нормада конда билирубин микдори? 2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда давом этади. Ут йўллари касалликларининг ҳозирги пайтдаги долзарб муоммолари ҳақида гапирди. Бу касалликларининг патанатомияси, патофизиологияси, клиникаси ва замонавий даволаш усуллари ҳақида гапирди. 2.3. Ут йўллари урганишида ўз хиссаларини қўшган олимларининг ишлари тугрисидаги тўхталиб ўтилади. 2.4. Талабаларга мавзунинг асосий тушунчаларига эътибор қилишни ва ёзиб олишларини таъкидлайди.	2.1. Эшитади, кўради Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 2.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади. 2.3. Эслаб қолади, ёзади. Ҳар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади. Таърифни ёзиб олади, мисоллар келтиради.
3-босқич. Якуний (10 мин.)	3.1. Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади. Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. Мустақил иш учун вазифа: “Оғрик” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.	3.1. Эшитади, кўради, аниқлаштиради. 3.2. Топшириқни ёзиб олади.

Ўт йўллари текшириш ва даволаш усуллари

Ўт пуфаги ва ўт йўллари текшириш диагностикаси аввало беморларнинг шикоятларини, анамнез ва организмни физик усуллар билан текшириш натижаларини ўрганишга асосланади.

Беморлар қуйидагиларга энг кўп шикоят қиладилар: оғрик, диспепсия, истма, эт жунжиқиши, тери кичиши, сарикликдир. Анамнез Аниқлашда беморда илгари сариклик ва жигар ҳамда ўт пуфагининг ўткир касалликлари, санчиқ хуружлари бўлган-бўлмаганига аҳамият бериш зарур, улар бу органларнинг (хроник холецистит, холангит ва ўт-тош касаллиги) шу касалликни бошлаб берган бўлиши эҳтимол. Физик текшириш усулларида беморни кўздан кечириш, пайпаслаб кўриш, перкуссия, аускультациядан фойдаланилади. Улар анатомик ва функционал ўзгаришлар тўғрисида тушунча ҳосил қилишга имкон беради ва кўпинча беморни даволаш жараёнида ўнинг ҳолати динамикасига баҳо беришда асосий усуллардан саналади.

Жигарни функционал текшириш бу органнинг специфик фаолиятини, масалан, пигмент, зарарсизлантирувчи, оқсил ҳосил қилувчи, фармакометаболизм каби вазифаларни акс эттиради.

Билиар касалликларни диагностика қилишда рентгенологик текшириш кўп ҳолларда ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлади.

Бемор қорнини босиб ётганида олинган суърат жигарнинг ўлчамлари, шакли ва жойлашуви ва ундаги йирик структуравий ўзгаришлар тўғрисида маълумот бериши мумкин.

Холеография. Холеография усули жигарнинг ўт йўллари тушганда орган - йод саклайдиган моддалар ажратиш қобилятига асосланган бўлиб, уларнинг рентген контраст тасвирини олишга имкон беради. Вена орқали холецистохолангиографияси ўт пуфагининг ҳолатидан қатъий назар, унинг қисқариш функцияси бузилганда, пуфак йўли блокадасида, шунингдек холецистэктомиядан кейин пуфак олиб ташланганда ўт йўллари текшириш рентген контраст тасвирини олишга ёрдам беради.

Тери орқали холецистография қилиш. Катталашган ўт пуфаги пункция қилингандан ва контраст модда юборилгандан кейин ўни рентгенологик текширишдан иборат. Операцион холангиография хирургик операциялар вақтида ўт йўллари текширишдан иборат. Ҳозирги шароитларда бу текширув ўт йўлларидаги операцияларда албатта ўтказиладиган

босқич ҳисобланади, чунки у диагностика сифатини ошириб, асоратлар сонини камайитиришга ва хирургик даволаш натижаларини яхшилашга имконият яратади.

Эндоскопик ретроград холангиопанкреатография (РПХГ) - Фатер сургичига ёки дуоденоскопияда билиар анастомоз оғзига киритилган катетер ёрдамида контраст модда юборишдан иборат (расм 2).

Тери орқали жигар орқали холангиография (ЧЧХГ) жигар ичидаги ўт йўллари пункция қилиш, уларга контраст модда юбориш ва кейин рентгенологик текширишни ўз ичига олади. Одатда тери орқали холангиографияни механик сарикликда ўтказилади: бу усул ўт йўлларида обтурация борлигини тасдиқлаш, унинг жойини Аниқлаш ва сабабини билишга имкон беради. Текшириш учун ингичка пўлат игналар ва рентгентелевизион мосламалардан фойдаланиш туфайли бу усул кейинги йилларда жуда кенг тарқалди.

Ўт йўллари манометрик текшириш - холангиоманометрия уларга суюқлик юборилгандан кейин босим кўрсаткичларини аниқлашдан иборат, бу ўт чиқарувчи йўлнинг функционал қобиляти ва ўтказувчанлиги тўғрисида хулоса чиқариш имкониятини беради.

Жигар ўт йўллари ультратовуш билан текшириш. Ўт пуфагини ультратовуш билан текширишда жуда қимматли маълумот олиш мумкин, бу уларда конкрементлар ёки янги ҳосил бўлган тузилмалар борлигини Аниқлаш имконини беради.

Жигарни радиоизотоп текшириш - унинг радиоактив моддаларни ютиш хусусиятига асосланган. Шунга асосланиб, жигарнинг радиоактив препаратни ютиш динамикаси бўйича функционал қолати аниқланади ва радиоактив препаратнинг жигар тўқималарига тақсимланишига дойр морфологик хусусиятлари ўрганилади.

Ўт йўллари эндоскопик текшириш усуллари. Хирургия амалиётида лапароскопияни аксарият жигарнинг ўчоқли зарарланиши, ўт йўллари саратонини аниқлаш мақсадларида, шунингдек сарикликни дифференциал диагностика қилишда қўлланишга тўғри келади.

Дуоденоскопия - катта дуоденал сургич ҳолатини текшириш, ўн икки бармоқли, ичак патологиясини истисно қилиш имкониятини беради.

Холедохоскопия – операцион диагностика усуллари қаторига киради ва текширишнинг муҳим босқичи ҳисобланади.

Ўткир тошсиз холецистит. Унинг этиологиясида бактериал инфекция омили, ўт пуфагининг меъда ости беши йўлидаги ўт йўллари ва ўт пуфагига рефлюксида панкреатик жигарнинг шикастловчи таъсири муайян аҳамиятга эга.

Диагностикада ва даволаш усулини танлашда беморни объектив текшириш маълумотлари, ўтказилаётган даво замида касаллик клиник манзарасининг динамикаси ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

Хроник тошсиз холецистит. Тошсиз хроник холецистит клиникаси хроник калькулёз холецистит клиникасига ўхшаш. Бироқ ўнг қовурғалар остидаги оғриқ унчалик кучли бўлмайди, бироқ узоқ давом қилиши, деярли доимий характери билан ажралиб туради, парҳез бўзилганда кейин кучаяди. Диагностикада холецистохолангиография ўт йўллари ультратовуш билан текшириш энг кўп маълумот беради.

Ўт йўллари яллиғланиш касалликларида консерватив даволаш. Ўткир холециститли ҳамма беморлар стационарда хирургнинг доимий назорати остида бўлишлари керак. Тарқалган перитонит симптомлари бўлганда шошилиш операция қилиш талаб этилади. Бошқа ҳолларда беморлар дори-дармонлар билан даволанади. Беморларга овқатни чекланган миқдорда берилиб, фақат ишқорий суюқликлар ичишга рухсат этилади.

Бу беморларда қуйидаги тадбирларни амалга ошириш мақсадга мувофиқ:

1. Меъдани назогастрал зонд билан бушатиш керак, чунки меъда парези ўт пуфагида ва ўт йўлларида димланишни баттар қийинлаштиради.

2. Паранефрал новокаин блокадаси.

3. Спазмолитиклар. Кунига икки марта тил остига 1к2 таблетка нитроглицерин тайинлаш шарт, чунки у Одди сфинктерига танлаб спазмолитик таъсир кўрсатади. Атропин, но-шпа, галидор ўт пуфаги бўйнидаги сфинктер аппаратида худди шундай бўшаштирувчи таъсир кўрсатади.

4. Инфузион терапия 5%ли глюкоза эритмаси ва Рингер эритмаси юборишни ўз ичига олади.

5. Микроб флораси активлигини пасайтириш учун гепатотоксик булган тетрациклин қаторидаги препаратлардан ташқари, таъсир спектри кенг антибиотиклар тайинланади.

6. Симптоматик ва кардиал терапия. Ўткир холецистопанкреатитда дори-дармонлар билан даволаш комплекси ўткир панкреатитни даволаш учун қўлланиладиган препаратларни ҳам ўз ичига олиши керак.

Кўпчилик беморларда ўткир холецистит хуружи тўхташи мумкин. Хуруж тўхтагандан кейин беморни ўт пуфагида тошлар бор-йўқлигига текшириш зарур. Агар ўткир холециститни 12-24 соат даволаш заминиди беморнинг аҳволи яхшиланмаса, қоринда оғриқ сақланиб қолса ёки кучайса, қорин олдинги девори мушакларининг ўз-ўзини химоя қилиш қобилияти сақланиб қолади ва кучаяди, пульс тезлашади, лейкоцитоз ошади, шошилинич хирургик операция ўтказиш талаб этилади.

МАЪРУЗА СЛАЙДЛАРИ

Холецистэктомия билан боғлиқ бўлган патологик ҳолатлар
(Майстренко Н.А., Печай А.П., 1999).

ТАСНИФИ

- Биринчи жаррохлик амалиётда бартараф қилинмаган биллопанкреатик тизимнинг ва катта дуоденал сўргичнинг касалликлари ва патологик ҳолатлари.
- Жаррохлик амалиёт билан боғлиқ бўлган биллопанкреатик тизимнинг ва катта дуоденал сўргичнинг касалликлари ва патологик ҳолатлари.
- Ўт тош касаллиги билан боғлиқ бўлган биллопанкреатик тизимнинг ва катта дуоденал сўргичнинг касалликлари ва патологик ҳолатлари. (сурункали панкреатит, гепатит, гастрит ва б.).
- Холецистэктомия билан ва биллар тизим билан боғлиқ бўлмаган бошқа аъзолар ва тизимларнинг касалликлари (мезла ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги, колит, диафрагмал чурра, психостения ва б.).

ТАСНИФ

- I. Ресидив ва ресидуал холецистит.
- II. Овқат-хизм қилиш трактининг ва гепатопанкреатикодуоденал соҳанинг сурункали касалликлари.
- III. Овқат-хизм қилиш трактининг ва гепатопанкреатикодуоденал соҳанинг ўткир касалликлари.
- IV. Ўтказган жаррохлик амалиёт билан боғлиқ бўлган касалликлар
 - қорин девори
 - қорин буғлиғи
 - гепатобиллопанкреатодуоденал соҳа
 - ўт йўллари
 - кўши аъзолар
- V. Амалётдан кейинги бошқа асоратлар (ютилжам, юрак инфаркти, тромбоэмболия ва б.).
- VI. Ўт қопи йўқлиги синдроми ва унинг асоратлари.
- VII. Биллар трактининг автономиялиги йўқолиши
- VIII. Эртанги асоратлар
- IX. Кечки асоратлар
- X. Юқорида кўрсатилган асоратларга сабаб бўлувчи касалликлар

Ресидуал тошларнинг сабаблари

1. холециститиз аниқланмаганда:
 - холедохотомияга кўрсатмани инкор қилиш;
 - холедохотомиянинг билинмаган ҳолда қечилиш;
 - касалнинг оғир ҳолати;
 - жаррохлик амалиётидаги техник қийинчиликлар ва асоратлар;
 - таъхисдаги ҳафолар
2. Ўт йўллари чала тафтиш қилганда.

Ресидив тошларнинг сабаблари

1. Ўт чиқишини бузилишига олиб келувчи ҳар хил патологик ҳолатлар;
2. Ўт қопи йўли ўзгаришининг узунлиги ёки ўт пуфакнинг қисмини қопиб қетиши;
3. Ўт йўлларида бошқа нарсаларни бўлиши (литатура, дренаж, аскаридалар ва б.).

ДАВОЛАШ

- Жаррохлик амалиётсиз
 - Ювиб чиқариш
 - Эритиш
- Жаррохлик усули билан
 - Инструментлар ёрдамида олиб ташлаш
 - Малоинвазив
 - Очиқ
 - Эндокопик ретроград амалиёт
 - Тери ва жигар орқали эндобилилар амалиёт

Ўт оқмалари

- Ички
 - Билидогитив
 - Билибилилар
 - Спонтан
- Ташқи
 - Амалётдан кейинги
 - Даволаш мақсадида қўйилган

ХЭХС асосий клиник кечими

- Қориндаги оғриқ (домий ёки журуқли) сариқлик билан
 - Сариқлик домий
 - Сариқлик даврий
- Ташқи ўт оқмалар
- Қориндаги оғриқ (домий ёки журуқли) сариқликсиз
 - Ўт йўллари кенг
 - Ўт йўллари тор

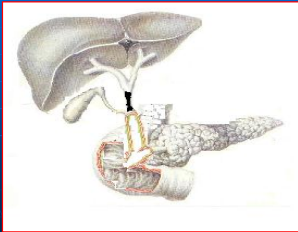
Ўт йўллари структураларининг жаррохлик даволаш усуллари таснифи

A. Кечкишавив

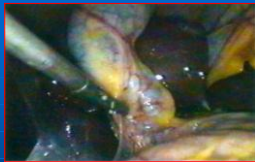
B. Очиқ амалиётлар:

- I. Одди сфинктерини қолдириб ўт йўлини тўлиқ тиклаш имкониятини берувчи жаррохлик амалиётлар:
 1. Бузлаш
 2. Ўт йўлини узунасига кесиб қўндалигига тикиш
 3. Структурани кесиб олиб ташлаб "охири охирига" тикиш
 4. Протезлаш
- II. Билидогитив аномалиёлар:
 1. Ташқи ўт йўлини БДА:
 - a) прецизион
 - b) прецизион эмас
 2. Жигар ўт йўлини БДА:
 - a) гепатиколоангилотеростомия (Лонгмайр, Долотти ва б.)
 - b) гепатикотеростомия
 3. Холецистотеростомия

Ўт йўли структураси



Лапароскопик холецистэктомия





13.семинар машғулотининг ўқитиш технологияси

Вакти - 4 соат	Талабалар сони: 8-10 нафар
Ўқув машғулоти шакли	Билимларни чуқурлаштириш, кенгайтириш ва
Ўқув машғулоти режаси	8. Постхолецистэктомик синдром ҳақида тушунча. 9. Касаллик этиологияси. 10.Патофизиологияси. 11.Классификацияси. 12.Клиникаси. 13.Диагностикаси. 14.Дифференциал диагностикаси. 15.Замонавий даволаш усуллари.

Ўқув машғулотининг мақсади: Бу семинар машғулоти жараёнида саволлар ва муаммолар борасида суҳбат ўтказилади. Бу дарсда “ақлий ҳужум” усулини ҳам қўллаш мумкин. Шунингдек, тест ва масалалар ечиш мумкин.	
Педагогик вазифалар: - мавзу бўйича билимларни тизимлаштириш, мустахкамлаш. - дарслик билан ишлаш куникмаларини ҳосил қилиш; - янги ахборотларни таҳлил қилиш кўникмаларини ривожлантириш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талба: - Ут йуллари касалликлари ҳақида тушунча беради. - Касаллик этиологик омилларини қайд этиб ўтади. - Нормал анатомия ва патанатомияни таққослайди. - Касаллик диагнозини тўғри ёзишни ўрганади. - Касаллик кечиши, симптомларини таърифлаб беради. - Замонавий диагностика усулларини шарҳлаб беради. - Касалликни бошқа касалликлардан мисоллар билан ажратиб беради. - Замонавий даволаш усуллари ҳақида тушунча беради.
Уқитиш услуби ва техникаси	Блиц-суров, биргаликда ўқиймиз, “оғрик” сўзларига кластер, мунозара.
Уқитиш воситалари	Маъруза матни, ўқув қўлланмаси, жадваллар, доска. Компьютер мультимедия дарсликлари, атлас.
Уқитиш шакли	Билимларни чуқурлаштириш ва кенгайтириш, индивидуал ва гуруҳ, бўйича ўқитиш.
Уқитиш шароитлари	Мавзуга мос жиҳозланган аудитория (слайдлар, ва ҳ.к.).

Амалий машғулотининг технологик картаси (13-машғулот)

Фаолият мазмуни		
Босқичлар, вақти	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (15 мин)	1.1. Мавзуни, мақсад ва режадаги ўқув натижаларини эълон қилади, уларнинг ахамиятини ва долзарблигини асослайди. Машғулот ҳамкорликда ишлаш технологиясини куллаган ҳолда утишни маълум қилади. 1.2. Аклий ҳужум усулидан фойдаланган ҳолда аудиториянинг тайёргарлик даражасини аниқдайди: Ут йуллари патологияларини биласизми? Уларнинг этиологияси, патанатомияси, патогенези, клиникаси, диагностикаси ва даволаш усулларига изоҳ беринг? Мазмунининг муҳокамаси гуруҳларда давом этишини эълон қилади.	1.1. Мавзуни ёзади ва саволларга жавоб беради.
2-босқич Асосий (150 мин)	2.1. Талабаларни 3 гуруҳга булади, ҳар бирига вазифа беради (2-илова). Кутилаётган ўқув натижаларини эслатади. 2.2. Гуруҳда ишлаш қондаси билан таништиради (1-илова). Баҳолаш мезонларини ҳам намойиш қилади. 2.3. Вазифани бажаришда ўқув материаллари (маъруза матни, ўқув қўлланма)дан фойдаланиш мумкинлигини эслатади. Гуруҳларда иш бошлашни таклиф этади. 2.4. Тайёргарликдан кейин амалий ишлар бошлангани эълон қилинади. 2.5. Талабалар клиник белгиларни ифодалашга ва улар хақида хулосалар беради ва аниқлик киритади. 2.6. Талабаларга Б.Б.Б. усули бўйича ифодаланган жадвални намойиш қилади ва устунларни тўлдиришни айтади. Тушунчаларга изоҳларни туғрилайди ва саволларга жавоб қайтаради. Гуруҳлар фаолиятига умумий балл беради.	2.1. Ўқув натижаларини такдим қиладилар. 2.2. Саволлар беради. 2.3. Жавобларни тўлдиради. 2.4. Жадвал устунларини тўлдиради ва муҳокамада иштирок этади.
3-босқич Якуний (15 мин)	3.1. Машғулотни якунлайди, талабаларни баҳолайди ва фаол иштирокчиларни рағбатлантиради. 3.2. Мустақил иш сифатида “Постхолецистэктомик синдром” мавзусида “эссе” ёзишни топширади.	3.1. Эшитадилар. 3.2. Топширикни оладилар.

«Ақлий ҳужум» методининг асосий қоидалари:

- Олға сурилган фикр ва ғоялар танқид остига олинмайди ва баҳоланмайди;
- Таклиф қилинаётган фикр ва ғоялар қанчалик фантастик ва антиқа бўлса ҳам, уни баҳолашдан ўзингизни тийинг!
- Танқид қилманг – ҳамма билдирилган фикрлар бир хилда бебаҳодир.
- Фикр билдириляётганда бўлманг!
- Мақсад – фикр ва ғоялар сонини кўпайтириш.
- Қанчалик кўп фикр ва ғоялар билдирилса, шунчалик яхши. Янги ва бебаҳо фикр ва ғоянинг вужудга келиш эҳтимоли пайдо бўлади.
- Агар фикрлар қайтарилса асабийлашманг ва ҳайрон бўлманг.
- Бу муаммо фақатгина маълум усуллар ёрдамидагина ҳал бўлиши мумкин, деб ўйламанг.
- Фикрлар «ҳужуми»ни ўтказиш вақти аниқланади ва унга қатъиян риоя қилиниши шарт.
- Берилган саволга қисқача (1-2 сўздан иборат) жавоб берилади.

Гуруҳ билан ишлаш қоидалари

Гуруҳнинг ҳар бир аъзоси:

- ўз шерикларининг фикрларини ҳурмат қилишлари лозим;
- берилган топшириқлар бўйича фаол, ҳамкорликда ва масъулият билан ишлашлари лозим;
- ўзларига ёрдам керак бўлганда сўрашлари мумкин;
- ёрдам сўраганларга кўмак беришлари лозим;
- гуруҳни баҳолаш жараёнида иштирок этишлари лозим;
- “Биз бир кемадамиз, бирга чўкамиз ёки бирга қутиламиз” қоидабини яхши билишлари лозим.

ЭССЕ

Эссе – таклиф этилган мавзуга 1000 дан 5000 гача сўз ҳажмидаги иншо.

Эссе – бу муаллифнинг шахсий нуқтаи назарини ёзма равишда эркин ифода этиш шакли; қандайдир предмет бўйича умумий ёки дастлабки дунёқарашни ўз ичига олади.

Беш дақиқалик эссе

Беш дақиқали эссе – ўрганиляётган мавзу бўйича олинган билимларни умумлаштириш, мушоҳада қилиш мақсадида ўқув машғулотида

Инсерт – самарали ўқиш ва фикрлаш учун белгилашнинг интерфаол тизими ҳисобланиб, мустакил ўқиб-урганишда ёрдам беради. Бунда маъруза мавзулари, китоб ва бошқд материаллар олдиндан талабага вазифа қилиб берилади. Уни ўқиб чиқиб, «V; +; –; ?» белгилари орқали ўз фикрини ифодаляйди.

Матнни белгилаш тизими

“V” - мен билган нарсани тасдиқляйди.

“+” - янги маълумот.

“–” - мен билган нарсага зид.

“?” - мени уйлантирди. Менга қушимча маълумот зарур.

Б.Б.Б. усули

Талабаларга мавзуга доир иборалар таклиф этилади, талабалар шу иборалардан билганларини «+» билан, билмаганларини «-» билан белгилайди ва жадвалга фиксация килинади.

Кластер.

1. Катта коғоз марказига темага доир калит суз ёзилади.
2. Катнашчилар калит сузининг атрофига «йулдош» сузлар ёзилади.
3. Катнашчилар фикрига кура шу калит сузига тегишли булган сузлар ёки таклифлари ёзилади.

11-мавзу	Механик сариклик, этиологияси, клиникаси, диагностикаси, дифференциал диагностикаси, давоси, реабилитацияси.

11.Маъруза машғулотининг ўқитиш технологияси

Вакти – 2 соат	Талабалар сони: 18 - 36 нафар
Уқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	6. мМеханик сариклик ҳақида тушунча; 7. Клиник кечишини; 8. Инвазив ва ноинвазив текшириш усуллари; 9. Замонавий даволаш усуллари.
Маъруза мақсади: Талабаларни механик сариклик билан таништириш. Бу касалликларнинг клиник кечиши, симптоматикаси тўғрисидаги билимларни чуқурлаштириш ва умумий даволаш усуллари кўллаш билишни ўргатиш.	
Педагогик вазифалар: - Механик сариклик ҳақида тушунча бериш; - Бу касалликлар клиник кечишини ўргатиш; - диагностика усуллари тўғри бажаришни, даволаш усуллари тўғри танлашни ўргатиш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: - Механик сариклик ҳақида тушунча олади; - Бу касалликлар

	патогенезини урганани; - Механик сариклик клиник кечишини ўрганани; -Диагностика усулларини тўғри бажаришни, даволаш усулларини тўғри танлашни ўрганани.
Ўқитиш услуби ва техникаси	Визуал маъруза, муаммоли ҳолатни ечиш, блиц - сўров, баён қилиш, синквейн, концептуал жадвал
Ўқитиш воситалари	Маърузалар матни, мультимедия, тарқатма материаллар, график органайзерлар, доска, бўр.
Ўқитиш шакли	Индивидуал, фронтал, умумжамоа ва жуфтликда ишлаш.
Ўқитиш шарт-шароити	Мультимедия, (ёки компьютер) билан жихозланган аудитория

Маъруза машғулотининг технологик картаси (11-машғулот)

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (5 мин.)	<i>1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотида қўйилаётган натижалар маълум қилинади. 1.2. Режа ва муаммоли ҳолатларни ифодаловчи саволларни экранга чиқаради</i>	1.1. Эшитади, куради ва ёзиб олади. 1.2. Ўйтибор берадилар

2-босқич. Билимларн и фаоллашти риш (5 мин)	2.1. Асосий категория ва тушунчаларни ҳамда маъруза охирида ечиладиган масалаларни намойиш этади. 2.2. Уқув фаолияти баҳолаш мезонлари маълум қилади.	2.1. Аниқлик киритадилар. Саволлар беради.
3-босқич. Асосий (70 мин.)	3.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниклаш учун қўйидаги саволни ўртага ташилайди. - Айтингчи, билирубин хосил булиш механизмасини биласизми? Ана шу савол бўйича билимларни мустаҳкамлаш учун «Синквейн» усулидан фойдаланган ҳолда ҳар бир сариклик турларига тушунча беради. 3.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда давом этади. Ут йуллари хирургиясининг ҳозирги пайтдаги долзарб муоммолари хақида гапиради. 3.3. УтТугм йуллари хирургияси урганишда ўз ҳиссаларини қўшган олимларининг ишлари тўғрисидаги тўхталиб ўтилади. 3.4. Талабаларга мавзунинг асосий тушунчаларига эътибор қилишни ва ёзиб олишларини таъкидлайди.	3.1. Саволларга жавоб беради. Эшитади, кўради. Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Уйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 3.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади. 3.3. Эслаб қолади, ёзади. Ҳар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади. Таърифни ёзиб олади, мисоллар келтиради.
4-босқич. Якуний (10 мин.)	4.1. Мавзуга якун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади. Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. 4.2. Мустақил ишлаш ва назарий билимларни мустаҳкамлаш учун саволларни беради: Хавфли ва хавфсиз сарикликлар мисолида «Синквейн» ёрдамида таъриф беришни топширади.	4.1. Эшитади, кўради, аниқлаштиради. 4.2. Топшириқни ёзиб олади.

МЕХАНИК САРИҚЛИК

Тери ва шиллик пардалар, склераларининг тўқималарида ортикча билирубин йиғилиши натижасида сарғимтир бўялишига сариклик дейилади. Бунда қонда билирубин миқдори ошган бўлади. Сариклик ички аъзоларнинг қатор касалликларига хос клиник синдром ҳисобланади. Билирубин даражасининг ошиш сабабига кўра сарикликнинг учта асосий тури фарқ қилинади.

Гемолитик (жигар устидаги) сариклик - эритроцитлар парчаланиши ва билвосита билирубин ортикча ишлаб чиқарилиши натижасида пайдо бўлади. Бу ҳодисалар ретикулоэндотелиал система хужайраларининг функцияси ошиб кетганда бирламчи ва иккиламчи гиперспленизмда вужудга келади.

Паренхиматоз (жигарга оид) сариклик гепатоцитлар шикастга учраб, уларнинг қондаги озод билирубинни боғлаш ва уни билирубин глюкуронидга (бевосита билирубин) ўзгартириш қобилияти пасайганда руй беради. Вирусли гепатит, лептоспироз, жигар циррози, айрим захарланиш паренхиматоз сарикликнинг энг кўп учрайдиган сабабларидан ҳисобланади.

Механик (обтурацион) сариклик ўт чиқарувчи йўллар қисман ёки тўлиқ тутилиб қолиб, ўт суюқлигининг ичакка оқиши бузилиши натижасида ривожланади. Механик сариклик аксарият ҳолларда, холедохолитиаз, катта дуоденал сургич стриктураси, меъда ости беши бошчаси ва ўт чиқувчи йўллардаги ўсмаларга боғлиқ бўлади.

Механик сарикликда тери қоплами сарғимтир-яшил бўлади, ўт йўллари бекитиб қўядиган ўсмаларда эса ерсимон рангда бўлади. Ўт-тош касаллигига боғлиқ обтурацион сарикликда касаллик бошланаётганда жигар санчигига ўхшаш ўзига хос хуружсимон оғриқлар пайдо бўлади, баъзан сариклик ўткир холецистит замирида вужудга келади. Панкреатодуоденал соҳа ўсмаларида сариклик оғриқ сезгиларисиз пайдо бўлади. Тери қичимаси, айниқса билирубин даражаси баланд бўлганда кучли бўлади. Панкреатодуоденал соҳасида ўсмалари бўлган беморларнинг ярмида Курвуазье симптомининг мусбатлиги аниқланади. Ахлат оқчил рангли, ўт йўллари бутунлай ёпилса ахолик бўлади. Сийдик тўқ, рангли. Бевосита ва билвосита билирубин концентрацияси, айниқса панкреатодуоденал соҳанинг обтурацион ўсмаларида кескин ошган бўлади.

Сарикликнинг бирор турининг клиник кечиш хусусиятлари сарикликни қўзғатган касаллик характерида боғлиқ. Бу ҳол сариклик турларини дифференциал диагностика қилишда қўшимча қийинчиликлар туғдиради. Сарикликни диагностика қилишнинг юқорида кўрсатиб ўтилган клиник ва лаборатория усулларида ташқари, сарикликнинг ҳар хил турларини дифференциал диагностикаси учун зарур ва қимматли ахборот олишга имкон берадиган рентгенологик, эндоскопик, радиологик, ультратовуш билан текшириш усулларида катта ўрин берилади.

Механик сариклик бутун гепатобилиар системадаги ўзгаришлар ва организмнинг бир қатор умумий оғир бузилишлари билан ўтади, беморлар ҳолатининг оғирлиги сариклик даражаси ва давомлилигига пропорционал равишда ортади, бу қатор янги патологик ҳолатлар пайдо бўлишига олиб келади, шу сабабли даволаш натижаси ёмонлашади ва ўлим даражаси кўпаяди. Жигар функционал ҳолатининг декомпенсацияси нисбатан тез ўткир жигар етишмовчилиги авж олишига олиб келади. И. М. Матяшин маълумотларига биноан ўт йўллари обтурациясидан 10-14 кун ўтгач жигар функцияси шу қадар бузиладики, хирургик операция қилиш ғоят хатарли бўлиб қолади ва юқори ўлим даражаси билан ўтади.

Механик сарикликни даволашда декомпрессив аралашувнинг муддатлари ва турлари, профилактика қилиш йўллари ва операциядан кейин жигар етишмовчилигини даволаш муҳим масала ҳисобланади. Операция ўт пуфаги гипертензиясини даволашнинг энг таъсирчан чораси ҳисобланади. Бироқ наркоз, операцион жароҳат жигар етишмовчилиги ривожланиши ва клиник ифодаланган формага ўтиши сабабли беморларнинг аҳолини қийинлаштиради. Кўрсатиб ўтилган жиҳатлар хирургларни механик сариклик билан оғриган беморларда радикал операцияларни 2 босқичда ўтқизиш керак деган фикрга олиб келади: биринчи босқичда жигар функционал ҳолатини ва беморларнинг умумий аҳолини яхшилайдиган операция, иккинчисида радикал операция қилиш таклиф этилади. Ҳозирги вақтда лапароскопик холецистостомия, ўт йўллари назобилиар дренажлаш, эндоскопик трансдуоденал папиллотомия каби эҳтиёт қиладиган усуллар қўлланилади (расм 2). Тери орқали жигар орқали холангиостомия сариклик, холангит ҳодисаларини камайтириш ёки тугатиш, антибиотикларни танлаш ва маҳаллий антибактериал даволаш учун ўтнинг экиш, хайфли ўсмаларни химиявий препаратлар билан даволаш имконини беради. Ундан операцияни кўтара олмайдиган беморларда ўт чиқарувчи йўлларни ташқи ёки ички дренажлашнинг доимий усули сифатида фойдаланилиши мумкин.

Тери орқали жигар орқали эндобилиар операциялар

Бундай операцияларга кўрсатмалар клиник, лаборатория ва инструментал текшириш усуллари билан белгиланади.

Агар механик сариклик хавфли касалликларга боғлиқ бўлса, ҳатто билирубин миқдори нисбатан юқори бўлмаганда тери орқали жигар орқали холангиография ва ўт йўллари тери орқали жигар орқали дренаж қилишдан фойдаланилади.

Механик сарикликка хавфсиз касалликлар сабаб бўлиб, юқори холиемия ва даволашнинг эндоскопик методлари наф бермаганда ёки яхши натижаларга олиб келмаганда, хирургик операциялар эса жиддий хавф остида бўлганда ўт йўллари тери орқали жигар орқали дренаж қилишга киришилади. Ўт йўллари тери орқали жигар орқали дренаж қилишга монелик қиладиган ҳолларга жигарнинг кўп сонли метастатик зарарланиши, жигар-буйрак етишмовчилиги коррекция қилинмайдиган беморлар аҳолининг ниҳоятда оғирлиги, қон кетиш хавфи бўлган ўзаро

гипокоагуляцияни киритиш мумкин. Клиникага келтирилган ҳамма беморлар сув-туз баланси, кислота-ишқор ҳолати, гемодинамика ва нафас бузилишини коррекция қилишга қаратилган эндобилиар операцияга пухта тайёргарликдан ўтадилар. Ёши ўтган ва кекса беморлар учун бу тайёргарлик алоҳида аҳамиятга эга бўлади. Тери орқали жигар орқали эндобилиар операциянинг асосий услублари ташқи ва ташқи-ички дренажлар ҳисобланади. Зарарланиш характериға кўра ўт йўллари катетерлашнинг у ёки бу тури бажарилади.

Ўсма ёки тикилган тош сабабли тўлиқ окклюзияда ташқи дренажлаш бажарилади: катетер обструкция соҳаси устида ўрнатилади. Гепатикохоледохда стенотик зарарланишлар аниқланганда холедохолитиаз-да ташқи-ички дренажлаш бажарилади, гепатикохолангиостоманинг дистал қисмини ўт йўли сегменти бўшлиғига ёки 12 бармоқли ичакка ўрнатилиб, бирмунча физиологик дренажлаш ҳосил қилинади. Билиар босим нормага тушгандан кейин 2-3 ҳафта ўтгач, холангит ҳодисаси бартараф этилганда ёки бирмунча камайганда ташқи-ички катетернинг ташқи учи беркитилади ва дренажлаш бутунлай ички дренажлашга ўтказилади. Ҳар куни ўтни бактериологик таҳлили қилинади: экспресс-бактериоскопия ва ўт суюқлигини экиш йўли билан. Клиник-биокимёвий кўрсаткичларнинг мусбат динамикаси ва жигар функциясининг тикланиши даволашнинг иккинчи босқичини ўтказишга мезон бўлиб хизмат қилади.

Даволашнинг бу босқичидан мақсад ўтнинг ичакка нормал оқишини тиклашдан иборат. Холедох терминал бўлими ва катта дуоденал сургич стенозларида стенозланган соҳани Грюнций катетери билан баллонли дилатация қилинади.

Холедохолитиазда Одди сфинктери олдиндан кенгайтирилгандан кейин спазмолитик муолажа замирида тошлар туширилади

Холедохолитиазни даволашнинг янги усули - тери орқали жигар орқали дренажлаб, кейин конкрементларни таркибида монооктаноин, моно-ва диглицеридлар, хенодезоксихолат кислота кабиларни тутадиган эритмалар билан эритиш тобора диққатни тортиб келмоқда.

Ҳозирги вақтда ўт-тош касаллиги билан оғриган беморларни даволашда жаҳон амалиётида экстракорпорал литотрипсия усули қўлланилмоқда. Бу усул ўт тошларини зарбали тўлқинлар билан майда фрагментларгача парчалашга асосланган. Обтурацион сариқликда жигардан ташқаридаги ўт йўллари тери орқали жигар орқали эндопротезлаш методи истиқболли ҳисобланади.

Ўт йўлининг ўсма билан стенозланган бўлимига ригид катетер - катетерга уланган узунлиги 5 - 12 см эндопротез транспариетал киритилади. 2 сутка ўтгач бу катетер чиқариб олинади, эндопротез эса билиар йўлни умр бўйи паллиатив дренажлашни таъминлайди.

МАРУЗА СЛАЙДЛАРИ

МЕХАНИК САРИҚЛИКНИНГ ЭТИОЛОГИЯСИ

Холедохолитиаз

Мирizzi синдроми

Жигардан ташқари ўт йўллари атрезияси

Ўт йўллари кисталари

Ўт йўллари жароҳатдан кейинги торайиши

Жароҳат қисми бўйича	Торайиш даражасига бўйича
Юқори	Юқори
Паст	Паст
Жароҳатли тарвақини бўйича	Клиник кесими бўйича
Кичик (1 см гача)	Саросик билан
Таркалан (1-3 см)	Холангит билан
Субтотал (3 см дан кўпроқ)	Ташқи ўт оқмаси билан
Тотал	Жигар биллиар циррози билан

Ўт йўллари ташқаридан қисилиши

Хирургия билан соҳани ўсма билан зарарланиши

Яллиг ланиш касалликлари

Томир касалликлари

Ўт йўллари ўсмалари

1. Панкреас боғчасини ўсмаси
2. Катта дуоденал сургични ўсмаси
3. Жигар дарвазасини ўсмаси
4. Ўт қони ўсмаси
5. Перихоледохмал лимфатик узлашнинг инвазияси (метастатик) жароҳатлангани

Ўт йўллари паразитар инвазияси

- Юмалок гисжалар (аскарида, власоглав)
- Сустичмон гисжалар (жигар сургичи)
- Лентасимон гисжалар (қора мол ва чучка саетери, хинкокс)

Эндоскопик ретроград панкреатохолангиография

Сезирлиги - 90-98%,
Махсуслиги - 90-100%.

Тери орқали жигар орқали холангиография

Сезирлиги 100% гача,
Махсуслиги - 90%.

14.семинар машғулотининг ўқитиш технологияси

Вақти - 4 соат	Талабалар сони: 8-10 нафар
Ўқув машғулоти шакли	Билимларни чуқурлаштириш, кенгайтириш ва амалда
Ўқув машғулоти режаси	8. Механик сариклик ҳақида тушунча. 9. Клиникаси. 10.Диагностикаси. 11.Дифференциал диагностикаси. 12.Замонавий даволаш усуллари.
Ўқув машғулотининг мақсади: Бу семинар машғулоти жараёнида саволлар ва муаммолар борасида суҳбат ўтказилади. Бу дарсда “ақлий ҳужум” усулини ҳам қўллаш мумкин. Шунингдек, тест ва масалалар ечиш мумкин.	
Педагогик вазифалар: - мавзу бўйича билимларни тизимлаштириш, мустахкамлаш. - дарслик билан ишлаш кўникмаларини ҳосил қилиш; - янги ахборотларни таҳлил қилиш кўникмаларини ривожлантириш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талба: - Механик сариклик ҳақида тушунча беради. - Классификациясини билган ҳолда тўғри диагноз қўйишни ўрганади. - Патогенезини ёритиб беради. - Клиник кечишини таърифлаб беради. - Замонавий инвазив ва ноинвазив текшириш усуллари ҳақида гапиради. - Сарикликнинг ҳар хил турлари бир-биридан ажратишни ифодалаб беради. - Замонавий даволаш усуллари ҳақида тушунча беради.
Ўқитиш услуби ва техникаси	<i>Блиц-суров, биргаликда ўқиймиз, инсерт, мунозара.</i>
Ўқитиш воситалари	<i>Маъруза матни, ўқув қўлланмаси, жадваллар, доска. Компьютер мультимедия дарсликлари,</i>
Ўқитиш шакли	<i>Билимларни чуқурлаштириш ва кенгайтириш, индивидуал ва гуруҳ, бўйича ўқитиш.</i>
Ўқитиш шароитлари	<i>Мавзуга мос жиҳозланган аудитория (слайдлар, ва ҳ.к.).</i>

Амалий машғулотининг технологик картаси (14-машғулот)

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба

1-босқич. Кириш (15 мин)	1.1. Мавзуни, мақсад ва режадаги ўқув натижаларини эълон қилади, уларнинг аҳамиятини ва долзарблигини асослайди. Машғулот ҳамкорликда ишлаш технологиясини куллаган ҳолда утишни маълум қилади. 1.2. Блиц-сўров ўтказди ва аудиториянинг тайёргарлик даражасини аниқлайди: Сарикликнинг қайси турларини биласиз? Уларнинг патогенези, клиникаси, диагностикаси ва даволаш усулларига изоҳ беринг? Мазмунининг муҳокамаси гуруҳларда давом этишини эълон қилади.	1.1. Мавзуни ёзди ва саволларга жавоб беради.
2-босқич Асосий (150 мин)	2.1. Талабаларни 4 гуруҳга бўлади, ҳар бирига вазифа беради. Кутилаётган ўқув натижаларини эслатади. 2.2. Вазифани бажаришда ўқув материаллари (маъруза матни, ўқув қўлланма)дан фойдаланиш мумкинлигини эслатади. Гуруҳларда иш бошлашни таклиф этади. 2.3. Тайёрланган тақдиротни намойиш этади. 2.4. Талабалар жавобини шарҳлайди, хулосаларга эътибор беради ва аниқлик киритади. 2.5. Инсерт усулида топшириқни тайёрлашни таклиф этади.	2.1. Ўқув натижаларини тақдим қиладилар. 2.2. Саволлар берадилар. Тўлдирадилар. 2.3. Топшириқни тайёрлайдилар.
3-босқич Якуний (15 мин)	3.1. Машғулотни якунлайди, талабаларни баҳолайди ва фаол иштирокчиларни рағбатлантиради. 3.2. Мустақил иш сифатида тест беради.	3.1. Эшитадилар. 3.2 Топшириқни оладилар.

1-илова.

«Ақлий ҳужум» методининг асосий қоидалари:

- Олға сурилган фикр ва ғоялар танқид остига олинмайди ва баҳоланмайди;
- Таклиф қилинаётган фикр ва ғоялар қанчалик фантастик ва антиқа бўлса ҳам, уни баҳолашдан ўзингизни тийинг!
- Танқид қилманг – ҳамма билдирилган фикрлар бир хилда бебаҳодир.
- Фикр билдириляётганда бўлманг!
- Мақсад – фикр ва ғоялар сонини кўпайтириш.
- Қанчалик кўп фикр ва ғоялар билдирилса, шунчалик яхши. Янги ва бебаҳо фикр ва ғоянинг вужудга келиш эҳтимоли пайдо бўлади.
- Агар фикрлар қайтарилса асабийлашманг ва ҳайрон бўлманг.
- Бу муаммо фақатгина маълум усуллар ёрдамидагина ҳал бўлиши мумкин, деб ўйламанг.
- Фикрлар «хужуми»ни ўтказиш вақти аниқланади ва унга қатъиян риоя қилиниши шарт.

2 - илова.

Гуруҳ билан ишлаш қоидалари

Гуруҳнинг ҳар бир аъзоси:

- ўз шерикларининг фикрларини ҳурмат қилишлари лозим;
- берилган топшириқлар бўйича фаол, ҳамкорликда ва масъулият билан ишлашлари лозим;
- ўзларига ёрдам керак бўлганда сўрашлари мумкин;
- ёрдам сўраганларга кўмак беришлари лозим;
- гуруҳни баҳолаш жараёнида иштирок этишлари лозим;
- “Биз бир кемадамыз, бирга чўкамиз ёки бирга қутиламиз” қоидасини яхши билишлари лозим.

3—илова.

ЭССЕ

Эссе – таклиф этилган мавзуга 1000 дан 5000 гача сўз ҳажмидаги иншо.

Эссе – бу муаллифнинг шахсий нуктаи назарини ёзма равишда эркин ифода этиш шакли; қандайдир предмет бўйича умумий ёки дастлабки дунёқарашни ўз ичига олади.

Беш дақиқалик эссе

Беш дақиқали эссе – ўрганилаётган мавзу бўйича олинган билимларни умумлаштириш, мушоҳада қилиш мақсадида ўқув машғулотида

4 - илова.

Инсерт – самарали ўқиш ва фикрлаш учун белгилашнинг интерфаол тизими ҳисобланиб, мустакил ўқиб-урганишда ёрдам беради. Бунда маъруза мавзулари, китоб ва бошқд материаллар олдиндан талабага вазифа қилиб берилади. Уни ўқиб чиқиб, «V; +; –; ?» белгилари орқали ўз фикрини ифодалайди.

Матнни белгилаш тизими

“V” - мен билган нарсани тасдиқлайди.

“+” - янги маълумот.

“–” - мен билган нарсага зид.

“?” - мени уйлантирди. Менга қушимча маълумот зарур.

5 - илова.

Б.Б.Б. усули

Талабаларга мавзуга доир иборалар таклиф этилади, талабалар шу иборалардан билганларини «+» билан, билмаганларини «-» билан белгилайди ва жадвалга фиксация қилинади.

6– илова.

Кластер.

1. Катта коғоз марказига темага доир калит суз ёзилади.
2. Катнашчилар калит сузининг атрофига «йулдош» сузлар ёзилади.
3. Катнашчилар фикрига кура шу калит сузига тегишли булган сузлар ёки таклифлари ёзилади.

12-мавзу	Портал гипертензия ва унинг асоратлари классификацияси, этиологияси, гемодинамикаси, клиникаси, диагностикаси, дифференциал диагностикаси, давоси, реабилитацияси.

12.Маъруза машғулотининг ўқитиш технологияси

Вакти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	7. Портал гипертензия ҳақида тушунча; 8. Классификацияси; 9. Гемодинамикаси билан таништириш; 10.Клиник кечишини; 11.Инвазив ва ноинвазив текшириш усуллари; 12.Замонавий даволаш усуллари.

Маъруза мақсади: Талабаларни портал гипертензия ва унинг асоратлари билан таништириш. Бу касалликларнинг гемодинамикаси, клиник кечиши, симптоматикаси тўғрисидаги билимларни чуқурлаштириш ва умумий даволаш усуллари қўллай билишни ўргатиш.	
Педагогик вазифалар: - Портал гипертензия ва унинг асоратлари ҳақида тушунча бериш; - Бу касалликлар гемодинамикаси билан таништириш; - портал гипертензи клиник кечишини ўргатиш; - диагностика усуллари тўғри бажаришни, даволаш усуллари тўғри танлашни ўргатиш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: - Портал гипертензия ҳақида тушунча олади; - Бу касалликлар гемодинамикасини урганади; - Портокавал анастомозлар гемодинамикасини урганади; - Диагностика усуллари тўғри бажаришни, даволаш усуллари тўғри танлашни ўрганади.
Ўқитиш услуби ва техникаси	Визуал маъруза, муаммоли ҳолатни ечиш, блиц - сўров, баён қилиш, синквейн, концептуал жадвал
Ўқитиш воситалари	Маърузалар матни, мультимедия, тарқатма материаллар, график органайзерлар, доска, бўр.
Ўқитиш шакли	Индивидуал, фронтал, умумжамоа ва жуфтликда ишлаш.
Ўқитиш шарт-шароити	Мультимедия, (ёки компьютер) билан жихозланган аудитория

Маъруза машғулотининг технологик картаси (12-машғулот)

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (5 мин.)	1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотида кўтилаётган натижалар маълум қилинади. 1.2. Режа ва муаммоли ҳолатларни ифодаловчи саволларни экранга чиқаради	1.1. Эшитади, куради ва ёзиб олади. 1.2. Эътибор берадилар

2-босқич. Билимларни фаоллаштир иш (5 мин)	2.1. Асосий категория ва тушунчаларни ҳамда маъруза охирида ечиладиган масалаларни намоёни этиди. 2.2. Уқув фаолияти баҳолаш мезонлари маълум қилади.	2.1. Аниқлик киритадилар. Саволлар беради.
3-босқич. Асосий (70 мин.)	3.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниқлаш учун қўйидаги саволни ўртага таилайди. - Табиий портокавал анастомозларнинг қайси турларини биласиз? Ана шу савол бўйича билимларни мустаҳкамлаш учун «Синквейн» усулидан фойдаланган ҳолда ҳар бир портокавал анастомозлар ҳақида тушунча беради. 3.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда давом этиди. Эндоваскуляр хирургиянинг ҳозирги пайтдаги долзарб муоммолари ҳақида гапиради. Портал гипертензиянинг патофизиологияси, клиникаси ва замонавий даволаш усуллари ҳақида гапиради. 3.3. Эндоваскуляр хирургияни ўрганишда ўз ҳиссаларини қўйган олимларнинг ишлари тўғрисидаги тўхталиб ўтилади. 3.4. Талабаларга мавзунинг асосий тушунчаларига эътибор қилишни ва ёзиб олишларини таъкидлайди.	3.1. Туғма юрак нуқсонларини айтади. Эшитади, кўради. Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 3.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади. 3.3. Эслаб қолади, ёзади. Ҳар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади. Таърифни ёзиб олади, мисоллар келтиради.
4-босқич. Якуний (10 мин.)	4.1. Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади. Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. 4.2. Мустақил ишлаш ва назарий билимларни мустаҳкамлаш учун саволларни беради: Портокавал анастомозлар ва портал гипертензия турлари мисолида «Синквейн» ёрдамида таъриф беришни топширади.	4.1. Эшитади, кўради, аниқлаштиради. 4.2. Топшириқни ёзиб олади.

ПОРТАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ СИНДРОМИ

Негизда дарвоза венасида қон босимининг ортиши бўлган (нормада 200 мм сув устунигача) портал гипертензия синдромининг ривожланиши, артериал қонни қорин бўшлиғи тоқ аъзоларига оқиб келиши ва дарвоза вена си (v. portae) ўзанига оқиб кетиши орасидаги нисбатнинг бузилишига боғлиқ. Қоннинг адекват оқиб кетиши қаршилиқ қилувчи тўсиқ (блок) лар 3 турли бўлиб, буларга жигардан ташқаридаги, жигарнинг ичидаги ва аралаш тўсиқлар киради. Ўз навбатида жигардан ташқари тўсиқлар 2 турли бўлади: жигаргача (жигар ости) ва жигардан ўтгач (жигар усти) блоклар.

Портал гипертензиянинг ривожланиш жароёнида жигардан ташқари тўсиқлар турларига дарвоза венасининг ривожланиш нуқсонлари (вена бўшлиғи атрезияси, облитерацияси) ёки унинг қорин бўшлиғидаги йирингли жараёни - киндик сепсиси, яқин турган аъзолар ўсмаси томонидан эзилиши натижасида пайдо бўлиши мумкин. Одатда, портал гипертензиянинг жигар ичи тури кўпроқ (80-90%гача) учраб, жигар циррози билан боғлиқ бўлади. Жигар веналари тромбофлебители (Киари синдроми), жигар веналарининг қуйилиши сатҳидаги пастки ковак вена окклюзияси (Бадд-Киари синдроми) ёки пастки ковак венасининг ривожланиши нуқсонлари оқибатида блокнинг пайдо бўлиши жигар усти блокларга киради. Аралаш блокка - жигар циррози билан касалланган беморларда қўшимча равишда дарвоза венасининг тромбозини ривожланиши киради. Дарвоза венасида босимнинг ортиши идиопатик деб ном олган портал гипертензияда, дарвоза венаси ўзанига артериовеноз фистула орқали жадал қон оқиб келишидан пайдо бўлиши мумкин.

Шундай қилиб, қорин бўшлиғининг тоқ аъзоларидан дарвоза венаси системасига қоннинг оқиб келиб токи пастки ковак венага қуйилишигача бўлган жойда тўсиқ пайдо бўлиши - портал

гипертензияга, бу ҳолат эса ўз навбатида табиий портоковал анастомозларнинг юқори даражада ривожланиб кетишига (варикоз кенгайишига), улар орқали эса қонни кавал вена системасига тушишига олиб келади. Портал системада гипертензиянинг янада кўтарилиши, табиий портокавал анастомозларда босимнинг янада ортишига, уларнинг ёрилиши оқибатида қизилўнғачнинг пастки 1/3 ва меъданинг кардиал қисмидан, геморраидал веналардан, баъзида эса қорин деворининг пастки қисмидаги веналардан катта миқдорда қон кетишига сабаб бўлади.

Шу сабабдан, портал гипертензиянинг асосий белгиларидан: спленоме-галия, қизилўнғач пастки 1/3 ва меъданинг кардиал қисми веналари, гемороидал веналар ҳамда қорин деворининг пастки қисмидаги веналарнинг варикоз кенгайиши ва асцит суюқлигининг борлиги алоҳида аҳамиятга эга бўлади. Беморлар - ҳолсизлик, эпигастрал соҳадаги оғриқлар, иштаҳанинг йўқлиги, кўнгил айнаши, қориннинг дам бўлиши, қабзиятдан нолийдилар.

Бемор кўздан кечирилганда: тери қопламалари рангпар, қуруқ, тана мушаклари атрофияга учраш ҳолатида, вазни камайган, қорни катталашган, бақаникига ўхшаш ёнлари асцит ҳисобига бўртиб чиққан, қориннинг пастки ён томонларида кенгайган варикоз венлар (caput medusae) кўринади. Жигар хасталигининг белгиларидан: “томир юлдузчалари”, петехиялар ҳамда бемор кафтларда хос ўзгаришларни аниқлаш мумкин. Талокнинг катталашуви (спленомегалия) ва гиперспленизм билан ўтади, бу тромбоцитопения, лейкопения, анемия ҳолатлари билан юзага чиқади. Жигар фаолиятининг бузилганлиги - қон ивиш омилларининг ишланиши, тромбоцитлар миқдори-нинг камайишига ҳамда гипокоагуляцияга олиб келади. Бунинг таъсирида милклар қонашга мойил бўлади, бурундан қон оқиши юзага келади. Жигар ичи гипертензиясида касалликнинг кечиши цирроз касаллигининг табиатига (постнекротик, алкогольдан ва б.), жараённинг активлигига, жигардаги функционал бузилишлари даражасига боғлиқ бўлади.

Жигар усти блокиннинг ўткир турларида (Киари, Бадде - Киари синдром-лари) гипертензия ҳисобига эпигастрал соҳада, ўнг қовурғалар остида тўсатдан кучли оғриқлар пайдо бўлади, гепатомегалия белгилари ва асцит миқдори тез орта боради. Беморлар кўпинча, авж олиб борадиган жигар ва буйрак етишмовчилигидан ҳалок бўладилар. Касалликнинг сурункали турида гепатомегалия ва спленомегалия кузатилади, олдинги қорин деворида коллатерал веноз томирлар тўри аниқланади, асцит орта боради, оксил алмашинувининг бузилишлари ва оғриқлар кучайиб боради.

Жигардан ташқари блокда жигар фаолияти узоқ вақтгача қониқарли даражада қолиши мумкин, портал гипертензия тасодифан спленомегалия топилганда ёки қизилўнғач ва меъданинг варикоз веналаридан қон кетганда аниқланиши мумкин.

Касалликнинг компенсация босқичида портал босим ўртача даражада кўтарилади. Клиник кўринишларида жигар циррози белгилари устунлик қилади. Кенгайган портосистем коллатераллар, қизилўнғач ва меъданинг варикоз кенгайган веналаридан қон кетиши, касалликнинг субкомпенсация босқичига ўтганлигидан далолат беради. Транзитор (ўтиб кетадиган) ёки резистент (барқарор) асцит борлиги, жигар ўлчамларининг кичрайиши, ҳатто атрофиягача қисқариши, жигар етишмовчилигига келтириб чиқаради ва портал гипертензиянинг декомпенсация босқичидан дарак беради.

Жигарнинг функционал ҳолатига баҳо бериш учун халқаро Чайлд-Пью таснифи қўлланилади, унда жигар-хужайра етишмовчилигининг асосий белгилар баҳоланади (жадвал 1).

Жадвал 1

Жигар етишмовчилигининг Чайлд-Пью бўйича таснифи.

Белгилар	Баллар сони		
	1	2	3
Асцит	Йўқ	Транзитор	Барқарор
Энцефалопатия	йўқ	Транзитор	Яққол
Билирубин	30 мк моль/л	30-50 мк-моль/л	50 мкмоль/лдан ортиқ
Альбумин	35 г/л дан ортиқ	35-28 г/л	28г/л дан кам
Протромбин индекси	65-100%	65-55%	55% дан кам

Портал гипертензияни диагностикасининг асбоб-ускуна ёрдамида текшириш усуллари қизилўнгач ва меъданинг варикоз веналари борлигини, уларнинг ўлчамлари ва тарқалганлигини аниқлаш (эзофагогастроудено-фиброскопия), беморга контраст модда (BaSO_4) ичириб рентгенологик текшириш, жигарда қон таъминоти бузилишлари табиатини, дарвоза венаси-дан қон оқими бўйлаб тўсиқнинг сабаби ва даражасини аниқлаш учун (доплерография, целиакография, каваграфия, спленопортография, тери орқали жигар орқали портография) текширувларини ўтказиш зарур бўлади.

Портал гипертензияни даволаш, блокнинг турига, касаллик босқичига ва компенсация даражасига узвий боғлиқ бўлиб, муолажанинг асосий йўналиши блок сабабларини бартараф этиш, жигар фаолиятини тиклаш ва келиб чиқиши мумкин бўлган асоратлар профилактикасига йўналтирилган.

Синдромнинг жигардан ташқари блок турларида, кўпинча беморлар хирургик усулда даволанишлари лозим бўлади. Портосистем-спленоренал, мезентерико-кавал ёки бевосита портокавал анастомозлар қўйиш операция-лари кўпроқ қўлланилади. Жигар циррози келтириб чиқарган портал гипертензияли беморларни даволашда хирургик даволашдан, жигарда актив жараён ва жигар етишмовчилари симптомлари бўлмагандагина фойдаланиш мумкин. Беморнинг ёши ва умумий аҳволига, қўшма касалликлар борлиги ва уларнинг турига, жигарнинг бузилган фаолиятларини тикланиш даражасига, гиперспленизмнинг юзага чиққанлигига, ҳамда компенсация даражасига муолажа узвий боғлиқ бўлади. Бугунги кунда, хирургик йўл билан даволашнинг иккита асосий йўналиши қўлланилади: дарвоза венасида босимни пасайтириш учун портосистем анастомозлар қўйиш ёки қон кетишларнинг олдини олиш мақсадида гастроэзофагеал шунтларни қўйиш

Беморларда асцит суюқлиги бўлганда, овқатланиш жароёни бузилганда ва неврологик белгилар юзага келганда, операциянинг натижалари қониқарсиз, операциядан кейинги ўлим даражаси юқори бўлади.

Портал гипертензияли беморларни даволашда бугунги кунда қўлланиладиган прогрессив ва кам инвазив усулларида бири эндоваскуляр усуллардир. Бу усулларга: талоқ артериясини сурункали эмболизация қилиш, қизилўнгач ва меъданинг варикоз кенгайган веналарини ўтқир эмболизацияси киради. Бу усул орқали жигар ичига портосистем шунт қўйиш ҳам мумкин. Бу хилдаги кам жароҳатлаш усуллари билан даволаш самарадорлиги анча юқори бўлади.

Портал гипертензиянинг дахшатли асоратларидан бири – қизилўнгач-нинг пастки 1/3 ва меъда кардиал қисмидаги варикоз кенгайган веналардан профуз қон кетиши ҳисобланади. Бунда одатда беморларда эпигастрал соҳада олдиндан бирор оғриқ сезилмай, бирданига қизил рангдаги қон ва ивиндилари билан қайт қилиш рўй беради. Бу ҳолатда кўпинча беморларда постгеморагик шок, унинг оқибатида рўй берадиган ҳаётий муҳим аъзолар фаолиятининг бузилиши ва етишмовчилиги белгилари пайдо бўлади, авж олади. Шу ҳолат юз берган беморларнинг тахминан 1/3 қисмини ҳалокатга олиб келади

Варикоз кенгайган веналардан бу хилдаги қон кетишини даволаш консерватив тадбирлар (муолажа) дан бошланади. Вақтинчалик гемостаз учун беморларга бурун ёки оғиз орқали Блэкмор-Сейнстакен зонди қўйилади ва ишчи ҳолатга келтирилади.

Ушбу зонднинг бошланиш қисмида юмалоқ (меъда учун) ва цилиндрси-мон (қизилўнгач учун) шаклдаги иккита пуфакчалари бўлган 3 каналли резина найчадан иборат бўлиб, иккита канали пуфакчаларни шишириш учун ишлатилади. Учинчи канали эса, меъда ширасини аспирация қилиш ва гемостатик муолажа самарадорлигини назорат қилиш учун хизмат қилади.

Зондни ўрнатишдан олдин пуфакчаларга ҳаво юбориш йўли билан шишириб, уларнинг бутунлиги текшириб кўрилади. Аввало зонд бурун ёки оғиз орқали меъдага киритилади, сўнгра меъдага тегишли пуфакчага ҳаво юбориб шиширилади. Ундан сўнг зонд ретроград йўналишда яхшилаб тортилиб, меъданинг кардиал қисмини маҳкам босиб туриши таъминланади ва қизилўнгач учун мўлжалланган пуфакча шиширилади. Зонд шундай ҳолатда маҳкамланади. Меъдани бир неча марта совуқ сув билан ювилади. Қонаётган варикоз веналарни зонд пуфакчаларининг маҳкам босиши, кетаётган қоннинг тўхташига шароит яратади. Бир неча соат ўтгач (12-24), қон кетиш тўхтагач пуфакчалардаги босим камайтирилиб, зонддан чиқаётган суюқлик табиати назорат

қилинади. Қизилўнгачда зондни ишчи ҳолатда ушлаш 2 суткадан ошмаслиги керак. Албатта ушбу тадбир комплекс муолажа остида қилиниши керак.

Муолажа замирида шокни бартараф этувчи тадбирлар, гемостатик препаратларни қўллаш, йўқотилган қон ўрнини тўлдириш ва ҳаётий муҳим аъзолар фалятини тиклаш ётади. Дарвоза венасида босимни камайтириш учун вазоактив препаратлар (вазопрессин, терлипрессин, октропид) қўлланилади.

Қон оқишини узил-кесил тўхтатиш мақсадида варикоз веналарни эндоскопик склерозлаш, лигатура ёрдамида варикоз кенгайган веналарни боғлаш мумкин бўлади. Бунинг учун эндоскоп орқали вена бўшлиғига ёки паравеноз соҳага махсус игна орқали склерозловчи препаратлар (варикоцид, тромбовар) юборилади. Булар вена интимасини жароҳатлантиради ва унинг бўшлиғини облитерация бўлишига замин яратади.

Бугунги кунда, узил-кесил гемостазни таъминлашда кам травматик ва самарадор усуллардан бири - эндоваскуляр операциялар ёрдамида қизилунгачнинг варикоз кенгайган веналарининг эмболизацияси (расм 2 А). Портал системада қон босимини пасайтиришга эса, тери ва жигар орқали шунтлаш ҳисобланади.

Қизилўнгачнинг варикоз кенгайган веналаридан қон оқишини медикаментоз даволаш наф бермаганда мажбурий чора сифатида ҳар хил даги хирургик операциялар қўлланилади. Буларга Пациора ва Таннер жарроҳлик амалиётлари кириб, бемор аҳволининг оғирлига сабабли кенгайган қизилўнгач ва меъданинг кардиал қисми варикоз кенгайган веналарини боғлаш билан чекланади.

Портосистем анастомозлар қўйиш, бу тур беморларда алоҳида қилинадиган анчайин травматик операциялар туркумига кириб, чекланган ҳоллардагина қўлланилади. Бирмунча кенгрок қўлланиладиган операциялар-дан бири спленэктомия бўлиб, унинг замирида ҳам спленомегалия ёки гиперспленизмга учраб ниҳоятда катталашиб кетган талокни олиб ташлаб, портал система гипертензиясини бирмунча камайтириш ётади. Бироқ, бу операцияни ҳам, аҳволи оғир беморларда ўтказиш анчагина мураккаб бўлиб, ҳамиша ҳам яхши натижаларга олиб келавермайди.

Кези келганда шуни айтиш керак-ки, жигарда цирроз ривожланиши оқибатида юзага келган портал гипертензияда, қизилўнгач веналаридан қон кетиши ўлим даражасини янада кўтарилишига (70% гача) олиб келади ва жигар циррозининг компенсацияланган босқичидан декомпенсация ҳолатига ўтишга олиб келади. Бемор аҳволининг оғирлашиши, асцит ва сарикликнинг янада ортишига, жигар етишмовчилигининг эса янада авж олиб чуқрлашишига ҳамда беморларда такрорий қон кетишлар ёки жигар фаолиятининг камчилигидан ўлимга олиб келади.

Бугунги кунда вена порта системасидаги гипертензия (босим) ни пасайтиришда клиникамизда ишлаб чиқилган ва анчагина тажриба орттирилган эндоваскуляр усулларидан бири - талок артериясини сурункали эмболизациясининг қилиш, анчайин яхши натижаларга олиб келади ва бемор умрини узайтиради (расм 3).

Бу усул қўлланилганда, беморнинг ниҳоятда кенгайиб кетган талок артериясига (жигар артериялари аксарият кичиклашган ва торайган) эндоваскуляр усул ёрдамида Гиан-Турко спирали ўрнатилади ва қоннинг бемалол оқиб ўтиши йўлида тўсиқ пайдо қилинади. Бунинг эвазига, амалиётдан кейинги даврда, қон оқиминида айланма ҳаракатларнинг пайдо бўлишига, талокқа келаётган қон миқдорининг камайишига, унинг тўқимаси ишемиясига ва ичида аста-секинлик билан ривожланадиган асептик некроз ҳолатига олиб келади. Бу эса, ўз навбатида аста-секинлик билан келаётган қон миқдорининг янада камайишига, талокнинг янада кичрайишига ва уни 1 -1,5 ой мобайнида портал системадан батамом узилишига, яъни тўлиқ эмболизация бўлишига олиб келади. Бу жароённинг аста-секинлик билан ривожланиши талокқа бемалол оқиб келаётган қонни тўғридантўғри жигарга йўналтирилиши оқибатида унинг йўқола бораётган фаолиятининг тикланишига олиб келади. Албатта, бу жароёнларнинг ҳаммаси врач назоратида, касалликда ўтказилаётган комплекс муолажа замирида қилиниши керак.

Прогноз бу касалликда анчайин жиддий.

<i>Педагогик вазифалар:</i> - мавзу буйича билимларни тизимлаштириш, мустахкамлаш. дарслик билан ишлаш куникмаларини ҳосил қилиш; янги ахборотларни таҳлил қилиш кўникмаларини ривожлантириш.	<i>Ўқув фаолиятининг натижалари:</i> Талба: - Портал гипертензия ва унинг асоратлари ҳақида тушунча беради. - Классификациясини билган ҳолда тўғри диагноз қўйишни ўрганади. - Гемодинамикаси ёритиб беради. - Клиник кечишини таърифлаб беради. - Замонавий инвазив ва ноинвазив текшириш усуллари ҳақида гапирди. - Замонавий даволаш усуллари ҳақида тушунча беради.
<i>Ўқитиш услуби ва техникаси</i>	<i>Блиц-суров, биргаликда ўқиймиз, инсерт, мунозара.</i>
<i>Ўқитиш воситалари</i>	<i>Маъруза матни, ўқув қўлланмаси, жадваллар, доска. Компьютер мультимедия дарсликлари, атлас.</i>
<i>Ўқитиш шакли</i>	<i>Билимларни чуқурлаштириш ва кенгайтириш, индивидуал ва гуруҳ, буйича ўқитиш.</i>
<i>Ўқитиш шароитлари</i>	<i>Мавзуга мос жиҳозланган аудитория (слайдлар, ва ҳ.к.).</i>

Амалий машғулотининг технологик картаси (15-машғулот)

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (15 мин)	1.1. Мавзуни, мақсад ва режадаги ўқув натижаларини эълон қилади, уларнинг аҳамиятини ва долзарблигини асослайди. Машғулот ҳамкорликда ишлаш технологиясини куллаган ҳолда утишни маълум қилади. 1.2. Блиц-сўров ўтказди ва аудиториянинг тайёргарлик даражасини аниқдайди: Портал гипертензиянинг қайси турларини биласиз? Уларнинг гемодинамикаси, клиникаси, диагностикаси ва даволаш усулларига изоҳ беринг? Мазмунининг муҳокамаси гуруҳларда давом этишини эълон қилади.	1.1. Мавзуни ёзади ва саволларга жавоб беради.
2-босқич Асосий (150 мин)	2.1. Талабаларни 4гуруҳга булади, ҳар бирига вазифа беради. Кутилаётган ўқув натижаларини эслатади. 2.2. Вазифани бажаришда ўқув материаллари (маъруза матни, ўқув қўлланма)дан фойдаланиш мумкинлигини эслатади. Гуруҳларда иш бошлашни таклиф этади. 2.3. Тайёрланган тақдимотни намойиш этади. 2.4. Талабалар жавобини шарҳлайди, хулосаларга эътибор беради ва аниқлик киритади. 2.5. Инсерт усулида топширикни тайёрлашни таклиф этади.	2.1. Ўқув натижаларини тақдим қиладилар. 2.2. Саволлар берадилар. Тўлдирадилар. 2.3. Топширикни тайёрлайдилар.
3-босқич Якуний (15 мин)	3.1. Машғулотни якунлайди, талабаларни баҳолайди ва фаол иштирокчиларни рағбатлантиради. 3.2. Мустақил иш сифатида тест беради.	3.1. Эшитадилар. 3.2. Топширикни оладилар.

«Ақлий ҳужум» методининг асосий қоидалари:

- Олға сурилган фикр ва ғоялар танқид остига олинмайди ва баҳоланмайди;
- Таклиф қилинаётган фикр ва ғоялар қанчалик фантастик ва антиқа бўлса ҳам, уни баҳолашдан ўзингизни тийинг!
- Танқид қилманг – ҳамма билдирилган фикрлар бир хилда бебаҳодир.
- Фикр билдирилатганда бўлманг!
- Мақсад – фикр ва ғоялар сонини кўпайтириш.
- Қанчалик кўп фикр ва ғоялар билдирилса, шунчалик яхши. Янги ва бебаҳо фикр ва ғоянинг вужудга келиш эҳтимоли пайдо бўлади.

Гуруҳ билан ишлаш методининг асосий қоидалари

Гуруҳнинг ҳар бир аъзоси:

- ўз шерикларининг фикрларини хурмат қилишлари лозим;
- берилган топшириқлар бўйича фаол, ҳамкорликда ва масъулият билан ишлашлари лозим;
- ўзларига ёрдам керак бўлганда сўрашлари мумкин;
- ёрдам сўраганларга кўмак беришлари лозим;
- гуруҳни баҳолаш жараёнида иштирок этишлари лозим;
- “Биз бир кемадамиз, бирга чўкамиз ёки бирга кутиламиз” қоидасини яхши

ЭССЕ

Эссе – таклиф этилган мавзуга 1000 дан 5000 гача сўз ҳажмидаги иншо.

Эссе – бу муаллифнинг шахсий нуктаи назарини ёзма равишда эркин ифода этиш шакли; қандайдир предмет бўйича умумий ёки дастлабки дунёқарашни ўз ичига олади.

Беш дақиқалик эссе

Беш дақиқали эссе – ўрганилаётган мавзу бўйича олинган билимларни умумлаштириш, мушоҳада қилиш мақсадида ўқув машғулотида

13-мавзу	Эхинококкоз эпидемиологияси, патогенези, классификацияси, клиникаси, диагностикаси, дифференциал диагностикаси, давоси, реабилитацияси.

13.Маъруза машғулотининг ўқитиш технологияси

Вакти – 2 соат	Талабалар сони: 18 - 36 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Ахборот, визуал маъруза, биргаликда ўқиш усули ва “Б.Б.Б” жадвали график органайзеридан фойдаланган ҳолда.

Маъруза машғулотининг режаси	1. Эхинококкоз ҳақида тушунча; 2.Эпидемиологияси; 3.Классификацияси; 4.Клиник кечишини; 2. Текшириш усуллари; 3. Дифференциал диагностикаси; 4. Замонавий даволаш усуллари.
Маъруза мақсади: Талабаларни эхинококкоз касаллиги билан таништириш. Бу касалликнинг эпидемиологияси, патогенези, классификацияси, клиник кечиши, симптоматикаси тўғрисидаги билимларни чуқурлаштириш ва умумий даволаш усуллари қўллай билишни ўргатиш.	
Педагогик вазифалар: - Эхинококкоз ҳақида тушунча бериш; - Бу касаллик эпидемиологияси, патогенези билан таништириш; - - Касаллик симптоматикаси ёритиб бериш; - диагностика усуллари тўғри бажаришни, даволаш усуллари тўғри танлашни ўргатиш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: -Эхинококкоз ҳақида тушунча олади; - Бу касаллик эпидемиологияси билан танишади; -Классификацияни билган ҳолда тугри диагноз қуйишни урганади; - Касаллик симптоматикаси ёритиб беришади; - диагностика усуллари тўғри бажаришни, даволаш усуллари тўғри танлашни ўрганишади.
Ўқитиш услуби ва техникаси	Визуал маъруза, инсерт, блиц-сўров, презентация, аниқ ҳолатларни ечиш, “Б.Б.Б”.
Ўқитиш воситалари	Маърузалар матни, мультимедия, тарқатма материаллар, график органайзерлар, доска, бўр.
Ўқитиш шакли	Индивидуал, фронтал, умумжамоа ва жуфтликда ишлаш.
Ўқитиш шарт-шароити	Мультимедия, (ёки компьютер) билан жихозланган аудитория

Маъруза машғулотининг технологик картаси (13-машғулот)

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.)	1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотида кутилаётган натижалар маълум қилинади. Мазкур машғулот муоммоли тарзда ўтишни эълон қилади.	1.1. Эшитади, куради ва ёзиб олади.

2- босқич. Асосий (70 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини режадаги саволлар ва улардаги тушунчаларга қаратади. Блиц-сўров ўтказилади. 2.2. Билимларни янада аниқлаштириш мақсадиди Б.Б.Б. жадвалини дафтарга чизишни таклиф этади (1-илова). Доскага чиқаради. 2.3 . Муаммоли саволларни ўртага ташилайди ва уларни биргаликда ўқишга чорлайди: 1. Эхинококкоз эпидемиологиясини биласизми? 2. Жигарда эхинококк кистасининг асосий жойлашиш сегменти қайси? Бу саволларга жавоб бериш учун аввал жигар ва упка нормал анатомияси, физиологияси усулларини эслатади. 2.4. Муаммони ҳал қилиш учун қўйидаги саволларга аниқлик киритади. 1. Жигардан эхинококкэктомия турлари? 2. Упкадан эхинококкэктомиядан кейин қолдиқ бушликни капитонаж қилиш усулларини айтинг. 2.5. Жигар эхинококкозиди оператив даволашдан мақсад нима?деган саволни ўртага ташилайди. Жигар ва упка эхинококкозиди диагностикаси ва даволашнинг стандарт схемасини намоиш этади.	2.1. Талабалар жавоб берадилар, дафтарларига чизадилар, жадвалнинг 1 ва 2 устунларини тўлдирадилар. 2.2. Муаммога эътиборни қаратадилар ва ёзиб оладилар. 2.3. Ёзиб оладилар ва ўз билимлари билан солиштирадилар. 2.4. Муаммо юзасидан ўз ечимларини таклиф қиладилар. Мунозара қиладилар. Жавоб берадилар. 2.5. Оптимал ечимлар юзасидан таклифлар берадилар. Б.Б.Б. жадвалнинг 5-устунини тўлдирадилар.
3- босқич. Якуний (10 мин.)	3.1. Мавзуга хулоса қиладди. 3.2. Режадаги натижаларга эришишда фаол иштирокчиларни рағбатлантиради. 3.3. Мустақил иш учун вазифа беради. “Операция қилинган меъда касалликлари” мавзусида эссе ёзишни топширади.	Эшитадилар, ўзларини тўғрилайдилар. Ёзиб оладилар.

Эхинококкоз — оғир паразитар касаллик бўлиб, куп сонли беморлар ва емик учоклар бор булган купчилик мамлакатларда ҳозирги вақтда ҳам дий тиббий ва халқ хужалиги муаммоси бўлиб қолмоқда.

Ўзбекистон эхинококк бўйича эндемик учок ҳисобланади ва аҳолининг нококк билан касалланиши даражаси ҳар 1000 кишига 6-9 киши туғри келиб ҳозирги вақтда бу курсаткичнинг камайиши кузатилгани йук. Ресликада эхинококк бўйича операциялар микдори йилига 1-1,5 минггач

Эхинококк кузгатувчиси тасмий чувалчанг-Echinococcus grwulosus olphi бўлиб, эндопаразитлар ҳисобланади. Жинсий жихатдан етуклик Кишида бу чувалчанглар Йирткич хайвонлар Итлар бурилар нинг ингичка ичагида яшаса, личинка-пуфакча босқичида эса йирик найда шохли хайвонлар ва одам организмда паразитлик қиладди.

Эхинакокк пуфаги киста шаклида бўлиб, фиброз капсула билан уралган була- ди. Фиброз капсула паразитнинг доимий узиши туфайли организм туқимасида буладиган реактив узгаришлар ҳисобига ривожланади. Паразитнинг узи эса 2 та каватдан иборат — ички (герминатив) ва ташки хитин { еки кутикуляр) каватлар. Фиброз капсула хитин кават билан мустахкам боғланмаган. Эхинококк кистасининг бушлиги озиклантирувчи суюқлик билан тулган бўлиб, унда киз

пуфакчалар, сколекслар, чиқарувчи капсулалар сузиб юради. Баъзан чиқарувчи элементлари булмаган жинссиз эхинококклар ҳам учрайди.

Эхинококк кистаси ривожланишида атроф туқимани сиқиб, унинг бирор юзасига буртиб чиқади, бу эса орган туқимасининг атрофиясига олиб келади. Кистанинг яшаш вақти уртача 10-20 йил ҳисобланади.

Йирик ва майда шохли хайванларнинг касалланиши одамларнинг касалланиши билан бир хил кечади. Итлар, бурилар ва шақаллар эса органлари эхинококк кисталари билан касалланиб улган еки суйилган хайвонлар орқали утади.

Эхинококкоз юқадиган асосий гуруҳдаги одамлар, уй хайвонлари билан муносабатда бўладиган шахслардир. Бу гуруҳга уй бекалари, қишлоқ болалари, сут соғувчилар, мол боқувчилар, чўпонлар, гушт комбинати ишчилари, тери шилиш ва қайта ишлаш соҳасидаги ишчилар қиради. Еўпинча бу патология аёлларда кузатилади.

Эхинококкознинг кечиши ҳар хил. Баъзан симптомлари кам ҳолда кечса, бошқа ҳолларда қиска вақтларда прогрессив шикоятлар пайдо бўлиб ривожланади, башка 3 ҳолларда эса қучли ривожланган уткир ҳолатлар билан кечади. Эхинококкоз кечишининг А.Б.Мельников буйича 3 та босқичи кузатилади.

Биринчи - латент босқичи. Паразитнинг организмга инвазиясидан кейин 5 йилгача бўлган давр бўлиб, бу вақтда ҳеч қандай шикоятлар ва касаллик белгилари Кузатилмайди. Бу босқичда касаллик профилактик текширувларда, бошқа касаллик буйича муҳожаат қилганда еки операция пайтида аниқланади.

Иккинчи — клиник белгилари намоён бўлган босқич; бу: давр касаллигининг биринчи белгилари намоён бўлган пайтдан бошлаб, то у еки, бу асоратлар қилиб чиққнгача бўлган даврни ўз ичига олади.

Учинчи — асоратлар даври; Энг қўп учрайдиган асоратлар жуёласига кистанинг бирон эркин бўшлиққа еки қовак органларга ерилиши қиради. Баъзи ҳолларда кистанинг асорати, унинг клиник жиҳатдан биринчи

унинг суюқлигининг қорин еки плевра бўшлиғи, бронхларга, ўт йўллари, қон томирлари ва бошқаларга қўйилиб тарқалган ҳисобланади. Шу қи айтиш қераққи, кистанинг ерилиши қўпли аллергия реакция билан намоён бўлади, яъни титроқ, қаварчик, анафилактик шок белгилари ҳосил бўлади.

Эхинококк киста ерилишининг энг қўвли томони шундан иборатки, тарқибда сколекс ва онкосфералар сақлаган киста суюқлиғи қорин еки плеврал бўшлиққа тарқалиб қетти еки қон томирлари орқали башқа орган ва туқималарга етиб боради. Натижада организмда ўнлаб, юзлаб ва минглаб эхинококк кисталар ривожланиб беморнинг қасаллиғи оғирлашади.

Киста ичидаги маҳсулотнинг ўлиши еки шамоллаши энг қўп учрайдиган асоратлардан ҳисобланади. Кистанинг қалоқ бўлиши ҳар доим ҳам қасаллигининг тузалишига олиб қелмайди, балки оғир асоратлар қўзатилиши мумкин. Баъзан бу асоратлар — паразитнинг ўлиши, кистанинг йиринглаши ва ерилиши биргалиқда қўшилиб беморнинг аҳволини оғирлаштиради.

Эхинококк диагностикасида қўйидаги усуллар маъжуд: Умумий клиник лаборатория, рентгенологик, изотоп, ултраоувуш ва маҳсул инструментал, серологик текширувлар.

Қон томонидан ўзгаришлар Доимий ердамчи, тулдирувчи усул сифатида қўлланади. Энг қўп учрайдиган ўзгаришлар жумласига эозинофиллар микдорининг ошиши, ЭҚТ (СОЭ) нинг ошиши, лейкоцитлар микдорининг қутарилиши, асосан эхинококкнинг асоратларида қўзатилади.

Эхинококк диагностикасида иммунологик текширувлар қатта ролни ўйнайди. Ҳозирги вақтгача шу мақсадда 1912 йилда Қацини тавсия қилган, тери орасига қўйиладиган синамадан фойдаланилар эди. Аммо бу усул қўлланилганда анафилактик шок қабил ноқўя реакцияларнинг қўзатилиши бу усулдан воқ кечишга олиб қелди. 1960 йилда А. Fischmans таърифи тавсия қилинган латекс агглютинация усули организм учун зарарсиз ва зўффеқ; тив бўлиб, 9БХ ҳолларда аниқ маълумот беради. Эхинококкда иммунологик диагностиканинг ишонқчилиғи икки хил серологик реакцияларни биргалиқда олиб қорганда ошади. Буларга латекс-агглютинация ва билвосита гематютинация реакциялари қиради.

Эхинококкозда, айниқса ўпкалар зарарланишида рентгенологик текширув усули энг асосий ва зарурий усуллардан ҳисобланади. Шу мақсадда қўп позицияли рентгенскопия ва графия,

томографиядан аникланади. Ахолини профилактик мақсадда елпасига флюорографиядан утказиш ҳам кимматли усул ҳисобланади.

Ультратовуш сканирлаш усули юкори аниклик берадиган ноинвазив усул булиб, кейинги йилларда корин бушлиги органлари эхинококкоги ди- агностикасида жуда кенг кулланилади. Жигар ва талок эхинококкозида ахамияти буйича 1 чи уринда туради. Ультратовуш усули пайдо булгандан кейин радиоизотоп текширув усуллари уз ахамиятини йукотди.

Компьютер томография ядро-магнитли резонанс усуллари энг замонавий ва энг куп информация бериши билан нафакат эхинококказ, балки ор- ган ва туқималарнинг башка хажмий ҳосилаиари (объемные образования) диагностикасида жуда ҳам самаралидир. Аммо бу замонавий аппаратуралар жуда кимматлилиги туфайли бизнинг республикамизда кенг тарқалмаган.

Эхинококкоз қайси <-оҳала булишидан қатъий назар, уни даволаш усули хирургик усул ҳисобланади ва у эхинококкни олиб ташлаб, орган ва туқималардаги қолдиқ бушликни ҳар хил йуллар билан ликвидация қилишдан иборатдир. Эхинококкозда операция қанчалик эрта амыга оширилса, унинг натижаси шунча яхши булади. Бу постулатдан шу қелиб чиқадики, эхино- кокк эрта аниклашнинг ахамияти жуда қатта.

Кейинги вақтларда адабиётларда эхинококкозни консерватив даволашга оид маълумотлар босилиб қияпти. Бу мақсадда Мебендазол (Вермокс) қатта дозаларда ишлатилади. Бу даволаш усули қуплаб эхинококкни хирургик йул билан олиб ташлашнинг иложи булмаганда кулланилади.

Одамлар ва уй ҳайвонлари орасида эхинококкозни қамайтириш ва йукотишда профилактика ҳал қилувчи ролни уйнайди. Аҳоли орасида санитария ишларини — тарқалиш йулларини, уй ҳайвонлари ит — одам зағжирини, шахсий гигиена қоидаларини тушунтириш ишларини олиб бориш жуда зарурдир. Бундан ташқари зарур тадбирлар жумласига қуйидагилар қиради Эхинококкоз учоқларини аниклаш ва бу зоналарнинг санитария-гигиена ҳо- латларини урганиш, гушт қомбинатларида ва қассобхоналарда тозаликни сақлаш, шахсий молларни суйишда ветеринария — санитария назорати, итларни систематик равишда паразит ташувчанликни аниклаш учун текшириб туриш ва уларни режали равишда дегельминтизация қилиш, дайди имтларни йукотиш, эндемик учоқларда ахолини ультратовуш сканирлаш, флюорография ва серологик усуллар билан профилактик қуриқлардан утказиб, турин.

ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИ ҳар хил орган ва туқималарнинг эхинококк билан қасалланиши орасида энг қуп ҳолларда учраб, баъзи авторларнинг маълумоти қараганда 44 дан 88 гача қузатилади. Жигар эхинококкози асосан 20 — 50 ешларда энг қуп (65) учраб, аёлларда эрқакларга нисбатан қуп 68.- 58. . Эхинококк қистаси қупинча жигарнинг унги булагидан учрайди.

Жигар эхинококкозининг клиник қуриниши ҳилма ҳилдир. Бирламчи белгилар қиста улчами қатташиб, атроф туқимани сиқиб, қон томирлари ва ут йулларини эзиб қуйсагина қелиб қикади. Баъзи ҳолатларда эса бу қасаллик эхинококк қистасининг асорати қелиб қикқандагина аникланади.

Симптомлар пайдо булгандаги шикоятлар: унги қовурғалар ейи остида утмас, интенсив оғриқлар, оғирлик , эзилиш ва сиқилиш сезгиси була- ди.Баъзан шу шикоятлар эпигастрал соҳада, унги қуракнинг паски қисмла- рида қузатилади. Юқоридаги шикоятлар билан бирга умумий ҳолсизлик, иш- тара пасайиши, тез қарчаш ва қансираш қушилади. Қаданда тез — тез қай- тарилувчи қаварчиқлар, ич қетишлар ва қайт қилиш, қунғил айнаши қури- нишида аллергик реакциялар қузатилади. Объектив қурилганда жигарнинг маълум бир булагидан еки қарча улчалари қатталашган булади. Қиста жигарнинг олдинги қастки юзасида қойлашганда қорин деворининг буртиб туришини, қатерал сохзларда қойлашганда эса қовурғалар ва қовурғалар ейининг қурига ухшаб буртиб туришини аниклаш мумкин. Пальпацияда жигар қатталашган, қонсистенцияси зичлашган. Уннинг юзасида одатда зич эластик қонсистенцияли еки тахтасимон зичликдаги юмалоқ қосила пайқасланади. Баъзан флюктуация симптоми аникланади.

Жигар эхинококкозида рентгенологик текширувларнинг информативлиги қистанинг қоқализацияси ва ҳолатига боғлиқдир.Агар қиста жигарнинг олдинги юқори юзасида еки қиафрагмаости соҳасида қойлашган булса, рент- генологик текширувда қиафрагма унги қумбазининг юқори турганлиги, уннинг қарақати қегараланганлиги ва баъзи ҳолларда уннинг деформацияси аникланади. Жигарнинг оҳақланган эхинококк қисталари одатдаги умумий рентгенқифия ва рентгенқспия орқали аникланиши мумкин Сунъий равишда пневмоперитонеум яратиб,рентгенологик текширувда жигарнинг қиафрагма қастки юзасида қойлашган эхинококк қисталарини қиафрагма релаксацияси ва унги қупа қастки қуоаги усмаларидан қарқлаш мумкин.

Киритилган эркин газ жигар билан диафрагма орасида окиш йул куринишида булиб, унда улчами катталашган жигардан хосил булган овал — юмалок буртма оркали диафрагманинг кутарилиб тургани аникланади.

Ультратовуш сканирлаш — жигар эхинококкозида ахамияти буйича 1-чи уринда туради. Жигар паренхимасида улчами 1 см булган кисталарни ҳам аниклаб, унинг локализацияси, жойлашиш чуқурлиги ва улчамлари, киста ичидаги махсулотнинг характери хакида тулик маълумот беради. Компьютер томография текширувида жигар эхинококклари жигарда паст коэффициентли абсорбцияли юмалок зоналар борлиги, жигар улчамларининг катталашганлиги, контурларининг деформацияси, анатомик тузилмаларининг четга сурилиши, ут йулларининг кенгайиши аникланади.

Жигар эхинококкининг энг куп учрайдиган асорати кистанинг йиринг-лашидир. Беморда бирдан жигар соҳасида кучли огриклар пайдо булиб, жигар пальпацияда огрикли, катталашган, тана хароратининг 40-41 С гача кутарилиши гектик характерда булади. Калтираш ва куп терлаш билан интоксикация белгилари сшиб боради. Кейин септик ҳолат кузатилиши мумкин. Бошқа ҳолатларда йиринглик ерилиб, корин еки плевра бушли-гиги йиринг таркалиб кетиши мумкин. Жуда кам ҳолларда йиринглаган киста ташқарига еки бирон — бир ковак органнинг бушлигига ерилади (ошқозон, ичак ва бронхларга). Жигар эхинококкозининг ута ҳафви асорати хали инфекция тушмаган тирик кистанинг ерилиши ҳисобланади (69%). Кистанинг ерилиб кетишига енгил травмамалар сабаб булади. Бунда киста суюклиги корин бушлигига тукилади ва анафилактик шок белгилари ривожланади: АБ пасайиб етиши, тахикардия, тери копламларининг оқариши, хушдан кетиш.

Эхинококк кистаси жигар ут йулларига ерилиши ҳам мумкин. Бунда хитин кобиги ва киз пуфакчалар ут йулларига тикилиб қолиб, механик сариклик келиб чиқади.

Жигар эхинококкозида дифференциал ташхис қуйишда жигарнинг усма касалликлари ва кистоз хосильларни ажратиб олиш зарур: бирламчи ва метастатик рак, гепатома, ангиома, алвеококкоз, дермоид ва эпителиал кисталар, амебали ва бацилляр абцесслар. Бундан ташқари бошқа бир канча жигар атрофидаги органлар — диафрагма (релаксация диафрагма ости абсцесси), унгулка булаклари (усмалар, нопаразитар кисталар. эхинококкоз), Унгуерак ва буйрақусти беzi, ут пуфаги касалликларидан ажратиб олиш зарур булади.

УПКА ЭХИНОКОККОЗИ жигардан кейин иккинчи уринда туради. Упкада битта якка киста билан бирга куплаб, икки томонлама эхинококк кисталар ҳам учрайди. Упка эхинококки билан бирга башқа органларда айниқса жигарда эхинококк учраши ҳолатлар оз эмас.

Упка эхинококкози куп ҳолларда симптомсиз кечади. Кейинчалик қуйидаги симптомлар пайдо булади: курак-кафасида ҳар хил интенсивликдаги ва характердаги невралгияга ухшаш огриклар булиши еки курак кафасида огирлик сезгиси. Упка эхинококкозида хансирашнинг пайдо булиши, улчами катта кистанинг бош бронхларни сиқиб туриши еки уқанинг куплаб эхинококклари билан боғлиқдир.

Йутал — эрта пайдо буладиган ва ахамиятли симптомлардан ҳисобланиб, уқупинча курак булади. Агар шамоллаш қушилса, унда шилимшик-йирингли боғам ажралади. Баъзан озмиқдорда кон туфлаш булиши мумкин.

Упка эхинококкининг объектив белгилари унинг локализацияси ва улчамларига боғлиқдир. Ташқи томондан бемор терисининг бироз оқарганлиги, нафас олиш ритми ва чуқурлигининг узғариши узатилади. Катта таранглашган периферик киста курак деварининг буртиб чиқишига, ковурагалар орасининг текисланиши ва уша соҳанинг нафас ҳаракатларида кам иштирок етишига олиб келади. Киста соҳасида перкутор товушларнинг бугиклашиши, нафаснинг сусайиши, агар шакалам қушилса унда упкада крепитацияланувчи ҳул майда пуфакчали хириллашлар эшитилади.

Упкадаги эхинококк киста рентгенологик текширувда юмалок гомоген аник контурли соя сифатида булиб, унинг атрофидаги туқима асосан узгармаган булади. Бирок, агар киста атрофидаги зичрок туқималарга тегиб турса, нотугри шаклда булиши ҳам мамкин. Упка эхинококкининг характерли белгиси — нафас олиш актида киста соясининг узғариши — Неменов симптоми дейилади. Паразит ҳалак булиши туфайли рентгенологик текширувда эхинококкнинг кутикуляр кобининг ажралиши кузатилади.

АСОРАТЛАР

Упка эхинококк кистаси йиринглаганда йуталнинг кучайиши, шилимшик йирингли балгам ажралиши, хароратнинг кутарилиши белгилари пайдо булади. Упка эхинококкининг бронхларга ерилиши куккисдан нафас олишнинг кийинлашиб калиш ва куп микдорда тиник, шуррок суюкликнинг йутал оркали чикиб кетиши билан характерланади. Барзан бу суюкликда киз пуфакчалар хитин кобигининг булакчалари булиши мумкин. Киста бронхга ерилгандан кейин мустикил равишда битиб кетиши камдан — кам холларда кузатилади. Хосил булган колдик бушлик инфекция тушиши туфайли йиринглаб, упка абцессига айланади. Сколексларнинг бронхиал йулар оркали таркалиши туфайли иккиламчи эхинококкоз ривожланади.

Упка эхинококкининг плевра бушлигига ерилиши айникса огир кечади. Бунда упка коллапси булиб, коапанли пневмоторакс ривожланиши мумкин. Киста плевра бушлигига ерилганда кукрак кафасининг уша томонида бирдан кучли огрик ва беморни кийнайдиган йутал хамида хансираш пайдо булади. Нафас ниҳоятда тезлашади ва юзаки булиб, бемор совук тер билан капланади. Шу билан бир вақтда беморни хатто улимга олиб келувчи анафи- лактик реакция кузатилиши мумкин.

Объектив курилганда беморнинг ахволи ута огир, цианоз, тахикардия, паст курсаткичли АБ кузатилади. Кукрак кафасининг киста жойлашган томони нафас олишда иштирок этмайди. Перкуссияда тимпанит товуш булиб, аускультацияда везикуляр нафаснинг бутунлай йуклиги еки узига хос характерли ута суи нафас эшитилади. Рентгенологик текширганда киста ерилган тарафда холатида, плевра бушлигида хаао ва суклик даражаси аникланади, барзан хитин кобиклари хам куриниши мумкин.

Плевра бушлигини пукция килинганда хава ва эхинококк паразитлари билан ифлосланган суюклик ажрагади. Эхинококкознинг асоратсиз ва асо- ратли шаклларининг барчаси хирургик усулда даволанади.

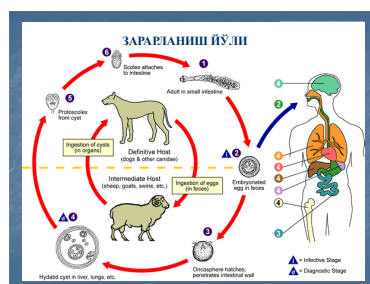
МАЪРУЗА СЛАЙДЛАРИ

Echinococcus granulosus сувли пуфакчалар чакривчи Эхинококкоз одамни энг хавфли гельминтларидан хисобланади

Ўзбекистон – эхинококк таркалиши бўйича эндемик регионга киради. 1000 аҳолидан 6 дан 9 гача нафар киши касалланади. Эхинококк бўйича жаррохлик амалиётлар сони республикада йилига 1 мингдан 1,5 минггача ташкил килади. Асоратли шакллари - 25-45%ни ташкил килади, амалиётдан кейинги ўлим 2,5 дан 7% гача кузатилади.

Эхинококк таснифи

Тип	Scolecida
Надтип	Plathelmites
Синф	Cestoda
Отряд	Cyclophyllidea
Подотряд	Taeniata
Семейство	Taeniidae
Род	Echinococcus
Вид	Echinococcus granulosus



Жигар эхинококкини клиникаси

- Белгисиз
 - Шикоятлар йўқ
- Белгилар мавжуд:
 - Ўнг қовурга остида қучис еки қучли огрик
 - Ўмумий холсиланиш
 - Ўнг қовурга остида огирлиқни, қисилишни, босилишни сезиш
 - Иштаканинг бузилиши
 - Крапивница
- Асоратлар
 - Йиринглаш
 - Ерилиш
 - Котиб қолиш

Диагностика

Лаборатор текширувлар:
Эхинофилия, ЭЧТ ни қўнайиши

Биологик синамалар:
Қаюни анафилактик синамаси
Агглютинация реакцияси латекс билан
Ногўрни агглютинация реакцияси

Инструментал текширувлар:

Қиёсий таххислаш

Ўпка эхинококкозини таснифи

- БИРЛАМЧИ ВА ИККИЛАМЧИ
- БИР ДОНАЛИ ВА КўПЛАБ
- БИР ТОМОНЛАМА ВА ИККИ ТОМОНЛАМА
- АСОРАТЛАНГАН ВА АСОРАТЛАНМАГАН

Ўпка эхинококкозининг клиникаси

- I босқич** (белгисиз). Шикоятлар йўқ.
Куриқда: қовургазараро соҳанинг бўриб чиқиши, перкурсор овушнинг қучоқланиши
- II босқич**: ҳушракча қучиш, огрик, хансираш, балгам ажраллиши билан йўғат, холсиланиш, иштаканинг бузилиши.
Куриқда: пайсаитган везикуляр нафас, перкуссияда тўмтоқ овои, нафас харакатини негираланиши
- III босқич**: хансираш, балгачи кўп микдорда ажраллиши, балгача қолиш, айла бузилиш, огрикни кучайиши, йўғатни кучайиши, овиш, ўмумий ахволини ёмонлашиши, таъна хароратини оишиш, балгам қулиқсимон буаади.
Куриқда: таъна хароратини оишиш, хансираш, перкуссияда қулиқсимон овои

Диагностика

Лаборатор текширувлар:
Эхинофилия, ЭЧТни оишиш

Биологик синамалар:
Қаюни анафилактик синамаси
Агглютинация реакцияси латекс билан
Ногўрни агглютинация реакцияси

16.семинар машғулотининг ўқитиш технологияси

Вакти - 4 соат	Талабалар сони: 8-10 нафар
Ўқув машғулоти шакли	Билимларни чуқурлаштириш, кенгайтириш ва амалда

Ўқув машғулоти режаси	8. Эхинококкоз ҳақида тушунча; 9. Эпидемиологияси; 10. Классификацияси; 11. Клиник кечишини; 12. Текшириш усуллари; 13. Дифференциал диагностикаси; 14. Замонавий даволаш усуллари.
Ўқув машғулотининг мақсади: Бу семинар машғулоти жараёнида саволлар ва муаммолар борасида суҳбат ўтказилади. Эхинококкоз касаллиги тўғрисида билимларни мустаҳкамлаш.	
Педагогик вазифалар: - мавзу буйича билимларни тизимлаштириш, мустаҳкамлаш. - дарслик билан ишлаш кўникмаларини ҳосил қилиш; - янги ахборотларни таҳлил қилиш кўникмаларини ривожлантириш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талба: - Эхинококкоз ҳақида тушунча олади; - Бу касаллик эпидемиологияси билан танишади; - Классификацияни билган ҳолда тугри диагноз қуйишни урганади; - Касаллик симптоматикаси ёритиб беришади; - диагностика усуллари тўғри бажаришни, даволаш усуллари тўғри танлашни ўрганишади.
Ўқитиш услуби ва техникаси	<i>Блиц-суров, муаммоли усул, ақлий ҳужум.</i>
Ўқитиш воситалари	<i>Маъруза матни, ўқув кўлланмаси, жадваллар, доска. Компьютер мультимедия дарсликлари, атлас.</i>
Ўқитиш шакли	<i>Фронтал, коллектив, гуруҳларда.</i>
Ўқитиш шароитлари	<i>Мавзуга мос жиҳозланган аудитория (слайдлар, ва ҳ.к.).</i>

Амалий машғулотининг технологик картаси (16-машғулоти)

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (15 мин)	1.1. Мавзунинг мақсади ва режадаги ўқув натижаларини эълон қилади, уларнинг аҳамиятини ва долзарблигини асослайди. 1.2. Амалий машғулоти мунозара тарзида ўтишини эълон қилади. 1.3. Билимларни фаоллаштириш мақсадида “Эхинококкэктомиянинг қандай турларини биласиз? Саволи билан мунозара қилади. 1.4. Мунозара қоидаларини эслатади.	Мавзунинг ёздиқлари ва саволларга жавоб беради.

2-босқич Асосий (150 мин)	2.1. Талабаларни мунозара саволлари билан таништиради. – Эхинококкоз эпидемиологияси хақида тушунча беринг. – Эхинококкоз касаллиги классификациясини айтинг. – Жигардан эхинококкэктомия турларини айтинг. – Упкадан эхинококкэктомия турлариний айтинг. 2.2. Талабалар мунозарасини ташкил этади. Ҳар бир жавобнинг мазмунига ва мантиқийлигига эътибор беради. Саволлар беришни таклиф этади. Турли нуқтаи назарлар тингланади ва умумлаштиради. Ҳар бир савол муҳокамаи умумий хулоса билан тугайди. 2.3. Талабаларнинг қушимча саволларига жавоб беради.	2.1. Эшитадилар ва жавобларни тайёрлайдилар. 2.2. Талабалар саволларга ўз нуқтаи назарларини билдирадилар, қўшимчалар қиладилар ва саволлар берадилар.
3-босқич Якуний (15 мин)	3.1. Семинар машғулоти яқунлайди, саволлар бўйича хулосалар чиқаради, мунозара иштирокчиларини баҳолайди. 3.2. Мустақил иш учун вазифа беради. (Мавзу бўйича масалалар)	Эшитадилар. Хулосаларни ёзиб оладилар. Топшириқни оладилар.

17.семинар машғулотининг ўқитиш технологияси

Вакти - 4 соат	Талабалар сони: 8-10 нафар
Ўқув машғулоти шакли	Билимларни чуқурлаштириш, кенгайтириш ва амалда бажариш бўйича муаммоли семинар.
Ўқув машғулоти режаси	Упка носпецифик сурункали касалликлари ҳақида тушунча. Классификацияси. Патогенези. Клиникаси. Диагностикаси. Дифференциал диагностикаси. Замонавий даволаш усуллари.
Ўқув машғулотининг мақсади: Бу семинар машғулоти жараёнида саволлар ва муаммолар борасида суҳбат ўтказилади. Упка носпецифик сурункали касалликлари тўғрисида билимларни мустаҳкамлаш.	
Педагогик вазифалар: - мавзу бўйича билимларни тизимлаштириш, мустаҳкамлаш. - дарслик билан ишлаш куникмаларини ҳосил қилиш; - янги ахборотларни таҳлил қилиш кўникмаларини ривожлантириш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талба: - Упка носпецифик сурункали ҳақида тушунча беради. - Классификациясини билган ҳолда тўғри диагноз қуяди. - Касалликларнинг патофизиологиясини тушунтириб беради. - Синдромларнинг клиник кечишини ёритиб беради. - Замонавий текшириш усуллари гапириб беради. - Дифференциал диагностикасини тушунтириб беради. - Замонавий даволаш усуллари кўрсатиб беради.
Ўқитиш услуби ва техникаси	Конференция – семинар, блиц-сўров, тақдимот, ақлий хужум.
Ўқитиш воситалари	Маъруза матни, ўқув қўлланмаси, жадваллар, доска. Компьютер мультимедия дарсликлари, атлас.

Ўқитиш шакли	Гуруҳлар, индивидуал, жамоада ишлаш.
Ўқитиш шароитлари	Мавзуга мос жиҳозланган аудитория (слайдлар, ва ҳ.к.).

Амалий машғулотининг технологик картаси (17-машғулот)

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (5 мин)	1.1. Мавзу, режа ва кутилаётган мақсад, семинар машғулотининг режаси ҳамда уни ўтказиш тартибини маълум қилинади. Экранга баҳолаш мезонини чиқаради (1-илова).	1.1. Эшитадилар ва мавзунини ўқидилар.
2-босқич. Билимларни фаоллаштириш (10 мин.)	2.1. Экранга тестларни чиқаради (2-илова), тест олади ва текширади. 2.2. Тест натижаларини таҳлил қилади ва хатоларга тўхталиб ўтади.	2.1. Тест саволларига алоҳида жавоб танлайди. 2.2. Тест натижаларини таҳлил қилади.
3-босқич Асосий (150 мин)	3.1. Талабаларни 3 та гуруҳга бўлади ва топшириқларни қайтаради (3-илова). Иш якунланганда қандай натижага эга бўлиши кутилаётгани билан таништиради. Ақлий ҳужум ёрдамида муаммоларни саволларни ечиш қоидалари билан таништиради (4-илова). 3.2. Тақдиротни намойиши ва ўзаро баҳолаш натижаларини ҳал этишни ташкил этади. Изоҳлайди, жавобларни тартибга солади, ўқув жараёни давомида олинган хулосаларга эътибор қаратади	3.1. Топшириқларни бажаради: - гуруҳ сардори муаммони ҳал этишни ва презентацияни тайёрлашни ташкиллаштиради. 3.2. Презентация билан таништиради. Ўз фикрларини айтади, саволлар беради, бошқа гуруҳларни баҳолайди.
4-босқич Якуний (15 мин)	4.1. Мавзунини якунлайди, иштирокчиларни баҳолайди, рағбатлантиради. 4.2. Мустақил иш учун топшириқ беради: келгуси мавзу бўйича маърузани ўқиб келиш, маърузачиларга саволлар тайёрлаш. Реферат мавзуларини тақсимлайди, маърузачи, тақризчи, оппонентларни белгилайди муҳокама тартиби билан таништиради.	Эшитадилар ва аниқлаштирадилар. Реферат мавзуларини ўқиб оладилар.

1-илова.

«Ақлий ҳужум» методининг асосий қоидалари:

- Олға сурилган фикр ва ғоялар танқид остига олинмайди ва баҳоланмайди;
- Таклиф қилинаётган фикр ва ғоялар қанчалик фантастик ва антиқа бўлса ҳам, уни баҳолашдан ўзингизни тийинг!
- Танқид қилманг – ҳамма билдирилган фикрлар бир хилда бебаходир.
- Фикр билдирилаётганда бўлманг!
- Мақсад – фикр ва ғоялар сонини кўпайтириш.
- Қанчалик кўп фикр ва ғоялар билдирилса, шунчалик яхши. Янги ва бебаҳо фикр ва ғоянинг вужудга келиш эҳтимоли пайдо бўлади.
- Агар фикрлар қайтарилса асабийлашманг ва ҳайрон бўлманг.
- Бу муаммо фақатгина маълум усуллар ёрдамидагина ҳал бўлиши мумкин, деб ўйламанг.
- Фикрлар «ҳужуми»ни ўтказиш вақти аниқланади ва унга қатъиян риоя қилиниши шарт.

Гуруҳ билан ишлаш қоидалари

Гуруҳнинг ҳар бир аъзоси:

- ўз шерикларининг фикрларини ҳурмат қилишлари лозим;
- берилган топшириқлар бўйича фаол, ҳамкорликда ва масъулият билан ишлашлари лозим;
- ўзларига ёрдам керак бўлганда сўрашлари мумкин;
- ёрдам сўраганларга кўмак беришлари лозим;
- гуруҳни баҳолаш жараёнида иштирок этишлари лозим;
- “Биз бир кемадамиз, бирга чўкамиз ёки бирга қутиламиз”

қоидаларнинг асосини билтиришлари лозим

ЭССЕ

Эссе – таклиф этилган мавзуга 1000 дан 5000 гача сўз ҳажмидаги иншо.

Эссе – бу муаллифнинг шахсий нуқтаи назарини ёзма равишда эркин ифода этиш шакли; қандайдир предмет бўйича умумий ёки дастлабки дунёқарашни ўз ичига олади.

Беш дақиқалик эссе

Беш дақиқали эссе – ўрганилаётган мавзу бўйича олинган билимларни умумлаштириш, мушоҳада қилиш мақсадида ўқув машғулотида

Инсерт – самарали ўқиш ва фикрлаш учун белгилашнинг интерфаол тизими ҳисобланиб, мустакил ўқиб-урганишда ёрдам беради. Бунда маъруза мавзулари, китоб ва бошқд материаллар олдиндан талабага вазифа қилиб берилади. Уни ўқиб чиқиб, «V; +; –; ?» белгилари орқали ўз фикрини ифодалайди.

Матнни белгилаш тизими

“V” - мен билган нарсани тасдиқдайди.

“+” - янги маълумот.

“–” - мен билган нарсага зид.

“?” - мени уйлантирди. Менга қушимча маълумот зарур.

Б.Б.Б. усули

Талабаларга мавзуга доир иборалар таклиф этилади, талабалар шу иборалардан билганларини «+» билан, билмаганларини «-» билан белгилайди ва жадвалга фиксация қилинади.

Кластер.

11. Катта коғоз марказига темага доир калит суз ёзилади.

12. Катнашчилар калит сузининг атрофига «йулдош» сузлар ёзилади.

13. Катнашчилар фикрига кура шу калит сузига тегишли бўлган сузлар ёки таклифлари ёзилади.

Фан буйича маъруза ва дарслар уқитиш технологияси.

14-мавзу	Плевра касалликлари этиологияси, патогенези, классификацияси, клиникаси, диагностикаси, дифференциал диагностикаси, давоси, реабилитацияси.

Маъруза машғулотининг ўқитиш технологияси

Вакти – 2 соат	Талабалар сони: 18 - 36 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	1. Плевра анатомияси; 2. Плевра касалликлари (йирингли плевритлари ва пиопневмоторакс); 3. Классификацияси; 4. Клиникаси ва диагностика усуллари; 5. Беморларни консерватив оператив даволаш усуллари.

Маъруза мақсади: Талабаларга диафрагма касалликлари келиб чиқишининг этиологик ва патогенетик омиллари тугрисида маълумот бериш, клиник манзараси, диагностикаси ҳамда дифференциал диагностикаси тугрисида тушунча ва амалий курсатмаларни ургатиш.

Педагогик вазифалар: - Плевра касалликлари ҳақида тушунча бериш; - Плевранинг анатомио-физиологик тузилиши; - Плевра касалликлари этиопатогенезини тушинтириш; - маъруза давомида талабаларга плевра касалликлари билан огриган беморлар билан мулоқат қилишни ўргатиш; - диагностика усуллари тўғри бажаришни, даволаш усуллари тўғри танлашни ўргатиш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба билиши керак: - Плевра касаллигит ҳақида тушунчани; - Плевранинг анатомио-физиологик тузилишини; - Плевра касалликлари классификациясини; - Бу касалликларнинг этиологияси, патогенези, пайдо бўлишининг умумий омиллари, клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари консерватив ва жаррохлик йулларини ўрганади.
Ўқитиш услуби ва техникаси	Визуал маъруза, блиц - сўров, баён қилиш, кластер, "ха-йук" техникаси
Ўқитиш воситалари	Маърузалар матни,

	мультимедия, тарқатма материаллар, график органайзерлар.
Ўқитиш шакли	Жамоа, гуруҳ, ва жуфтликда ишлаш.
Ўқитиш шарт-шароити	Мультимедия, билан жихозланган аудитория

Маъруза машғулотининг технологик картаси (13-машғулот)

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.)	1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотида кутилаётган натижалар маълум қилинади.	1.1. Эшитади, куради ва ёзиб олади.
2-босқич. Асосий (70 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниқлаш учун тезкорсавол-жавобўткази. - Плевранинг анатомио- физиологик тузилиши - Плевра касаллиги нима? - Пиопневмоторакс қандай касаллик? - Плевра касалликларида асосий рентгенологик белги ? 2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда давом этади. Плевра касалликлари ҳозирги пайтдаги долзарб муоммолари ҳақида гапиради. Плевра касалликларининг патанатомияси, патофизиологияси, клиникаси ва замонавий даволаш усуллари ҳақида гапиради. 2.3 Плевра касалликларини урганишда ўз ҳиссаларини қўшган олимларининг ишлари туғрисидаги тўхталиб ўтилади. 2.4. Талабаларга мавзунинг асосий тушунчаларига эътибор қилишни ва ёзиб олишларини таъкидлайди.	2.1. Эшитади, кўради Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 2.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади. 2.3. Эслаб қолади, ёзади. Ҳар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади. Таърифни ёзиб олади, мисоллар келтиради.
3-босқич. Якуний (10 мин.)	3.1. Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади. Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради.	3.1. Эшитади, кўради, аниқлаштиради. 3.2. Топширикни ёзиб олади.

20.Семинар машғулотининг ўқитиш технологияси

Вакти - 4 соат	Талабалар сони: 8-10 нафар
Ўқув машғулоти шакли	Билимларни чуқурлаштириш, кенгайтириш ва амалда бажариш бўйича амалий машғулот.
Ўқув машғулоти режаси	Плевра касалликлари ҳақида тушунча. Касаллик этиологияси. Патанатомияси. Патофизиологияси. Классификацияси. Клиникаси. Диагностикаси. Дифференциал диагностикаси. Замонавий даволаш усуллари.
Ўқув машғулотининг мақсади: Бу семинар машғулоти жараёнида саволлар ва муаммолар борасида суҳбат ўтказилади. Бу дарсда “ақлий хужум” усулини ҳам қўллаш мумкин. Шунингдек, тест ва масалалар ечиш мумкин.	
Педагогик вазифалар: - мавзу бўйича билимларни тизимлаштириш, мустаҳкамлаш. - дарслик билан ишлаш куникмаларини ҳосил қилиш; - янги ахборотларни таҳлил қилиш куникмаларини ривожлантириш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талба: - Плевра касалликлари ҳақида тушунча беради. - Касаллик этиологик омилларини қайд этиб ўтади. - Нормал анатомия ва патанатомияни таққослайди. - Гемодинамик ўзгаришларни ёритиб беради. - Касаллик диагнозини тўғри ёзишни ўрганади. - Касаллик кечиши, симптомларини таърифлаб беради. - Замонавий диагностика усуллари шарҳлаб беради. - Касалликни бошқа касалликлардан мисоллар билан ажратиб беради. - Замонавий даволаш усуллари ҳақида тушунча беради.
Ўқитиш услуби ва техникаси	<i>Блиц-суров, биргаликда ўқиймиз, “иши” ва “оғриқ” сўзларига кластер, мунозара.</i>
Ўқитиш воситалари	<i>Маъруза матни, ўқув қўлланмаси, жадваллар, доска. Компьютер мультимедия дарсликлари, атлас.</i>
Ўқитиш шакли	<i>Билимларни чуқурлаштириш ва кенгайтириш, индивидуал ва гуруҳ, бўйича ўқитиш.</i>
Ўқитиш шароитлари	<i>Мавзуга мос жиҳозланган аудитория (слайдлар, ва х.к.).</i>

Амалий машғулотининг технологик картаси (20-машғулот)

Босқи члар, вакти	Фаолият мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба
1- босқич. Кириш (15 мин)	1.1. Мавзуни, мақсад ва режадаги ўқув натижаларини эълон қилади, уларнинг ахамиятини ва долзарблигини асослайди. Машғулот ҳамкорликда ишлаш технологиясини куллаган ҳолда утишни маълум қилади. 1.2. Аклий ҳужум усулидан фойдаланган ҳолда аудиториянинг тайёргарлик даражасини аниқдайди: Плевра касалликлари патологияларини биласизми? Уларнинг этиологияси, патанатомияси, патогенези, клиникаси, диагностикаси ва даволаш усулларига изоҳ беринг? Мазмунининг муҳокамаси гуруҳларда давом этишини эълон қилади.	1.1. Мавзуни ёзади ва саволларга жавоб беради.
2- босқич Асосий (150 мин)	2.1. Талабаларни 3 гуруҳга булади, ҳар бирига вазифа беради (2-илова). Кутилаётган ўқув натижаларини эслатади. 2.2. Гуруҳда ишлаш қоидаси билан таништиради (1-илова). Баҳолаш мезонларини ҳам намоиш қилади. 2.3. Вазифани бажаришда ўқув материаллари (маъруза матни, ўқув қўлланма)дан фойдаланиш мумкинлигини эслатади. Гуруҳларда иш бошлашни таклиф этади. 2.4. Тайёргарликдан кейин амалий ишлар бошлангани эълон қилинади. 2.5. Талабалар клиник белгиларни ифодалашга ва улар хақида хулосалар беради ва аниқлик киритади. 2.6. Талабаларга Б.Б.Б. усули бўйича ифодаланган жадвални намоиш қилади ва устунларни тўлдиришни айтади. Тушунчаларга изоҳларни туғрилайди ва саволларга жавоб қайтаради. Гуруҳлар фаолиятига умумий балл беради.	2.1. Ўқув натижаларини такдим қиладилар. 2.2. Саволлар беради. 2.3. Жавобларни тўлдиради. 2.4. Жадвал устунларини тўлдиради ва муҳокамада иштирок этади.
3- босқич Якуний (15 мин)	3.1. Машғулотни якунлайди, талабаларни баҳолайди ва фаол иштирокчиларни рағбатлантиради. 3.2. Мустақил иш сифатида “ Плевра касалликлари ” мавзусида “эссе” ёзишни топширади.	3.1. Эшитадилар. 3.2. Топширикни оладилар.

«Ақлий ҳужум» методининг асосий қоидалари:

- Олга сурилган фикр ва ғоялар танқид остига олинмайди ва баҳоланмайди;
- Таклиф қилинаётган фикр ва ғоялар қанчалик фантастик ва антиқа бўлса ҳам, уни баҳолашдан ўзингизни тийинг!
- Танқид қилманг – ҳамма билдирилган фикрлар бир хилда бебаходир.
- Фикр билдирилаётганда бўлманг!
- Мақсад – фикр ва ғоялар сонини кўпайтириш.
- Қанчалик кўп фикр ва ғоялар билдирилса, шунчалик яхши. Янги ва бебаҳо фикр ва ғоянинг вужудга келиш эҳтимоли пайдо бўлади.
- Агар фикрлар қайтарилса асабийлашманг ва ҳайрон бўлманг.
- Бу муаммо фақатгина маълум усуллар ёрдамидагина ҳал бўлиши мумкин, деб ўйламанг.
- Фикрлар «ҳужуми»ни ўтказиш вақти аниқланади ва унга қатъиян риоя қилиниши шарт.

Гуруҳ билан ишлаш қоидалари

Гуруҳнинг ҳар бир аъзоси:

- ўз шерикларининг фикрларини хурмат қилишлари лозим;
- берилган топшириқлар бўйича фаол, ҳамкорликда ва масъулият билан ишлашлари лозим;
- ўзларига ёрдам керак бўлганда сўрашлари мумкин;
- ёрдам сўраганларга кўмак беришлари лозим;
- гуруҳни баҳолаш жараёнида иштирок этишлари лозим;
- “Биз бир кемадамиз, бирга чўкамиз ёки бирга қутиламиз” қоидасини яхши билишлари лозим.

ЭССЕ

Эссе – таклиф этилган мавзуга 1000 дан 5000 гача сўз ҳажмидаги иншо.

Эссе – бу муаллифнинг шахсий нуқтаи назарини ёзма равишда эркин ифода этиш шакли; қандайдир предмет бўйича умумий ёки дастлабки дунёқарашни ўз ичига олади.

Беш дақиқалик эссе

Беш дақиқали эссе – ўрганилаётган мавзу бўйича олинган билимларни умумлаштириш, мушоҳада қилиш мақсадида ўқув машғулотида

Инсерт – самарали ўқиш ва фикрлаш учун белгилашнинг интерфаол тизими ҳисобланиб, мустакил ўқиб-урганишда ёрдам беради. Бунда маъруза мавзулари, китоб ва бошқд материаллар олдиндан талабага вазифа қилиб берилади. Уни ўқиб чиқиб, «V; +; –; ?» белгилари орқали ўз фикрини ифодалайди.

Матнни белгилаш тизими

“V” - мен билган нарсани тасдиқдайди.

“+” - янги маълумот.

“–” - мен билган нарсага зид.

“?” - мени уйлантирди. Менга қушимча маълумот зарур.

Б.Б.Б. усули

Талабаларга мавзуга доир иборалар таклиф этилади, талабалар шу иборалардан билганларини «+» билан, билмаганларини «-» билан белгилайди ва жадвалга фиксация килинади.

Кластер.

1. Катта коғоз марказига темага доир калит суз ёзилади.
2. Катнашчилар калит сузининг атрофига «йулдош» сузлар ёзилади.
3. Катнашчилар фикрига кура шу калит сузига тегишли булган сузлар ёки таклифлари ёзилади.
- 4.

Фан буйича маъруза дарс уқитиш технологияси.

14мавзу	Упка уткир йирингли касалликлари этиологияси, патогенези, классификацияси, клиникаси, диагностикаси, дифференциал диагностикаси, давоси, реабилитацияси.

Маъруза машғулотининг ўқитиш технологияси

Вақти – 2 соат	Талабалар сони: 16 - 36 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	1. Упка анатомияси; 2. Упка уткир йирингли касалликлари(упка абсцесси ва гангрена) 3. Классификацияси, 4. Ддиагностикаси ва дифференциал диагностикаси, 5. Клиник кечиши, 6. Махсус текшириш усуллари. 7. Консерватив ва оператив даволаш усуллари.
Маъруза мақсади: Талабаларга Упка уткир йирингли касалликлари келиб чиқишининг этиологик ва патогенетик омиллари тугрисида маълумот бериш, клиник манзараси, диагностикаси ҳамда дифференциал диагностикаси тугрисида тушунча ва амалий курсатмаларни ургатиш.	

Педагогик вазифалар: - Упка уткир йирингли касалликлари ҳақида тушунча бериш; - Упканинг анатомио- физиологик тузилиши; - Упка уткир йирингли касалликлари этиопатогенезини тушинтириш; - маъруза давомида талабаларга упканинг уткир йирингли касалликлари билан огриган беморлар билан мулоқат қилишни ўргатиш; - диагностика усуллари тўғри бажаришни, даволаш усуллари тўғри танлашни ўргатиш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба билиши керак: - Упка уткир йирингли касаллиги ҳақида тушунчани; - Упканинг анатомио- физиологик тузилишини; - Упка уткир йирингли касалликлари классификациясини; - Бу касалликларнинг этиологияси, патогенези, пайдо бўлишининг умумий омиллари, клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари консерватив ва жаррохлик йулларини ўрганади.
Ўқитиш услуби ва техникаси	Визуал маъруза, блиц - сўров, баён қилиш, кластер, "ха-йук" техникаси
Ўқитиш воситалари	Маърузалар матни, мультимедия, тарқатма материаллар, график органайзерлар.
Ўқитиш шакли	Жамоа, гуруҳ, ва жуфтликда ишлаш.
Ўқитиш шарт-шароити	Мультимедия, билан жихозланган аудитория

Маъруза машғулотининг технологик картаси (14-машғулот)

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.)	<i>1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотида қўйилаётган натижалар маълум қилинади.</i>	1.1. Эшитади, куради ва ёзиб олади.

2-босқич. Асосий (70 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниклаш учун тезкорсавол-жавобўтказди. - Упканинг анатомио- физиологик тузилиши. - Упка уткир йирингли касаллиги қандай касаллик? - Упка уткир йирингли касалликларида асосий рентгенологик белгилари ? 2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда давом этади. Упка уткир йирингли касалликлари ҳозирги пайтдаги долзарб муоммолари ҳақида гапиради. Упка уткир касалликларининг патанатомияси, патофизиологияси, клиникаси ва замонавий даволаш усуллари ҳақида гапиради. 2.3 Упка уткир йирингли касалликларини урганишда ўз ҳиссаларини қўшган олимларининг ишлари тугрисидаги тўхталиб ўтилади. 2.4. Талабаларга мавзунинг асосий тушунчаларига эътибор қилишни ва ёзиб олишларини таъкидлайди.	2.1. Эшитади, кўради Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 2.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади. 2.3. Эслаб қолади, ёзади. Ҳар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади. Таърифни ёзиб олади, мисоллар келтиради.
3-босқич. Якуний (10 мин.)	3.1. Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади. Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради.	3.1. Эшитади, кўради, аниқлаштиради. 3.2. Топшириқни ёзиб олади.

Ўпканинг уткир йирингли деструктив касалликлари

Ўпка касалликлари диагностикаси аввалам бор беморларнинг шикоятлари, анамнез ва организмни физикал текшириш усуларига асосланади.

Ўпкаси касалланган беморларнинг купинча куйдагилар безовта қилади: бу балгамли ёки балгамсиз йутал, тана ҳароратининг кутарилиши, кукрак кафасидаги огриклар, конли йутал, хансирашлардир. Анамнез йигганда эътиборни касалликнинг бошланиши ва ривожланиши, яъни касалликнинг бошланиши совук қотиш, инфекцион касалланган беморлар билан ёки травмалар билан боғлиқлигини аниқлаш муҳим аҳамиятга эгадир. Шунингдек меҳнат шароити, турли ҳайвонлар билан алоқаси, ёмон одатлар мавжудлигини аниқлаш лозим.

Куппаниладиган физикал текширувларга: курик, пальпация, перкуссия, аускультациялар қиради. Булар организмдаги анатомио-функционал узгаришларни тасавур қилишга ва купинча беморларнинг ахволини динамикада ва даволаш жараёнида баҳолашнинг асосий усулларидан бўлиб қолади.

Балгамни текшириш унинг физик хоссаларини урганиш, бактериоскопия ва бактериологик экишлардан иборатдир.

Ўпкаси касалланган беморларда рентгенологик текширувлар купрок аниқ диагноз қуйиш имконини беради.

Томография – бу катма-кат тасвир олишдан иборат бўлиб, бунда сегмент ва субсегмент бронхларидаги узгаришлар, лимфа тугунларидаги узгаришлар, Ўпкадаги майда деструктив парчаланиш, майда буллани ва кистани, учокли сояларни куриш мумкин.

Компьютерли томография – Ўпкадаги учокнинг аниқ чегарасини, улчамини аниқлайди, унинг зичлигини баҳолашга шароит тугдириб беради.

Бронхоэктатик касаллигининг гумонида, унинг шикастланиш даражасини ва характерини аниқлашда, Ўпкадаги йирингли деструктив жараенининг аниқрок ҳажмини аниқлашда, сурункали

Ўпка йирингли касаллиги ва марказий Ўпка орасида дифференциал диагностика утказиш максидида бронхография тавсия этилади.

Ангиопульмонография – Ўпка артериясини катетрлашдан иборат булиб, бу томирга рентгенконтраст модда юбориб килинадиган тасвирдир. Бу муолажа Ўпканинг тугма касалликларида, Ўпка томирларидаги патологик жараенларда, Ўпка артериясининг тромбозларида, Ўпканинг сурункали касалликларида, Ўпка артериясида гемодинамиканинг бузилиш даражасини аниқлаш учун, ёмон кечувчи Ўпка усмаларида, операбелликни аниқлаш максидида бажарилади.

Бронхиал артериография – бронхиал артерияни катетрлаш, Ўпкадан кон кетишнинг сабабини, кон кетаётган жойини ҳамда кон оқишини тухтатиш максидида ишлатиладиган муолажа хисобланади.

Бронхоскопия – қаттиқ ва фибробронхоскопияларга булинади. Курсатмалар: марказий жойлашган бронх усмаси, Ўпкадан кон кетиши, трахея ва бронхлардаги ет жисм, Ўпка йирингли касалликларини диагностикаси ва санациялаш максидида.

Торакоскопия – торакоскоп ёрдамида плевра бушлигини визуал куриқдан утказиш максидида кулланиладиган муҳим диагностик ва даволаш усулидир.

Ўпканинг йирингли – деструктив касалликлари огир патологик жараен булиб, бу касалликларда улим Ўпкадаги йирингли деструкция характериға кура турли муаллифлар буйича 8 – 75% ни ташкил этади.

Биз купрок Стручков 1968 йилда таклиф этган таснифини Толузаков В.И. (1985й.) томонидан мукамаллаштирилган ҳолатидан фойдаланамиз. Яъни бу таснифга асосан, **патогенез буйича:** постпневмоник, аспирацион, пневмоник, гематоген – эмболик, сурункали пневмония асосида равожланувчи;

характери буйича: йирингли абсцесс, гангреноз абсцесс, Ўпка гангренази;

жойлашуви буйича: Ўпка сегменти, булаг, бутун Ўпкада;

жараеннинг тарқалиши буйича: ягона абсцесс, куплаб абсцесслар икки томонлама абсесслар;

абсцесснинг Ўпка илдизига нисбатан жойлашуви буйича: периферик (кортикал), марказий (илдиз олди);

огирлик даражаси буйича: енгил, урта огир, жуда огир;

асоратлар буйича: асоратсиз, асоратли: Ўпкадан кон кетиши, плевра эмпиемаси (чегараланган, тотал) таранглашган пиопневмоторакс, сепсис, септикопиемия.

Уткир йирингли абсцесс – бу некрорзга учраган Ўпка тукумасининг йирингли чириши булиб, у йиринга Тула еки йирингли суюклик сатҳига эға бушлик ҳосил қилади ва пиоген капсулага эға булган ҳолда, соғлом Ўпка тукумасидан перифокал инфильтрация орқали ажралиб туради.

Ўпка гангренази – Ўпканинг ката бир қисмини аниқ чегараға эға булмаган йиринглаб чириган некрози булиб, тезда тарқалиши, жуда огир клиник кечими билан харктерланади.

Булардан ташқари Ўпканинг гангреноз абсцесси фаркланади. Бу Ўпка тукумасининг йиринглаб-чириган некрози булиб, секвестр ҳосил қилиши ва Ўпканинг соғлом тукумасидан чегараланиши мойиллигига эға.

Ўпкада йирингли-деструктив касалликни келтирб чиқарувчи асосий учта омиллар мавжуд. Булар: 1) бронхиал утказувчанликнинг бузилиши, 2) Ўпка тукумасини яллигланттирувчи инфекцияни ривожланиши, кон айланишининг бузилиши ва тукума некрози, 3) организмда химоя қилувчи қучларнинг сусайиши.

Трансбронхиал дарахтининг инфекцияланишида аспирацион фактор Ўпканинг йирингли – деструктив касаллиги патогенезида катта роль уйнайди. Ўпканинг уткир йирингли – деструктив касалликлари патогенезида транс бронхиал дарахтнинг аспироацион механизми буйича инфекцияланиши катта роль уйнайди. Аспирацияға олиб келувчи шароитлар: вақтинча ютиш, йуталиш рефлексларининг сусайиши ёки йуқалиши билан боглик булган умумий анестезия, чуқур алкоголь мастлик, наркотик ҳолат, огир қала –мия жароҳати, узок муддат узини йуқотиш, мияда кон айланишнинг уткир бузилиши, тутканок. Ўпканинг уткир йирингли – деструктив касалликларида пневмония ҳам муҳим роль уйнаши мумкин. Травмадан кейин буладиган абсесслар камрок учрайди. Гематоген – эмболик сабаб септик учокдан келиб чиқиши мумкин. Этиологик жиҳатдан носпецифик инфекциялар асосий роль уйнайди. Ўпканинг йирингли деструктив касалликларини

чакирувчи инфекция полиморф булиб, улардан анаэроб (кlostридиал), анаэроб ва аэроб асоциацияси катта ахамиятга эга. Аэроблар: стафилококк, протей ва клебсиеллалар. Анаэроблар – бактероидлар, фузобактериялар, пептострептококклар.

Уткир Ўпка абсцессларининг клиник манзарасини иккига булиш мумкин, яъни бронхга ерилгунча ва бронхга ерилган боскичлар.

Купинча касаллик уткир бошланиб, тана хароратининг кутарилиши, кучли безгак, шикастланган тарафда кукрак кафасининг огриши, нафас тезлашуви, терлаш ва бошка интоксикация белгилари, делириоз ҳолатларни кузатиш мумкин. Биринчи боскичда йутал курук еки оз микдорда шилликли балгам ажралиши мумкин. Физикал текширувда товуш титрогининг шикастланган тарафда сусайиши, перкуссияда – товушнинг бугиклиги, аускультацияда – нафас сусайиши еки умуман эшитилмаслиги аникланади. Кон анализида – лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга силжиши, интоксикация индексининг кутарилиши, рентгенологик текширувда – учокли гомоген коронгулик аникланади.

Иккинчи боскичда, касаллик бошлангандан 7-14 сутка утгач, куйидаги клиник манзара кузатилади: йутал Билан куп микдордаги куланса хидл, йирингли балгам ажралиши (сутка давомида 500 мл.дан купрок). Бу ҳолатда клиник манзарада ижобий динамика кузатилади, яъни умумий фҳвол яхшиланади, интоксикация белгилари камайяди, тана харорати нормаллашади, интоксикация индекси камайяди, лейкоцитоз пасайяди. Аускультацияда – абсцесс соҳасида амфорик нафас, куплаб хар хил калибрли хул хириллашлар эшитилади. Рентгенологик текширувда суюклик сатҳига эга булган, ички контури текис ва атрофида перифокал инфильтрациялик бушлик аникланади.

Ўпка гангренасининг клиник манзараси: беморнинг умумий аҳволи жуда огир, тер окиши, кучли безгаклар, тез-тез нафас олиши, 3-4 кун давомида беморда йутал Билан куп микдорда куланса хидли, бадбуй балгам ажралиши укзатилади. балгам тиндирилганда 3 катламдан иборат булади: пастки катлами Ўпка тукумасининг некрозга учраган парчалари. Урта каввати – лойкаланган суюкликдан ва юкори катлами – купиксимон шиллик йирингдан иборат. аускультацияда – нафас сусайиши фонида куплаб турли калибрли хул хириллашлар. Рентгенологик текширувда бир Ўпканинг диффуз, бир хил даражада булмаган коронгулиги фонида куплаб окарган доғлар, плевра бушлигида купинча суюклик сатҳи еки суюклик гумони аникланади.

Ўпка йирингли-деструктив касалликларининг энг куп учрайдиган асортлари, бу пиопневмоторакс, контрлатерал Ўпканинг пневмонияси, Ўпкадан кон кетиш. Бошка асортлар - сепсис, пнемоперикардит, уткир буйрак етишмовчилиги камрок учрайди.

Пиопневмоторакс – уткир йирингли процесс, Ўпка абсцессининг плевра бушлигига ерилишдан келиб чиқади. Абсцесс плевра бушлигига ерилганда плевра бушлигига йиринг куйилади ва хаво чиқади, натижада Ўпка коллапси кузатилади. Бухолатдарда клапанли, таранглашган пиопневмоторакс кузатилиши мумкин.

Клиник манзараси: кучои йутал, кукрак кафасида уткир огриклар, нафас олишнинг тезлашуви, тери кавватларининг окариши ва ёпишкок тер билан копланиши, циноз. Кон босими 50-70мм.сим.устинигача тушиб кетади, тахикардия аникланади.

Объектив: кукрак кафаси шикастланган тарафда нафас олишда кам иштирок этади. Ковурга оралиги кенгайган, силликлаш ҳолатда. Товуш титроги кучсиз ёки аникланмайди. Перкуссияда юкори (газ) кисмида коробкасимон товуш, пастки (суюклик, йиринг) кисмида – бугик товуш. Аускультацияда – бронхиал нафас, амфорик белги билан. Рентгенологик текширувида – Ўпка коллапси, плевра бушлиги хаво суюклик сатҳи билан. Пункция вактида хаво суюклик билан олинади.

Ўпканинг уткир йирингли – деструктив касалликларини даволаш 3 компонентдан иборат. 1) - умумий медикаментоз терапия. 2) – трахеобронхиал дарахт, плевра бушлиги, Ўпка абсцесси бушлигини санациялаш. 3) – катта хирургик операциялар.

Ўпка йирингли-деструктив касалликларининг консерватив терапияси.

Бу услуб операцияга тайёргарлик, ёки мустакил даволаш усули булиб, этиопатогенез омилларига таъсир этувчи куйдаги тадбирларни уз ичига олади:

-антибактериал терапия-кулланувчи эрта ташхис услублари (экспресс-бактериоскопия, хромато-масс-спектрометрия) микробларининг кайси гуруҳга таълуқлигини аниклаш ва эрта максадга

мувофик антибактериал терапия хамда С.М.Навашина, Н.Г.Фомина (1982) услублари буйича антибиотикларни оптимал бирга кушиш имконини беради. Кейинчалик (2-3 кундан сунг) антибактериал терапия микробларининг ассоциацияси, ноклостридиал анаэроб ва аэробларнинг ахамиятини хисобга олган холда антибактериал препаратларни комбинацияси (купинча аминогликозид еки цефалоспоринларни метронидазол билан) дан фойдаланилади: - дезинтоксикацион терапия – кучайтирилган диурез услуги. Дилютанатлар сифатида электролит эритмалари, гемодез, реополиглюкин, глюкоза эритмалари фойдаланилади. Жараеннинг огир еки жуда огир кечимида гемосорбция, кони УФ ва лазер нурлари билан нурлаш амалга оширилади:

Сув-электролит бузулишларини коррекция килиш:

- яллигланишга каши востилар (ацетилсалицил кислотаси 0,5 граммдан кунига 2-3 марта) яллигланиш шишини кайтариш, микроциркуляцияни яхшилаш имконини беради.

- кон ивиш системаси ва микроциркуляцияни нормаллаштиришга йуналтирилган терапия. Маълумки, УУЙЯКда Ўпканинг яллигланиш сохасида микроциркуляциянининг бузулиши кузатилади. Шунинг учун даволаш комплексига микроциркуляциянининг бузулишига Карши йуналтирилган воситалари киритилади. Шу мақсадда антифермент-криоплазма комплекси (5-6 кун давомида янги музлатилган плазма кунига 150-300 мл., контрикал 100 минг ЕД, гепарин 10-20 минг бирлик, коннинг реологик хусусиятларини яхшиловчи препаратлар, антиагрегантлар-реополиглюкин, тернтал, ксантинол никотинат, курантил) тайинланади:

- бронхолитик воситалар:

- иммунитетни стимуляцияловчи воситалар: Яллигланиш фазасида актив иммунизация воситалари (стафилококк анатоксини). Пассив иммунизация воситалари (гамма глобулин, гипериммун плазма). Регенерация фазасида хужайравий иммунитетни кучайтирувчи декарис, Т-активинлар кулланилади.

- умумий мустахкамлаш терапияси – гемотрансфузия, плазма ва унинг препаратлари, кон оксигили урнини босувчи инфузияси, глюкоза концентрациялашган эритмалари, анаболик препаратлар, витаминлар.

- юрак – томир воситалари:

- антиоксидант химоя- токоферол ацетат, унитиол, мода алмашунувига таъсир килувчи, тукималарни регенерацияси ва репарациясини яхшиловчи востилар – метилурацил, пентоксил, калий оротат.

- сурулишни, нозик чандик хосил булишни таъминловчи препаратлар – лидаза, рон идаза. Ушбу препаратлари регенерация, эпителизация ва чандик хосил булиши фазалари таъинланади.

УУЙДКда яллигланиш сохасида препаратларни юкори концентрациясини вужудга келтирмок даволашни мухим шартларидан биридир. Бу касалликларда ангиопульмонография ва бронхоартериография натижалари яллигланиш сохасида Ўпка артерияси системаси буйлаб батомом кон окими тухташи еки камайишини тасдиқлайди. Шикастланган Ўпка тукимасининг хаёт фаолияти бронхиал системаси буйича кон окимининг активлашуви хисобига тутиб турилади. Бу холларда даволаш препаратларининг бронхиал артерияга узок регионар инфузияси самарали натижасини беради.

2 компонент – махаллий санация. Бу куйидагиларни ичига олади:

1) трахео-бронхиал дарахтнинг санацияси. Дори-дармонларни трахео-бронхиал дарах торкали юбориш: микроорганизмга таъсир килиш, яллигланишга карши, балгамни суюклантириш ва ажратиш мақсадида трахео-бронхиал дарахтни бурун оркали катетерлаш, микротрахеостомия ва бронхоскопия йуллари б-н бажарилади. Дори-дармонлар таркиби: 2% 2,0 натрий бикарбонат, микроорганизмнинг сезувчанлигига караб АБлар, антисептиклар (диоксидин, фурагин), балгамни суюлтирувчилар (мукосальвин 10% -1,0), протеолитик ферментлар (трипсин, хемотрипсин 10-15 мг), бронхолитиклар (эуфиллин 0,24 % -1,0, новодрин 0,5% - 0,5), гормонлар (гидрокортизон 25-50 мг).

2) абсцесс бушлиги ва плевра эмпиемасини санациялаш – бурун оркали бронхоскопия ердамида абсцесс бушлигини катетерлаш, трансторакал катетерлаш, торакоцентез актив аспирация Билан, йирингли бушликни ювиш. Буларнинг хаммаси нафас олишни яхшиланишига, интоксикация белгиларини камайишига ва клиник – рентгенологик белгиларни тез орада яхшиланишига олиб келади.

УУЙДКда бажариладиган ката жаррохлик амалиетлари: лобэктомия, билобэктомия, пульмоэктомия. Жаррохлик амалиетлари курсатмалар: Ўпкадан кон кетиш асорати еки 5-7 сутка давомида (бир тарафлама жараенда) утказилган комплекс даволашнинг эффектсизлиги.

Уткир Ўпка абсцесси хар дойим хам тузалмайди: у сурункали кечимга утиши мумкин, унда клиник кечим ремиссия ва хуружлардан иборат булади. Доимий симптомларда бири – хар хил микдордаги йирингли балгамли йутал. Хуруж вақтида балгам микдорим купайиши мумкин ва куламса хидли булади. Сурункали интоксикация балгам билан оксил йуқолиши, гипопроотеинемия, анемия, озиш, дармонсизлик, кукрак кафасида огриклар ва тахипноэ кузатилади. Курикда терини оқариши, огиздан куланса хид, юзни шишиши, кул-бармоқларни узгариши (думбара таекчалари) аникланади. Физикал текширувда : перкуссияда – товушни кискариши, аускультацияда – хул хириллашлар, бронхиал нафас амфорик белги билан. Кон анализида – лейкоцитоз (нейтрофилез), лейкоцитар формуланинг чапга силжиши, анемия, гипопроотеинемия, диспротеинемия. Рентгенологик текширувида – аник ички контурли юмалок бушлик, суюклик сатхи билан, перифокал инфильтрация. Бронхоскопияда чегараланган йирингли эндобронхит (дренажловчи бронхда). Бронхографияда бир еки бир неча бронх билан богланган юмалок бушлик. Сурункали абсцессларда радикал амалиетлар бажарилади (сегментэктомия, лобэктомия, билобэктомия, пульмоэктомия). Жаррохлик амалиети учун каршилиқ курсатмалар: жараеннинг икки тарафламалиги, карилик, хамрох касалликлар.

Бронхоэктатик касаллик – Ўпка бронхларининг сурункали яллигланиши булиб уларнинг кенгайиши, уларнинг деворларидаги эластик ва мушак компонентларининг декструктив узгаришидир. Келиб чиқиш сабаби – Ўпка бронх аппаратининг тугма нуксонлари, шунингдек бронх яллигланиши, ундаги ед жисим ва хоказо.

Клиника: Ўпка-бронх инфекцияларининг хуружлари, йутал, йирингли балгам ажратиш, тез-тез нафас олиш, кучсиз меҳнатда хансираш, кон туфлаш, интоксикация белгилари. Аускультацияда шикастланган тарафда хул, майда пуфаклик хириллаш эшитилади. Рентгенологик текширувида – фиброз майдони, илдиз структурасинининг узгарганлиги аникланади. Бронхоскопия – диффуз еки чегараланган эндобронхит, бронхларнинг дистал кенгайганлиги (Сулья белгиси). Бронхографияда – бронхнинг цилиндрик копсимон, кистасимон ва аралаш кенгайиши аникланади. Бронхларнинг локал узгаришларида куйидаги операциялари бажарилади: сегментэктомия, лобэктомия, билобэктомия, пульмоэктомия. Таркалган бронхоэктазларда консерватив даволаш курсатилган.

Урта булак синдроми- урта булакнинг сурункали яллигланиши. Бу касалик урта булак бронхининг махсус натомиқ тузилиши билан боглиқдир ва Ўпка фасодлари ичида 20-26% ташкил этади. Бронх атрофидаги лимфа тугунлари катталашиши натижасида урта булак ателетктази вужудга келади ва яллигланади.

Клиникаси – йирингли балгам билан йутал, кор тупириш, тез тез нафас олиш, интоксикация белгилари. Аускультацияда-урту булак проекциясида ката ва урта хириллашлар аникланади. Рентгенологик текширувда-урта булак ателетктази куринади. Бронхоскопияда шу бронх утказувчанлиги бузулган ҳолатда, сиқилиш натижасида чегараланган йирингли эндобронхид. Бронхографияда-урта булак бронхнинг «чултоғи» аникланадиги. Даволаш-операция йули билан : урта булак резекцияси. Операцияга каршилиқ курсатувчилар: карилик, хамрох касалликлар ва х.к.

Ўпканинг кистоз гипоплазияси (поликистоз)- бу Ўпка паринхимасининг, бронхнинг ва кон томирларининг тугма етишмовчилиги натижасида кистоз бушлиқларининг пайдо булишидир. Клиник манзараси сурункали Ўпка деструктив касалиқлари клиникасига хосдир. Рентгенологик, бронхографик, бронхоскопик ва ангеопульмонографик текширувлари асосида ташхис қуйилади.

Даволаш оператив булиб: либектомия, пульмонэктомия. Консерватив даволаш операциясидан олдинга тайёргарлик сифатида ва операцияга каршилиқ курсатувчилар (карилик, хамрох касалликлар ва х.к.) булганда кулланилади.

МАЪРУЗА СЛАЙДЛАРИ

ЎПКА НОСПЕЦИФИК КАСАЛЛИКЛАРИ КЛАССИФИКАЦИЯСИ

1	Ўпка абсцесси ва гангрениси
2	Ўпка абсцессидан кейинги пневмосклероз
3	Бронхоэктазалар
4	Ўпка йиринглаган кисталари

ЎПКА АБСЦЕССИНИ БРОНХГА ЕРИЛИШИДАН ОҚДИНИНГ БЕЛГИЛАРИ

1	Юрри тана ҳарорати
2	Инттоксикация
3	Жараҳатнинг соҳа томонда оғриқ
4	Қуруқ йўтал
5	Перкутор товушни калталашиши, нам хриллашлар эшитилади
6	Юрри СОЗ ва лейкоцитоз
7	Рентгенограммада – ўпка ўртимасида чегараланган интенсив корониллашишни кузатилиши

ЎПКА АБСЦЕССИНИ БРОНХГА ЕРИЛИШИДАН КЕЙИНГИ БЕЛГИЛАРИ

1	Қўн микродардиги ноқуш ҳидли балғам ажратиши билан кечадиган йўтал
2	Тана ҳароратини нисбатан тушиши
3	Қўн тутириш белгилари мавжуд бўлиши
4	Бронхиал нафас ва амфорик товуш ҳосил бўлиши
5	Рентгенограммада – горизонтал суюқлик сатҳи бўлган бушлик мавжудлиги

ЎТҚИР ЎПКА ЙИРИНГЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ БИЛАН БЕМОРЛАРИНИ ТЕКШИРИШ

- Умумий клиник
- Рентгенологик
 - полипозицион рентгеноскопия
 - рентгенография
 - томография
 - бронхография
- Рентгенангиография текшириш усуллари
 - ангиопульмонография
 - бронхиал ангиография
- Эндоскопик текшириш усуллари
 - бронхоскопия
 - торакоскопия
 - торакоскопоскопия
- Радиоизотоп текшириш усуллари
 - Улкаларни сканирлаш
 - Бактериологик
 - Бактериоскопия
 - хроматоспектрометрия
- Азроби ва анзароби шариқта бактериологик текшириш усуллари
- Цитологик текшириш усуллари
- Марказий гемодинамикани баҳолаш
- Қўнни ивиш ҳолатини баҳолаш
- Жигар ҳолатини баҳолаш
- Ўпка сурфактанти ҳолатини баҳолаш

Летальность при острых гнойно-деструктивных заболеваниях легких

Авторлар	йил	Кузатувлар сони	Леталлик %
Умумлаштирилган ахборотлар			
ВОЗнинг йиллик ахборотномаси	1975	-	54
Богданов А.В.	1983	120	28,3
Соловьев И.Д.	1985	108	26,0
Сазоков А.И.	1985	143	7,7
Колесов А.П.	1985	55	29,1
Кабанов А.Н.	1986	84	10,7
Островский В.К.	1986	234	12,8
Левашев Ю.Н.	1989	340	18,3
Гангреноз жараёнлар			
Кубаринов А.П.	1986	98	72,4
Лыткин М.И.	1986	170	28,9
Маслов В.И.	1986	306	53,6
Валнер Е.А.	1987	98	72,4
Путлов Н.В.	1988	27	74,1
Шойкет Я.Н.	1989	225	51,8

Ўпка сурункали абсцессларини дифференциал-диагностик белгилари

Диагностик белги	Клиник соғайиш	Сурункали шаклига ўтиши
Перифокал соҳада бронхиал даракнинг деформацияси	±	+
Ўпка артериясининг бўлак ёки сегментар шохларини ампутацияси	-	+
Ангиопульмонограммада перифокал соҳада капиллар фазани йўқлиши	-	+
Артериовеноз омаларни мавжудлиги	-	+
Перифокал соҳада бронхиал артерия шохларининг гиперваскуляризацияси	-	++
Марчук индексини лаборатор (Iln) 1,5 Ед даст бўлиши.	+	±

Ўпка абсцессини сегментлар бўйича локализацияси

	Ўнг томон	Чап томон
СЕММЕНТ 51,4%	38,6%	12,8%
СЕММЕНТ 28,5%	19,5%	9,0%

19.Семинар машғулотининг ўқитиш технологияси

Вақти - 4 соат	Талабалар сони: 8-10 нафар
Ўқув машғулоти шакли	Билимларни чуқурлаштириш, кенгайтириш ва амалда
Ўқув машғулоти режаси	1. Ўпка ўткир йирингли касалликлари ҳақида тушунча. 2. Касаллик этиологияси. 3. Патанатомияси. 4. Патофизиологияси. 5. Классификацияси. 6. Клиникаси. 7. Диагностикаси. 8. Дифференциал диагностикаси. 9. Замонавий даволаш усуллари.
Ўқув машғулотининг мақсади: Бу семинар машғулоти жараёнида саволлар ва муаммолар борасида суҳбат ўтказилади. Бу дарсда “актив ҳужум” усулини ҳам қўллаш мумкин. Шунингдек, тест ва масалалар ечиш мумкин.	

<i>Педагогик вазифалар:</i> - мавзу буйича билимларни тизимлаштириш, мустахкамлаш. - дарслик билан ишлаш куникмаларини ҳосил қилиш; - янги ахборотларни таҳлил қилиш кўникмаларини ривожлантириш.	<i>Ўқув фаолиятининг натижалари:</i> Талба: - Упка уткир йирингли касалликлари ҳақида тушунча беради. - Касаллик этиологик омилларини қайд этиб ўтади. - Нормал анатомия ва патанатомияни таққослайди. - Гемодинамик ўзгаришларни ёритиб беради. - Касаллик диагнозини тўғри ёзишни ўрганади. - Касаллик кечиши, симптомларини таърифлаб беради. - Замонавий диагностика усулларини шарҳлаб беради. - Касалликни бошқа касалликлардан мисоллар билан ажратиб беради. - Замонавий даволаш усуллари ҳақида тушунча беради.
<i>Ўқитиш услуби ва техникаси</i>	<i>Блиц-суров, биргаликда ўқиймиз, “иши” ва “оғриқ” сўзларига кластер, мунозара.</i>
<i>Ўқитиш воситалари</i>	<i>Маъруза матни, ўқув қўлланмаси, жадваллар, доска. Компьютер мультимедия дарсликлари атлас.</i>
<i>Ўқитиш шакли</i>	<i>Билимларни чуқурлаштириш ва кенгайтириш, индивидуал ва гуруҳ, буйича ўқитиш.</i>
<i>Ўқитиш шaroитлари</i>	<i>Мавзуга мос жиҳозланган аудитория (слайдлар, ва ҳ.к.).</i>

Амалий машғулотининг технологик картаси (19-машғулот)

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (15 мин)	1.1. Мавзуни, мақсад ва режадаги ўқув натижаларини эълон қилади, уларнинг аҳамиятини ва долзарблигини асослайди. Машғулот ҳамкорликда ишлаш технологиясини куллаган ҳолда утишни маълум қилади. 1.2. Аклий ҳужум усулидан фойдаланган ҳолда аудиториянинг тайёргарлик даражасини аниқдайди: Упка носпецифик суринкали касалликлари патологияларини биласизми? Уларнинг этиологияси, патанатомияси, патогенези, клиникаси, диагностикаси ва даволаш усулларига изоҳ беринг? Мазмунининг муҳокамаси гуруҳларда давом этишини эълон қилади.	1.1. Мавзуни ёзади ва саволларга жавоб беради.

2-босқич Асосий (150 мин)	2.1. Талабаларни 3 гуруҳга булади, хар бирига вазифа беради (2-илова). Кутилаётган ўқув натижаларини эслатади. 2.2. Гуруҳда ишлаш қоидаси билан таништиради (1-илова). Баҳолаш мезонларини ҳам намоиш қилади. 2.3. Вазифани бажаришда ўқув материаллари (маъруза матни, ўқув қўлланма)дан фойдаланиш мумкинлигини эслатади. Гуруҳдарда иш бошлашни таклиф этади. 2.4. Тайёргарликдан кейин амалий ишлар бошлангани эълон қилинади. 2.5. Талабалар клиник белгиларни ифодалашга ва улар хақида хулосалар беради ва аниқлик киритади. 2.6. Талабаларга Б.Б.Б. усули бўйича ифодаланган жадвални намоиш қилади ва устунларни тўлдиришни айтади. Тушунчаларга изоҳларни туғрилайди ва саволларга жавоб қайтаради. Гуруҳлар фаолиятига умумий балл беради.	2.1. Ўқув натижаларини такдим қиладилар. 2.2. Саволлар беради. 2.3. Жавобларни тўлдиради. 2.4. Жадвал устунларини тўлдиради ва муҳокамада иштирок этади.
3-босқич Якуний (15 мин)	3.1. Машғулоти якунлайди, талабаларни баҳолайди ва фаол иштирокчиларни рағбатлантиради. 3.2. Мустақил иш сифатида “ Упка уткир йирингли касалликлари ” мавзусида “эссе” ёзишни топширади.	3.1. Эшитадилар. 3.2. Топширикни оладилар.

1-илова.

«Ақлий ҳужум» методининг асосий қоидалари:

- Олға сурилган фикр ва ғоялар танқид остига олинмайди ва баҳоланмайди;
- Таклиф қилинаётган фикр ва ғоялар қанчалик фантастик ва антиқа бўлса ҳам, уни баҳолашдан ўзингизни тийинг!
- Танқид қилманг – ҳамма билдирилган фикрлар бир хилда бебаҳодир.
- Фикр билдирилаётганда бўлманг!
- Мақсад – фикр ва ғоялар сонини кўпайтириш.
- Қанчалик кўп фикр ва ғоялар билдирилса, шунчалик яхши. Янги ва бебаҳо фикр ва ғоянинг вужудга келиш эҳтимоли пайдо бўлади.
- Агар фикрлар қайтарилса асабийлашманг ва ҳайрон бўлманг.
- Бу муаммо фақатгина маълум усуллар ёрдамидагина ҳал бўлиши мумкин, деб ўйламанг.
- Фикрлар «хужуми»ни ўтказиш вақти аниқланади ва унга қатъиян риоя қилиниши шарт.

Гуруҳ билан ишлаш қоидалари

Гуруҳнинг ҳар бир аъзоси:

- ўз шерикларининг фикрларини ҳурмат қилишлари лозим;
- берилган топшириқлар бўйича фаол, ҳамкорликда ва масъулият билан ишлашлари лозим;
- ўзларига ёрдам керак бўлганда сўрашлари мумкин;
- ёрдам сўраганларга кўмак беришлари лозим;
- гуруҳни баҳолаш жараёнида иштирок этишлари лозим;
- “Биз бир кемадамиз, бирга чўкамиз ёки бирга қутиламиз” қоидасини яхши билишлари лозим.

3 – илова.**ЭССЕ**

Эссе – таклиф этилган мавзуга 1000 дан 5000 гача сўз ҳажмидаги иншо.

Эссе – бу муаллифнинг шахсий нуқтаи назарини ёзма равишда эркин ифода этиш шакли; қандайдир предмет бўйича умумий ёки дастлабки дунёқарашни ўз ичига олади.

Беш дақиқалик эссе

Беш дақиқали эссе – ўрганилаётган мавзу бўйича олинган билимларни умумлаштириш, мушоҳада қилиш мақсадида ўқув машғулотида

4 - илова.

Инсерт – самарали ўқиш ва фикрлаш учун белгилашнинг интерфаол тизими ҳисобланиб, мустақил ўқиб-урганишда ёрдам беради. Бунда маъруза мавзулари, китоб ва бошқд материаллар олдиндан талабага вазифа қилиб берилади. Уни ўқиб чиқиб, «V; +; –; ?» белгилари орқали ўз фикрини ифодалайди.

Матнни белгилаш тизими

“V” - мен билган нарсани тасдиқлайди.

“+” - янги маълумот.

“–” - мен билган нарсага зид.

“?” - мени уйлантирди. Менга қушимча маълумот зарур.

5 - илова.**Б.Б.Б. усули**

Талабаларга мавзуга доир иборалар таклиф этилади, талабалар шу иборалардан билганларини «+» билан, билмаганларини «-» билан белгилайди ва жадвалга фиксация қилинади.

6 – илова.**Кластер.**

8. Катта коғоз марказига темага доир калит суз ёзилади.

9. Катнашчилар калит сузининг атрофига «йулдош» сузлар ёзилади.

10. Катнашчилар фикрига кура шу калит сузига тегишли бўлган сузлар ёки таклифлари ёзилади.

Фан буйича маъруза дарс уқитиш технологияси.

15-мавзу	Упка носпецифик суринкали касалликлари этиологияси, патогенези, классификацияси, клиникаси, диагностикаси, дифференциал диагностикаси, давоси, реабилитацияси.

Маъруза машғулотининг ўқитиш технологияси

Вакти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	1. Упка анатомияси; 2. Упка суринкли йирингли касалликлари (абсцеси, гангрена, бронхоэктотик касаллиги ва кисталари) 3. Классификацияси; 4. Диагностика ва дифференсал диагностикаси 5. Клиник кечиши 6. Махсус текшириш усуллари. 7. Консерватив ва оператив даволаш усуллари.
Маъруза мақсади: Талабаларга Упка носпецифик суринкали касалликлари келиб чиқишининг этиологик ва патогенетик омиллари тугрисида маълумот бериш, клиник манзараси, диагностикаси ҳамда дифференциал диагностикаси тугрисида тушунча ва амалий курсатмаларни ургатиш.	
Педагогик вазифалар: - Упка носпецифик суринкали касалликлари ҳақида тушунча бериш; - Упка анатомио- физиологик тузилиши; - Упка носпецифик суринкали касалликлари этиопатогенезини тушинтириш; - маъруза давомида талабаларга упка касалликлари билан огриган беморлар билан мулоқат қилишни ўргатиш; - диагностика усуллари тўғри бажаришни, даволаш усуллари тўғри танлашни ўргатиш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба билиши керак: - Упка носпецифик суринкали касаллиги ҳақида тушунчани; - Упканинг анатомио-физиологик тузилишини; - Упка носпецифик суринкали касалликлари классификациясини; - Бу касалликларнинг этиологияси, патогенези, пайдо бўлишининг умумий омиллари, клиникаси, диагностикаси, даволаш

	усулларини консерватив ва жаррохлик йулларини ўрганади.
Ўқитиш услуби ва техникаси	Визуал маъруза, блиц - сўров, баён қилиш, кластер, "ха-йук" техникаси
Ўқитиш воситалари	Маърузалар матни, мультимедия, тарқатма материаллар, график органиайзерлар.
Ўқитиш шакли	Жамоа, гуруҳ, ва жуфтликда ишлаш.
Ўқитиш шарт-шароити	Мультимедия, билан жихозланган аудитория

Маъруза машғулотининг технологик картаси (15-машғулот)

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.)	1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотида қўйлаётган натижалар маълум қилинади.	1.1. Эшитади, қўради ва ёзиб олади.
2-босқич. Асосий (70 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниқлаш учун тезкорсавол-жавобўткази - Упканинг анатомо- физиологик тузилиши - Упка носпецифик суриккали касаллиги нима? - Упка носпецифик суриккали касаллиги қандай касаллик? - Упка носпецифик суриккали касалликларида асосий рентгенологик белги ? 2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишида давом этади. Упка носпецифик суриккали касалликлари ҳозирги пайтдаги долзарб муоммолари ҳақида гапиради. Упка носпецифик суриккали касалликларининг патанатомияси, патофизиологияси, клиникаси ва замонавий даволаш усуллари ҳақида гапиради. 2.3 Упка носпецифик суриккали касалликларини урганишида ўз ҳиссаларини қўшган олимларининг ишлари тугрисидаги тўхталиб ўтилади. 2.4. Талабаларга мавзунинг асосий тушунчаларига эътибор қилишни ва ёзиб олишларини таъкидлайди.	2.1. Эшитади, қўради Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 2.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади. 2.3. Эслаб қолади, ёзади. Ҳар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади. Таърифни ёзиб олади, мисоллар келтиради.
3-босқич. Якуний (10 мин.)	3.1. Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади. Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради.	3.1. Эшитади, қўради, аниқлаштиради. 3.2. Топшириқни ёзиб олади.

УПКАНИИГ ЙИРИНГЛИ ХАСТАЛИКЛАРИ

Кейинги ун йилликларда упканинг йирингли хасталиклари ахолининг хасталаниши, уни ногирон килиб куйиши ва халокатга учратиши буйича юрактомир хасталиклари ва усмалардан сунг учинчи урини эгаллаб олди.

Бундай беморларнинг сони йилига 5% дан купайиб, ногаронлик ошиб бормокда. Академик В.И.Стручков маълумотига кура, упканинг йирингли хасталиклари нафас олиш аъзолари хасталикларининг 7% ини, плевра эпиемеси эса 9-11% ини ташкил этмокда. Бундай беморларнинг уртача 7-12%и, упкадан кон кетганида эса 26-40% и халокатга учраши мумкин. Упка гангренаи хозирги вакта хам касалхоналарда 50% беморларининг халокатига сасаб булмокда. Шунинг учун хам упканинг йирингли хасталиклари тиббиетнинг долзарб мавзуларидан хисобланади.

Упка хупози /абсцесси/ - бу упка тукумасада якка ёки куплаб йирингли бушликлар хосил килувчи чегаралантан йиринлиги-деструктив жараендир. Упка гангренаи эса, упка тукумасада аник чегараси булмаган, чекланмаган йирингли-некротик жараен.

Упка анатомияси ва физиологиясидан кискача маълумот

Упкалар жуфт аъзо булиб, хар бири кесик, конус шаклига эга. Упкалар орасида кукс оралиги жойлашган. Хар бир упка алохида плеврал копча ичида лашган.

Плевра копчалари упкаларни коплаган висцерал плевра ва кукрак бушлигини ичидан коплаган париетал плевра хисобига хосил булиб, упка дарвозаси остида плевранинг иккала вараклари кушилиши натижасида упка бойламини хосил килади.

Париетал плевра ковурга-туш, диафрагма ва медиастинал кисмлардан иборат булиб, юкорида умров суягидан 3-4 см кутарилувчи плевра гумбазини хосил килади. Плевра вараклари орасида бушликлар: ковурга-диафрагма ва булаклараро синуслар хосил булади.

Унг упка кийшик ва горизонтал эгатлар воситасида юкори, урта ва пастки, чап упка эса кийшик эгат воситасида юкори ва пастки булакларга булинган. 1958 йили анатомлар конгресси кабул килган таснифга биноан унг упка 10, чапи 8 сегментдан иборат.

Хаво трахея оркали I, II, III бронхлардан, терминал ва респиратор брон-хиолалар оркали альвеолаларга боради.

Бронхларнинг ички юзаси цилиндрсимон киприкчали эпителийдан ташкил топган шилик канат билан копланган. II даги бронхлар булак, III тартибдагиси сегмент бронхларига давом этади.

Интервенцияси: сайер ва симпатик нерв системаси оркали.

Упкалар кон билан упка ва бронхиал артерия оркали таъминланади, кон эса юкори ва пастки упка веналари буйлаб кетади.

Упкалар нафас олишга хизмат килиб, атмосфера хавосидага кислород альвеолаларда кондаги эритроцитлар билан узлаштирилиб, карбонат ангидрид чикарилади. Нафас олиш диафрагма ва ковургалараро мускуллар кискариши билан, нафас чикариш эса упкаларнинг эластик кискариши ва кукрак кафасининг торайиши хисобига амалга ошади. Упкаларнинг нафас олиш сатхи 100 кв.м. Упка артериясидаги босим эса 14-16 мм симоб устунига тенг.

Одатда, нафас олганда упкаларнинг 1/5 кисми катнашиб, 4/5 кисми эса физиологик ателектаз ҳолатида булади.

Упкаларда газ алмашувчи нафас олиш ва чикаришда порциал босим узгариши сабабли амалга ошади.

Кислород билан бойиган эритроцитлар томирлар оркали кон билан тукумаларга бориб, у ерда ички нафас олиш амалга ошади.

Ташки нафас олиш ҳолати спирометрия ва спирография билан аникланади. Упкаларнинг муътадил (оддий) нафас олиш ҳажми 500 мл булиб, кушича (максимал) нафас олиш ҳажми 2000-2500 мл га тенг.

Оддий нафас чикаргандан сунг максимал нафас чикариб резерв хаво ҳажми (1500мл) аникланади.

Бундан сунг нафас йулларида колган хаво упкалар колдик ҳажми 1500 мл.га тенг.

Шундай килиб, упкаларнинг умумий хаво ҳажми 5500-6000 мл.га тенг булиб, резерв, оддий нафас олиш ҳамда кушимча ҳажмлар мажмуидан иборат упкаларнинг ҳаётий ҳажми эса 3500-5000 мл.га тенг.

Беморларини текшириш усуллари.

1. Ташки нафас олиш спирография усулида аникланади. Оддий нафас олмш ҳажми (ОНХ) 500-800 мл., бир дакикалик нафас ҳажми (МНХ) 8-10 литр, упкалар ҳаётий ҳажми (УХХ) 3500-5000 мл., кучаниб чикарилган нафас ҳажми (КЧНХ) ОФБ. Тифно синови КЧНХ ни УХХ га булиб аникланади. Одатда, у 70% дан кам булмаслиги керак.

2. Ички нафас олишни аниклаш. Бунинг учун кислород фойдаланиши коэффицентини (КФК) хисоблар топилади. У 30-34 дан кам булмаслиги керак.

Кислород узлаштирилиши фоиз хисобида НВО₂ эса биохимиявий усулда аникланади.

3. Билобэктомия ёки пульмонэктомия килиш зарур булганда хар бир упкани алохида спирография килиш ҳамда упка артериясидиги босимни аниклаш лозим. Бунда кон босими 30-50% га ошса (24ммНд) ташрих этиш хатарли, 50% дан купга ошса /28-30 Нд/, ташрих этиш мумкин эмас, чунки ташрихдан сунг юрак унг коринчаси етишмовчилиги юзага келади.

4. Балгамни умумий ва бактериологик текшириши.

5. Организмнинг иммунологик ҳолатини.

6. Ангиография (ангиопульмонография ва бронхиал артериография).

7. Упкалар структураси куйидаги усуллар билан текширилади: рентгеноскопия, рентгенография, томография, компьютер томографияси.

8. Бронхоскопия ва бронхография.

9. Плеврография.
10. Торакоскопия.
11. Медиастиноскопия.
12. Каваграфия.
13. Радиоизотоп сканнерлаш (ксенон билан).

ЎПКА ЙИРИНГЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ ТАСНИФИ

(П.А.Куприянов буйича)

1. Упкалар хуппозии ва гангренаи:

- а) йирингли хупозлар (уткир, сурункали, якка, куп сонли)
- б) гангреноз хупозлар
- в) таркалган гангрена

2. Упка хуппозидан сунги пневмосклероз.

3. Бронхоэктазия: а) ателектаз билан; б) ателектазсиз

4. Упканинг йиринглаган кисталари: а) якка; б) куп сонли (кистоз упка)

ВНИИП таснифи ҳам юкоридагидек.

ЎПКАЛАР ХУППОЗИ ТАСНИФИ (ВНИИП буйича)

1. Йирингли абсцесслар.

А. Патогенези буйича: уткир, сурункали (зурайиш ва ремиссия даври);

Б. Кечиши буйича: уткир, сурункали (зурайиш ва ремиссия даври);

В. Локализация буйича: марказий, периферик (якка, куп сонли). Кайси булак ва сегментда жойлашгани курсатилади.

Г. Асоратлари буйича: асоратсиз, асоратлари билан (эмпиема, пиопневмоторакс, кон кетиш ва х).

2. Гангреноз хуппозлар (локализацияси ва асоратларига кура).

3. Таркалган гангрена.

Этиологияси. Упкада йирингли яллигланиш булиши учун заифлашган, кашилик кобилияти ва иммунологик холати пасайган, каттик совукда колган организмга вирулентли инфекция кириши лозим (стрептококлар-2,8%, стафилококлар ва ичак таёкчаси 9,3%, стафилокок - стрептокок - 8,4%, стафилокок-протей - 8,2%, ноклостридиал анаэроблар - 60-70% холларда). Упкада жараён бошланиши учун унда махаллий мойиллик булиши лозим. Упка хуппозии юзага келишининг сабаблари: пневмония - 60,4%, аспирация - 17,9%, грипп - 3,6%, шикастланиш -1,2%, номаълум сабаблар - 7,9% холларда.

Упканинг уткир хуппозии юзага келишида 3 хил омил мухим ахамиятга эга.

1. Упка паренхимасидаги уткир носпецифик инфекцион жараён.
2. Бронхлар утказувчанлигини бузилиши.
3. Упка тукумаларшпшг кон билан таъминланиши бузилиб, некроз юз бериши.

С.И. Спасокукоцкий (1940) упка хуппозии этиопатогенезида мойилик тугдирувчи омилларга катта эътибор берган:

1. Бронхлар утказувчанлигининг бузилиш (охиригача даволанмаган бронхопневмония, ет жисмлар аспирацияси, бронхлар эвакуатор функциясининг бузилиш) натижасида. Хусусан, эски кашанда чекувчиларда бронхлар эпителияси киприкчалари тушиб кетган булади. Натижада, балгам факат йуталиш оркалигина чикиш мумкин булиб қолади. Бронхларда усма ёки чандик стенози булиши ҳам бронх утказувчанлигини бузиши мумкин.

Бронхоген-пневмония хуппозлари 70% ни ташкил этади. Уттизинчи йилларда упкалар ностерилиги, халкумда микрофлора булиши аникланган.

Одатда, тирик упка тукумаси, унинг хужайралари микробларга карши тура олади. Упкада ателектаз булиши, тукумалар чириши ва кон айланишининг бузилиши эса микроблар купайишига олиб келиши мумкин.

2. Гематоген-эмболик хуппозлар 10% холларда учрайди.

Сепсис, тромбфлебит ва остеомиелитда микробларнинг микроэмболияси метастатик куп сонли хуппозлар пайдо булишга сабаб булади.

3. Упкаларнинг шикастланиш хуппозлари ва плевра хасталиклари, асосан, курак бушлигига утмайдиган жароҳатларда ҳам учраб туради. Упканинг эзилиши, унга кон куйилиши ҳам упканинг йиринглаши олиб келиши мумкин.

Венгер маълумотларига кура, упканинг тинчлик пайтидага шикастлари уруш пайтидагидан ҳам купрок холларда йиринглаша олиб келиши мумкин.

И.С. Колесников буйича, упка хуппозлари 51,4% холларда иккинчи сегментда (38,8% холларда унг, 12,8% холларда эса чап тарафда), 28,5% холларда олтинчи сегментда (19,5% холларда унг, 9% холларда чап тарафда) учрайди.

Упка хуппозии, одатда, инфильтрат марказида тукумалар йиринглаб, хуппоз шаклланиши натижасида юзга келади. Упка гангренаида эса, упка тукумаларининг чириши ва йиринглаши чегараланмаган булади.

Клиника ва симптомлари

Упка хуппозии бронхларга очилган ёки очилмаганлигига караб хар хил клиник манзарага эга. Упка хуппозии бронхларга очилмаган, яъни дренажланмаган холларда куйидаги белгиларга эга:

- 1) юкори харорат; 2) кучли интоксикация; 3) куракнинг хасталанган тарафида огрик булиши; 4) курук йутал; 5) перкутор товуш кискариши; 6) аускультацияда пневмонияга хос нам хириллаш; 7) лейкоцитоз ва СОЭ нинг ошиб кетиши; 8) рентгенограммада упка сохасида чегараланган интенсив соя булиши.

Упка хуппозии бронхларга очилган (дренажланган хуппоз) даврида куйидаги бергиларга эга:

1) йуталганда огиз тулиб, куланса хидли балгам ажралиши; 2) кон туфуриш; 3) тана хароратининг биринчи давридагидан анча пастга тушиши; 4) аускультация бронхиал нафаснинг амфорик белгилари пайдо булиши; 5) рентгенограммада горизонтал сатхли юмакол соянинг аникланиши; 6) беморларнинг ахволи яхшиланиб, интоксикациянинг камайиши.

Дифференциал ташхис

1. Бронхоэктазия ёш беморларда учраб, жараен упканинг пастки булаклариди жойлашади анамнезида бронхит кайталаниб турганлиги хос. Балгам эрталаб кучиб, идишга солганда 3 катламга ажралади, эластик толалар булмайди. Беморларнинг умумий ахволи енгилроқ булиб, хасталик аста-секин ривожланади. Бронхографияда бронзларнинг кенгайганлиги-бронхоэктазлар аникланади.

2. Пневмосклерознинг зурайиши упка сегменти билан чегараланган, йутал озгина балгам чикиши билан кечади. Купинча кон туфуриш, рентгенограммада сегмент сохасининг корайиши хос.

3. Упка кистасининг йиринглаши йутал билан куп микдорда балгам кучиши, рентгенограммада атрофи силлик булган юмакол соя ва унда горизонтал сатх аникланиши билан кечади.

Поликистоз учун "ари уяси" белгиси хос.

4. Упка ракиннинг емирилиш даври учун чагараларининг ноаниклиги, рак кахёксияси; упканинг марказии раки учун эса ателектаз, курук йутал ҳамда узига хос бронхоскопия ва бронхография белгилари, биопсияда атипик хужайралар топилиши хос.

Упка гангренаси нихоятда огир хасталик булиб, организмнинг кучли интоксикацияси билан кечади. Беморни хлорамин билан хулланган кушкават материал билан изоляция килинсада, касалдан келатган бадбуй хиддан булимга кириб булмайди. Беморнинг юзи керикиб, акроцианоз булиши, бикиллаб хириллаб нафас олиши хос. Бемор йуталганида, куп микдорда гушт селига ухшат ифлос кунгир тусли куланса балгам ажралиб, балгам ичида упка тукумалари (секвестр) булади.

Рентгенологик текшириш упкадаги соя куп сонли бушликларга эга эканлиги чегараси ноаниклигини курсатади. Одатда, жараен чегараси (демаркацияси) йук булиб, упка тукумаси шишган, суйкалувчи ва узилювчан булади.

Бундай беморлар авваллари жаррохлик булмларида, хозир эса пульмонология булмларида даволанилар. Беморларнинг 80%и ташрихсиз консерватив йул билан махсус моулажалар: упка дренажлаш, даво бронхоскопияси (хафтасига 2-3 марта) килиб даволанади. Упка хуппозиси махсус катетерлар билан бронх оркали хафтасига 2-3 марта ювилади.

Упканинг периферик хуппозисида йугон игна билан трансторакал пункция килиб йиринг чакарилади, антибиотиклар юборилади ва трансторакал катетер колдирилади. Тана холатини узгартириш оркали постурал дренаж амалга оширилади. Венага 33%ли спиртдан 200 мл, кальций хлориднинг 1%ли эритмасидан 200мл юбориш, кенг спектрдаги антибиотикларни куллаш яхши натижа беради. Беморларга юкори калорияли, оксил ва витаминларга бой овкат бериш лозим. Ег моддалари етишмовчилиги упка сурфактантини парчалаши туфайли, беморларга ёг эмульсияси тайин этилади. Интоксикация экстракорпорал детоксикация кон куйиш воситасида даволанади. Беморларнинг иммунологик холатини яхшилаш учун АСГТ, тактивин ва бошка иммунологик даво чоралари кулланилади.

Упканинг куп сонли хуппозларида антибиотикларни интрапульмонал юбориш, бронхиал артерияни катетеризация килиб, томчилаб антибиотиклар юбориш, гемосорбция килиш, венага гемодез, реополиглюкин юбориш тавсия этилади. Бундай холларда дориларни аэрозол усулида еки мушак орасига юбориш фойдасиз.

Упканинг уткир хуппозларининг такдири:

- 1) 30% холларда бемор тулик тузалиб кетади;
- 2) 50% холларда бемор шикоят этмасада, рентгенологик текшириш колдик бушлик (курук бушлик) борлигини курсатади;
- 3) 15% холларда сурункали хуппоз шиккланади;
- 4) 5% холларда асоратлар ва беморларнинг халокати юзга келиши мумкин.

Упка утки хуппозининг асоратлари:

1. Хуппознинг плевра бушлигига очилиб, пневмоторакс юзага келиши;
2. Бронхларга кон кетиб, асфиксия юзага келиши;
3. Йирингни упканинг бошка ерларига таркаб, янги хуппозлар пайдо булиши;
4. Организмнинг бошка аъзоларида (купинча бош мияда) хуппозлар пайдо булиши.

Клапанли пневмоторакс юз берса, зуддик билан плевра бушлигини дренажлаш керак. Бронхларга кон кетганида, беморни кушкавакли найча воситасида зуддик билан интубация килиб, сог упкага кон кетиб асфиксия булиши олдини олиш лозим. Шунингдек, гемостатик чоралар, бронхиал артерияни эмболизация килиш ёки хасталанган упка сегменти бронхини пломбалаш керак. Янги хосил булган хуппозиси ва метастатик хуппозлар одатдагидек даволанади.

Пиопневмоторакс. Субплеврал хуппоз плевра бушлигига очилишидан келадиган иккиламчи хасталикдир. Бунда тусатдан куракда огрик туриб, курук йутал, цианоз, нафас етишмовчилиги юзага келади. Томир уриши ва нафас олиш тезлашади. Баъзан артериал босимнинг пасайиши ҳам кузатилади. Аускультацияда нафас аникланмай, перкуссияда ногора товуши аникланади. Рентгенда упка коллапси ва курак кафасида суюкликнинг горизонтал сатхи куринади. Кейинроқ беморларнинг харорати кутарилиб, лейкоцитоз кузатилади. Огир холларда тушиб колиши мумкин.

Давоси: Зуддик билан плевра бушлигини пункция килиб, яхшиси нуктадан дренажлаш лозим. Одатда, 2-3 ковургалар оралигидан урта умров чизиги буйлаб пункция килиб, хавони суриш учун плевра бушлигига дренаж найча

куйилади. Иккинчи дренаж найча 8-9 ковургалар оралигидан култиқнинг орқа чизиги бўйича суюқликни тортиш учун қуйилади. Фаол дренажлаш учун электрсургич, Бобровнинг вакуум аппарата ва х. кулланилади. Плевра бушлиғи 2-3 кун дренажланганидан сунг, йиринг ва ҳаво қолмай, упқа юзаси қуқрак қафасига епишиб қолади. 3-4 кун давомида упқалар қоллапси утиб кетмаса, беморларини ташрих этиш, бронх оқмаларини, некротик туқималарни олиб ташлаш ва плевра бушлиғини дренажлаш лозим.

Упқа уткир хуппозаларининг сурунқали хуппозга утиш сабабли:

1. Уткир хуппозларнинг сонли бўлиши;
2. Хуппоз бушлиғида туқима секвестрининг бўлиши;
3. Хуппознинг пастки булақларида жойлашуви;
4. Хуппознинг диаметри 5 см.дан катта бўлиши.

Уткир хуппозлар 2 ой давомида тузалиб кетмаса, унда упқанинг сурунқали хуппозга юзага келади. Бундай беморларда нафас аъзолари туқик текширилиши, упқанинг ҳасталаниш даражаси аниқланиши шарт.

БРОНХОЭКТАЗИЯ ХАСТАЛИГИ (БЭ).

Бронхоэктазия болаларда учраб туладиган бронхларнинг қайтмас сурунқали йирингли жараенидир. Бронхоэктазия ҳасталиғи бирламчи ҳасталиқ бўлиб, сурунқали йирингли упқа ҳасталиқларининг асосий қисмини ташкил этади.

Туберкулез, упқа шикастланишлари ва сурунқали хуппозлардан сунг юзага келадиган иккиламчи бронхоэктазлардан фарқли уларок, бронхоэктазия ҳасталиғи узининг этиологияси ва патогенезига эга. Бронхларнинг кенгайиши ҳасталиқнинг асосий белгисидир.

Бронхоэктазия ҳасталиғи ҳозирги вақтда қамрок учрасада, эрқалар аеллардан 1,5 марта қуқрок ҳасталаниши маълум. 10 ешгача эсга қиз ва угил болалар бир хил-да ҳасталаниши аниқланган.

Этиологияси ва патогенези. Ҳасталиқ ёш болалар ва пневмониядан сунг бошланади. Титованинг маълумотиға қура, 10% бронхоэктазлар пневмониядан сунг пайдо бўлади. А.Я.Цигельник эса бронхоэктазия ҳасталиғи упқа ателектази сабабли пайдо бўлади деган. Пневмония ва ателектаз қупинча бир вақтда учрайди. Ролаларда пневмония натижасида ателектаз юзага келашга 2 сабаб бор: упқа пневмониясига жавоб реакцияси сифатида упқа илдизи соҳасида бронхопульмонал лимфа тугунлари лимфаденети (бронхаденит) юзага келади; болалар балғамни йуталиб, яхши чикара олмаганидан катта ва қичик бронхлар ичи қуқок, епишқок балғам билан тулиб қолади. Шу билан бирга VI-VII тартибдаги бронхлар да бронхиолит бўлиши ҳам ҳасталиқ юзага келиши учун қулайлик яратади.

Иккинчи гуруҳ олимлар бронхоэктазлар ҳосил бўлиши бронхлар обструкциясига боғлиқ деб тушунтиради. Ателектаз бронхлар ичидаги босимни ошириб, эластиклигини йуқотади (обструктив бронхит).

Олмония олими Заурбах бронхоэктазни тугма ҳасталиқ деб тушунтиради. Бронхоэктазия ҳасталиғи упқанинг кистоз гипоплазиясидек тугма ҳасталиқ бўлма-сада унга тугма мойиллик бўлиши мумкин. Масалан, Зиверт-Картагенер синдромида бронхларни қоплаган эпителий қиприқчалари ҳаракат сиз бўлиши, муковисцедозда шиллик қаватлар ишлаб чикарган секрет қуқок ва ёпишқок бўлиши, бронхоэктазия ҳосил бўлишга мойиллик тугдиради.

Бронхоэктазия ҳасталиғининг таснифи.

Шакли бўйича: дуқсимон, цилинрсимон, қопсимон, аралаш.

Жойлашувчи бўйича: 1 тарафлама, 2 тарафлама (27% қолларда).

Қупинча чап упқанинг пастки бўлағи ва юқори бўлагининг тил сегменти, унғ тарафда эса пастки ва урта бўлақлар ҳасталанади.

Ҳасталиқнинг кечишига қура; зурайиш ва ремиссия даври, фарқланади.

Асоратлари бўйича: асоратсиз ва асоратланган тури.

Бронхоэктазия ҳасталиғининг асоратлари: ички аъзолар амилоидози; икки тарафи ҳасталиқланганида нафас етишмовчилиғи; бронхиал артериянинг майда тармоқларидан қон кетиши. Упқа ҳасталиқларида, одатда, бронхиал артерия қенғалиб, юққалашиб қон кетиш манбаи бўлиб қолса, упқа артериялари бўйича қон айланиши қамаяди.

Клинкаси. Ҳасталиқ узок йиллар бир зурайиб, бир ремиссия бериб давом этади. Беморлар ҳар қонгда йуталиб, йирингли балғам ташлайдилар. Балғам қидсиз ёки қидли бўлиб (30% қолларда), қунига микдори 100-700 мл қача боради. Балғам турса, уч қаватли бўлиб қолади. 10-30 % қолларда беморлар қон туфириши мумкин, 50% қолларда қуқрак тортишиб оғрийди, нафас қисиши мумкин. Ҳасталиқ 12-14 еш, баъзан қечроқ, қатто қатталарда пневманиядан сунг ҳам бошланиши мумкин. Бақор ва қузда грипп ҳасталиғи бронхоэктозиянинг зурайишига сабаб бўлади.

Объектив текшириш қуйидагиларни аниқлайди. Ҳасталиқ учун субфебрил ҳарорат ҳос бўлиб, ҳасталиқ зурайиши ҳароратнинг 30°C қача қутариллиши, қуп микдорда балғам ташлаш, ҳароратнинг тушиши билан қечади. Силласи қуриган беморларда мутадил рақамлар орасида ҳароратнинг узғариши ҳос (масалан, 35,0°C -36,9°C). Беморларнинг лаби қуқарган бўлиб, қисмоний қихатдан қам ривожланган, бармоқлари ногора таёққаси, тирноқлари "қоат ойнаси" дек бўлади. (остеоартропатия).

Перкуссияда ателектаз туфайли товуш қисқарган, аускультацияда қириллаш, шовқинлар эшитилиб, йуталдан сунг узғариб туради. Нафас олиш бронхиал нафас олишга уқшаш. Рентгенологик умумий текширишда бемор упқасида бронхоэктазлар қопча шаклида бўлганида 27-44% қолларда тоқсимон еки қатақ симон соя билан намоен бўлади.

Бронхоэктазия клинкаси бўлганида авалқида беморларнинг даволаб, қикаётган балғамнинг микдори қамайганидан кейинга бронхография қилинади.

Бронхоэктазиянинг бронхографик балғилари: бронхларнинг бир бирига яқинлашуви; бронхларнинг қенгайиши; "қултоқ супурги" белғиси.

Бронхоскопия ташхис учун ҳамда бронхларни тозалаш (санация) учун қилинади. Унда йирингли бронхит ва бронхлар шакли узгарганлигини куриш мумкин. Спирографияда эса ташки нафас олиш абструктив хил бузилган бўлиб, оғир ҳолларда "упка юраги" аникланади кичик кон айланиш доирасида одатда гипертензия бўлмайди. Бронхоэктазия кенг тарқалган оғир ҳолларда гипертензия 30мм. сим. уст. етиб, декомпенсация юзага келади ҳамда бронхиал ва упка артерияси орасидаги шунтлар очилиб кетади.

2 давр. Бронхоэктазиянинг йиринглаш даври. Упканинг 1-2 булагини хасталанган бўлиб, бемор қунига 100-200мл йирингли балғам ташлайди, нафас етишмовчилиги, интоксикация хос. Меҳнат қобилияти қамайиб кетган бўлади.

3 давр. Упка диструкцияси даври, оғир кечиб, бемор қунига 500-600мл йирингли балғам ташлайди. Бронхоэктазлар қопсимон бўлиб, нафас етишмовчилиги қучли. Беморлар меҳнатга лаеқатсиз.

Қасаллик прогнози - давосиз яхши эмас. Бемор болаларнинг аҳволи қупинча усмирликга бориб оғирлашади. В.И.Ермолаевнинг малумотиға қура, консерватив даво бемор ҳаётини 10-15 йилға узайтириши мумкин.

Хасталикнинг клиник турлари: 1) Бошланғич тури: 2) енгил тури-йилиға бир икки марта зурайиб, 50-100 мл гача балғам ташлаш хос. Ташки нафас олиш ва гемодинамикада узғаришлар йук: 3) клиникаси якқол тури-200 мл гача балғам ташлаш, ташки нафас олиш ва гемодинамикада узғаришлар билан кечади: 4) оғир тури 10-15% ҳолларда учраб, қуниға 500-1000 мл гача балғам ташлаш, оғир нафас ва гемодинамика етишмовчилиги билан кечади.

Асоратлари: "Упка юраги", кичик кон айланиш гипертензияси, ички аъзолар амилоидози, нафас етишмовчилиги, кон кетиши.

Хозирги вақтда 60-65% ҳолларда бронхоэктазиянинг енгил турлари учраб, беморларнинг 40%и ташрих этилмоқда.

Давоси. Консерватив даво мажмуи қуйдаги ҳолларда қулланиши керак:

- а) беморларни ташрихға таерлаш учун;
- б) бронхоэктазиянинг бошланғич даврида;
- в) бронхоэктазия кенг тарқалган ҳолларда.

Консерватив даво асосини даво бронхоскопияси, назотрахеал катетерлаш, юқори нафас йулларини тозалаш, даво жисмоний тарбияси, постурал дренаж, меҳнат ва овқатланишни тартибға солиш ҳамда санаторий - курорт давоси ташкил этади.

Бронхоэктазия хасталиғи қуйдаги ҳолларда ташрих йули билан даволанади:

- а) типик бронхоэктазия нафас ва гемодинамиканинг чуқур узғаришларисиз бўлганида;
- б) бронхоэктазия бир тарафда жойлашганида;
- в) бронхоэктазиялар икки тарафда бўлиб, упканинг олти сегменти соғлом бўлса;
- г) беморларнинг ёши 6 дан 45 ёшгача бўлиши шарт.

Академик Ю.Ф. Исаков болаларда факат "бронхоэктазияси бўлган бронхларни олиб ташлаб, унинг томирларини қолдиришни тавсия қилган.

Бронхоэктазия хасталиғида қулланиладиган ташрих турлари:

- 1) пульмонэктомиа;
- 2) биллобэктомиа;
- 3) лобэктомиа;
- 4) сегментэктомиа;
- 5) резекция комбинацияси.

Ташрих ҳажми бронхография натижасига қараб аникланади.

Ташрих асоратлари: 1) ателектаз (13%) ҳолларда: 2) қолдик плевра бўшлиғининг қилиши (8%) ҳолларда: 3) плевра эмпиемаси (1,9%) ҳолларда, 4) кон кетиши (0,5%) ҳолларда, жароҳат йиринглаши (1%) ҳолларда, беморларнинг 1,4% ҳалокатға учраши мумкин.

ПЛЕВРА ЭМПИЕМАСИ.

Плевранинг яллиғланишиға плеврит дейилади. Плевранинг йирингли яллиғланиши ҳамда плевра бўшлиғига йиринг тупланиши эса плевра эмпиемасига хос.

Сабаблари. Плевра эмпиемаси, одатда, қандайдир бошқа хасталик асорати ҳисобланади; жумладан.

- 1) упка ҳуппозиси ва бронхоэктазларнинг йиринглашидан (90%);
- 2) қуқрак бўшлиғига утувчи жароҳатлардан;
- 3) қуқрак қафасидаги упка ва бошқа аъзолар ташришдан сунг бирламчи плевра эмпиемаси юзага қилиши

мумкин.

Микроорганизмларнинг плевра бўшлиғига тушиши плевра эмпиемасининг асосий сабабчисидир. Авваллари тилларанг стафилококк қуп ҳолларда эмпиемани қақирган бўлса, хозирги вақтда факт 25-30% ҳоллардагина эмпиемани қақирити маълум. Хозир плевра эмпиемасини асосан, грамм манфий пневмония клебсиелласи, қуқ йиринг таёқчаси, энтеробактериялар, ичак таёқчаси, спора ҳосил қил-майдиган ноклостридиал анаэроблар (бактериоидлар, фузобактерия, пептококк, пептострептококклар) қақирити маълум.

Инфекциянинг қириш йуллари:

- 1) Парапневмоник йул (пневмония бўлган соҳа чегарасида);
- 2) Метапневмоник йул (пневмония, қуқк оралиғи ва қуқрак қафасидаги йирингли хасталиклардан сунг);
- 3) Гематоген ва лимфоген йул (5% ҳолларда).

С.И. Спасоқуққий маълумотиға қура, пневмония бўлган беморларда очик ва равшан деструкция аниқланмаган ҳолларда ҳам упканинг субқортикал соҳасида кичик деструкция учоғи бўлади. Унинг плевра бўшлиғига қилиши эса эмпиемаға олиб қалади.

Жароҳатларда эса, инфекция кукрак бушлигига ук, снаряд, жароҳатловчи предмет ва хоказолар туфайли тушади.

Ташриҳдан сунгги эмпиемалар генези куйидагича:

1) Хар кандай ташриҳ ҳам абсолют асептик холда килинмайди.
2) Чандик - швартларда фаол булмаган инфекция булиб чандиклар кесилганда инфекция плевра бушлигига тушади.

3) Бронхлар чултогининг бирламчи етшпмовчилигида инфекция бронх йулларидан тушиши мумкин.

4) Упка коллапс холатида, плевра вараклари орасида колдик бушлик колганида у ерда кон, эксудат ёки хаво тупланиши эмпиема ривожига шароит тугдиради. Пневманияда юзага келиши мумкин булган сероз плеврит ҳам инфекция тушганида эмпиемага олиб келиши мумкин. Кукрак бушлигига утувчи жароҳат пневмо - ёки гемоторакс чакирганида ҳам эмпиема ривожланиши мумкин.

5) Гемоторакс котиб колганида ҳам эмпиема учун кулай шароит юзага келади.

Одатда, упкаларнинг эластик каршилиги булганидан, маълум шарт- юзага келганида упка коллапси юзага келиб, плеврал колдик бушлик пайдо булади ва эмпиема ривожу учун шарт-шароит тугилади.

Плеврал колдик бушлигини биринчи кунёк йукотиш лозим. Акс холда, бу шашиб колган упка ва плевра сатхига (масалан, упка хуппозу плевро-бронхиал окма билан асоратланганида) фибрин утириб, плевра калинлашади ҳамда плевранинг хамма юзасида чандик-швартлар пайдо булиб, плевра эмпиемасини юзага келтиради.

Плевра эмпиемасининг сабабларидан бири бронхиал окмалардир.

Бронхиал окма турлари: бронхо-плеврал окма; плевра-тери окмаси; бронхо-плевра-тери окмаси.

Плевра эмпиемасининг таснифи (М.И. Кузин буйича)

1. Кечиши буйича: уткир (купинча, ёпик) сурункали (купинча, очик) тури. Уткир эмпиема 2 ой давомида тузалмаса, сурункали турига утади.

2. Эксудат хусусиятига кура: йирингли; чирик.

3. Микрофлорасига кура: специфик (туберкулез, актиномикоз); носпецифик (стафилококк, диплококк, анаэроб, аралаш).

4. Келиб чикишига кура: бирламчи-ташриҳ ва шикастланшплардан сунгги; иккиламчи-упка хасталикларида сунгги.

5. Ташки муҳит билан туташлигига биноан: ёпик-ташки муҳитга очилмайдиган эмпиема (пневмониялар асорати сифатида); ташки муҳитга туташ-очик тури (пиопневмоторакс, бронхиал окмалар чакирадиган тури).

6. Таркалишига кура: эркин (тотал, субтотал, кичик); чегараланган (деворол-ди, латерал), базал, интерлобар, апикал, медиастинал, куп булмали).

Чекланган эмпиемада жараён плевра бушлигининг бир девори билан чекланган, субтотал эмпиемада плевра бушлигининг 2 ва ундан ортик деворлари билан чекланган, тотал эмпиемада эса плевра бушлигининг хамма ерига таркалган булади.

Клиник манзараси. Плевра эмпиемасини чакирган асосий хасталик ва эмпиема белгилари билан намоён булади. Беморлар оғрик зуридан чуқур нафас олол-май, кукракнинг ен тарафи оғриши, курук йутал, хароратнинг кечкурун 39-40°C га кутарилишига ва эрталаб субфебрил ракамларига тушиб қолиши хос. Беморлар хаво етишмаслигидан харсиллаб, терлаб кетадилар, иштаха йуқолади. Объектив текширилганида нафас етишмовчилиги белгилари, тинч ахволда ҳам харсиллаш, цианоз, интаксикация белгилари, беморнинг кузи ичига ботиб кетгани аникланади. Ковургалар оралиги текисланган, тери калинлашган, адинамия холатида, харорат юқори, томир уриши 110-120/гача тезлашган булади.

Плевра бушлигида экссудат 250-300мл дан купрок тупланган булса, перкуссияда Дамуазо чизигидан пастда бугиклик аникланади. Плевра эмпиемасида йиринг горизонтал сатхга эга ва рентгенограммада аниқ куринади.

Плевра бушлиги пункция қилиниб олинган йиринг цитологияси ва микрофлораси аникланади. Плевра бушлигида 0,5-1,0 литр йиринг тупланишидан ҳамда упкадан йирингли жараён мавжудлигидан гипопроотеинемия (3,5 - 4 гр), диспротеинемия-альбумин-глобулин коэффиценти 0,7-0,6 (нормада 1,5гача) тенг булиб қолади. Натижада коннинг онкотик босими камайиб, сувни организмда етарли равишда ушлаб қола олмайд ва диурез ошиб кетади. Шу билан биргаликда электролитлар ҳам чикиб кетишидан гипокалиемия юзага келади. Эритроцитоз бузилиб камконлик, иммунитет пасайиши юзага келади.

Махсус текшириш усуллари: 1) Кукрак кафаси рентгеноскопияси ва рентгенография қилиш. 2) Плевра колдик бушлигини плеврография қилиб текшириш.

Профилактика. 1) Плевранинг иккала вароги бир-бирига тегиб турадиган шароит яратиш лозим. 2) Колдик плеврал бушлик пункция ва аспирация қилиб тугатилиши лозим. 3) Пневмо - ва гемоторакс плевра бушлигини дренажлаш билан тугатилиши шарт. Котиб колган гемотораксда фибринолитиклар (стрептокиназа, стрептаза) кулланиши лозим. 4) Ташриҳ вақтида максимал гемостаз булиши лозим. 5) Упкаларда коллапс булмаслиги учун плевра бушлиги вакуум - сургич билан яхшилаб тозаланиши лозим.

Уткир плевра эмпиемаси давоси. Упканинг уткир инфекцион деструкцияси, консервант ёки ярим консерватив муолажалар билан даволаниши лозим. Даво принциплари: 1) плевра бушлигидаги йирингни ёпик эмпиемаларни пункция қилиб, очигида дренаж қуйиб кейин упкани тиклаш учун 80 мм.см.уст. бесимида вакуум хосил қилинади. Аввал сув ости Бюлау дренажи кенг кулланилар эда. Бронхиал окмалар булса, уларни поролондан пробка қуйиб,

вактинча беркитилади. 2) Микрофлора сезувчанлиги ҳисобга олинган ҳолда катта дозада антибиотиклар тайин этилади. 3) Гемостазни муътадил аҳолига келтириш учун венага оксил, альбумин, калий препаратлари юборилади.

Интоксикацияни даволаш учун экстракорпорал детоксикация усулларини фойдаланиш (гемосорбция килиш) яхши натижа беради.

Сурункали эмпиемалар давоси. Плевранинг сурункали эмпиемасида плевра қалинлиги 1-2см га боради. Натижада, ўпка бундай қобик орасидан тикланиш учун имконият қолмайди. Сурункали эмпиема давоси асосида икки принципа: 1) Ковургаларни резекция қилиб, қуқрак деворини ҳаракатчанлигини эвазига плевра қолдик бушлигини йуқотиш. Бунинг учун торокопластика қулланилади. Шеде таклиф этган интраплеврал торокопластика ҳозир қулланилмай, асосан экстраплеврал торокопаластика, интраэкстраплеврал торокопластика Геллер ва Лимбергнинг нарвон симон торокопластикаси қулланилади. Плевра қолдик бушлиги кичик бўлганда Кишнернинг мускул пластикаси қулланилади бронхоплеврал окмаларда бронхларни қон билан таминланиши бузилмаган мускуллар билан томпонада қилинади (Абражанов ташрихи). 2) Упкани қандиклардан тозалаб, уни тикланиши учун шароит яратадиган ташрих - Делормнинг ўпка декортацияси бажарилади. Патологик узгарган ўпкани қостал, висцерал плевра ҳамда қандиклар билан бирга олиб ташлаш лозим - плеврапульмон эктомия.

Зарур бўлганда эмпиема бушлигининг ҳамма деворлари олиб ташланади - плеврэктомия.

Материални ўзлаштирганилигини билиш учун назорат саволлари:

- 1) Ўпка абсцессини гангренадан фарқи?
- 2) Ўпка ўқир бактериял деструкциясини асосий текшириш усулари?
- 3) Дренажланмаган ўпка абсцесси клиникаси?
- 4) Дренажланган ўпка абсцесси клиникаси?
- 5) Ўпка абсцесси ва гангрена асосратлари?
- 6) Ўпкани қон кетишидаги шифокор тактикаси?
- 7) Клапони пневмотораксдаги биринчи ердам?
- 8) Ўпка абсцессиди операцияга курсатма?
- 9) Маҳаллий плевра эмпиемаси турлари?
- 10) Плевра эмпиемасида операцияга таерлаш учун нима қилинади?

МАЪРУЗА СЛАЙДЛАРИ

ЎПКА СУРУНКАЛИ ДЕСТРУКТИВ КАСАЛЛИКЛАРИ

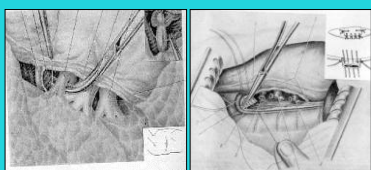
Ўпканинг сурункали яллиғланиш касалликлари

бу ўпкадаги давомли носпецифик яллиғланиш жароғи натижасида ўпка паренхимаси, бронхал ва қон томирлар системалари структура-сида ўзига хос ўзгаришлар билан ўтадиган ва ўхшаш клиник манзара орқали намоён бўладиган патологик ҳолатларнинг катта бир гуруҳи

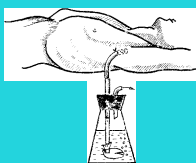
Ўпка сурункали деструктив касалликлар белгилари

- Йўтал
- Йирингли балғам ажралиши
- Тана ҳароратининг ошиши
- Қуқрак қафасида оғриқ
- Қон тупириш
- Қуқрак қафаси шаклининг ўзгариши
- Бармоқларни "ойнасимон" бўлиши
- Қон таркибини ўзгариши

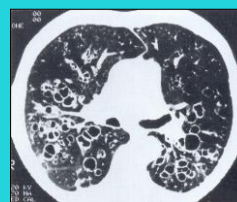
Пульмонэктомия амалиёти



Плевра бўшлиғини Бюлау бўйича дренажлаш



Иккала ўпка поликистози



Текшириш усуллари

- рентгенологик (скопия, графия, кўп ўқли, мўлжалли, томография, компьютер томография).
- эндоскопик — бронхоскопия (стенозлар, ригидлик, гиперемия, бўртмалар, тошмалар)
- бронхография
- плеврография - торакоскопия
- медиастеноскопия — қаваграфия.
- радиоизотоп ксеноном ердамида сканирлаш.

Сурункали йирингли ўпка касалликлари классификацияси

Касаллик	Риноламини даврлари
I. Биринчи фазасида	
1. Тугма (бир-, келатомалла, келатомал, келатомал, қилли)	а) абсцесс қосни бўлиши билан
2. Орттириган	б) абсцесс қосни бўлиши билан
II. Сурункали постспецифик интестинал пневмониклар	
а) фасет пневмониклар билан	
б) келатомал бронхитлар билан	
с) абсцесс қосни бўлиши билан	
III. Сурункали ўпка абсцесслари (қола, қула)	
1. Постпневмоник	а) иррингли бронхит билан
2. Эмпиема	б) пневмосклероз билан
3. Обтурирован	с) келатомал бронхитлар билан
4. Бармақча ва бошлар	д) қулаб абсцесслар билан
IV. Ўпка йиринглилиги келатомалари (қола, қула)	
1. Қулаб (пневмоник)	а) пневмосклероз билан
2. Паратит (пневмоник)	б) пневмосклероз билан
	с) келатомал бронхитлар билан

Миниторакотомия



18.Семинар машғулотининг ўқитиш технологияси

Вақти - 4 соат	Талабалар сони: 8-10 нафар
Ўқув машғулоти шакли	Билимларни чуқурлаштириш, кенгайтириш ва амалда
Ўқув машғулоти режаси	1. Упка носпецифик суринкали касалликлари ҳақида тушунча. 2. Касаллик этиологияси. 3. Патанатомияси. 4. Патофизиологияси. 5. Классификацияси. 6. Клиникаси. 7. Диагностикаси. 8. Дифференциал диагностикаси. 9. Замонавий даволаш усуллари.
Ўқув машғулотининг мақсади: Бу семинар машғулоти жараёнида саволлар ва муаммолар борасида суҳбат ўтказилади. Бу дарсда “аклий ҳужум” усулини ҳам қўллаш мумкин. Шунингдек, тест ва масалалар ечиш мумкин.	
Педагогик вазифалар: - мавзу буйича билимларни тизимлаштириш, мустаҳкамлаш. - дарслик билан ишлаш кўникмаларини ҳосил қилиш; - янги ахборотларни таҳлил қилиш кўникмаларини ривожлантириш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талба: - Упка носпецифик суринкали касалликлари ҳақида тушунча беради. - Касаллик этиологик омилларини қайд этиб ўтади. - Нормал анатомия ва патанатомияни таққослайди. - Гемодинамик ўзгаришларни ёритиб беради. - Касаллик диагнозини тўғри ёзишни ўрганади. - Касаллик кечиши, симптомларини таърифлаб беради. - Замонавий диагностика усуллари шарҳлаб беради. - Касалликни бошқа касалликлардан мисоллар билан ажратиб беради. - Замонавий даволаш усуллари ҳақида тушунча беради.
Ўқитиш услуби ва техникаси	Блиц-суров, биргаликда ўқиймиз, “иши” ва “оғриқ” сўзларига кластер, мунозара.
Ўқитиш воситалари	Мағруза матни, ўқув қўлланмаси, жадваллар, доска. Компьютер мультимедия дарсликлари, атлас.
Ўқитиш шакли	Билимларни чуқурлаштириш ва кенгайтириш, индивидуал ва гуруҳ, буйича ўқитиш.
Ўқитиш шароитлари	Мавзуга мос жиҳозланган аудитория (слайдлар, ва ҳ.к.).

Амалий машғулотининг технологик картаси (18-машғулот)

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (15 мин)	1.1. Мавзуни, мақсад ва режадаги ўқув натижаларини эълон қилади, уларнинг ахамиятини ва долзарблигини асослайди. Машғулот ҳамкорликда ишлаш технологиясини қуллаган ҳолда утишни маълум қилади. 1.2. Ақлий ҳужум усулидан фойдаланган ҳолда аудиториянинг тайёргарлик даражасини аниқлайди: Упка носпецифик суринкали касалликлари патологияларини биласизми? Уларнинг этиологияси, патанатомияси, патогенези, клиникаси, диагностикаси ва даволаш усулларига изоҳ беринг? Мазмунининг муҳокамаси гуруҳларда давом этишини эълон қилади.	1.1. Мавзуни ёзади ва саволларга жавоб беради.
2-босқич Асосий (150 мин)	2.1. Талабаларни 3 гуруҳга булади, ҳар бирига вазифа беради (2-илова). Кутилаётган ўқув натижаларини эслатади. 2.2. Гуруҳда ишлаш қоидаси билан таништиради (1-илова). Баҳолаш мезонларини ҳам намойиш қилади. 2.3. Вазифани бажаришда ўқув материаллари (маъруза матни, ўқув қўлланма)дан фойдаланиш мумкинлигини эслатади. Гуруҳларда иш бошлашни таклиф этади. 2.4. Тайёргарликдан кейин амалий ишлар бошлангани эълон қилинади. 2.5. Талабалар клиник белгиларни ифодалашга ва улар хақида ҳулосалар беради ва аниқлик киритади. 2.6. Талабаларга Б.Б.Б. усули бўйича ифодаланган жадвални намойиш қилади ва устунларни тўлдиришни айтади. Тушунчаларга изоҳларни туғрилайди ва саволларга жавоб қайтаради. Гуруҳлар фаолиятига умумий балл беради.	2.1. Ўқув натижаларини такдим қиладилар. 2.2. Саволлар беради. 2.3. Жавобларни тўлдиради. 2.4. Жадвал устунларини тўлдиради ва муҳокамада иштирок этади.
3-босқич Якуний (15 мин)	3.1. Машғулотни якунлайди, талабаларни баҳолайди ва фаол иштирокчиларни рағбатлантиради. 3.2. Мустақил иш сифатида “ Упка носпецифик суринкали касалликлари ” мавзусига “эссе” ёзишни топширади.	3.1. Эшитадилар. 3.2. Топширикни оладилар.

1-илова.

«Ақлий ҳужум» методининг асосий қоидалари:

- Олға сурилган фикр ва ғоялар танқид остига олинмайди ва баҳоланмайди;
- Таклиф қилинаётган фикр ва ғоялар қанчалик фантастик ва антиқа бўлса ҳам, уни баҳолашдан ўзингизни тийинг!
- Танқид қилманг – ҳамма билдирилган фикрлар бир хилда бебаҳодир.
- Фикр билдирилаётганда бўлманг!
- Мақсад – фикр ва ғоялар сонини кўпайтириш.
- Қанчалик кўп фикр ва ғоялар билдирилса, шунчалик яхши. Янги ва бебаҳо фикр ва ғоянинг вужудга келиш эҳтимоли пайдо бўлади.
- Агар фикрлар қайтарилса асабийлашманг ва ҳайрон бўлманг.
- Бу муаммо фақатгина маълум усуллар ёрдамидагина ҳал бўлиши мумкин, деб ўйланг.
- Фикрлар «ҳужуми»ни ўтказиш вақти аниқланади ва унга қатъиян риоя қилиниши шарт.

Гуруҳ билан ишлаш қоидалари

Гуруҳнинг ҳар бир аъзоси:

- ўз шерикларининг фикрларини ҳурмат қилишлари лозим;
- берилган топшириқлар бўйича фаол, ҳамкорликда ва масъулият билан ишлашлари лозим;
- ўзларига ёрдам керак бўлганда сўрашлари мумкин;
- ёрдам сўраганларга кўмак беришлари лозим;
- гуруҳни баҳолаш жараёнида иштирок этишлари лозим;
- “Биз бир кемадамиз, бирга чўкамиз ёки бирга қутиламиз” қоидасини яхши билишлари лозим.

ЭССЕ

Эссе – таклиф этилган мавзуга 1000 дан 5000 гача сўз ҳажмидаги иншо.

Эссе – бу муаллифнинг шахсий нуктаи назарини ёзма равишда эркин ифода этиш шакли; қандайдир предмет бўйича умумий ёки дастлабки дунёқарашни ўз ичига олади.

Беш дақиқалик эссе

Беш дақиқали эссе – ўрганилаётган мавзу бўйича олинган билимларни умумлаштириш, мушоҳада қилиш мақсадида ўқув машғулотида

Инсерт – самарали ўқиш ва фикрлаш учун белгилашнинг интерфаол тизими ҳисобланиб, мустақил ўқиб-урганишда ёрдам беради. Бунда маъруза мавзулари, китоб ва бошқд материаллар олдиндан талабага вазифа қилиб берилади. Уни ўқиб чиқиб, «V; +; –; ?» белгилари орқали ўз фикрини ифодалайди.

Матнни белгилаш тизими

“V” - мен билган нарсани тасдиқдайди.

“+” - янги маълумот.

“–” - мен билган нарсага зид.

“?” - мени уйлантирди. Менга қушимча маълумот зарур.

Б.Б.Б. усули

Талабаларга мавзуга доир иборалар таклиф этилади, талабалар шу иборалардан билганларини «+» билан, билмаганларини «-» билан белгилайди ва жадвалга фиксация қилинади.

Кластер

8. Катта коғоз марказига темага доир калит суз ёзилади.

9. Катнашчилар калит сузининг атрофига «йулдош» сузлар ёзилади.

10. Катнашчилар фикрига кура шу калит сузига тегишли булган сузлар ёки таклифлари ёзилади.

16-мавзу	Кукс оралиги касалликлари этиологияси, патогенези, классификацияси, клиникаси, диагностикаси, дифференциал диагностикаси, давоси, реабилитацияси.

5.Маъруза машғулотининг ўқитиш технологияси

Вакти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	1. Кукс оралиги касалликлари; 2. Кукс оралиги касалликлари патанатомияси; 3. Классификацияси; 4. Клиникаси ва диагностика усуллари; 5. Беморларни оператив даволаш усуллари.
Маъруза мақсади: Талабаларни Кукс оралиги касалликлари таништириш. Бу касалликларнинг этиологияси, патогенези, пайдо бўлишининг умумий омиллари, клиникаси, дифференциал диагностикаси, замонавий даволаш усуллари ўргатиш.	
Педагогик вазифалар: - Кукс оралиги касалликлари ҳақида тушунча бериш; - Кукс оралиги анатомиясини тушинтириш; -Кукс оралиги касалликлари этиопатогенезини тушинтириш; - маъруза давомида талабаларга кукс оралиги касалликлари билан огриган беморлар билан мулоқат қилишни ўргатиш; - диагностика усуллари тўғри бажаришни, даволаш усуллари тўғри танлашни ўргатиш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба билиши керак: - Кукс оралиги касалликлари ҳақида тушунчани; - Кукс оралиги анатомиясини ; - Кукс оралиги касалликлари классификациясини; -Бу касалликларнинг этиологияси, патогенези, пайдо бўлишининг умумий омиллари, клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари консерватив ва жаррохлик йулларини ўрганади.
Ўқитиш услуби ва техникаси	Визуал маъруза, блиц - сўров, баён қилиш, кластер, "ха-йук" техникаси
Ўқитиш воситалари	Маърузалар матни, мультимедия, таркатма материаллар, график органайзерлар.
Ўқитиш шакли	Жамоа, гуруҳ, ва жуфтликда ишлаш.
Ўқитиш шарт-шароити	Мультимедия, билан жихозланган аудитория

Маъруза машғулотининг технологик картаси (16-машғулот)

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш	1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотида кутилаётган натижалар маълум қилинади.	1.1. Эшитади, куради ва ёзиб олади.
2-босқич. Асосий (70 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниклаш учун тезкорсавол-жавобўтказади. - Кукс оралиги анатомияси хақида нима биласиз? - медиастинит нима? - медиастинотомия қандай утказилади? - Кукс оралиги касалликларида асосий рентгенологик белги ? 2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда давом этади. Кукс оралиги касалликлари ҳозирги пайтдаги долзарб муоммолари хақида гапиради. Кукс оралиги касалликларининг патанатомияси, патофизиологияси, клиникаси ва замонавий даволаш усуллари хақида гапиради. 2.3. Кукс оралиги касалликларини урганишда ўз ҳиссаларини қўшган олимларининг ишлари тугрисидаги тўхталиб ўтилади. 2.4. Талабаларга мавзунинг асосий тушунчаларига эътибор қилишни ва ёзиб олишларини таъкидлайди.	2.1. Эшитади, кўради Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 2.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади. 2.3. Эслаб қолади, ёзади. Ҳар бир саволга
3-босқич. Якуний (10 мин.)	3.1. Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади. Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. Мустақил иш учун вазифа: “Пневмомедиастинум” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.	3.1. Эшитади, кўради, аниқлаштиради. 3.2. Топшириқни ёзиб олади.

Кўкс оралиғи касалликлари

Анатомик-физиологик маълумотлар

Кукс оралиғи — курак бушлиғининг орка томондан умуртка погонаси, олдинги томондан курак, ён томонлардан медиастинал плевра, пастдан диафрагма билан чегараланиб турадиган қисми бўлиб, кукс оралиғи юкорида аник чегараларсиз буйин соҳасига утади.

Кукс оралиғи шартли равишда юқори ва пасткига булинади, сатхи IV курак умуртқдси дамидан утади. Трахея юқори кукс оралиғини шартли равишда олдинги ва орка кукс оралиғига булади, юрак халтаси эса пастки ва олдинги, урта ва орқа кукс оралиғига булади. Кукс оралиғи топографик-анатомик боглик, органлар ва тукима-ларнинг йигиндиси ҳисобланади. Юқори кукс оралиғида трахея, қизилунгач, айрисимон без, аорта равоғи, елка-бош веналари, курак лимфатик йули булади.

Пастки кукс оралиғининг олдинги ва урта қисмлари юрак ва перикард билан банд, урта қисмининг юқори учдан бир қисмида эса трахея бифуркацияси, упка артерияси, аортанинг юқори қутариладиган қисми жойлашади. Ва нихрат, пастки орқа оралиғида аортанинг пастга тушадиган қисми, қизилунгач, курак лимфа йули, симпатик ва парасимпатик нервлар утади.

Текшириш усуллари. Текширишнинг асосий усули ҳар томонлама рентгенологик текшириш (рентгеноскопия, полипозицион рентгенография, томография).

Комплекс томография замонавий, энг қуқ маълумот берадиган усул ҳисобланиб, курак кафасидан ва берилган ҳар қандай даражада қундаланг кесма олишга имкон беради. Бундан ташқари, аник диагностика учун қуйидагилар қулланилиши мумкин:

Пневмомедиастикография — кукс оралиғига газ қири-тилгандан кейин рентгенологик текшириш. Кукс оралиғи усмаларининг контурини аниклашга ёрдам беради.

Сунъий пневмоторакс — плеврал бушликка газ юбориш фонида текшириш. Упка усмасини кукс оралиғидаги усмалар ва кисталардан фарқ қилиш имконини беради.

Ангиография — юрак ва йирик томирлар бушликларин* контраст текширишдан иборат.

Материал олиш ва узил-кесил диагнозни аниклаш учун: бронхлар орқали пункция, торакоскопия, трансто рақал аспирацион биопсия, медиастиноскопия, периартериал медиастиномиядан фойдаланилади.

Кукс оралиғи шикастлари. Кукс оралиғининг очик, в; ёпик шикастлари фарқ қилинади. Уларни яна органлар шикастланмаган яраланишлар, олдинги кукс оралиқ шикастланган яраланишларга бўлиш мумкин. Клини манзараси қайси орган шикастланганига ва қон оқиб да

ражасига боглик.

Ёпик шикастлар қупинча кукс оралиғи йирик томи; ларининг шикастланиши ва ичига қон оқиб гематом шаклланиши билан утади. Упка ва бронхлар шикастланганда кукс оралиғи эмфиземаси ривожланади. Кукс оралиғи гематомаси ва эмфиземаси нафас қисиши, цианоз, вена-ларнинг буртиб чиқиши билан юзага чиқади. Рентгенограммада кукс оралиғининг қенгайганлиғи, гематомада унинг Қоронғиланганлиғи ва эмфиземада ёрур торганлиғи аникланади.

Даволаш: яллиғланишга қарши, ҳаёт учун муҳим органлар ишини нормага солишга қаратилган даволаш олиб борилади.

Операция қилиб даволашга органлар, йирик томирларнинг йиртилиб қон оқиб, кукс оралиғи органларининг босилиши, функциясининг қескин пасайиб қетиши қурса-ма бўлиб ҳисобланади.

Очик шикастлар. Клини манзараси шикастланган орган турига, қон оқиб даражасига боглик.

Даволаш — хирургик. Операция тури шикаст харақтерига борлиқ.

ЯЛЛИРЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ

Уткир медиастинит — кукс оралиғи клетчатқасининг уткир йирингли яллиғланиши. Унинг пайдо бўлишга ақсарият кукс оралиғининг очик, шикастлари, ёт жисмдан тешилиши, химиявий моддадан қуйиши, инструментал текшириш усуллари, буйиннинг қуқур флегмонаси тарқалиб қетиши сабаб булади.

Клини манзараси. Уткир медиастинит умумий ва маҳаллий симптомларнинг жадал ривожланиши билан харақтерланади. Қасаллик ҳароратнинг бирданига 39—40°C гача қутарилиши, гектик харақтердаги иситма, ёт жунжиқиши, рақар-ғарақ терлаш билан бошланади, нафас қисиши, цианоз, тахикардия эрта бошланади, артериал қосим пасаяди, орир интоксикация белгилари қайд қилинади. Беморлар курак ва буйиндаги тортадиган санқикли орриқдардан шикаят қиладилар, улар буйинни ёзишда, бошни буришда, куракни қосишда қучаяди. Беморлар мажбурий ҳолат эғаллайдилар (бошини олдинга қилиб қаддини қаланд қуйиб ётадилар). Қизилунгач, бронхлар тешилганда медиастинал, сунгра тери ости эмфиземаси вужудга қелади. Қонда юқори лейкоцитоз, формуланинг қапга силжиганлиғи, СОЭ ошганлиғи маълум булади. Рент-генограммаларда кукс оралиғи қуланқасининг қенгайганлиғи, ичи буш органлар тешилганда кукс оралиғи фонида газ қайд қилинади.

Даволаш: консерватив тадбирлар утқазиш фонида операция усули қулланилади. Операция инфекция манбаини барқараф қилиш ва кукс оралиғини антисептик эритма билан доимий ювиш учун қуш бушликли силиқон найчалар билан адекват дренаж қилишдан иборат. Консерватив тадбирлар бактериологик текширувлар назорати остида массив антибактериал терапия, дезинтоксикация, инфузион, иммун қувватлайдиган терапия утқазишдан иборат.

Хроник медиастинит уткир турининг оқибати бўлиши мумкин. Унга сил, антиполипоз, захм сабаб бўлиши эҳтимол. Идиопатик склерозлайдиган медиастинит ҳам фарқ қилинади.

Клини манзараси. Хроник медиастинит узок вақт мобайнида симптомларсиз қечиши мумкин. Кейинроқ курак кафасида оғрик, субфебрил ҳарорат, йутал, нафас қисиши, ланжлик, ютишда қийналиш, куракда қисиши сезгиси пайдо булади. Бу симптомлар одатда сил (упка қили, лимфатик тугунлар қили), захм клини манзараси билан

утади. Склерозлайдиган медиастинитда аста-секин юкори ковак венанинг босилиш симптомлари пайдо булади (юз керикиши, кулда шиш, цианоз), кукрак тери ости веналари кенгайиши содир булади. Диагностик тасдиқлаш учун кизилунгач ва юкори ковак венага контраст модда юбориб рентгенологик текширишдан фойдаланилади.

Даволаш: специфик антибактериал препаратлар тайин-лашдан иборат. Идиопатик склерозлайдиган медиастинитда нур терапияси, кортикостероидлар кулланилади. Ҳаёт учун муҳим органлар босилиб қолганда операция қилиш-га киришилади.

КУКС ОРАЛИГИ УСМАЛАРИ ВА КИСТАЛАРИ

Кукс оралари усмаларининг талайгина гистологик типлари мавжуд. Келиб чиқишига кура уларни невроген (ганглионевромалар, нейробластомалар, симпатикобласто-малар, ореохомоцитомалар, невриномалар ва невроген саркомалар); мезенхимадан келиб чиққан (фибромалар, фибросаркомалар, липомалар, липосаркомалар, лимфангиомалар, гемангиомалар, ангиосаркомалар ва б.); лимфатик тугунлар ретикуляр туқимасидан пайдо бўлган (лимфосаркомалар, ретикулосаркомалар, лимфогранулематоз); эмбриогенез бузилиши оқибатида пайдо бўладиган айриси-мон бездан келиб чиқадиган (дермоид кисталар ва тера-томалар, семиномалар, хариноэпителиома, кукрак кафаси ичидаги бук) усмалар булади. Кукс оралиги кисталари ҳақиқий целамик кисталар ва перикард дивертикуллари, бронхоген ва энтероген паразитар кисталарга бўлинади. Булар эмбриогенез бузилишлари оқибатида келиб чиқади.

Кукс оралиги усмалари ва кисталарини сохта усмалар, аневризмалардан (аорта, упка артерияси, ток. вена аневризмаси), диафрагма чурраси, кизилунгач усмаларидан тафо-вут қилиш керак.

Клиникаси. Кукс оралигининг усмалари ва кисталари илк босқичларида симптомларсиз кечади ва профилактика мақсадида рентгенологик текширувда аниқланади. Кейинчалик ушиб кетганда ва атрофдаги органларни босиб қуйганида кукрак кафасида огрик, нафас олиш қийинла-шуви, нафас нервларининг инфекцион касалликлари пайдо булади. Симпатик нерв касалланганда Горнер симптоми аниқланади, қайтувчи нерв касалланганда товуш буги-либ қолади. Юракнинг босилиши кукрак қдфасининг унғ ярмида огрик пайдо бўлиши, юрак ритми бузилишида намоён булади. Невроген усмалар орқа миёнинг босилиш симптомлари — сезувчанлик бузилишининг ҳар хил тур-лари, парез, фалажлик, чанок, органлари функцияси бузилишлари билан юзага чиқиши мумкин. Юкори ковак вена бушлигининг каттик босилиши «юкори ковак вена» комплексига олиб келади, бунда юз, буйин, куллар, гав-данинг юкори ярмида шиш ва цианоз пайдо булади. Шу билан бирга усмага алоқдор симптомлар пайдо бўлиши ҳам эҳтимол. Кукс оралиги усмаларининг қупчилиги хавф-сиз. Роят катта усмаларни одатда операция қилса булади. Куке оралигининг қупгина усмалари вақт утиши билан хавфли турга айланади. Шундан келиб чиқиб, ҳрзирги вақтда беморнинг ахволи имкон берса, кукс оралиги ус-масини олиб ташлаш керак, деган фикр қувватланмоқда.

Кукс оралари усмалари ва кисталарининг айрим турлари клиникаси, диагностикаси ва даволаш. Невроген усмалар — кукс оралигининг энг қуп учрайдиган хавфсиз усмалари ҳисобланади. Одатда орқа кукс оралигида жойлашади. Улар симпатик нерв ганглийлари ва узаклари, адашган ва қовургалараро нервлар, орқа миё пардаларидан келиб чиқади. Гистологик тузилиши жиҳатидан булар ней-рофиброма, нейромиома, ганглионеврома, параганглиома, феохромоцитомалардир. Орқа миё илдизларидан чиқадиган усмалар қисман орқа миё канали ичига, қисман кукс оралигига «қум соат» типи бўйича усади. Шу муносабат билан беморлар орқадаги огрикдан шикоят қиладилар, уларда орқа миёнинг босилиш симптомлари, парезлар ва фалажликлар ривожланади.

Рентгенологик аломатлар туҳумсимон ёки юмалок шаклдаги интенсив гомоген қуланқасининг аниқ контурлари бор, кукс оралигининг орқа юкори бўлимларида жойлашади, сунъий пневмоторакс қуйилгандан кейин яхши бўлинади.

Даволаш — хирургик, усма олиб ташланади.

Кукрак кафаси ичидаги бук. Кукрак кафаси орқаси-даги бук тереоптоз (калқонсимон безнинг кукрак орқаси пастига ту шиши) ва кукрак кафаси орқасида жойлашган қушимча калқонсимон безга бўлинади. Аскарият унт томонлама кукрак орқаси букоғи учрайди.

Кукрак орқасидаги букоғининг муҳим симптомлари тра-хеянинг босилиши ва девиацияси ҳисобланади. Улчамлари катта бўлганда кукс оралигидаги йирик томирларнинг босилиш симптомлари — буйин тери ости веналарининг кенгайиши ва уриб туриши, бош огриғи, юз салқиши ривож-ланиши мумкин. Рентгенологик жиҳатдан трахея ва кизилунгачни жойидан силжитадиган аниқ контурлари бўлган қуланка аниқланади. U^{131} билан скенирлаш энг қуп маълумот беради.

Даволаш — букоғни хирургик олиб ташлашдан иборат.

Тимомалар — айрисимон без усмалари, хавфсиз ва хавфли бўлиши мумкин.

«Компрессией синдром» дан ташқари арегенератор анемия, Кушинг синдроми билан намоён булади. Қуп лолларда миастения симптомлари (скелет мушакларининг бирданига бушашиши, чайнаш, ютиш, нутқ, нафас бузи-лиши, мушак гипотрофияси) билан утади, булар антихо-линэстераза препаратлари юборилгандан кейин камаяди.

Диагностика усулларидан медиастинография энг қуп маълумот беради.

Даволаш — безни операция нули билан олиб ташлашдан иборат.

Дермоид кисталар ва тератомалар. Дермоид кисталар эндодерма элементларидан ривожланади, деворлари қалин, бушлигида ёпишқоқ суюқлик, тери ва соч элемент-лари булади. Тератомалар урта кукс ораларида бир неча қушт варақларидан ривожланади. Огрик ва «компрессион синдром» пайдо бўлганда диагностика қилинади.

Даволаш — операция қилиб олиб ташланади.

Перикард кисталари. Эмбрионал даврда туқималарнинг ривожланиш нуксони билан боғлиқ- Аксарият унғ кардиофрагмал бурчақда жойлашади. Кечиши қупинча симптомларсиз. Катта улчамларда бўлганда юрак соҳасида огрик, аритмиялар қайд қилиниши мумкин. Рентгенологик текширишда аниқланади.

Даволаш — киста операция қилиб олиб ташланади.

Бронхоген кисталар. Одатда трахея ва йирик бронхларга тааллуқли. Кисталар улчами катталашиб кетганда бемор-лар шикоятлар киладилар. Улар курук йутал, нафас кисиши, стридороз нафас хрлида юзага чиқади. Рентгенологик жихатдан трахеяга тегиб юмалок, куланка аникланади.

Даволаш — кистани хирургик кесишдан иборат. Операцияга курсатма булиб асоратлари: йирингланиш, перфорация (тешилиш) хисобланади.

Энтероген кисталар. Орқа кукс оралигининг пастки булимларида жойлашади. Бирламчи ичак найчасидан ривожланади. Кисталарнинг ички пардаси хлорид кислота ишлаб берадиган меъда эпителийси билан копланганлиги туфайли деворида яралар пайдо булиши, қон оқиши, перфорация юз бериши мумкин. Улар ичи қовак органларга, перикард, плевра бушлигага тешиб кириб йиринг ҳосил қилиши эҳтимол. Диагностика учун пневмомедиастинография куп маълумот беради.

Даволаш — кисталарни операция йули билан олиб таш-лашдан иборат.

Липомалар — купинча унғ кардиодиафрагмал бурчақда жойлашади. Симптомсиз кечади. Катта улчамларгача етиши мумкин, шундагина кукс оралига органларининг босилиш симптомлари юзага келади. Рентгенологик текширишда аникланади.

Даволаш — операция қилиниб, усма олиб ташланади.

Лимфомалар. Медиастинал лимфатик тугунлардан ривожланади. Одатда олдинги кукс оралигида жойлашади. Табиатига кура хавфли хисобланади.

Симптомлари интоксикация билан боглик — лохаслик, дармон қуриши, гавда температураси кутарилиши, орик-лаб кетиш, терида кичима пайдо булиши. Катта улчам-ларга етганда — йутал, кукракда оррик, кукс оралиги органларининг босилиш симптомлари булади.

Диагностика учун рентгенологик текширув, медиастиноскопия, медиастинотомия утқилади.

Даволаш — хирургик. Даволаш эрта босқичларидагина амалга оширилади, кейинчалик нур ва химиявий препарат-лар билан даво қилинади.

МАЪРУЗА СЛАЙДЛАРИ

Кўкс оралиғи касалликлари	Кўкс оралиғини тахминий қисмларга бўлиниши 	Кўкс оралиғини текшириш усуллари - Рентгенологик текшириш усуллари – рентгеноскопия, томография, газли медиастинография, сунъий пневмоторакс, ангиография - Бронх орқали пункция - Торакоскопия - Трансторакал аспирацион биопсия - Медиастиноскопия - Парастернал медиастинотомия
Кўкс оралиғи касалликлари - Кўкс оралиғи жароҳатлари - Кўкс оралиғи яллиғланиш касалликлари - Кўкс оралиғи ўсмалари ва кисталари	Кўкс оралиғи жароҳатлари клиникаси Ёпиқ жароҳатлар – ҳар доим ички қон қўйилишлар қузатилиб, гематома ҳосил бўлиши билан кечади ва у атроф тўқима ва ҳаётӣ аъзоларни эзилишига олиб қилиши мумкин (қўпқок кўкс оралиғи веналари эзилиши қузатилади). Қайтувчи нерв эзилиши натижасида қузатилади: курук йутал, овозни бўғилиши; симпатик нерв тутамини эзилиши натижасида Горнер синдроми қилиб чиқади (птоз, мйоз, эндофтальм) Очиқ жароҳатлар – ҳар доим кўкс оралиғи аъзолари жароҳати билан бирга кечади, қон кетиши, медиастинал эмфизема ривожланиши қузатилади	Кўкс оралиғи жароҳатларини даволаш Ёпиқ жароҳатлар – ҳаётӣ аъзолар (юрак, ўпқалар) фаолиятини нормалаштириш. Шоқга қарши чора тадбирларни утқизиш. Кукрак қафаси қарқас функциясини бузилиши натижасида сунъий нафас олиш қўпланилади. Жарроҳлик амалиётига қўрсатмалар: ҳаётӣ аъзоларни эзилиши ва фаолиятини кескин бузилиши натижасида, қизилўнғач, трахея, асосий бронхлар, йирик қон томирлар ёрилиши натижасида ҳаёт учун хавфли бўлган қон кетиши Очиқ жароҳатлар – жарроҳлик амалиётӣ тавсия этилади. Амалиёт ҳажми жароҳат ҳаракатига, жароҳатни тозалик даражасига, бемор умумий аҳволига боглик
Ўткир медиастинит сабаблари - кўкс оралиғи очӣқ жароҳатларида - қизилўнғачни ёт жисм билан жароҳатланишида - бронхоскопия пайтида ятрогения - қизилўнғачда бажарилган жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда чоклар етишмовчилиги - бўйин чуқур флегмоналарини кўкс оралиғи атроф тўқимасига ўтиши	Тўшорқа буқоғи 	Орқа кўкс оралиғи невриномаси (макропрепарат) 

21.Семинар машғулотининг ўқитиш технологияси

Вакти - 4 соат	Талабалар сони: 8-10 нафар
Ўқув машғулоти шакли	Билимларни чуқурлаштириш, кенгайтириш ва амалда
Ўқув машғулоти режаси	10. Кукс оралиги касалликлари ҳақида тушунча. 11. Касаллик этиологияси. 12. Патанатомияси. 13. Патофизиологияси. 14. Классификацияси. 15. Клиникаси. 16. Диагностикаси. 17. Дифференциал диагностикаси. 18. Замонавий даволаш усуллари.
Ўқув машғулотининг мақсади: Бу семинар машғулоти жараёнида саволлар ва муаммолар борасида суҳбат ўтказилади. Бу дарсада “аклий ҳужум” усулини ҳам қўллаш мумкин. Шунингдек, тест ва масалалар ечиш мумкин.	
Педагогик вазифалар: - мавзу буйича билимларни тизимлаштириш, мустахкамлаш. - дарслик билан ишлаш куникмаларини ҳосил қилиш; - янги ахборотларни таҳлил қилиш кўникмаларини ривожлантириш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талба: - Кукс оралиги касалликлари ҳақида тушунча беради. - Касаллик этиологик омилларини қайд этиб ўтади. - Нормал анатомия ва патанатомияни таққослайди. - Гемодинамик ўзгаришларни ёритиб беради. - Касаллик диагнозини тўғри ёзишни ўрганади. - Касаллик кечиши, симптомларини таърифлаб беради. - Замонавий диагностика усуллари шарҳлаб беради. - Касалликни бошқа касалликлардан мисоллар билан ажратиб беради. - Замонавий даволаш усуллари ҳақида тушунча беради.
Ўқитиш услуби ва техникаси	Блиц-суров, биргаликда ўқиймиз, “иши” ва “оғриқ” сўзларига кластер, мунозара.
Ўқитиш воситалари	Маъруза матни, ўқув қўлланмаси, жадваллар, доска. Компьютер мультимедия дарсликлари, атлас.
Ўқитиш шакли	Билимларни чуқурлаштириш ва кенгайтириш, индивидуал ва гуруҳ, буйича ўқитиш.
Ўқитиш шароитлари	Мавзуга мос жиҳозланган аудитория (слайдлар, ва ҳ.к.).

Амалий машғулотининг технологик картаси (21-машғулот)

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (15 мин)	1.1. Мавзуни, мақсад ва режадаги ўқув натижаларини эълон қилади, уларнинг аҳамиятини ва долзарблигини асослайди. Машғулот ҳамкорликда ишлаш технологиясини куллаган ҳолда утишни маълум қилади. 1.2. Ақлий ҳужум усулидан фойдаланган ҳолда аудиториянинг тайёргарлик даражасини аниқдайди: Кукс оралиги касалликларини биласизми? Уларнинг этиологияси, патанатомияси, патогенези, клиникаси, диагностикаси ва даволаш усуллариغا изоҳ беринг? Мазмунининг муҳокамаси гуруҳларда давом этишини эълон қилади.	1.1. Мавзуни ёзади ва саволларга жавоб беради.
2-босқич Асосий (150 мин)	2.1. Талабаларни 3 гуруҳга булади, ҳар бирига вазифа беради (2-илова). Кутилаётган ўқув натижаларини эслатади. 2.2. Гуруҳда ишлаш қондаси билан таништиради (1-илова). Баҳолаш мезонларини ҳам намойиш қилади. 2.3. Вазифани бажаришда ўқув материаллари (маъруза матни, ўқув қўлланма)дан фойдаланиш мумкинлигини эслатади. Гуруҳларда иш бошлашни таклиф этади. 2.4. Тайёргарликдан кейин амалий ишлар бошлангани эълон қилинади. 2.5. Талабалар клиник белгиларни ифодалашга ва улар хақида хулосалар беради ва аниқлик киритади. 2.6. Талабаларга Б.Б.Б. усули бўйича ифодаланган жадвални намойиш қилади ва устунларни тўлдиришни айтади. Тушунчаларга изоҳларни туғрилайди ва саволларга жавоб қайтаради. Гуруҳлар фаолиятига умумий балл беради.	2.1. Ўқув натижаларини такдим қиладилар. 2.2. Саволлар беради. 2.3. Жавобларни тўлдиради. 2.4. Жадвал устунларини тўлдиради ва муҳокамада иштирок этади.
3-босқич Якуний (15 мин)	3.1. Машғулотни якунлайди, талабаларни баҳолайди ва фаол иштирокчиларни рағбатлантиради. 3.2. Мустақил иш сифатида “Кукс оралиги касалликлари” мавзусида “эссе” ёзишни топширади.	3.1. Эшитадилар. 3.2. Топширикни оладилар.

«Ақлий ҳужум» методининг асосий қоидалари:

- Олға сурилган фикр ва ғоялар танқид остига олинмайди ва баҳоланмайди;
- Таклиф қилинаётган фикр ва ғоялар қанчалик фантастик ва антиқа бўлса ҳам, уни баҳолашдан ўзингизни тийинг!
- Танқид қилманг – ҳамма билдирилган фикрлар бир хилда бебаходир.
- Фикр билдириляётганда бўлманг!
- Мақсад – фикр ва ғоялар сонини кўпайтириш.
- Қанчалик кўп фикр ва ғоялар билдирилса, шунчалик яхши. Янги ва бебаҳо фикр ва ғоянинг вужудга келиш эҳтимоли пайдо бўлади.
- Агар фикрлар қайтарилса асабийлашманг ва ҳайрон бўлманг.
- Бу муаммо фақатгина маълум усуллар ёрдамидагина ҳал бўлиши мумкин, деб ўйланг.
- Фикрлар «ҳужуми»ни ўтказиш вақти аниқланади ва унга қатъиян риоя қилиниши шарт.

Гуруҳ билан ишлаш қоидалари

Гуруҳнинг ҳар бир аъзоси:

- ўз шерикларининг фикрларини хурмат қилишлари лозим;
- берилган топшириқлар бўйича фаол, ҳамкорликда ва масъулият билан ишлашлари лозим;
- ўзларига ёрдам керак бўлганда сўрашлари мумкин;
- ёрдам сўраганларга кўмак беришлари лозим;
- гуруҳни баҳолаш жараёнида иштирок этишлари лозим;
- “Биз бир кемадамиз, бирга чўкамиз ёки бирга қутиламиз” қоидасини яхши билишлари лозим.

ЭССЕ

Эссе – таклиф этилган мавзуга 1000 дан 5000 гача сўз ҳажмидаги иншо.

Эссе – бу муаллифнинг шахсий нуқтаи назарини ёзма равишда эркин ифода этиш шакли; қандайдир предмет бўйича умумий ёки дастлабки дунёқарашни ўз ичига олади.

Беш дақиқалик эссе

Беш дақиқалик эссе – ўрганиляётган мавзу бўйича олинган билимларни умумлаштириш, мушоҳада қилиш мақсадида ўқув машғулотида

Инсерт – самарали ўқиш ва фикрлаш учун белгилашнинг интерфаол тизими ҳисобланиб, мустақил ўқиб-урганишда ёрдам беради. Бунда маъруза мавзулари, китоб ва бошқд материаллар олдиндан талабага вазифа қилиб берилади. Уни ўқиб чиқиб, «V; +; –; ?» белгилари орқали ўз фикрини ифодаляйди.

Матнни белгилаш тизими

“V” - мен билган нарсани тасдиқляйди.

“+” - янги маълумот.

“–” - мен билган нарсага зид.

“?” - мени уйлантирди. Менга қушимча маълумот зарур.

Б.Б.Б. усули

Талабаларга мавзуга доир иборалар таклиф этилади, талабалар шу иборалардан билганларини «+» билан, билмаганларини «-» билан белгилайди ва жадвалга фиксация килинади.

6 – илова.**Кластер.**

6. Катта коғоз марказига темага доир калит суз ёзилади.
7. Катнашчилар калит сузининг атрофига «йулдош» сузлар ёзилади.
8. Катнашчилар фикрига кура шу калит сузига тегишли булган сузлар ёки таклифлари ёзилади.

Фан буйича маъруза ва дарслар уқитиш технологияси.

17-мавзу	Диафрагма касалликлари этиологияси, патогенези, классификацияси, клиникаси, диагностикаси, дифференциал диагностикаси, давоси, реабилитацияси.

5.Маъруза машғулотининг ўқитиш технологияси

Вақти – 2 соат	Талабалар сони: - 48 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	1. Диафрагма анатомияси; 2. Диафрагма касалликлари(чурралари ва релаксацияси); 3. Классификацияси; 4. Клиникаси ва диагностика усуллари; 5. Беморларни консерватив оператив даволаш усуллари.
Маъруза мақсади: Талабаларга диафрагма касалликлари келиб чиқишининг этиологик ва патогенетик омиллари тугрисида маълумот бериш, клиник манзараси, диагностикаси ҳамда дифференциал диагностикаси тугрисида тушунча ва амалий курсатмаларни ургатиш.	
Педагогик вазифалар: - Диафрагма касалликлари ҳақида тушунча бериш; -Диафрагманинг анатомо- физиологик тузилиши; - Диафрагма касалликлари этиопатогенезини тушинтириш; - маъруза давомида талабаларга диафрагма касалликлари билан оғриган беморлар билан мулоқат қилишни ўргатиш; - диагностика усуллари тўғри бажаришни, даволаш усуллари тўғри танлашни ўргатиш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба билиши керак: - Диафрагма чурралари ҳақида тушунчани; - Диафрагманинг анатомо- физиологик тузилишини; - Диафрагма касалликлари классификациясини; - Бу касалликларнинг этиологияси, патогенези, пайдо бўлишининг умумий омиллари, клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари консерватив ва жаррохлик йулларини ўрганади.
Ўқитиш услуби ва техникаси	Визуал маъруза, блиц - сўров, баён қилиш, кластер, "ха-йук" техникаси
Ўқитиш воситалари	Маърузалар матни, мультимедия, тарқатма материаллар, график органайзерлар.
Ўқитиш шакли	Жамоа, гуруҳ, ва жуфтликда ишлаш.
Ўқитиш шарт-шароити	Мультимедия, билан жиҳозланган аудитория

Маъруза машғулотининг технологик картаси (17машғулот)

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.)	1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотида кутилаётган натижалар маълум қилинади.	1.1. Эшитади, куради ва ёзиб олади.
2-босқич. Асосий (70 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниқлаш учун тезкорсавол-жавобўткази. - Диафрагманинг анатомо- физиологик тузилиши -Диафрагма чурраси нима? - Диафрагма релаксацияси қандай касаллик? - Диафрагма касалликларида асосий рентгенологик белги ? 2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда давом этади. Диафрагма касалликлари ҳозирги пайтдаги долзарб муоммолари ҳақида гапиради. Диафрагма касалликларининг патанатомияси, патофизиологияси, клиникаси ва замонавий даволаш усуллари ҳақида гапиради. 2.3.Диафрагма касалликларини урганишда ўз хиссаларини қўшган олимларининг ишлари тугрисидаги тўхталиб ўтилади. 2.4. Талабаларга мавзунинг асосий тушунчаларига эътибор қилишни ва ёзиб олишларини таъкидлайди.	2.1. Эшитади, кўради Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 2.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади. 2.3. Эслаб қолади, ёзади. Ҳар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади. Таърифни ёзиб олади, мисоллар келтиради.
3-босқич. Якуний (10 мин.)	3.1. Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади. Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. Мустақил иш учун вазифа: “Пневмомедиастинум” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.	3.1. Эшитади, кўради, аниқлаштиради. 3.2. Топшириқни ёзиб олади.

ДИАФРАГМА КАСАЛЛИКЛАРИ Анатомик-физиологик маълумотлар

Диафрагма (diaphragma - юнонча «тўсик») ёки тўш-қорин тўсиғи, кўкрак бўшлиғи аъзоларини қорин аъзоларидан ажратиб туради. У ясси юпка мушакдан иборат бўлиб, унинг толалари кўкрак қафасининг пастки гумбаз қисмининг бутун доираси бўйича бошланиб, юқорига боради ва радиал ҳолда пай тизмасига ўтиб, ўнг ва чап томондан кўкрак бўшлиғига чикиб турадиган гумбазсимон кабариклар ҳосил қилади. Шунга мувофиқ ҳолда диафрагмада иккита қисм фарқ қилинади: марказий пай қисми ва чекка-мушак қисми. Кейингиси яна уч қисмга: тўш, қовурға ва бел қисмларига бўлинади.

Диафрагманинг кўкрак қисми биров нозикроқ ифодаланган бўлиб, баъзи ҳолларда эса, ҳатто бўлмаслиги мумкин. Одатда у тўш-ханжарсимон ўсиғи-нинг ички юзаси ва қорин тўғри мушаклари қинининг орқа варагидан бошланадиган бир неча калта тутамлардан иборат бўлади. Диафрагманинг бу қисми клетчатка билан тўлган кичкина ва тор учбурчак ёриқ - кўкрак-қовурға бўшлиғи ёки Ларрей учбурчаги билан қовурға бўлимидан ажралган бўлади.

Қовурға қисми VII-XII қовурғалар тоғайларининг ички юзасидан кўндаланг қорин мушаги ўсиқлари билан навбатлашадиган алоҳида мушак тутамларидан бошланади, сўнгра юқорига кўтарилиб пай марказига ўтади ва диафрагма гумбазларининг каттагина қисмини ҳосил қилади.

Ковурга қисми, Боғдалек учбурчаги номини олган бошқа, худди шундай учбурчак ёриқ воситасида диафрагманинг кучлироқ ифодаланган бел қисмидан ажратилган.

Диафрагманинг бел қисми ҳар томонлама учта мушак “оёқча”лар: ташки, оралик ва ички “оёқча”лардан ташкил топган бўлади. Диафрагманинг қизилўнгач тешиги кўпчилик тадқиқотчиларнинг маълумотларига биноан унинг асосан ўнг ички “оёқча”си ҳисобига ҳосил бўлади. Қизилўнгач тешиги барча томони берк тоғорасимон шаклга эга бўлиб, ХІ кўкрак умуртқаси сатҳида, аксарият ўрта чизикдан бирмунча чап томонда жойлашади.

Диафрагма қизилўнгач тешигининг эни нормада 1,0 см дан 3 см гача бўлиб, узунлиги эса 3,5 дан 6 см гача катталика эга бўлади. Диафрагманинг қизилўнгач тешиги орқали қизилўнгачдан ташқари, чап ва ўнг адашган нервлари ўтади.

Диафрагма ўпка билан туташган жойларда ва диафрагмал-медиастинал, ҳамда диафрагмал-ковурга синуслар соҳасида плевра билан қопланган бўлиб, унинг пайдан, қорин ичи фасциясининг бир қисми ҳисобланган бириктирувчи тўқима пластинкаси бошланган бўлади.

Диафрагмани жуфт мушак - диафрагмал артерия (a. musculophrenica) лар ва аортанинг жуфт тармоқлари: юқориги диафрагмал артерия ва олтита пастки қовурғалараро артериялар орқали қорин билан таъминланади. Диафрагманинг асосий артериялари ўнг ва чап пастки диафрагмал артериялар бўлиб, улар аслини олганда бутун диафрагмани у ёпишган чизик бўйлаб васкуляризация қилади.

Кўп сонли лимфатик томирлар диафрагма қатламларига мувофиқ жойлашган тўрлар ҳосил қилади. Диафрагмадан лимфа оқиши, унинг мушак-пай элементлари қисқариши туфайли, кўп сонли лимфатик тугунлар воситасида руй беради.

Диафрагма иккита диафрагмал нервлар (n. p. phrenici), иккала томондаги олтита пастки қовурғалараро нервлар (n. intercostalis) тармоқларидан иннервация қилинади, шунингдек ўнг ва чап диафрагмал чигалларидан нерв толаларини олади.

ДИАФРАГМА ЧУРРАЛАРИ

Диафрагма чурраси деб, қорин бўшлиғи аъзоларининг диафрагмадаги туғма ёки орттирилган нуқсон орқали кўкрак бўшлиғига сурилишига айтилади.

Классификацияси ва клиникаси. Барча диафрагмал чурралар иккита катта синфга: травматик ва травматик бўлмаган чурралар турларига бўлинади. Чурра қопининг бор ёки йўқлигига боғлиқ ҳолда, чурралар сохта ва чин чурралар деб ҳам номланади. Травматик диафрагмал чурралар одатда сохта бўлиб чиқади, бироқ чин бўлиши, яъни қорин чурраси қопига эга бўлиши ҳам мумкин, бу кўкрак-қорин тўсиғининг жароҳати ҳажмига боғлиқ бўлади. Травматик бўлмаган чин диафрагма чурралари қаерда жойлашганидан қатъий назар, туғма ва орттирилган бўлиши мумкин.

Диафрагмал чурраларининг турланиши (классификацияси) қуйидаги келтирилган (Б. В. Петровский бўйича):

Травматик чурралар: сохта ва чин.

Травматик бўлмаган чурралар:

1. Сохта туғма чурралар.
2. Диафрагма кучсиз соҳаларининг чин чурралари.
3. Атипик локализацияли чин чурралар.
4. Диафрагма табиий тешикларининг чурралари:
 - а) қизилўнгач тешиги чурраси;
 - б) диафрагма табиий тешикларининг кам учрайдиган чурралари.

Диафрагмал чурраларнинг умумий симптоматикаси. Диафрагмал чурраларнинг клиник кўринишлари учта асосий омилга боғлиқ бўлади:

1. диафрагмадаги нуқсон орқали кўкрак қафасига тушган чурра дарвоза-ларидаги қорин бўшлиғи аъзоларининг эзилиши ва буралиб қолиши;

2. чуррага тушган қорин бўшлиғи аъзоларининг ўпкага компрессияси ва кўкс оралиғи сурилиши;

3. диафрагма функцияларининг бузилиши ва тўхташи.

Шунга мувофиқ ҳолда диафрагмал чурраларда учрайдиган барча симптомлар қуйидагиларга бўлиниши мумкин:

а) жойи ўзгарган қорин бўшлиғи аъзолари фаолиятининг бузилиш муддати билан боғлиқ гастроинтестинал белгилар;

б) ўпканинг эзилиши ва юракнинг сурилишига боғлиқ кардиореспира-тор симптомлар.

Беморлар тўш ости соҳасида, кўкрак қафасида, қовурғалар остидаги оғирлик сезгиси ва оғриқдан, айниқса кўпроқ овқат ейилгандан кейин пайдо бўладиган нафас қисиши ва юрак уришига шикоят қиладилар. Кўпинча чурра томондаги кўкрак қафасида билқиллаган ва қулдираган товушлар эшитилади, бемор горизонтал ҳолатда ётганда нафас қисиши кучаяди.

Овқатлангандан сўнг бемор еган овқатини қайт қилгач кейин ўзини бирмунча енгилроқ ҳис қилади. Қизилўнгачнинг ҳам буралиб қолиши билан кечадиган меъда буралишида, парадоксал дисфагия белгилари ривожланади (қаттиқ овқат суюқ овқатдан кўра осонроқ ўтади). Клиник белгиларнинг юзага чиқиши даражаси, бевосита меъда-ичак йўллариининг тўлиқлик даражасига боғлиқ бўлиши, катта диагностик аҳамиятга эга.

Кўкрак қафасининг тегишли ярмидаги ёки эпигастрал соҳадаги қаттиқ оғриқнинг орқага, куракларга ўтиши - диафрагмал чурранинг қисилиб қолганидан дарак беради. Ковак аъзонинг қисилиб қолиши, унинг деворини некрозга учраши ёки тешилиши, пиопневмоторакс ривожланишига ва унинг авж олишига олиб келиши мумкин.

Анамнезда жароҳатланиш бўлгани, юқорида санаб ўтилган шикоятлар-нинг борлиги, зарарланган томонда кўкрак қафаси ҳаракатчанлигининг пасайиши ва қовурғалараро ораликларнинг кенгайганлиги, узоқ муддатдан бери мавжуд бўлган чурраларда - қориннинг ичга ботиши, кўкрак қафаси-нинг тегишли ярми устида тўмтоқ товуш ёки

тимпанитнинг аниқланиши, меъда ва ичакларнинг тўлиш даражасига кўра товуш кучининг ўзгариши, бу соҳада ичак перистальтикаси ёки чайқалиш шовқини эшитилаётганда нафас шовқинларнинг сустлашиши ёки мутлақо бўлмаслиги, кўкс оралиғидаги тўмтоқ товушнинг соғ томонга сурилиши, диафрагмал чурра борлигига ҳақида далолат беради.

Одатда, узил-кесил диагноз рентгенологик теширув натижасига қараб қўйилади. Рентгенологик манзарада: кўкрак қафасига сурилган қорин аъзо-лари табиати ва ҳажмига, меъда-ичак йўллариининг тўлиш даражасига боғлиқ.

Меъда тушишида кўкрак қафасининг чап томонида суюқлик ичиш ва овқат еишда кўтарилгандиган катта горизонтал сатҳ, кўриниб туради. Ингичка ичак ковузлоклари тушганда ўпка майдони фонида айрим ёруғланган ва қоронгуланган қисмлар кўриниб туради. Талоқ ёки жигарнинг сурилганлиги ўпка майдонининг тегишли бўлимида қоронгуланиш беради. Айрим беморларда диафрагма гумбази ва ундан юқорида жойлашган қорин аъзолари яхши кўриниб туради.

Меъда-ичак системаси аъзоларини контраст модда ёрдамида текширилганда, чуррага тушган аъзоларнинг таркиби ва табиати аниқланади. Чуррага тушган аъзоларни диафрамадаги тешиқ сатҳида босиб кўриш асосида (чурра дарвозалари симптоми) чурра дарвозаларининг жойлашган жойи ва ўлчамлари аниқланади.

Даволаш: диафрагмал чурраларда сиқилиш имконияти борлигини ҳисобга олиб, профилактик ниятда операция қилиш керак бўлади. Чурра ўнг томонлама жойлашганда операцияни IV қовурғалар орасида бажариладиган трансторакал кесма (йўл) орқали қилинади, парастернал чурраларда қулайроқ кесма юқори-ўрта лапаротомия, чап томонлама чурраларда эса VII-VIII қовурғалараро трансторакал кесмалар тавсия этилади. Амалиёт жароёнида битишмалар ажратилгач, диафрагмадаги нуқсон четлари озод қилингандан сўнг, сурилган аъзолар қорин бўшлиғига жойлаштирилади ва нуқсон алоҳида тугунли чоклар ёрдамида дубликатура ҳосил қилиб тикилади.

Нуқсон ўлчамлари катта бўлганда диафрагмани капрон, нейлон, тефлон кабилардан тайёрланган протезлар ёрдамида (аллопластика) мустаҳкамлаш мақсадга мувофиқ бўлади. Парастернал чурраларда (Ларрей чурраси, ретростернал чурра) сурилган аъзолар ўз бўшлиғига жойлаштирилади, чурра халтаси кесиб олиб ташланади, диафрагма нуқсони четларига ва қорин мушаклари кинининг орқа варағига, суяк устки пардаси, тўш ва қовурғаларга бирин-кетин П-симон чоклар қўйилади.

Қисилган диафрагмал чурраларда трансторакал йўл билан кирилади, қисиб турган халқа кесилгач, чурра халтасининг таркибини ташкил қилувчи аъзолар синчковлик билан текширилади. Аъзонинг яшашга мойиллиги сақланган бўлса, уни қорин бўшлиғига киритилиб, чурра дарвозаси дефекти бартараф этилади. Агарда ҳаётга нолойиқ ҳолат топилса, яъни аъзо ортга қайтмас ўзгаришларга учраган бўлса, уни олиб ташлаш лозим бўлади.

Диафрагманиннг қизилўнгач тешиги чурралари. Диафрагманиннг табиий тешиқларидан кўп ҳолларда чурра чиқадиган жой қизилўнгач тешиги ҳисобланади. Чурраниннг айни шу тури кўкрак, қорин бўшлиқлари тўсиғининг кўпроқ тарқалган патологияси ҳисобланади.

Қизилўнгач тешиги чурраларининг классификацияси (Б. В. Петровский бўйича):

I. Қизилўнгач тешигининг сирпанувчан типдаги чурралари:

- 1) қизилўнгач тешигининг қизилўнгач чурраси;
- 2) қизилўнгач тешигининг кардиал чурраси;
- 3) қизилўнгач тешигининг кардио-фундал чурраси.

II. Қизилўнгач тешигининг параззофагиал типдаги чурраси:

- 1) қизилўнгач тешигининг фундал чурраси;
- 2) қизилўнгач тешигининг антрал чурраси;
- 3) қизилўнгач тешигининг ичак чурраси;
- 4) қизилўнгач тешигининг қўшма меъда-ичак чурраси;
- 5) қизилўнгач тешигининг чарви чурраси.

III. Қизилўнгач тешигининг гигант (катта) чурралари:

- 1) қизилўнгач тешигининг субтотал меъда чурраси;
- 2) қизилўнгач тешигининг тотал меъда чурраси.

IV. Калта қизилўнгач:

- 1) орттирилган калта қизилўнгач;
- 2) туғма калта қизилўнгач.

Клиник манзараси ва диагностикаси. Диафрагма қизилўнгач тешиги-нинг сирпанувчан чурраларида симптомлар рефлюкс-эзофагит билан боғлиқ бўлади. Беморлар тўш орқасида, ханжарсимон ўсиқ сатҳида, тўш остида, қовурғалар остидаги ачиштирадиган ёки лўқиллаган оғриқдан шикоят қиладилар, бу оғриқ юрак, кураклар ёки чап елкага берилади.

Аскарият беморларни терапевтлар стенокардия касаллиги бўйича кузатиб борадилар. Оғриқ бемор горизонтал вазиятда бўлганда ва жисмоний ҳаракат қилганда, гавдасини олдинга энгаштирганда, яъни меъда-қизилўнгач рефлюкси осон содир бўлганда кучаяди. Оғриқ вақтида беморларда кекириш, зарда бўлиши ва қайт қилиш кузатилади. Вакт ўтиши билан беморларда дисфагия пайдо бўлади, кўпинча у ўзгарувчан характерга эга бўлади ва қизилўнгачнинг пептик стриктураси ривожланганда доимий тус олади.

Кўпроқ учрайдиган симптоми қон кетиши, одатда у яширин бўлади, камдан-кам қирмизи-қизил ёки кофе қуйқаси рангидаги қон, қора рангдаги қатронсимон нажас белгилари билан намоён бўлади. Анемия (камқонлик) касалликнинг бирдан-бир аломати бўлиши мумкин.

Қон кетиши диапедез йўли билан пептик эзофагитда эрозиялар ва яралардан содир бўлиши мумкин. Диафрагма қизилўнгач тешиги чурраларига диагноз қўйишда контраст мода ёрдамида бажарилган рентгенологик текширув ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлади. Текшириш беморни вертикал ва горизонтал вазиятида, баъзан эса кўрсатмага қараб Тренделенбург вазиятида ўтказилади.

Сирпанувчан чурраларда меъда кардиал бўлими шиллиқ пардаси бурмаларининг диафрагмадан юқоригача давом этиши, қизилўнгачнинг қисқарган-қисқармаганлиги, Гис бурчагининг очиклиги, қизилўнгачнинг меъдага баландроқда ўтиши, газ пуфаги ҳажмининг кичрайиши, меъдадан қизилўнгачга контраст модда рефлюкси қайд қилиниши муҳим диагностик омиллардан ҳисобланади. Кардиянинг диафрагма устида жойлашуви, диафрагма қизилўнгач тешиги кардиал чуррасининг патогномоник белгиси ҳисобланади. Эзофагоскопия қизилўнгачнинг узунлигини аниқлашга, эзофагит белгиларининг оғир ёки енгиллигига баҳо беришга, кардия етишмовчилиги даражасини аниқлашга ва яра нуқсонлари малигнизациясини истисно қилишга имкон беради.

Параэзофагиал чурралар фунда, ичак ичак-меъда, чарви турларига бўлинади. Одатда бу ҳолатларда, кардия жойида қолади, диафрагманинг қизилўнгач тешиги орқали эса қизилўнгач яқинида меъда ва ичакларнинг кўкс ораллигига сурилиши рўй беради. Сирпанувчан чурралардан фаркли равишда параэзофагиал чурраларда қисилишининг ривожланиш эҳтимоли кўпроқ бўлади. Параэзофагиал чурраларда клиник манзара чурранинг тури ва ичидаги таркибий қисмига, атрофдаги аъзоларнинг сурилиш даражасига боғлиқ бўлади. Бунда кардиянинг ёпиш фаолияти бузилмаган бўлади. Меъда-ичак ёки юрак-ўпка аъзолари фаолиятининг бузилишига шикоятлар устунлик қилиши мумкин. Кўпинча меъданинг кўкрак бўшлиғига сурилиши содир бўлади, бунда эпигастрал соҳада ва тўш орқасида овқатланишдан сўнг дисфагия, кекириш ва ундан сўнг оғриқлар вужудга келади. Чурра қисилганда эса, кескин оғриқ, қон аралаш қусиш кузатилади.

Меъдани контраст модда билан тўлдирилиб ўтказиладиган рентген текширувида, кардиянинг диафрагмага нисбатан жойлашуви аниқланади. Меъданинг кўкрак қафасига сурилган қисми ҳолати ва унинг қизилўнгач ҳамда кардияга ўзаро муносабати ўрганилади. Ҳозирги вақтда диафрагмал чурраларини диагностика қилишда УТТ, КТ ва МРТдан кенг фойдаланил-моқда.

Даволаш. Диафрагманинг қизилўнгач тешиги асоратланмаган сирпанув-чан чурраларида меъда-қизилўнгач рефлюксини пасайтиришга, эзофагит ҳодисаларини камайтиришга, қорин бўшлиғи ичидаги босим ошишининг олдини олишга қаратилган муолажалар олиб борилади. Беморларга танасининг бош томонини баланд кўтариб қўйиб ухлаш, гавдани рефлюкс пайдо бўлишини енгиллаштирадиган ҳолатларга йўл қўймаслик, ичак фаолиятини мунтазам равишда кузатиб туриш тавсия қилинади.

Қизилўнгач тешиги чурраси борлигига боғлиқ ҳолда касалликнинг клиник манзараси оғир беморларда терапевтик чораларнинг натижа бермас-лиги, жарроҳлик усулда даволаш учун бош кўрсатма ҳисобланади.

Операция қорин аъзоларини жойига солиш ва диафрагманинг қизилўнгач тешиги дефектини бартараф этишдан иборат. Параэзофагиал чурра кардия етишмовчилиги билан бирга келганда Ниссен таклиф этган усул бўйича фундопликация операция амалга оширилади.

ДИАФРАГМА РЕЛАКСАЦИЯСИ

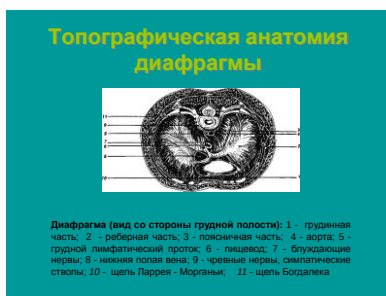
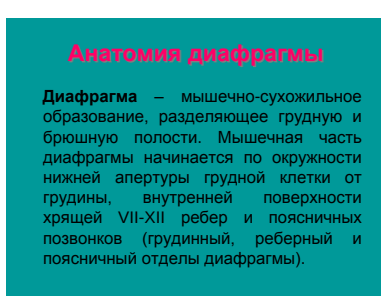
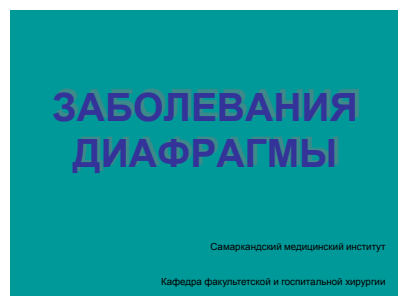
Диафрагма релаксацияси - диафрагманинг юпқалашини оқибатида унга яқин жойлашган қорин бўшлиғи аъзоларининг кўкрак бўшлиғига қараб сурилиши назарда тутилади. Бу ҳолатда диафрагма ёпишадиган четлари одатдаги жойда қолади. Релаксациянинг туғма (диафрагма мушакларининг тўлиқ ўсиб етилмаганлиги ёки аплазияси замирида) ва орттирилган (аксарият диафрагмал нерв шикастланиши натижасида) турлари тафовутланади.

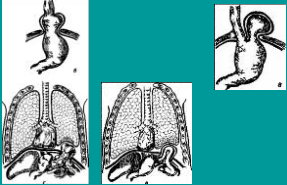
Диафрагманинг бутун гумбази зарарланиб кўкрак қафасига сурилган бўлса, релаксация тўлиқ ва унинг бирор бўлими (чегараланган бўлими) юпқалашганда қисман бўлиши мумкин. Диафрагма релаксациясида зарарланган томондаги ўпканинг эзилиши ва кўкс ораллигининг қарама-қарши томонга сурилиши рўй беради, меъда ёки ичакнинг кўндаланг ва узунасига буралиши юз бериши эҳтимоли ҳам бўлади.

Клиник манзараси. Чегараланган ўнг томонлама релаксацияда белгилар диафрагмал чуррадаги сингари бўлади. Чурранинг дарвозалари йўқлиги ҳисобига, бу ҳолатда қисилиб қолиш хавфи бўлмайди. Диагноз - қорин бўшлиғи аъзоларининг кўкрак қафасининг тегишли ярмига сурилиши, ўпканинг эзилиши, кўкс ораллиги аъзоларининг сурилиш белгилари асосида қўйилади. Рентгенологик текшириш диагнозни тасдиқлайдиган асосий усул ҳисобланади. Кўкрак қафасига сурилган аъзолар устидан диагностик пневмоперитонеум қўйилганда диафрагма сояси аниқланади.

Даволаш. Аниқ ифодаланган клиник симптомлар бўлганда жарроҳлик усулида даволаш зарур бўлади. Операция сурилган қорин бўшлиғи аъзола-рини нормал ҳолатга келтириш ва юпқалашган диафрагманинг дубликатура-сини ҳосил қилиш ёки уни поливинилалкоголь, тери-мушак лахтаклари ёрдамида пластика қилиш (мустахкамлаш)дан иборат.

МАЪРУЗА СЛАЙДЛАРИ



Заболевания диафрагмы - Повреждения диафрагмы - Диафрагмальные грыжи - Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы - Релаксация диафрагмы	Методы исследования диафрагмы - Рентгенологическое исследование - Электрокардиография - Компьютерная томография - Ядерно-магнитное резонансное исследование - Ультразвуковое исследование	Этиология повреждения диафрагмы - При дорожных и производственных травмах - При падении с высоты - При воздушной контузии - При сдавлении живота - При внезапном повышении внутрибрюшного давления
Клиническая картина повреждения диафрагмы - Плевропульмональный шок - Сердечно-сосудистая недостаточность - Дыхательная недостаточность - Кровотечение из поврежденных органов - Развитие перитонита - Гемопневмоторакс - Переломы костей	Лечение повреждения диафрагмы При разрывах и ранениях диафрагмы показана срочная операция, заключающаяся в ушивании дефекта отдельными швами из нерассасывающего шовного материала после низведения брюшных органов. В зависимости от превалирования симптомов сопутствующих повреждений органов брюшной или грудной полости операцию начинают с лапаро- или торакотомии. Предпочтение отдается торакофренолапаротомии. Использование видео-торакоскопических или лапароскопических методов ушивания дефекта диафрагмы являются перспективным методом операции, так как они малотравматичны.	Виды диафрагмальных грыж  а - параэзофагеальная грыжа; б - аксиальная грыжа пищеводного отверстия; в - истинная диафрагмальная грыжа; г - параэзофагеальная грыжа

22.Семинар машғулотининг ўқитиш технологияси

Вакти - 4 соат	Талабалар сони: 8-10 нафар
Ўқув машғулоти шакли	Билимларни чуқурлаштириш, кенгайтириш ва амалда
Ўқув машғулоти режаси	- Диафрагма касалликлари ҳақида тушунча. - Касаллик этиологияси. - Патанатомияси. - Патофизиологияси. - Классификацияси. - Клиникаси. - Диагностикаси. - Дифференциал диагностикаси. - Замонавий даволаш усуллари.
Ўқув машғулотининг мақсади: Бу семинар машғулоти жараёнида саволлар ва муаммолар борасида суҳбат ўтказилади. Бу дарсада “ақлий хужум” усулини ҳам қўллаш мумкин. Шунингдек, тест ва масалалар ечиш мумкин.	
Педагогик вазифалар: - мавзу буйича билимларни тизимлаштириш, мустахкамлаш. - дарслик билан ишлаш куникмаларини ҳосил қилиш; - янги ахборотларни таҳлил қилиш кўникмаларини ривожлантириш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талба: - Диафрагма касалликлари ҳақида тушунча беради. - Касаллик этиологик омилларини қайд этиб ўтади. - Нормал анатомия ва патанатомияни таққослайди. - Гемодинамик ўзгаришларни ёритиб беради. - Касаллик диагнозини тўғри ёзишни ўрганади. - Касаллик кечиши, симптомларини таърифлаб беради. - Замонавий диагностика усуллари шарҳлаб беради. - Касалликни бошқа касалликлардан мисоллар билан ажратиб беради. - Замонавий даволаш усуллари ҳақида тушунча беради.
Ўқитиш услуби ва техникаси	Блиц-суров, биргаликда ўқиймиз, “иши” ва “оғриқ” сўзларига кластер, мунозара.

Ўқитиш воситалари	Маъруза матни, ўқув қўлланмаси, жадваллар, доска. Компьютер мультимедия дарсликлари, атлас.
Ўқитиш шакли	Билимларни чуқурлаштириши ва кенгайтириши, индивидуал ва гуруҳ, буйича ўқитиши.
Ўқитиш шароитлари	Мавзуга мос жиҳозланган аудитория (слайдлар, ва қўлдан ёзилган материаллар)

Амалий машғулотининг технологик картаси (22-машғулот)

Босқичлар, вакти	Фаолият мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (15 мин)	1.1. Мавзуни, мақсад ва режадаги ўқув натижаларини эълон қилади, уларнинг ахамиятини ва долзарблигини асослайди. Машғулот ҳамкорликда ишлаш технологиясини куллаган ҳолда утишни маълум қилади. 1.2. Ақлий ҳужум усулидан фойдаланган ҳолда аудиториянинг тайёргарлик даражасини аниқдайди: Диафрагма касалликлари патологияларини биласизми? Уларнинг этиологияси, патанатомияси, патогенези, клиникаси, диагностикаси ва даволаш усуллариغا изоҳ беринг? Мазмунининг муҳокамаси гуруҳларда давом этишини эълон қилади.	1.1. Мавзуни ёзади ва саволларга жавоб беради.
2-босқич Асосий (150 мин)	2.1. Талабаларни 3 гуруҳга булади, ҳар бирига вазифа беради (2-илова). Кутилаётган ўқув натижаларини эслатади. 2.2. Гуруҳда ишлаш қоидаси билан таништиради (1-илова). Баҳолаш мезонларини ҳам намоиш қилади. 2.3. Вазифани бажаришда ўқув материаллари (маъруза матни, ўқув қўлланма)дан фойдаланиш мумкинлигини эслатади. Гуруҳларда иш бошлашни таклиф этади. 2.4. Тайёргарликдан кейин амалий ишлар бошлангани эълон қилинади. 2.5. Талабалар клиник белгиларни ифодалашга ва улар хақида хулосалар беради ва аниқлик киритади. 2.6. Талабаларга Б.Б.Б. усули бўйича ифодаланган жадвални намоиш қилади ва устунларни тўлдиришни айтади. Тушунчаларга изоҳларни туғрилайди ва саволларга жавоб қайтаради. <u>Гуруҳлар фаолиятига умумий балл берали.</u>	2.1. Ўқув натижаларини такдим қиладилар. 2.2. Саволлар беради. 2.3. Жавобларни тўлдиради. 2.4. Жадвал устунларини тўлдиради ва муҳокамада иштирок этади.
3-босқич Якуний (15 мин)	3.1. Машғулотни якунлайди, талабаларни баҳолайди ва фаол иштирокчиларни рағбатлантиради. 3.2. Мустақил иш сифатида “Кукс оралиги касалликлари” мавзусида “эссе” ёзишни топширади.	3.1. Эшитадилар. 3.2. Топпирикни оладилар.

«Ақлий ҳужум» методининг асосий қоидалари:

- Олға сурилган фикр ва ғоялар танқид остига олинмайди ва баҳоланмайди;
- Таклиф қилинаётган фикр ва ғоялар қанчалик фантастик ва антиқа бўлса ҳам, уни баҳолашдан ўзингизни тийинг!
- Танқид қилманг – ҳамма билдирилган фикрлар бир хилда бебаходир.
- Фикр билдирилаётганда бўлманг!
- Мақсад – фикр ва ғоялар сонини кўпайтириш.
- Қанчалик кўп фикр ва ғоялар билдирилса, шунчалик яхши. Янги ва бебаҳо фикр ва ғоянинг вужудга келиш эҳтимоли пайдо бўлади.
- Агар фикрлар қайтарилса асабийлашманг ва ҳайрон бўлманг.
- Бу муаммо фақатгина маълум усуллар ёрдамидагина ҳал бўлиши мумкин, деб ўйланг.
- Фикрлар «ҳужуми»ни ўтказиш вақти аниқланади ва унга қатъиян риоя қилиниши шарт.

Гуруҳ билан ишлаш қоидалари

Гуруҳнинг ҳар бир аъзоси:

- ўз шерикларининг фикрларини ҳурмат қилишлари лозим;
- берилган топшириқлар бўйича фаол, ҳамкорликда ва масъулият билан ишлашлари лозим;
- ўзларига ёрдам керак бўлганда сўрашлари мумкин;
- ёрдам сўраганларга кўмак беришлари лозим;
- гуруҳни баҳолаш жараёнида иштирок этишлари лозим;
- “Биз бир кемадамиз, бирга чўкамиз ёки бирга қутиламиз” қоидасини яхши билишлари лозим.

ЭССЕ

Эссе – таклиф этилган мавзуга 1000 дан 5000 гача сўз ҳажмидаги иншо.

Эссе – бу муаллифнинг шахсий нуқтаи назарини ёзма равишда эркин ифода этиш шакли; қандайдир предмет бўйича умумий ёки дастлабки дунёқарашни ўз ичига олади.

Беш дақиқалик эссе

Беш дақиқали эссе – ўрганилаётган мавзу бўйича олинган билимларни умумлаштириш, мушоҳада қилиш мақсадида ўқув машғулотида

Инсерт – самарали ўқиш ва фикрлаш учун белгилашнинг интерфаол тизими ҳисобланиб, мустақил ўқиб-урганишда ёрдам беради. Бунда маъруза мавзулари, китоб ва бошқд материаллар олдиндан талабага вазифа қилиб берилади. Уни ўқиб чиқиб, «V; +; –; ?» белгилари орқали ўз фикрини ифодалайди.

Матнни белгилаш тизими

“V” - мен билган нарсани тасдиқдайди.

“+” - янги маълумот.

“–” - мен билган нарсага зид.

“?” - мени уйлантирди. Менга қушимча маълумот зарур.

Б.Б.Б. усули

Талабаларга мавзуга доир иборалар таклиф этилади, талабалар шу иборалардан билганларини «+» билан, билмаганларини «-» билан белгилайди ва жадвалга фиксация қилинади.

Кластер.

1. Катта коғоз марказига темага доир калит суз ёзилади.
2. Катнашчилар калит сузининг атрофига «йулдош» сузлар ёзилади.
3. Катнашчилар фикрига кура шу калит сузига тегишли булган сузлар ёки таклифлари ёзилади.

Фан буйича маъруза дарслар уқитиш технологияси.

18-мавзу	Кизилунгач касалликлари этиологияси, патогенези, классификацияси, клиникаси, диагностикаси, дифференциал диагностикаси, давоси, реабилитацияси.

5.Маъруза машғулотининг ўқитиш технологияси

Вакти – 2 соат	Талабалар сони: 18 - 36 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	1. Кизилунгач анатомияси; 2. Кизилунгач касалликлари(чурралари ва релаксацияси); 3. Классификацияси; 4. Клиникаси ва диагностика усуллари; 5. Беморларни консерватив оператив даволаш усуллари.
Маъруза мақсади: Талабаларга кизилунгач касалликлари келиб чиқишининг этиологик ва патогенетик омиллари тугрисида маълумот бериш, клиник манзараси, диагностикаси ҳамда дифференциал диагностикаси тугрисида тушунча ва амалий курсатмаларни ургатиш.	
Педагогик вазифалар: - Кизилунгач касалликлари ҳақида тушунча бериш; - Кизилунгач нинг анатомо- физиологик тузилиши; - Кизилунгач касалликлари этиопатогенезини тушинтириш; - маъруза давомида талабаларга диафрагма касалликлари билан оғриган беморлар билан мулоқат қилишни ўргатиш; - диагностика усуллари тўғри бажаришни, даволаш усуллари тўғри танлашни ўргатиш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба билиши керак: - Кизилунгач касалликлари ҳақида тушунчани; - Кизилунгач нинг анатомо-физиологик тузилишини; - Кизилунгач касалликлари классификациясини; - Бу касалликларнинг этиологияси, патогенези, пайдо бўлишининг умумий омиллари, клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари консерватив ва жаррохлик йулларини ўрганади.
Ўқитиш услуби ва техникаси	Визуал маъруза, блиц - сўров, баён қилиш, кластер, "ха-йук" техникаси
Ўқитиш воситалари	Маърузалар матни,

	мультимедия, таркатма материаллар, график органайзерлар.
Ўқитиш шакли	Жамоа, гуруҳ, ва жуфтликда ишлаш.
Ўқитиш шарт-шароити	Мультимедия, билан жихозланган аудитория

Маъруза машғулотининг технологик картаси (18-машғулот)

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.)	1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотида кутилаётган натижалар маълум қилинади.	1.1. Эшитади, куради ва ёзиб олади.
2-босқич. Асосий (70 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиши ва билим даражаларини аниқлаш учун тезкорсавол-жавобўткази. - Кизилунгачнинг анатомио- физиологик тузилиши - Кизилунгач касалликлари нима? - Кизилунгач ахалазияси қандай касаллик? - Кизилунгач касалликларида асосий рентгенологик белги ? 2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишида давом этади Кизилунгач касалликлари ҳозирги пайтдаги долзарб муоммолари ҳақида гапиради. Кизилунгач касалликларининг патанатомияси, патофизиологияси, клиникаси ва замонавий даволаш усуллари ҳақида гапиради. 2.3. Кизилунгач касалликларини урганишида ўз ҳиссаларини қўшган олимларининг ишлари тугрисидаги тўхталиб ўтилади. 2.4. Талабаларга мавзунинг асосий тушунчаларига эътибор қилишни ва ёзиб олишларини таъкидлайди.	2.1. Эшитади, кўради Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 2.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади. 2.3. Эслаб қолади, ёзади. Ҳар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади. Таърифни ёзиб олади, мисоллар
3-босқич. Якуний (10 мин.)	3.1. Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади. Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради.	3.1. Эшитади, кўради, аниқлаштиради. 3.2. Топшириқни ёзиб олади.

Кизилўнгач (oesophagus) - ҳалқумни меъданинг кардиал қисми билан туташтириб турадиган ковак аъзо бўлиб, балоғат ёшидаги одамда унинг узунлиги 24-29 см ни ташкил этади. Кизилўнгач деворининг қалинлиги ўрта ҳисобда 3-4 мм атрофида бўлиб, узуксимон тоғайнинг пастки чети, VI бўйин умуртқаси соҳасидан бошланади ва унинг пастки қисми (2-4 см) қорин бўшлиғида жойлашган бўлади.

Қуйидаги маълумотлар амалий аҳамиятга эга: кизилўнгачда учта торайма бўлиб, юқоригиси кизилўнгачнинг кириш қисмида юқори қозиқ тишлар олдинги четидан тахминан 14-15 см масофада, ўрта торайма аорта равоғи ва чап бош бронх соҳасида ва пасткиси диафрагма билан кесишган жойида бўлади.

Қизилўнғач анатомик жиҳатдан уч қисмга бўлинади: бўйин қисми (pars cervicalis) (бошланишдан орқа кўкс оралиғигача кириш қисмигача - 5-6 см), кўкрак қисми (pars thoracalis) - кўкрак қафасидан диафрагмагача - тахминан 17 см) ва қорин қисми (pars abdominalis) - диафрагмадан чиқишдан меъданинг кардиал қисми билан туташгунча - 2-4 см).

Қизилўнғач ўз йўлида қатор аъзолар билан дуч келади ёки уларга анатомик жиҳатдан яқин, қизилўнғачнинг олдинги томонида юқорида трахея туради. Трахея бифуркацияси сатҳида қизилўнғачни чап бронх кесиб ўтади. Пастроқда эса, перикард билан ажратилган ўнг бўлманинг орқа юзаси жойлашади. Диафрагмал тешик орқали ўтишнинг охирида, энди қорин пардаси билан қопланган қизилўнғач жигарнинг чап бўлагига тегиб туради.

Қизилўнғач орқасида умуртқа поғонасининг бўйин қисми ва биринчи кўкрак умуртқалари жойлашади. Th¹⁰ ёрдамида у кўкрак йўли (ductus thoracicus) ни кесиб ўтади ва умуртқа поғонасидан узоклашади, қизилўнғач орқасида ичкарида ўнг томонда тоқ вена (v. azygos), чап томонда кўкрак аортаси, улар орасида эса кўкрак йўли жойлашади. Шу йўлда қизилўнғач ўнг бронхиал артерияни, бир неча ковурағалараро артериялар ва веналарни, ҳамда ундан плевра билан ажратилган v. hemiazygosни кесиб ўтади. Қизилўнғач ўнг томонда юқорида трахея билан бекилган. Худди шу ерда ўнг қайтувчи нервнинг тармоғи ўтади. Ўнг юқори бўлимида у қалқонсимон безнинг ўнг бўлагига тегиб туради.

Чапда қизилўнғач қалқонсимон безнинг чап бўлаги, шу безнинг веналари билан чегараланиб туради. Унга трахео-эзофагеал бурчакдан қизилўнғачнинг олдинги сатҳига ўтадиган чап қайтувчи нерв яқинлашади. Унинг яқинида, чап ўмров ости соҳасида кўкрак йўли жойлашади. Кейинроқ қизилўнғач аорта равоғининг горизонтал қисмига яқинлашади, медиастинал плевра, кардия соҳаси, меъда тубига тегиб туради.

Ўнг адашган нерв қизилўнғачга ўнг бронх билан кесишган сатҳида яқинлашади, бу IV-V кўкрак умуртқаси сатҳига мувофиқ келади ва қизилўнғачнинг орқа юзасида жойлашиб, қорин бўшлиғига киради. Чап адашган нерв қизилўнғачнинг олдинги деворига яқинлашади. Шундай қилиб, қизилўнғач ўзининг бутун йўлида трахея, пастга тушадиган аорта, кўкрак йўли, симпатик чегарадош устуннинг кўкрак қисми, ўпка ва плевра, диафрагма, юқори ковак вена, перикард ва юракнинг орқа юзаси билан анатомик жиҳатдан яқин ёки тегиб туради.

Қизилўнғач бўйин қисми ва кўкрак бўлими бошланишда аорта равоғигача ўрта чизикдан бирмунча чапда ётади. Кўкрак бўлимининг ўрта қисмида қизилўнғач ўрта чизикдан бирмунча ўнгга оғади ва диафрагма устида аортадан олдинда ётади. Шундай қилиб, қизилўнғач бўйин бўлимида чапдан кесишга қулай. Кўкрак бўлимининг пастки учдан бир қисмида қизилўнғач пастга тушадиган аорта ва юрак халтаси орасида ётади ва унга чап томонлама трансплеврал йўл билан яқинлашиш осон.

Умуман олганда, қизилўнғачнинг тузилиши бутун меъда-ичак йўлига мувофиқ келади. Девори 4 қаватдан ташкил топади - шиллик қават (mucosa), шиллик ости қавати (submucosa), мушак қавати (muscularis) ва ташқи бириктирувчи тўқима пардаси (tunica adventicia). Қизилўнғачнинг шиллик пардаси кўп қаватли ясси эпителий бурмаларидан ҳосил бўлган. қизилўнғач кўп қаватли ясси эпителийсининг меъданинг цилиндрсимон эпителийсига ўтиши кескин, тишсимон чизик кўринишда юз беради (linea zerrata). Кўпчилик кишиларда у анатомик кардиядан бирмунча юқорида жойлашган.

Қизилўнғачнинг охириги қисмида одатда тахминан 75% ҳолларда қизилўнғачнинг юза ёки кардиал безларини сақлаган меъда шиллик пардасининг соҳалари бўлади. Бу безлар меъданинг кардиал безига ўхшаш ва хлорид кислота ишлаб чиқарадиган париетал хужайралар сақлаши мумкин. Меъда цилиндрсимон эпителийсининг эктопик жойлашган оролчалари ва юзаки жойлашган безлар қизилўнғачнинг бирмунча проксимал соҳаларида ҳам учраб туради. қизилўнғач яралари ривожланишида уларга муайян аҳамият берилади.

Шиллик ости пардаси (қавати) бириктирувчи тўқима ва эластик толалардан ҳосил бўлган: у ғовак ва ҳаракатчан. Қизилўнғачнинг шиллик ости пардасида, айниқса унинг проксимал бўлимида унинг чуқур ёки «хакикий» безлари жойлашган. Уларнинг умумий миқдори 200 дан ошмайди деб ҳисоблайдилар. Без шиллик парда юзасига бурчак остида йўналган йўللarga очилади. Безнинг умумий узунлиги 1 мм дан ошмайди. қизилўнғач девори безлари секрециясини вагус назорат қилиб туради. Унинг секретор толалари таъсирлантирилганда безлар қуюқ шиллик чиқара бошлайди, у тобора суюқланиб боради. Бу секрет ҳазм қилиш кучига эга эмас.

Қизилўнғачнинг мушак девори ички доира мушаклар ва ташқи бўйлама толалардан иборат. Улар ўртасида ғовак бириктирувчи тўқима қатлами бўлади, унда йирик томирлар ва нервлар (plexus my entericus) жойлашган. Бўйлама мушак қавати одатда циркуляр қаватдан икки баравар юпка, қизилўнғачнинг юқори учдан бир қисмида мушаклар кўндаланг-тарғил, мушак пардасининг учдан бир пастки қисми силлиқ мушаклардан ташкил топган. Сфинктер аҳамияти бўлган мушак қаватининг қалин қисми қизилўнғачга кириш қисмида ва диафрагмал торайма сатҳида бўлади. Ф. Ф. Сакс (1964) фикрича, катта одамда қизилўнғач мушак қавати циркуляр қатламининг қалинлиги кардия соҳасида 2,2 мм, бу унинг бирмунча проксимал қисмларидаги қалинлигидан 1,5-2 марта ортқидир.

Қизилўнғач ташқи томондан ғовак бириктирувчи тўқима билан ўралган, ундан лимфатик ва қон томирлар, бириктирувчи тўқимадан иборат тортмалар ўтади. Чунончи, қизилўнғачнинг олдинги чап деворини чап бронх асоси билан боғлаб турадиган чап қизилўнғач - бронхиал бойлами, қизилўнғачнинг орқа-чап деворини аорта равоғининг ботиқ юзасига тақаб турадиган қизилўнғач - аортал бойлами ва қизилўнғачнинг дистал бўлимини диафрагмага тақаб турадиган Морозов-Саввин бойлами кабилар фарқ қилинади. Қизилўнғачнинг абдоминал кесиги сероз парда билан қопланган бўлади.

Қизилўнғачнинг қон билан таъминланиши. Қизилўнғач артериал қон билан ўмров ости артерияси тармоқларининг юқори қисмида, юқори ковурағалараро ва қалқонсимон без артериясидан, кўкрак қисмида пастки диафрагмал ва чап меъда артериялари тармоқларидан таъминланади. Қизилўнғач артериялари ўзаро кенг анастомоз ҳосил қилади. Бу ҳол шу аъзода операция ўтказишда жуда қўл келади.

Веноз оқим пастки қалқонсимон, перикардиал, орқа кўкс оралиғи ва диафрагмал веналар орқали амалга оширилади. Қон v. v. azygos ва hemiazygos га қуйилади. Қизилўнғач веналари асосан узунасига жойлашган бўлиб, унинг пастки учдан бир қисмида шиллик парда ости ва мушак пардаларида меъданинг кардиал қисми шиллик пардаси остидаги чигалнинг давоми ҳисобланган мураккаб веноз чигал бўлади. Қон веноз чигалдан қизилўнғач веналари бўйлаб, v. v. azygos ва hemiazygos га ва юқори ковак венага йўналади: бу веналарнинг клапанлари бўлмайди.

қизилўнғачнинг қорин қисми веналари меъда веналари ва қопка вена билан бевосита боғланган. қизилўнғач веналари орқали қопка ва ковак веналар системаси ўртасида анастомоз амалга оширилишини қайд қилиб ўтиш муҳим.

Қизилўнғачнинг лимфатик томирлари меъданинг чуқур лимфатик тугунларига қуйилади. Лимфа қизилўнғачнинг юқори қисмидан трахеал ва трахеобронхиал лимфатик тугунларга, пастки қисмидан кардия тугунларига тушади. Қизилўнғач лимфатик тугунларининг бир қисми бевосита кўкрак йўлига очилади (Д. А. Жданов, 1952), бунинг қизилўнғач ракиннинг кейинчалик метастазлар беришида аҳамияти каттадир.

Қизилўнғачни парасимпатик п. vagi тармоқлари ва симпатик нерв системаси (gangl. stellatum нинг толалари, артериал ва кекирдак-хиқилдоқ чигали) орқали иннервация қилади. Иккала системанинг нерв толалари қизилўнғач юзасида чигаллар: ўнг адашган нерв тармоқлари билан чап-орқа қизилўнғач чигалини, чап адашган нерв тармоқлари билан ўнг олдинги қизилўнғач чигалини ҳосил қилади. Улардан қизилўнғач бағрида интрамурал нерв чигалини (мушаклараро, ауэрбах) ва шиллиқ парда ости (Мейснер) чигалини ҳосил қиладиган толалар чиқади. Булар қизилўнғач деворини иннервация қилади.

Қизилўнғачнинг бўйин қисми қайтувчи нервлар, кўкрак қисми ўзаро анастомозланадиган адашган нервлар тармоқлари ва симпатик нерв толаларидан иннервация қилинади. қизилўнғачнинг қуйи қорин нерви (n. splanchnicus) дан тармоқлар олади. Ўз-ўзини рефлектор бошқариш интрамурал ва экстрамурал нерв толалари ва чигаллари томонидан амалга оширилади.

Қизилўнғач фаолияти. Қизилўнғачнинг физиологик аҳамияти овқатни ҳалқум бўшлиғидан меъдага ўтказиш бўлиб, айрим ҳолларда эса бунинг тескарисини бажаришга (қайт қилиш, кекириш) тўғри келади. Ўтиш, қайт қилиш ва физиологик регургитациядан ташқари вақтларда унга ҳалқумдан ҳаво ва меъда-ичаклардан суюқлик тушишининг олдини олиш учун қизилўнғач бўшлиғи иккала томондан чегараланган бўлиши керак. Юзаки қараганда қизилўнғач функцияси жуда оддийга ўхшаб кўринади, ҳақиқатда эса у «жуда мураккаб ва қарама-қаршиликларга тўла» деб ҳисобланади.

Ўтишдан ташқари вақтда соғлом одам қизилўнғачида қисқаришлар бўлмайди. Унинг бўшлиғидаги босим кучсиз манфий ва кўкрак қафасидаги босимга ва нафас фазасига боғлиқ, бўлади. Ҳалқум қизилўнғач ва унинг меъдага ўтадиган соҳасида бирмунча юқори босим - юқори ва пастки «ошган босим соҳалари» қайд қилинади. Улар сфинктер вазифасини бажарадиган қизилўнғач бўлимлари мушагининг тоник қисқариши натижасида ҳосил бўлади, деб ҳисоблайдилар. Қизилўнғачнинг асосий вазифаси ютишни таъминлаб беришдан иборат.

Ўтиш жараёни одатда 3 фазага бўлинади. 1 - фазасида чайналган ва юмшаб қолган овқат тил устига сурилади ва унинг мушаклари томонидан тил асосига юмалатилади. Мушаклар қисқариши натижасида оғизнинг орқа қисмида, ҳалқумда ва оғизнинг юқори қисмида босим манфий бўлади. Овқат луқмаси Васильев рефлекс соҳасини (тил асоси, орқа ёйчалар, деворлари) таъсирлантириб, ҳалқум мушакларини қисқартиради (ютишнинг иккинчи фазаси). Ютишнинг соф рефлектор 2-фазасида овқат ҳалқумдан ўтади. Ютишнинг 3-фазаси бошланишида ҳалқум бўшлиғига бурун-ҳалқум, оғиз бўшлиғига ва хиқилдоқдан ҳоли бўлади ва овқат луқмаси сурилиши учун фақат бир йўналиш қизилўнғач қолади. Ҳалқумни қисадиган мушаклар каттиқ қисқариб овқат луқмаси қизилўнғачга йўналади.

Овқатнинг қизилўнғач бўйлаб сурилиши 3 омилга боғлиқ:

1. Овқат қизилўнғачга катта босим остида тушади.
2. Овқатнинг оғирлик кучи.
3. Қизилўнғач перистальтикаси.

Суюқлик ёки қаттиқ овқат ютилишида, шунингдек одам вазиятига боғлиқ ҳолда овқат луқмасининг сурилишида уччала омил қатнашади. Сув перистальтик тўлқиндан илгарилаб ўтиб, қизилўнғач орқали тез сурилади ва ютишдан 1-3 секунд ўтиши билан меъдага етиб боради. Шунинг учун қизилўнғач кимёвий моддалардан қуйганда, масалан, ўювчи ишқор ютиб юборилганда, шиллиқ парда бир хил зарарланмайди. Қаттиқроқ овқат луқмаси ютилаётганда у асосан қизилўнғач деворларининг перистальтик ҳаракатлари туфайли ҳаракат қилади. Бунда қизилўнғачнинг луқмадан юқори қисми қисқаради, пастки қисми эса бўшашиди. Овқатнинг қизилўнғач орқали ўтишига 6-8 (15 гача) секунд керак. Перистальтик тўлқин берадиган босим сув устуниси ҳисобида 20-140 см (ўрта ҳисобда сув устуниси ҳисобида 40-80 см) ва овқат луқмасининг катта-кичиклигига боғлиқ эмас.

Ўтиш жараёни мураккаб рефлектор жароён ҳисобланади. Ютиш аввалига ихтиёрий бош мия пўстлоғи таъсири остида содир бўлади. Овқат танглай ёйчалари орқасига тушганда (ютишнинг II ва III фазалари) ютиш беихтиёр, рефлектор бўлиб қолади, ҳатто уйқу ва хушсиз ҳолатда ҳам содир бўлади. Ютиш рефлексининг эффектив нервлари бўлиб, тил мушаклари учун п. hypoglossus тармоқлари, п. trigemeni нинг 3 тармоғи m. mylohyoideus учун, п. glossopharyngeus нинг ҳалқум тармоғи, ҳалқум ҳамда қизилўнғач мушаклари учун п. vagus нинг ҳалқум ва қизилўнғач тармоқлари ҳисобланади. Ютиш маркази кўприкда ва узунчоқ миёда жойлашган. Бирмунча чегараланган манзили п. vagus ядросига яқин жойда бўлади.

Меъда суюқлигининг қизилўнғачга тушишига тўсқинлик қиладиган физиологик механизмлар (регургитация ва рефлюкс) сўнгги вақтларгача ўрганиб чиқилмаган. Кўп сонли тажрибалар қизилўнғач -меъда бирикадиган соҳанинг “бир томонлама ўтказувчанлиги” борлигини кўрсатди. Кардиянинг ёпқич механизмини ўрганишга катта аҳамият берилади. Унинг физиологик функциясининг бузилиши кўп касалликларда (кардия ахалазияси, пептик эзофагит, диафрагма-қизилўнғач тешиги чурраси) кузатилади ва қизилўнғач патологиясининг каттагина қисмини ташкил қилади.

Умумий симптоматологияси

Ўтиш фаолияти бузилиши, ёқимсиз сезгилар, овқат ютиш вақтида пайдо бўладиган оғриқлар қизилўнғач зарарланганидан далолат берадиган энг муҳим шикоятлардан ҳисобланади.

Дисфагия (ютишнинг бузилиши) - ютиниш ҳаракатини бажара олмаслик, ҳалқумда ва қизилўнғач бўйлаб овқат луқмаси ҳаракатининг бузилиши, шунингдек бу аъзоларда овқат тутилиб қолиши билан боғлиқ ёқимсиз сезгилар.

Дисфагия оғриқ билан ўтиши мумкин - *disphagia dolorosa* ютишда оғриқ одатда зарарланган сатҳда сезилади, у орқага, бўйинтуруқ венага ҳам ўтиши эҳтимол.

Кўпчилик беморлар овқат лутқмаси каерда тутилиб қолаётганини аниқ айтиб бера оладилар. Бироқ бу сезги қатор ҳолларда одатда ҳақиқий тутилиб қоладиган жойдан бирмунча юқорида босилиш, қисилиш сезгиси сифатида ўтади. Ютиш бошланишидан тутилиш сезгиси пайдо бўлгунча ўтган секундлар билан ҳисобланадиган вақт қизилўнгачнинг ҳақиқий зарарланган жойини аниқлашга ёрдам беради. Ютилгандан кейин 1-1,5 секунд ўтгач овқат лутқмаси қизилўнгачнинг бўйин бўлимида бўлади, кейинги 5-6 секундда қизилўнгачдан ўтади ва ютиш бошлангандан 6- 8 секунд кейин меъдага тушади.

Дисфагияда қизилўнгачнинг органик зарарланиши (рак, стенозлар ва б.) натижасида биринчи навбатда қаттиқ овқат (нон, олма, гўшт бўлаги ва б.) тутилиб қолади. Устидан сув ичиб юбориш кўпинча енгиллик беради. Функционал дисфагияда (эзофагоспазм оқибатида) суюқлик, айниқса жуда иссиқ ёки совуқ суюқлик ичилганда аксарият кийинчиликлар пайдо бўлади. Жуда куруқ овқат ёки катта бўлақларни ютиш соппа-соғ одамларда дисфагия келтириб чиқариши мумкин. Дисфагия доимий ёки ўзгариб турадиган бўлади. Доимий дисфагия қизилўнгач бўшлиғини янада торайишга олиб келадиган органик касалликларда кузатилади. Ўзгариб турадиган дисфагия эзофагоспазмга боғлиқ.

Қатор ҳолларда дисфагия сабабини аниқлаб бўлмайди. Дисфагия сабабларини изохлаб берадиган куйидаги маълумотларни келтириш диққатга сазовор. А. А. Штусс ва Д. Д. Ашурбеков маълумотларига кўра рентгеноло-гик текширишга юборилган, дисфагияси бўлган 534 нафар бемор орасидан 290 нафарида қизилўнгач раки, 59 нафарида функционал бузилишлар, 20 нафарида қизилўнгачнинг сурилиши ва эзилиши, 1 нафарида диафрагма - қизилўнгач тешиги чурраси, 34 нафарида эса бошқа касалликлар топилган. 120 нафар одамда ҳеч қандай ўзгаришлар аниқланмаган.

Тўш орқасида босим, тўлиб кетиш сезгиси овқат ейиш вақтида пайдо бўлади ва аксарият кардия ахалазиясида кузатилади. Босим ёки тўлиб кетиш сезгиси овқат ейиш бошланган вақтда пайдо бўлган ҳолларда врач бу симптомга айниқса диққат-эҳтиборини қаратиши зарур. Одатда бу жиддий касаллик белгиси (қизилўнгач раки, меъданинг скирри, кардия ахалазияси ва б.) ҳисобланади. Уни иштаҳа пасайиб кетгандаги тез тўйиб қолиш белгиси деб ўйламаслик керак.

Оғриқ (dolor). Қизилўнгач касаллигига учраган кўпгина беморлар оғриқдан шикоят қиладилар. Одатда у тўш орқасида ўрта чизик, бўйлаб зарарланиш соҳасига тахминан мос келадиган жойда бўлади, бироқ у ўнг томондан орқага ва тўшдан чап томонга берилиши ҳам мумкин. Оғриқлар овқат ейиш билан боғлиқ бўлиши ва ютинишнинг бузилиши билан ўтиши мумкин (рак, стеноз, дискинезияда). Кўпинча бундай ҳолларда атайин қайт қилиш бемор аҳволини енгиллаштиради.

Кардия раки ва ахалазияси бўлган беморларда спонтан (ўз-ўзидан бўладиган) оғриқлар бўлади. Улар оғриқ кризлари характери олиши мумкин. Одатда «оғриқ кризлари» касаллиқнинг бирмунча илк даврида, аксарият тунда бошланади. Оғриқлар жуда қаттиқ бўлади, орқага, қизилўнгач бўйлаб юқорига, бўйинга, жағга ўтади, бир неча минутдан бир неча соатгача давом қилади. Кризлар ойига 1-3 марта, камдан-кам ҳолларда бундан кўпроқ пайдо бўлади.

Кекириш (eructatio). Ҳаво ва овқат билан кекириш фарқ қилинади. Кекириш пайдо бўлишида меъда мушаги қисқариши билан бир қаторда кардиал сфинктер тонусининг пасайиб кетиши асосий аҳамиятга эга. Кўп овқат ейиш ёки газ қўшилган ичимликлар ичишдан сўнг соппа-соғ одамларда ҳаво билан кекириш физиологик ҳодиса ҳисобланади. Бундай сабабларсиз пайдо бўладиган ва беморларни безовта қиладиган тез-тез ва қаттиқ кекириш кўп касалликларда кузатилади. Овқат қизилўнгачда ёки дивертикулда туриб қолганда, рак стенозида, мегаэзофагусда кекирганда қўланса хид келади.

Қизилўнгачдан қусиш (regurgitatio). Қизилўнгачдан қусиш овқат билан кекиришга яқин. Бундай қусишдан олдин кўнгил айниши кузатилмайди, унда одатда қорин бўшлиғи ва меъда мушаги қисқармайди, овқат кенгайиб ва тўлиб кетган қизилўнгачдан унинг деворлари спастик қисқариши натижасида оғизга отилиб чиқади.

Қизилўнгачдан қайт қилиш:

1) қизилўнгачда овқат тутилиб ва йиғилиб қолиши билан ўтадиган касалликларда - стеноз, қизилўнгач раки, кардия ахалазиясида;

2) қизилўнгач дискинезиясининг айрим турларида кузатилади.

Қаттиқ ҳикичоқ тутиши қизилўнгач ракида, камроқ ҳолларда қизилўнгач тешиги чурраларида кузатилиши мумкин.

Қизилўнгач касалликлари (рак, камроқ дивертикуллар, ахалазия) бўлган талайгина беморлар оғиздаги ёқимсиз таъм ва иштаҳа йўқлигидан нолийдилар.

Қизилўнгачдан кип-қизил рангли қон оқиши мумкин, бу ҳодиса қизилўнгач ракида, веналари варикоз кенгайганда кузатилади.

Овқатланишнинг бузилиши оқибатида ҳолдан тойиш қизилўнгач анчагина торайганда (рак, стенозлар, кардия ахалазияси ва б.) учрайди. қизилўнгач ракида ҳолдан тойиб ориқлаб кетишга рак интоксикацияси ва беморларда иштаҳа пасайиб кетиши сабаб бўлади.

Қизилўнгачни рентгенологик текшириш усуллари. У ҳар хил ҳолатларда рентгеноскопия ва рентгенография қилишдан, қатор ҳолларда эса қўшимча текшириш усуллари: рентгенокимография, томография, қизилўнгачни контрастлаш билан пневмомедиастинография қилишдан иборат.

Контраст аралашма билан тўлдирилган қизилўнгачни беморни қия вазиятларда текширишдан бошланади, чунки тўғри вазиятда рентген нурлари сагиттал йўналганда қизилўнгач умуртқа поғонаси, тўш суяги ва юрак-томирлар дастаси сояси орқасида яширинган бўлади (расм 2, 3).

Қизилўнгач шиллиқ пардаси пневморельефи манзарасини олиш учун бемор барий аралашмасини кичик-кичик қултумлар билан тўхтамасдан ичиши керак. Барий аралашмаси билан у кўп микдорда ҳаво ютади ва шиллиқ парданинг қўшалок контрастли манзараси вужудга келади.

Эзофагоскопия қизилўнғач деворини кўздан кечиришга имкон берадиган жуда қимматли усул ҳисобланади, у кўрсатмалар бўлганда эса гистологик текшириш учун тўқима бўлакчасини олиш (биопсия) ва айрим зарур хирургик операцияларни бажаришга шароит ҳозирлайди.

Замонавий эзофагоскоп ёки бронхоэзофагоскоп қизилўнғач ва нафас йўлларини кўздан кечириш учун чиқариладиган асбоблар (бир-бирига ўхшашлигидан одатда бронхоэзофагоскоп номи остида бирлашган комплекслар чиқарилади). Металлдан ясалган кўриш найи, ёритгич мосламаси ва операция асбоблар йиғиндиси (ёт жисмларни олиб ташлаш ва биопсия учун ҳар хил омбурлар, зондлар, операция қовузлоклар, электр коагуляторлар, металл ёт жисмларни чиқариш учун махсус электр магнитлар ва бошқалар) дан ташкил топган.

Сўнгги йилларда эгилувчан эзофагоскоп-фиброскопларнинг Янги моделлари ишлаб чиқилмоқда. Фиброскоплар диагностика эзофагоскопия ўтказишни енгиллаштиради ва қизилўнғачга эгилмайдиган узун металл найча киритиш билан борлиқ хавф-хатарни маълум даражада бартараф этишга имкон беради.

Биопсия - гистологик текшириш учун тўқима бўлакчаларини кесиб олиш - одатда эзофагоскопия вақтида қизилўнғач ракига гумон қилинган ҳолларда ўтказилади. Қизилўнғач ракини аниқлашда қизилўнғач ювиндиси ёки қирмаси ва шубҳали қисмини цитологик текшириш катта ёрдам кўрсатади. Бу усул етарли даражада аниқ маълумотлар беради. Турли муаллифларнинг фикрича, текширишнинг ижобий натижалари қизилўнғач раки билан касалланган беморларнинг 70-95 фоизда қайд қилинади. Цитологик текшириш учун материал олиш техникаси оддий ва бемор учун ҳеч қандай хавф-хатар туғдирмайди.

Эзофаготонокимографик текшириш. Қизилўнғач қисқаришларини, унинг ички босимини ва девори тонусини ёзиб олиш - эзофаготонокимо-графия дейилади, бунда олинadиган эгри чизиклар эса эзофаготонокимо-грамма деб аталади.

Кўпинча эзофаготонокимографияни учига мўъжазгина баллончалар маҳкамлаб қўйилган қўп каналли зонд ёрдамида ўтказилади. Зондни қизилўнғачга юборилади, унинг эркин учини қайд қиладиган аппаратурага уланади.

Қизилўнғач функционал ҳолатининг энг муҳим кўрсаткичларидан бири қизилўнғач ичидаги «тинчлик босими», яъни унда актив қисқаришлар йўқлиги ҳисобланади. Нормада халқумдаги босим тахминан атмосфера босимига тенг, халқум билан қизилўнғач чегарасида (халқум-қизилўнғач сфинктерига мос келади) турли-туман маълумотларга кўра атмосфера босимидан симоб устуни ҳисобида 30-80 мм ошади (бу қизилўнғачдаги ошган босимнинг юқори соҳаси номини олган), қизилўнғачнинг ўзида, айниқса, унинг кўкрак бўлимида суст манфий (симоб устуни ҳисобида 2 дан 10 мм гача), қизилўнғач - меъда (кардиал) физиологик сфинктери соҳасида эса у яна ошган ва симоб устуни ҳисобида 8-35 мм га етади - бу ошган босимнинг қуйи соҳаси дейилади.

Фармакодиагностика. Қизилўнғач касаллиги - диагностикада нисбатан янги, бироқ истикболли йўналиш ҳисобланади. Ҳозирги вақтда қизилўнғач касалликларини аниқлаш учун нитратлар (препаратлар) ва холиномиметиклар билан синамалар қўлланилади. Нитропрепаратлар (нитроглицерин, амилнитрит) қизилўнғачнинг функционал ва органик стенозлари, биринчи навбатда кардия ахалазияси ва кардиоэзофагеал раки дифференциал диагностика қилиш учун ишлатилади.

Беморни рентген экрани орқасида текшириш вақтида қизилўнғачда барий аралашмаси тутилиб қолиши билан ўтадиган қизилўнғач кардиал сегментининг барқарор торайганлигини аниқлангандан кейин беморга тил остига 1-2 таблетка нитроглицерин ташлаш ва уларни шимиш ёки дока салфеткада синдирилган ампуладаги амилнитрит бугларини бир неча секунд ичида нафасга олиш таклиф қилинади. Қизилўнғач бу препаратлар таъсири остида функционал торайганда торайган қисмлар тонуси пасаяди ва қизилўнғач ўтказувчанлиги тўлиқ ёки қисман тикланади. Органик стенозда бундай натижа кузатилмайди.

Радиоизотоп текшириш. Турли тўқималарнинг кўпаядиган хужайрала-рида фосфорнинг жадал йиғилиб боришини биринчи марта Marshak (1940) ва Jones (1940) қайд қилганлар. Радиоизотоп диагностика усуллариининг ишлаб чиқиши муносабати билан бу мақсадлар учун радиоактив фосфордан ҳам фойдаланишга уринишлар қилиб қурилган.

Изотоп P^{32} хавфли ўсмаларнинг хужайраларида танлаб йиғилади, ўз кимёвий хоссалари бўйича барқарор элементдан фарқ қилмайди, токсинли эмас, бироқ заррачалари озроқ бўлса-да (4-5 мм), кириш қобилятига эга, кўпинча ундан юзаки жойлашган ўсмаларнигина диагностика қилишда фойдаланиш мумкин.

Меъда-қизилўнғач рефлюксини зондлаш йўли билан аниқлаш:

1. Метилен кўки билан синама ўтказиш. Меъдага дуоденал зонд орқали метилен кўки эритмаси юборилади (уй хароратидаги 300 мл қайнаган сувга 2% ли эритмасидан 3 томчи). Сўнгра зонд тортиб олинади ва унинг дистал учи кардия юқорисида турадиган ҳолатда ўрнатилади ва эҳтиёт чоралар остида шприц билан зонд орқали қизилўнғач суюқлигини тортиб олинади. Бунда бўялган суюқликнинг пайдо бўлиши рефлюкс борлигидан далолат беради.

2. Қизилўнғач суюқлигида рН ни аниқлаш. Флооу ва ҳаммуаллифлари қизилўнғачдан аспирация қилинадиган суюқликда озод хлорид кислота миқдорини аниқлаганлар. Унинг борлиги рефлюксни тасдиқлаш имконини беради.

Қизилўнғачнинг қуйиши

Қизилўнғач қуйиши (Oesophagitis corrosiva) ўз жонига суикасд қилиш ҳолларида юз беради. Ф. Н. Доронин кузатувларида қизилўнғачи қуйган 217 нафар бемордан 116 нафари 5 ёшгача бўлган. қизилўнғачнинг ўювчи ишқор, кучли кислота, камроқ фенол, лизол, йод, сулема ва бошқа баъзи бир моддалардан қуйиб қолиш ҳоллари кўпроқ учрайди. Сўнгги вақтларда хонадонларда каустик сода кам ишлатила бошлангани муносабати билан бу моддадан тасодифан қуйишлар сони камайиб кетди, бироқ айрим жойларда у ҳали ҳам учраб туради. Чунончи, А. И. Сержанин кузатувларида кўра қизилўнғач қуйишидан даволанган 115 нафар одамдан 85 фоизда у каустик содани палапартиш ҳолда сақлаш (винодан бўшаган шишаларда, пиёла ва стаканларда) оқибатида уни ичиб қўйиш сабабли қуйиш содир бўлган.

Кўпгина муаллифларнинг маълумотлари бўйича сўнгги йилларда қизилўнғачнинг сирка кислота (эссенция)дан қуйиб қолиш сони бирмунча кўпайди. Кучли кислота ичиб қўйилганда энг кўп ўзгаришлар қизилўнғачда, ўювчи ишқор

ичиб қўйилганда эса меъдада озроқ ўзгаришлар пайдо бўлади деб ҳисобланади (чунки меъда шиллик пардаси кислоталар таъсирига маълум даражада чидамли бўлади). Бошқа омилларнинг ҳам аҳамияти бор: ичилган кимёвий модда миқдори, меъдада овқат борлиги ва ҳ.к. Одатда куйишдан кейин стенозлар қолган беморларда оғиз ва ҳалқум шиллик, пардасида ҳам тегишли ўзгаришлар кузатилади.

Қизилўнгач кардиал сфинктери устидаги дистал бўлим, ҳалқум-қизилўнгач бириккан соҳадаги проксимал бўлим, шунингдек бифуркация сатҳи энг қаттиқ зарар кўради. қизилўнгач шиллик пардасидаги қаттиқ таъсиротга жавобан қизилўнгач деворлари спазмга учраши натижасида ўювчи мода-нинг туриб қолиши қизилўнгач дистал бўлимининг бирмунча жиддий зарарланишига олиб келади.

Ишқорлардан захарланишда қизилўнгачда энг оғир ўзгаришлар юз беради, деб ҳисоблайдилар, чунки буларда кислоталар-дан куйишдан фарқли равишда қорақўтирнинг эриб кетиши содир бўлади.

Патологик анатомияси. Зарарланиш даражаси захарнинг миқдори ва концентрациясига боғлиқ. Рефлекс тарзида тезда қайт қилиш туфайли ютилган суюқлик миқдори одатда унчалик мўл бўлмайди, бироқ оғиз, қизилўнгач ва меъданинг қаттиқ куйиб қолиши содир бўлиши учун бир неча томчи кучли кислота ёки ишқор кифоя қилади.

Шиллик парда гиперемияси ва шишдан кейин тезда қизилўнгач девори некрози содир бўлади. Некрозланган қисмлар майда-майда зарралар ва йирик бўлақлар ҳолида куйган тўқимадан кўчиб туша бошлайди. Айрим ҳолларда яра ҳосил бўлиши юза, бошқа ҳолларда чуқур бўлади. Шиллик парданинг юза зарарланишлари бирмунча тез эпителийланади. Чуқур зарарланишлари эса грануляция ва бириктирувчи тўқима ҳосил қилиб битади, яраланиш 8-10 кунгача сақланиб қолади.

Яралар жуда секин битади. Ривожланаётган бириктирувчи тўқима аста-секин (2-6 ой ичида) чандик (ямок) ҳосил қилади ва бўжмаяди. Агар шикастланиш шиллик парда билангина чегараланиб қолган бўлса, қизилўнгач бўшлиғи тораймаган ҳолда юза чандик ҳосил бўлади. Шиллик парда ости қавати ва мушак қавати зарарланганда склерозланган, жуда зич (Ван Геккер бўйича кадоксимон бўжмайиш), чуқур чандикли тўқима ҳосил бўлади. Чандикнинг ички юзаси нотекис, рангсиз, баъзан яра қақаси бор. Чандикли тўқиманинг бўжмайиши бир неча ҳафтага чўзилади.

Қизилўнгачнинг чандикли ўзгаришлари, одатда, физиологик тораймалар сатҳида: аксарият ўрта (бронх-аортал) торайиш соҳасида, сўнгра қизилўнгачга кириш қисмида ёки диафрагмал тешиқ соҳасида ҳосил бўлади.

Шундай қилиб, куйишда патологик ўзгаришларнинг шартли равишда 4 босқичини фарқ қилиш мумкин: 1) шиллик парда гиперемияси ва шиши; 2) некроз ва яра ҳосил бўлиши; 3) грануляция; 4) чандикланиш.

Клиник манзараси. Беморлар айниқса кислота ичиб қўйганларида кучли азобга дучор бўладилар. Ўювчи ишқор ёки кислота ичилган оғир ҳолларда оғиз бўшлиғи, ҳалқумда, тўш оқсидида ёки эпигастрал соҳада қаттиқ ачишиш ва кучли оғриқ пайдо бўлади. Лаблар шишиб кетади, бемор рангги бўзаради. Брадикардия юзага келади. Шок, хушдан кетиш ва ўлим юз беради. Агар 1 - 2 кун ичида ўлим содир бўлмаса, ҳикилдоқ шишиши, шиллик ва қон аралаш ёки шиллик парда бўлақчаларини қусиш сабабли оғир нафас қисиши юзага келади. Лаблар ва оғиз бўшлиғи шишган, қонаб туради. Ҳарорат кўтарилади. Ютиниб бўлмайди. қизилўнгач тешилиши сабабли қон оқади, ўткир медиастинит белгилари пайдо бўлади. Ўлим 3-4 кун ўтгач содир бўлиши эҳтимол.

Ўртача оғирликдаги кечиш ҳолларида бир неча кунлардан кейин оғриқ камаяди, бироқ ютиниш қийинлашганича қолади, кўп сўлак ажралади ёки сўлак ва қизилўнгач шиллик пардаси бўлақчалари қайт қилинади. 10-20 кундан кейин бемор суюқликни аста-секин юта оладиган бўлиб қолади, қизилўнгач спазмлари келтириб чиқарган дисфагия камаяди. Эзофагоскопияда пардалар билан қопланган, баъзи жойларида эрозияси, кейинроқ чандикли ўзгаришлари бўлган шиллик парда шиши кўриниб туради. Аста-секин бемор бемалол юта оладиган бўлади, бироқ бир неча ҳафта ўтгач яна дисфагия пайдо бўлади ва у қизилўнгачнинг чандикли торайиши юз берганда янада кучаяди: аввалига қаттиқ, сўнгра эса суюқ овқатнинг ҳам ўтиши қийинлашади. Бу дисфагия мўл сўлак ажралиши ва қизилўнгачдан қусиш билан ўтади. Қизилўнгачдан қусиш аввалига овқат ейиш вақтида, кейин бевосита овқатдан кейин ҳам юз беради. Қасаликнинг кечиккан муддатларида қизилўнгачнинг аста-секин кенгайиши натижасида торайган жойдан юқорида қизилўнгачдан қусиш кўпроқ бўлади. Оч қолиш оқибатида беморнинг умумий аҳволи ночорлашади: бемор ниҳоятда озиб кетади, доимий очлик сезгисига азоб берадиган ташналик ҳам қўшилади. Шундай қилиб, қизилўнгачнинг куйиши 3 даврга бўлинади:

1) ўткир давр - шиллик пардада қизариш, шиш ва яра пайдо бўлиш вақтида; бу даврда кучли оғриқ сабабли ютиш мумкин бўлмай қолади;

2) ўртача ўткир - грануляция даври; бемор ичиш ва овқат ейиш имкониятига эга бўлади, бироқ ютиш оғриқ билан ўтиши мумкин;

3) сурункали - қизилўнгачнинг тобора торайиши, дисфагиянинг қайтала-ниши, озиб кетиш даври.

Рентгенологик текшириш. Камдан-кам рентгенологик текшириш объекти бўладиган қизилўнгачнинг янги куйиш ҳолларида шиллик парда бурмалари шишини ва локал спазмларни аниқлашга муваффақ бўлинади. Бирмунча кечиккан муддатларда рентгенологик текширишда торайиш бўлган жойни, даражасини, контурларини аниқ билиб олас бўлади.

Эзофагоскопия. Ҳалқасимон (энг кўп учрайдиган формаси) торайишда рангги ўраб турган шиллик пардага қараганда очроқ фиброз ҳалқа топилади. Торайган бўшлиқ одатда марказда жойлашган ва кўпинча юлдузсимон шаклдаги чандик билан ўралган. Баъзан торайиш клапан шаклида бўлади. Айрим ҳолларда куйишдан кейинги стенозларни рақ стенозларидан фарқ қилиш қийин бўлади. Торайиш соҳаси тепасида қизилўнгачнинг озми-кўпми кенгайганлиги ҳавфли эмаслигидан далолат беради.

Кечиши ва асорати. Ўювчи ишқорлардан оғир захарланишларда беморлар интоксикация, шок, қизилўнгач перфорацияси, йирингли асоратлар ривожланиши ва бошқа сабаблардан нобуд бўладилар. Қизилўнгач- меъдадан оғир қон кетиш ҳоллари асоратлар сифатида кузатилиши мумкин. Камдан-кам ҳолларда, одатда ишқорлардан куйишда, қизилўнгач - бронхиал оқма яралар пайдо бўлади. Қизилўнгачнинг кимёвий моддалардан куйишида аксарият хирургик даволашни талаб қиладиган унинг чандикли торайиши энг кўп учрайдиган асорат ҳисобланади. Қизилўнгач торайиши

беморларнинг анчагина ҳолсизланишига олиб келади. Айрим ҳолларда медиастинит, ўпка ва плевра йирингли жараёнлари каби асоратлар пайдо бўлади.

Диагнози. Диагностикаси унчалик қийинчиликлар туғдирмайди. Анамнез ва йўқолмайдиган дисфагия рентгенологик текшириш ва эзофаго-скопия билан аниқланадиган қизилўнгач торайишининг етарли белгиларидан ҳисобланади.

Даволаш ва профилактикаси. Шошилишч муолажа: тезлик билан касалхонага ётқизиш, морфин инъекцияси ва суюқлик киритиш ҳамда меъдани ювиш учун мўл қилиб мой суртилган меъда зонди киритишдан иборат. Ишқорлар билан заҳарланишда суюлтирилган сирка кислота эритмаси ёки ўсимлик мойи билан, кислоталардан заҳарланишда сода эритмаси билан ювилади. Шубҳали ҳолларда меъда сут ёки буфер эритмалари билан ювилади. Зонд киритишдан аввал кимёвий модда табиатига кўра сода, сирка кислота ёки сутни кўп миқдорда ичиш буюрилади. Нейтраллайдиган модда киритиш заҳарланишдан кейин дастлабки 4 соат ичидагина мақсадга мувофиқ деб ҳисобланади.

Дастлабки кунлари ҳикилдоқ шишиши, шок, аспирацион зотилжам, периэзофагит, медиастинит, буйрак зарарланиши, ацидоз сабабли дегидратация ёки кома сингари асоратларни даволанади.

Профилактика мақсадида антибиотиклар (пенициллин, стрептомицин, неомицин) парентерал юборилади. Агар бемор 3 кун ичида суюқлик ича олмаса, гастростомия қилиш буюрилади. Оғир дисфагияда суткасига 2-3 л глюкоза эритмаси ёки 0,85% ли NaCl эритмаси тайинланади. Соғайиш даврида 1-2 ҳафта ўтгач рентгенологик текширув ўтказиш қизилўнгачнинг бошланиб келаётган торайишини аниқлашга имкон беради.

Кимёвий қуйишдан кейин қизилўнгач стриктурасини даволашнинг асосий усули бужлаш ҳисобланади, бу усул 90-95 фоиз беморларнинг соғайиб кетишига олиб келади. Қуйишнинг 9-11-кундан бошлаб бужлашга тури бўйича, кечикиб бужлаш қизилўнгачнинг ривожланиб бўлган торайишини кенгайтириш мақсадида ўтказилади. Бужлаш 7-ҳафтадан бошланади. Бужлашни қизилўнгачнинг қуйишдан кейин стриктуралари қолган ҳамма беморларда торайган жой орқали металл ўтказгич киритиш мумкин бўлган ҳолларда ўтказилади.

Бужлашга монелик қиладиган ҳоллар: медиастинит, қизилўнгач – брон-хиал окма яраси. Барқарор клиник натижа олиш учун бужлаш билан даволашни бир неча ҳафталар ва хатто ойлар мобайнида ўтказиш зарур бўлади ва қуйидагилар қўлланилади: 1) оғиз орқали «кўрмасдан» бужлаш; 2) қизилўнгачни рентген контраст ковак пластмасса бужлар билан бужлаш; 3) эзофагоскоп назорати остида бужлаш; 4) «тўхтовсиз бужлаш» тамойили бўйича бужлаш; 5) ретроград бужлаш.

Оғиз орқали «кўрмасдан» бужлаш қизилўнгачнинг юкори ва ўрта кўкрак бўлимларидаги унча катта бўлмаган бармоқсимон стриктураларида қилиниши лозим. Даволаш махсус бужлар йиғиндиси ёрдамида ўтказилади. Агар буж осон ўтса, кейинги гал рақамига қараб йўғонроқ буж киритилади.

Бужлаш усули металл ўтказгичлар ва рентгенконтраст ковак бужлар қўлланилганда такомиллаштирилган. У стриктура йўлини ва бужнинг қизилўнгач бўйича сурилишини аниқлаш учун рентгенологик назорат қилиш имконини беради, бу ҳол муолажа самарадорлигини оширади ва қизилўнгачнинг тешилиш хавфини камайтиради. Эзофагоскоп назорати остида бужлаш ўтказгични киритиш қийинлашган эксцентрик жойлашган стриктурада, буралган торайиш каналда, рўй-рост супрастенотик кенгайишда бажарилиши керак.

«Тўхтовсиз бужлаш» найсимон, буралма ёки кўп сонли стриктуралари бор беморларда гастростоме орқали қўлланилади. Оғиз орқали киритилган ва гастростоме орқали киритилган ипак ипга турли хил диаметрдаги резина найчалар маҳкамланади. Уларни тўғрилаб, торайган қисм орқали ўтказилади ва бир неча соатча қолдирилади. Гастростоме орқали ретроград бужлаш хавфсизроқ ҳисобланади ва беморлар уларни осонроқ, кўтардилар.

Айрим беморларда эзофагит ҳосил бўлишига олиб келиши мумкин. қизилўнгач тешилиши ва медиастини ривожланиши бужлашнинг хавфли асорати ҳисобланади.

Қизилўнгачнинг чандикли стриктураларида операцияга кўрсатмалар:

1) қизилўнгач бўшлиғининг тўлиқ, облитерацияси (бекилиб қолиши); 2) стриктура орқали буж ўтказишга бир неча марта муваффақиятсиз уриниш-лар; 3) такрорий бужлашдан кейин чандикли стриктураларнинг тез қайталаниб туриши; 4) трахея ёки бронх билан қизилўнгач окма яралари борлиги; 5) бужлашда қизилўнгачнинг такрорий тешилиши.

Бемор жуда озиб кетганда даволашнинг биринчи босқичи сифатида унга гастростоме қўйилади. Операция усулини танлашда беморнинг ёши ва умумий ҳолати, қизилўнгачнинг торайган жойи ва унинг қанча соҳани эгаллагани ҳисобга олинади. Кўпчилик беморларда бир босқичли пластик операциялар ўтказилади. Кўп босқичли пластикани эса, ҳолсизланган беморларда бажарилади. Сегментар стриктураларда қизилўнгачда ҳар турли қисман пластик операциялар қилинади. қизилўнгачнинг қуйи қисми ёки кардияси зарарланганда қуйидагилар: четки қизилўнгач - меъда анастомози қўйиш, зарарланган қисмни резекция қилиш ва уни меъданинг катта эгрилигидан ҳосил қилинган найча, ингичка ёки йўғон ичакдан олинган трансплантат билан алмаштириш қўлланилади. Ҳалқум, қизилўнгачнинг буйин ёки бўйин-кўкрак бўлими зарарланганда проксимал қисман пластика бажарилади. Ингичка ва йўғон ичаклардан олинган трансплантатлардан фойдаланилади. Трансплантатнинг бир учини қизилўнгачнинг торайган жойидан юкорида, бошқа қисмини ундан пастда анастомоз қилинади.

Стриктура кўп жойини эгаллаган ҳолларда ингичка ёки йўғон ичакдан олинган трансплантатни тўш олдида ва тўш ичида (ретростернал, плевра ичи, медиастинум орқасида) жойлаштириладиган тотал пластика қилиш тайинланади.

Қуйиш содир бўлганидан 2 йил олдин сунъий қизилўнгач вужудга келтиришга киришмаслик керак. Шу муддат ўтгандан кейингина қизилўнгачнинг чандикланиш даражаси аниқланиши мумкин ва шаклланиб бўлган чандикли тўқиманинг қизилўнгач бўшлиғини консерватив усуллар билан кенгайтиришга имкон бермаслиги маълум бўлади.

ҚИЗИЛЎНГАЧ ДИВЕРТИКУЛАРИ

Қизилўнгач дивертикуллари - қизилўнгач деворининг чегараланган бўртиб чиққан жойларидир. Сўнгги вақтларда қизилўнгач дивертикуллари, илгари тасаввур қилинганидек, кам учрайдиган касаллик эмаслиги аниқланди.

Бу клиник амалиётга рентгенологик тадқиқотларнинг кенг жорий қилиниши, аҳолининг профилактик мақсадларда ялли рентгенологик текширувлардан ўтказилиши билан боғлиқ. Rokitansky, 1840 йилдаёқ дивертикулларни пульсион ва тракцион турларга бўлган эди.

Пульсион дивертикуллар қизилўнғач бўшлиғида унинг қисқаришлари вақтида пайдо бўладиган босим таъсири остида қизилўнғач деворининг бўртиб чиқиши натижасида ҳосил бўлади, тракцион дивертикулларнинг пайдо бўлиши эса атроф тўқималардаги яллиғланиш жараёни ва қизилўнғач деворини касал аъзо йўналишида тортадиган (tractio) чандиқдар ҳосил бўлиши билан боғлиқ (ўпка илдизлари соҳасида лимфатик тугунларга томон йўналишда ёки бу тугунлар силдан зарарланганда юз берадиган трахея бифуркациясида).

Кўпчилик тадқиқотчилар тракцион механизм дивертикул ривожланиши-нинг бошидагина кузатилади, деб ҳисоблайдилар. Кейинчалик дивертикул катталашади ва пульсион механизм таъсири остида ўз шаклини ўзгартиради. Бу хилдаги дивертикуллар пульсион-тракцион дивертикул номини олган.

Қизилўнғач дивертикулларини пульсион, тракцион ва аралаш (пульсион-тракцион) турларга бўлиш билан бирга уларнинг жойлашуви бўйича классификацияси ҳам қабул қилинган. Шу тариқа ҳалқум-қизилўнғач ёки Ценкер дивертикуллари, эпибронхиал (бифуркацион, ўрта қизилўнғач), эпифренал (эпидиафрагмал) ва бошқа кам учрайдиган хиллари фарқ қилинади. Ю. Е. Березов ва М. С. Григорьевнинг йиғма статистикаси бўйича кўпроқ ҳалқум-қизилўнғач дивертикуллари (58,7%), сўнгра эпибронхиал (27,2%) ва эпифренал дивертикуллар (13,4%) учрайди.

Шунингдек туғма ва орттирилган, ҳақиқий ва сохта дивертикуллар фарқ қилинади. Туғма дивертикуллар камдан-кам учрайди. Кўпчилик ҳолларда улар орттирилган бўлади. Девори нормал қизилўнғач деворининг ҳамма қатламларини сақлаган дивертикуллар «ҳақиқий», девори мушак қатламидан маҳрум бўлган дивертикуллар «сохта» деган ном олган. Сохта дивертикуллар прогностик жиҳатдан ёмонроқ, чунки қисилиб қолиши, чўзилиши ва ҳатто тешилиши мумкин. Қизилўнғач дивертикуллари аксарият 5 дан 70 ёшгача, аёлларда эркакларга нисбатан бирмунча кўпроқ учрайди.

Ҳалқум-қизилўнғач дивертикуллари кўпинча уларни батафсил тасвирлаган Zenger номи билан Ценкер дивертикуллари дейилади. Ҳалқум-қизилўнғач дивертикуллари аслини олганда ҳалқум дистал бўлимининг дивертикуллари ҳисобланади, бироқ, уларнинг пайдо бўлиши кўпинча қизилўнғач функциясининг бузилиши билан ўтади, шунинг учун қизилўнғач патологиясини баён қилишда ушбу касаллик устида тўхталиб ўтиш ўз-ўзидан жоиз ҳисобланади.

Ценкер дивертикули пайдо бўлишида, афтидан, механик омил - овқат луқмасининг ҳалқум деворининг кучсиз жойини кўп босиб туриш, эҳтимол, ҳалқум мушаклари ва қизилўнғачга кириш қисмидаги мушаклар қисқаришининг уйғунлиги бузилиши асосий аҳамият касб этса керак. Айрим муаллифлар ҳалқум, ҳалқум-қизилўнғач дивертикуллари ривожланишида эмбриологик шарт-шароитларнинг аҳамиятига ишора қилиб, эмбрионда ҳалқум деворидаги шу хилдаги бўртмаларни қайд қиладилар.

Патологик анатомияси. Дивертикул аста-секин бир неча йиллар ичида ривожланади. Ҳалқум қуйи бўлими орқа деворида ҳосил бўлган дивертикул қизилўнғачнинг орқа девори ва умуртқа поғонаси орасида пастга тушади. Дивертикул тешиги одатда энлик ва ҳалқумнинг тўғридан-тўғри давоми ҳисобланади ва қизилўнғач кириш қисми олдинга, ҳиқилдоққа силжиган. Дивертикул катта-кичиклиги ҳар хил - кичкина ботикликдан то нок катталигигача бўлади. У овқат билан тўлганда қизилўнғачни олдинга қисиб қўяди ва ютишни жуда қийинлаштиради. Дивертикул қопчасида мушак толалари бўлмайди ва одатда атрофдаги тўқималар билан ёпишиб кетмаган бўлади. Дивертикулнинг ички юзаси ҳалқум шиллиқ пардаси билан қопланган. Баъзан юзасида эрозиялари билан донатор ёки ясси чандиқлари бўлади.

Клиник манзараси. Кичик дивертикул бир неча йилгача юзага чиқмаслиги ёки ҳалқумда ачишиш, кирилиш сезгиси, йўтал, ҳалқумда ёт жисм бордек ҳис қилиш, ютиниш бузилиши, кўп сўлак оқиши, оғиздан бадбўй ҳид келиши, қўнгил айниши каби симптомларни пайдо қилиши мумкин. Қўнгил айниш белгиси баъзан меъда касаллиги тўғрисида ўйлашга мажбур этади. Дивертикул қопчаси катталашуви билан бир вақтда ютишнинг бузилиши пайдо бўлади. Беморга ҳиқилдоқ орқасида овқат тўхтаб қолаётгандек туюлади, агар қопча катта бўлса, қизилўнғачнинг юқори қисмида тўхтаб қолаётгандек бўлади. Овқат луқмаси тўхташи Bensaude ва Gregorie «Блокада феномени» деб тасвирлаган қатор симптомлар билан ўтади: бемор ютиш ҳаракатлари қилади, шундан кейин юзи қизариб, нафаси қиса бошлайди. қайт қилганидан кейин енгил тортади. Агар қайт қилмаса, боши айланади, қисман ҳушдан кетиш ҳолати юзага келади.

Регургитация ёки қайт қилиш ҳар куни бўлсада, овқат дивертикулда камдан-кам бир неча кун туриб қолади. Дивертикул суюқлигининг регургитацияси ва унинг нафас йўлларида тушиши аспирацион зотилжам касалликларига сабаб бўлади. Бошқа симптомлардан қайтувчи нерв босилиши оқибатида пайдо бўладиган товуш буғилиши, трахеянинг босилиши сабабли нафас олиш қийинлашувини кўрсатиб ўтиш мумкин.

Умумий ҳолат бир неча йилгача унчалик ўзгармай қолади. Қатор ҳолларда бемор озиб кетади. Кўздан кечирилганда кўпинча бўйинда бўртиб чиққан жой кўринади (бош орқага ташланганда). Баъзан у буқокни эслатади. Бўртма юмшоқ констенцияли бўлиб, босилганда кичиклашади. Беморга сув ичириб бўртиб чиққан жой уриб кўрилганда чайқалиш шовқинини эшитиш мумкин (Купер белгиси). Рентгенологик текширишда контраст модда дивертикулни тўлдирди, сўнгра эса қизилўнғачга ўтади. Тўлган дивертикул қизилўнғачнинг орқа ёки ён томонидан кўриниб туради.

Кечиши ва асоратлари. Касаллик жуда секин кечади. Бемор тобора ориклар кетади. Аспирацион зотилжам, ўпка абсцесси кўп учрайдиган асоратлардан ҳисобланади. Дивертикулнинг эрозияланган шиллиқ пардаси-дан кон оқиши, перидивертикулит ва перизофагит, стенокардия пайдо бўлиши эҳтимол. Полиплар ва рак ривожланган ҳоллар тасвирланган. Кўп ҳолларда бемор жуда озиб кетади, ҳолсизланиш орта боради, дивертикул бўшлиғида овқат қолдиқлари доимо йиғилиб туриши ва уларнинг парчаланиши сабабли яллиғланиш жараёни - дивертикулит ривожланиши мумкин, бу ўз навбатида йирингли медиастинит ва сепсис сабабчиси бўлиши мумкин.

Қизилўнғачнинг учдан бир ўрта қисмидаги дивертикул, ўпка илдизи сатҳида бўлиб, қизилўнғач бош бронх билан кесишадиган жойдан бир оз юқорида жойлашади. Шунинг учун уларни баъзан эпибронхиал дивертикуллар деб аталади. Қизилўнғач ўрта қисмидаги дивертикуллар тракцион турга тааллуқли бўлади, яъни уларнинг келиб чиқишида кўкс ораллигидаги турли яллиғланиш жараёнларида вужудга келадиган ва қизилўнғач девори қисмини у ёки бу йўналишда тортадиган (ўпка ва плевра касалликларида, ўпка сили, плеврит, зотилжам) битишмаларга катта аҳамият берадилар. Баъзан қизилўнғачнинг бу бўлимида соф пульсион дивертикуллар кузатилади. Уларнинг пайдо бўлишида қизилўнғач иннервацияси бузилиши ёки рефлексор таъсирлар натижасида унда моториканинг издан чиқиши асосий аҳамиятга эга бўлади.

Патологик анатомияси. Қизилўнғач ўрта учдан бир қисмининг дивертикули, деворларининг конуссимон ёки юмалоқ бўртиб чиқиши билан ифодаланиб, улар юқorigа йўналган, трахея ёки бошқа аъзолар билан бириктирувчи тўқима битишмалари орқали ёпишган. Бу дивертикулларнинг диаметри 1-2 см ва ахён-ахёнда ундан каттарок, улар кўп сонли бўлиши мумкин. Дивертикул девори қизилўнғач деворига ўхшаш тузилган. Шиллиқ пардаси аксари гиперемияланган, эрозиялари ҳам бўлиши ҳам мумкин. Бундай дивертикулнинг одатда бўйни бўлмайди ва қизилўнғач бўшлиғи билан кенг туташиб туради, шунга кўра уларда овқат тутилиб ва туриб қолиши камдан-кам бўлади.

Клиникаси. Бундай дивертикуллар кўпинча клиник жиҳатдан ҳеч қандай белгилар билан юзага чиқмайди, ютишнинг қийинлашуви, тўш орқасидаги оғриқ, қон кетиши кам бўлади. Агар бифуркацион дивертикулларнинг ўлчами катталашиб кетса, улар оғир азоблар келтириб чиқариши мумкин. Бу хилдаги дивертикуллар тамоман осойишта кечади. Айрим ҳоллардагина йирингланиш ва абсцесс ҳосил бўлиши каби асоратлар қайд қилинади, бироқ дивертикулларнинг атрофидаги кўп миқдордаги бириктирувчи тўқимадан иборат битишмалар йирингликнинг тарқалиб кетишига йўл қўймайди. Йирингликнинг бронхлар ва бронх-қизилўнғач фистула (оқма) си ҳосил бўлиши, тешилиши (перфорация) жуда камдан-кам кузатилади. Йирингликнинг қизилўнғачга ёки аортага ёрилиши бундан ҳам кам учрайди.

Қизилўнғачнинг қуйи учдан бир қисмидаги дивертикул. Қизилўнғачнинг қуйи учдан бир қисми дивертикуллари (эпифренал) аксарият қизилўнғач ампуласидан ёки бевосита ампула тепасида жойлашган қисмдан пайдо бўлади ёки бундан ҳам проксимал қисмида жойлашуви мумкин. Уларни биринчи марта 1804 йилда Deguise тасвирлаган, Э. Н. Ванция 1964 йилда қизилўнғач дивертикули бўлган 202 нафар бемордан 79 нафарида шу дивертикулни аниқлаган. Эпифренал дивертикуллар кўпчилик ҳолларда пульсион ҳисобланади.

Патогенези. Бу дивертикуллар патогенези тўғрисида ягона фикр йўқ. Кўпгина тадқиқотчилар тракцион дивертикуллардан фарқи ўларок, эпифренал дивертикулларнинг пайдо бўлишини овқат бўлақларининг қизилўнғач деворидаги энг суғ жойларни (мушак тутамлари ажралиши, томирлар ўтадиган жой) босиб туриши билан боғлайдилар. Айрим муаллифлар қизилўнғач мушак деворининг туғма заифлигига катта аҳамият берадилар. Jackson овқат бўлақларининг босимида эмас, балки «диафрагма» сфинктери қисқаришларининг бузилиши ҳам патогенетик жиҳатдан аҳамиятга эга деб ҳисоблайдилар.

Патологик анатомияси. Эпифренал дивертикуллар қизилўнғачнинг ўрта учдан бир қисмидаги дивертикулларга қараганда йирикroқ бўлади. Фақат айрим ҳоллардагина улар катта бўлади ва уларнинг сиғими 100, ҳатто 200 мл га етади. Эпифренал дивертикуллар катта ўлчамли бўлганида ҳам, уларда овқат қолдиқларининг узoқ вақт тутилиб қолиши ва бузилиши камдан-кам кузатилади. Бу уларнинг диафрагма ва юракка яқин жойлашганлиги билан изоҳланади: диафрагма ҳаракатлари ва юракнинг уриб туриши эпифренал дивертикулга ўтади ва уларнинг бўшлиқлари ритмик равишда кичрайдиган ва катталашади, бу уларнинг бўшалишига имкон беради. Шиллиқ, пардаси кўпчилик ҳолларда ўзгармаган қўшни аъзолар билан ёпишиб кетиш ҳодисалари одатда йўқ.

Клиникаси. Кўпинча дивертикуллар унчалик жиддий бузилишлар келтириб чиқармайди ва рентгенологик текширув вақтидагина аниқланади. 15-20% беморларда ноҳуш сезги суюқлик ичилгандан ёки қоринга босилгандан кейин йўқолади. Баъзан тўш соҳасида оғриқ сезгиси, қайт қилиш, аэрофагия, йўтал, иштаҳа йўқолиши ва кўнгил айланиши кузатилади, қизилўнғачдан қусиш юз бериши ҳам мумкин. Катта ҳажмдаги дивертикул қизилўнғачни босиб қўйиши мумкин, шунга кўра кўкракда оғриқ (айниқса овқатдан кейин) пайдо бўлади, бу юрак уриши, нафас қисиши билан ўтади. Бу симптомлар дивертикул бўшалгандан кейин йўқолади.

Дивертикуллар рентгенологик жиҳатидан осoн аниқланади. Бевосита диафрагма устида қизилўнғач деворининг турли ўлчамдаги бўртиб чиққан юмалоқ ёки тухумсимон контурлари аниқланади. Касаллик жуда секин кечади. Кўп ҳолларда дивертикул ўлчами аста-секин катталашади.

Эпифренал дивертикулларни диафрагманинг қизилўнғач тешиги чурраларидан фарқ қилиш лoзим. Камдан-кам ҳолларда унчалик катта бўлмаган дивертикулларни қизилўнғач ярасидан фарқ қилишда қийинчилик вужудга келади. Дивертикул билан мегаэзофагус (кардия ахалазияси) белгиларининг бирмунча ўхшашликлари бор. Халқум-қизилўнғач дивертикулларига даво қилиш - консерватив. Даволаш парҳезга қатъий риоя қилиш, дивертикулни дренажлаш, ювишдан иборат ва операция қилиб даволашга монелик бўлгандагина қўлланилади. Операция қилмасдан даволашда ўлим, дивертикулдаги турли хил асоратларга боғлиқ ва 33% ни ташкил этади. Операция қилиб даволаш дивертикулни кесиш ёки инвагинация қилишдан иборат. Дивертикулдаги яллиғланиш ҳодисаларини тўхтатишга қаратилган консерватив даволаш энг зарур тадбир ҳисобланади (каттик парҳез, 7-10 кунгача яллиғланишга қарши воситалар ва антибиотиклар ишлатиш).

Тўш-ўмров-сўргичсимон мушакнинг олдинги чети бўйлаб кесилади, қалқонсимон без чап бўлагини юқorigа ва ўнгга сурилади. Олдин қуйи қалқонсимон артерияни боғлаб m. omohyoideus ни юқorigа сурилади. Шундан кейин жароҳатда қизилўнғач ва дивертикул кўришиб туради. Дивертикулни ҳамма томондан бўйнигача ажратилади, чоклар билан тикилади ва кесиб олиб ташланади Т. А. Суворова УКЛ-40 аппарати ёрдамида механик чокдан фойдаланишни тавсия этади. Дивертикул олиб ташлангандан кейин мушаклар ва фасцияларга чоклар солинади. Жароҳатни пишиқ қилиб тикилади. Овқат еиш ва суюқлик ичишга 3-4 суткаларнинг охирига келиб руҳсат берилади.

Дивертикул инвагинацияси (Girard) - дивертикулни қизилўнғач бўшлиғига жойлашдан иборат. Бундай операцияни унчалик катта бўлмаган дивертикуллардагина қўлланилади. Ҳозирги вақтда қизилўнғач дивертикулларини операция йўли билан даволашдаги хавф-хатар бирмунча юқори. Шунинг учун дивертикулларни тахминан 10-15% беморларда операция қилинади, холос. Яхши бўшالмайдиган, кўпинча яллиғланиб турадиган ва рўйи рост клиник белгилари бўлган ўлчами катта дивертикул хирургик даволаш учун кўрсатма ҳисобланади.

Парабронхиал дивертикулларни ўнг томонлама торакотомия билан 6 қовурғалар орасида, эпифренал дивертикулларни чап томонлама торакотомия билан 7-8 қовурғалар орасида операция қилган маъқулроқ. Плевра бўшлиғи очилгандан кейин медиастинал плевра қирқилади, қизилўнғач топилади. Қизилўнғачга бурун орқали зонд киритилади ва уни ҳаво билан кенгайтирилади. Бу дивертикулни топиш ва ажратишни бирмунча осонлаштиради. Дивертикулни оёқчасигача ажратилади. Диаметри 2 см гача бўлган дивертикуллар жимжимадор чоклар билан тикилиши мумкин. Ўлчами 2 см дан катта дивертикуллар эса олиб ташланади. Дивертикул бўйнини узлуксиз ёки бошқача чок билан тикилади, катта дивертикулларда механик чок қўлланилади. Чокларнинг иккинчи қаторини қизилўнғачнинг мушак пардасига қўйилади. Чокларнинг чизигини париетал плевра (Депк), ўпка тўқимаси (Nissen), диафрагма лахтаги (Б. В. Петровский, Т. А. Суворова), капрон девор (А.А.Вишневский) ва шу кабилар билан маҳкамланади. Бу тадбирлар чокларнинг ситилиб кетмаслиги учун қилинади.

Операциядан кейинги асоратлар қаторига яна зотилжам ва қизилўнғач торайишини киритиш мумкин.

МАЪРУЗА СЛАЙДЛАРИ

Қизилўнғач касалликлари

Қизилўнғач анатомияси

Қизилўнғач буғилмалари ва торайиш жойлари (опдиндан кўриниши)

Қизилўнғач қон билан таъминланиши (орқадан кўриниши)

Қизилўнғач текшириш усуллари

1. Рентгенологик текшириш усули
2. Эндоскопик текшириш усуллари
3. Радиоизотоп текшириш усуллари(ташқи ва бўшлиқга кириш билан)
4. Ультратовуш текшириш усули
5. Қизилўнғач ичи рН-метрияси
6. Қизилўнғач моторикасини текшириш

Қизилўнғач касалликлари классификацияси

- I. Ривожланиш касалликлари
 1. Тўйма қизилўнғач атрезияси ва қизилўнғач-трахеал омалар
 2. Қизилўнғач тўйма стенозлари
 3. Қизилўнғач тўйма мембраноз диафрагмаси
 4. Тўйма катта қизилўнғач
 5. Тўйма эзофагеал истагалар
 6. Томирлар аномалияси
- II. Жароҳатлар
 1. Травматик жароҳатлар – ташқи ва ички
 2. Қизилўнғач қуйиши ва унинг асоратлари
- III. Қизилўнғач касалликлари
 1. Дивертикуллар - пульсия ва тракцион
 2. Яллиғланиш касалликлари - эзофагит
- IV. Қизилўнғач ўсма касалликлари
 1. Хавфсиз ўсалар
 2. Хавфли ўсалар
- V. Қизилўнғач моторикасини буғилтиши (кардиоспазм)
 1. Ахалазия
 2. Эзофагоспазм

Қизилўнғач касалликларининг учраш даражаси

Рак	60-80
Саркома	0,04
Полиплар	0,04
Кардиоспазм	5,1
Чандикли стриктурлар	0,7
Дивертикуллар	0,6
Эзофагит	0,2
Туберкулез	0,02
Заҳм	0,08

Барча хавфли касалликлар ичидан қизилўнғач рак касаллиги 3,4%ни ҳосил қилади

Қизилўнғач туғма атрезия турлари

Қизилўнғач химик куйишида морфологик даврлари

яққол яллиғланиш альтерация

ёлгон яхши бўлиш даври некрозни кўчиши чандик ҳосил бўлиши

Қизилўнғач ҳавфсиз ўсмаси

Қизилўнғач ҳавфсиз ўсмасини олиб ташлаш

Қизилўнғач саратони

Қизилўнғач ўрта 1/3 саратони

Қизилўнғач пастки 1/3 саратони

24.Семинар машғулотининг ўқитиш технологияси

Вакти - 4 соат	Талабалар сони: 8-10 нафар
Ўқув машғулоти шакли	Билимларни чуқурлаштириш, кенгайтириш ва амалда бажариш
Ўқув машғулоти режаси	1. Кизилунгач касалликлари ҳақида тушунча. 2. Касаллик этиологияси. 3. Патанатомияси. 4. Патофизиологияси. 5. Классификацияси. 6. Клиникаси. 7. Диагностикаси. 8. Дифференциал диагностикаси. 9. Замонавий даволаш усуллари.
Ўқув машғулотининг мақсади: Бу семинар машғулоти жараёнида саволлар ва муаммолар борасида суҳбат ўтказилади. Бу дарсда “аклий ҳужум” усулини ҳам қўллаш мумкин. Шунингдек, тест ва масалалар ечиш мумкин.	
Педагогик вазифалар: - мавзу буйича билимларни тизимлаштириш, мустаҳкамлаш. - дарслик билан ишлаш куникмаларини ҳосил қилиш; - янги ахборотларни таҳлил қилиш кўникмаларини ривожлантириш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талба: - Кизилунгач касалликлари ҳақида тушунча беради. - Касаллик этиологик омилларини қайд этиб ўтади. - Нормал анатомия ва патанатомияни таққослайди. - Гемодинамик ўзгаришларни ёритиб беради. - Касаллик диагнозини тўғри ёзишни ўрганади. - Касаллик кечиши, симптомларини таърифлаб беради. - Замонавий диагностика усуллари шарҳлаб беради. - Касалликни бошқа касалликлардан мисоллар билан ажратиб беради. - Замонавий даволаш усуллари ҳақида тушунча беради.
Ўқитиш услуби ва техникаси	<i>Блиц-суров, биргаликда ўқиймиз, “иши” ва “оғриқ” сўзларига кластер, мунозара.</i>
Ўқитиш воситалари	<i>Маъруза матни, ўқув қўлланмаси, жадваллар, доска. Компьютер мультимедия дарсликлари, атлас.</i>
Ўқитиш шакли	<i>Билимларни чуқурлаштириш ва кенгайтириш, индивидуал ва гуруҳ, буйича ўқитиш.</i>
Ўқитиш шароитлари	<i>Мавзуга мос жиҳозланган аудитория (слайдлар, ва ҳ.к.).</i>

Амалий машғулотнинг технологик картаси (24-машғулот)

Босқичлар , вақти	Фаолият мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (15 мин)	1.1. Мавзуни, мақсад ва режадаги ўқув натижаларини эълон қилади, уларнинг аҳамиятини ва долзарблигини асослайди. Машғулот ҳамкорликда ишлаш технологиясини қуллаган ҳолда утишни маълум қилади. 1.2. Ақлий ҳужум усулидан фойдаланган ҳолда аудиториянинг тайёргарлик даражасини аниқдайди: Кизилунгач касалликлари патологияларини биласизми? Уларнинг этиологияси, патанатомияси, патогенези, клиникаси, диагностикаси ва даволаш усулларига изоҳ беринг? Мазмунининг муҳокамаси гуруҳларда давом этишини эълон қилади.	1.1. Мавзуни ёзади ва саволларга жавоб беради.
2-босқич Асосий (150 мин)	2.1. Талабаларни 3 гуруҳга булади, ҳар бирига вазифа беради (2-илова). Кутилаётган ўқув натижаларини эслатади. 2.2. Гуруҳда ишлаш қоидаси билан таништиради (1-илова). Баҳолаш мезонларини ҳам намойиш қилади. 2.3. Вазифани бажаришда ўқув материаллари (маъруза матни, ўқув қўлланма)дан фойдаланиш мумкинлигини эслатади. Гуруҳларда иш бошлашни таклиф этади. 2.4. Тайёргарликдан кейин амалий ишлар бошлангани эълон қилинади. 2.5. Талабалар клиник белгиларни ифодалашга ва улар хақида ҳулосалар беради ва аниқлик киритади. 2.6. Талабаларга Б.Б.Б. усули бўйича ифодаланган жадвални намойиш қилади ва устунларни тўлдиришни айтади. Тушунчаларга изоҳларни туғрилайди ва саволларга жавоб қайтаради. Гуруҳлар фаолиятига умумий балл беради.	2.1. Ўқув натижаларини такдим қиладилар. 2.2. Саволлар беради. 2.3. Жавобларни тўлдиради. 2.4. Жадвал устунларини тўлдиради ва муҳокамада иштирок этади.
3-босқич Якуний (15 мин)	3.1. Машғулотни якунлайди, талабаларни баҳолайди ва фаол иштирокчиларни рағбатлантиради. 3.2. Мустақил иш сифатида “Кукс оралиги касалликлари” мавзусида “эссе” ёзишни топширади.	3.1. Эшитадилар. 3.2. Топширикни оладилар.

1-илова.

«Ақлий ҳужум» методининг асосий қоидалари:

- Олға сурилган фикр ва ғоялар танқид остига олинмайди ва баҳоланмайди;
- Таклиф қилинаётган фикр ва ғоялар қанчалик фантастик ва антиқа бўлса ҳам, уни баҳолашдан ўзингизни тийинг!
- Танқид қилманг – ҳамма билдирилган фикрлар бир хилда бебаҳодир.
- Фикр билдириляётганда бўлманг!
- Мақсад – фикр ва ғоялар сонини кўпайтириш.
- Қанчалик кўп фикр ва ғоялар билдирилса, шунчалик яхши. Янги ва бебаҳо фикр ва ғоянинг вужудга келиш эҳтимоли пайдо бўлади.
- Агар фикрлар қайтарилса асабийлашманг ва ҳайрон бўлманг.
- Бу муаммо фақатгина маълум усуллар ёрдамидагина ҳал бўлиши мумкин, деб ўйламанг.
- Фикрлар «ҳужуми»ни ўтказиш вақти аниқланади ва унга қатъиян риоя

Гуруҳ билан ишлаш қоидалари

Гуруҳнинг ҳар бир аъзоси:

- ўз шерикларининг фикрларини ҳурмат қилишлари лозим;
- берилган топшириқлар бўйича фаол, ҳамкорликда ва масъулият билан ишлашлари лозим;
- ўзларига ёрдам керак бўлганда сўрашлари мумкин;
- ёрдам сўраганларга кўмак беришлари лозим;
- гуруҳни баҳолаш жараёнида иштирок этишлари лозим;
- “Биз бир кемадамиз, бирга чўкамиз ёки бирга қутиламиз” қоидасини яхши билишлари лозим.

3 – илова.

ЭССЕ

Эссе – таклиф этилган мавзуга 1000 дан 5000 гача сўз ҳажмидаги иншо.

Эссе – бу муаллифнинг шахсий нуқтаи назарини ёзма равишда эркин ифода этиш шакли; қандайдир предмет бўйича умумий ёки дастлабки дунёқарашни ўз ичига олади.

Беш дақиқалик эссе

Беш дақиқали эссе – ўрганилаётган мавзу бўйича олинган билимларни умумлаштириш, мушоҳада қилиш мақсадида ўқув машғулотида

4 - илова.

Инсерт – самарали ўқиш ва фикрлаш учун белгилашнинг интерфаол тизими ҳисобланиб, мустақил ўқиб-урганишда ёрдам беради. Бунда маъруза мавзулари, китоб ва бошқд материаллар олдиндан талабага вазифа қилиб берилади. Уни ўқиб чиқиб, «V; +; –; ?» белгилари орқали ўз фикрини ифодалайди.

Матнни белгилаш тизими

“v” - мен билган нарсани тасдиқдайди.

“+” - янги маълумот.

“–” - мен билган нарсага зид.

“?” - мени уйлантирди. Менга қушимча маълумот зарур

5 - илова.

Б.Б.Б. усули

Талабаларга мавзуга доир иборалар таклиф этилади, талабалар шу иборалардан билганларини «+» билан, билмаганларини «-» билан белгилайди ва жадвалга фиксация қилинади.

6 – илова.

Кластер.

1. Катта коғоз марказига темага доир калит суз ёзилади.
2. Катнашчилар калит сузининг атрофига «йулдош» сузлар ёзилади.
3. Катнашчилар фикрига кура шу калит сузига тегишли булган сузлар ёки таклифлари ёзилади.

8. ФОЙДАЛАНИЛГАН АСОСИЙ ВА ҚЎШИМЧА АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Асосий

1. Хирургик касаликлар. Ш.И.Каримов, Тошкент, 2005
2. Хирургик касаликлар. Ш.И.Каримов, Н.Х.Шамирзаев, Тошкент, 1995
3. Хирургические болезни. Под ред.М.И.Кузина., Медицина., 2002
4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соав.Ташкент 2004г.
5. Клиническая хирургия. Под ред. Панцырева Ю.М. М. «Медицина», 1988
5. Воробьев А Справочник практического врача в 3х томах. 1990
6. Конден Р., Нейхус Л. Клиническая хирургия Москва. Практика 1998
7. Назыров Ф.Г., Денисов И.И., Улумбеков Э.Г. Справочник-путеводитель практикующего врача. Москва 2000
8. Петровский Б.В. ред. Руководство по хирургии (в 12 томах) М.Медицина 1959-1966

Қўшимча:

9. Астапенко В.Г. Практическое руководство по хирургическим болезням. Минск 1984г.2 ч.
9. Альперович Б.И. Хирургия печени и желчных путей .М. Медицина 1997
10. Беденский К.Н.Варикозная болезнь. Ленинград, «Медицина»,1983
11. Бураковский В.И., Бокерия Л.А. Сердечно-сосудистая хирургия, М., «Медицина,» 1989.
12. Василенко В.Х, Гребнев А.Л.Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.,М., «Медицина», 1978.
13. Вахидов В.В., Хаджибаев А.М. Постваготомные синдромы и их хирургическая коррекцим. В., Ташкент, 1993.
14. Вахидов. В.В., Гамбарин Б.Л. Хирургическое лечение хронических заболеваний вен. Ташкент, «Медицина» 1979.
15. Вилявин Г.Д., Соловьев В.И, Тимофеев Т.А Кардиоспазм, М., «Медицина», 1971
16. Вишневский А.А., Адамян А.А. «Хирургия средостения» М., 1977.
17. Гальперин Э.И., Кузовлев Н.О, Карагулян С.Р. Рубцовые стриктуры желчных протоков. М., «Медицина», 1982.
18. Гольдберг В., Лавникова Г.А. «Опухоли и кисты средостения» М., 1965
19. Гриппи М,А. Патолофизиология легких Москва, Санк-Петербург, Бином 2000
20. Даудерис И.Н.Болезни вен и лимфатической системы конечностей. М. «Медицина», 1984
21. Ерохин И.А., Гельфанд Б.Р., Шляпников С.А. Хирургические инфекции. Санкт-Петербург 2003
22. Клементьев А.А, Беденский А.Н. Хирургическое лечение заболеваний вен конечностей. Ленинград, «Медицина»,1983.
23. Козырев М.А. Комаров Б.Д, Каншин Н.Н., Абакумов М.М Повреждения пищевода. М., «Медицина», 1981.
24. Колесников И.С., Вихриев Б.С. Абсцессы легких. Ленинград. Медицина 1973
25. Колесников И.С., Лыткин М.И. —«Хирургия легких и плевры» Л.,1988
26. Колесов В.И, Хирургия венечных артерий. Ленинград «Медицина,» 1977.
27. Логинов А.С.,Блок Ю.Э. Хронические гепатиты и циррозы Заболевания печени и желчных путей. М. 2002
28. Майер К.П. Гепатит и последствия гепатита. М. 1999.
29. Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Девятов А.В. Хирургия осложнений портальной гипертензии у больных циррозом печени., «ГЭОТАР-МЕД», 2002г
30. Орлова Н.В., Паринская Т.В. Приобретенные пороки сердца у детей. Л., 1979
31. Панцырев Ю.М, Галингер Ю.И.. Оперативная эндоскопия желудочно- кишечного тракта. М., "Медицина", 1980
32. Пациора М.Д Хирургия портальной гипертензии.. Ташкент, "Медицина", 1984.

33. Петровский Б.В., Князев М.Д., Шабалкин Б.В. Хирургия хронической ИБС М. «Медицина», 1973
34. Петровский Б.В., Милонов О.Б., Дееничин П.Г. Хирургия эхинококкоза. Москва. Медицина 1985.
35. Петровский Б.В., Ванцян Э.Н. Дивертикулы пищевода. М., "Медицина", 1968.
36. Покровский А.В. Заболевания аорты и ее ветвей. М., «Медицина», 1979
37. Покровский А.В., Зотиков А.Е., Юдин В.И. Неспецифический аорто-артериит (Болезнь Такаясу) М. 2000
38. Поташев Л.В., Князев М.Д., Игнашов А.М.. Ишемическая болезнь органов пищеварения. Ленинград, 1985.
39. Рабкин Ч.Х. Руководство по ангиографии. М., «Медицина», 1977
40. Ратнер Г.Л., Белоконов Б.И., Ожоги пищевода и их последствия. «Медицина», 1982.
41. Розанов Б.С. Инородные тела и травмы пищевода и связанные с ними осложнения. М. «Медгиз», 1961.
42. Савельев В.С., Сперидонов И.В. Острые нарушения мезентериального кровообращения. М., «Медицина», 1979.
43. Савельев В.С. 50 лекции по хирургии. Москва 2004.
44. Савельев В.С., Думпе З.И., Яблоков З.С. Болезнь магистральных вен. М. «Медицина», 1992.
45. Савельев В.С., Затевахин И.И., Степанов Н.В., Острая непроходимость бифуркации аорты и магистральных артерий конечности. М., «Медицина», 1987
46. Савельев В.С., Яблоков Е.Г., Кириенко А.И. Массивная эмболия легочных артерий. М «Медицина», 1990.
47. Ситенко В.М., Нечай А.И. Постхолецистэктомический синдром и повторные операции на желчных путях. Ленинград, «Медицина». 1972
48. Стоян Попкиров. Гнойно-септическая хирургия. София. 1974
49. Стручков В.И. Гнойная хирургия. Москва. 1962
50. Стручков В.И. Гнойные заболевания легких и плевры. Ленинград. 1967.
51. Черноусов А.Ф. и др. Хирургия язвенной болезни желудка и 12ти перстной кишки. М. 1996.
52. Шалимов А.А., Дрюк Н.Ф. Хирургия аорты и магистральных артерий. Киев, «Здоровье», 1977.
53. Шалимов А.А. и др. Хирургия печени и желчевыводящих путей. Киев, 1993
54. Шалимов А.А. Хирургия желчных путей. Киев 1992 Шердок Н., Дж. Дули. Заболевания печени и желчных путей. М. Медицина 1999
55. Яблоков В.Я. Хирургическое лечение хронической венозной недостаточности. М. 2001

9. ЧЕТ ЭЛ АДАБИЁТЛАРИ ВА ИНТЕРНЕТ САЙТЛАРИ:

Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

10. ФАННИНГ ЯНГИ ЮТУҚЛАРИ **(диссертациялар, услубий қўлланмалар, монографиялар)**

ХИМОЯ КИЛИНГАН ДИССЕРТАЦИЯЛАР

I. Докторлик диссертациялари:

- 1. Сафоев Баходир Барноевич** – «Пути улучшения результатов хирургического лечения гнойно-некротических поражений нижних конечностей» - 2009 г. Ташкент.

II. Кандидатлик диссертациялари:

- 1. Хаётов Шавкат Хаётович** – «Острый панкреатит и его лечение с учетом функциональных нарушений печени и почек» - 1997 Ташкент.
- 1. Сафаров Жаббор Муродиллаевич** – «Совершенствование методов комплексного лечения облитерирующего эндартериита нижних конечностей у жителей аридной зоны Узбекистана» - 1999 г. Ташкент.
- 2. Сайдахмедова Зояхон Турсуновна** – «Изучение иммунной системы и иммуннокоррекция у больных с панкреатитом проживающих в неблагоприятных условиях» - 2001г. Ташкент.
- 3. Абдуллаев Асилжон Кахрамонович** – «Разработка патогенетических методов фармакологической коррекции печеночно-почечных нарушений при хирургии хронических нагноительных заболеваний легких» - 2002 г. Ташкент.
- 4. Хамдамов Бахтиёр Зарифович** – «Применение местного ультрафио-летнего облучения в сочетании с многокомпонентными водораство-римыми мазями в комплексном лечении послеоперационных гнойных ран» - 2003 г Ташкент.
- 5. Очилов Улмас Баротович** – «Пути улучшения результатов хирургического лечения эхинококкоза печени» 2005 г Ташкент.
- 6. Газиев Карим Умарович** – «Применение локальной гипероксигенации в комплексном лечении нагноения послеоперационных ран» - 2006 г Ташкент.
- 7. Комилов Тулкин Сафарович** – «Совершенствование методов диагностики и хирургического лечения эхинококкоза печени у лиц пожилого и старческого возраста» - 2009 г Ташкент.
- 8. Шарипов Улугбек Бафоевич** – «Особенности ультразвуковой диагностики хирургического лечения больных с эхинококкозом печени» - 2011 г Ташкент.

9. Муаззамов Бобир Баходирович – «Разработка и оценка эффективности использования фитоцидов при обработке остаточных полостей после эхинококкэктомии печени» - 2011 г Ташкент.

10. Исомутдинов Аъзам Зокирович – «Совершенствование методов диагностики и лечения множественных, сочетанных форм эхинококкоза печени и брюшной полости» - 2012 г Ташкент.

ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ ФАНИДАН КАФЕДРА ПРОФЕССОР-ЎҚИТУВЧИЛАРИ ТОМОНИДАН ЧОП ЭТИЛГАН МОНОГРАФИЯЛАР

№	Монография номи	Нашр ҳақида маълумот	Ҳажми	Муаллиф ва муаллифдошлар
1.	Малоинвазивные вмешательства в лечении желчнокаменной болезни и её осложнений.	Монография Тошкент 2003 йил.	203 бет	Каримов Ш.И. Ким В.Л. Ахмедов Р.М.
2.	«Осложненный эхинококкоз»	Монография Бух МИ, 2006 йил,	200 бет	Ахмедов Р.М. Мирхўжаев И.А. Ҳамдамов Б.З.
3.	Хирургия язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки”.	Монография Бух МИ, 2006 йил	220 бет	Ахмедов Р.М. Мирхўжаев И.А. ва бошқалар.
4.	Хирургические осложнения при инфекционных заболеваний и способы их лечения	Монография Бух МИ, 2006 йил	250 бет	Ахмедов Р.М. ва бошқалар
5.	Современные подходы в подготовке врача общей практике.	Монография Тошкент- 2007 йил.	304 бет	Ахмедов Р.М. Шарипова Н.Д.

КАФЕДРА ПРОФЕССОР-ЎҚИТУВЧИЛАРИ ТОМОНИДАН ЧОП ЭТИЛГАН УСЛУБИЙ – ҚЎЛЛАНМАЛАР РЎЙХАТИ:

1. «Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки» 2006 г, стр.241 (И.А.Мирходжаев);
2. «Осложненный эхинококкоз» 2006 г, 185 стр. (И.А.Мирходжаев, Б.З.Хамдамов);
3. «Хирургические осложнения при инфекционных и паразитарных заболеваниях и способы их лечения», 2007 г, 185 стр, (С.Н.Бобохужаев);
4. «Операциядан кейинги интенсив терапия» 2008 й, 207 бет (О.Ш.Эшонов);
5. «Бухоро тиббиёт тарихи» 2009 й, 237 бет (Н. Наимов);
6. «Гнойно-некротические осложнения нижних конечностей» г.Бухара, 2010г, 302 стр. (Б.Б.Сафоев);
- 7.«Инфузионно-трансфузионная терапия в хирургии» 2010 г, 304 стр. (Клиническая руководство) (О.Ш.Эшонов);
- 8.«Гиповолемия» 2012 й, 108 бет (О.Ш.Эшонов);

9. «Диагностика и лечение эхинококкоза» соавт. И.А.Мирходжаев 203 стр Дрезден (Германия 2012г)

ЧОП ЭТИЛГАН УСЛУБИЙ-ҚЎЛЛАНМАЛАР:

1. «Хирургик фанларда янги педагогик технологиялар» Ўқитувчилар учун услубий қўлланма, 2005 йил, (Ахмедов Р.М., С.О.Комилов, Ф.М.Узоқов).
4. “Применение физических методов лечения раневой инфекции” Методическая разработка для студентов мед.ВУЗ ов, Ташкент 2007 г , 30 стр. (Б.Б.Сафоев, Б.З.Хамдамов)
5. «Холецистэктомиядан кейинги синдром» Тиббиёт институти талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2008, 24 бет (Ахмедов Р.М., И.А.Мирхўжаев, С.О.Комилов, Б.З.Хамдамов)
6. “Синдром диабетической стопы” Учебное пособие , Ташкент, 2011г, 207 стр. (Б.Б.Сафоев, Б.З.Хамдамов)
7. «Жигар ва ўпка эхинококкози» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2011, 35 бет (Ахмедов Р.М., С.О.Комилов, И.А.Мирхўжаев, Б.Б.Муаззамов).(тўлдирилган)
8. . «Вазоренал гипертензия» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2012, 31 бет (Ахмедов Р.М., С.О.Комилов, И.А.Мирхўжаев, Б.З.Хамдамов) (тўлдирилган).
9. «Оёқ веналарининг касалликлари» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2011, 31 бет (Ахмедов Р.М., Б.Б.Сафоев, С.О.Комилов) (тўлдирилган).
10. . «Ўткир тромбоз ва эмболиялар» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2011, 31 бет (Ахмедов Р.М., Б.Б.Сафоев, С.О.Комилов, Б.З.Хамдамов) (тўлдирилган).
11. «Аорта ва магистрал артерияларнинг окклюзияловчи ва стенозловчи касалликлари» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2011, 27 бет (Ахмедов Р.М., Б.Б.Сафоев, С.О.Комилов) (тўлдирилган).
12. . «Ўпка ва плевранинг йирингли касалликлари» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2011, 54 бет (Ахмедов Р.М., Б.Б.Сафоев, С.О.Комилов, И.А.Мирхўжаев) (тўлдирилган).
13. . «Такаясу синдроми» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2011, 22 бет (Б.Б.Сафоев, С.О.Комилов) (тўлдирилган).
14. «Меъданинг операциядан кейинги касалликлари» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2011, 42 бет (Ахмедов Р.М., С.О.Комилов, И.А.Мирхўжаев) (тўлдирилган).
15. «Сурункали абдоминал ишемия синдроми » Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2013, 28 бет (Ахмедов Р.М., С.О.Комилов, И.А.Мирхўжаев) (тўлдирилган).

ИХТИРО ВА ПАТЕНТЛАР

1. Способ диагностики эхинококкоза печени у лиц пожилого и старческого возраста (Комилов Т.С.) Патент Республики Узбекистан 1 AP 20040153 от 25.08.2006.
2. Жигар эхинококкозини ташхислаш ва даволаш усулини танлаш учун дастур (У.Б.Шарипов, Б.З.Хамдамов) Узбекистон Республикаси патенти № ДГУ 01657 04.12.2008 йилдан руйхатдан утказилган.

ИЛМИЙ МАҚОЛАЛАР

1. Видеоассистирования операция эхинококкэктомия печени при труднодоступных локализациях кист. Журнал «Ўзбекистон хирургия-си», 2007, № 3, стр 8-9 (И.А.Мирходжаев)
2. Эндолимфатическая антибиотикотерапия после эхинококкэктомии. Журнал «Узбекистон хирургияси», 2007, № 3, стр 9-10 (С.Р.Қутлиев, К.У.Газиев)
3. Новый способ антипаризатарной обработки остаточной полости раствором альбендазола после эхинококкэктомии из печени. Материалы научно-практ.конф. «Актуальные вопросы специализи-рованной хирургии» посвященной памяти У.А.Арипова. 2007г, стр 20-21 (Комилов С.О, Хамдамов Б.З. и др)
4. Использование настойки чеснока в хирургической практике. Материалы научно-практ.конф. «Интеграция образование науки и производства в фармации» посвященной 70-летию ТашФарМИ. 2007г. стр.271-272 (Р.И.Исроилов, Б.Муаззамов, С.Аминов)
5. Применение местной гипероксигенации в сочетании с многоком-понентными водорастворимыми мазями в комплексном лечении гнойных ран. Журнал «Проблемы биологии и медицины», 2008, № 1, стр 84-87, (Сафоев Б.Б., Хамдамов Б.З., Ортиков К.У.)
6. Морфологические изменения лавроцист после обработки раствором альбендазола. Журнал «Проблемы биологии и медицины» 2008 г, № 1, стр 9.
7. Программирование абактериальной среды при лечении диабе-тической стопы. Журнал «Проблемы биологии и медицины» 2008г № 2, стр 3-6. (Б.Б.Сафоев, Б.З.Хамдамов)
8. Местная коррекция нарушенного кислородного обмена тканей в после-операционных гнойных ранах. Журнал «Проблемы биологии и медицины». 2008г, № 2, стр 61-64. (Б.Б.Сафоев, Б.З.Хамдамов)
9. Морфологические особенности использования экстракта фитонцида в хирургии эхинококкоза печени. Журнал «Морфология» 2008г. №2, стр 13. (Исраилов Р.И., Муаззамов Б.Б.)
9. Возможности и перспективы применения усовершенствованного метода ампутации нижних конечностей при синдроме диабетической стопы с критической

- ишемией нижних конечностей. Журнал «Хирургия Узбекистана» 2008г № 2 стр 5-8 (Б.Б.Сафоев, Б.З.Хамдамов)
10. Рецидивный эхинококкоз печени и пути его профилактики. Журнал «Хирургия Узбекистана», 2008г, № 3 стр 12 (И.А.Мирходжаев, С.О.Комилов, Б.З.Хамдамов)
 11. Бронхофиброскопия у больных с эхинококкозом легкого. Журнал «Хирургия Узбекистана» 2008 № 3 стр 93 (С.О.Комилов, И.А.Мирходжаев).
 12. Коррекция иммунологических параметров при язвенной болезни желудка. В кн. «Материалы научно-практ.конф». «Актуальные проблемы гастроэнтерологии» Бухара 2009г. стр 11-12 (С.Ф. Сулейманов)
 13. «Анастомозиты после резекции желудка и их лечение». Там же стр 13-14 (И.А.Мирходжаев)
 - 14.Нарушение клеточных параметров иммунитета у больных язвенной болезнью и двенадцатиперстной кишки. Там же стр 12-13 (С.Ф.Сулейманов)
 - 15.Частота и профилактика пострезекционного рефлюкс гастрита. Там же стр 14-15 (И.А.Мирходжаев)
 16. Применение иммунотерапии при хроническом холецистите. Там же стр 125-126 (С.Ф.Сулейманов)
 17. Оценка иммунных нарушений и применение иммунокорректоров при заболеваниях органов пищеварения. Там же стр 126-127 (С. Ф. Сулейманов)
 18. Использование липосомальной формы альбендазола в хирургии эхинококкоза печени. Там же стр. 127-125 (И.А.Мирходжаев)
 19. Антипаразитарное лечение эхинококкоза печени. Там же стр 128-129 (И.А.Мирхужаев, А.З.Исомутдинов)
 20. «Хирургические осложнения после аллогерниопластики после-операционных вентральных грыж». Сборник трудов Республикан-ской научной конференции «Актуальные проблемы хирургии», Ташкент, 2009г, стр 51 (Исомутдинов А.З., Мирходжаев И.А.)
 21. «Новый способ обработки остаточной полости эхинококковой кисти» Там же стр 52. (Сафоев Б.Б, Хамраев У.П)
 22. «Диагностические и лечебные стандарты при полипах желчного пузыря» журнал «Узбекистон хирургияси» Вохидовские чтения 2009г стр 12, (И.А.Мирходжаев, Б.Хамдамов, У.Шарипов)
 23. «Интервенционные методы лечения в хирургии эхинококкоза печени» ж. «Хирургия Узбекистана» Вохидовские чтения 2009г стр 12 (Б.Хамдамов, У.Б.Шарипов).
 24. Из опыта становления общей врачебной практики (семейной медицины в Бухарском Г осударственном Медицинском институте) в книге «Материалы 1У-Всероссийской научно-практической конференции» Новосибирск 2010 г. стр 14-18 (Н.Ж.Шарипова, Г.Ж.Жарылкасинова)

25. Эффективный способ обработки остаточной полости у больных осложненным эхинококкозом печени. В книге «Сборник научно-практической конференции «Актуальные проблемы гнойно-септической хирургии» Бухара-2010, стр. 116-117 (Б.Б.Сафоев, У.П.Хамроев, Б.З.Хамдамов)
26. Диагностика и лечение гнойно-воспалительных осложнений после плановых операций в абдоминальной хирургии. Там же (И.А.Мирходжаев, С.О.Комилов, А.З.Исомитдинов).
27. Способ хирургического лечения эхинококкоза печени в зависимости от стадии развития паразита. Там же. Стр 118 (Б.Б.Сафоев, И.А.Мирходжаев, А.З.Исомитдинов.)
28. Использование иммунокоррекции при гнойной инфекции брюшной полости. Там же стр 120 (С.Ф.Сулейманов, Б.Б.Сафаев, Б.З.Хамдамов.)
29. Характеристика возбудителей хирургической инфекции мягких тканей. Там же стр. 121-123 (Б.Б.Сафоев, С.Ф.Сулейманов, Ж.Н.Эргашев.)
30. Усовершенствованный метод ампутации при синдроме диабетической стопы с критической ишемией нижних конечностей. Там же стр 123-124 (Б.Б.Сафаев, Б.З.Хамдамов, Ф.К.Хамидов.)
31. Сочетанное применения местного ультрафиолетового облучения и локальный гипероксигенации в комплексном лечении гнойных ран. Там же стр. 125-126 (Б.Б.Сафаев, Б.З.Хамдамов, С.О.Комилов, Ф.Х.Хамидов.)
32. Миниинвазивная хирургия осложненного эхинококкоза печени. Там же. стр 126-126 (И.А.Мирходжаев, У.Б.Шарипов, С.О.Комилов, А.З.Исомитдинов.)
33. Эффективный способ обработки остаточной полости у больных осложненным эхинококкозом печени. Там же. Стр. 126-127 (Б.Б.Сафаев, У.П.Хамроев.)
34. «Возможности изолированной химиотерапии при лечении эхинококкоза [// печени». Журнал «Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана» 2010 г № 4 стр 23-27 (Б.Б.Сафаев, У.Шарипов, Б.З.Хамдамов.)
35. Анализ результатов миниинвазивных методов лечения эхинококкоза печени. (Материалы XIII-съезда Общества эндоскопических хирургов России. Альманах института хирургии им.А.В.Вишневского Москва, 2010. Том 3 №1 стр 195) (У.Б.Шарипов, Б.З.Хамдамов.)
36. Результаты изолированной химиотерапии при эхинококкозе печени. (Материалы научно-практической конференции с международным участием «Инфекции и паразитарные болезни в практике клинициста» Харьков, 2010 стр 48-49 (У.Б.Шарипов, Б.Хамдамов.)
37. Миниинвазивные вмешательства при эхинококкозе печени. «Журнал Анналы хирургической гепатологии». М.2010, Том 15 №3 стр 99-104.
38. Роль и место пункционных методов лечения в хирургии эхинококкоза печени. «Журнал Вестник врача» Самарканд, 2009 № 5 стр 43-46.
39. Пункционно-дренирующие методы лечения при эхинококкозе печени. «Журнал теоретической и клинической медицины» Ташкент, 2008, № 5, стр 53-59
40. Бухоро Давлат тиббиёт института касб-хунар коллежлари ва академик лицейлар билан хамкорлиги. (Республика илмий-амалий анжумани маколалар туплами. Бухоро, 2011 йил 20-21 май., 9-12 б.)

41. К вопросу лечения множественного и рецидивного эхинококкоза» В кн: «Сборник научных трудов посвященный 20-летию Бухарского Государственного медицинского института» г.Бухара 2011г стр. 30-31 (Б.Б. Муаззамов, И.А. Мирходжаев, А.З. Исомутдинов).
42. «Совершенствование методов обработки остаточных полостей печени» Там же г.Бухара 2011г стр. 28-30 (Р.И. Исроилов, Б.Б.Сафоев, У.П.Хамраев).
43. . «Комплексное лечение раневой инфекции с учетом грибковых инвазий» Там же г.Бухара 2011г стр.31-33 (Б.Б.Сафоев , Б.З.Хамдамов)
44. «Комплексное лечение больных синдромом диабетической стопы» Там же г.Бухара 2011г стр.33-34 (Б.Б.Сафоев , Б.З.Хамдамов, Т.А.Шеров).
45. «Химиотерапия в лечении эхинококкоза печени » Там же г.Бухара 2011г стр 34-36 (Б.Б.Сафоев , У.Б.Шарипов , Б.З.Хамдамов).
46. . «Иммунное расстройство и использование иммуностимуляторов при заболеваниях органов пищеварительной системы» Там же г.Бухара 2011г стр. 36-37 (С.Ф.Сулейманов).
47. «Пути улучшения результатов хирургического лечения эхинококкоза печени у беременных» «Журнал теоретической и клинической медицины» Ташкент 2011 г. стр.67-69 (И.А.Мирходжаев, А.З.Исомутдинов).
48. «Роль бронхоскопии в лечении осложненных эндобронхиальных лигатурных свищей после эхинококкэктомии легкого» Журнал «Проблемы биологии и медицины» Ташкент 2011 г. №1 стр. 6-8, (Б.Б.Сафоев , Б.З. Хамдамов, О.М.Курбанов, М.И.Амонов).
49. «Возможности бронхоскопических катетеризаций в лечение абсцессов легкого» Журнал «Проблемы биологии и медицины» Ташкент 2011 г. №1 стр.8-9, (Сафоев Б.Б., Хамдамов Б.З., Амонов М.И.).
50. «Характеристика иммунной системы у больных с эхинококкозом печени» Журнал «Вестник проблемы биологии и медицины» 2011 г выпуск 2, Том 3, стр.84-88 (А.З.Исомутдинов, И.А.Мирходжаев).
51. «Диагностика и лечение кист поджелудочной железы» В кН: «Материалы научно-практической конференции» «Актуальные вопросы панкреатологии» 14-15 ноября 2011г, г.Бухара, стр. 16-17 (И.А.Мирходжаев)
52. «Результаты применения препарата «Сандостанин» у больных с хроническом панкреатитом» там же г.Бухара, 2011г, стр 17-18 (И.А.Мирходжаев, А.З.Исомутдинов).
53. «Пути улучшения результатов комплексного лечения больных панкреонекрозом» там же г.Бухара, 2011г, стр 18 (И.А.Мирходжаев, Хикматов Ж.С., И.И. Мирходжаев).
54. «Гнойно-воспалительные заболевания в учениях Ибн Сино» - «VI. Ибн Сино ўқишлари» - илмий амалий анжуман тезислари тўплами, Бухара 2011й, 17-бет, Б.Б.Сафоев.
55. «Взгляды Абу Али ибн Сино на заболевания кишечника» там же Бухара г.Бухара 2011г, стр.57, И.А.Мирходжаев, А.З.Исомутдинов.
- 56.. «Заслуги Абу Али ибн Сино в развитие учения о грыжах» там же г.Бухара 2011г, стр.58, И.А.Мирходжаев, Ж.Н.Эргашев.
57. «Ибн Сино таълимотида соғлом турмуш тарзи» Хоразм Маъмун академияси ва Ибн Сино мавзусидаги илмий семинар “Хоразм Маъмун академиясининг ахборотномаси” 1(22) 2012й, 11-13 бет (А.И.Иноятов)

58. «Современные методические принципы общей врачебной подготовки на этапе до и последипломного обучения» материалы международной научно-практической конференции «Опыт и перспектива развития медицинского образования в странах центральной Азии» Караганда 26-27 апреля 2012 г, стр.16-17.
59. «Пути улучшения результатов хирургического лечения эхинококкоза печени» Журнал: «Проблемы биологии и медицины», 2012 г, №1, стр. 3-5 (Б.Б.Сафоев, У.П.Хамраев, Б.З.Хамдамов)
60. «К тактике хирургического лечения множественного и рецидивного эхинококкоза» там же, 2012г, №1, стр.24-26 (И.А.Мирходжаев, Б.Б.Муаззамов, А.З.Исомутдинов)

**ИНСТИТУТ КУТУБХОНАСИДА МАВЖУД БЎЛГАН ВА МУСТАҚИЛ
ФОЙДАЛАНИШ УЧУН ТАВСИЯ ҚИЛИНГАН ЯНГИ АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ**

№	Муаллифи	Чоп килин ган йил	Адабиёт номи	Мавзунинг номи	Бетлар
1.	Ч.Черлок Д.Дули	1999 Москва Медици на.	Заболевание печени желчных путей.	А)Синдром Бадди-Киари Б)Черезкожная холецистолитотомия. В)Эхинококкоз. Г)Аскаридоз. Д)киста печени.	214-б. 589-б. 591бет 556-б. 664-б.
2.	Питер.Р.	2001	Секреты гастроэнтеро логии.	А)Лапароскопическая хирургия Б)Хирургическая тактика при “остром животе”. В)Хирургия пищевода. Г)Абсцесс печени. Д)Ахалазия пищевода.	937-б. 879-б. 855-б. 307-б. 58-б.
3.	Ллойд М. Найхус Джозеф М.	2000	Боль в животе.	А) Перфорация внутренних органов.	160-б.
4.	Ч.И. Каримов Р.М. Ахмедов Ким В.Л.	2003	Малоинвазивази вные вмеша тельства в ле чение желчно каменной болезни и ее осложнение.	А)Ут-тош касаллиги ва холедохолетиаз.Диагностикас и ва даволаш усуллари.	30-б. 50-б.
5.	Вишневский. В. А. Кубычкин В.А.	2003 Москва	Операции на печени	А) Абсцессы печени Б) Эхинококкоз печени В) Альвеококкоз печени	83- б 86-б 90- б
6.	Майстренко Н.А.	2000 Гиппок рат	Хирургическое лечение язве 12 перстной кишки	А) Осложнение после операции на желудке	245 – б
13.	Канюков В.И.	2002 Москва	Частные вопросы коронарной	А) Хроническая окклю-зия коронарных арте-рий Б) Поражение ствола левое	4- б

			ангиопластики	коронарной артерии.	69- б
14.	В.С.Савельев, А.И.Кириенко	2006 Москва	“Хирургическ ие болезни” Т И- ИИ.	Все темы по программы Госпитальной хирургии.	

**ФОЙДАЛАНИЛГАН КЎРГАЗМАЛИ ҚУРОЛЛАР, ЖИҲОЗЛАР
ВА ТЕХНИК ВОСИТАЛАР РЎЙХАТИ**

**ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ ФАНИ БЎЙИЧА ФОЙДАЛАНИЛА-
ДИГАН КЎРГАЗМАЛИ ҚУРОЛЛАР ВА ТЕХНИКА ВОСИТАЛАРИ**

№	Техник воситалар ва ўқув-кўргазмали қуроллар номи	Сони
1	Телевизор – ЛГ	1 та
2	Видеопроектор	1 та
3	Компьютер	2 та
4	Проектор	1 та
5	Таблицалар	176 та
6	Рентгенограмма	87 та
7	Кинескоп	1 та
8	Ўқув фильмлари (мавзулар бўйича)	18 та
9	Мультимедиялар (мавзулар бўйича)	25 та
10	Макропрепаратлар	9 та
11	Зондлар, хирургик инструментлар ва бошқалар	2 комплект

ФОЙДАЛАНИЛГАН ЎҚУВ ФИЛЬМЛАРИ РЎЙХАТИ

№	Ўқув фильмлари номи
1.	Қизилўнгач касалликлари
2.	Туғма ва орттирилган юрак нуқсонлари
3.	Жигар эхинококкни диагностикаси ва даволаш усуллари
4.	Ошқозон резекциялари.

**ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ ФАНИДАН МАЪРУЗА ВА АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАРДА
2012-2013 ЎҚУВ ЙИЛИДА КИРИТИЛГАН
ЯНГИ АДАБИЁТЛАР**

1. Б.С.Суковатых, Л.Н.Беликов, В.И.Зайцев, М.Б.Суковатых «Слеротерапия сафенобедренного рефлюкса крови у больных с начальными стадиями варикозных болезни вен нижних конечностей «Вестник хирургии» 2008, стр.22-25.
2. Р.З.Лосев, В.Н.Николенко, Е.Г.Микульская, А.А.Елисеева, Ю.А.Буров «Функционально анатомические предпосылки реваскуляризации бедренно-подколенного артериального сегмента», Вестник хирургии, № 1, с.18-21.
3. М.Д.Дибиров, А.А.Дибиров, С.А.Терещенко, Ю.И.Рамазанова «Дистальённые реконструкции аутовенной I In siti при критической ишемии нижних конечностей у больных пожилого и старческого возраста» с.14-17.
4. А.И.Шиманко и др. «Амбулаторные лечение варикозной болезни вен нижних конечностей» Анналы хирургии №1, 2008, с.72-75.
5. В.А.Кожевников и др. «Сравнительная оценка лечения химических ожогов пищевода у детей жирогормональной смесью и лекарственной смесью на основе полимера регенкура» Детская хирургия, № 1,2008, с. 4-7.
6. Э.А.Степанов и др. «Наблюдение дивертикулярного удвоения пищевода у двух детей», Детская хирургия, 2001, №1, с. 50-52.
7. Ю.А.Козлов и др. «Торакоскопическая френопликация у новорождённых» Детская хирургия, № 1, 2008, с. 52-54.

8. Я.Н.Шойхет, С.Д.Фонеев, И.В.Кулешова «Влияние локальной непрерывной внутриартериальной антимикробной терапии на течение послеоперационного периода у больных с абсцессами печени» *Анналы хирургии*, № 1, 2008, с.50-53.
9. А.Ф.Черноусов, Т.В.Хоробрых, Д.В.Пастухов «Использование фибринового клея в лечении больных с колотыми ранениями печени» *Анналы хирургии*, № 1, 2008, с.46-49.
10. Дибиров М.Д. и др. «Результаты дистальных реконструктивных операций при критической ишемии при диабетической макроангиопатии у лиц пожилого и старческого возраста» *Анналы хирургии*, № 4, 2008, с.21-23.
11. И.Л.Казымов, А.Г.Мехдиев, Ф.С.Курбанов «Кровотечение из рецидивных язв после резекции желудка и ваготомии» *Хирургия*, № 2, 2008, с.37-41.
12. «Рубцовые структуры пищевода» *Медицинский журнал Узбекистана*, №3, 2002, стр. 22 – 24.
14. В.С.Савельев, А.И.Кириенко “Хирургические болезни” *М.Медицина*, 2006, 1 – 2 том, стр.13 – 54.
15. В.М. Лебезев, А.К. Ерамишанцев, Р.С. Григорян «Сочетанные операции в профилактике гастроэзофагеальных кровотечений у больных с портальной гипертензией» *Хирургия* 2007, 10, бет 15-18.
16. В.М. Лебезев, А.К. Ерамишанцев, Р.С. Григорян «Портальная гипертензия» *Хирургия* 2007, 9- сон 32-35 бет, 10 сон 15-18 бет.
17. Г.И. Кунцевич, А.В.Гаврилин, В.А.Вишневский, Т.В.Журенкова, Э.Н.Чебышева, О.И.Жабборонкова, В.А.Агафонов «Комплексная ультразвуковая диагностика крупных и гигантских непаразитарных кист печени» *Хирургия. Пирогова*, 2007, № 9 стр 63-68.
18. Бебуришвили А.Г., Шаталов А.В., Шаталов А.А. “Острый тромбофлебит в бассейне большой подкожной вены”, *Хирургия* № 4, 2004, стр.4-8.
19. Седов В.М., Морозов В.П. и др. «Новый метод диагностики клапанной недостаточности подкожных и перфорантных вен нижних конечностей с использованием аппарата «телефлебосканер» » *Новые и рац. предложения* № 5, 2004, стр. 100-103.
20. Ф.Г.Назирова, И.Н.Денисов, Т.Улумбеков; *Справочник – путеводитель практикующего врача “ 2000 болезней от А до Я ”* Издательство ГЭОТАР. Медицина, Москва, 2000 г. “Диафрагмальные грыжи”, стр. 279-280.

**ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ ФАНИДАН ТАЛАБАЛАР УЧУН
ЯНГИДАН ТАЙЁРЛАНГАН УСЛУБИЙ-ҚЎЛЛАНМАЛАР
РЎЙХАТИ**

Номланиши	Йили
<u>Факултет хирургия</u>	
Комилов С.О., ва бошқалар:	2012 йил
1. Қизилўнгач касалликлари.	2012 йил
2. Вена варикоз касаллиги.	2012 йил
3. Жигар ва ўпка эхинококкози	2012 йил
4. Аорта равоғи окклюзион касалликлари	2012 йил
5. Ўткир артерияларнинг тромбоз ва эмболиялари	2012 йил
6. Такаюсу синдроми	2012 йил
7. Ўпка ва плевранинг йирингли касалликлари	2012 йил
8. Сурункали абдоминал ишемик синдром	2013 йил
9. Ошқозоннинг операциядан кейинги касалликлари	2013 йил

11. ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ ФАНИДАН ТЕСТ (ОБ, ЯБ)

САВОЛЛАРИ

1. ОСКИ САВОЛЛАРИ (оғзаки)

1-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик

Вазифага жавоб беринг:

Юрак нуқсонлари билан оғриган беморни ноинвазив (8 та) ва инвазив (4 та) текшириш усуллари ёзинг

Ҳар бир текшириш усули – 1 балл

Жами балл - 12 балл

2-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик

Вазифага жавоб беринг: Вазоренал гипертензияга хос бўлган белгиларни ёзиб беринг (9 та белги)

Ҳар бир текшириш усули – 1 балл

Жами балл - 9 балл

3-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик

Оёқ артерияларининг окклюзион касалликларини махсус текшириш (ихтисос-лашган) босқичида энг кўп қўлланиладиган функционал ва инструментал текшириш усуллари (2 та) айтинг ва шарҳлаб беринг.

Ҳар бир текшириш усули – 1 балл

Жами балл - 11 балл

4-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик

Оёқ артерияларининг окклюзион стеноозловчи касалликларини аниқлашда қўлланиладиган функционал синамаларини бажариш техникасини айтиб, шарҳлаб беринг

Ҳар бир текшириш усули – 2 балл

Жами балл - 10 балл

5-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик

Қуйидаги таблица контрастли ангиограмма маълумотларига асосланиб беморларда ўткир артериал тутилиб қолиш сабабини аниқланг ва ёзма равишда беринг.

Белгилар	Бемор А ангиограммасида	Бемор Б ангиограммасида
Қон томирларининг интима қавати ҳолати	Нотекис	Текис
Контраст модда	Ўтиши ёки узилиш қийшиқ	Узилиши бирданига тути-лиқ тўхтаган (узилган)
Коллатериал қон томирлар ҳолати	Тўсиқдан (блокдан) юкорида жуда яхши ривожланган	Жуда ёмон ривожланган

1. Беморларга ташхис қўйинг
2. Иккала бемор учун хос бўлган умумий ишемик белгиларни ёзинг.
3. Қайси ўткир артериал тутилиб қолиши сабаби бемор ҳаёти учун хавфли?
4. Оёқ артериаларининг ўткир тутилиб қолишига олиб келувчи касалликлар ва омилларни ёзинг

5. Бу беморларни асосий оператив даволаш усуллари ёзинг

Ҳар бир текшириш усули – 2 балл

Жами балл - 10 балл

6-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик

Артериал қон томирларининг ўткир тромбоз ва эмболияси.

Топширик: юқоридаги касалликларда Савельев бўйича ишемия даражалари ва фазаларини айтиб, шарҳлаб ееринг

Ҳар бир текшириш усули – 1 балл

Жами балл - 7 балл

7-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик

Касалликни қуйидаги белгиларига асосланиб дифференциал диагностика ўтказиш ва ёзма равишда жавоб Беринг.

Таблицада 2 та беморнинг симптомлари келтирилган. Ўқиб, саволларга жавоб ёзинг.

Симптом	Бемор А	Бемор Б
Касалликни келтириб чиқарувчи омиллар	Гиподинамия, чекиш, семизлик	Совуқ уриш, доимий совуқ қотиш, инфекция чекиш, травма
Ёши	40 ёшдан катта	40 ёшгача
Ташқи кўриниши	Ёшига нисбатан катта кўринади	Ёшига қараганда кичикроқ кўринади
Клиник кечиши	Аста-секин ривожланиб бормоқда Мавсумийлик йўқ	Касаллик кузиш ва ремиссия билан кечади ва кўпинча йилнинг мавсуми-га боғлиқ
Йўлдош касалликлар	Артериал гипертензия. Юрак ишемик касаллиги. Қандли диабет, семизлик	Меъда – 12 бармоқли ичак яра касаллиги. Неврастения
Аллергик анамнез	Кузатилмайди	Тез-тез кузатилдаи
Сон артериясида пульс бўлмади	30% гача ва систолик шовқин	5 %

1. Беморга тўғри ташхис қўйинг

2. Иккала бемор учун умумий бўлган симптомларни ёзинг

3. Қайси бемор учун импотенция характери?

4. Ҳар бир беморга қайси ангиографик текшириш усулини таклиф қиласиз?

5. Бу беморга қайси оптимал оператив даволаш усуллари таклиф қиласиз?

Ҳар бир текшириш усули – 2 балл

Жами балл - 10 балл

8-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик

ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИКЛАРИ

Юракнинг ишемик касалликлари сабаблари ва унинг хирургик йўл билан даволаш усуллари ёзма равишда шарҳ

Ҳар бир текшириш усули – балл

Жами балл - 5 балл

9-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик

Вазиятий масалага ёзма равишда жавоб беринг

Бемор 28 ёшда, 300 метр юргандан кейин болдир мушакларида оғриққа, оқсоқланишига, увишишига, чап оёғини совуқлигига шикоят қилади. Бемор ўзини 2 йилдан бери касал деб ҳисоблайди.

Анамнезидан: узоқ вақт оёқларининг совуқ қотганлиги ва бир кунда бир пачка тамаки чекишини аниқлади.

Беморни кўрганда: Чап оёғи терисида сочлар тушганлиги. Бармоқларида трофик яра аниқлади. Териси совуқ, болдир артерияларида пульсация аниқланмайди.

Талаба учун топширик:

1. Беморда қайси қон – томир касаллиги ?
 2. Қайси ишемия босқичи?
 3. Консерватив даво тавсия қилинг (4 тадан кам бўлмасин)
 4. Қайси операция усулини тавсия қиласиз? (2-3 та)
 5. Касалликни қайталаниши профилактикасини ёзинг (3 та)
- Ҳар бир текшириш усули – балл
Жами балл - 5 балл

10-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик

ВАЗИЯТИЙ МАСАЛА: Қабулингизга келган 40 ёшли беморни охирги овқат егандан 30-40 дақиқадан кейин, эпигастрал соҳасида ва кўпроқ корнининг ўнг ярмида оғриқ безовта қилади. Баъзан кўнгил айниши, доимий қориннинг дам бўлиши, метеоризм, аэрокалия, ичнинг суяқ кетиши охирги 1 йил давомида пайдо бўлди ва бемор ориқлай бошлади. Беморга оғриқлар интенсивлиги овқатни миқдори ва сифати билан боғлиқ.

Талаба учун топширик: Бемордан шикоятини, анамнезини батафсил сўранг ва дастлабки ташхисининг кўйинг. Касалликни аниқлаш учун қайси ангиографик текшириш усулини қўллайсиз?

- Ҳар бир текшириш усули – 1 балл
Жами балл - 12 балл

11-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик

АМАЛИЙ КЎНИКМА: Беморда плевра эмпиемасининг бара клиник рентгенологик симптомларини текширинг ва нима қилаётганингизни гапириб шарҳлаб беринг.

Қуйидаги саволлардан фойдаланинг!

1. Эмпиема билан оғриган беморларда умумий ёндошиш 4
2. Ўткир ва сурункали эмпиеманинг рентгенологик кўриниши қандай?
3. Плевра эмпиемаси чегараларини аниқланг
4. Плевра эмпиемасида қандай аускултатив белгилар кузатилади?
5. Эмпиемада плеврал пункция соҳани аниқлаб Беринг
6. Троцентез қилинадиган соҳа ва бажариш техникасини айтнинг
7. Пиопневмотораксда пункция соҳасини кўрсатинг
8. Ўпка коллапси асоратининг рентгенологик кўринишини рентгенограммада кўрсатинг
9. Чегараланган эмпиема турларини рентгенологик кўринишларини шарҳлаб беринг
10. Стандарт торакотомия соҳасини айтинг

- Ҳар бир текшириш усули – 1 балл
Жами балл - 10 балл

12-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик

АМАЛИЙ КЎНИКМА: Беморда Троянов-Тренделенбург синамасини бажариш техникасини кетма-кетлик бўйича бажаринг ва нима қилаётганингизни

гапириб шархлаб беринг.

Қуйидаги саволлардан фойдаланинг!

1. Беморга умумий ёндошиш
2. Беморларни қандай текширасиз?
3. Бемор оёқлари қандай ҳолатда дастлаб бўлиши керак?
4. Синамани қандай усулда бажаришингизни кўрсатиб беринг.
5. Синамани бажаринг.
6. Синамани қандай қилиб тугатасиз?
7. Остиал клапан етишмовчилиги бўлса, нима кузатилади?
8. Агар беморда катта тери ости венаси (сафена магна) клапани зараланмаган бўлса, қанча вақт давомида тўлиши кузатилади?
9. Чегараланган эмпиема турларини рентгенологик кўринишларини шархлаб беринг
10. Стандарт торакотомия соҳасини айтинг

Ҳар бир текшириш усули – 1 балл

Жами балл - 8 балл

13-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик

АМАЛИЙ КЎНИКМА: Ўткир ўпка абсцессидида пайдо бўладиган объектив, аускультатив, перкутор ва рентгенологик ўзгаришларни шархлаб беринг.

Қуйидаги саволлардан фойдаланинг:

1. Ўткир ўпка абсцесси билан касалланган беморни қандай умумий кўздан кечирасиз ва нималарга эътибор берасиз?
2. Кўкрак қафаси зарарланган томонда қандай ҳолатда?
3. Ўткир абсцесс бронхга ёрилгунга қадар қандай физикал белгилар кузатилади?
4. Абсцесс бронхга ёрилгандан сўнг қандай физикал белгилар кузатилади?
5. Энг кўп абсцесс билан зарарланадиган ўпка сегмент ива бўлақларини санаб беринг.
6. Ўпка абсцессининг ёрилгунга қадар рентгенологик кўриниши қандай?
7. Ўпка абсцессининг ёрилгундан кейин рентгенологик кўриниши қандай?
8. Пневмоторакс асорати нима ва рентгенологик кўриниши қандай?
9. Сельдингер бўйича ўпка абсцессини пункцияси ва катетеризация техникасини айтинг
10. Бронхоскопияда ўпка абсцесси белгиларини айтинг.

Ҳар бир текшириш усули – 1 балл

Жами балл - 10 балл

14- СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик

ВАЗИЯТИЙ МАСАЛА: 47 ёшли бемор клиникага кўкрак қафасининг ўнг томонида оғрик, тез-тез йўтал, йирингли балғам тупуриш, ҳансираш, тана ҳароратининг кўтарилиши, умумий ҳолсизликка шикоят қилиб келди.

Анамнездан: 18 кундан бери ўпка зотилжами билан натижасиз даволангани аниқланди.

Беморни физикал ва рентгенологик текширганда ўнг ўпка пастги бўлаги абсцесси ташхиси қўйилади. Ўткир ўпка абсцессини келтириб чиқарувчи асосий омиллар (5 та) айтинг ва замоний даволаш принципларини (8 та) шархлаб беринг

Ҳар бир текшириш усули – 1 балл

Жами балл - 13 балл

15-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик

Вазифага ёзма равишда жавоб беринг

Юракни туғма нуқсонларини гурухларини (3 та) ва шу гурухларга кирувчи асосий порокларни (15 та) ёзинг

Ҳар бир текшириш усули – 1 балл

Жами балл - 18 балл

16-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА: Кардиохирургия бўлимига 10 ёшли бемор жисмоний ҳаракат қилганда тез чарчаш, юракни тез уриши, тер ива шиллиқ қаватларининг кўкариб кетиши, нафас етишмаслиги шикоят билан ётқизилди.

Беморга объектив ва субъектив маълумотлар асосида Фалло тетрадаси 2-функционал синф ташхиси қўйилди.

Беморга қайси информатив усулини (5 тадан) ва паллиатив операция усулларини (3 та) қўллашингизни айтинг ва шарҳлаб беринг

Ҳар бир текшириш усули – 1 балл

Жами балл - 8 балл

17-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик

Сизга берилган рентгенограммани батафсил кўриб чиқинг ва қуйидаги саволларга жавоб ёзинг:

1. Рентгенограмма номини айтинг
2. Рентгенограмма қайси усулда бажарилган?
3. Рентгенограммада қандай ўзгаришлар аниқланди?
4. Рентгенограмма маълумотларига асосланиб дастлабки ташхисни қўйинг!

Ҳар бир текшириш усули – 1 балл

Жами балл - 8 балл

18-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик

Сизга берилган рентгенограммани батафсил кўриб чиқинг ва қуйидаги саволларга жавоб ёзинг:

1. Рентгенограмма номини айтинг
2. Рентгенограмма қайси усулда бажарилган?
3. Рентгенограммада қандай ўзгаришлар аниқланди?
4. Рентгенограмма маълумотларига асосланиб дастлабки ташхисни қўйинг!

Ҳар бир текшириш усули – 2 балл

Жами балл - 8 балл

19-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА:

Қабулхона бўлимига 64 ёшли бемор 300 метрдан кўп юрганда иккала оёғига ва бел – думғаза соҳасида оғриқ пайдо бўлишига, оёқларининг совуқ қотишига ва юра олмай тўхтаб қолишига шикоят қилиб келди. Бемор ўзини 2 йилдан бери касал деб ҳисоблайди. Оғриқлар тинч турганда йўқолади.

Беморни оёқларини батафсил кўринг ва қон томирлар ҳолатини аниқланг

Беморга қандай синамалар ва инструментал текшириш усулларини қўллаш мумкин (7 та усул)

Ҳар бир текшириш усули – 2 балл

Жами балл - 14 балл

20-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик

Юракнинг ортирилган нуқсонларини келиб чиқиш асосий сабабларини (10) ва квордиохирурглар ассоциациясининг юрак етишмовчилигини функционал синфларини (4 та) айтинг ва шархлаб беринг

Ҳар бир текшириш усули – 2 балл

Жами балл - 14 балл

21-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик.

Талабанинг назарий билимини баҳолаш учун топширик (ёзма жавоб).

Қизилўнгач касалликларини ташхислашнинг 10 та асосий пунктини ёзинг ва шархлаб беринг.

Ҳар бир тўғри жавоб учун – 1 балл

Жами – 10 балл

22-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик.

ҚИЗИЛЎНГАЧНИНГ КИМЁВИЙ МОДДАЛАР БИЛАН КУЙИШИ

Қуйидаги саволларга жавоб беринг: (ёзма жавоб).

1. Қизил ўнгачнинг кимёвий моддалар билан куйишида юзага келадиган патологоанатомик ўзгаришар босқичларини сананг (4 та босқич)
2. Қизил ўнгачнинг кимёвий моддалар билан куйишида касалликнинг намоён бўлиш босқичларини сананг (4 та босқич)
3. Қизил ўнгачнинг кимёвий моддалар билан куйишида касалликнинг кечиш даражаларини сананг (4 та босқич)

Ҳар бир тўғри жавоб учун - 1 балл

7

Жами - 11 балл

23-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик.

Талабанинг назарий билимини баҳолаш учун топширик , ёзма жавоб

Вазиятий масала: Сизнинг қабулингизга 21 ёшли келтиришди. Аёл ўз жонига қасд қилиб сирка кислотасини ичган.

Ташхис: Қизилўнгачнинг кимёвий куйиши оғир даражаси.

Қизилўнгач куйишида биринчи ёрдам кўрсатиш принципларини ифодаланг:

1. Қизилўнгач ва ошқозонни ювиш/ камида 2 хил кимёвий модда/
2. Карахтлиқ шокни олдини олиш/ камида 3 та препарат/
3. Қон айланиш ҳажмини тиклаш/ камида 5 та препарат/
4. Метаболик ацидозга қарши
5. Қон емолизига қарши
6. Сийдик ҳайдаш учун
7. Ҳикилдоқ шишини олдини олиш учун/ 2 та препарат
8. Қизилўнгачнинг чандикли торайишини олдини олиш
9. Спазмолитиклар/ камда 2 та препарат

Ҳар бир тўғри жавоб учун - 1 балл

Жами - 9 балл

24-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик

Талабанинг назарий билимини баҳолаш учун топширик , ёзма жавоб

Қизилўнгач дивертикулининг ўзига хос клиник белгиларини санаб беринг

1. Фаринго – эзофагиал дивертикулларга хос / камида 4 та белги

2. Бифуркация соҳасидаги дивертикулларга хос / камида 4 та белги
3. Эпифрениал дивертикулларга / камида 5 та белги
Ҳар бир тўғри жавоб учун - 1 балл
Жами балл - 13 балл

25-СТАНЦИЯ

Талаба учун топшириқ.

Талабанинг назарий билимини баҳолаш учун топшириқ , ёзма жавоб

Портал гипертензия формаларини изоҳли сананг

1. Портал қон айланишининг жигар усти тўсиғи / 3 та пункт
 2. Жигар усти тусиги / 3 та пункт
 3. Жигар усти тусиги / 3 та пункт
 4. Аралаш формалари / 2 та пункт
- Ҳар бир тўғри жавоб учун - 1 балл
Жами балл - 11 балл

26-СТАНЦИЯ

Талаба учун топшириқ.

Талабанинг амалий билимини баҳолаш учун топшириқ / оғзаки жавоб/

Қизилўнгачдан профуз қон кетганида Блекмор зондини қўйиш техникаси тартибини айтиб беринг /11 та пункт/
Ҳар бир тўғри жавоб учун - 1 балл
Жами балл - 11 балл

27-СТАНЦИЯ

Талаба учун топшириқ.

Талабанинг амалий билимини баҳолаш учун топшириқ /жавоб оғзаки/:

Комуникант веналар ҳолати тўғрисида тушунча берувчи
Прат – 2 синамасини амалда кўрсатиб беринг / 8 та пункт/

Ҳар бир тўғри жавоб учун - 1 балл
Жами балл - 8 балл

28-СТАНЦИЯ

Талаба учун топшириқ.

Талабанинг амалий билимини баҳолаш учун топшириқ /жавоб оғзаки/:

Асцитда лапароцентез техникасини айтиб Беринг / 13 та пункт/
Ҳар бир тўғри жавоб учун - 1 балл
Жами балл - 13 балл

29-СТАНЦИЯ

Талаба учун топшириқ.

Талабанинг амалий билимини баҳолаш учун вазиятли масала / ёзма жавоб/

Бемор Саидова С., 33 ёшда

Қуйидагиларга шикоят қилиб келди: овқат еганидан сўнг овқатнинг тикилиб қолиши, овқат ўтмалиги, суюқ овқатнинг яхши ўтиши, ханжарсимон тўсиқ орасида оғриқ. Бу ҳҳолат тўсатдан, кайфият ёмон бўлганида, қаттиқ овқат еганида, тез-тез ўоўиб, чайнамай еганида кузатилади.

Анамнезидан: бемор 2 ой олдин қаттиқ кўрққан.

1. Клиник ташхисни аниқлаш учун қандай махсус текшириш усуллари ўтказиш лозим/ камида 7 та усул
 2. Консерватив даво усулларини ёзинг/ камида 7 та усул
- Ҳар бир тўғри жавоб учун - 1 балл
Жами балл - 10 балл

30-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик

Талабанинг назарий билимини баҳолаш учун топширик/ ёзма жавоб/

Портал гипертензияни ихтисослашган стационар босқичида/ 2-босқич/ текшириш усуллари

санаб, шарқлаб беринг/12 та пункт

Ҳар бир тўғри жавоб учун - 1 балл

Жами балл - 12 балл

31-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик.

Талабанинг назарий билимини баҳолаш учун топширик/ ёзма жавоб/

Талабанинг бемор анализлари ва лаборатор текширув маълумотларига асосланиб тўғри йўл танлаш билимини баҳолаш.

ВАЗИЯТИЙ МАСАЛА: Бемор И.,43 ёшда клиникага қуйидаги ташхис билан келтирилди.

ТАШХИС: Жигар циррози. Портал гипертензия. Спленомегалия. Асцит.

Саволларга жавоб беринг:

1. Қон ва сийдик клиник таҳлилларидан сизқандай маълумотлар оласиз. / 4 та пункт/

2. Қоннинг биохимик таҳлилларида қандай ўзгаришлар кузатилади. / камида 4 та пункт/

3. Қон ивиш системасиқандай ўзгаради?

Ҳар бир тўғри жавоб учун - 1 балл

Жами балл - 9 балл

32-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик.

ВАЗИЯТИЙ МАСАЛА: 55 ёшли А, исмли бемор, аёл. Чап оёғида оғриқ, шиш, юза веналари кенгайиши, тупик усти соҳасидаги трофик ярада шикоят қилиб келди. Касалликнинг бошланишида 20 йил бўлган. Туққанидан сўнг оёқ чуқур веналарининг тромбозини бошидан кчирган. Оёқдаги яралар 6 йилдан бери бор.

Ҳар бир тўғри жавоб учун - 1 балл

Жами балл - 11 балл

33-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик.

ВАЗИЯТИЙ МАСАЛА: Бемор Каримова Г., қорин ҳажмининг катталашганлиги, оғриқ ҳисси, ўнг қовурға остида оғриқ, қорнида дам, иштаҳанинг йўқлиги, қўнғил айниши, умумий ҳолсизлик, бош оғриғига, сийишнинг камайганлигига шикоят қилиб келган.

АНАМНЕЗИДАН: Бемор бундан 8 йил илгари Гинекология бўлимига бачадон ампутациясидан сўнг гепатит В билан оғриганлиги ва инфекцион диспансерда даволаниб чиққанлиги, кейинчалик юқоридаги шикоятлари билан кейинчалик Гастроэнтерология бўлимида даволанганлигини айтади. Бемор қишлоқ ҳақимлик маркази ҳақими маслаҳатига кўра УЗИ кўригидан ўтган.

УЗИ ташхиси: Жигар пиррози, портал гипертензия, спленомегалия, сурункали холецистит, асцит эканлиги кўрсатади.

Беморга жигар пиррози, портал гипертензия декомпенсация босқичи, Спленомегалия, асцит ташхиси қўйилган.

САВОЛ: Портал гипертензияни хирургик даволаш принципларини сананг

(5 та принцип, М.Д.Пациора бўйича)

Ҳар бир тўғри жавоб учун - 2 балл

Жами балл - 10 балл

34-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик.

ВАЗИЯТИЙ МАСАЛА: Бемор 19 ёшда, чап болдир веналари кенгайган, ташқи тупик соҳасида трофик яра борлиги шикоят билан келган. Клиникага ётқизилган.

АНАМНЕЗИДА: Бемор болалигидан бери касал, 6 ёшида болдир ташқи юзасида яра очилган. ташқи тупик соҳасида ҳам яра пайдо бўлган. Веналари варикоз кенгайганлигига 13 йил бўлган. Ўнг томонидаги оёғига нисбатан чап оёғига 2 размерга катта оёқ кийими кияди. Беморга Парке – Бебер – Рубашев касаллиги ташхиси қўйилган.

САВОЛ: махсус текшириш усуллари сананг. (5 та усул)

Ҳар бир тўғри жавоб учун - 2 балл

Жами балл - 10 балл

35-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик.

Талабанинг назарий билимини баҳолаш учун вазиятий масала /ёзма жавоб/

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА: 49 ёшли беморни 3 йил давомида туш орқасида оғриқ, регургитация безовта қилади. Касалхонада бир неча маротаба консерватив даволаган, ўзгариш сезмаган. Кейинги пайтларда оғриқ кучайган, дисфагия безовта қилади.

САВОЛ: 1. Сизнинг ташхисингиз?

2. Қандай касалликлар билан қиёслаш лозим? (8 та касаллик)

Ҳар бир тўғри жавоб учун - 1 балл

Жами балл - 10 балл

36-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик.

Талабанинг назарий билимини баҳолаш учун вазиятий масала /ёзма жавоб/

ВАЗИЯТИЙ МАСАЛА: Бемор 42 ёшда. Клиникага эпигастрал соҳада шишли ҳосила ва оғирликсезишдан шикоят қилиб келди. Қоннинг умумий таҳлили-нормада, срологик реакциялардан латекс аглотинация реаксияси мусбат, целиакографияда жигарнинг чап бўлагида 10х12 смли аваскуляр, аниқ контурли бўшлиқ аниқланди.

ТАШХИС: Жигар эхиноккози

САВОЛ: 1. Яна қандай серологик реакциялар ўтказиш мумкин?

(камида 3 та жавоб)

2. Қанақа замонавий инструментал текширув усулларида фойдаланиш мумкин? (камида 2 та жавоб)

3. Жигар эхиноккоэктомияси усуллари сананг (4 та)

Ҳар бир тўғри жавоб учун - 1 балл

Жами балл - 9 балл

37-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик.

Талабанинг назарий билимини баҳолаш учун топширик /оғзаки жавоб/

САВОЛ: Чуқур веналар ўтказувчанлигини аниқлаш учун ўтказиладиган

Прат – 1 синамасини кўрсатиб беринг (5 та пункт).

Ҳар бир тўғри жавоб учун - 2 балл

Жами балл - 10 балл

38-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик

АМАЛИЙ КЎНИКМА: Коммуникант веналар ўтказувчанлиги бузилганлигини аниқловчи Шейниснинг 3 жгутли синамасини кўрсатиб беринг (6 та пункт).

Ҳар бир тўғри жавоб учун - 2 балл

Жами балл - 12 балл

39-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик.

АМАЛИЙ КЎНИКМА: Юза веналар етишмовчилигини аниқловчи
Троянов – Тренделенбург синамасини кўрстиб беринг.
(5 та пункт)

Ҳар бир тўғри жавоб учун - 2 балл
Жами балл - 10 балл

40-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик.

АМАЛИЙ КЎНИКМА: Меъда қизилўнгач рефлюксини аниқлаш
техникасини гапириб беринг (4 та пункт)

Ҳар бир тўғри жавоб учун - 2 балл
Жами балл - 8 балл

41-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик.

АМАЛИЙ КЎНИКМА: Ўпканинг сурункали абсцесси.

Бронхоэктаз касаллиги. (Ёзма жавоб беринг)

- САВОЛ:** 1. Ўткир ўпка абсцессининг сурункалига ўтиши учун қандай шароитлар бўлиши керак? (5 та пункт)
2. Сурункали ўпка абсцесиди қанақа физикал аломатлар бўлади? (2 та пункт).
3. Сурункали ўпка абсцессининг асоратларини санаб ўтинг. (4 та пункт).

Ҳар бир тўғри жавоб учун - 1 балл
Жами балл - 11 балл

42-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик

АМАЛИЙ КЎНИКМА: Ўткир плевра эмпиемаи ва сурункали эмпиемаси.
(ёзма жавоб беринг)

- САВОЛ:** 1. Ўткир плевра эмпиемаси классификациясini айтиб беринг
(15 та пункт)
2. Анаэроб плевра эмпиеманинг қайси формалари тафоут этилади?
(3 та пункт)
3. Сурункали плевра эмпиеманинг клиник морфологик аломатлари қараб боқичларини санаб беринг (3 та пункт)
4. Сурункали плевра эмпиемада қилинадиган операцияларни санаб беринг (3 та пункт).

Ҳар бир тўғри жавоб учун - 1 балл
Жами балл - 7 балл

43-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик

МАВЗУ: ДИАФРАГМА ЧУРРАЛАРИ. (Ёзма жавоб).

- САВОЛ:** 1. Диафрагма чурраларининг асосий белгиларини санаб беринг (2 та белги).
2. Диафрагма чурраларнинг асосий асоратларини санаб беринг (4 та асорат)
3. Диафрагмал чурраларда қўлланиладиган оператив усулларни кўратинг (5 та усул)
4. Қизилўнгач тешигининг сирпанувчи чурраларига қайсилар киради? (3 та пункт)
5. Қизилўнгач тешигининг параззофагал чуррасига қайсилар киради? (5 та пункт).

Ҳар бир тўғри жавоб учун - 1 балл
Жами балл - 19 балл

44-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик.

МАВЗУ: **ЎПКАНИНГ ХАВФСИЗ ЎСМАЛАРИ.** (Ёзма жавоб беринг)

САВОЛ: 1. Ўпканинг барча хавфсиз ўсмалари қайси турга бўлинади?

(2 та тур)

2. Ўпканинг барча хавфсиз ўсмалари гистологик тузилишига қараб қайси гуруҳга бўлинади? (5 та гуруҳ).
3. Ўпканинг хавфсиз ўсмаларини Жексон бўйича оғирлик даражаларини кўрсатиб беринг. (3 та).
4. Марказда жойлашган ўсмаларнинг клиник кечишини босқичларга бўлинг. (4 та)

Ҳар бир тўғри жавоб учун - 1 балл

Жами балл: - 13 балл

45-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик

МАВЗУ: **Ошқозонни операциядан кейинги касалликлари.**

(ёзма жавоб беринг).

САВОЛ: 1. Постваготомик ич кетишининг оғирлик даражасини ифодаланг. (3 та).

2. Золлингер-Эллисон синдромининг асосий белгиларини айтинг (3 та).

3. Олиб келувчи қовузлоқ синдромини сабабларини ифодаланг (7 та)

Ҳар бир тўғри жавоб учун - 1 балл

Жами балл – 13 балл

46-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик.

Амалий кўникма:

МАВЗУ: **КЎКС ОРАЛИҒИДАГИ НЕВРОГЕН ЎСМАЛАРДА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН МИНОР СИНАМАСИНИНГ БАЖАРИЛИШИ (Ёзма жавоб)**

САВОЛ: Кўкс оралиғидаги невроген ўсмаларда қўлланладиган Минор синамасини бажаринг (5 та пункт)

Ҳар бир тўғри жавоб учун – 1 балл

Жами балл – 5 балл

47-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик

АМАЛИЙ КЎНИКМА.

САВОЛ: Микротрахеостомия техникасини айтиб беринг (8 та).

Ҳар бир тўғри жавоб учун - 1 балл

Жами балл- 8 балл

48-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик

АМАЛИЙ КЎНИКМА.

САВОЛ: Плевра бўшлиғи дренажлаш техникасини кўрсатинг. (7 та ёзма жавоб)

Ҳар бир тўғри жавоб учун - 1 балл

Жами балл - 7 балл

49-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик.

АМАЛИЙ КЎНИКМА.

САВОЛ: Плевра бўшлиғини функция қилиш техникасини кўрсатинг. (Ёзма жавоб).

Ҳар бир тўғри жавоб учун - 1 балл

Жами балл - 6 балл

50-СТАНЦИЯ
Талаба учун топширик
АМАЛИЙ КЎНИКМА

САВОЛ: (Оғзаки жавоб беринг)

Бемор Ф., 33 ёшда. Касалхонага қуйидаги шикоятлар билан мурожаат қилди: чап кўкрак қафасида оғриқ борлигига, кучли йўтал пайтида оғзи тўла шўр келганлигига.

Рентгенография: девори юпқа гомоген, ичи ярим ойсимон силлиқ томонли сояаникланади.

САВОЛ: беморни текшириб, ташхис қўйиб, даволаш тактикасинни таклиф этинг

Ҳар бир тўғри жавоб учун - 1 балл

Жами балл - 9 балл

51-СТАНЦИЯ
Талаба учун топширик

ВАЗИЯТИЙ МАСАЛА:

Бемор А., 40 ёшда.

Шикояти: бир неча йил илгари зотилжам касаллиги билан оғриган. У вақт-вақти билан йўталиб, иситмаси кўтарилган. Бир оз даволанганидан кейин буларни ҳаммаси ўтиб кетган. Касалхонага иситмаси 39⁰ С га кўтарилиб, нафас қисиши, қуруқ йўтал билан тушган. Касалхонада тушганидан кейин бир кундан сўнг беморг жуда кўп 200 мл гача йирингли балғам чиқди ва уг қаватга бўлинди. Беморнинг иситмаси пасайиб, аҳволи яхшиланди. Бу ҳолат йўтал блан баҳам чиққанидан кейин бўлди.

САВОЛ: 1. Беморга қандай текшириш усулини белгилайсиз? (3 та).

2. Қон таҳлилида қандай ўзгариш кузатилади?

3. Балғам қайси қаватларга бўлинади?

4. Сизнинг ташхисингиз?

Ҳар бир тўғри жавоб учун - 2 балл

Жами балл - 8 балл

52-СТАНЦИЯ
Талаба учун топширик

ВАЗИЯТИЙ МАСАЛА:

Бемор С., 43 ёшда.

Савол: Бильрот-II Гормейстер – Финстерер модификация бўйича ошқозон 2/3 қисми резекцияси операциясидан сўнг қайтадан 1 ойдан сўнг клиникага мурожаат қилган. Беморни овқат егандан сўнг хушидан кетши, тананинг юқори қисмида иссиқлик ҳисси. Бу уйқучанлик ва дармнсизлик билан алмашилиб туради.

Пальпацияда: корни юмшоқ, оғриқсиз, чандиқ соҳасида патолоогик ўзгаришлар йўқ.

САВОЛ: 1. Беморга қандай текшириш усуллариини ўтказиш мумкин? (3 та)

1. Сизнинг ташхисингиз?

2. Даволаш тактикангиз қанақа?

Ҳар бир тўғри жавоб учун - 1 балл

Жами балл - 5 балл

53-СТАНЦИЯ
Талаба учун топширик
ВАЗИЯТИЙ МАСАЛА:

Бемор К. 45 ёшда.

Шикояти: овқат егандан сўнг туш ости соҳасида оғриқ, кўп овқат егандан сўнг нафас қисиши, юрак тез уриши, қусиш, регургитация, захра қайнайди.

Анамнезидан: бир неча йилдан буён гиперацид гастрит ташхис билан даволанган.

Объектив текширилганда: кўкрак қафаси чап томони нафас олишдан орқага қолиши.

Горизонтал ётганда эпигастрал сохада ботиклик.

Аускультацияда: кўкрак қафасининг чап томонида перистальтика эшитилади. Перкуссияда – тимпанат

САВОЛ: 1. қандай текшириш усуллари ўтказиш керак? (3 та)

2. Беморга ташхис қўйинг.

3. Даволаш режасини аниқланг.

Ҳар бир тўғри жавоб учун - 1 балл

Жами балл - 5 балл

54- СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик

ВАЗИЯТИЙ МАСАЛА:

Бемор Б., 35 ёшда.

Шикоят: туш ости сохасида, кўкрак қафасида, қовурға остида оғрик, оғирлик сезгиси кўп овқат егандан кейин, горизонтал ҳолатда ётганда нафас қисишини кучайишига.

Анамнезидан: юқоридаги шикоятлар билан сурункали эзофагит касаллиги билан Гастроэнтерология бўлимига ётиб даволанган. Эффе́кти кам бўлган.

Аускультацияда: кўкрак қафасида перистальтика ва чайқалиш товуши эшитилади.

САВОЛ: 1. Беморга ташхис қўйинг.

2. Қандай текшириш усулларни қўллаш керак?

3. Даволаш тактикасини аниқланг.

Ҳар бир тўғри жавоб учун - 1 балл

Жами балл - 5 балл

55-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик

АМАЛИЙ КЎНИКМА

Плевра дренажлар турларини айтинг (4 та).

Ҳар бир тўғри жавоб учун - 2 балл

Жами балл - 8 балл

56-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик

АМАЛИЙ КЎНИКМА: Сизга берилган рентгенограммани батафсил ўқиб чиқинг ва қуйидаги саволларга жавоб ёзинг.

САВОЛ: 1. рентгенограммани номини айтинг

2. Рентгенограмма қайси усулда қилинган?

3. Рентгенограммад қандай ўзгаришларни аниқладингиз?

4. Рентгенограмма маълумотларига асосланиб дастлабки ташхис қўйинг

Ҳар бир тўғри жавоб учун - 2 балл

Жами балл - 8 балл

57-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик

САВОЛ: Сизга берилган рентгенограммани батафсил кўриб чиқинг ва қуйидаги саволларга жавоб беринг (ёзма жавоб):

1. Рентгенограммани номини айтинг

2. Рентгенограмма қайси усулда қилинган?

3. Рентгенограммад қайндай ўзгаришлар аниқланади?

4. Рентгенограммадаги маълумотларга асосланиб дастлабки ташхисни қўйинг.

Ҳар бир тўғри жавоб учун - 2 балл

Жами балл - 8 балл

58-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик

АМАЛИЙ КЎНИКМА: Сизга берилган рентгенограммани батафсил кўриб чиқинг ва қуйидаги саволларга жавоб беринг.

САВОЛ: 1. Рентгенограммани номини айтинг
2. Рентгенограмма қайси усулда қилинган
3. Рентгенограммада қандай ўзгаришлар аниқладингиз?
4. Рентгенограммадаги маълумотларига асосланиб дастлабки ташхисни қўйинг.

Ҳар бир тўғри жавоб учун - 2 балл

Жами балл - 8 балл

59-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик

АМАЛИЙ КЎНИКМА: Бронхоэктаз касаллигининг рентгенологик, бронхоскопик ва бронхографик белгиларини айтинг.

Ҳар бир тўғри жавоб учун - 2 балл

Жами балл - 7 балл

60-СТАНЦИЯ

Талаба учун топширик

АМАЛИЙ КЎНИКМА: Плевранинг сурункали эмпиемаси клиник босқичларини ва белгиларини ёзинг.

Ҳар бир тўғри жавоб учун - 2 балл

Жами балл - 7 балл

11. ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ ФАНИДАН

ТЕСТ САВОЛЛАРИ (ОБ, ЯБ)

1—машғул

КИРИШ ДАРСИ. ҚИЗИЛУНГАЧ ҲАҚИДА АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИК МАЪЛУМОТЛАР

1.Кизилунгачнинг пастки 1\3 қисмида веноз қон оқими қандай йуналган бўлади : Нотугри жавобни курсатинг

Қорин аортасига қуйилади
Дарвоза венаси системасида қуйилади
Пастки қовак венаси системасида қуйилади
Юқори қовак венаси системасида қуйилади

2.Кизилунгачнинг махсус текшириш усуллари/Нотугри жавобни курсатинг

Торакоскопия
Рентгенконтраст
Фиброэзофагоскопия
Эзофаготономография

3.Кизилунгач касаллигининг умумий белгилари / Нотугри жавобни курсатинг

Қабзият
Туш орқасида оғрик
Патологик сулак ажралиши
Қизилунгачдан қусиш

4.Кизилунгачдан қон кетиш сабаблари /Нотугри жавобни курсатинг/

Қизилунгачнинг қандикли торайиши
Портал гипертензия
Қизилунгач раки
Параэзофагеаль қурранинг қисилиши

5. Қизилунгачнинг ўртача узунлиги неча см?

25см
20-26см
26-32см
29-35см

7 . Қизилунгачда неча физиологик торайма бор

Фарингоэзофагал,Бифуркацион, эпифренал
Фарингоэзофагиал, эпибронхиал,
Эпифренал, эпибронхиал, кизилунгач
Фарингоэзофагал, кардиал, эпибронхиал

8. Қизилунгачнинг нормада диаметри қанча:

2,7-3 см
4см
4-5 см
1-15 см

9. Қизилунгач функциясига қирмайди

Регургитация
Ютиш
Қекириш
Қусиш

10. Қизилунгач касалликларига ҳос бўлмаган белги

Меллори-Вейс синдроми
Дисфагия, оғрик, қосим сезгиси

Кон кетиш, кушиш, кекириш
Ориклаб кетиш, регургитация

11. Кизилунгачдан ютилган овқат нормада канча вақт ичида ўтади?

6-15 сек
25-30 сек
35-40 сек
40-60 сек

12. Кизилунгач тотал пластикаси бажарилади, нотугри жавобни курсатинг

Ретрокостал
Антеторакал
Ретростернал
Трансплеврал

13. Ошқозон катта эгрилиги ердамида эзофагопластикаси бу:

Жисно-Гальперн-Гаврилицу операцияси
Джаду-Тонаки операцияси
Финистереру операцияси
Бильрот операцияси

14. Кизилунгачнинг сфинктери бор жойида қайси мускул яхши ривожланган

Кўндаланг мускул
Бўйлама мускул
Кўндаланг ва буйлама мускул
Қизилунгач мускуллари ҳамма жойида бир хил

15. Кизилунгач шиллик каватини қайси нерв иннервациялайди

Мейснер чигали
Ауэрбах чигали
Куе ш чигали
Адашган нерв

16. Кизилунгач склетотопияси

C₆ – T₁₁
C₁ – T₂
C₃ – T₅
C₄ – T₁₂

17. Кизилунгачнинг кукрак қисмини қайси қон томирлар қон билан таъминлайди

Ҳамма жавоб тугри
Қизилунгач хусусий артериялари
Бронхиал толалар
Қовургалараро артериялар

18. Кизилунгачнинг абдоминал қисми қон билан таъминланиши

Чап меъда ва пастки диафрагмал артериялар
Бронхиал ва қовургалараро артериялар
Кизилунгачнинг хусусий артериялари
Қалконсимон без артериялари

19. Кизилунгачнинг бўйин қисмини қайси қон томирлар қон билан таъминлайди

Қалконсимон без артериялари
Бронхиал ва қовургалараро артериялар
Кизилунгачнинг хусусий артериялари
Қовургалараро артериялар

20. Кизилунгач мускул каватини қайси нерв иннервациялайди

Ауэрбах чигали
Мейснер чигали
Қуёш чигали
Тўғри жавоб йук

21. Кизилунгачнинг бўйин қисми қон билан таъминланади

Пастки қалконсимон артерия, халқум артерияси

Юкори калконсимон артерия

Бронхиал артерия

3-4 ковургалараро артерия тармогидан

22. Кизилунгач кукрак кисми кон билан таъминланади (нотугри жавобни курсатинг)

Ички кукрак артерияси

Аортадан чикувчи кизилунгач артерияси

1-2 ковургалараро артериялар

3-4 ковургалараро артерия

23. Кекириш куйидаги сабаблар туфайли келиб чикади

Меъда мускуллари кискариши ва кардиал сфинктер тонуси пасайиши

Кизилунгач мускуллари кискариши, кардиал сфинктер тонуси ошиши

Меъда мускуллари кискариши ва кардиал сфинктер тонуси ошиши

Меъда мускулларининг бушиши ва сфинктернинг тонуси ошиши

24.Кизилунгачнинг аёлларда уртача узунлиги?

20-26 см

23-25 см

23-35 см

30-32 см

25.Кизилунгачнинг эркакларда уртача узунлиги?

23-30 см

25-35 см

28-30 см

35-40 см

26.Кизилунгачдан ичилган сув канча вақт ичида утади?

2-3 сек

20-30 сек

35-40 сек

40-45 сек

27.Кизилунгачнинг шиллик ва мускул каватида қайси чигаллар мавжуд?

Мейснер ва Ауэрбах чигали

Куеш чигали , юлдузсимон чигал

Мейснер чигали

Юлдузсимон чигал

28.Кизилунгач иннервациясида қайси нерв катнашмайди?

Куёш чигали

Адашган нерв тармоклари

Кайтувчи нерв тармоклари

Упка чигали тармоклари

29.Кизилунгач нечта қисмдан иборат?

Буйин, кукрак, корин қисмлари

Кукрак, корин, бел қисми

Калла, буйин. Кукрак қисми

Халкум, буйин, кукрак қисми

30.Кизилунгачнинг корин қисми корин пардага нисбатан:

Интраперитониал

Экстраперитониал

Мезоперитониал

Барча жавоблар тугри

31.Кизилунгач касалликларининг умумий симптомларига қирмайди?

Дуодено-гастрал рефлюкс

Дисфагия

Регургитация

Хикичок

32.Кизилунгач касалликлари симптомлари. Нотугри жавобни топинг.

Дуоденостаз, гастростаз
Регургитация, сулак оқиши
Босим сезгиси, дисфагия
Кон кетиши, хикичок, кекириш

33.Кизилунгачнинг эндоскопик текшириш усули?

Эзофагоскопия
Гастроскопия
Рентгеноскопия
Фармакодиагностика

34.Кизилунгач касалликларини текширишда фармакодиагностика усулининг ахамияти?

Холиномиметик ва холинолитик препаратлар ёрдамида функционал ва органик касалликларни аниклаш.

Меъда-кизилунгач рефлюксини аниклаш.
Кизилунгачдан кон кетишини тухтатиш
Кизилунгачдан кон кетиш сабабини аниклаш.

35.Кизилунгач касалликларини махсус текшириш усулларига кирмайди?

Дуплексли сканнирлаш
Эзофагоманометрия
Радиоизотоп сканнирлаш
Фармакодиагностика усули

36.Кизилунгач касалликларида биринчи пайдо буладиган белгилар.?

Овкат ютганда оғрик, дисфагия
Регургитация, кон кетиш
Гиперсаливация, қусиш
Кекириш, кахексия

37.Кизилунгач усмаларини ташхислашда қулланилади. Нотугри жавобни топинг.

Полипозицион кукрак рентгеноскопияси
Эзофагоскопия
Биопсия

Компьютер томография

38.Госпитал хирургия фани вазифаси?

Бу фан амалиётда кам учрайдиган, диагностикаси қийин бўлган хирургик касалликларни ургатади.
Амалиётда тез-тез учрайдиган уткир хирургик касалликларни ургатади
Хирургияда умумий қоида ва таълимотларни ургатади
Барчаси тугри

39.Госпитал хирургия фанининг ривожланишида ўз ҳиссасани қўшган ўзбек олимлари?

барчаси тугри
Академик Орипов У.А.
Академик Воҳидов В.В.
Академик Каримов Ш.И.

40.Ўзбекистонда биринчи бўлиб буйракни қучириб ўтказган олим?

Академик Орипов У.А.
Академик Воҳидов В.В.
Профессор Маъсумов С.А.
Академик Кузин М.И.

41.Ўзбекистонда биринчи бўлиб юракда операция қилган олим?

Академик Воҳидов В.В.
Академик Каримов Ш.И.
Профессор Ашрапова М.А.
Академик Орипов У.А.

42.Ўзбекистонда перитонитнинг замонавий даволаш усуллариини ишлаб чиққан олим?

Академик Каримов Ш.И. Профессор Омиров Р.И.
Профессор Асроров А.А. Профессор Назиров Ф.Г.

43.Узбекистонда портал гипертензияни даволашда Р.Э.Х. усулини биринчи қўллаган олим?

Академик Каримов Ш.И.

Академик Вохидов В.В.

Академик Вишневский А.А.

Академик Покровский В.А.

44.Хирургик операциялардан кейин қўзатиладиган асоратларни сабабини урганадиган ва реконструктив даволаш усуллари ургатадиган фан бۇ:

Госпитал хирургия фани

Факультет хирургия фани

Умумий хирургия

Абдоминал хирургия

45.Хирургия бўлимида 1 беморга неча м² майдон бўлиши керак?

6,5-7,5 м²

7,5-8,5 м²

5,5-6,0 м²

7-9 м²

46.Умумий хирургия бўлимида хоналарда неча урин бўлиши керак?

2-4та урин

1-2та урин

3-5та урин

4-6та урин

47.Умумий хирургия бўлимида изолятор неча уринли бўлиши керак?

1-2 ўринли

2-4 ўринли

3-5 ўринли

тўғри жавоб йук

48.Хирургия бўлимида операцион блок неча зонадан иборат?

3та зона

4та зона

2та зона

5та зона

49.Йирик даволаш бўлими муассасаларида операцион блок неча системага бўлинади?

Марказлашган ва марказлашмаган системага

Факат марказлашган

Факат марказлашмаган

Тугри жавоб йук

50.Операциядан кейинги давр неча фазага бўлинади?

Дастлабки фаза, кечки фаза, узок фаза

Эртанги ва кечки фаза

Операциядан кейинги фаза

Барча жавоблар тугри

51.Интубацион наркоз остида операция қилинган беморлар қаерда ётади?

Реанимация бўлимида

Операциядан кейинги палатада

Изоляторда

Умумий палатада

52. Операциядан кейинги даврда меъда- ичак перисталтикасини тиклаш учун қилинмайди .нотугри жавобни қурсатинг.

Дюфалак бериш атропин инъекция қилиш.

Перисталтикани қучайтириш мақсадида прозерин ва бошқалар.

Гипертоник ҳукна қилиш

Назогастрал зонд қуйиш.

53.Артериал қон қетганда жгут қуйишдан мақсад...

Қон қетишни вақтинча тухтатиш

Кон кетишни батамом тухтатиш ва жарохатни тиклаш

Жарохатга асептик бойлам куйиш мақсадида

Жарохатга бирламчи ишлов бериш мақсадида

54.Операциядан кейинги даврда эртанги асоратларга қирмайди. Нотугри жавобни топинг.

Лигатур окма

Кон кетиш, шок

Юрак- кон томир етишмовчилиги

Тромбоэмболия

55.Операция блокиннг 1-зонасига қиради...

Операция зали ,стрелизацион хона

Операция залидан олдинги хонаси, наркоз аппаратлари турадиган хона

Тоза ва стерилли боглов хонаси

Хамширалар хонаси

56.Операцион блокнинг 2-зонасига қиради

Операция залидан олдинги хона ва наркоз аппаратлари турадиган хона

Тоза вайирингли боглов хонаси

Стерилизация хонаси

Инструментлар хонаси

57.Операция хонасининг 3-зонасига қиради?

Материал ва инструментлар, хирурглар ва хамширалар хонаси

Стрелизацион хона

Боглов хонаси

Хаммаси тугри.

58.Умумий хирургия булимларида нечта боглов хонаси булиши керак?

2та тоза ва йирингли боглов хоналари

1та умумий боглов хонаси

3та тоза умумий, йирингли, боглов хоналари

Барча жавоблар тугри

59.Меда-ичак рефлюксни аниклашда кулланилади.

Дуоденал зонд, 2% метилен куки, 300 мл кайнатилган сув

Кизилунгач зонди, бриллиант куки

Кайнатилган сув, метилен куки

Тугри жавоб йук

60.Меъда- кизилунгач реффлекси аникланса, бу...

Кардиал сфинктер етишмовчилиги борлигини билдиради

Кардиоспазм бор

Беморда кардиоахалазияси бор

Беморда чандикли торайиш бор

61.Кизилунгачдан қусиш- бу ...

Регургитация дейилади

Дисфагия дейилади

Кардиоспазм дейилади

Кардиоахалазияси

62.Кизилунгачдан қусиш сабаби?

Овкатни кенгайган ва тулган кизилгачдан унинг девори мушакларини қисқариши ёки Горизонтал ётганда узининг огирлик кучи таъсирида огизга қайтиб чиқиши натижасида

Корин мушакларининг қисқариши натижасида

Кунгил айнаши натижасида

Тугри жавоб йук

63.Кекиришнинг қандай турлари бор?

Физиологик ва патологик кекириш

Патологик кекириш

Физиологик кекириш

Тугри жавоб йук.

2- машгулот

ҚИЗИЛЎНГАЧ ДИВЕРТИКУЛИ. ҚИЗИЛЎНГАЧНИНГ КИМЁВИЙ МОДДАЛАР БИЛАН КУЙИШИ ВА ЧАНДИҚЛИ ТОРАЙИШИ

1.Кизилунгачнинг кимевий куйишининг энг куп учрайдиган сабаблари Нотугри жавобни курсатинг

Қайнок сув
Уксус кислотаси
Нашатир спирт
Каустик сода

2.Кизилунгач куйишида энг куп зарарланадиган аъзолар кайсилар Нотугри жавобни курсатинг

Тугри ичакда
Қизилунгачнинг физиологик торайган жойида
Халкум-кизилунгач тораймаси
Меъдада

3.Кизилунгач куйганда патологоанотомик узгаришлари/ Нотугри жавобни курсатинг/

Қизилунгач спазми
Тукима некрози
Қизилунгач девори тешилиши
Қизилунгач шиллик каватининг яраланиши

4.Кизилунгач куйишида уткир боскичида клиник курунишлар /Нотугри жавобни курсатинг/

Сепсис
Шок белгилари
Ҳароратнинг кутарилиши
Трахеобронхит

5.Кизилунгач куйишининг тузалиш боскичидаги клиник куруниш/Нотугри жавобни курсатинг/

Кардиоспазм
Қизилунгач тешилиб медиастенитнинг ривожланиши
Куйишдан кейинги эзофагит
Қизилунгач бронхиал окма хосил булиши

6.Кизилунгачдан профуз кон кетганда куллаш мумкин эмас

Қизилунгач варикоз кенгайган веналари эндоскопик диатермокоагуляция
Блекмор зонди
Питуитрин
Қизилунгачнинг варикоз кенгайган веналари эмболизациялаш

7.Кизилунгач куйишининг /бироз тузалиш/ боскичидаги клиник куруниши/Нотугри жавобни курсатинг/

Тери ости эмфиземаси
Қизилунгач тешилиб медиастенитнинг ривожланиши
Сепсис
Қизилунгач-бронхиал окма хосил булиши

8.Кизилунгач куйишидан кейин стриктура хосил булиш боскичида белгиларнинг намоен булиши

Вакти-вакти билан дисфагия булиши
Сепсис
Медиастенит
Ўпка абсцесси

9.Кизилунгач куйишида узок муддатдан кейин клиник белгиларнинг намоен булиши /2-3 йил/ Нотугри жавобни курсатинг

Қон томирлар ичи да гемолизнинг ривожланиши

Дисфагия

Қизилунгач раки

Қизилунгач дивертикули

10. Уксус кислотаси билан қуйганда биринчи ердан Нотугри жавобни курсатинг

Гастростома ва трахеостома қуйиш

Ошқозон ва қизилунгачнинг 2% истемол содаси билан ювиш

Наркотик аналгетикларни юбориш

Антигистамин препаратларини юбориш

11. Қизилунгач қуйишидан кейин эрта бўжлаш бошланади:

7-15 кунда

2-3 кунда

4-6 кунда

13-16 кунда

12. Қизилунгач қуйишидан кейин чандикли торайишнинг олдини олиш усуллари/Нотугри жавобни курсатинг /

Диурез стимуляцияси

Овкат ва микстура буюриш

Кортикостероидлар буюриш

Эрта бўжлаш

13. Қизилунгач қуйишидан кейин чандикли торайишнинг клиник белгилари/Нотугри жавобни курсатинг/

Қон кетиши

Дисфагия

Ўкириш

Туш оркасида оғрик бўлиши

14. Қизилунгачнинг чандикли торайиши асорати/Нотугри жавобни курсатинг

Диафрагма қизилунгач тешиги чурраси

Овкат лукмаси билан қизилунгачнинг тикилиб қолиши

Сурункали пневмония

Ракнинг ривожланиши

15. Қизилунгач чандикли торайишининг рентгенологик қуриниши /нотугри жавобни курсатинг /

Тўлишиш дефекти

Трубкасимон торайиш

Перисталтиканинг йуқолиши

Супростенотик кенгайиши

16. Қизилунгачнинг чандикли торайишида хирургик даволашнинг асосий усуллари /Нотугри жавобни қўрсатинг/

Геллер операцияси

Қизилунгачни йугон ичак сегменти билан пластика қилиш

Қизилунгачни ингичка ичак сегменти билан пластика қилиш

Қизилунгачни ошқозон ердамида пластика қилиш

17. Қизилунгачни бўжлашда қилиб чиқадиган асоратлар /Нотугри жавобни курсатинг/

Қизилунгач раки

Сурункали эзофагит

Қон кетиши

Қизилунгач тешилиши

18. Гастростома борлигида бўжлаш қандай утказилади

Ретроград бўжлаш

Штарк дилятатори

Эзофагоскоп ердамида

Оғиздан қур-қуруна бўжлаш

19. Қизилунгачнинг супростенотик кенгайишида бўжлаш утказилади:

Эзофагоскоп назорати остида

Оғиздан кур куруна бужлаш

Ретроград бужлаш

Тухтовсиз бужлаш

20. Кизилунгач деворининг чегараланган буртмаси бу :

Қизилунгач дивертикули

Меллори-Вейс синдроми

Такаясу синдроми

Баррет қизилўнгачи

21. Дивертикуллар жойланишига караб булинади /Нотугри жавобни курсатинг/

Кардиал

Ценкер

Бифуркацион

Эпифренал

22. Кизилунгач пулсион дивертикулининг хосил булиш сабалари

Кизилунгач ичидаги босимнинг ошиши

Атроф тукималарнинг яллигланиши

Баугин клапанининг етишмовчилиги

Пилорик жом етишмовчилиги

23. Кизилунгач тракцион дивертикули нима натижасида келиб чиқади

Қизилунгач атроф тукималарининг яллигланиш натижасида

Қизилунгач ичидаги босимнинг ошиши

Диафрагма чурраси сикилиши

Кардиал жом етишмовчилиги

24. Ценкер дивертикули каерда хосил булади

Халкум кизилунгачга туталиш жойида,гаккерман учбурчагида

Лестгаф учбурчаги кисмида

Қизилунгачнинг урта учлиги кисмида

Қизилунгачнинг пастки учлиги кисмида

25. Ценкер дивертикули нима асорат беради

Буйин флегмонаси, кон кетиш

Ўткир юрак етишмовчилиги

Кардиоспазм

Ичак тутилиши

26. Эпифренал дивертикул каерда жойлашади

Кизилунгачнинг пастки учлигида, диафрагма устида

Ошкозон кардиал кисмида

Халкум кисмида

Қизилунгачнинг урта учлигида

27. Ценкер дивертикулининг клиник белгилари/Нотугри жавобни курсатинг

Кўкрак кафасида огрик булиши

Оғиздан екимсиз хид келиши

Регургитация

Ютинишнинг кийинлашуви

28. Бифуркацион дивертикулнинг клиник белгилари /Нотугри жавобни курсатинг/

Буйин ен юзасининг буртиши

Қўпинча белгиларсиз кечади

Ҳиқичоқ

Кекириш

29. Эпифренал дивертикулда юзага келиши мумкин

Тушнинг пастки кисмида огрик булиши, дисфагия

Кўнгил айланиши

Кардиоспазм

Очликдаги огриклар

30. Кизилунгач дивертикуларининг инструментал текшириш усуллари

Қизилунгачнинг рентгенологик текшириш

Қизилунгачни зондлаш

Торакоскопия

Ирригография

31. Кизилунгач дивертикулида оператив даволашга курсатма/Нотугри жавобни курсатинг/

Дивертикуллар аникланган ҳамма холларда

Дивертикул асоратларида/перфорация,кон кетиш,стеноз,рак,окма яра/

Катта улчамли дивертикул

Дивертикулда овкатнинг тухтаб қолиши

32. Кизилунгач дивертикулида қайси операция тури купрок қулланилади

Дивертикулэктомия

Ингичка ичак билан қизилунгачни пластика қилиш

Электрокоагуляция

Пломбировка

33. Дивертикулларни консерватив даволаш йуналтирилган

Дивертикулда овкат лүкмасининг тухтаб қолишини олдини олиш

Қизилунгач стриктурасини олдинини олиш

Привратник стенозини олдини олиш

Дифрагма тешигида кизилунг стриктурасини олдинини олиш

34. Қизилунгач қуйишидан чандикли торайишда оператив даволаш усуллари (Нотугри жавобни курсатинг

Таннер операцияси

Ингичка ичак ердамида эзофагопластика

Йугон ичак ердамида эзофагопластика

Ошқозон ердамида эзофагопластика

35. Қизилунгач қуйганда "коагулацион" некрозини чакиради:

Кислоталар

Каустик сода

Калий перманганат

76%ли спирт

36. Кизилунгач деворини "коллеквацион"некрозини чакиради:

Ишкорлар

Калий перманганат

76%ли спирт

Кислоталар

37. Кизилунгач қуйганда эрта асоратлар, нотугри жавобни курсатинг

Кардия ахалазияси

Медиастенит

Перикардит

Эритроцитлар гемолизи

38. Кизилунгач чандикли торайишининг қайси даражасида кизилунгач диаметри 1-2,5 смгача тораяди

I

II

III

IV

39. Кизилунгач девори дивертикулэктомиясидан сунг қуйидагича пластика қилинади, нотугри жавобни курсатинг

Колесов буйича

Вишневский буйича

Петровский буйича

Депек

40. Дивертикулэктомиядан сунг кизилунгач девори Вишневский буйича пластикаси бажарилади:

Синтетик материал ердамида
Ўпка тукима ердамида
Диафрагма лахтаги ердамида
Париетал плевра ердамида

41. Кизилунгач деворини дивертикулэктомиядан сўнг Депек буйича пластикаси бажарилади:

Париетал плевра ердамида
Ўпка тукимаси ердамида
Синтетик материал ердамида
Диафрагма лахтаси ердамида

42. Кизилунгач деворини дивертикулэктомиядан сунг Петровский буйича пластикаси бажарилади:

Диафрагма лахтаги ердамида
Париетал плевра ердамида
Ўпка тукимаси ердамида
Синтетик материал ердамида

43. Кизилунгач чандикли торайишини оператив даволашга курсатмалар, нотугри жавобни курсатинг

Кизилунгач диаметрининг 1,0 смгача торайиши
Бужлаш ноэфективлиги
Бужлаш пайтида кизилунгач деворининг тешилиши
Ратнер буйича кизилунгач IV-V даражали торайиши

44. Ценкер дивертикуллари куйидаги асоратларни беради Нотугри жавобни курсатинг

Кукрак аортасига перфорацияси
Трахеит
Бронхит
Буйин флегмонаси

45. Бифуркацион дивертикулларнинг асоратлари. Нотугри жавобни курсатинг

Юкори ковак венасига перфорацияси
Дивертикулит
Перфорация ва медиастенит
Дивертикул раки ва полипоз

46. Эпифренал дивертикулларнинг асоратлари, нотугри жавобни курсатинг

Буйин флегмонаси
Дивертикулит
Дивертикул, перфорацияси, плевра эмпиемаси
Дивертикул раки

47. Биринчи марта кизилунгач дивертикулларини тасвирлаган олим:

Гариан
Иодлов
Никоledoин
Бильрот

48. Кизилунгач чин дивертикули бу:

Кизилунгач хамма каватлари буртиб чикиши
Шиллик ва шиллик ости каватидан ташкил топади
Мушак каватидан ташкил топади
Факат шиллик каватдан иборат

49. Кизилунгач сегментар торайишида куйидаги операциялар килинмайди:

Трансплантант билан тотал пластика килиш
Зарарланган кисмни резекция килиш ва унинг ингичка, йугон ичакдан олинган трансплантант билан алмаштириш
Кизилунгач меъда анастомози куйиш
Зарарланган кисмни резекция килиш

50. Эпибронхиал дивертикулларин операция килиб даволаш

Унг томонлама 6 ковурга оралигидан торакотомия

Чап томонлама 8 ковурга оралигидан торакотомия

Чап томонлама 6 ковурга оралигидан торакотомия

Унг томонлама 7-8 ковурга оралигидан торакотомия

51. Эпифренал дивертикулларини операция килиб даволаш

Унг томонлама 7-8 ковурга оралигидан торакотомия

Чап томонлама 4-5 ковурга оралигидан торакотомия

Чап томонлама 7-8 ковурга оралигидан торакотомия

торакофренолапаратомия

52. Қизилунгач куйишининг уткир даври характерланади

Кучли огрик, гиперсаливация, дисфагия, кусиш, сийдик камайиши

Бемор ичиши, овкатланиши мумкин лекин огрик билан

Дисфагия кайталанади, бемор ориклайди

Бемор суюк овкатларни огриксиз ютади

53. Қизилунгач куйишининг енгил даражасида узига хос клиник белгилари

Дисфагия, сулак ажралиши, холсизлик, кусиш

Эпигастрал сохада огрик, кунгил айнаш

Дисфагия, тана харорати 39 С, чап ковурга остида огрик

Регургитация, куракда огрик, дисфагия

54. Дивертикул инвагинацияси бу:

Улчами 2 см дан кичик дивертикулларни кизилунгач бушлигига ботириб тикиш

Улчами 2 см дан катта дивертикулларни олиб ташлаш

Дивертикулопексия

Дивертикулни олиб ташлаш ва буйин кисмини узлуксиз чоклар билан тикиш

55. Қизилунгач куйганда кизилунгач стенози келиб чиқади

Мускул кавати куйганда

Шиллик кавати куйганда

Адвентиция кавати яллигланганда

Шиллигости кавати яллиганганда

56. Қизилунгач куйиш даражаси куйидагиларга боглик : (нотугри жавобни курсатинг)

Кимёвий модда зичлигига

Химиявий модда хусусиятига

Модданинг микдорига, таъсир килиш вақтига

Химиявий модда концентрациясига

57. Қизилунгач кислота билан куйганда кандай нейтралловчи суюклик ичирилади

3-4 % ли сода эритмаси

1% ли лимон кислота

2% ли нитрат кислота

1.5% ли сирка кислотаси

58. Қизилунгач ишкор билан куйганда кандай нейтралловчи суюклик ичирилади. Нотугри жавобни кўрсатинг.

3-4% ли сода эритмаси

1%ли сирка кислота

1%ли лимон кислота

0.5 %ли сульфат кислота

59. Қизилунгач кислота билан куйганда кандай нейтралловчи суюклик ичирилади

1%ли лимон кислота 3-4%ли сода эритмаси

5%ли сода эритмаси Магnezия сульфат эритмаси

60. Қизилунгач куйганда 1-ёрдам кетма-кетлигини курсатинг: 1. Индеферент суюкликлар

ичириш 2. Наркотик анальгетиклар 3. Нейтралловчи суюкликлар 4. Юрак, нафас

аналептиклар 5. Ошкозонни зонд билан ювиш

1,2,3,4,5

2,3,1,4,5

5,2,1,3,4

5,4,3,2,1

61. Қизилунгач куйганда реанимация шароитида кандай терапия кулланилмайди

Антикоагулянт терапия

Дезинтоксикацион терапия

Шокка карши терапия

Шишга карши терапия

62. Қизилунгач чандикли торайиш турлари?

Найсимон, сегментар ёки клапансимон торайиш

Сегментар торайиш

Найсимон ва сегментар

Тугри жавоб йук.

63. Қизилунгачнинг чандикли торайишида гастростома куйишдан мақсад?

Беморни режали операцияга тайёрлаш мақсадида

Беморни доимий овкатлантириш мақсадида

Чандикли торайишни олдини олиш мақсадида

Тўғри жавоб йук.

3- машгулот

КАРДИОСПАЗМ ҲАҚИДА ТУШУНЧА. ҚИЗИЛЎНГАЧ ОҚМАЛАРИ. ҚИЗИЛЎНГАЧ ЁТ ЖИСМЛАРИ, ХАВФСИЗ ЎСМАЛАРИ

1.Кардио ахалазияси симптомларини аниқловчи асосий белгилари / Нотугри жавобни курсатинг/

Рефлюкс эзофагит

Ютинггандан кейин кардиал қисмнинг очилмаслиги

Кардиал сфинктер гипертонуси

Кизилунгачда босимнинг ошиши

2.Кардиал қисм ахалазиясида кизилунгачнинг патанатомик узгариши /Нотугри жавобни курсатинг/

Кизилунгач қискариши

Кизилунгач кенгайиши аникланади

Кизилунгач дистал қисмининг торайиши

Яллигланиш белгилари

3.Кардия ахалазиясининг асосий белгиларини айтинг

Дисфагия ,регургитация ва огрик

Дисфагия ,буйинда буртма ҳосил булиши, огрик

Оғрик, дисфагия,диарея

Кекириш,қон кетиш,кизилунгач қусиги,хул естик синдроми

4.Кардия ахалазиясининг рентгенологик белгилари

Кизилунгач кенгайиши,ундаги суюқлик сатхи,сичкон думи симптоми

Кизилунгач кенгайиши,каскадли ошқозон

Диафрагма,ундаги суюқлик сатхи,усти эркин газ ва ошқозоннинг кенгай

Кизилунгач кенгайиши,қуп сонли қлойбер қосачалари,барий доғи симптом

5.Кардия ахалазиясини асосий даволаш усуллари бўлади

Кардиодилатация

Антигистамин препаратлар

Антацид терапия

Шиллик қаватни термоэлектрокоагуляцияси

6.Кардиодилатация қайси дилататорлар ердамида бажарилади

Плюмернинг пневматик кардиодилататори

Фогарти балонли катетери

Темир бўж ердамида

Гастроззофагоскоп ердамида

7.Кардия ахалазиясини оператив даволашда курсатма булиб хисобланади Нотугри жавобни курсатинг

Нитроглицерин синамаси мусбат булганда

Кардиодилатациядан наф булмаганда

Қизилунгачнинг Ссимон кенгайиши

Кардиодилатацияни утказишни иложи булмаганда

8.Кардия ахалазиясида энг куп кулланиладиган операция тури/Нотугри жавобни курсатинг/

Джаду буйича пилоропластика

Геллер буйича кардиоластика

Геллер операцияси Ниссен буйича фундопликация билан бирга

Кардия ва кизилунгач абдоминал кисмининг резекцияси

9.Кардия ахалазиясида кизилунгачнинг кисман кенгайиши Билан утувчи макбул спазм

Петровский БВ классификациясининг кайси боскичига тугри келади

II боскичига

I боскичига

III боскичига

IV боскичига

10. Кардиоспазмда кизилунгачнинг жуда кенгайиши билан таърифланувчи мускул каватидаги чандикли узгаришлар БВПетровский классификациясининг кайси боскичига тугри келади

III боскичлари

I боскичлари

II боскичлари

IV боскичлари

11. Кардиоспазмда кизилунгачнинг S симон букланиши БВПетровский классификациясининг кайси боскичига тугри келади

IV боскичлари

I боскичлари

II боскичлари

III боскичлари

12. Кардиоспазмда кизилунгачнинг кенгаймасдан кечувчи функционал спазми БВПетровский классификациясининг кайси боскичига тугри келади

I боскичлари

II боскичлари

III боскичлари

IV боскичлари

13. Кардиоспазмда энг куп учрайдиган белгилар, нотугри жавобни курсатинг

Кон кетиш

Дисфагия

Регургитация

Туш ортидаги огриклар

14. Кардиоспазмда куйидаги операция бажарилади, Нотугри жавобни курсатинг

Органоанастомозлар

Қизилунгач торайган кисмида

Айланма анастомозлар

Қизилунгач кенгайган кисмида

15. Кизилунгачга е т жисм тушгандан сунг шиллик каватлар таъсирланишига жавобан

Мускуллар спазми

Мускуллар гипертрофияси

Мускуллар атрофияси

Мускулларда яллигланиш жарае ни бошланади

16. Беморга куркув, томокда, буйин чукурчасида, туш сохаларида, сулак ва суюклик ютгандан сунг огрик кузатилади Бу клиник белгилар кайси касалликка хос

Қизилунгач ет жисми

Фаринго-эзофагиал флегмона

Кизилунгач куйиши

Кизилунгач дивертикули

17. Қайси физиологик тораймада ет жисм тиклиб қолиши купрок кузатилади

Фаринго-эзофагиал

Бифуркацион

Эпифрениал

Барча тораймаларда

18. Ёт жисм кизилунгачнинг кўкрак қисмида бўлса қандай асорат бериши мумкин

Медиастенит, плеврит

Бўйин флегмонаси

Перитонит

Кизилунгач дивертикули

19. Кизилунгач ёт жисмига қўлланиладиган даво чоралари Нотўғри жавобни топинг

Бронхоскопия

Фиброскопэзофагоскопия

Хирургик кесим орқали

Қаттиқ эзофагоскопия

20. Кизилунгач ёт жисмида қайси текшириш усули металл ёт жисмларни осон аниқлайди?

Рентген текшируви

ФГС

УЗИ

Бронхография

21. Йирик ёт жисм кизилунгачга тушганда халқум йулини бекитиб қуйиши туфайли,

беморлар нимадан вафот этиши мумкин

Асфиксиядан

Перитонитдан

Очликдан

Медиастенитдан

22. Кизилунгач ёт жисмида қайси текширув усули утказилади Нотўғри жавобни топинг

ЭКГ

ФГС

Рентген

Эндоскопик текширув

23. Беморда Эзофагоскопия муолажаси бажарилгандан сўнг бўйин чуқурчаси соҳасида огрик

тери ости эмфиземаси белгилари пайдо бўлди Бу қандай асорат белгиси

Кизилунгач барча қаватларининг ятроген тешилиши

Эзофагоспазм

Кизилунгач дивертикули

Кизилунгач шиллик, қавати шикасланиши

24. Кизилунгач ёт жисмлари келиб чиқишида ахамиятга эга.

Ҳамма жавоблар тўғри

Кизилунгач чандикли торайиши

Кизилунгач дивертикули

Рефлекслар пасайиши

25. Кизилунгач ёт жисмлари тикилиши асосан қайси етдаги шахсларда учрайди

Б ва Д

40 ёшдан катталарда

40 ёшгача шахсларда

10 ёшгача болаларда

26. Кизилунгач ёт жисмлари қайси ёшда кўпроқ кузатилади

40 ёшдан катталарда

Ҳамма ёшда бир хил учрайди

40 ёшгача

30 ёшда

27. 30 -60% холларда қизилунгач ёт жисмлари кизилунгачнинг қайси соҳасида купрок кузатилади

Биринчи физиологик торайма соҳасида

Буйин соҳаси

Кўкрак соҳасида

Кардиал соҳасида

28. Қизилунгач ёт жисмлари тикилса ютиш рефлексии қандай узгаради. Нотўғри жавобни кўрсатинг.

Ютиш рефлексии ўзгармайди

Тухтовсиз ютиш акти кузатилади

Кучли ютиниш акти кузатилади

Куплаб сулак ажралиши кузатилади ва ютинганда оғриқ кучаяди

29. Кизилунгач ёт жисмларида кизилунгачнинг ... қисми зарарланишида плеврит, перикардит медиастенит келиб чиқади.

Кукрак

Буйин

Халкум

Корин

30. Кизилунгач ёт жисмларини даволашга киради. Нотугри жавобни курсатинг.

Склеротерапия

Пассив кузатув

Эндоскопикдаво

Хирургикдаво

31. Кизилунгач ёт жисмлари операциясидан сунг зонд канча муддатда куйилади

Чоклар битгунча

Куйилмайди

Операция тугагунча

3 ой

32. Кизилунгачнинг қайси қисмида ёт жисм тикилса В.С. Савинов буйича кесма килинади

Кукрак қисми

Буйин қисми

Корин қисми

Диафрагма қисми

33. Кизилунгач ёт жисмлари кизилунгачнинг қайси қисмини тешиб утса йирингли медиастенит келиб чиқади Нотугри жавобни белгиланг.

Кардиал сфинктер

Кукрак қисми

Бифуркатсия соҳаси

Эпифрениал соҳаси

34. Беморда кизилунгач ёт жисмлари буйин соҳасидалиги аникланган. Буйинда маҳаллий температура, крепитация, шиш, оғриқ аникланган. Бу қандай асорат

Буйинфлегмонаси

Кизилунгач е т жисмлари тешиб утганини, медиастенит

Трахея зарарланиши

Усма борлиги

35. Бемор кизилунгачида ёт жисм тикилгани аникланган. Унга динамикада кузатиш тавсия килинди. Бу қандай даволаш усули

Пассив кузатув

Эндоскопик даво

Хирургик даво

Бундай даво йук

36. Пассив кузатув қизилунгач ёт жисмлари тикилганда нимага асосланади

Жисмнинг уз холичатушишига

Операциянинг иложи булмаса

Операцияга карши курсатма булса

Асоратлар бор йуклигини аниклашда

37. Кизилунгачга ёт жисмлар тушиш сабаблари. 1 тадан ташкари.

Жисмнинг суюклиги

Бехосдан

Асаб-рухий касалликларда

Овкатни шошиб, тез чайнамасдан ютиш

38. Кизилунгачга ет жисмлар сукилган булса канча вақт ичида радикал операция килишкерак

12-24 соат

2 соат

72 соат

1 ҳафта

39. Рентгенографияда кизилунгач ёт жисмларининг... аникланади .

Ҳамма жавоблар тугри

Тикилган жойи

Шакли

Катта-кичиклиги

40. Рентгенографияда кизилунгач ёт жисмлари кўринмади. Барий сульфат эса тўхтаб қолгани аниқланди . Эндоскоп билан қизилунгач ёт жисми олиб чиқилди. Бу жисм...

Рентген контраст булмаган жисм

Метал буюм

Суяк

Игна

41. Қизилунгач ёт жисмлари дагностикасида кулланилмайдиган усул қайси

Эзофагоманометрия

Барий сульфат ердимида текшириш

Эндоскопик текшириш

Рентгенологик текшириш

42. Қизилунгач корин пардаси билан ўралиши жихатдан қандай аъзо

Интраперитонеал

Мезеритонеал

Экстраперитонеал

Тугри жавоб йук

43. Қизилунгач ишлаб чиқарган шиллик вазифаси нима

Овкат луқмасини осон утқиши

Деворини кенгайтириш

Амилаза ишлаб чиқариш

Ферментларни активлаш

44. Кардия ахалазиясида учрайдиган симптомлар (нотугри жавобни курсатинг)

Пилорик сфинктерни етишмаслиги

Овкат ютгандан сунг кардияни очилмаслиги

Кардиал сфинктернинг гипертонуси

Физиологик кардияда босим кутарилиши

45. Кардия ахалазиясининг 3 босқичи рентгенологик симптоми

Сичкон думи симптоми е ки бақал симптоми

Кизилунгач кенгайиб кетиши

Кизилунгач ва меъданинг кенгайиб кетиши

Клойбер косачалари, барий дори симптоми

46. Кардиоспазмда қуйидаги операция кулланилмайди

Микулич операцияси

Петровский операцияси

Шалимов Готштейн операцияси

Геллер операцияси

47. Кардиоспазмга куйидагиларга асосан диагноз қуйилади

Рентгенография, эзофагоскопия, фармакодиагностика

Томография, биопсия, медиастинография

РН метрия, рентгенокимография, биопсия

Гастрофиброскопия, ангиография

48. Кардия ахалазияси деб...

Овкат ютганда кизилунгачни самарасиз перисталтикаси ва кардиал сфинктерини очилмаслигига айтилади.

Фаринго эзофагиеал сфинктерни очилмаслигига айтилади.

Бифуркацион сфинктерни очилмаслигига айтилади.

Барча жавоблар тўғри

49. Кардиоспазм купрок ... учрайди.

30-40 ёшли аёлларда

50-60 ёшли эркекларда

10-12 ёшли боларда

Қарияларда

50. Кардиоспазм кизилунгачнинг касаллиги.

Нерв-мушак касаллиги

Органик касаллиги

Факат мускул толаси касаллиги

Қон-томир касаллиги

51. Кардиоспазм тугрисида биринчи ёзиб қолдирган олим?

Уиллис

Вишневский В.А.

Микулич

Кузин М.И.

Петровский Б.В.

52. Кардиоспазм сабаби- бу...

Ауэрбах нерв чигалларидаги дегенератив узгаришлар натижасида

Рефлюкс эзофагит

Эрозив эзофагит

Пептик эзофагит

53. Кардиоспазм касаллигини келиб чиқишида хал қилувчи омил бу...

Узоқ муддатли стресс ва рухий эмоционал ҳолат

Қизилунгачнинг қуйиши

Қизилунгачнинг чандикли торайиши

Эзофагоспазм

54. Кардиоспазмда патанатомик узгаришлар қузатилади.

Кардиал сфинктернинг соҳасида

Фаринго-эзофагитал торайишда

Бифуркацион торайишда

Қизилунгачнинг урта қисмида

55. Кардиоспазмнинг Б.В.Петрович буйича ... даражаси тафовут қилинади

4 та даражаси

5 та даражаси

3 та даражаси

2 та даражаси

56. Кардиоспазм касаллигининг 3-4 даражаларида қайси белги яққол намоён бўлади?

Регургитация

Дисфагия

Отрик

Сўлак оқиши

57. Кардиоспазм касаллигини қуйидаги касалликлардан фарқлаш керак? Нотугри жавобни қурсатинг.

Меъданинг антрал қисми рақидан

Меъданинг кардиал қисм рақидан

Қизилунгач рақидан

Эзофагоспазмдан

58.Кардиоспазмни куйидаги касалликлардан фарклаш керак?

Барча жавоблар тугри

Қизилунгач дивертикули, эзофагоспазм

Қизилунгач раки, пептик эзофагит

Қизилунгач чандикли торайиши, меъданинг кардиал раки

59.Кардиоспазмни кизилунгач ракидан фарклаш учун энг информатив усуллар.

Қизилунгачни барий сульфат ёрдамида текшириш, эзофагоскопия, биопсия

Эзофагокимография

Медиастиноскопия

Эзофагомонометрия

60.Кардиоспазм касаллигини 1-2 боскичларини бошка касалликлардан фарклаш учун информатив усул бу?

Фармакодиагностика

Эзофагомонометрия

Пневмомедиастенография

Радиоизотоп ангиография

61.Фармакодиагностика усулида кулланилмайди. Нотўғри жавобни белгиланг.

Квамател

Нитроглицерин

Мехолил

Ацетилхолин

62.Кардиоспазмда ўпка ателектази кузатилиши сабаби бу...

Ўнг бош бронхни босилиши

Трахеяни бекилиши

Ўпка нерв чигалини босилиши

Қайтувчи нервни зараланиши

63.Кардиоспазм касаллигининг 4-боскичида овознинг бугилиши сабаби?

Қайтувчи нервнинг босилиши

Овоз бойламининг зарарланиши

Ўпка аспирацияси

Ўпка ателектази

4 - машгулот

ПОРТАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ

1.Портал гипертензиянинг компенсация боскичида қайси операция бажарилади:

Дистал спленоренал анастомоз куйиш

Гипотензив воситалар билан даволаш

Сийдик хайдовчи моддалар билан даволаш

Қизилунгач веналари варикоэ кенгайишини эмболизациялаш

2.Жигар циррозида жигар регенерациясини яхшилаш учун кулланилади/Нотугри жавобни курсатинг/

Тўғри портоковал анастомоз

Жигарнинг кисман резекцияси

Жигар юзасини электродиаатермокоагуляция килиш

Портал кон окимини артериализациялаш

3.Гиперспленизмни даволаш учун куйидаги операция таклиф килинадиНотугри жавобни курсатинг

Сплениоренал анастомоз куйиш

Сплениэктомия

Талок артериясини боглаш

Талок артериясини эмболизациялаш

4.Портал гипертензияда вена веноэ шунтлаш учун куйидаги операция кулланилади (Нотугри жавобни курсатинг

Сплениоковал

Портокавал

Сплениоренал

Мезентерико-ковал

5.Портал гипертензияда спленэктомия бажарилади

Гиперспленизмда

Хамма спленомегалияда

Қизилунгачдан кон кетганда

Атрофик жигар циррозида

6.Қизилунгачдан профуз кон кетганда кулланилмайди

Спленэктомия

Таннер операцияси

Қизилунгач веналари варикоз кенгайишида эндоскопик тромблаш

Қизилунгач веналари варикоз кенгайишида эмболизациялаш

7.Резистент асцитда ҳозирги вақтда кулланадиНотугри жавобни курсатинг

Портокавал анастомоз

Димфавеноз анастомоз

Перитовеноз анастомоз

Асцит суюқлигини реинфузия қилиш

8.Агар портал гипертензияда жигар ичи тусиги /блок/кузатилса портак вал шунт қуйилади бунда:

Асцит ҳосил бўлиши камаяди

Ҳаётининг меъериди давом этишига эришилади

Жигар циррозининг қайта ривожланишига олиб келади

Энцефалопатия ривожланмайди

9.Портал гипертензияда портокавал шунтлашни узок муддатдан кейин қуп учрайдиган асорати

Энцефалопатия

Ҳазм қилиш системаси яралари

Буйрак етишмовчилиги

Гемолитик анемия

10. Қизилунгач веналари варикоз кенгайишида эмболизациялашни қуллашдан мақсад

Қизилунгачдан кон кетишининг олдини олиш

Портал системасини декомпреслаш

Беморни портокавал шунтлашга тайёрлаш

Қизилунгачдан кон кетишини камайтириш

11. Ҳозирги замонда портал гипертензияси синдроми қуйидаги симптомоқомплексни уз ичига олади

Дарвоза венаси системасидаги гипертензия

Вазоренал гипертензия

Буйрак веналари гипертензияси

Ковак вена системаси гипертензияси

12. Киари касаллиги уз ичига олади

Жигар веналари тромбози

Талок венаси тромбози

Буйрак венаси тушиш сатҳида ковак веналари тромбози

Барвоза венаси жигар ичи тармоқларининг тромбози

13. Портал гипертензиянинг компенсация босқичига ҳос. Нотугри жавобни курсатинг.

Қизилунгачнинг варикоз кенгайган веналаридан кон кетиши

Портал босимнинг биров ошиши

Спленомегалия

Пиперспленизм

14. Портал гипертензиянинг субкомпенсация босқичига ҳос /Нотўғри жавобни қўрсатинг/

Транзитор асцит

Портал босимнинг юқори бўлиши

Спленомегалия

Қизилунгач варикоз кенгайган веналаридан кон кетиш

15. Портал кон айланишининг жигар ичи блокига сабаб бўлиб ҳисобланади /Нотугри жавобни курсатинг/

Пик циррози

Жигар усмаси/томирли,паразитар,безли/

Жигар фибрози/портал,чандикли,яллигланишдан кейинги ва шикастланишдан00

Жигар циррози/портал постнекротик ,биллиар ва аралаш/

16. Портал гипертензиянинг жигар усти блоки сабаби ахамиятли /Нотугри жавобни курсатинг/

Жигарнинг билиар циррози

Пик циррози

Бадда-киари синдроми

Киари касаллиги

17. М.Д.Пациора таснифига мувофиқ портал портал гипертензиянинг жигардан ташқари блокига қуйидагилар қиради / Нотугри жавобни курсатинг/

Киари касаллиги

Дарвоза венаси еки унинг тармоқларининг тугма стенози ва атрезия

Флебосклероз,облитерация,дарвоза венаси ва тармоқлари тромбози

Чандиклар билан дарвоза вена ва унинг тармоқларининг босилиши

18. Портал гипертензиянинг энг қўп учрайдиган сабаби

Жигар циррози

Жигар усти тусиги

Юрак ун қоринчаси етишмовчилигида жигар усти тусиги

Жигар раки

19. Портал гипертензиянинг клиник қуринишига қиради. Нотугри жавобни курсат

Эссенциал гипертензия

Гиперспленизм ва спленомегалия

Қизилунгач веналарининг варикоэ қенгайиши ва улардан қон қетиш

Геморроидал веналар қенгайиши

20. Портал гипертензиянинг асосий белгиларига қиради Нотугри жавобни курсат

Гиперальдостеронизм

Спленомегалия ва гиперспленизм

Қизилунгач веналарининг қенгайиши ва улардан қон қетиши

Асцит

21. Гиперспленизм портал гипертензиянинг қайси босқичида пайдо бўлади

Касалликнинг ҳамма босқичида

Компенсация

Декомпенсация

Суб-декомпенсация

22. Беморда қизилунгачдан қон қетиши портал гипертензиянинг қайси босқичида қузатилади?

Суб ва декомпенсация босқичида

Компенсация

Субкомпенсация

Компенсация ва субкомпенсация

23. Гиперспленизм бу:

Триада цитопения (анемия, лейкопения, тромбоцитопения)

Талокнинг бироз қатталанишиши

Талокнинг периспленити

Спленомегалия

24. Қизилунгач веналари варикоэ қенгайиши қузатилмайди:

Сурункали миелолейкоэ туфайли спленомегалияда

Портал гипертензияда

Дарвоза веналари облитерациясида

Бадда-Киари синдромида

25. Портал гипертензия диагностика усуллариға қиради Нотугри жавобни курсатинг

Жигарни радиоизотопли сканирлаш

Талок ва жигар эхографияси

ЭГДФС

Тери ва жигар оркали портография

26. Портал системани контрастлаш учун қайси контраст қулланилади

Верографин

Йодолипол

Билигност

Барий сульфат

27. Портал босимни қайси дори восита пасайтиради?

Питуитрин, вазопрессин

Дибазол

Эуфиллин

Прозерин

28. Портал гипертензиянинг жигар усти тусикнинг сабабларини курсатинг

Киари касаллиги, Пик циррози, Бадди-Киари касаллиги

Жигар саркоидози, дарвоза венаси облитерацияси

Дарвоза вена тармоқлари стенози, атрезияси, пик циррози

Талок венаси облитерацияси, Бадда-Киари касаллиги

29. Портал гипертензиянинг ассосий асоратларини курсатинг

Асцит, ўткир жигар етишмовчилиги ва қизилунгачдан қон қетиш

Ўткир жигар ва бўйрак етишмовчилиги ва сариклик

Қизилунгачдан қон қетиш, перитонит

Ўткир юрак етишмовчилиги ва асцит

30. Портал гипертензия босқичларини таърифланг

Компенсация субкомпенсация ва декомпенсация

Субкомпенсация ва декомпенсация

Компенсация-декомпенсация, субкомпенсация

Латент, компенсация ва субкомпенсация

31. Дарвоза венасининг ҳосил бўлиши

Юқори ва пастки ичак туткич, талок венаси ва меъданинг тож венаси

Юқори қовак венаси ва пастки қовак венаси

Қизилунгач венаси ва юқори тугри ичак венаси

Меъданинг тож венаси, юқори ва пастки ичак туткич венаси

32. Дарвоза венасининг гепатодуоденал бўғламдаги топографиясини курсатинг

Жигарнинг умумий ўт йули, дарвоза венаси, жигар артерияси

Дарвоза венаси, жигар артерияси, умумий ўт йули

Жигар ўнг артерияси, умумий ўт йули, қопка венаси

Лимфа йули, жигарнинг умумий артерия ва венаси, умумий ўт йули

33. Дарвоза венасининг нормадаги ўлчамларини курсатинг

Эни 15-18мм, узунлиги 2,8 -12см

Эни 2 см, узунлиги 3 см

Эни 14 см-26 см

Эни 2 см-35 см

34. Портокавал анастомозларнинг асосий гуруҳини курсатинг

Портоумбиликал, гастроэзофагал, порторектал

Портоумбиликал

Порторектал

Портоумбиликал, гастроэзофагал

35. Портал гипертензияда қилинадиган асосий операциялар:

Перитонеовеноз шунт, ПКШ, спленоренал анастомоз

Жигарни резекция қилиш, спленэктомия, таннер операцияси

Спленэктомия, меъдани резекция қилиш

Перитшунт, оментопексия, сплэкттаннер операцжигар киман резекция

36. Портал гипертензияда рентгенэндовоскуляар даволаш усулларини курсатинг

Чап меъда, талок, жигар артерияларини ва кизилунгач венасини эмболлаш

Буйрак артпастки ичак туткич артэмболлаш, дори-ни талокка юбор

Чап меъда артзарадон артэмболлаш, жигар ичига дори бориш

Юкори ичак туткич, талок артэмболлаш дорини дарвоза венага юбориш

37. Асцит вариантлари:

Транзитор, ривожланиб борувчи, диуретик резистент

Транзитор, диуретик резистент

Транзитор, дистрофик

Ривожланиб борувчи, терминал

38. Асцит суюқлиги бу:

Транссудат

Экссудат

Сафро

Сероз-геморрагик суюқлик

39. Асцит суюқлигини бартараф этишга каратилган муолажа:

Лапороцентез

Спазмолитиклар бериш

Лазеротерапия

Торакоцентез

40. Пик циррози этиологияси:

Юрак тугма ва ортирилган нухсонлари, касалликлари

Экссудатив плеврит

Очик Боталов йули нухсонлари

Юрак томпонадаси

41. Талок артериясини боглашда кузатиладиган асорат

Талок инфаркти

Талокни кичрайиши

Перитонит

Портал гипертензия

42. Талок артерияси эмболизацияси портал системадаги босимни пасайтиради:

100-150 мм сим устунига

50-100 мм симоб уст. га

150-200 мм сим уст. га

200-250 мм сим.уст.га

43. Нормда копка венадаги босим:

50-225 мм сим уст

150-300 мм сим уст

300-450 мм сим уст

250-500 мм сим уст

44. Портал гипертензиядаги тусик топографиясини информатив текширув усули:

Портография

УЗИ

Портомономитрия

Компьютер томографияси

45. Талок артерияси куйидаги томирнинг тармоғи хисобланади:

Қорин стволи

Қорин аортаси

Аорта равоги

Ўнг меъда артерияси

46. Портал гипертензиянинг жигар ичи формасининг радикал даволаш усули

Жигарни кучириб утказиш

Портакавал анастомоз

Спленэктомия

Талок артерияси эмболизацияси

47. Портал гипертензиянинг куп учрайдиган сабаби:

Жигар циррози

Жигар усмалари

Жигар эхинококкози

Жигар альвеококкози

48. Портал гипертензияда асцит пайдо булганда беморларнинг уртача яшаш муддати

6-12 ой

1-2 йил

3-4 йил

5-10 йил

49. Портал гипертензиянинг асоратлари, нотугри жавобни курсатинг

Ўткир буйрак етишмовчилиги

Қизилунгачдан кон кетиш

Асцит

Ўткир жигар етишмовчилиги

50. Портал гипертензияда махсус текширув усуллари санаб беринг, нотугри жавобни курсатинг

Тўғри пастки лимфография

Уевирдинли ва бромсульфаленли синовлар

Реогепатография

Лапароскопия

51. Портал гипертензияда рентгенэндовоскуляр даволаш усуллари санаб беринг, нотугри жавобни курсатинг

Портография

Талок, умумий жигар, меъда, чарви артерияларини эмболлаш

Қизилунгач ва меъданинг варикоз кенгайган веналарини эмболлаш

Дори препаратларини интрапортал юбориш

52. Қизилунгач варикоз кенгайган веналаридан кон кетишнинг дифдиагностикасини қуйидагилар билан утказиш лозим.

В ва Г жавоблар тўғри

Кон касаллиги билан боғлиқ кон кетиш

Меллори-Вейса синдроми

Гастродуоденал яралардан кон кетиш

53. Портал гипертензияда гемороидал веналар кенгайишининг сабаби:

Порторектал анастомоз борлиги

Гастроэзофагеаль анастомоз

Портоумбликал

Порто-портал

54. Портал гипертензияда қизилунгач веналарининг кенгайиш сабаби:

Гастроэзофагеал анастомоз борлиги

Порторектал

Портоумбликал

Порто-портал

55. Портал гипертензияда асцит суюқлигини чиқаришга қаратилган операциялар:

Лапароцентез, перитонеовеноз шунтлаш

ПКА

Спленэктомия

Корин стволи артерияларини боғлаш

56. Портал системага кон келишини қамайтиришга қаратилган операциялар:

Талок артериясини боғлаш

Лапароцентез, перитонеовеноз шунтлаш

ПКА

Геллер операцияси

57. Портал системадан кон кетишида янги йул яратишга каратилган операциялар:

ПКА, орғаноанастомозлар

Перитеовеноз шунтлаш

Спленэктомия

Таннер операцияси

58. Гастроэзофагал анастомозларни бартараф қилишга каратилган операциялар:

Гастроэзофагал анастамоз ҳосил қилувчи веналарни кесиб боғлаш

ПКА

Ошқозон 2/3 қисми резекцияси

Антрумэктомия

59. Портал гипертензияда жигар регенератив хусусиятларини яхшилашга каратилган операциялар:

Жигар юзасини электродиаатермокоагуляцияси

Таннер операцияси

Гепатоментопексия

ПКА

60. Кизилунгач варикоз веналаридан кон кетганда бажарилади, нотугри жавобни курсатинг

Кардиодилатация

Таннер операцияси

Гастротомия, қонаётган томирларни боғлаш

Қонаётган веналар эмболизацияси

61. Бадда-Киари синдроми диагнозини қуйишга ердам беради:

Каваграфия

Лапароскопия

Лапаротомия

Лапароцентез

62. Пик циррози сабаби:

Уч табакали клапан етишмовчилиги

Портал гипертензия

Ўпишқоқ перикардит

Киари синдроми

63. Беморларда лапарацентез ўтказишга кўрсатма

Асцитнинг борлиги

Кўкрак қафаси жарохатлари

Артериал гипертензия

Вазоренал гипертензия

Киари синдроми

5- машгулот

ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИ ВА АЛЬВЕОКОККОЗИ

1.Эхинококк қайси касалликлар сафига киради

Паразитар

Инфекцион

Аллергик

Эндокрин

2.Эхинококкоз билан энг куп зарарланиш йули

Огиз оркали

Контакт йули

Жинсий

Ҳаво томчи

3.Эхинококкозни нима чакиради

Гельментлар

Микроб

Замбуругли инфекция

Содда жониворлар

4.Эхинококка кайси аъзо купрок зарарланади

Жигар

Буйрак

Талок

Ўпка

5.Жигар эхинококкининг эрта белгилари

Ўнг ковурга остида оғрик, огирлик сезгиси

Тана хароратининг кутарилиши

Ошкозон-ичак трактидан кон кетиш

Сариклик

6.Эхинококкозда конда кандай узгаришлар булади

Эозинофилия

Лейкоцитоз

Лимфопения

СОЭ пасайиши

7.Жигар эхинококкини текширишда аник натижа берадиган энг кулай усулини курсатинг УЗИ

Лапроскопия текшириш

Тахминий пневмоперетонеум билан рентгенография килиш

Ангиография

8.Жигарни радиоизотоп билан сканирлашда эхинакокка хос белги

Совук ўчоқ борлиги

Аъзонинг гипертрофияси

Жигарнинг ажратиш фаолиятининг бузилиши

Аъзо деформацияси

9.Корин бушлигига эхинококк кистаси ерилганда нима кузатилади

Анафилактик шок

Тери копламларида сариклик пайдо булади

АКБ нинг кутарилиши

Кофе рангига хос кушиш

10. Жигар эхинакоккида операция йулини танлаш нимага боглик булади

Кисталар жойланишига

Киста улчамига

Асорат хусусиятига

Ёндош патологияга

11. Эхинакокк диагностикасида энг информатив маълумот берувчи тест:

Латекс агглютинация, билвосита гемагглютинация (РЛА, РНГА, АСЛ)

СОЭ нинг тезланиши

Казон реакцияси

Радиоиммунная диагностикаси

12. Эхинакоккни консерватив даволаш учун махсус дори воситасини курсатинг

Вермокс

Контрикал

Трипсин

Фибринолизин

13. Ревизия килинганда жигарнинг ўнг булагига битта эхинакокк кистаси аникланади,киста жигар киррасида жойлашган. Қайси операция усулини танлайсиз

Жигарни қисман резекцияси билан идеал эхинакоккэктомия килиш

Епик эхинакоккэктомия

Ярим епик эхинакоккэктом

Марсупиализация

14. Эхинококк кистасининг қолдиқ бўшлиғи нима билан ишлов берилади?

Формалин эритмаси, 96⁰ ли спирт, глицерин

Бриллиант яшили

0,9 % NaCl эритмаси

Антибиотиклар

15. Хитин капсуласи олиб ташлангандан кейин фиброз капсула бушлигида 0,3 см дан катта ут окмаси аникланади сизнинг тутган йулингиз

12-б.ичакка ут тушиши бузилмаганда ут окмасини ва фиброз капсулани тикиш

Ут окмасини алоҳида дренажлаш

Капитанаж йули билан фиброз капсула бушлигини тикиш

Интероперацион фистулохолангиография, фиброз капсулани тикиш

16. Жигар қолдиқ бушлиғи йиринглаганда бартараф этиш учун энг муҳимусулни курсатинг

Кичик кам травматик усул билан бушлиқни очиш ва дренажлаш

Кенг таъсир доирадаги антибиотикларни куллаш билан даволаш

Лапароскоп ердамида олинган киста урнига дренаж най юборилади

УЗИ назорати остида қолдиқ бушлиқни дренажлаш

17. Жигардаги киста бушлигини пункцион йул билан дренажлашда келиб чиқадиган асоратлар

Қорин бушлиғига киста суюқлигини оқиши

Огрик синдроми

Ўткир жигар ва буйрак етишмовчилиги

Ошқозон ости безининг жароҳатланиши

18. Бемор жигар унг булагидан эхинококк кистаси олингандан кейин 3 ой утқач қайта текширилганда жигар чап булагиде кистоз хосила бор лиги аникланди, олинган маълумотларни қандай изохлаш мумкин

Резидуал эхинококк кистаси

Қайталанган эхинококк кистаси

Хусусий киста

Нопаразитар киста

19. Агар эхинококк кистаси қорин бушлиғида эркин жойлашган ва ичак қарвисидан чиқган бўлса , сизнинг танлаган операция усулингиз

Идеал эхинококкэктомия

Ўпик эхинококкэктомия

Очиқ эхинококкэктомия

Марсупализация

20. Беморда альвеоляр жигар эхинококки , операция учун радикал усулни курсатинг

Жигарни альвеоляр эхинококки билан биргаликда резекция қилиш

Альвеококкозни очиш ва дренажлаш

Комплексли медикаментоз даволаш

Альвеококкэктомия

21. Жигар эхинококкида тери жигар орқали холангиографияга курсатма

Механик сариклик белгиларининг бўлиши

Эхинококк кистасининг йиринглаши

Жигарда қуп сонли эхинококк бўлиши

Жигарнинг диафрагмал юзасида эхинококк жойлашган бўлса

22. Жигар эхинококкэктомияси вақтида максимал радикал операция қилиш учун интраоперацион қайси текшириш усулини куллаш мумкин

Интраоперацион УЗИ

Интраоперацион холангиография

Интраоперацион ангиография

Интраоперацион транслюминация

23. Жигар эхинококкида холецистэктомияга курсатма

Ўт пуфаги деворида киста усган бўлиб уни қучли деформациясиясига олиб қелгани

Жигар унг булагги гигант эхинококки булса

Жигар унг булаггида бир нечта киста борлиги аникланса

Ўт пуфаги енида киста жойлашган булса

24. Жигар эхинококкозида бажариладиган асосий операция

Очик, ёпик, ярим епик ёки идеал эхинококк эктомия

Перициситэктомия, ёпик, ярим ёпик эктжигар резекц

Очик эхинококк,холицистэктомия оментогепатопексия

Идеал эхинококкэктомия, ёпик эхинококкэктомия

25. Жигарнинг альвеоляр эхинококкозини чақирувчиси:

Тасмасимон гижжа (эхинококкус мультилокулярис)

Тасмасимон гижжа (эхинококкус гранулезус)

Амебаўғ

Описторхоз

26. Альвеококкознинг асоратлари: Нотўғри жавобни курсатинг

Барча жавоблар тўғри

Қон оркали диссеминацияси

Ўт йуллариининг босиши

Плевра бушлиги, упка ва бронхга ўсиб кириши

27. Жигар альвеококкозида радикал операциялар, нотугри жавобни курсатинг

Жигарнинг криодеструкцияси

Жигарнинг сегментар резекцияси

Жигарнинг анатомик резекцияси

Гемигепатэктомия

28. Жигар альвеококкозига хос булмаган белги:

Жигар тукумасини итариб усади

Ўсмасимон усади

Тез усади

Куртакланиб кўпаяди

29. Альвеококкоз билан зарарланган жигарнинг куриниши, Нотугри жавобни курсатинг

Жигар юзаси силлик, юмшок консистенцияли

Жигар юзаси гадир-будур каттиклашган

Кесганда катакча-катакча бушлик топилади

Кесганда куриниши пишлокни эслатади

30. Жигар альвеококкозини поллиатив операцияларига кирмайди:

Гемигепатэктомия

Зарарланган жойни кисман олиб ташлаб флавокридин гидрохлорид юбориш

Криодиструкция операцияси

Ўт йулларига усиб кирганда уларни дренажлаш

31. Жигар эхинококкига кайси боскич хос эмас

Сурункали боскичи

Яширин симптомсиз боскичи

Симптомлар юзага чикиш боскичи

Асоратлар боскичи

32. Жигар эхинококкида транзитор сариклик, аллергияк тошмалар кайси боскичга хос

Симптомлар юзага чикиш боскичига

Яширин симптомсиз боскичга

Асоратлар боскичига

Барча боскичларга

33. Жигар эхинококкининг асоратлар боскичига кирмайди:

Транзитор сариклик, аллергияк тошмалар

Эхинококкнинг йиринглаши

Эхинококкнинг ўлиши, ёрилиши

Эхинококкнинг охакланиши

34. Агар эхинококк жигарнинг диафрагмал юзасида жойлашган булса

Рентгенологик текширишда диафрагма гумбази юкорига кутарилган булади

Диафрагма гумбази пастга тушган булади

Диафрагма чегаралари узгармайди

Диафрагма релаксацияси кузатилади

35. Жигар эхинококкида диагностика усулларига кирмайди:

Плетизмография, доплерография

УТТ, лапороскопия, рентгеноскопия

Радиоизотоп сканирлаш, серологик, иммунологик текширишлар

Компьютер томография, целиакография

36. Эхинококк кистаси нечта қаватдан иборат

Ички герминатив, хитин ва фиброз қаватдан

Ички герминатив қаватдан

Герминатив ва хитин қаватдан

Кутукуляр ва фиброз қаватдан

37. Жигар эхинококкида идеал эхинококкэктомия усулига кирмайди

Эхинококк кистасини дренажлаш

Перицистэктомия

Эхинококк билан бирга жигарнинг қисман резекцияси

Киста оёқчада бўлса, уни оёқчасидан кесиш олиб ташлаш

38. Жигар эхинококкининг симптомсиз босқичи, кўпроқ аниқланади:

УЗИ (УТТ) да

Жигар рентгенографиясида

Қонда эозинофиллар ошганда

Холецистографияда

39. Эхинококк қўзғатувчиси асосий хўжайинни:

Ингичка ичагида яшайди

Жигарда яшайди

Тўғри ичакда яшайди

Ҳазм системасида яшайди

40. Эхинококк қўзғатувчиси ғумбак (личинка) шаклида яшайди:

Одамда, майда ва йирик шохли ҳайвонларда

Ит, бўри, шоғолда

Майда ва йирик шохли ҳайвонларда

Факат одамда

41. Эхинококк қўзғатувчиси тасмасимон гижжа шаклида яшайди:

Асосий хўжайинда

Оралик хўжайинда

Асосий ва оралик хўжайинда

Сув хавзаларида, мева ва сабзавотларда

42. Эхинококкоз касаллиги қаерда куп учрайди

Чорвачилик ривожланган жойларда

Дехкончилиқ ривожланган жойларда

Пахтачилиқ ривожланган жойларда

Хамма жойда

43. Йиринглаган жигар эхинококкини қайси асоратлари булмайди. Нотўғри жавобни кўрсатинг:

Жигар гемангиомаси

Перитонит, поддиафрагмал абсцесс

Пиопневмоторакс, эмпиема

Билио-бронхиал окмалар

44. Жигар эхинококкининг йиринглашида кузатиладиган белги:

Тана хароратининг кутарилиши, жигар соҳасида оғриқнинг кучайиши ва б.

Тери копламининг саргайиши

Қурук йуталнинг пайдо булиши

Терида тошмаларнинг пайдо булиши

45. Жигар эхинококкозида тери ва жигар оркали холангиографияга курсатма:

Механик сариклик белгилари

Кистанинг йиринглаши

Кўп сонли эхинококк кисталарининг мавжудлиги

Эхинококк кистасининг жигар дарвозаси соҳасида жойлашиши

46. Эхинококкни даволайдиган махсус дорини курсатинг

Вермокс, мебенда, мебендазол, альбиндазол

Трипсин

Лизоцин

Фибринолизин

47. Эхинококк кистасининг хусусий қобиғи аталади:

Герминатив ва хитин қобиғи

Фиброз қобиғи

Туғма қобик

Каттиклашган қобик

48. Қайси аъзо ўпка эхинококки билан бир вақтнинг ўзида эхинококк билан зарарланади ?

Жигар

Талок

Буйрак

Бош мия

49. Ўнг упка ва жигар эхинококки биргаликда келганда сиз қайси оператив кесма усулини танлайсиз?

Торакофренолапаротомия, упка ва жигардан бир вақтда эхинококкэктомия

Торакотомия

Торакотомия упка эхинококкэктомияси 3 ойдан кейин лапаротомия, жигар эхинококкэкт

Биринчи жигар кейинги этапда упка эхинококкэктомияси

50. Жигар нечта сегментдан иборат

8 та

6 та

10 та

7 та

51. Жигарни қайси бойламлари бор Нотугри жавобни курсатинг

Жигар-кизилунгач бойлами

Уроксимон бойлам, юмалок бойлам

Тож бойлам, жигар - 12 бармоқли бойлами

Ўнг ва чап учбукрчак бойлами, жигар меъда бойлами

52. Жигар қайси томирлар оркали қон билан таъминланади

Жигар артерияси ва қопка венаси билан

Жигар артерияси билан

Қопка венаси билан

Киндик венаси билан

53. Жигарнинг унг булагиди қайси сегментлар бор

5-6-7-8 чи сегментлар

1-2-3-4-5 чи сегментлар

1-2-3-4 чи сегментлар

4-6-7-8 чи сегментлар

54. Жигарнинг чап булагиди қайси сегментлар бор

1-2-3-4 чи сегментлар

5-6-7-8 чи сегментлар

4-5-6-7-8 чи сегментлар

7-8-чи сегментлар

55. Организмдаги энг катта безни курсатинг-

Жигар

Талок

Гипофиз

Меъда ости беъи

56. Жигарда нечта сектор ва сегмент мавжуд

5 ва 8 та

8 ва 8 та

2 ва 8 та

2 ва 8 та

57. Жигар корин парда билан кандай уралган

Мезоперитонеал

Интраперитонеал

Субперитонеал

Экстраперитонеал

58. Жигар булакчалари капиллярлари оддий капиллярлардан кандай фарк килади

Купфер хужайралари билан

Шванн хужайралари билан

Пирогов-Ланханс хужайралари билан

Фарк килмайди

59. Жигарда лимфа суюклиги каерда хосил булади

Диссе бушлигида

Шванн хужайраларида

Купфер хужайраларида

Пирогов бўшлигида

60. Жигарни кайси нерв толалари иннервация килади (нотугри жавобни курсатинг)

Қўшимча нерв

Адашган нерв

Қуёш чигали толалари

Ўнг диафрагмал нерв

61. Жигар трансплантациясини ким биринчи булиб муваффакиятли амалга оширган

Старлз

Эаст

Короли

Калне

62. Болаларда жигар трансплантациясига курсатма –

Ўт йуллари атрезияси

Панкреатит

Холецистит

Алкоголли цирроз

63. Жигар трансплантациясига абсолют карши курсатма – (нотугри жавобни курсатинг)

Дарвоза вена тромбози

ОИТС инфекция

Тугма пороклар, Гепатит В, С, Д

Наркомания ва алкоголизм

6 – машгулот

ОЁҚ ВЕНАЛАРИНИНГ ВАРИКОЗ КАСАЛЛИГИ

1. Веналарнинг варикоз кенгайиши субкомпенсация боскичига хос эмас

Трофик яралар

Тери гиперпигментацияси

Шишлар

Дерматит

2. Варикоз касаллигида дифференциал диагноз утказилиши шарт бўлмаган касалликлар

Лериш синдроми

ПТФС

Клиппель-Треноне синдроми

Гемангиомалар

3.Юкорида кўрсатилган даволаш усуллариининг қайси бири веналарнинг варикоз кенгайганида кулланилмайди

Сон-таким сегментини шунтлаш

Эластик бинтлаш

Флебэктомия

Склеротерапия

4.Троянов-Тренделенбург синамаси қайси маълумотни беради

Тери ости юза веналарининг клапан аппарати ҳақида

Чуқур веналар клапан аппарати ҳолати ҳақида

Перфорант веналарнинг клапанн аппарати ҳолати ҳақида

Чуқур веналарнинг утказувчанлиги ҳақида

5.Перфорант вена клапанлар ҳолатини қандай аниқлаш мумкин

ПраттII синамаси

Пратт-Isинамаси

Гаккенбрух синамаси

Шамова синамаси

6.Дельбе-Пертес синамаси ердамида аниқлаш мумкин

Чуқур веналар утказувчанлигини

Юзаки веналар утказувчанлигини

Перфорант веналар утказувчанлигини

Сон артерияси утказувчанлигини

7.Оек веналари варикоз кенгайишида флебографияга курсатма

Марш синамаси шубҳали бўлса

Троянов тренделенбург синамаси мусбат бўлганда

Икки томонлама веналарнинг варикоз кенгайиши

Гаккенбрух синамаси мусбатлиги

8.Проксимал вена ичи флебографиясида аниқлаш мумкин

Енбош веналар утказувчанлигини

Перфорант веналар клапанн ҳолатини

Сон артерияси утказувчанлигини

Ўмров ости артерияси утказувчанлигини

9.Варикоз касаллиги компенсация босқичи учун хос бўлмаган клиник белгини курсатинг

Болдирнинг 2/3 қисмида трофик яралар бўлиши

Тери ости веналарнинг кенгайиши

Оекда огрик ва тулишиш

Кечкурун мушакларнинг кискариши

10. Варикоз касаллиги декомпенсация босқичи учун хос бўлмаган клиник белгилар

Панжаларнинг совук қотиши

Терининг гиперпигментацияси

Трофик яралар

Веналарнинг илон изисимон кенгайиши

11. Варикоз касаллигида дифференциал диагностика қилиш керак эмас

Лериш синдроми

ПТФС билан

Клиппел-Треноне синдроми

Артерио-веноз окмалари

12. Варикоз касаллигининг асоратлари бўлиб ҳисобланмайди

Панжа гангренази

Трофик яралар

Кенгайган веналар тромбофлебители

Варикоз тугунларидан қон қетиш

13. Варикоз касаллигида курсатилган операция турларидан қайси бири қулланилмайди

Палма-Эсперон

Беккокк

Линтон

Нарат

14. Троянов тредленбург синамаси мусбатлиги нимадан далолат беради

Катта тери ости венасининг клапан етишмовчилиги хакида

Чукур веналарнинг клапан етишмовчилиги хакида

Перфорант веналарнинг етишмовчилиги хакида

Артериовеноз окмалар мавжудлиги хакида

15. Перфорант веналарнинг утказувчанлигини қандай аниқланади

Пратт 2 синамаси

Пратт 1 синамаси

Гаккенбрух синамаси

Шамова синамаси

16. Қайси клиник қуринишлар веналарнинг варикоз кенгайишини компенсация босқичига хос эмас

Болдирнинг пастки қисмида трофик яраларнинг ҳосил бўлиши

Тери ости веналарининг кенгайиши

Мушакларнинг кечга яқин тортишиб қолишлари

Қун охирида оекларда шишлар пайдо бўлиши

17. Чукур веналарнинг ўтказувчанлиги қуйидаги синама орқали аниқланади

Дельбе-Пертес

Броди-Троянов Тренделенбург синамаси

Гаккенбрух синамаси

ПраттII

18. Клиппель-Треноне синдромининг асосий симптомлари

Венанинг варикози, томирли еки пигментли доғлар, оекнинг узайиши

Венанинг варикози, оекларнинг узайиши, артерия-веноз окмалар

Венанинг варикози, трофик яраларнинг, периферик артерияларда пульс йуклиги

Тизза бугимлари соҳаларида яраларнинг ҳосил бўлиши

19. Паркс -Вебер-Рубашов касаллигининг асосий клиник симптомлари

Веналарнинг варикози, оекларнинг узайиши, артерио-веноз окмалар

Веналарнинг варикози, пигментли доғлар, оекларнинг узайиши

Веналарнинг варикози, трофик яралар, периферик артерияда пульс йуклиги

Тизза бугимлари соҳаларида яраларнинг ҳосил бўлиши

20. Тери ости веналарининг клапан етишмовчилигини аниқлаш учун қуйидаги синамалар қуйилади

Гаккенбрух

Дельбе-Пертес

ПраттII

Шейнис

21. Чукур веналар утказувчанлигини қуйидаги синамалар ердамида аниқлаш мумкин

Дельбе-Пертес

ПраттII

Гаккенбрух

Шейнис

22. Оекнинг чукур веналари орқали неча фоиз қон юрак томонга оқади

80-90%

80%

75%

50%

23. Веналар варикоз кенгайишида қулланиладиган оператив усуллар (Нотугри жавобни курсатинг

Пальма операцияси
Троянов-Тренделенбург
Беккок операцияси
Нарат операцияси

24. Юза веналардан неча фоиз кон олади

10-20 %
30-40%
60-70 %
80-90%

25. Линтон операцияси бу:

Коммуникант веналарни фасция тагидан боғлаш
Катта тери ости венасини боғлаш
Коммуникант веналарни фасция юкорисидан боғлаш
Тромбэндартерэктомия

26. Коккет операцияси кулланилади:

Коммуникант веналар етишмовчилиги
Ўткир мезентериал тромбозда
Ўткир флеботромбозда

Тери ости веналари варикоз кенгайганда

27. Паркс-Вебер-Рубашов синдромини даволашга қаратилган

Артерио-веноз окмаларини бартараф этишга
Варикоз кенгайган веналарни бартараф этишга
Веналар аневризмасини бартараф этишга
Тромбофлебит профилактикасига

28. Педшет-Шреттер-Кристелли синдроми сабаблари:Нотўғри жавобни кўрсатинг

Буйин ковургасининг булиши
I-чи ковургани юкори туриши
Умров ости мускулларини гипертрофияси
Кичик кукрак мускули гипертрофияси

29. Педшет-Шреттер синдиروмига характерли:

Қўлда шиш,цианоз,юза веналарнинг кенгайиши ва таранглашиши
Огрик,некроз,совук котиш
Цианоз,пульснинг йуқолиши,парестезия
Цианоз,бармоқлар некрози, тери оқариши

30. ПТФСнинг умумий симптомларини санаб беринг Нотугри жавобни курсатинг

Артерио-веноз окмалар
Тукималар индукцияси
Тропик яралар
Веналарнинг иккиламчи кенгайиши

31. Флебопатология жаррохлигида кулланивчи асосий диагностика усуллари, нотугри жавобни курсатинг

Электроэнцефалография
Махсус синамалар
Вена босимини улчаш
Флебография

32. Коммуникант ва чуқур веналарнинг клапанлари етишмовчилигида веноз кон оқими йуналиши, нотўғри жавобни кўрсатинг

Артериялар томонга
Юрак томон
Юза веналари томон

Чуқур веналардан юза веналарга

33. Флебографияга кўрсатма, нотугри жавобни курсатинг

Оек бармоқлари гангренази
ПТФС

Салбий функционал синамалар
 Трофик яраларнинг рецидивлари

34. Клиппел-Треноне синдромида оператив даво усули
 Асоратлар кузатилганда оёқ ампутацияси
 Флебэктомия
 Физиотерапия муолажалари
 Линтон операцияси

35. Флебграфияга монеликлар, нотугри жавобни курсатинг
 Трофик яраларда ялликланиш аломатлари
 ПТФСнинг барча турлари
 Йодли препаратларни кутара олмаслик
 Варикоз кенгайиши 1-боскичи

36. Варикоз касаллиги рецидивининг сабаблари:
 Артериовеноз окмалар
 Артерияларнинг облитерацияси
 Лимфостаз
 Жисмоний зурикишлар

37. Варикоз касаллигида трофик яралар кузатилади:
 Декомпенсация боскичида
 Субкомпенсация боскичида
 Компенсация боскичида
 Лимфостаз

38. Варикоз кенгайган веналардан кон кетишда бажарилади:
 Флебэктомия
 Веналарни боглаш
 Электродиатермокоагуляция
 Гемостатик терапия

39. Коммуникант веналарни текширувчи синамалар, нотугри жавобни курсатинг
 Дельбе-Пертес
 Тальман
 Феган
 Пратт 2

40. Сон сохасида килинадиган Червяков буйича кесма билан кайси операция бажарилади
 Троянов-Тренделенбург
 Нарат
 Веденский
 Маделунг

41. Сон веналарининг клапан аппарати холати ва енбош веналарнинг утказувчанлигини нима ердамида аниклаш мумкин
 Проксимал флебография
 Рентгеноскопия
 Целиакография
 Коронорграфия

42. Фелдер операцияси бажарилади:
 Варикоз касаллигида
 Облитерацияловчи эндоартериитда
 Облитерацияловчи атеросклерозда
 ПТФС да

43. Нарат операцияси бу:
 Кенгайган веналарни кичик кесмалар ердамида олиб ташлаш
 Коммуникант веналарни фасция устидан боглаш
 Тери ости веналарини атрофидаги тукималар билан биргаликда олиб ташлаш
 Флебоэкстрактор ердамида веналарни олиб ташлаш

44. Беккокк усулида флебэктомия бажарилади:

Гризенди зонди ердамида
Катетер фогарти ердамида
Грюнциг катетери ердамида
Тугмали зонд ердамида

45. Дельбе-Пертеснинг марш синамаси ердамида аниклаш мумкин:

Чукур веналар утказувчанлигини
Тери ости веналарининг утказувчанлигини
Сон артерияси утказувчанлигини
Коммуникант веналар ўтказувчанлигини

46. Варикоз касаллигининг субкомпенсация босқичига хос булмаган белги:

Болдир пастки сохаларидаги трофик узгаришлар
Тери ости веналарининг кенгайиши
Оеклардаги огирлик сезгиси
Оекдаги кечки пайт огриклар

47. Варикоз касаллигининг асоратига кирмайди:

Панжа гангренази
Трофик яралар
Кенгайган веналарнинг тромбофлебиди
Варикоз кенгайган веналардан кон окиши

48. Варикоз касаллигининг асорати:

Тери ости веналарининг ўткир тромбофлебиди
Панжа гангренази
Оқсоқланиш

Дерматит, сон артерияси тромбози

49. Варикоз касаллигида склерозловчи терапияга курсатма:

Тери ости веналарининг қисман кенгайиши
Терининг йирингли касалликлари
Чукур веналар утказувчанлигининг бузилиши
Облитерацияловчи эндоартериит ва атеросклероз

50. Коккет операцияси бажарилади:

Варикоз касаллигида
Кутарилувчан тромбофлебитда
Облитерацияловчи эндоартериитда
Чукур веналар тромбозиди

51. Нормида веноз кон оқими қуйидаги омиллар ердамида таъминланади, нотугри жавобни курсатинг

Корин олд девори мушакларининг қисқариши
Капилляр орқали утган қоннинг қолдиқ қосими
Болдир ва соннинг мушак веноз қосими
Юрак диастола пайтидаги қуриш қусуқияти

52. Варикоз касаллигида трофик узгаришлар қупинча қуйидаги соҳада пайдо булади

Коккет қонасида
Соннинг пастки қчилигида
Болдирнинг юқори қчилигида
Латерал тупик соҳасида

53. Варикоз касаллигида трофик яралар патогенезига ётади / Нотугри жавобни курсатинг

Артериал оқимнинг бузилиши
Маҳаллий веноз қимланиш
Сурункали ишемия

Нерв туқималарининг зарарланиши

54. Оек веналари учала системасида қлапан етишмовчилиқ юзага қелганда нима ҳақида фикр қуриши мумкин

Тотал веноз етишмовчилиғи
Юрак унғ қисмларининг гипертрофияси

Атривентрикуляр клапан етишмовчилиги

Посттромбофлебитик синдром

55. Флебграфияга курсатма, Нотугри жавобни курсатинг

Гольдфлам синамасы мусбат булганда

Веналарнинг варикоз касаллигидаги функционал синамалар ноаниклиги

ПТФС да

Варикоз касаллигида

56. Флебграфияга монелик:

Йодли препаратларга юкори сезувчанлик

Сон ва болдирдаги келиб чиқиши ноаник булган шиш, огрик ва трофик яраларда

Веналар варикоз касаллигидаги функционал синамалар ноаниклиги

ПТФСнинг барча шаклларида

57. Варикоз кенгайган тугунларни ипак, лигатуралар ердамида тери оркали боглаш бу:

Коккет

Норат операцияси

Линтон операцияси

Шеде операцияси

58. Клиппель-Треноне синдромини биринчи марта таърифлаган олим:

Адамс

Клиппел

Треноне

Вебер

59. Паркс Вебер Рубашев касаллигини таърифлаган олим: Нотугри жавобни курсатинг

Адамс

Вебер

Рубашев

Паркс

60. Веноз кон кетишида жгут куйилади:

Жарохатдан дисталрок

Жарохатдан проксималрок

Жарохат устидан

Барчаси тугри

61. Вена бушлигини асептик яллиғланишини чакирадиган оператив усул:

Склеротерапия

Веденский операцияси

Шеде Кохер чоклари

Фелдер операцияси

62. Склеротерапияда вена кон томирининг диаметри неча см гача булганда килинади

1 см гача

2 см гача

3 см гача

4 см гача

63. Беморларнинг неча фоизда склеротерапиядан сунг рецидив кузатилади

8%

20%

30%

40%

7- машгулот

ОЁҚ ЮЗА ВА ЧУҚУР ВЕНАЛАРИНИНГ ТРОМБОЗИ ВА ТРОМБОФЛЕБИТИ. ПОСТРОМБОФЛЕБИТИК СИНДРОМ.

1.Тери ости веналарининг уткир тромбофлебитига хос белгилар

Огрик, тери гиперемияси, веналар буйлаб таранглик белгиси

Огрик,шишлар, тери цианози

Огрик,тери гиперемияси,хоманс белгисининг мусбатлиги

Огрик,тери цианози,монопарез

2.Веналарнинг варикоз кенгайиши субкомпенсация боскичига хос эмас

Трофик яралар

Тери гиперпигментацияси

Шишлар

Дерматит

3.Варикоз касаллигида дифференциал диагноз утказилиши шарт булмаган касалликлар

Лериш синдроми

ПТФС

Клиппель-Треноне синдроми

Гемангиомалар

4.Юкорида курсатилган даволаш усулларининг кайси бири веналарнинг варикоз кенгайганида кулланилмайди

Сон-таким сегментини шунтлаш

Эластик бинтлаш

Флебэктомия

Склеротерапия

5.Веноз тромбозлари ривожланишида нима роль уйнамайди

Беморнинг еши

Қон окимининг пасайиши

Гиперкоагуляция

Эндотелийнинг шикастланиши

6.Огрик ,шиш ва тери цианози кайси касалликга хосдир

Чукур веналарнинг уткир тромбози

Тери ости веналарининг тромбози

Лериш синдроми

Магистрал артерияларнинг тромбози

7.Веналар тромбозини келиб чиқиши учун нима аҳамиятга эга эмас

Беморнинг еши

Қон окиш тезлигининг секинлашуви

Гиперкоагуляция

Эндотелийнинг жароҳатланиши

8.Юзаки веналарнинг уткир тромбофлебити учун куйидаги триада хос

Огрик тери кизариши,ва вена йуналиши буйлаб зичланиш

Огрик,тери кизариши,хоманс симптомининг мусбат булиши

Оекларда огрик,шиш,терининг кукариши

Огрик ,тери кукариши,монопарез

9.Кайси вена касаллиги учун огрик терининг кукариши ва оеклардаги шишлар хос

Чукур веналарнинг уткир тромбози

Юзаки веналарнинг уткир тромбози

Лериш синдроми

Такаясу синдроми

10. Троянов-Тренделенбург синамаси кайси маълумотни беради

Тери ости юза веналарининг клапан аппарати хакида

Чукур веналар клапан аппарати ҳолати хакида

Перфорант веналарнинг клапан аппарати ҳолати хакида

Чукур веналарнинг утказувчанлиги хакида

11. Перфорант вена клапанлар ҳолатини кандай аниклаш мумкин

ПраттII синамаси

Пратт-Isинамаси

Гаккенбрух синамаси

Шамова синамаси

12. Дельбе-Пертес синамаси ердамида аниклаш мумкин

Чукур веналар утказувчанлигини

Юзаки веналар утказувчанлигини

Перфорант веналар утказувчанлигини

Сон артерияси утказувчанлигини

13. Оек веналари варикоз кенгайишида флебографияга курсатма

Марш синамаси шубхали булса

Троянов Тренделенбург синамаси мусбат бўлганда

Икки томонлама веналарнинг варикоз кенгайиши

Гаккенбрух синамаси мусбатлиги

14. Проксимал вена ичи флебографиясида аниклаш мумкин

Енбош веналар утказувчанлигини

Перфорант веналар клапан ҳолатини

Сон артерияси утказувчанлигини

Ўмров ости артерияси утказувчанлигини

15. Варикоз касаллиги компенсация боскичи учун хос булмаган клиник белгини курсатинг

Болдирнинг 2/3 қисмида трофик яралар бўлиши

Тери ости веналарнинг кенгайиши

Оекда огрик ва тортишиши

Кечкурун мушакларнинг тортилиши

16. Варикоз касаллиги декомпенсация боскичи учун хос булмаган клиник белгилар

Панжаларнинг совук қотиши

Терининг гиперпигментацияси

Трофик яралар

Кун охирида болдир ва панжаларнинг шишиши

17. Варикоз касаллигида дифференциал диагностика қилиш керак эмас

Лериш синдроми

ПТФС билан

Клиппел-Треноне синдроми

Артерио-веноз окмалари

18. Чукур веналарнинг утказувчанлиги қуйидаги синама орқали аникланади

Дельбе-Пертес

Броди-Троянов Тренделенбург синамаси

Гаккенбрух синамаси

ПраттII

19. ПТФС нинг ривожланиши қуйидагилар билан боғлиқ

Чукур веналарнинг тромбози

Магистрал артерияларнинг уткир тромбози

Тери ости веналарини тромбофлебити

Веналарнинг варикоз кенгайиши

20. ПТФС қуйидаги клиник қуринишларда бўлади. Нотугри жавобни курсатинг

Индуратив

Шишли огрикли

Ярали

Варикозли

21. Бюргер -Винивартер касаллигида қуйидагилар ҳосдир

Қўчиб юривчи тромбофлебит

Тана охирлари бугимларида тинимсиз огриклар

Оек панжасининг жуда тез некрозга учраши

Тизза бугимлари сохаларида яраларнинг ҳосил бўлиши

22. Тана охирлари гангренашига олиб келувчи шарт -шароитлар қуйидагилардир (Нотугри жавобни курсатинг

Тана охири юза веналарини боғлаб қуйиш

Совук уриши

Шох артериялар эмболияси

Қандли диабет

23. ПТФСнинг симптомлари:

Тери ости венаси кенгайиши, трофик яра, шиш, тана охиридаги огрик

Тери ости веналари кенгайиши, трофик яра, периферияда пульс йуклиги

Веналар варикози, оекнинг узайиши, артерио-веноз окмалар

Тизза бўғимлари сохаларида яраларнинг хосил булиши

24. Оекнинг чуқур веналари оркали неча фоиз кон юрак томонга оқади

80-90%

80%

75%

50%

25. Веналар варикоз кенгайишида кулланиладиган оператив усуллар (Нотугри жавобни курсатинг)

Пальма псатакис

Троянов-Тренделенбург

Беккок операцияси

Нарат операцияси

26. ПТФСнинг даволаш усуллари курсатинг (Нотугри жавобни курсатинг)

Профундопластика

Линтон операцияси

Фельдер операцияси

Коккет операцияси

27. ПТФСни сабабларига қайси бири кирмайди

Периферик артериялар облитерацияси

Чуқур веналарнинг тромбофлебети

Флеботромбоз

Чуқур веналар ўткир тромбози

28. Ок флегмазия сабаби бу:

Периферик артерияларнинг иккиламчи чуқур спазми, веналар тромбозида

Флебогипертензия

Артерияларнинг ўткир тромбози

Чуқур веналарнинг тромбофлебети

29. юза веналардан неча фоиз кон оқади

10-20 %

30-40%

60-70 %

80-90%

30. Оек чуқур веналари тромбозининг асоратлари: Нотугри жавобни курсатинг

Артериал-веноз фистулаларининг хосил булиши

Оек гангренази

"Ок флегмазия"

"Кук флегмазия"

31. ПТФС нинг ривожланиш даражаси нимага боглик

Томирнинг реканализациясига

Артерия этишмовчилигига

Лимфа оқимининг бузилиши

Флебогипертензияга

32. Линтон операцияси бу:

Камуникант веналарни фасция тагидан боглаш

Катта тери ости венасини боглаш

Камуникант веналарни фасция юкорисидан боглаш

Тромбэндартерэктомия

33. Коккет операцияси кулланилади:

Коммуникант веналар етишмовчилиги

Ўткир мезентериал тромбозда

Ўткир флеботромбозда

Тери ости веналари варикоз кенгайганда

34. "Кук флегмазия" сабаби бу:

Флебогипертензия

Артерияларнинг иккиламчи спазми

Артериялар тромбози

Артерия етишмовчилигига

35. ПТФСнинг умумий симптомларини санаб беринг Нотугри жавобни курсатинг

Артерио-веноз окмалар

Тукималар индурацияси

Тропик яралар

Веналарнинг иккиламчи кенгайиши

36. Флебопатология жаррохлигида кулланувчи асосий диагностика усуллари, нотугри жавобни курсатинг

Электроэнцефалография

Махсус синамалар

Вена босимини улчаш

Флебография

37. ПТФСни хирургик даволашда операция пайтида юзага келувчи асоратларни санаб беринг, нотугри жавобни курсатинг

Медиал коллекторларнинг лимфа томирлари ва тугунларини зарарланиши

Кон кетиш

Сон артериясининг шикастланиши

Болдир тери ости нервларининг жароҳатланиши

38. ПТФС да операциядан кейинги даврдаги асоратлар, нотугри жавобни курсатинг

Панжа гангренази

Кон кетиш

Лимфорея

Трофик яра рецидивлари

39. ПТФСнинг патогенезида етакчи роль уйнайди: Нотугри жавобни курсатинг

Жигар функциясининг бузилиши

Вена кон окиб кетишининг бузилиши

Чукур веналарнинг торайиши

Лимфа окишининг бузилиши

40. Коммуникант ва чукур веналарнинг клапанлари емирилганда веноз кон окими йуналиши, нотугри жавобни курсатинг

Артериялар томонга

Юрак томон

Периферияда жойлашган тукималарга

Юза веналари томон

41. Флебографияга курсатма, нотугри жавобни курсатинг

Оек бармоклари гангренази

ПТФС

Салбий функционал синовлар

Трофик яраларнинг рецидивлари

42. Илеофеморал тромбозда кузатиладиган асоратлар, нотугри жавобни курсатинг

Кук флебит

Ок флегмазия

Кук флегмазия

Оек гангренази

43. Коммуникант веналарни текширувчи синамалар, нотугри жавобни курсатинг

Дельбе-Пертес

Тальман

Феган

Пратт 2

44. Сон соҳасида қилинадиган Червяков буйича кесма билан қайси операция бажарилади

Троянов-Тренделенбург

Нарат

Веденский

Маделунг

45. Сон веналарининг клапан аппарати холати ва енбош веналарнинг утказувчанлигини нима ердамида аниқлаш мумкин

Проксимал флебография

Рентгеноскопия

Целиакография

Коронорография

46. Псатакис операцияси қайси касалликда бажарилади

ПТФС да

Варикоз касаллигида

Облитерацияловчи эндоартериитда

Облитерацияловчи атеросклерозда

47. Веноз тромбозларни асосий даволаш усуллари:

Консерватив

Оператив

Актив назорат қилиш

Хаммаси тугри

48. Пастки ковак венаси тромбозида операцияга курсатма

Сон-енбош веналарининг бир томонлама тулик тромбози

Ок флегмазия

Кук флегмазия

Калкиб турган тромб мавжудлиги

49. Мондор касаллиги бу:

Кукрак кафаси ва кукрак беги, тери ости веналари тромбофлебити

Умров ости венаси тромбози

Кучиб юривчи тромбофлебит

Илеофемораль веноз тромбоз

50. Чукур веналар тромбозида қузатилмайди:

Ок дог белгиси

Хоманс белгиси

Лавентебург белгиси

Линтон белгиси

51. Йирингли тромбофлебитида Тромбланган тери ости веналари олиб ташланади

Маделунг усулида

Троянов-Тренделенбург буйича

Бибкокк усулида

Нарат усулида

52. Нарат операцияси бу:

Кенгайган веналарни кичик кесмалар ердамида олиб ташлаш

Коммуникант веналарини фасция устидан боғлаш

Тери ости веналарини атрофидаги туқималар билан биргаликда олиб ташлаш

Тери ости веналарини боғлаб қуйиш

53. Флебэкстрактор ердамида веналарни олиб ташлаш Веноз тромбознинг ҳосил бўлишида роль ўйнамайди:

Беморнинг еши

Кон окимининг секинлашуви

Гиперкоагуляция

Эндотелийнинг шикастланиши

54. Тери ости веналарининг уткир тромбофлебитда куйидаги учлик характерли:

Огрик, тери гиперемияси, веналар буйлаб каттиклашиш

Огрик, шиш, тери цианози

Огрик, тери гиперемияси, Хоманс симптоми

Огрик, тери цианози, монопарез

55. Уткир илеофеморал тромбозда шиш каергача таркалади

Панжадан чов сохасигача

Панжагача

Болдиргача

Иккала оекгача

56. ПТФС нинг клиникаси, нотугри жавобни курсатинг

Оксокланиш синдроми

Оеклардаги шиш

Тери ости веналарининг кенгайиши

Тери гиперпигментацияси

57. ПТФС ни даволаш комплексига кирмайди

Флебосклерозловчи препаратлар

Вена тонусини оширувчи препаратлар

Дезагрегантлар

Кичик молекулярли декстранлар

58. ПТФСни клиник формаларига киради, нотугри жавобни курсатинг

Некротик

Шишли- огрикли

Варикозли

Ярали-индуратив

59. Тромбофлебит сабабларига кирмайди:

Бош миядаги усмалар

Узок муддатда тушакда етиш

Автомобилни узок вақт бошқариш

Чанок усмалари

60. ПТФСда операциядан сунгги даврдаги асоратларни санаб беринг, нотугри жавобни курсатинг

Панжалар некрози

Оёк шишуви

Кон кетиш

Трофик яралар рецидивлари

61. Чукур веналар, ўткир тромбозда кузатилади:

Огрик, тери цианози, шишлар

Огрик, трофик яралар, периферик артерияларда пульснинг паса йиши

Огрик, субфациал шишлар, порциал контрактура

Огрик, тери цианози Псевдопаралич, периферик артерияларда пулснинг йуқлиги

62. Коккет операцияси бажарилади:

Варикоз касаллигида

Кутарилувчан тромбофлебитда

Облитерацияловчи эндоартериитда

Чукур веналар тромбозда

63. Чукур веналар тромбозда кузатилдиган белги:

Хоманс белгиси

Панченко белгиси

Плантар ишемия белгиси

Оксокланиш белгиси

Аорта равоғи окклюзион касалликлари. Аорта артериал қон-томирлар системаси анатомо-физиологияси.

Текшириш усуллари. Носпецифик аортаартериит, жаррохлик амалиёти

1.Артерияларнинг шунтлаш операцияси қуйидаги касалликларда бажарилади

Облитерацияловчи атеросклерозда

Облитерацияловчи эндоартериитда

Рейно касаллигида

Хўл гангренали облитерацияловчи атеросклерозда

2.Оек кул артерияларнинг облитерацияловчи касаллигини диагностикаси учун қуйидагилар тавсия этилади(Нотугри жавобни курсатинг)

Флебография

Артериография

Осцилография

Допплероманометрия

3.Қуйидаги келтирилган материаллардан қайсисини артерияларнинг реконструкцияси учун ишлатиб бўлмайди

Полиэтилен найчалар

Аутовена

Консервланган киндик венаси

Дакрондан тайёрланган сунъий томирлар

4.Артериографияда қуйидагиларни аниклаш мумкин

Артерияларнинг атеросклеротик торайиши еки окклюзияси

Эластик толали тукима фиброзини

Бош чаноги суякларидagi веналарнинг кенгайиши

Венали жумрак феномени

5.Периферик артерия касалликлари учун қуйидагилар хосдир

Огриқ, оқсоқланиш, увишиш, парестезия

Вена босимини ошиши

Капилярлар пульсацияси

Юмшок тукималарда суюкликнинг тупланиши

6.Жаткинс буйича селектив коронарография бу:

Сон артерияси оркали тож артерияларини катетерлаб контраст юбориш

Сон артериясини пункция килиб контраст юбориш

Вальсальви синуси соҳасига контраст юборишга асосланган

Умров ости артериясини катетерлаш ва контраст юбориш

7.Паулин буйича ярим селектив коронарография:

Вальсальви синуси соҳасига кантраст юборишга асосланган

Сон артериясини пункция килиб контраст юбориш

Сон артерияси оркали тож артерияларини катетирлаб кантраст юбориш

Умров ости артериясини катетерлаш ва кантраст юбориш

8.Аортада бажариладиган реконструктив амалиетлар асоратлари(Нотугри жавобни курсатинг

Аорта аневризимаси

Кон кетиш

Инфекция тушиши

Ретромбоз

9.Аорта коронар шунтлаш операциясини биринчи марта бажарган

Фаволоро

Де-Беки

Сабистон

Колесов

10. Атеросклероз атамасини таклиф қилган олим

Марфан

ТФЛонг

Лериш

Дос-Сантос

11. Ангиография булмаган такдирда артериялар окклюзияси диагностикасига ердан беради:

Допплерография

Электромагнит ва ультратовушли флуорметрия

Реовазография

Флебография

12. Бел симпатэктомиyasi бажарилади:

Оекларнинг II даражали ишемиясидан бошлаб

Плантар ишемия белгиси мусбатлигида

Нитроглицеринли синама мусбатлигида

Оёқларнинг IV даражали ишемиясида

13. Дос-Сантос - бу:

Португалиялик олим

Австриялик олим

Француз олими

Инглиз олими

14. Атеросклероз патогенези назарияларини таклиф қилган олимлар, нотугри жавобни курсатинг

Кузин М.И.

Ланг Г.Ф.

Аничков Н.Н.

Мясников А.Л.

15. Атеросклерознинг қайси назариясини Уругвай хирург Пальме тавсия қилган

Гемодинамик назария

Нейрометаболик назария

Тромбоген назария

Барча жавоб тўғри

16. Атеросклероз атамасини биринчи марта таклиф қилган:

Марфан

Ланг

Пальме

Савери

17. Периферик томирларни визуал кузатиш усули бу:

Капилляроскопия

Плетизмография

Сфигмография

Реовазография

18. Периферик кон айланиш ҳолатига баҳо берадиган усул:

Реовазография

Фоноангиография

Капилляроскопия

Тери электр термометрияси

19. Жаткинс буйича селектив коронаграфия бу:

Тож томирларни, сон артерияси орқали катетерлаб контраст юбориш

Вальсальви синуси орқали контраст модда юбориш

Тож томирларни, елка артерияси орқали катетерлаб контрастлаш

Тож томирларни, уйку артерияси орқали катетерлаб контрастлаш

20. Соунс буйича селектив коронаграфия бу:

Тож томирларни, ўмров ёки елка артерияси орқали катетерлаб контрастлаш

Тож томирларни, сон артерияси оркали катетерлаб контраст юбориш

Вальсальви синуси оркали контраст модда юбориш

Тож томирларни, уйку артерияси оркали катетерлаб контрастлаш

21. Артериал кон кетишни вақтинчалик тухтатиш учун жгут қуйилади:

Қонаётган жароҳатдан проксималроқ

Қонаётган жароҳатдан дисталроқ

Қонаётган жароҳат устига

Барча жавоб тўғри

22. Артериал тромбоз бу:

Артерия узанида кон ивиндисини ҳосил бўлиши

Артерия узанини ёғ билан бекилиши

Артериал стеноз

Қон томирларнинг окклюзияси

23. Қуйидагилардан қайси бири носпецифик аортоартериит клиникасига ҳос эмас

Геморрагик инсултлар

Ишемик инсультлар

Артериал гипертензия

Орттирилган юрак етишмовчилиги

24. Қуйидагилардан қайси бири носпецифик аортоартериитга ҳос диагностик критерий ҳисобланади

Елка артерияларида пульсинг ҳар хиллиги ёки бўлмаслиги

Беморда гиперспленизм гепатомегалия

Касаллик 40-50 ёшдан сунг бошланади

Оёқларда каттик шишлар ва петехиялар бўлиши

25. Қуйидагилардан қайси бири носпецифик аортоартериит клиникасига ҳос эмас

Жигар ва талок ҳажмининг катталашиши варикоз кенгайишлар асцит

Оёқ-қўлларда оқариш ҳаракатнинг пасайиши оғриқ

Зарарланган артерия устида систолик шовқин эшитилиши

Елка артерияларида пульсинг ҳар хиллиги

26. Носпецифик аортоартериитда кузатиладиган умумий белгилар Нотугри жавобни топинг

ЭЧТ нинг камайиши, семириш, уйқунинг бузилиши

Умумий ҳолсизлик, уйқучанлик, ЭЧТ нинг ошиши

Озиш, уйқучанлик, ЭЧТ нинг ошиши

Температура, ЭЧТ нинг ошиши

27. Носпецифик аортоартериитда физикал текшириш натижалари

Окклюзияланган томир устида систолик шовқин

Окклюзияланган томир устида диастолик шовқин

Юракда бедана ритми

Мушук хириллаши

28. Носпецифик аортоартериит диагностикасида энг информатив инструментал текшириш усули:

Аортография ва селектив ангиография

УЗИ ва контраст урография

Аортография ва флюорография

ЭКГ ва дуплексли сканерлаш

29. Носпецифик аортоартериит касаллигини қайси касалликлар билан дифдиагностика қилинади

Вазоренал гипертензия ва абдоминал ишемия

Ўпка гипертензияси

Педжет-Шрөтер касаллиги

Мезентериал тромбоз ва жигар циррози

30. Томир ичига контраст юборганда унинг рентгенографик тасвирининг чиқишининг сабаби;

Контраст модданинг зичлигининг юқорилиги

Контраст зичлигининг камайиши

Контраст модданинг рентген нурларини утказувчанлиги

Контраст модданинг рентген нурларини утказмаслиги

31. Ангиография асоратлари. Нотўғри жавобни кўрсатинг

«канавка» белгиси

Қон кетиш

Аллергик реакция

Эмболия

32. Артериал қон томирларнинг окклюзияловчи ва стенозловчи касалликларнинг туғма интравазал сабаблари ?

Аневризма стеноз

Диафрагманинг медиал оёқчаси билан қисилиши .

Облитерацияловчи атеросклероз .

Чандиқлар ва ўсмалар

33. Артериал қон томирларнинг окклюзияловчи ва стенозловчи касалликларнинг орттирилган экстравазал сабаблари?

Остеофит, инфильтратлар

Облитерацияловчи атеросклероз

Стеноз, аневризма, артериовеноз окмалар

Периартериал фиброз нерв толалари билан босилиши

34. Атеросклероз патогенезида нейрометаболитик назарияни кимлар таклиф қилган?

Н.Н Аничков, Н.Ф.Ланг

А.Л. Мясников, М.И.Кузин

В.С. Савельёв, Н.Н. Аничков

С.Т .Доттер, Г.Ф.Ланг.

35.Оёқ дистал артерияларининг яллигланиш касаллиги?

Облитерацияловчи эндартериит

Носпецифик ярали колит

Атеросклероз

Носпецифик аортоартериит.

36.Чалканча ётган бемор оёғини кутариб тизза бўғимида 45 градусда 1мин бўкиб туриши натижасида товон оқариши қайси синама ?

Оппель синамаси

Троянов-Тределенбург синамаси

Пратт- 2 синамаси

Делбе-Пертес синамаси

37.Томирлар ҳолатига баҳо берадиган оёқ-қўлларнинг симметрик сохалардаги артериялар пульсациясини аниқлаб таккослашга имкон берадиган усул?

Пальпация

Перкуссия

Аускультация

Аортография

38.Самуэльс синамаси бу?

Бемор чалканча ётган ҳолда 2та оёғини кутариб, болдир товон бугимида букиб-ёзиб ҳаракат қилганда товонда оқаришнинг пайдо бўлиши.

Бемор вертикал ҳолда турганда оёғини 45 С га букиш натижасида товонда оқариш пайдо бўлиши

Бемор шикастланган оёғини доимий оқарган ҳолда бўлиши.

Беморнинг зарарланган оёғида сезгининг бўлмаслиги.

39.Артериал қон томирларнинг окклюзияловчи ва стенозловчи касалликларда беморларни текширишнинг умумий стационар босқичида қайси усулларда текширилади. Нотўғри жавоб?

Беморлар шикоятлари , анамнези, функционал синамалар.

Лаборатор текширувлар, ЭКГ, ФКГ,

Рентгенологик текширувлар, эндоскопик усуллар,

Офтальмолог, отоларинголог, невропатолог куруви.

40. Со 58 билан нишонланган вит В12 радиактив дозаси перорал кабул килингандан кейин 24 соат ичида сийдик билан ажралишига асосланган усул?

Шелленгер тести

Бурденко тести

Оппель синамаси

Самуэльс тести.

41.Артериал пульсни график кайд килиш усули?

Сфигмография

Реовазография

Плетизмография

Фоноангиография

42.Кон оким бузилишларида томирлардаги шовқинни кайд килиш усули ?

Фоноангиография

Капилляроскопия

Эхо КГ

Пневморетроперитонеография

43.Артериал кон томирларнинг окклюзияловчи ва стенозловчи касалликларни даволашда кулланиладиган поллиатив операциялар . Нотугри жавоб?

Скаленотомия -- нарвонсимон мускулни кесиш

Стеллэктомия , симпатэктомия

Периартериал десимпатизация

Эпинефрэктомия, стеллэктомия

44.Артериал кон томирларнинг окклюзияловчи ва стенозловчи касалликни даволашда қўлланиладиган декомпрессияловчи операциялар. Нотўғри жавобни топинг.

Стеллэктомия. балонли ангиопластика

Скаленотомия, круротомия

Десоляризация, бўйин ковуруғасини резекция қилиш

Круротомия, десоляризация

45.Артериал қон томирларнинг окклюзияловчи ва стенозловчи касалликларни даволашда кулланиладиган радикал операцияларга кирмайди?

Стеллэктомия, скаленотомия

Артерияни резекция қилиш ва протезлаш

Тромбэндартэрэктомия

Р.Э.Х.

46. Баурас катетери ёрдамида тож томирларни сон артерияси оркали катетерлаш усули?

Жаткинс буйича селектив коронография

Соунс буйича селектив ангиография

Электромагнит флоуметрия

Коронарография.

47.Аорта паски кукрак булимини контраст текшириш усули ?

Ретроплеврал пункция

Транслюмбал пункция

Аортаграфия

Коронарография

48.Аорта ва унинг тармоклари ва корин парда орти бушлигининг дифференциал диагностикаси максатида кулланиладиган усул?

Пневморетроперитонеография

Функционал вена ичи урография

Капилляроскопия

Ангиотензиометрия

49.Аорта равогидан чикувчи тармоқлар кайсилар?

a.brachiocefalica, a.clavicularis sinistra, a.caroticus sinistra

a.vertebralis dextra ,a. caroticus dextra et sinistra

a .caroticus communis.

50.Пульс дефекти нима?

Юрак уриш сони билан кулда пульсинг номуносивблиги

Кулда пульсинг умуман булмаслиги

Юракнинг тўхташи

Барча жавоблар тўғри.

51.Truncus brachiocefalica тармоклари?

a.clavicularis dextra, a.caroticus comunis dextra

a.vertebralis dextra et sinistra

a.vertebralis dextra, a.caroticus communis dextra

a.caroticus communis dextra et sinistra.

52.Аортаграфиянинг турлари?

Барча жавоблар тугри

Парастернал пункция

Ретроплеврал пункция

Транслюмбал пункция

53.Тож артерияларини контраст текшириш усули?

Коронарография

Аортаграфия

Артериография

Фоноангиография

54.Беморларни функционал синамалар оркали текширувлар утказилади ?

Амбулатор текширувлар боскичи

Интероперацион текширув боскичи

Умумий стационар боскичи

Хамма жавоблар тугри

55.Кайси усул асосини Допплер эффекти ташкил килади.?

Ультратовушли доплерография

Ангиотензиометрия

Фоноангиография

Буйракларни сканерлар

56.Артериал кон томирларнинг окклюзияловчи ва стенозловчи касалликларни контраст текшириш усуллари?

Барча жавоблар тугри

Артериография

Аортаграфия

Коронарография

57.Аорта ва унинг тармокларини бевоста операция вактида ревизия килиш артерия устида пульсацияни, босимни аниклаш текширишнинг кайси боскичи?

Интероперацион текширув боскичи

Амбулатор текширувлар боскичи

Умумий стационар боскичи

Ихтисослашган стационар боскич.

58. Корин аортаси ва оёқ артериялари атеросклероз, аорта-артерити билан зараланганда контраст модда юбориб пункция килиш?

Транслюмбал пункция

Парастернал пункция

Ретроплеврал пункция

Плеврал пункция

59. Текширишнинг ихтисослашган стационар боскичида утказиладиган текширувлар.

Нотугри жавобни топинг ?

Умуй кон, сийдик тахлили ,ЭКГ,ФКГ

Сфигмография ,плетизмография

Реовазография ,фоноангиография
Капиллярскопия , коронарография

60. Коронарографияга кўрсатма ?

Юрак клапан аппарати паталогияси билан боглик булмаган юрак ритми бузулиши

Иситма ҳолати ,юрак ритмининг огир бузилиши

Йод препаратларига ортикча сезувчанлик

Мияда қон айланишининг уткир бузилиши

61. Коронарографияга қарши кўрсатма ?

Йод препаратларига ортикча сезувчанлик, иситма ҳолати

Типик стенокардия ва бошидан кечирилган миокард инфарктининг клиник манзараси

Инфарк олди ҳолати

Ўткир миокард инфаркти ривожланишининг дастлабки соати

62. Артериал қон томирларнинг окклюзияловчи ва стенозловчи касалликларда тери электр термометрияси аҳамияти?

Чуқур жойлашган тўқималардаги метаболик жараёнлар фаоллиги тўғрисида маълумот беради

Стеноз даражасини аниқлашда аҳамиятли

Юза жойлашган веналар варикоз кенгайишини аниқлашда аҳамиятли

Артериал қон босим ўлчашда аҳамиятли

63. Бемор ўтирган ҳолатда зарарланган оёғини соғлом оёғига чалиштириб ўтиради, агар қон айланиш бузилган бўлса, зарарланган оёқ болдир мушакларда тортишиш, товонда сезгининг йўқолиши, бармоқларда увушиш пайдо бўлади, бу қайси синама

Панченконинг тизза феномини

Гольдфлам синамаси

Оппель синамаси

Бурденко синамаси

9-МАШГУЛОТ

Аорта равоғи окклюзион касалликлари. Такаясу синдроми.

1.Такаясу синдроми учун хос бўлмаган симптом

Бўйиннинг кукариши ва шиши

Бош айланиши

Кўришнинг бузилиши

Бош огриги

2.Такаясу синдроми формаларига кирмайди:

Конн синдроми, Петжетт-Шреттер синдроми

Ўмров ости синдроми, умуртка синдроми

Номсиз артерия ва уйку артериялари синдроми

Умров ости-умуртка синдроми

3.Такаясу синдроми асоратларига кирмайди:

Миокард инфаркти

Ишемик инсульт

Тўлик курлик

Тўлик қарлик, дизартрия

4.Такаясу синдромининг асосий неврологик белгилари, нотугри жавобни курсатинг

Энса мушаклари таранглашуви

Гиперкинезлар

Киска муддатли хуш йукотиш

Тутқанок

5.Бемор 22 ешда бош айланиши, юрганда қалқиш, чап қўлда оғриқ , ва совуқ котиш А/Д ўнг қўлда 120/80 мм сим уст, чап қўлида 80/60 мм сим уст беморда қайси қон томир зарарланган

Чап умров ости артерияси стенози

Чап умров ости артерияси окклюзияси

Уйку артерияси окклюзияси

Брахеоцефал стволи окклюзияси

6. Жаткинс буйича селектив коронарография бу:

Сон артерияси орқали тож артерияларини катетерлаб контраст юбориш

Сон артериясини пункция килиб контраст юбориш

Вальсальви синуси соҳасига контраст юборишга асосланган

Ўмров ости артериясини катетерлаш ва контраст юбориш

7. Паулин буйича ярим селектив коронарография:

Вальсальви синуси соҳасига кантраст юборишга асосланган

Сон артериясини пункция килиб контраст юбориш

Сон артерияси орқали тож артерияларини катетерлаб кантраст юбориш

Ўмров ости артериясини катетерлаш ва кантраст юбориш

8. Такаясу синдроми бу: (Нотўғри жавобни кўрсатинг)

Аорта коарктацияси

Аорта равоги синдроми

Пульс йуклиги касаллиги

Марторелле синдроми

9. Маммар-коронар анастомозининг қуйидаги турлари мавжуд (Нотўғри жавобни кўрсатинг)

Умров ости артериясининг импластикаси

Антеград

Ретроград

Ички кўкрак артериясидан ‘сакровчи’ шунт сифатида фойдаланиш

10. Аорта коронар шунтлаш операциясини биринчи марта бажарган

Фаволоро

Де-Беки

Сабистон

Колесов

11. Такаясу касаллигининг клиник қуринишлари:

Бош оғриғи, бош айланиши, қуришнинг бузилиши

Оекларнинг увишиши

Болдир ва панжадаги интенсив огриклар

Сон артериясида пульснинг йуклиги

12. Такаясу синдроми асоратларига қирмайди:

Миокард инфаркти

Ишемик инсульт

Тулик қурлик

Тулик қарлик, дизартрия

13. Қуйидагилардан қайси бири носпецифик аортоартериит клиникасига хос эмас

Геморрагик инсултлар

Ишемик инсултлар

Артериал гипертензия

Орттирилган юрак етишмовчилиги

14. Қуйидагилардан қайси бири носпецифик аортоартериитга хос диагностик критерий ҳисобланади

Елка артерияларида пулснинг ҳар хиллиги еки булмаслиги

Беморда гиперспленизм гепатомегалия

Касаллик 40-50 ешдан сунг бошланади

Оёқларда каттик шишлар ва петехиялар булиши

15. Қуйидагилардан қайси бири носпецифик аортоартериит клиникасига хос эмас

Жигар ва талок ҳажмининг катталашиши, варикоз кенгайишлар, асцит

Оёқ-қулларда оқариш ҳаракатнинг пасайиши оғриқ

Зарарланган артерия устида систолик шовқин эшитилиши

Елка артерияларида пульснинг ҳар хиллиги

16. Виллиз ва Захарченко халқасидан ўмров ости артериясига қон оқилишининг сабаби.

Ўмров ости артериясида босимнинг пастлиги
Ўмров ости артериясида босимнинг баландлиги
Симптоматик гипертония
Брахеоцефал артерияда тўсиқ бўлиши

17. Умurtка артериялари мия стволида бирикиб қайси артерияни ҳосил қилади

A.bazilaris
A.sybclavia
A.cerebri
A.imma

18. A.bazilaris қаерни қон билан таъминлайди.

Варолев куприги ва миячани
Бош мия энса соҳасини
Узунчок мияни
Бош мия ярим шарларни

19. Умurtка артерияси қайси умurtқалардан ўтади

C1-C6
D1-D5
C2-D5
L1-L5

20. Стилл синдромининг сабаби. Бу...

Умров артерияси огизининг стенози еки оклюзияси
Умurtка артерияси стенози
Аорта равоги аневризмаси
Уйку артерияси стенози

21. Умurtка артерияларининг бирикадиган қисмида қон қуйилиши қайси нервни зарарлантиради

3-4 жуфт нерв
9-10 жуфт нерв
1-2 жуфт нерв
10-11 жуфт нерв

22. Умurtка артерияси қайси артериядан чиқади

Умров артериясидан
Номсиз артериядан
Уйку артериясидан
Аорта равогидан

23. Умurtка артерияси синдромининг экстравазал сабабларига қиради.

Буйин умurtкаси остеохондрози
Лериш синдроми
Стилл синдроми
Умurtка артерияси тромбози

24. Умurtка погонасининг буйин қисми остеохондрозида қандай етишмовчилик кузатилади.

Вертебробазиляр синдром
Стилл синдроми
Коронар синдром
Церебрал синдром

25. Умurtка артериясининг шикастланиши этиологиясига қараб неча гуруҳга бўлинади

2 гуруҳ
4 гуруҳ
3 гуруҳ
5 гуруҳ

26. Умurtка артерияси нечанчи буйин умurtкаси ён ўсиғидан кириб юқорига қўтарилади

C6
C5
C7

C1

27. Умуртқа артериясининг шикастланиши сабабларига кирмайди. (Нотўғри жавоб) :

Каротид синдром

Умуртқа артерияси стенози

Бўйин умуртқаси остеохондрози

Умуртқа артерияси атеросклерози

28. Умуртқа артерияси шикастланишида қандай белгилар кузатилади

Хамма жавоблар тўғри

Эшитиш ва қуришнинг бузулиши

Координациянинг бузулиши

Хушидан кетиш

29. Тақаясу синдромига характерли белгиларни айтинг:

Қўз қуришнинг бузулиши, бош айланиши, хотиранинг пасайиши

Цианоз ва буйиндаги шишлар

Оёқлардаги қон босимининг пастлиги ёки умуман йўқлиги

Юришнинг бузулиши, анизокория, идиосинкрозия

30. Ташқи уйқу артерияси тармоқлари: (нотўғри жавобни курсатинг)

Қалқонсимон без пастки артерияси

Юз артерияси

Энса артерияси

Жағ артерияси

31. Чап умров ости артерияси нимани тармоғи

Аорта равоғи

Умумий уйқу артерияси

Номсиз артерия

Кукрак аортаси

32. Тақаясу касаллиги неча ёшда ва кимларда қўп учрайди?

25-30 ёшдаги аёлларда

30-40 ёшдаги эркекларда

40-60 ёшдаги аёлларда

60-65 ёшдаги аёлларда

33. Тақаясу синдроми бошқача номи. Нотўғри жавобни топинг.

Конн синдроми

Пульс йўқлиги касаллиги

Ёш аёллар артрити

Гигант ҳужайралар артрити

34. Тақаясу синдроми этиологиясига кирмайди:

Туғма юрак нуқсони

Атеросклероз

Носпецифик аорта-артрити

Эндоартериит

35. Аорта равоғи тармоқлари окклюзион касалликларини туғма сабаблари:

Бронхоцефал қон томирларнинг бошланиш аномалияси

Облитерацияловчи атеросклероз

Носпецифик аорта-артериит

Тўғри жавоб йўқ

37. Тақаясу синдромининг аломатларидан бири:

Қўлда артериал пульсация аниқланмаслиги

Некротик ўзгаришлар

Пастки мучалар гангренаси

Ҳаммаси тўғри

38. Тақаясу синдромининг неврологик аломатларига кирмайди:

Қон қусиш ва шокнинг 3-даражаси

Бош оғриғи, бош айланиши

Ҳушдан кетиш, ҳаракат бузилиши

Гиперкинетик синдром

39. Тақаясу синдромининг офтальмологик аломатларини санаб ўтинг

Нистагм, диплопия, қобқили кўрлик, гемианопсия, кўз олмаси мускуллари зарарланиши

Бирдан иккала кўз кўр бўлиб қолиши

Кўзни некрозланиши

Кўз олмасининг чақчайиб чиқиши

40. Тақаясу синдромининг отоневрологик аломатларини санаб ўтинг

Инсулт, тўлиқ карлик, кўрлик, сўзлашнинг бузилиши

Бодомча безининг некротик узғаришлари

Геморрагик инсулт

Тўғри жавоб йўқ

41. Умurtқа артериясининг нечанчи бўйин умurtқаси ён ўсиғидан кириб юқорига кўтарилади?

C6

C5

C7

C1

42. Тақаясу синдромида оператив давога кўрсатма:

Компенсация ва декомпенсация босқичларида

Артериитга ҳос белгиларда

Компенсация босқичида

Тўғри жавоб йўқ

43. Тақаясу синдромини фанга киритган олим:

Тақаясу - 1908 йил

Хуан-Шинянк – 1908 йил

Дельбе-Пертес – 1907 йил

Пациора бўйича - 1906 йил

44. Номсиз артерия синдиromини асосида нима ётади?

Брахиоцефал артерияда кон окимининг бузулиши

Уйку артерияларида кон окими бузулиши

Умров артериясида кон босимининг ошиши

Хаммаси тугри

45. Умurtқа синдиromида кон окими бузулишига атеросклероз сабаб булиши неча фоизни ташкил килади?

70%

75%

80%

80-90%

46. Тақаясу синдиromида операция қилишга монелик киладиган холлар? Нотўғри жавоб.

Оғрик синдиromи аниқ юзага чиккан, кул ишемияси трофик бузилишлари булган умров ости синдиromида

Касалликни ангиоспаститик формалари

Касалликни декомпенсациялашган босқичларда

Инкурабел холат

47. Аорта равоги тармоқларининг иккиламчи торайишига кирмайди.

Носпецифик аорта-артериит

Атеросклеротик

Цифилитик

Катламланадиган аневризма

48. Тақаясу синдиromи клиникасида неча чуқур клиник белгилари кузатилади?

3 та

5 та

8 та

7 та

49. Чап ўмров ости артерияси нимани тармоғи?

Аорта равоғи

Умумий уйку артерияси

Номсиз артерияси

Кукрак аортаси

50. Аорта-артериити тахминан неча % холларда аорта равоғи тармоқларини зарарлайди.

75%

80%

80-85%

60-70%

51. Тақаясу синдромида неча клиник шакл бор?

6 та

9 та

4 та

3 та

52. Тақаясу синдромида етиологияси эркакларда энг куп учрайдиган сабаб?

Атеросклероз

Эндоартерит

Аневризма

Стеноз

53. Аёлларда Тақаясу синдроми ривожланишида энг кўп сабаб бўладиган патологик жараён.

Носпецифик аорта-артериит

Атеросклероз

Фибромускуляр дисплазия

Туғри жавоб йук

54. Тақаясу синдроми асоратларига киради?

Ишемик инсульт

Миокард инфаркт

Мия абцесси

Хаммаси туғри

55. Тақаясу синдроми бу...

Truncus brachiocephalica ва унинг тармоқларининг окклюзияловчи ва стенозловчи касалликдан кейин келиб чиқади

Аорта коарктацияси

Конн синдроми

Иценко-Кушинг касаллиги

56. Умurtқа артерияси қайси умurtқалардан ўтмайди?

C2-D5

C1-C6

C2-C5

C1-C4

57. Умurtқа артерияси қайси артериядан чиқади?

Ўмров ости артериясидан

Аорта равоғидан

Номсиз артерия

Уйку артерияси

58. Умurtқа артериясининг шикастланиши этиологиясига қура неча гуруҳга бўлинади?

2 гуруҳга

4 гуруҳга

6 гуруҳга

8 гуруҳга

59. Аорта коронар шунтлаш операциясини 1-марта қим бажарган?

Сабистон
Фаволоро
Беличенко
Белакоров

60. Такаясу синдиromини ташхис критерийларига кирмайди.

Елка артерияларида пульсинг кучайиши
Елка артериясида артериал кон босимининг 10 мм сим. уст.га фарки
Аорта окклюзияси ёки стенози
Касаллик бошланиши 40 ёшгача

61. Ўмров ости артерияси оғзининг стенози ёки окклюзияси бу...

Стилл синдроми
Оксокланиш симптоми
Номсиз артерия
Кичик порция синдроми

62. Такаясу синдроминанинг кайси клиник формасида Стилл синдроми кузатилади.

Ўмров ости синдроми
Номсиз артерия синдроми
Уйку артерияси синдроми
Қўшма формалари

63. Такаясу синдроми учун нохос симптом.

Буйиннинг шиши ва цианози
Бош оғриғи
Кўришнинг бузулиши
Бош айланиши

10-машгулот

Қорин аортаси окклюзион касалликлари.

Қорин аортасининг юқори ўрта пастки окклюзион касалликлари.

Сурункали абдоминал ишемия.

1.Ишемия даражасига караб эмболэктомия ва фасциотомия қачон курсатилган

Ишемия IIIA боскичида
Ишемия IБ боскичида
Ишемия IIA,Б боскичида
Ишемия IIB боскичида

2.Сурункали абдоминал ишемия синдроми учун хос булмаган симптомларни курсатинг

Пилорик стеноз ва тухтатиб булмайдиган қусиш
Овкатланишдан кейин пайдо буладиган қориндаги оғриклар
Ичаклар дисфункцияси
Ривожланиб боровчи беморнинг озиши

3.Артерияларнинг шунтлаш операцияси қуйидаги касалликларда бажарилдади

Облитерацияловчи атеросклерозда
Облитерацияловчи эндоартериитлар
Рейно касаллигида
Хул гангренали облитерацияловчи атеросклерозда

4.Проксимал энтеропатия бу:

Ичакнинг секретор ва абсорбцион функциясининг бузилиши
Ичакнинг эвакуатор функциясининг бузилиши
Ичак ичи бактериал мувозанатининг бузилиши
Абсорбцион функциянинг бузилиши

5.Терминал колопатия бу:

Ичакнинг эвакуатор функциясининг бузилиши
Ичакнинг секретор ва абсорбцион функциясининг бузилиши
Ичакда бактериал мувозанатининг бузилиши
Абсорбцион функциянинг бузилиши

6.САИС да Шеленгер синамасининг мақсади:

Ингичка ичак абсорбцион функциясини аниклаш
Томир окклюзияси даражасини аниклаш
Йўғон ичак ҳолатини аниклаш
Артериал пульснинг график кайд қилиш

7.Қорин аортаси бифуркацияси ва енбош артерияси зарарланган беморларда ишемиянинг қайси босқичларида оператив даволашга курсатма ҳисобланади

2 Б, 3 ва 4 босқичлар
2 А, 2 В, 3 босқичлар
2 А, 2 В, 3 ва 4 босқичлар
1, 2 А В ва 4 босқичлар

8.Ўзбекистонда қорин аортаси окклюзион касалликлари туғрисидаги таълимотга катта ҳисса қўшган олимлар, Нотўғри жавобни курсатинг

Зокиров И.З.
Каримов Ш.И.
Орипов У.О.
Воҳидов В.В.

9.Қорин ангинасини биринчи марта ангиографик аниклаган олим:

Миккельсон ва Заро
Тадеман
А.В.Покровский
С.М.Курбонгалеев

10. Буйрак артерияларини эндоваскуляр дилатацияси бу:

Доттер усули
Грюнциг усули
Эдвард усули
Б.В.Петровский усули

11. Чап томонлама бел симпатэктомияси операцияси пайтида қайси асоратлар кузатилади

Қорин аортаси ва унинг тармоқларини зарарланиши
Пастки ковак венасининг шикастланиши
Юқори ичак тутқич венасининг зарарланиши
Пастки ичак тутқич венасининг шикастланиши

12. Ўнг томонлама бел симпатэктомияси операцияси вақтида учрайдиган асорат

Пастки ковак венанинг зарарланиши
Юқори ковак венанинг зарарланиши
Пастки ичак тутқич венасининг шикастланиши
Юқори ичак тутқич венасининг шикастланиши

13. Профундопластика операцияси қачон бажарилади

Сурункали абдоминал ишемия синдромида
Облитерацияловчи эндоартериитда
Атеросклерозда
Рейно касаллигида

14. Мезентерал артерия бу:

Қорин аортаси жуфт тармоғи
Қорин стволи тармоғи
Қорин аортаси бифуркацияси тармоғи
Ёнбош артериялар тармоғи

15.Қорин аортаси висцерал тармоқларнинг хроник окклюзион зарарланишлари билан ўтадиган симптомлар комплекси

Сурункали абдоминал ишемия синдроми

Сурункали торакал ишемия синдроми

Юрак миксомаси

Такаясу синдроми

16. Сурункали абдоминал ишемия синдромига қайси клиник белги киради? Нотўғри жавобни кўрсатинг.

Бош айланиши

Ичак дисфункция

Тобора ориклаб кетиш

Оғрик

17. Юқори ичак тутқич артерияси стенозини ким биринчи аниқлаган?

Миккелсон ва Заро

Такаясу

Тадеман

Покровский

18. Сурункали абдоминал ишемия синдроминанинг тугма сабабларига киради. (Нотўғри жавобни курсатинг)

Носпецифик аорта артрити

Гипоплазия, тугма стенозлар

Окмалар, аневризмалар,

Куёш чигали, уроксимон бойлам билан қисилиши

19. С.А.И.С орттирилган интравазал сабабларга киради. (Нотўғри жувобни кўрсатинг).

Ўсмалар, кисталар

Облитерловчи-эндоартерит

Носпецифик аорта артериит

Облитерацияловчи атеросклероз

20. С.А.И.С. нинг тугма интравазал сабаблари

Қорин аортанинг вицерал тармоқлар аномалиялари

Носпецифик аортаартериит

Облитерацияловчи эндоартерит

Облитерацияловчи атеросклероз

21. С.А.И.С. нинг клиник шакллари нотўғри бўлган жавобни топинг

Диарея формаси

Қорин стволи

Юқори ичак тутқичи

Пастки ичак тутқичи

22. Проксимал энтеропатия белгиси қайси қон томир тармоқлари зарарланганда пайдо булади

a. mesenterica superior

a. mesenterica inferior

truncus siliacus

аорта равоғи

23. С.А.И.С да қайси тармоқ зарарланганда оғрик унг сохада булади?

a. mesenterica superior

a. mesenterica inferior

truncus siliacus

аорта бифуркацияси

24. Оғрик мезогастрал сохада сассик кекириш, шиллиқ аралаш нажас чиқиши каби белгилар қайси тармоқ зарарланганда кузатилмайди?

a. mesenterica superior

a. mesenterica inferior

truncus siliacus

truncus bronchosefalica

25. Ошқозоннинг адсорбцион, инкретор функцияларни бузилиши қайси тармоқ зарарланишида кузатилади?

a. mesenterica superior

a. mesenterica inferior

truncus siliacus

Ёнбош артериялари

26. Smail-mail синдроми қайси тармоқ зарарланганда кузатилади?

a. mesenterica superior

a. mesenterica inferior

truncus siliacus

a. hepatica communis

27. Кичик порция симптоми нима?

Овкат оз-оз ейишига ҳаракат қилиши

Овкат қуп ейди

Каттик овкат ея олмайди

Умуман овкат билан боғлиқ эмас

28. С.А.И.Сда ихтисослашган статционар боскичида қайси текшириш усулларида фойдаланади, нотугри жавобни курсатинг.

Сўраб-суриштириши, физикал текширувлар

Корин аортаграфияси

Трансторакал аортаграфия

Селектив мезентерикография

29. Тугри ичак сфинктерлари функциялари пасайиши ахлат қон аралаш бўлиши қайси тармоқ зарарланишида кузатилади?

Пастки ичак туткичи

Корин стволи

Аорта равоғи

Юқори ичак туткичи

30. С.А.И.С интраоперацион боскичда текшириш усуллари?

Электромагнит флоуметрия

Ангиография

Сцинтиграфия

ЭКГ

31. С.А.И.Сда реконструктив операция усуллари

Резекция, шунтлаш

Трансплантация

Вишневский операцияси

Депек усулида операция

32. Артерияда нуқсон урнини тулдириш мақсадида қандай протезлар қуямиз?

Лафсан-фтордан

Корин аортадан

Катта чарвидан

Кичик чарвидан

33. С.А.И.Сда шунтлаш турлари

Аорта-артериал, артериялараро

Вена-венуляр

Артерио-веноз

Аорта-веноз

34. С.А.И.Сда декомпрессияланган операция турлари

Ганглияларни олиб ташлаш, круротомия, қуёш чигалини қирқиш

Резекция

Шунтлаш

Трансплантация

35. ДОС-Сантоз бўйича аортаграфияда пунция усули

Транслюмбал

Ретроплеврал

Трансторакал
Плевропеританеал

36. Шелленгер тести нима?

Витамин B12 билан утказиладган синама
Контраст модда билан синама
Витамин A билан утказиладиган синама
Верографин билан утказиладиган синама

37. С.А.И.Сда текширув усуллари

Аортография
Флебография
Коронаграфия
Флеботонометрия

38. С.А.И.Сда кайси тармок зарарланишда энтерит белгилари кузатилади?

Юкори ичак туткич
Пастки ичак туткич
Корин стволи
Тўғри жавоб йўқ

39. Спастик колит эвакуатор функцияси бузилиши кайси тармок зарланишида кузатилади?

Пастки ичак туткичи
Юкори ичак туткичи
Аорта стволи
Аорта равоги

40. С.А.И.С га хос белги?

Овкатлангандан кейинги огрик
Жигар каттик огрийди
Артериал гипертензия
Юрак санчиги

41. Терминал колонопотияга хос бўлмаган белги

Ичакнинг адсорбцион мотор функциясининг бузилиши
Эвакуатор функцияси бузилган
Куй кумалогидай ахлат
Яралар кузатилади

42. Проксимал энтеропатияга хос бўлмаган белги

Ичакнинг эвакуатор функциясининг бузилиши
Мотор, адсорбсион функцияси бузилиши
Унг сохада огрик
Смайл-майл синдроми

43. С.А.И.Сда килинадиган операция

Профундо пластика
Вишневский операцияси
Палма-эсперон
Торокотамия

44. Қорин аортасининг тоқ тармоқлари

Корин стволи
А. реналис
А. гепатика коммунис
А. гастрика

45. Қорин аортаси тоқ тармоқлари нотугри берилган каторни топинг

a. renalis
m. inferior
m. superior
truncus siliacus

46. Ингичка ичак адсорбсион функциясини аниклашда утказиладиган тест

Шелленгер тести

Лериш тести

Меккелсон

Мандор

47. Буйрак артерияларини эндовоскуляр дилатацияси

Доттер усули

Гронсен

Эдварс

Мондор

48. Корин аортасидан нечта ток тармок чиқади?

3та

2та

1та

Йук

49. Қорин стволидан нечта тармок чиқади?

3та

2та

1та

4та

50. А mesenterica superior..... кон билан таъминлайди

Кориннинг унг ярми

Кориннинг чап ярми

Кизилунгачнинг пастки 1/3 кисми

Диафрагма

51. С.А.И.Сда операция тури. Нотугри булган жавобни топинг

Трансплантация

Шунтлаш

Протезлаш

Анастомоз

52. Шунтлашда зарарланган артерия билан кон оқиш манбаи уртасида нима қуйилади?

Алло ва аутоматериал

Лафсан

Профан

Тугри жавоб йук

53. С.А.И.Сда қайси операция бажарилмайди?

Флебэктомия

Реплантация

Протезлаш

Тромбэндартерэктомия

54. Терминал колонопотияга хос бўлмаган белги

Стиль синдроми

Куй кумалогига ухшаш ахлат

Ич қотиш

Томирлар марвариддай

55. С.А.И.Сда эндоскопик текширув усули. Нотўғри жавобни қўрсатинг

Корин аортаграфияси

Дуоденоскопия

Колоноскопия

Ректоромоноскопия

56. Абдоминал патологияни томирли генезини исботловчи текшириш усули

Корин аортаграфияси

ЭКГ

ФКГ

ЭхоКГ

57.С.А.И.Сда интраоперацион диагностика килиш

Вицерал тармоқларни тафтиш килиш

Юракни текшириш

Тугри ичакни куриш

Ахамиятга эга эмас

58. С.А.И.Снинг орттирилган интравазал сабаби нотугри курсатилган каторни топинг

Чандиклар билан босилиши

Атеросклероз

Облитерацияловчи аортаартериит

Носпецифик эндоартериит

59. С.А.И.Снинг тугма интравазал сабаби

Гипоплазия, аневризма

Облитерловчи атеросклероз

Чандиклар билан босилиши

Усмалар билан босилиши

60. С.А.И.Снинг энг огир окибати

Ичаклар гангренази

Ичаклар пневматози

Ичаклар мотор функциясининг бузилиши

Ичаклар эвакуатор функциясининг бузилиши

61. Проксимал энтеропотияга хос булмаган белги

Стиль синдроми

Марваридга ухшаган томирлар

Мандор симптоми

Small-mail синдроми

62. С.А.И.С да ичак дисфункцияси неча % холларда учрайди?

80%

90%

70%

Учрамайди

63. С.А.И.Сда бириктирувчи тукимага бой суюк ахлат кайси тармок зарарланишга хос?

Юкори ичак туткичи

Корин стволи

a.hepatica communis

Тугри жавоб йук

11- машғулот

Симптоматик артериал гипертензия, вазоренал гипертензия синдроми. Феохромоцитома, Конн синдроми , Иценго-Кушинг синдроми.

1. Вазоренал гипертензия сабаби

Буйрак артерияларининг торайиши

Сийдик йулининг торайиши

Буйрак веналарининг торайиши

Юкстогломеруляр аппаратида узгаришлар

2.Вазоренал гипертензиянинг асосий даволаш усуллари курсатинг

Оператив

Консерватив даволаш

Санатор курорт даволаш

Физиотерапевтик муолажалар

3.Вазоренал гипертензия учун хос эмас:

Сийдик анализида куйидагилар:лейкоцитлар,эпителий ва бактериялар

Қондаги ренин микдорининг ошиши

Ангиограммада буйрак артерияларининг торайганлиги

Қон босими юкорилигининг мутадиллиги, бел сохасида огриклар

4.Вазоренал гипертензияни тасхислаш учун кайси муолажа кулланилмайди

Томир ичи флебографияси

Томир ичи урографияси

Сельденгер буйича ангиография

Реновазография

5.Вазоренал гипертензия этиологиясига караб булади:

Тугма ва орттирилган

Симптоматик ва эссенциал

Функционал ва органик

Буйрак венаси стенози окибатида

6.Вазоренал гипертензиянинг тугма сабабларига киради

Фибромускуляр дисплазия, гипоплазия, буйрак артерияларининг аномалияси

Атеросклероз, носпецифик аортоартериит

Сурункали пиелонефрит, буйракларнинг иккиламчи бужмайиши

Буйрак гипоплазияси, аорта аномалияси

7.Вазоренал гипертензиянинг орттирилган сабаблари:

Атеросклероз, носпецифик аорта артериит буйрак артериялари тромбози

Куп сонли буйрак артериялари

Атеросклероз, буйрак аплазияси

Куп сонли буйрак артериялари склерози, носпецифик аорта артериит,тромбоз ва эмболияси

8.Вазоренал гипертензиянинг асосий диагностика усуллари:

Буйрак ангиографияси, селектив артериография

Зимницкий синамаси

Компьютер томография

Говард - Рапопорт - Стамей синамаси

9.Вазоренал гипертензиянинг хирургик даволаш усулига киради:

Буйрак артерияси дилатацияси, резекцияси, реплантацияси

Буйрак резекцияси

Буйракларнинг эмболизацияси

Буйрак артерияси артериолизиси

10. Вазогенерал гипертензияга характерли белги

Тусатдан гипертензияни болаларда, 30 ешгача шахсларда ривожланиши

Гипертоник криз, бош огриги

Инсульт, юрак етишмовчилиги

Бурундан кон кетиш, бош айланиши

11. Вазоренал гипертензиянинг патогенези:

Конда ангиотензеноген II ошиши, гиперальдостеронизм, катехоламиннинг ошиши

Конда стероидларнинг ошиши

Конда катехоламинларнинг ошиши

Гиперхолестеринемия

12. Вазоренал гипертензияни кайси касалликлар билан дифференсациялаш керак

Феохромоцитом, Иценко-Кушинг, Конн синдроми

Аорта коарктацияси, Лютембахер синдроми

Феохромацитом, Такаясу синдроми

Эссенциал гипертензия, Эйзенменгер синдроми

13. Вазоренал гипертензия белгилари, нотугри жавобни курсатинг

Буйраклар функцияси бузилмайди

Гипертензиянинг хавфли кечиши
Буйрак артериялари проекциясида систолик шовкин
Буйраклар функциясининг чуқур бузилишлари

14. Вазоренал гипертензияни диагностикасига катта аҳамиятга эга:

Ангиография
сийдик анализи
урография
цистоскопия

15. Вазоренал гипертензиянинг тугма сабабларига киради

Буйрак артериялари аневризмалари
Буйрак инфаркти
Носпецифик аорта артерит
Атеросклероз, тугма артериовеноз окмалар

16. Алдостерома бу нотугри жавобни топинг

Итценго - Кушинг синдроми
Конн синдроми
Гипералдостеронизм
Буйрак усти беги пустлок кисмининг копток зонаси усмаси

17. Куйидагилардан кайси бири гипералдостеронизм булиб хисобланади

Итценго - Кушинг синдроми
Конн синдроми
Феохромацитома
Андрозферома

18. Вазоренал гипертензиянинг орттирилган сабабларига киради

Носпецифик аорта артериит
Итсенко - Кушинг синдроми
Буйрак артериялари аневризмалари
Атеросклероз окмалар

19. Симптоматик артериал гипертензияга куйидагиларнинг кайси бири мисол булади
Нотугрисини топинг

Сурункали абдоминал ишемия
Носпецифик аорта артериит
Феохромацитома синдроми
Итсенко - Кушинг синдроми

20. Бошда огрик, куловда шовкин булиши кайси симптоматик гипертензияга хос белги

Вазоренал гипертензия
Церебраль гипертензия
Мия ичи босимини ошиши
Хамма жавоб тугри

21. Конн синдромида кайси гормон куп ишлаб чиқарилади

Альдостерон
Гулюкостероидлар
Адреналин
Андрогенлар

22. Кайси симптом гипералдостеронизмга хос булиб хисобланади **Нотугрисини топинг**

Остеопароз
Артериал босим юкорилиги
Нейромушак симптоми
Буйрак симптоми

23. Алдостерон буйрак каналчаларига кандай таъсир этади

На реабсорбциясини купайтиради
К реабсорбциясини купайтиради
Са реабсорбциясини камайтиради
Умуман таъсир қилмайди

24. Буйрак усти беги магиз кисмидан ривожланадиган усма касаллиги бу

Феохромацитома

Конн синдроми

Итценго - Кушинг синдроми

Андростерома

25. Катехоламинлар гиперсекрецияси натижасида ривожланадиган криз учун хос

Нотугрисини топинг

Остеопароз

Гиперлейкемия

Гулюкозурия

Гиперлейкоситоз

26. Феохромацитоманинг асосий таъсири Нотугрисини топинг

Нейромушак, буйрак типии

Кризли, баркарор

Баркарор, аралаш

Аралаш кризли, баркарор

27. Адrenalэктомия амалиети бажарилади

Хамма жавоб тутри

Феохромацитома

Конн синдроми

Андростерома

28. Буйрак усти беги кобиги тутамли зонасидан ривожланадиган усма бу

Итценго - Кушинг синдроми

Итценго - Кушинг касаллиги

Андростерома

Конн синдроми

29. Ойсимон юз, жинсий заифлик, остеопароз, артериал босимнинг юкррилиги айси касалликка хос

Итценго - Кушинг синдроми

Конн синдроми

Феохромацитома

Андростерома

30. Вазоренал гипертензия сабабини 1 марта аниклаган олим

Гольдблатт

Бейли

Вишневский

Покровский

31. Вазоренал гипертензия билан асосан огрийди :

20-30 ешда

40-50 ешда

50-60 ешда

60-70 ешда

32. Вазоренал гипертензияда кузатилади

Кондаги ренин микдори ошиши

Сийдикнинг юкори зичлиги

Корин стволи артерияларининг ангиограммасида торайиши

Портал босимнинг кутарили

33. Буйрак усти беги пустрок кисмининг коптокча сохасида ривожланадиган хавфсиз усма касаллиги

Конн синдроми

Феохромоцитома

Носпецифик-аорта артериит

Алдостерома

34. Вазоренал гипертензияда буйрак артерияларда кандай шовкин эшитилади?

Систолик
Систола-диастолик шовкин
Ритмик
Диостолик

35. Вазоренал гипертензияда УТТда буйраклар улчами неча смларгача ошади?

1.5см
6см
3см
8 см

36. Серебрал гипертензияга хос белгилар:

Бош огриги, бошда огирлик хиссиёти, кулокларда шовкин, куз соккаларида огрик
Бош огриги, ич кетиши, кулокларда огрик
Кулокларда шовкин, иштахасизлик
Эпигастрал сохада огрик

37. Юракнинг чап булмачасига ортикча огирлик тушиши ва каронар етишмовчилиги билан боғлиқ булган шикоятлар:

Юрак сохасида огрик
Тахикардия, кунгил айниш
Юрак ва бел сохасидаги огрик
Кунгил айниш

38. Иккиламчи гипералдостеронизм учун хос шикоятлар:

Жинсий заифлик
Кунгил айниш, Парастезиялар
Бош огриги, Полиурия
Жинсий заифлик, брадикардия

39. Вазоренал гипертензия даволаш усулини коникарсизлигининг асосий сабаблари:

Нефроангиосклероз
пневмосклероз
Тромбэндоартэктомия
Артерияни резекцияси

40. Феохромоцитома касаллигида

Катехоламинлар микдори ошади
На микдори камаяди
Адреналин микдори камаяди
Диурез кучаяди

41. Феохромоцитоманинг асосий симптоми

Артериал гипертензия
Тана хароратининг ошиши
Гипотония
Кунгил айниш

42. Феохромоцитоманинг пароксизмал турида А\В нечага тенг булади?

250-300мм.сим.уст.
110мм.сим.уст.
90-70мм.сим.уст.
100-200мм.сим.уст.

43. Феохромоситомада сийдикда нима аникланади?

Адреналин
Норалнералин аникланмайди
Ванилил-минолал кислота конда аникланади
17-КС

44. Иценко-Кушинг синдромида бёморларнинг ташки куриниши

Юзи ойсимон
Мармарсимон тери
Горнер симптоми

Соатсимон тирнок

45. Иценко-Кушинг синдромида конда ва сийдикда нима аникланади?

17-кс

Адреналин

Оксил

Гулюкоза

46.Феохромоситома купрок кимларда учрайди.

Ката ешдаги еркакларда

Болаларда

Усмирлар

Чакалок кизларда

47.Феохромоситома патогенезининг асосида нима ётади?

Кателхоламинлар гиперсекрецияси

Кателхоламинлар гипосекрецияси

Сомотатроп гармони

Глюкокартикоидлар

48. Феохромоситоманинг асосий симптоми артериал гипертензия кечиш типлари

Параксизмал, Баркарор, Аралаш

Аралаш , баркарормас

Гипотоник

Утиб кетувчан

49. Сийдикда норадреналин концентрациясининг адреналинга нисбатан юкори булса, усма каерда жойлашган булади?

Буйрак усти беги устида

Буйрак усти беги ичида

Ошкозон ости бегида

Буйрак паренхимасида

50. Феохромоситома касаллиги кандай даволанади?

Адреналэктомия операцияси

Трансплантация операцияси

Буйрак артерияларини шунтлаш

Нефрэктомия

51. Иценко-Кушинг синдромида асосий клиник симптомларини курсатинг

Семизлик, артериал гипертензия

Кахексия, артериал гипертензия

Брадикардия, гипотония

Брадикардия, семизлик

52. Вазоренал гипертензиянинг орттирилган сабабларини курсатинг

Атеросклероз, буйрак инфаркти

Гидронефроз

Буйрак инфаркти, меьда яраси

Полиурия

53. Вазоренал гипертензиянинг тугма сабабларини курсатинг....

Тугма артерио-венoз окмалар

Буйрак веналари аневризмаси

Аорта ва буйрак веналарининг гипоплазияси

Тахикардия

54. Беьморда куйидаги белгилардан кайси бири аникланса, вазоренал гипертензия бор деб тахмин килинади?

Буйрак артериялари устида систолик шовкин эшитилади

Юракда патологик узгаришлар аникланмаганда

Кексаларда хавфсиз кечганда

УТТда буйракларнинг улчами узгармаганда

55. Вазоренал гипертензия диагностикасида энг ишончли усулини курсатинг

Буйраклар ангиографияси

Флюорография

УТТ

Оциллография

56. Буйрак паренхимасининг шикастланиши билан боглик булган касалликларни курсатинг

Пиелонефрит гломерулонефрит

Феохромоситома

Миксома

Бачадон миомаси

57. Буйрак усти беги касалликларини курсатинг

Феохромоцитома, Конн синдроми

Пиэлонефрит

Гломерулонефрит

Сепсис

58. Бош мия касалликлари билан боглик булган артериал гипертензия сабабларини курсатинг

Энцефалит, усмалар, бош мия жарохатлари

Меъда ичак касалликлари

Эндокрин бузилишлари

Энцефалит, меъда яраси

59. Вазоренал гипертензиянинг реконструктив операцияларини курсатинг

Трансаортал эндартэктомия

Нефролитотомия

Нефроэктомия анастомозлаш

Адреноэктомия

60. Кайси касалликда конда ва сийдикда 17-КС аникланади?

Иценко-Кушинг

Феохромоцитома

Алдестерома

Конн синдроми

61. Иценко-Кушинг синдромида оператив даво усулини курсатинг

Адреноэктомия

Нефрэктомия

Шунтлаш

Буйрак артериялари резекцияси

62. Сийдикда кайси касалликда ванилил-миндал кислота аникланади?

Феохромоцитома

Конн синдроми

Миксома

Алдостерома

63. Вазоренал гипертензия текшириш усулларини курсатинг

Амбулатор боскич, умумий стационар боскичи, ихтисослашган стационар боскичи, интероперацион боскичи

Амбулатор боскич, анамнез йигиш

Физикал текширишлар боскичи

Объектив текширишлар боскичи

12- машгулот

**Оёқ артериялари окклюзион касалликлари.
Лериш синдроми. Облитерацияловчи атеросклероз.
Облитерацияловчи эндоартериит. Бюргер касаллиги.
Рейно касаллиги. Диабетик ангиопатия.**

1.Рейно касаллиги босқичлари

Ангиоспастик, ангиопаралитик, трофопаралитик

Ангиоспастик нейропаралитик

Спастик, дистрофик

Нейролептик, дистрофик

2.Бюргер -Винивартер касаллигида куйидагилар хосдир:

Юза веналар кўчиб юрувчи тромбофлебити биргаликда облитерацияловчи эндоартериит

Тана охирлари бугимларида тинимсиз огриклар

Оек панжасининг жуда тез некрозга учраши

Тизза бугимлари сохаларида яраларнинг хосил булиши

3.Облитерацияловчи атеросклерозни консерватив даволашда қўлланиладиган замонавий дори воситаларини айтинг

Трентал, простовазан, вазопростан

Реополиглюкин

Ностероид препаратлар

Никотин кислотаси

4.Магистрал артерияларнинг окклюзион зарарланишида куп учрайдиган сабаб булиб хисобланади

Атеросклероз

Облитерацияловчи эндоартериит

Аортоартериит

Кўрсатилганларнинг ҳеч қайсиси

5.Облитерацияловчи эндоартериитда купинча зарарланади

Панжа ва болдир артериялари

Аорта

Йирик калибрли артериялар

Бир хил даражада ҳамма кон томирлар

6.Облитерацияловчи эндоартериит билан кўпинча касалланади

Ўсмир ешдаги эркалар

Ўрта ва кекса ешдаги эркалар

Аеллар

Бир хилда эркалар ва аеллар

7.Оекларнинг сурункали ишемиясига хос белгини курсатинг

Вакти вақти билан буладиган оксокланиш

Оекларнинг кучли шишиши

Веналар йуналиши буйлаб кизариш ва огриклар булиши

Хоманс белгисининг мусбатлиги

8.Оёқларнинг сурункали ишемиясининг қайси босқичи учун қайталанувчи оксокланиш хос (Нотўғри жавобни курсатинг):

4 чи босқичи учун

1 чи босқичи учун

2 чи босқичи учун

3 чи босқичи учун

9. Қандли диабет билан оғриган бемор 26 ёшда унғ оёғидаги доимий азоб берувчи огрикларга шикоят қилади, оёқларни пастга туширган ҳолатда ухлайди, куздан кечирилганда унинг оек панжаси қукимтир рангда, ушлаб қурилганда совук панжа артерияларида пульсация аниқланмайди. Сизнинг ташхисингиз:

Диабетик ангиопатия

Облитерацияловчи атеросклероз - ишемиянинг 2 чи босқичи

Облитерацияловчи эндоартериит - ишемиянинг 3 чи босқичи

Облитерацияловчи эндоартериит- ишемиянинг 4 чи босқичи

10. Лериш синдроми учун хос бўлмаган симптомни курсатинг

Веналарнинг варикоз кенгайиши

Қайталанувчи оксоклик

Импотенция

Сон артериясида пульсациянинг аниқланмаслиги

11. Бемор 23 ёшда юрганда камбаласимон мушаклардаги оғриқга 1000 метр юрганда оксоқланиш симптоми ёки панжасидаги совук котиш ва қарахтлик ҳолати, болдир тоvon пульсация пасайган. Сизнинг ташхисингиз:

Облитерацияловчи эндоартериит

Ўткир тромбофлебит

Аорта бифуркацияси эмболияси

Илиофеморал тромбоз

12. Лериш синдромида аортография бажарилади:

Дос-Сантос бўйича

Сельдингер бўйича

Елка артериясини пункция қилиш билан

Сон венаси орқали

13. Лериш синдромида бажариладиган операциялар

Икки томонлама аорта ва сон артериясини шунтлаш

Катта чарвини кучириб утқиши

Артерио веноз фистула қуйиш

Бел симпатэктомияси

14. Тана охирилариинг уткир ишемиясининг сабаблари

Ўткир артериал тромбоэмболияси

Сон артериясининг стенози

Чуқур веналарнинг уткир тромбози

Хамма сабаблар

15. Ишемия даражасига қараб эмболэктомия ва фасциотомия қачон қурсатилган

Ишемия IIIA босқичида

Ишемия IБ босқичида

Ишемия IIA,Б босқичида

Ишемия IIB босқичида

16. Артерияларнинг шунтлаш операцияси қуйидаги касалликларда бажарилди

Облитерацияловчи атеросклерозда

Облитерацияловчи эндоартериитлар

Рейно касаллигида

Хўл гангренали облитерацияловчи атеросклерозда

17. Алмашинувчи оксоқланиш симптоми қуйидаги учун ҳосдир:

Облитерацияловчи эндоартериит

Оёқ тери ости веналарнинг тромбофлебити

Оёқ тери ости веналарининг варикоз кенгайиши

ПТФС

18. Облитерацияловчи эндоартериитнинг спастик босқичи учун қуйидагилар ҳос эмас

Оёқ панжаси бармоқларнинг некрози

Оёқ панжаси артерияларида пульснинг йуқлиги

Оёқларнинг совуқга чидамсизлиги

Алмашинувчи оксоқланиш

19. Облитерацияловчи атеросклерозда томирларда қуйидаги узғаришлар қайд қилинади

Артерия кальцинози

Яққол периаартериал фиброз

Мускул каватининг гипертрофияси

Интиманинги диффузи гипертрофияси

20. Облитерацияловчи эндоартериитнинг функционал бузилишлар босқичида қуйидагилар тавсия этилади

Бел симпатэктомияси, спазмолитиклар бериш

ГБО

Спазмолитиклар бериш

Артерияларни шунтлаш

21. Облитерацияловчи эндоартериит учун куйидагилар хосдир:

Интима гиперплазияси

Мушак кавати гипертрофияси

Оёк кул йирик артерияларининг диффуз зарарланиши

Йирик артерияларнинг сегментар торайиши

22. Оёк кул артерияларнинг облитерацияловчи касаллигини диагностикаси учун куйидагилар тавсия этилади. (Нотўғри жавобни кўрсатинг):

Флебография

Артериография

Осциллография

Доплероманометрия

23. Сон артериясининг урта 1/3 кисмининг окклюзиясида куйидаги операциялар килинади

Тромбэндартерэктомия

Троянов-Тренделенбург операцияси

Линтон операцияси

Беккок операцияси

24. Облитерацияловчи эндоартериитнинг диагностикаси учун симптом ва синамаларни текшириш уринлидир

"Ок доғ" синамаси

Уч жгутли синама

Троянов-Тенделенбург синамаси

Марш синамаси

25. Облитерацияловчи касаликларда капилляр кон айланиш ҳолатини куйидагилар ердамида баҳолаш мумкин /Нотўғри жавобини курсатинг/

Артериография

Электротермометрия

Оссилография

Капилляроскопия

26. Облитерацияловчи эндоартерит учун куйидагилар хосдир (Нотўғри жавобни курсатинг)

Манфий плантар ишемия симптоми

Алмашинувчи оксокланиш симптоми

Тана охирларида тери хароратининг пасайиши

Тана охирида периферик артерияларда оссиляциянинг пасайиши

27. Облитерацияловчи касалликларда магистирал артериялардаги артериал кон айланиш ҳолатини куйидагилар ердамида аниклаш мумкин (Нотўғри жавобни кўрсатинг)

Капилляроскопия

Артериография

Осцилография

Реовазография

28. Облитерацияловчи атеросклероз учун куйидагилар хосдир

Касалликнинг секин ривожланиши

Касалликнинг тез ривожланиши

Тери ости веналарининг варикоз кенгайиши

Артериовеноз шунтларининг пайдо булиши

29. Облитерацияловчи эндартериитнинг ривожланиши учун куйидаги шарт шароитлар булиши лозим:

Узок муддатда чекиш ва тана охирларини мунтазам совутиб юриш

Узок муддат мавжуд булган веналарнинг варикози

Оғир жисмоний меҳнат

Тана охирларининг жарохати

30. Енбош сон артерия сегментининг атеросклеротик окклюзиясида даволашнинг асосий йуналишини белгилаш. Нотўғри жавобни курсатинг:

Даволаниш беҳуда деб ҳисоблаш

Коллатерал кон айланишини яхшилашга қаратилган муолажалар

Тромб ҳосил булишини олдини олиш учун антикоагулянт бериш

Хамма томирлар оператив даво

31. Облитерацияловчи эндоартериит билан куйидаги касбдаги кишилар куп оғримайди

Учувчилар

Денгизчилар

Баликчилар

Ёғоч окизувчилар

32. Облитерацияловчи атеросклероз,облитерацияловчи эндоартериитдан куйидагилар билан фарк килади

Нисбатан секин кечади

Нисбатан хатарли кечиши (ёмон сифатли)

Оёқдаги кон айланишининг нисбатан тез декомпенсацияси

Кўпроқ тана охирларини гангренага олиб келади

33. Ҳўл гангрена куйидаги санаб утилган омиллар натижасида ривожланади, бундан куйидагилар мустасно

Магистрал тери ости венаси тромбози

Веналарнинг тромбофлебети

Артериал кон айланишининг тез бузилиши

Макро ва микро ангиопатия

34. Алмашинувчи оксокланиш симптоми куйидаги касалликларда учрайди

Артерия етишмовчилигида

Веналар тромбланганда

Артерия эмболиясида

Мускул кучсизланганда

35. Бел симпатик тугунларини олиб ташлашнинг адекватлигини куйидагиларга қараб хулоса қилиш мумкин

Тана охири терисидаги ҳароратнинг кутарилиши

Оёқдаги оғрикнинг тухташи

Тер ажралмаслиги

Илгари кузатилган оксокланишнинг йуқолиши

36. Тана охирлари ишемиясида бемор куйидагиларни кутара олмайди

Тана охирини юқорига кутариш ҳолатини, совук таъсири

Авитаминозни

Совук таъсирини

Иликлик таъсирини

37. Тана охирини некрозининг патогенезида куйидагилар аҳамиятли бўлади. Нотугри жавобни курсатинг:

Кислота ва ишқорларнинг маҳаллий таъсири

Артериал конни оқиб келишининг тухташи

Совук уриши

Микроангиопатия

38. Оекларнинг облитерацияловчи атеросклерози куйидагига олиб келади:

Гангренага

Рожасимон яллигланишга

Веналарнинг варико́з кенгайишига

ПТФС га

39. Сон артериясининг окклюзиясида куйидагилар кузатилмайди:

Тана охирининг гиперемияси

Пульснинг йуқлиги

Сезувчанликни йуқолиши

Тана охиридаги оғриклар

40. Санаб утилган симптомлардан қайси бири облитерацияловчи эндоартериит учун ҳос эмас:

Зарарланган тана охирларида веналарнинг варикоз кенгайиши

Алмашинувчи оксокланиш

Периферик артерияларда пульснинг пасайиши

Оёқ панжаси бармоқларининг некрози

41. Облитерацияловчи эндоартериитнинг эртанги симптомлари:

Оёқлардаги совукга чидамсизликнинг ошиши

Оёқ панжаси бармоқларининг некрози

Оёқ панжаси бармоқларининг суякларидаги трофик узгаришлар

Тақим артериясидаги пульсациянинг пасайиши

42. Артерия облитерацияланганда бошланган гангренаинг белгилари:

Терининг мармар туслиги, оғрик кучайиши, сезгининг йуқолиши

Оёқ панжа артерияларида пульснинг йуқолиши

Оғрик

Тери гиперемияси

43. Облитерацияловчи эндоартериитни асосий жараёнлари. (Нотўғри жавобни кўрсатинг)

Макроангиопатия

Периферик томирлар спазми

Артерия девори ҳамма каватида бириктирувчи туқиманинг ушиб бориши

Томирнинг бутунлай облитерацияга учраши еки унда тромб ҳосил бўлиши

44. Облитерацияловчи эндоартериитнинг оператив даволаш усуллариға куйидаги санаб утилганлардан баъзиларидан ташқари қиради. (Нотўғри жавобни курсатинг)

Артериотомиялар

Бел симпатэктомияси

Оппель буйича буйрак усти безини олиб ташлаш

Тана охирларини ампутация қилиш

45. Лериш синдромида пункцион аортография бу:

Дос-Сантос буйича транслюмбал аортография

Сельдингер буйича аортография

Селектив ангиография

Ярим селектив ангиография

46. Облитерацияловчи эндоартериитда бажариб бўлмайд:

Реконструктив операцияни

Веноз кон артериялизациясини

Болдир суяғи остеоперфорацияси

Бел симпатэктомиясини

47. Рейно касаллиғи бу:

Бармоқларнинг кичик артерия ва артериолалар касаллиғи

Терминал венула ва артериола касаллиғи

Коллатерал томирлар касаллиғи

Артериола ва нерв охирлари касаллиқлари

48. Рейно касаллиғининг кечиш даврлари кетма-кетлиғини кўрсатинг

Ангиоспастик, ангиопаралитик, трофопаралитик

Трофопаралитик, ангиопаралитик, ангиоспастик

Тромбоневротик, трофопаралитик

Ангиоспастик, тромбоневротик, ангиопаралитик

49. Рейно касаллиғини даволаш тактикаси бу:

Консерватив, натижа бермаганда симпатэктомия, некрэктомия

Консерватив, бармоқлар некрозида-ампутация қилиш

Фаъат оператив

Медикаментоз даволаш, симпатэктомия

50. Бюргер-Винивартер касаллиғи бу:

Облитерацияловчи тромбоангит

Облитерацияловчи атеросклероз

Лимфедема

Иккиламчи лимфостаз

51. Фриндленден хасталиги бу:

Облитерацияловчи эндоартериит

Иккиламчи лимфостаз

Облитерацияловчи атеросклероз

Лимфедема

52. Облитерацияловчи эндоартериитда кулланиладиган физиотерапевтик усуллар, нотугри жавобни курсатинг:

Кўк чироклар куллаш

Бернар токлари

Дарсанваль токлари

Диодинамик тоklar

53. Облитерацияловчи эндоартериитда бел симпатэктомиясини таъсирчанлигини яхшилайти:

Спазмолитик терапия

Кўкрак симпатэктомияси

Эпинефрэктомия

Антикоагулянт терапия

54. Қон томирларида бажариладиган операцияларидан сунгги асоратлар (Нотўғри жавобни курсатинг):

Артериялар фалажи

Диффуз қон окиши

Профуз қон окиши

Тромбозлар

55. Оёқ панжалари диабетик гангренасида мучалларни таянч функциясини сакловчи операция:

Шарп усулида панжа ампутацияси

Сон кисмидан Пирогов буйича ампутация

Сон кисмидан Гритти - Шимановский буйича ампутация

Сонни икки боскичли ампутацияси

56. Артериография аниклаши мумкин:

Артерияларнинг атеросклеротик торайиши ва окклюзияси

Мия суяклари веналарининг кенгайиши

Веноз водопровод феномени

Капилляр гипертрофиясини

57. Сон артерияси окклюзиясига хос булмаган белги:

Оёқнинг гиперемияси

Пульсациянинг йуклиги

Оёқлардаги оғриклар

Сезгининг йўқолиши

58. Атеросклеротик окклюзиларда терапия йуналтирилади:

Коллатерал қон айланишини яхшилашга ва томир утказувчанлигини тиклаш

Микроциркуляцияни яхшилаш

Ёнбош сон сегментини реконструкцияси

Тромб ҳосил булишини олдини олиш учун антикоагулянт тавсия этиш

59. Облитерацияловчи эндартериит учун хос эмас:

Зарарланган оекда варикоз кенгайишлар

Периферик артерияларда пульсациянинг пасайиши

Зарарланган оекларда трофик узгаришлар

Беморнинг ёшлиги

60. Облитерацияловчи эндартериитда бажарилмайди:

Эндартерэктомиялар

Бел симпатэктомияси

Лериш буйича симпатэктомия

Оппел буйича буйрак усти безини олиб ташлаш

61. Облитерацияловчи эндоартериитда купинча зарарланади:

Болдир ва панжа артериялари

Аорта

Катта хажмдаги артериялар

Веналар

62. Облитерацияловчи атеросклероз олиб келиши мумкин:

Гангренага

Веналарнинг варикоз кенгайишига

Деформацияловчи артрозга

ПТФСга

63. Магистрал артерияларнинг окклюзион зарарланишининг сабаблари:

Атеросклероз, аортоартериит

Облитерацияловчи эндоартериит

Бюргер касаллиги

Қандли диабет

13- машгулот

АРТЕРИАЛ ТРОМБОЗ ВА ЭМБОЛИЯЛАР

1.Артериал тромбоз бу:

Артерия ўзанида кон ивиндисини хосил булиши

Артерия ўзанини ёғ билан бекилиши

Артериал стеноз

Кон томирларинг окклюзияси

2.Ўткир мезентерал тромбоз боскичлари бу:

Ишемия инфарктперитонит

Геморагик

Перитонит

Геморагик перитонит

3.Оеклардаги уткир ишемия сабаблари булиб хисобланади

Уткир артериал Тромбоз ва эмболияси

Сон артерияси тромбози

Чукур веналарнинг уткир тромбози

Юза веналарининг уткир тромбози

4.Эмбологен касалликлар булиб хисобланади

Юракнинг ревматик пороги

Фалло тетрадаси

Умумий артериал ствол

Гиршпрунг касаллиги

5.Тана охирлари магистрал артерияларининг уткир тромбоэмболияси учун характерлидир

Нотугри жавобни курсатинг

Веналарнинг варикоз кенгайиши, қизариш, маҳаллий хароратни кутарилиши

Сезгининг пасайиши,совук котиш,парезтезиялар

Оғриқ, парезлар, параличлар

Тана охириининг гангренази

6.Субфациал шишларнинг уткир артерия тромбозида пайдо булиши,ВССавельев классификациясининг кайси боскичига тугри келади

Ишемия IIIА

Ишемия IА,Б

Ишемия IIА,Б

Ишемия IIIБ

7.Магистрал артерияларнинг эмболиясининг ангиографик куринишлари Нотугри жавобни курсатинг

Томирлардаги атеросклеротик узгаришларнинг якколлиги

Контраст модданинг ангиографик куринишининг узулиб колиши

Коллатерал томирларнинг камлиги

Томирларнинг ички қаватининг аниқ контури

8.Ўткир мезентериал қон айланиши бузилишини қайси касалликдан фарклаш

керак:(Нотўғри жавобни курсатинг

Ёнбош артериялар тромбози

Ўткир холецистит

Ичак тутилиши

Миокард инфаркти

9.Ўткир мезентериал тромбозларда даволаш усуллари (Нотугри жавобни курсатинг

Беморни назорат қилиш

Консерватив

Тромболитик ва антикоагулянтлар бериш

ператив

10. Магистрал артериялар тромбозда қанча вақт ўтганча тромбэктомияни бажариш мумкин

4-8 соат

10-12 соат

12-14 соат

20-24 соат

11. Эмбологен касалликларига қирмайди

Гепатит

Юрак тугма нуксонлари

Аорта аневризмалари

Юрак ритми бузилишлари билан кечадиган касалликлар

12. Ўпка артерияси массив эмболияси сабаби:

Оёқс чуқур веналарини флеботромбози

Артериал тромбозда

Артериал эмболияда

Атеросклероз

13. Эмболияда Савелов буйича ишемия босқичи ва фазалари:

3 босқич 7 фаза

2 босқич 4 фаза

3 босқич 3 фаза

4 босқич 2 фаза

14. Артериал тромбозларни асосий даволаш йули:

Оператив

Антикоагулянтлар қўллаш

Консерватив

Барча жавоблар тўғри

15. Қорин аортаси ва магистрал артериялар эмболияси ҳисобланади:

Хирургик даволашга курсатма бўлиб

Хирургик даволашга нисбий курсатма бўлиб

Медикаментоз даволашга курсатма бўлиб

Консерватив

16. Антикоагулянтларни дозаси ошириб ишлатилганда сийдик анализида қўзатилади:

Микрогематурия

Протеинурия

Лейкоцитоурия

Глюкозурия

17. Ўткир мезентерал тромбозда қуйидаги босқичлар фаркланади, нотугри жавобни курсатинг:

Шок боскичи

Ишемия боскичи

Инфаркт боскичи

Перитонит боскичи

18. Тақим ости артерияси уткир тромбозининг белгилари, нотугри жавобни курсатинг

Тери цианози

Болдирдаги интенсив огриклар

Оекнинг дистал қисмларининг совуши

Тери ости веналарининг бушашиб қолиши

19. Тромбоэмболия нимага олиб келади

Ўткир ишемияга

Веноз гипертензияга

Артериал гипертензияга

Коллатерал қон айланишига

20. Тромб ҳосил бўлиш омиллари, нотугри жавобни курсатинг

Қон ивишининг секинлашуви

Томир интимасининг зарарланиши

Қон окимининг пасайиши

Қон ивишининг тезлашуви

21. Ўпка артерияси тромбоэмболиясига сабаб бўлувчи омилни курсатинг Нотугрисини топинг.

Товон капиллярлари

Қон веналарининг чуқур тромбози

Болдир веналарининг юза тромбози

Болдир веналарининг чуқур тромбози

22. Ўпка артериялари шохларидаги эмболиялардан кейин ... ривожланади.

Ўпка инфаркти ва инфарктли пневмония

Ўпка инфаркти

Инфаркти пневмония

Инсулт

23. Ўпка артерияси тромбоэмболиясининг қайси турида лаборатор ва инструментал текширишларда ҳам аниқ таъхис қўйиб бўлмайди

Яшин тезлигида борувчи

Кичик эмболия

Субмассив

Массив

24. Вестермарк симптоми бу- ...

Ўпка васкуляризациясининг локал пасайиши

Ўпка илдизлари тулақонлиги

Плеврал суюқлик тупланиши

Ўпка артерияси стволи буртиши

25. Ўпка артерияси тромбоэмболиясининг рентгенологик белгилари қайси қаторда келтирилган

Барча жавоблар тўғри

Ателектазлар

Инфилтратлар

Ампутация” симптоми

26. Ўпка артерияси тромбоэмболиясининг рентгенологик белгилари қайси қаторда келтирилган. (Нотўғри жавобни топинг).

Қорин аъзоларининг қуқрак қафасига сурилиши

Плеврал суюқлигининг тўпланиши

Инфилтратлар

Ампутация” симптоми

27. Ўпка артерияси тромбоэмболиясининг асосий даволаш ва диагностик усуллари берилган қаторни топинг.

Ангиопулмонография ва реканализация

УЗИ ва дренажлаш

Ангиография ва катетерлаш

Барча жавоблар тўғри

28. Эмболиянинг огирлик даражасига караб қандай синдромлар кузатилади (Нотўғри жавобни топинг).

Ўпка- юрак

Ўпка –плевра

Кардиал

Церебрал

29. Ўпка артерияси тромбоэмболиясида яшин тезлигида боровчи эмболия қайси қон томир эмболияси натижасида қелиб қикади

Ўпканинг асосий артериал стволи

Ўпка артерияларининг барча тармоқлари

Периферик томирлар

Бронхиал артериялар

30. Қислородга туйинмаслик қандай клиник белги билан ифодаланади

Цианоз

Тахипное

Қондаги қислород миқдори билан

Қондаги CO₂ миқдори билан

31. Упка артерияси тромбоэмболиясини қелтириб қикарувчи омилни қўрсатинг (Нотўғри жавобни топинг).

Тартибсиз овқатланиш

Пастки мучалар травмаси

Қатта веналарни узок муддат қатетерлаш

Кекса ёш

32. Ўпка артерияси тромбоэмболиясининг клиник симптомларини топинг

Барча жавоблар тўғри

Тахипное, диспноное

Буйин веналари буртиши

Хул қириллашлар

33. Церебрал синдромда қандай клиник белгилар қузатилади. (Нотўғри жавобни топинг).

Буйин веналар буртиши

Хушдан қетиш

Тутканок

Гемиплегия

34. Церебрал синдромда қандай клиник белгилар қузатилади

Барча жавоблар тугри

Хушдан қетиш

Тутканок

Гемиплегия

35. Ўпка артерияси тромбоэмболиясининг даволашнинг қандай турлари мавжуд (Нотугри жавобни топинг).

Физиотерапевтик

Оператив

Қонцерватив

В ва С

36. Ўпка –плеврал синдромда қандай клиник белгилар қузатилади Нотугри жавобни топинг.

Дагал систолик шовқин

Қуқрак қафасидаги огрик

Хансираш

Йутал

37. Ўпка артерияси тромбоземболиясининг диагностикасида кулланилмайди

Фонография

Ангиография

КТ

Ангиопульмонография

38. Ўпка –плеврал синдромда қандай клиник белгилар кузатилади Нотугри жавобни топинг.

Барча жавоблар тўғри

Кукрак қафасидаги оғрик

Ҳансираш

Йутал

39. Ўпка артерияси тромбоземболиясининг диагностикасида кулланиладиган усуллар қайси каторда тугри курсатилган

Барча жавоблар тугри

Ангиография

КТ

Ангиопульмонография

40. Қайси жавобда упка артерияси тромбоземболиясининг рентгенологик белгиси “ампутация” симптоми келтирилган

Томир йулининг узилиши

Ателектаз

Инфилтрат

Упка илдизларининг тулаконлиги

41. Ўпка артерияси тромбоземболиясини даволашда кулланиладиган гепариннинг суткалик микдори қанчага тенг

30000-40000 ЕД

700000-800000 ЕД

1000000 ЕД

65000-100000 ЕД

42. Кардиал синдромда қандай клиник белгилар кузатилади

Буйин веналари буртиши

Ҳушдан кетиш

Тутқанок

Гемиплегия

43. Кардиал синдромда қонда қандай узгаришлар кузатилади

Барча жавоблар тугри

Гипоксия

Алкалоз

Гиперкапния

44. Ўпка артерияси тромбоземболиясининг яхши натижаси қуйидаги принципга асосланган. (Нотўғри жавобини топинг).

Узок муддат кимирламай е тиш

Уз вақтида тугри профилактика қилиш

Барвакт ташхис қуйиш

Чуқур веналар тромбозини тулик даволаш

45. Артериал эмболиялар қўпроқ қимларда ва қайси ёшда учрайди?

Аёлларда, 40-60 ёшда

Эркақларда , 40-50 ёшда

Ёшларда, 16-25 ёшда

Ўрта ёшда, 30-40 ёшда

46. Ўткир эмболия натижасида қелиб қикадиган ишемияда дастлабки неча соат ичида гангрена юз беради ?

2-3 соат

6-7 соат

5-6 соат

72 соат

47. Ўткир тромбоз натижасида юзага келган ишемия ҳолатида консерватив давом давом эттиришга курсатма нима бўлиб ҳисобланади ?

Дастлабки 4-6 соат ичида препаратларнинг яхши натижа бериши.

Дастлабки 24 соат ичида препаратларнинг яхши натижа бериши.

Факат оператив даволанади .

Дастлабки 7 соат ичида препаратларнинг яхши натижа бериши.

48. Ўткир тромбоз натижасида келиб чиқадиган ишемияда дастлабки неча соат ичида гангрена юз беради

6-8 соат

2-3 соат

4-6 соат

24 соат

49. Ўткир эмбол ангиограммада хос бўлган белги. (Нотўғри жавобни курсатинг)

Интима қаватининг нотекис бўлиши, коллатералларнинг яхши кўриниши, контраст модданинг сиқилиб ўтиши

Контраст модданинг бирдан ўзилиши, интима қаватини силлиқлиги, коллатералларнинг яхши қуринмаслиги

Интима қаватининг нотекис бўлиши, контраст модданинг бирдан тухташи , коллатералларнинг яхши қуриниши

Контраст модданинг сиқилиб ўтиши, интима қаватини силлиқлиги, коллатералларнинг яхши қуринмаслиги

50. Ўткир тромбоз ангиограммада хос бўлган белги. (Нотўғри жавобни курсатинг)

Контраст модданинг бирдан ўзилиши, интима қаватининг силлиқлиги, коллатералларнинг кўринмаслиги

Контраст модданинг сиқилиб ўтиши, интима қаватини силлиқлиги, коллатералларнинг яхши қуринмаслиги

Интима қаватининг нотекис бўлиши, контраст модданинг бирдан тухташи , коллатералларнинг яхши қуриниши

Контраст модданинг сиқилиб ўтиши, интима қаватининг нотекис бўлиши, коллатералларнинг яхши кўриниши

51. Ўткир эмболияга хос клиник белгилар. (Нотўғри жавобни кўрсатинг)

Оғрикнинг аста секин қучайиб бориши, терининг аста секин оқариши, сезгининг секин бўзилиши

Тусатдан қучли оғрик, сезгининг чуқур бўзилиши, оёқ терисининг мармарсимон тусга қириши

Тусатдан қучли оғрик, терининг аста секин оқариши, сезгининг секин бўзилиши

Оғрикни аста секин қучайиб бориши, оёқ терисининг мармарсимон тусга қириши, сезгининг секин бўзилиши

52. Ўткир тромбозга хос клиник белгилар. (Нотўғри жавобни кўрсатинг)

Оғрикнинг тусатдан бошланиши, сезгининг чуқур бўзилиши, оёқ терисининг мармарсимон тусга қириши

Оғрикни аста секин қучайиб бориши, оёқ терисининг мармарсимон тусга қириши, сезгининг секин бўзилиши

Оғрикнинг аста секин қучайиб бориши, сезгининг секин бўзилиши, оёқ терисининг аста секин оқариши

Тусатдан қучли оғрик, терининг аста секин оқариши, сезгининг секин бўзилиши

53. Ўткир мезентерал тромбозда ичак деворидаги морфологик ўзгаришлар. (Нотўғри жавобни курсатинг)

Ичак сероз инфаркти

Ичак гемморагик инфаркти

Ичак ишемик инфаркти

Ичак аралаш формадаги инфаркти

54. Мезентерал тромбозда кўпроқ зарарланади:

Юқори туткич артерия

Пастки туткич артерия

Қорин стволи

Буйрак артерияси

55. Мезентерал тромбозларни ташхислашда энг информатив усул бу:

Туткич артерияларнинг селектив ангиографияси

Қорин бушлиги аъзолари УТТ си

Қорин бушлиги рентгеноскопияси

Лапароцентез

56. Ичак тутқиш артериялари тромбозининг энг кўп сабаби: : (нотугри жавобни курсатинг)

Портал гипертензия

Юрак нуқсонлари

Ревматизм

Атеросклероз

57. Ўткир мезентерал тромбоз босқичлари:

Ишемия, ичак инфаркти, перитонит

Инфаркт, ишемия, перитонит

Перитонит, вақтинча тузалиш, терминал

Инфаркт, ишемия, терминал

58. Ўткир мезентерал тромбознинг 2 босқичида кузатилади:

Кориндаги огрик, Мондор белгиси, перкуссияда тумтоклашиш

Кунгил айнаш, қушиш, ахлати қоралиги

Кориндаги огриklar, доскасимон корин

Кориндаги огрик, диарея, холсизлик

59. Юракнинг ревматик пороги қайси касалликлар гуруҳига киради?

Эмбологен

Тромбоген

Мезентериал

Тромбо-Эмбологен

60. Ўпка васкулизациясининг локал пасайиши бу -

Вастермарк симптоми

Рейно касаллиги

Эйзенменгер симптоми

Бюргер-Виневартер симптоми

61. Бўйин веналари бўртиши қайси синдромда ва қандай клиник белгилар билан кузатилади?

Ўпка синдроми

Кардиал синдром

Вастермарк синдроми

Тромбоген синдром

62. Тромбозларнинг этиологиясида қайси белги муҳим роль ўйнайди

Тошмали тиф

Экзема ва паратиф

Яра ва чандик

Температура

63. Артериал системанинг қайси қисмларида эмболия учраш частотаси юқори?

Сон ва ёнбош артериялари

Болдир ва тизза артериялари

Тизза ва ёнбош артериялар

Болдир ва сон артериялар

14- машгулот

ЮРАКНИНГ ТУҒМА НУҚСОНЛАРИ

1.Фалло тетрадасининг клиник белгилари:/Нотугри жавобни курсатинг/

Ўпкада димланган хириллашлар

Кўкариш

Бармок фалангаларнинг деформацияси

Тирнокларнинг соат ойнаси шакли

2.Аортал клапан торайишида аускультатив маълумотлар

Қўпол систолик шовқин

2 чи тоннинг йуқолиши ёки сусайиши

Протодиастолик шовқин

1 чи тоннинг кучайиши

3.Митрал клапан стенозида оператив усуллар. Нотўғри жавобни кўрсатинг

Уч табакали клапанни протезлаш

Ёпиқ митрал комиссуротомия

Митрал клапанни протезлаш

Барчаси

4.Аортал клапанларининг стенозида операцияга курсатма бўлиб қуйидаги босим градиенти хизмат қилади

30 мм симуст

45 мм симуст

25 мм симуст

50мм симуст

5.Аортал клапанлар стенозига хос бўлмаган белгини кўрсатинг

Кўкариш

Ҳансираш

Юрак соҳасидаги огриклар

Бош айланиши

6. Биринчи марта юракни кўчириб ўтказган олим бу:

Кристиан Бернард

Каррелл

Де- Бейки

Колесов

7.Лютембаше синдроми бу:

Митрал стеноз,булмачалараро тўсиқ нуқсони

Аорта декстрапозицияси, коринчалараро тўсиқ нуқсони

Митрал клапан етишмовчилиги,булмачалараро тусиқ нуқсони

Уч табакали клапан стенози, бўлмачалараро тўсиқ нуқсони

8. Лютембаше синдромини даволаш:

Оператив

Консерватив

Санатор-курорт

Барчаси қўлланилади

9. Очик артериал йул бу:

Аорта ва упка артерияси орасида битмай қолган йулнинг булиши:

Аорта ва чап умров ости артерияси орасидаги йул

Булмачалараро тусиқ дефекти

Умров ости артерияси орасидаги йул

10. "Бирламчи оқ" юрак нуқсонларига киради:

Лютембаше синдроми,очик артериал йўл, бўлмачалараро тўсиқ нуқсони

Фалло тетрадаси, трикуспидал клапан атрезияси

Аорта коарктацияси

Бўлмачалараро тусиқ нуқсони

11."Бирламчи куқ" юрак нуқсонлари:

Фалло тетрадаси, трикуспидал клапан атрезияси

Лютембаше синдроми,очик артериал йул, булмачалараро тусиқ нуқсони

Аорта коарктацияси

Булмачалараро тўсиқ нуқсони

12.Аорта коарктациясини даволаши нимага қаратилган:

Аорта ўтказувчанлигини тулик тиклашга
Чап қоринчадаги босимни оширишга
Чап қоринчадаги босимни пасайтиришга
Периферик артериялардаги босимни камайтиришга

13.Фалло тетрадасини поллиатив даволаш усуллари. (Нотўғри жавобни кўрсатинг):

Мюллер-Альберт анастомози
Блеллок-Тауссиг операцияси
Ватерстоун -Кули
Вишневский-Донецкий

14.Аорта аневризмаларини даволаш:

Оператив
Спазмолитик терапия
Оғрикисилантирувчи воситалар бериш
Аневризма бушлигига дори-дармонларни юбориш

15. Митрал клапан етишмовчилиги даражаларига қараб даволанади:

I даража-консерватив, II, II, IV дар – оператив, V дар - симптоматик
I-II даража-консерватив, III-IV дар - оператив
I, II, III-IV даража-оператив, V даража - консерватив
III-IV даража - оператив

16.Аорта коарктациясида куйидаги операциялар бажарилмайди. Нотугри жавобни кўрсатинг:

Торайган жойни эндоваскуляр дилатация қилиш
Торайган қисмини резекция қилиб, анастомоз қуйиш
Торайган қисмини резекция қилиб, протезлаш
Айланма шунтлаш операцияси

17.Аорта коарктацияси бу:

Аорта бўйнича туғма стенози
Аорта ёйи аневризмаси
Аортанинг ортирилган стенози
Аортани ўнг томонга силжиши

18.Фалло тетрадаси қайси порокларга киради:

Кўк
Оқ
Аралаш
Орттирилган

19.Аорта коарктацияси қайси порокларга киради:

III гуруҳ порокларига
Оқ
Кўк
Орттирилган

20. Очик артериал йўл қайси порокларга киради:

Оқ
Кўк
III гуруҳ порокларга
Орттирилган

21.Булмачалараро тўсик дефекти қайси порокларга киради:

Оқ
Кўк
III гуруҳ порокларга
Аралаш

22.Коринчалараро тўсик дефекти қайси порокларга киради:

Оқ
Кўк
III гуруҳ порокларга
Аралаш

23. Кичик қон айланиш доирасидаги димланиши кузатилади:

Митрал порокларда
Аортанинг туғма стенози
Ўпка артерияси стенози
Фалло тетрадаси

24. Туғма юрак нуқсонининг диагностикасида қайси диагностик текширув воситаси кам информатив ҳисобланади:

ЭКГ
Рентгенография
Эхография
Ангиокардиография

25. Кўк юрак нуқсони билан оғриган беморларнинг қонида қандай патофизиологик ўзгаришлар кузатилади:

Полицитемия
Лейкоцитоз
Лейкопения
Лимфоцитоз

26. Фалло тетрадасида паллиатив операциялардан мақсад:

Ўнг қоринчадан аортага тушадиган қонни қўшимча оксигенациялаш
Аортадаги босимни камайтириш
Чап қоринчадаги босимни кутариш
Аортадаги босимни ортиши

27. Фалло тетрадасида қон таҳлилларида аниқланади:

Гемоглобин ва эритроцитлар миқдорининг ошиши
Гемоглобин ва эритроцитлар миқдорининг камайтиши
Эозинофилия
ЭЧТ нинг кўтарилиши

28. Қайси туғма юрак нуқсонида кичик қон айланиш системасида босим пасаяди:

Фалло тетрадаси
Лютембахер синдроми
Эйзенменгер синдроми
Аорта коарктацияси

29. Қайси туғма юрак нуқсонида кичик қон айланиш системасида босим ошади:

Очик артериал йул
Фалло тетрадаси
Лютембахер синдроми
Эйзенменгер синдроми

30. Қайси туғма нуқсонда цианоз кузатилади:

Фалло тетрадасида
Лютембахер синдромида
Эйзенменгер синдромида
Аорта аневризмасида

31. Қайси туғма нуқсонда оёқ терисида цианоз кузатилади:

Очик артериал йул
Аорта коарктацияси
Бўлмачалараро тўсик нуқсони
Қоринчалараро тўсик нуқсони

32. Бўлмачалараро тўсик дефекти диаметри 1 см дан ортик бўлса, қандай операция турини бажариш керак:

Ямоқ қуйиш пластик операцияси
Дефектни узлуксиз чок билан тикиш
«П» симон чок қуйиш
Аортокоронар анастомоз

33.Фалло тетрадасида нима учун катта ва кичик кон айланиш системасида анастомоз қўйилади:

Гипоксемияни йукотиш учун

Юрак етишмовчилигини йукотиш учун

Цианотик приступларни профилактикаси учун

Эндокардитни профилактикаси учун

34. Фалло тетрадасини радикал даволаш:

Ўпка артерияси стенозини йукотиш ва коринчалараро тўсик дефектини ёпиш

Коринчалараро тусик дефектини йукотиш

Ўнг коринча чикишидаги йулни стенозини бартараф этиш, айланиб утувчи анастомоз

Кардиостимулятор урнатиш

35. Фалло тетрадасида куйидаги операция бажарилади. Нотўғри жавобни кўрсатинг.

Таннер операцияси

Ўпка артерияси пластикаси

Ватерстоун - Кули операцияси

Қоринчалараро тусик дефектини бартараф этиш

36.Фалло пентадаси бу:

Фалло тетрадаси +бўлмачалараро тўсик дефекти

Фалло тетрадаси + очик артериал йул

Фалло тетрадаси + аорта ёйи иккиталиги

Фалло тетрадаси + аорта коарктацияси

37. Фалло тетрадасида гемодинамик ўзгаришлар ниманинг даражасига боғлиқ:

Ўпка артерияси стенози даражасидан

Ўнг коринча гипертрофияси даражасидан

Аорта унгга сурилиш даражасидан

Қоринчалараро дефект даражасидан

38.Фалло тетрадасида қачон дастлабки белгилар пайдо булади:

Туғилганидан бир неча кун ёки 1 хафтадан сўнг

6 ойдан сўнг

1-1,5 йилдан сўнг

5-6 йилдан сўнг

39.Фалло тетрадаси билан оғриган беморларнинг мажбурий ҳолати:

Тизза ва қўлларини буклаб ўтириш

Троянов – Тределенбург ҳолати

Ромберг ҳолати

Қоринда ётиш

40. Фалло тетрадасида паллиатив операциялар бажариладиган вақти :

3 ёшлигида

5-6 ёшда

6-10 ёшда

15-25 ёшда

41.Аорта коарктациясида бажариладиган операциялар. Нотўғри жавобни курсатинг.

Вишневский – Донецкий операцияси

Протезлаш

Истмопластика

Шунтлаш

42. Туғма аорта стенозлари қанақа бўлади:

Клапанли, клапан ости ва клапан усти стенози

Қопсимон

Баллонсимон ва айланасимон стенозлар

Урчуксимон (веретенообразный)

43. Аорта ёйининг зарарланишининг интравазал сабабларини санаб беринг. (Нотўғри жавобни курсатинг):

Умуртка погонаси бўйин кисми остеохондрози

Атеросклероз

Носпецифик аортоартериит

Аорта ейи аневризмаси

44. Эйзенменгер синдромининг асосий сабаби:

Очик артериал йул

Фалло тетрадаси

Бўлмачалараро тусик дефекти

Митрал клапан етишмовчилиги

45. Очик Боталлов йулни оператив даволашда энг оптимал бемор еши:

2-5 ёш

10-15 ёш

6-10 ёш

15-20 ёш

46. Бўлмачалараро тусик дефектида оператив даволашга қарши курсатма:

Ўпка артериялари гипертензияси, ўнг бўлмача ва коринча хажмий зуриқиши

Ўпка артерияларида босим пасайиши

Катта кон айланиш доирасида патология булмаганлиги

Хамма жавоблар тўғри

47. Лютембахер синдромида гемодинамик узгаришлар нима билан боғлиқ:

Бўлмачалараро тўсик нуксони улчамидан ва митрал стеноз даражасидан

Бўлмачалараро тусик нуксони улчамидан

Қоринчалараро тусик нуксони улчамидан

Бемор ёшидан

48. Ватерстоун - Кули операцияси қайси юрак нуксонида бажарилади:

Фалло тетрадаси

Очик артериал йул

Эйзенменгер синдроми

Аорта коарктацияси

49. Вишневский – Донецкий операцияси қайси порокда бажарилади:

Фалло тетрадаси

Очик артериал йул

Эйзенменгер синдроми

Аорта коарктацияси

50. Туғма юрак нуксонларининг сабаблари:

Юрак эмбриогенезининг бузилиши

Ревматиз касаллиги

Травмалар

Тез-тез шамоллаш

51. Туғма нуксонлар неча катта гуруҳга бўлинади?

Бирламчи оқ ва кўк нуксонлар, юрак магистрал қон томирларини сиқилиши билан боғлиқ нуксонлар

Оқ ва кўк нуксонлар, митрал стенозлар

Митрал клапан етишмовчилиги, Фалло тетрадаси, триадаси, аорта коарктацияси

Барча жавоблар тўғри

52. Фалло тетрадасида бола туғилганда пайдо бўладиган илк клиник белги

Кичқириши, безовта булиши ва эмизиш пайтида енгил цианоз

Нафас қисиши ва цианоз

Бош оғриғи ва тез чарчаш

Яққол акроцианоз

53. Бўлмачалараро тўсик нуксонида аускултацияда қандай шовқин эшитилади:

Систолик шовқин

Диастолик шовқин

Протодиастолик шовқин

Перикард ишқаланиш шовқини

54. Туғма аорта оғзи стенозида ЭКГ белгиси:

Левограмма ва миокард ишемияси

Правограмма ва миокард ишемияси

Ўнг қоринча гипертрофияси

Ўнг бўлмача атрофияси

55. Беморларда бош оғриши, бош айланиши, юрганда оёқларнинг тез оқариб қолиши, кўзнинг хириллашиши, оёқлар парестезияси, совқотиши қайси туғма юрак нуқсонига хос:

Аорта коарктациясига

Туғма аорта оғзи стенозига

Бўлмачалараро тўсиқ нуқсонига

Қоринчалараро тўсиқ нуқсонига

56. Ўпка артерияси торайишида рентгенологик белгилар

Ўнг қоринча гипертрофияси, ўпка артерияси клапанларининг юқорига кўтарилиши, периферик артериялар бўшлиғи торайиши

Ўнг қоринча гипертрофияси ва аорта кенгайиши

Ўнг қоринча ва ўнг бўлмача гипертрофияси

Чап қоринча ва чап бўлмача гипертрофияси

57. Туғма юрак нуқсонини даволаш усули

Оператив

Консерватив

Даволанмайди

Склерозловчи терапия

58. Очиқ артериал йўл рентгенологик белгиси

Ўпка тасвирини қуюқлашуви, ўпка артериялари тармоқларининг кенгайиши

Ўнг қоринча катталашуви, ўпка артерияси кенгайиши

Чап қоринча гипертрофияси

Ўнг қоринча гипертрофияси

59. Туғма юрак нуқсонига энг кўп қўлланиладиган жарроҳлик усули

Блелок – Тауссиг операцияси

Аортокоронар шунтлаш

Комиссуротомия

Кардиомиотомия

60. Фалло тетрадасига кирмайди:

Чап қоринча гипертрофияси

Ўнг қоринча гипертрофияси

Аорта декстрапозицияси

Ўпка артерияси торайиши

61. Фалло пентадасига киради:

Бўлмачалараро дефекти

Очиқ Баталлов йўли

Митрал стеноз

Митрал етишмовчилик

62. Фалло тетрадасида бажариладиган операциялар:

Радикал ва паллиатив

Фақат радикал

Фақат паллиатив

Комиссуротомия

63. Қоринчалараро дефекти хирургик амалиётини бажариш муддати:

Эйзенменгер синдроми ривожлангунча

Эйзенменгер синдроми ривожлангандан кейин

Беморлар безовта бўлгандан кейин
Барча жавоблар тўғри

15- машғулот

ЮРАКНИНГ ОРТТИРИЛГАН НУКСОНЛАРИ

1. Аорта клапани етишмовчилигида периферик белгилар Нотугри жавобни кўрсатинг

Кўкариш

Диастолик босимнинг паст бўлиши

Пульснинг ўзгариши

Траубе тони ва Дюрозье шовкини

2. Митрал клапан торайишида хирургик даволаш усули

Епик митрал комиссуротомия

Митрал клапанни протезлаш

Митрал клапанни олиб ташлаш

Уч табакали клапанни протезлаш

3. Аортал клапан торайишининг клиник белгилари Нотугри жавобни курсатинг

Шишлар

Оқариш

Юрак соҳасида оғрик

Бош айланиши

4. Аортал клапан торайишига хос клиник белгилар

Бош айланиши ва хушдан кетиш

Хансираш

Кўкариш

Юрак соҳасидаги оғрик

5. Фалло тетрадаси қайси камчиликдан иборат /Нотўғри жавобни курсатинг /

Булмачалараро дефектининг мавжудлиги

Ўнг қоринча гипертрофияси

Қоринчалараро дефектнинг мавжудлиги

Ўнг қоринчанинг чиқиш қисмидаги торайиш

6. Митрал клапан торайишида клапан белгилар нимадан иборат /Нотугри жавобни курсатинг/

Машинали систолик шовқин

1 тоннинг кучайиши

Бедана ритми

Диастолик шовқин

7. Фалло тетрадасида килинадиган операция усули /Нотугри жавобни курсатинг/

Чап умров артерияси лоскути билан аорта истмопластикаси

Блелок-Тауссиг буйича анастомоз

Вишневский буйича анастомоз

Ватерстоун-Кули буйича анастомоз

8. Митрал клапан етишмовчилиги клиникаси. /Нотугри жавобни курсатинг/

Юрак бўртмаси

Акроцианоз

Оёқларнинг шиши

Мажбурий ҳолат

9. Аорта клапанининг кучли ривожланган етишмовчилигидаги белгилар. /Нотугри жавобни курсатинг/

Юрак бўртмаси

Мюсси симптоми

“каротидлар ракси” симптоми

“апилярлар пульсацияси” симптоми

10. Митрал клапан етишмовчилиги белгилари./Нотугри жавобни курсатинг/

Юқори ковак вена синдроми

Юрак соҳасидаги оғриқлар

Ўпкада хириллашлар

Чап бўлмачанинг катталашиши

11. Митрал стеноз қайси порокларга киради

Орттирилган

Туғма

Ок

III гуруҳ порокларга

12. Митрал тешик юзаси нормада:

2,4-6см

2,6-8см

2,3-4 см

2,4-8 см

13. Аорта клапан етишмовчилигининг сабаблари. (Нотўғри жавобни кўрсатинг)

Такаясу синдроми

Марфан синдроми

Юқумли эндокардит

Сифилис

14. Аорта клапан етишмовчилигига хос белгилар, нотўғри жавобни курсатинг

Юқори ковак венанинг шишуви

Мюсси белгиси

“каротидлар ракси” симптоми

“апилярлар пульсацияси” симптоми

15. Уч табақали клапан етишмовчилигида кузатиладиган аломатлар, нотўғри жавобни кўрсатинг

“каротидлар ракси” симптоми

Юқори ковак венасининг шишуви

Юрак унг булимларининг катталашиши

Юрак контурларининг тумтоклаиниши

16. Ўнг атриовентикуляр тешик стенозида кузатилади:

Юқори ва пастки ковак вена синдроми

Ўпка артерияси гипертензияси

Юқори ковак вена синдроми

Ўпка шиши

17. Нормада аортал тешик юзаси:

2,5-3,5 см

1 -3 см

3,5- 6,0 см

1,0-3,5 см

18. Перикардит нима:

Перикарднинг висцерал ва париетал varaкаларнинг яллиғланиши

Мускул каватнинг яллиғланиши

Фақат перикарднинг яллиғланиши

Тўғри жавоб йук

19. Фибриноз перикардит учун характерли:

Висцерал ва париетал varaкалар орасида фибрин толаларнинг йигилиши

Висцерал ва париетал varaкалар орасида йирингли суюклик йигилиши

Серроз суюклик йигилиши

Тўғри жавоб йўқ

20. Сурункали перикардитнинг асосий сабабчиси

Ревматизим

Подагра

Анемия

Бронхит

21. Аорта клапан етишмовчилигига хос белгилар:

Барча жавоблар тўғри

Мюсси белгиси

“каротидлар ракси” белгиси

“апилярлар пульсацияси” белгиси

22. Қуруқ перикардитда аускултацияда нима аниқланади?

Перикарднинг ишқаланиш шовкини

Диастолик шовқин

Систолик шовқин

Диастолик, систолик шовқинлар

23. Перикардит сурункали кечганда юрак кандай шакилни олади

Учбурчак

Айлана

Ўзгармайди

Шарсимон

24. Перикард бўшлиғида экссудат йиғилганда нима ривожланади?

Юрак тампонадаси

Миокард инфаркти

Пневмония

Ревматизм

25. Гектик харорат кайси перикардитга хос

Йирингли

Курук

Сероз

Фибринозли

26. Суяқли сурункали перикардитни даволаш

Оператив

Консерватив

Гиёҳлар билан

Тугри жавоб йук

27. Бирламчи юрак ўсмаларининг 35-50 фоизини ташкил килувчи яхши сифатли усма гурухига мансуб:

Миксома

Гемангиома

Феохромацитома

Перикард кистаси

28. Юракнинг чап булмачасида миксомалар неча фоизда учрайди

35-50 фоиз

18 фоиз

5 фоиз

75 фоиз

29. Юрак миксомасига характерли синдромлари:

Ҳаммаси тўғри

Умумий синдромлар

Эмболия

Юрак ичи қон оқишига тўсқинлиги (обструкцияси)

30. Юрак миксомасининг умумий синдромларида кузатиладиган клиника

Ҳаммаси тўғри

Тана харорати кўтарилиши, холсизлик, анемия

СОЭ нинг ошиши, диспротеинемия

Қонда иммуноглобулинларнинг ошиши

31. Юрак миксомасининг эмболия синдромидаги кечки асоратлари:

Мия ичи артерияларининг аневризмаси ва унинг ёрилиши, кўриш кобилятининг йўқолиши
СОЭ нинг ошиши, диспротеинемия
Кистанинг улиши ёки охакланиши
Кистанинг перфорацияси, анафилактик шок

32. Ҳансираш, тез нафас олиш, йўтал, юрак тез уриши, ҳолсизлик ва периферик шишлар юрак миксомасининг қайси синдромига хос клиник ўзгариш ҳисобланади

Юрак ичи кон оқишига тускинлик синдроми (обструкция синдроми)

Эмболия синдроми

Умумий синдромлар

Юрак ташки обструкцияси

33. Юрак миксомасининг кальцинозланган учокларини қайси текшириш усулида яққол куриш мумкин

Флюороскопия

Ангиография

Радиоизотоп сканерлаш

Краниография

34. Юрак миксомасининг дифференциал диагностикаси

Хаммаси тугри

Юракнинг митрал пороги билан

Инфекцион эндокардит билан

Бириктувчи туқиманинг диффуз касаллиги, юракнинг ёмон сифатли усмаси билан

35. Юрак миксома юракнинг қайси камерасида энг кўп учрайди

Чап булмачада

Ўнг булмачада

Чап қоринчада

Ўнг қоринчада

36. Юрак миксомасининг характерли синдромларига мансуб эмас...

Такаясу синдроми

Умумий синдромлар

Эмболия синдроми

Юрак ичи обструкцияси

37. Агар миксома чап булмачада жойлашган бўлса қайси тип бўйича гемодинамик ўзгаришлар кузатилади

Митрал стеноз типини бўйича

Трикуспидал стеноз типини бўйича

Аортал стеноз типини бўйича

Аортал етишмовчилик типини бўйича

38. Юрак миксомасининг клиник синдромларидаги артериал қон босимининг ошиши, гепатомегалия юрак етишмовчилиги, оёқлардаги шишлар неча фоиз беморларда кузатилади

90 фоиз

60 фоиз

20-30 фоиз

18 фоиз

39. Юрак миксомасининг визуал кўриниши қандай

Юпка деворли, нотекис контурли полипсимон усма

Калин деворли, нотекис контурли

Калин деворли, силликланган.

Тугри жавоб йук.

40. Агар кисталар перикард бушлиғи билан алоқада бўлса нима дейилади

Дивертикул

Ёмон сифатли ўсма

Яхши сифатли ўсма

Юракдаги патологик ҳосила

41. Унча катта бўлмаган симптомсиз кечувчи перикард кисталарини даволаш

УТТ назорати остида тери оркали пункция килинади

Склерозловчи терапия

Оператив даволаш

Тўғри жавоб йўқ

42. Атриовентрикуляр тешикнинг нормадаги ўлчами:

4-6 см²

2-4 см²

6-8 см²

8-10 см²

43. Митрал стенозда аускультатив эшитилади (нотугри жавобни курсатинг)

Машинали систолик шовкин

Систолик шовкин

Бедана ритми

2-оҳанг акценти

44. Митрал стеноз даражаларига кардиохирургик боскичлари иборат:

5 боскичдан

2 боскичдан

3 боскичдан

4 боскичдан

45. Митрал стеноз 2 боскичида клапан юзаси улчами:

1,5-2 см²

2-2,5 см²

2,5-3 см²

3-3,5 см²

46. Митрал стенознинг терминал етишмовчилик боскичига тугри келади:

Касалликнинг 5 боскичи

Касалликнинг 2 боскичи

Касалликнинг 3 боскичи

Касалликнинг 4 боскичи

47. Митрал етишмовчилик сабаблари: (Нотўғри жавобни курсатинг)

Носпецифик аортоартериит

Ревматизм

Марфан синдроми

Бактериал эндокардит

48. Митрал стенознинг бошлангич белгилари: (Нотўғри жавобни курсатинг)

Ориқлаб кетиш

Хансираш, тез чарчаш

Юрак тез-тез уриши

Юрак соҳасидаги огрик

49. Митрал клапан етишмовчилигининг компенсация боскичи аускултатив белгиси

1 тон сусайиши, систолик шовкин

2 тоннинг кескин бугиклашуви купол систолик шовкин

1 тон сусайиши 2 тон булиниши

1 тон йуклиги ханжарсимон усимта асосида эшитиладиган систолик шовкин

50. Аорта клапан етишмовчилигида объектив аникланади: (Нотугри жавобни курсатинг)

Дюрозье иккиланган шовкини

“Каротидлар ракси” белгиси

Мюсси белгиси

“Капиллярлар уйини” белгиси

51. Аорта клапан етишмовчилигида Мюсси белгиси бу:

Уйку артериялари пулсацияси билан бирга бошнинг чайкалиши

Псевдокапилляр пульс

Анизокария, афония

Юкори тўлишган пульс

52. Биринчи марта юракни кучириб ўтказган олим бу:

Кристиан Бернгард

Каррелл

Дей- Бейки

Колесов

53. Нормада аортал тешик юзаси:

2,5-3,5 см

1 -3 см

3,5- 6,0 см

1,0-3,5 см

54. Орттирилган юрак нуқсонларини асосий келтириб чиқарувчи сабаблар

Ревматизм

Миокард инфаркти

Кўрак қафаси жароҳатлари

Стенокардия

55. Нафас қисиши, беҳоллик, тез чарчаб қолиш, юрак астмаси хуружлари, тахикардия, юрак соҳасида оғриқ, бош айланиш, ҳушдан кетиш, қон тупуриш қайси орттирилган юрак нуқсонига хос:

Митрал стеноз

Митрал клапан етишмовчилиги

Аортал клапан стенози

Аортал клапан етишмовчилиги

56. Митрал стенозда аускултацияда қандай шовқин эшитилади

Диастолик шовқин

Систолик шовқин

2 тон акценти

Тўғри жавоб йўқ

57. “Бедана ритми” қайси орттирилган юрак нуқсонига хос белги

Митрал стеноз

Аортал стеноз

Аортал клапан етишмовчилиги

Митрал клапан етишмовчилиги

58. Митрал клапан етишмовчилигининг 1-босқичида даво тактикангиз:

Консерватив

Оператив

Ётоқ режим

Пархез

59. Митрал стенозда бажариладиган операция

Комиссуротомия

Юрак трансплантацияси

Митрал табақани кесиш

Барча жавоблар тўғри

60. Орттирилган юрак нуқсонлари беморнинг аҳоли оғир енгиллигига қараб нечта босқичдан иборат

5

3

6

2

61. Аортал клапан етишмовчилигида аускултацияда қандай шовқин эшитилади

2-тондан кейин бирдан диастолик шовқин

2-тондан кейин бирдан систолик шовқин

1-тондан кейин систолик шовқин

Протодиастолик шовқин

62. Митрал клапан етишмовчилигида аускултацияда қандай шовқин эшитилади

Систолик шовқин, 2-тон ўпка артериясида

Диастолик шовқин, 2-тон ўпка артериясида

Факат диастолик шовқин

Тўри жавоб йўқ

63. Рентгенда юрак бели текисланган, чап бўлмача ва ўнг қоринча кўндалангига катталашган, ўпка артерияси бўртиб чиққан. Бу қайси орттирилган юрак нуқсонига тегишли

Митрал стеноз

Аортал стеноз

Аортал клапан етишмовчилиги

Қоринчалараро тўсиқ нуқсони

16—машгулот

ЎПКАНИНГ ЎТКИР ВА СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ

1.Ўпка неча бўлақдан иборат

Ўнгда учта, чапда иккита

Ўнгда иккита, чапда иккита

Ўнгда иккита, чапда учта

Ўнгда учта, чапда учта

2.Хар бир ўпка Линберг-Бодулин бўйича нечта майдон-бўлақдан ташкил топган

Туртадан

Учтадан

Бештадан

Олтитадан

3.Ўпканинг юкори булагига қайси сегментлар тугри келади

1-3

3-5

7-10

4-5

4.Ўнг ўпка урта булагига қайси сегментлар тугри келади

4-5

1-3

3-4

5-6

5.Чап ўпка тилчасига қайси сегментлар тугри келади

4-5

4-3

5-6

7-10

6.Базал сегментга қайси сегментлар тугри келади

7-10

4-3

4-5

5-6

7.Бронх артерияси каердан чиқади

Кўкрак аортасидан

Ўпка артерияси тармогидан

Ўмров ости артерияси тармогидан

Сут беги артерияси тармогидан

8. Ўпка томографияси:

Ўпканинг рентгенда каватма-кават текшириш

Икки проекциядаги рентгенологик тасвир

Ўпкани радиоизотоп воситалари оркали рентгенологик текшириш

Экранда рентгенологик еритиш

9. Бронхография нима

Бронхларга контраст модда юбориб рентгенологик текшириш

Бронх артериясига контраст юбориб текшириш

Ўпкани экранда рентгенологик ёритиш

Ўпкани каватма кават текшириш

10. Бронхография утказиш учун қайси контраст модда қулланилади /Нотугри жавобни курсатинг/

Верографин

Сульфойодолипол

Пропилйодон

Визитраст

11.Ўпканинг уткир абцесси деб тушунилади

Пиоген капс б-н чегараланган ўпка туқимаси йирингли чириган парчаланиши

Деморкация белгиларисиз ўпканинг бутун еки маълум бир қисмини йирингли чириган некрози

Ўпка туқимаси секвестрацияга мойил бўлган чегарйирингли чириган некрози

Ўпка туқимаси йирингли чириган парчаланиши

12.Ўпканинг йиринглашига қатнашадиган омиллар Нотугри жавобни курсатинг

Қалқонсимон без фаолиятининг пасайиши

Бронхлар утказувчанлигининг бузилиши

Ўпка туқимасининг уткир инфекцион яллигланиш жараени

Қон айланишининг бузилиши

13. Ҳозирги пайтда ўпканинг уткир йирингли деструкциясини қупинча қайси микрофлора қақиради

Аэроблар ва анаэроблар

Стафиллококк

Грамм манфий флора

Салмонелла

14. Ўпка абцесси ривожланишида қайси сабаб қўп учрайди

Пневмония

Аспирация

Гематоген -эмболик

Обтурацион

15. Ўпка ганренасида қайси механизм қуп учрайди

Аспирацион

Постпневмоник

Гематоген-эмболик

Травмадан кейин

16. Аспирацион механизм остида ўпканинг йирингли жараени ривожланиши деб нимани тушунамиз

Ўпкага бронхлар оркали инфицирланган суюқликнинг тушиши оқибатида ривожланиши

Ўпка туқимасига септик эмбол билан инфекция тушиши

Крупоз зотилжам оқибатида йирингли жараеннинг ривожланиши

Бронхнинг ет жисм еки усма билан бекилиб қолиши

17. Ўткир ўпка абцессининг асосий клиник белгилари қайси Нотугри жавобни курсатинг

Қуқрак қафаси тери ости веналарининг кенгайиши

Юқори ҳарорат

Йутал, қуп микдорда йирингли балғам билан келиши

Интотоксикация белгилари

18. Ўткир абцесснинг асосий рентгенологик белгилари қайси

Перифокал яллигланиш,горизонтал сатҳли айлана бўшлиқ бўлиши

Аниқ контурли гомоген интенсив айлана соя

Ўпка тукумасининг ноаник контурли чегараланган корайиши

Аник контурсиз куп сонли кичик бушликларнинг интенсив корайиши

19. Ўпка гангренасининг асосий клиник белгилари Нотугри жавобни курсатинг

Кам микдорда балгам ажралиши билан кечувчи йутал

Юкори гектик харорат

Йутал, куланса хидли балгам билан

Интоксикация белгиларининг ривожланиши

20. Ўткир упка абцессининг бронхоскопик белгилари

Чегараланган йирингли эндобронхит

Таркок йирингли эндобронхит

Бронхларнинг дистал кенгайиши билан кучадиган йирингли эндобронхит

Бронх бушлигининг усмасимон тукума беркитиб куйиши хисобига

21. Ўткир упка абцессининг бронхга ерилиш давридаги аускультатив белгилари

Локал амфорик нафас, хар хил калибирдаги хириллашлар

Икки томонлама куп сонли курук хириллашлар

Икки томонлама турли калиберли нам хириллашлар

Локал жуда сустлашган нафас, турли калиберли нам хириллашлар

22. Ўпка гангренасининг асосий рентгенологик белгилари қайси

Ўпка тукумасининг ноаник контурли чегараланмаган корайиши

Аник контурли гомоген интенсив айлана соя

Перифокал яллигланиш, горизонтал сатхли айлана бушлик

Учбурчак шаклдаги интенсив гомоген соя

**23. Ўткир ўпка йирингли касалликларининг кўп учрайдиган асоратлари қайси / Нотугри жавобни курсатинг **

Спонтан пневмоторакс

Пиопневмоторакс

Ўпкадан кон кетиш

Плевра эмпиемаси, сепсис

24. Ўткир упка абцессиди даволаш усуллари қанака 1 шошилиш операция қилиш, узгарган упка тукумасини резекция қилиш 2 беморни бир-икки ҳафта даволашдан кейин операцияга олиш 3 кичик хирургия усуллари ва эндоскопик муолажаларини қўллаш билан консерватив даволаш 4 факат консерватив ва медикаментоз даволаш, постурал дренажлаш

3

1

2

4

25. Ўткир упка йиринглашида консерватив даволаш қайси усуллари уз ичига олади / Нотугри жавобни курсатинг /

Иммунодепрессив ва цитостатик терапия

Антибактериал терапия

детоксикацион терапия

Микроциркуляция ва кон ивиш хусусиятларини ме/рлантириш

26. Ўпканинг ўткир йирингли жараенида дори моддаларини юбориш усуллари қайси бири купрок наф беради

Бронх артериясидан узок муддатда инфузия қилиш ва катетерлаш

Периферик веналарга инфузия қилиш

Умров ости венасини катетерлаш ва инфузион терапия ўтказиш

Ўпка артериясидан узок муддатда инфузия ўтказиш

27. Ўпканинг периферик абцессиди дренажлаш ва маҳаллий санациялашнинг қайси усуллари купрок эффектли ҳисобланади

Абсцесс бушлигини икки томонлама комбинацияли дренажлаш

Микротрахеостомия

Абсцесни микротрахеостомик, трахеобронхиал катетерлаш

Трансторакал дренажлаш

28. Марказда жойлашган упка абсцессиди дренажлаш ва маҳаллий санациянинг қайси усуллари купрок эффе́ктли ҳисобланади

Абсцессни микротрахеостомик, трансбронхиал катетерлаш

Постурал дренажлаш

Трансторкал дренажлаш

Абсцесс бушлигини икки томонлама комбинацияланган дренажлаш

29. Ўткир ўпка абсцессиди қайси ҳолат шошили́нч операцияга курсатма бўлиб ҳисобланади

Ўпкадан профуз кон кетиш

Пиопневмоторакс

Сепсис

Ўсиб боровчи нафас етишмовчилиги

30. Ўпкадан профуз кон кетганида касалхонада қанақа ердм курсатилади

Қонаётган бронхни вақтинчалик обтурация қилиш

Консерватив гемостатик терапия

Шошили́нч оператив даволаш

Сунъий пневмоторакс қуйиш

31. Шошили́нч торакотомия қилиш учун қайси усул купрок қулланилади

Ковурга оралиги йуналиши бўйлаб кўкрак қафаси жароҳатини кенгайтириш

VII ко́вурга оралигидан ен томонлама торакотомия қилиш

Кўндаланг стернотомия қилиш

Буйлама стернотомия

32. Сурункали ўпка абсцессиди даволаш усуллари қанақа

Операция қилиш упканинг зарарланган қисмини резекция қилиш

Консерватив даволаш ва амбулатор кузатиш

Абсцессни пункция қилиш билан биргаликда консерватив даволаш

Трансторкал дренажлаш билан биргаликда консерватив даволаш

33. Бронхоэктаз касаллигида ўпканинг қайси қисми купрок зарарланади

Пастки булак ва чап томон упка тилчаси

Ўнг томон юкори булаг

Чап томон юкори булаг

Ўнг томон юкори ва урта булаг

34. Бронхоэктазлар шаклига қараб қуйидагича бўлади, (но́тўғри жавобни кўрсатинг)

Баллонсимон

Цилиндрик

Қопсимон

Аралаш

35. Бронхоэктатик касаллигининг асосий клиник симптомлари қайси

Йўтал, кўпрок эрталаб йирингли балгам ажралиши кузатилади

Кўпрок кечкурун йутал, йирингли балгамлар ажралиши

Кўкрак қафасида оғрик бўлиши

Бугилиш хуружи билан купрок йутал бўлиши

36. Картагенер триадаси бу:

Туғма бронхоэктаз, пан синусит, ички аъзоларнинг тескари жойлашуви

Туғма синусит

Ўпка гангрена

Ортирилган бронхоэктаз

37. Бронхоэктатик касаллигида аускултатив қуриниш қанақа

Зарарланган учокда каттик нафас ва ҳар хил калиберли хириллашлар

Ўпка пастки булагиди 2томонлама нафас сусайиши ва хуштаксимон хирил

Зараланган учокда нафас суст ва нам хириллашлар

Зарарланган учокда каттик нафас ва бир хил калиберли хириллашлар

38. Бронхоэктатик касаллигида бронхоскопик белгилари бўлиб ҳисобланади

Бронхнинг дистал кенгайиши билан чегараланган йирингли бронхит

Икки томонлама тарқалган катарал эндобронхит

Бронхлар ҳаракатининг бузилиши

Кўкрак кафасида огрик булиши

39. Бронхоэктатик касаллигида якуний ташхис қайси текшириш натижасида асосланиб қўйилади. Нотўғри жавобни кўрсатинг.

Ангиопульмонография

Бронхография

Кўкрак кафаси томографияси

Бронхоскопия

40. Чегараланган бронхоэктаз касаллигида даволаш усуллари қанақа

Оператив даволаш, упканинг зарарланган қисмини резекция қилиш

Консерватив даволаш, бронхоскопик санация қилиш

Санатория ва курортда даволаниш

Артерия ичига узок муддат дори моддаларини юбориб даволаш

41. Даволаш бронхоскопияси бажарилмайди

Ўпка гамартомасида

Ўпкадан профуз қон кетганда

Ўпка абсцессида

Бронхоэктаз касаллигида

42. Сурункали абсцесснинг клиник кечишида нечта гуруҳ шартли равишдаги клиник белгилар тафовут қилинади?

6 гуруҳ белгилар

8 гуруҳ белгилар

4 гуруҳ белгилар

5 гуруҳ белгилар

43. Торакоскопияга курсатмалар, нотўғри жавобни курсатинг

Нафас олиш функциясининг III даражали бузилиши

Этиологияси номаълум бўлган плевритлар

Спонтан пневмоторакс

Плевра ўсмалари

44. Сурункали абсцессда абсцесс бўшлиғи бронхга очилганда қанақа шовқин эшитилади?

Амфорик шовқин

Плевранинг ишқаланиш шовқин

Бронхиал нафас

Везикуляр нафас

45. Бронхоскопияда Суль белгиси қуйидаги касалликка характерли:

Бронхоэктатик касаллик

Обструктив бронхит

Ўпка эхинококки

Ўпка абсцесси

46. Рентгенологик текширувда "ари ўйи" қуринишидаги белги қайси касалликка хос

Бронхоэктатик.

Миокард инфаркти.

Ўпка эмфиземаси.

Ўпка абцесси.

47. Бронхоэктазни топиш, унинг сонини, шаклини, катталигини аниқлашда қўпроқ, қайси усулардан фойдаланилади

Бронхография, томография.

ФГС, рентгенография.

УЗИ

Тўғри жавоб йук

48. Бронхоэктаз касаллигининг асорати

Ўпка ва буйрак амилоидози

Миокард инфаркти.

Ўпка сили.

Тўғри жавоб йўқ

49. Сурункали абсцесс билан оғриган беморларни кўрганда характерли эмас (Нотўғри жавобни топинг)

Палмар эритема

Бармоқларнинг ногора таёқчасига ўхшаб қолиши

Тирноқларнинг соат ойнасига ўхшаб қолиши

Тери қопламларининг қуруқлиги ва оқиш рангда бўлиши

50. Бармоқларнинг ногора таёқчаларига ўхшаши, фалангаларнинг соат ойналари кўринишида бўлиши қайси ўпка касаллиги учун хос?

Бронхоэктатик касаллик.

Ўпка сили.

Миокард инфаркти.

Тўғри жавоб йўқ

51. Бронхоэктатик касаллик қачон консерватив даволанади

Жараён тарқоқ бўлганда ва операцияга тайёргарлик пайтида.

Ҳар доим консерватив даволанади.

Фақат оператив даволанади.

Тўғри жавоб йўқ

52. Ўпка марказий ракида энг информатив текшириш усули

Бронхоскопия, биопсия

Рентгеноскопия

КТ

Пневмомедиастинография

53. Рентгенограммада кенг шаклсиз, диффуз коронгилашув фонида жуда куп оқариш доғлари ва плевра бушлигида суюқлик аникланади. Бу қайси хасталикка хос

Ўпка гангренази

Плевра сили

Мезателиома

Ўпка саратони

54. Бемор жисмонан заиф. Йутал билан балгам купрок эрталаб ажралишига, касалланган тарафда кўкрак кафаси нафас олишда ортда қолиши ва унинг ботганлиги. Бу қандай хасталикка тугри келади

Бронхоэктатик касаллик

Ўпка сили

Ўпка абсцесси

Спонтан пневмоторакс

55. Сурункали ўпка абсцесси қачон ривожланади?

Касалликнинг 6-8 ҳафтасида

Ўпка гангреназидан кейин

Касалликни 2-3 кунда

Пиопневмотораксда

56. Сурункали абсцессга хос морфологик узгаришлар бу...

Ўпкада қалин гардишли фиброз тўқимали таркибида бироз йирингли суюқлик булган бўшлик

Ўпка тўқимасида пиоген капсулани булиши

Перифокал яллигланиш булган йирингли бушлик

Барча жавоблар тугри

57. Сурункали абсцесснинг ривожланиши клиник сабаблари? Нотўғри жавобни топинг.

Ўпка зотилжамини тулик даволамаслик

Ўткир ўпка абсцессини тулик даволамаслик

Ўткир ўпка абсцесси билан беморларни эрта стационардан жавоб бериш

Ўткир ўпка абсцесси билан беморни «Д» ҳисобига олмаслик ва даволамаслик

58. Ўткир ўпка абсцессини сурункали абсцессга утишини анатомик сабаби? Нотўғри жавобни топинг.

Антибактериал терапия тулик утказилмаган

Дренажловчи бронхнинг дренаж функциясининг бузилиши

Дренажловчи бронхнинг оғзини эрта эпителизацияси

Дренажловчи бронхнинг оғзини секвестир пробка билан бекилиши

59. Ўткир ўпка абсцессини сурункали абсцессга ўтишининг анатомик сабаблари бу...

Барча жавоблар тўғри

Дренажловчи бронхнинг дренаж функциясининг бузилиши

Дренажловчи бронхнинг оғзини эрта эпителизацияси

Абсцесс девори билан париетал плевра ўртасида битишмалар ҳосил бўлиши ва бошқалар

60. Сурункали абсцесснинг ривожланишида қуйидаги сабаб муҳим рол уйнайди

Қолдиқ бўшлиқ деворини париетал плевра уртасида битишма ҳосил бўлиши

Ўз вақтида санацион бронхоскопия қилмаслик

Иммунотерапия ўтказмаслик

Анаболик гормонлар қилмаслик

61. Сурункали абсцесснинг клиникасида характерли эмас?

Юкори гектик температура, қахшатувчи ваража, курук йутал

Сурункали йутал, оз-оз микдорда балғам тупуриш

Сурункали интоксикация белгилари

Ривожланиб боровчи нафас етишмовчилиги

62. Сурункали абсцесснинг клиникасига характерли бўлган белгилар:

Барча жавоблар тўғри

Қасаллик ремиссия ва хуружлар билан кечиши

Иммун системанинг паст бўлиши

Қахексия

63. Сурункали абсцесснинг клиникасида кузатилади:

Барча жавоблар тўғри

Сурункали интоксикация белгилари

Гипопроотеинемия, анемия

Бармоқларнинг ногора таёкчага ухшаши, тирноқлар соат ойнасига ухшаши

17 - машғулот

ПЛЕВРАНИНГ ЙИРИНГЛИ ҚАСАЛЛИКЛАРИ.

ПЛЕВРАНИНГ ЎТКИР ВА СУРУНКАЛИ ЭМПИЕМАСИ.

1.Пиопневмоторакснинг асосий белгилари қайси? Нотўғри жавобни кўрсатинг.

Қуқрак қафаси юкори бўлимларида ва юзнинг цианози

Тинч ҳолатда хансирашнинг қучайиши ва беморнинг ўтирган ҳолатда бўлиши

Йуталнинг қўланса ҳидли балғам билан келиши

Қуқрак қафасидаги оғриқларнинг бўлиши

2.Ўткир пиопневмотораксда қайси даволаш усуллари қўлланилади?

Очилган бронхни бронхоскопик окклюзия қилиш ва плевра бўшлиғини дренажлаш

Шошилинич операция қилиш, плеврэктомия, ўпка декорткацияси

Пункция қилиб даволаш

Плевра бўшлиғига очилган бронхни бронхоскопик окклюзия қилиш

3.Сурункали плевра эмпиемасида ҳозирги даврда қайси оператив даволаш усуллари танланади?

Ўпка декорткацияси билан плеврэктомия қилиш

Линберг бўйича зинасимон торакопластика қилиш

Абражанов бўйича мускулли торакопластика қилиш

Торакостомия

4.Плевра бўшлиғига эхинококк кистасининг ерилишига ҳос белгилар қанақа /Нотўғри жавобни кўрсатинг /

Ўпкадан қон кетиш

Бугилиш ва нафас етишмовчилигининг қучайиши

Қуқрак қафасидаги оғриқ

Анафилактик шокнинг ривожланиши

5.Спонтан пневмоторакс деганда нимани тушунаси?

Бирор аниқ сабабсиз плевра бўшлиғига ҳавонинг тўпланиши

Кўкрак кафасининг очик жароҳати туфайли плеврага ҳаво кириши

Ёпиқ шикастланиш туфайли плевра бўшлиғига ҳаво кириши

Пункция пайтида плевра бушлигига ҳавонинг кириши

6.Спонтан пневмоторакснинг келиб чиқиш сабаблари:

Буллез эмфиземада булланинг ёрилиши

Плевра бушлиги пункцияси

Плевра бушлигига абсцесснинг ёрилиши

Плевра бушлигига кавернанинг ёрилиши

7.Спонтан пневмотораксга хос клиник белгилар. Нотўғри жавобни курсатинг.

Гипертермия

Хансираш

Кўкрак кафасида оғрик

Қуруқ йўтал

8.Спонтан пневмоторакс учун қайси рентгенологик белгилар хос

Плеврадаги ҳаво ҳисобига кукс оралиғи соғлом томонга сурилиши

Кўкс оралиғининг жароҳатланган томонга силжиши

Кўкс оралиғи аъзоларининг соғлом томонга сурилиши, тарқоқ соя

Суюқ сатҳли айлана соя

9.Спонтан пневмотораксда жароҳатланган томонга қайси физикал белгилар хос / Нотўғри жавобни кўрсатинг/

Перкутор товушнинг қисқариши

Перкуссияда тимпаник товуш чиқиши

Везикуляр нафаснинг сусайиши

Кўкс оралиғи аъзоларининг соғлом томонга сурилиши

10. Спонтан пневмоторакснинг даволаш усуллари

Плевра бушлигини дренажлаш ва фаол аспирация

Консерватив оғриқсизлантирувчи, антибактериал терапия

Плевра бушлигини пункция қилиш

Шошилинч оператив даволаш

11. Спонтан пневмотораксда оператив даволашга кўрсатмалар

Ўпка тулик ёйилмаган, дренажлашдан кейин 3-4кун герметиклик йуқлигида

Бемор ҳолати яхшиланган, дренажлашдан ,6-8 соатдан кейин қилинади

Плевра бушлиги дренажлашдан кейин 1-2 хафта утгач ўтказилади

Барчаси тўғри

12. Пульмонэктомия амалиётдан кейин плевра бўшлиғи қандай дренажланади

2-чи ковурга оралиғига ва 7-чи ковурга оралиғига дренаж қуйилади

Плевра бушлиги дренаж қуйилмасдан тикиб чиқилади

Орка култик ости чизиги бўйлаб UII ковурга оралиғига битта дренаж қуйиб чиқилади

Ўрта култик чизиги бўйлаб 2 ковурга оралиғига битта дренаж қуйилади

13. Аниқ ифодаланган гемотораксда клиник белгилар қандай бўлади? Нотўғри жавобни кўрсатинг

Кўкрак кафасида кучли оғрик бўлиши

Хансираш

Тери копланларининг оқариши

Тахикардия

14. Гемоторакснинг даволаш тактикаси

Плевра бўшлиғи дренажлашдан кейин 2 соатда 200 мл дан кўп қон кетса торакотомия қилинади

Шошилинч торакотомия

Пункция қилиб даволаш

Бир вақтнинг узида 300мл қон олганда торакотомия ва плевра бўшлиғини дренажлаш

15. Эхинококкэктомиядан кейинги реактив плевритга хос бўлган белги

Ренгенда плевра бушлигидаги суюкли сатхи ва ўпканинг коллапси

Диафрагма гумбазининг юкори туриши

Нафас олишнинг кийинлашуви

Оғрик синдромининг кучли булиши

16. Ўпка эхинококкида плевра эмпиемасига олиб келувчи сабаб

Плевра бушлигига йиринглаган кистанинг ерилиши

Плевра бушлигига болаловчи кистанинг тушиши

Эхинококк кистасининг йиринглашиши

Ўпканинг кўп сонли эхинококк кисталари ҳисобига

17. Беморда йиринглаган ўпка эхинококки плевра бўшлигига ёрилиш асорати ва плевра эмпиемаси ривожланиш ҳолати аниқланди. Сизнинг тактикангиз

Радикал операцияга таерлаш учун торакоцентез қўйиш

Радикал операцияга таерлаш мақсадида кучли косерватив даволаш

Ўпка эхинококкини аниқлаш учун торакоскопия қилиш

Бемор зудлик билан эхинококкэктомия бажариш учун операцияга олиш

18. Плевра эмпиемаси таркалиши буйича булинади:

Таркалган, чегараланган

Диффуз, чегараланган

Таркалган, диффуз, куп камерали

Таркалган, махаллий, куп камерали

19. Экссудат характериға караб плевра эмпиемаси булади:

Йирингли, ириган,

Сероз, йирингли, ириган

Сероз, фибриноз, йирингли геморрагик

Йирингли, ириган, геморрагик

20. Плеврал пункцияға кўрсатма. (Нотўғри жавобни кўрсатинг):

Ўпка абцесси

Пневмоторакс

Гемоторакс

Пиопневмоторакс

21. Пневмотораксда қайси ковуруга оралигидан пункция қилинади

II-III

III-IV

I-II

V

22. Гидротораксда қайси чизик буйича пункция қилинади

Орқа култик ости

Олд култик ости

Ўрта култик ости

Курак чизиги

23. Гидротораксда қайси ковуруга оралигида пункция қилинади

VII-VIII linea axillaris posterior

VI-VII linea axillaris anterior

V-VI linea axillaris media

VII-VIII linea clavicularis posterior

24. Плеврал пункцияда игнанинг йуналиши қандай бўлиши керак

Пастки ковуруганинг юкори киррасидан, перпендикуляр йўналишида

Иккала ковуруга уртасидан

Юкори қирра пастидан

Игна йуналиши ахамиятга эга эмас

25. Транссудат таркибидаги оксилнинг микдори

3 % дан кам

3 % дан куп

1.5 – 2 %

5 %

26. Экссудат таркибидаги оксилнинг миқдори

3 % дан куп

3 % дан кам

10 % дан куп

96 % дан кам

27. Ривальт синамаси ёрдамида нима аникланади?

Транссудат ёки экссудат эканлиги

Экссудатдаги ёғ миқдори

Транссудатдаги оксил миқдори

Экссудатдаги лейкоцитлар миқдори

28. Экссудатнинг хира бўлиши нимага боғлиқ

Таркибидаги шаклли элемент ва е г миқдорига

Экссудатнинг миқдорига

Таркибидаги оксилга

Таркибидаги эритроцитга

29. Транссудатнинг солиштирма оғирлиги нечага тенг

1005 - 1018

2000- 2010

1400 -1500

1500 дан юкори

30. Экссудатнинг солиштирма оғирлиги нечага тенг

1018 дан юкори

1005 дан паст

1000 дан паст

1005 -1010

31. Транссудатнинг ивиб қолмаслигининг сабаби

Фибриноген бўлмаслиги

Альбумин бўлмаслиги

Оксил қамлиги

Оксил қуплиги

32. Гемотораксга таъриф беринг

қоннинг плевра қушлигига қупланиши

плевра қушлигига қавонинг қупланиши

қон ва қавонинг қупка қуқимасида қупланиши

қон қалқаларининг қупка қуқимасига қупланиши

33. Нормада нафаснинг минутлик қажми қанча

6-9 литр

17-19 литр

3-4 литр

0,2-0,8 литр

34. Пневмоторакснинг энг қавфли қури қайси

Қлапанли

Оқик

Ёпик

Аралаш

35. Плевра бўшлигида қон қупланиши қандай аталади

Гемоторакс

Пемопневмоторакс

Пиоторакс

Пиопневмторакс

36. Қуқрак қавасининг қайқалишида этиологик сабабни қурсатинг

Портлаш ва қаво қулқини зарбаси

Радиация

Ўсма ва яллигланиш асоратлари

Травматик шок

37. Клапанли пневмотораксда 1 е рдам нимадан иборат

Плеврал бушликни зудлик билан пункция килиш

Антикоагулянт репаратлар куйиш

Юракни очик массаж килиш

Осмотик диуретик киритиш

38. Кукрак кафасининг чайкалиши бошка турдаги курак кафаси шикасталнишларидан енгилрок кечишига сабаб нима

Кукрак кафасининг эластиклиги

Кукрак кафасининг эластик эмаслиги

Тери ости эмфиземасининг пайдо булиши

Беморнинг жисмонан чиникканлиги

39. Спонтан пневмотораксда канча муддатдан ортик дренаж куйиш тавсия этилмайди

4 суткадан ортик

21 суткадан ортик

1 суткадан ортик

12 соатдан ортик

40. Ўпка шикастланиши турларини курсатинг

Очик ва ёпик

Спонтан, идиопатик

Очик, асоратли, асоратсиз

Ёпик, аралаш

41. Ўпка шикастланишида якуний диагноз кайси инструментал метод маълумотларига асосан қўйилади:

Бронхоскопия, рентген, КТ

Анамнез ва шикоятлар

Умумий қон тахлили

Объектив кўрув

42. Плевра пардалари орасида нормада қанча микдорда суюклик булади

20-25 мл

30-40 мл

100мл

3-5 мл

43. Париетал плеврада кайси юзалар фаркланади

Қовурга, диафрагмал, медиастинал

Олдинги, пастки, юкори

Юкори, ўрта, диафрагмал

Қалинлашган, юпқалашган

44. Очик пневмотораксда плевра инфицирланишининг олдини олиш учун плеврал бўшлиққа қандай препаратлар юборилади

Антибиотик ва антисептиклар

Қон ивишини камайтирувчи препаратлар

Кислород ва осмотик диуретиклар

Антисептиклар ва антикоагулянтлар

45. Спонтан пневмотораксда 4 суткадан ортик муддатда куйилган дренаж қандай асоратларга олиб келади

Плевра эмпиемаси

Абсцесс ва гангрена

Гемоторакс

Травматик шок

46. Кўкрак кафаси шикастланишларида қандай огриксизлантириш усулидан фойдаланилади

Вагосимпатик блокада

Футляр блокада

Паранефрал блокада

Махаллий анестезия

47. П. А. Куприянов классификацияси бўйича гемоторакслар кичик, урта, катта ва тотал бўлинадилар. Ўрта гемоторакс деганда нимани тушунасиз

Суюқлик сатхи куракнинг бурчагигача тўлганлиги

Плевра бушлиги кон билан тулганлиги

Синуснинг тулганлиги

Суюқлик сатхи куракнинг урта қисмидан юқорирокда тулганлиги

48. Очиқ пневмотораксда қандай нафас олиш характерлидир

Пародоксал

Чейн-Стокс

Куссмаул

Корин билан нафас олиш

49. Пиопневмоторакснинг кўпроқ сабаби бўлиб ҳисобланади:

Периферик абсцессларнинг ёрилиши

Плевра бушлигида асоратланмаган эхинококк ёрилса

Плевра упка кисталари ёрилганда

Упканинг марказий абсцесслари ёрилганда

50. Қайси касалликда плеврал пункция қилинмайди?

Ўпка артерияси тромбоземболиясида

Гемоторакс

Гидроторакс

Экссудатли плеврит

50. Экссудатив плевритда ўпка аускультациясида аниқланади:

Нафас шовқинларининг сусайганлиги

Нафас шовқинларининг кучайганлиги

Хириллашлар

Бронхиал нафас

51. Плеврал пункцияда экссудатнинг қайси хусусиятлари эътиборга олинади?

Барча жавоблар тўғри

Нисбий зичлиги

Оқсил борлиги

Тиниқлиги

52. Плеврал пункциянинг асоратларига қирмайди (Нотўғри жавобни кўрсатинг):

Бронхоспазм

Ўпка паренхимасининг зарарланиши

Қовурғалараро артерияларнинг зарарланиши

Гемопневмоторакс

53. Бирмартада плеврал пункцияда максимал олинadиган суюқлик миқдори қанча?

1-2 литр

2-3 литр

4-5 литр

2,5-3 литр

54. Плеврал пункция қилишда қилинадиган новокаин миқдори ва фоизи қанча?

0,5 % ли 10-20 мл

0,5 % ли 5 мл

2 % ли 2 мл

5 % ли 5 мл

55. Плеврал пункция қилишда бемор қандай ҳолатда бўлиши керак?

Бемор стулга ўтирган ҳолатда бўлиши керак

Ётган ҳолатда

Қулай вазиятда

Ўнг ёнбош томонга ётган ҳолатда

56. Плевропульмонал шокда биринчи ёрдам:

Шокка қарши терапия, нафас олиш ва қон-томир ҳолатини тиклаш

Плеврал суюқликни чиқариш

Зудлик билан торокотмия қилиш.

Асептик бойлам қўйиш

57. Плевра бўшғидан қон ва эксудатни чиқариш учун қайси қовурғалар орасида пункция қилинади?

VII-VIII қовурғалар орасида

V-VI қовурғалар орасида

IX-X қовурғалар орасида

VIII-IX қовурғалар орасида

58. Плевра бўшлиғига қон кетаётганлигини аниқлаш учун қайси синамадан фойдаланилади?

Рузулия-Грегуар синамаси

Эфендиев синамаси

Трендленбург синамаси

Пратт-1 синамаси

59. Очiq пневмотораксда биринчи ёрдам кўрсатинг

Окклюзион бойлам қўйиш

Плеврал пункция қилиш

Доимий дренаж қўйиш

Антибиотиклар қилиш

60. Очiq пневмотораксда биринчи ёрдам сифатида қўлланилмайди қўлланилмайди:

Доимий дренаж қўйиш

Окклюзион бойлам қўйиш

Оғриқсизлантирувчи препаратлар қўллаш

Юрак-нафас фаолитини яхшилаш

61. Кўкрак қафасининг ёпиқ шикастланишида ўпканинг жароҳати билан кечадиган турида энг кўп учрайдиган асоратлар:

Барча жавоблар тўғри

Гемоторакс

Гемопневмоторакс

Посттравматик пневмония

62. Торакоцентез амалиётидан мақсад:

Плевра бўшғидан суюқликни чиқариш

Плевра бўшғиғига антибиотиклар юбориш

Плевра бўшғиғига антисептиклар юбориш

Плеврани ревизия қилиш

63. Пневмоторакснинг нечта тури тафовут қилинади?

3 та

2 та

5 та

7 та

18-машгулот

Кўкс оралиғи аъзолари анатомио-физиологияси.

Хавфсиз ўсмалари ва кисталари. Медиастенит, миастения.

1. Ўткир Медиастенитнинг асосий клиник белгилари қанақа / Нотўғри жавобни кўрсатинг/

Қон тупириш

Гектик хусусиятли гипертермия, Герке симптоми

Ҳансираш

Буйин ва Кўкракда кучли оғриқ булиши

2. Ўткир йирингли Медиастенитнинг даволаш усуллари қанақа

Буйин медиастинотомияси, кўкс оралиғини дренажлаш

Консерватив даволаш буйлама стернотомия, кўкс оралиғини тампонада қилиш

Ўнг томонлама торакотомия, кўкс оралиғини очиш, плевра бўшлиғини дренажлаш
Консерватив даволаш

3. Тўш ости (загрудинный) буқоқи одатда қаерда жойлашади

Юқори кўкс оралиғида

Юқори олдинги ва пастки ўрта кўкс оралиғида

Пастки ва пастки ўрта кўкс оралиғида

Орқа пастки кўкс оралиғида

4. Тўш орти буқоқи ташхисини тасдиқлаш учун қайси усул қулланилади

Радиоизотоп сканерлаш, пневмомедиастинография

Пневмомедиастинография

Бронхоскопия

Ангиопульмонография

5. Кўкс оралиғи кисталарини даволаш усуллари

Операция йули билан олиб ташлаш

Диспансер назоратида динамик кузатиш

Консерватив даволаш

Нурли химиотерапия

6. Кўкс оралиғи кисталарига кирмайди:

Фиброз-каверноз киста

Мезотелиал киста

Целомик киста

Бронхоген киста

7. Пастки орқа кўкс оралиғидан ўтади (Нотўғри жавобни топинг).

Ўпка артерияси

Қизилунгач

Симпатик ва парасимпатик нервлар ўтади

Аортанинг пастки тушувчи йули

8. Медиастенит пайдо булишига сабаб (Нотўғри жавобни топинг).

Чуқур рухий стресс

Кўкс оралиғи очик жарохати

Буйиннинг чуқур флегмонасининг тарқалиб кетиши

Кимёвий моддалар таъсирида кўйиши

9. Бемор бошини олдинга килиб, кадини баланд килиб етадилар. Бу қайси касаллик учун мажбурий ҳолат деб ҳисобланади?

Медиастинит

Ўпка касалликлари

Юрак касалликлари

Қизилунгач тораймасининг жарохатланишида

10. Рентгенограммада: кўкс оралиғида газ борлиги қайси касалликка хос:

Бронхлар еки қизилунгачнинг жарохатларида

Қизилўнгач ёт жисмида

Кўкс оралиғи хавфсиз ўсмаси

Ўпка эмфиземасида

11. Сурункали медиастинитнинг сабаблари (Нотўғри жавобни топинг):

Ёт жисм

Захм

Актиномикоз

Сил

12. Қайси касалликда юқори ковак вена синдроми кузатилади:

Склерозловчи медиастинит

Бирламчи медиастинит

Иккиламчи медиастинит

Ўткир медиастинит

13. Посттравматик медиастинитнинг сабаби бу:

Органларни жароҳатланиши, ёпиқ травмалар

Контакт йўли билан тушувчи инфекция

Криптоген йўл билан тушувчи инфекция

Гематоген йўл билан тушувчи инфекция

14. Локализациясига қараб медиастинит бўлинади:

Олдинги, орқа ва тотал

Юқори, пастки

Олдинги, юқори ва пастки

Олдинги

15. Медиастинит клиник кечишига кўра бўлинади (Нотўғри жавобни топинг):

Асептик

Ўткир

Сурункали

Барча жавоблар тўғри

16. Ўткир медиастинитда бошни орқага ташлаганда оғриқ кучайиши қайси симптомга хос:

Герке симптоми

Горнер симптоми

Иванов симптоми

Мюсси симптоми

17. Ўткир Медиастинитда қўллар юқорига қараб сирпанувчи пальпацияда оғриқ кучаяди. Бу қайси симптомга хос:

Иванов симптоми

Герке симптоми

Горнер симптоми

Мюсси симптоми

18. Медиастенит асоратлари (Нотўғри жавобни топинг):

Ўпка эмфиземаси

Ўпка абцесси

Пиопневмоторакс

Перитонит

19. Рович-Верб югуляр симптоми қайси касалликка хос:

Медиастинит

Ўпка эмпиемаси

Перитонит

Пневмоторакс

20. Ўткир Медиастенитнинг олдинги - юқори формасига хос бўлган симптомлар (Нотўғри жавобни топинг)

Штейнберг

Герке

Иванов

Рович-Верб

21. Ўткир медиастенитнинг юқори орқа формасига хос бўлган симптомлар

Горнер-Штейнберг

Герке

Иванов

Рович -Верб

22. Ўткир Медиастенит диагностикасида энг информатив инструментал текшириш усуллари белгиланг (Нотўғри жавобни топинг)

Бронхография

КТ

Рентгенография

Рентгеноскопия

23. Миастения бу

Нерв-мушак касаллиги

- Нерв ва кўкс оралиғи касаллиги
Кўкс оралиғи касаллиги
Кизилунгач перфорацияси
- 24. Миастениянинг синонимлари**
2 ва 3 жавоблар тўғри
Астеник булбар паралич
Эрба-Гольдфлама
Верб- Эндорсен
- 25. Миастениянинг илк клиник белгилари:**
Птоз, ғилайлик ва ютишнинг қийинлашуви
Птоз ва мушакларда оғриқ
Кўкрак кафасида оғриқ
Бутун тана мушакларида оғриқ
- 26. Нафас олиш ва ютиш функцияларини бузилиши билан кечадиган касаллик:**
Миастения
Золлингер-Эллисон
Медиастинит
Бюргер касаллиги
- 27. Миастенияни аниқлашдаги энг керакли усул:**
Электромиография
Рентген
КТ
УЗИ
- 28. Миастенияни даволашда ишлатиладиган дори воситалари**
Антихолинэстераза препаратлари
Антикоагулянт препаратлари
Холинэстераза препаратлари
Холиномиметик препаратлари
- 29. Миастенияни дифдиагностикаси (Нотўғри жавобни топинг):**
Медиастинит
Булбар паралич
Миопатия (куз формаси)
Полимиозит
- 30. Миастенияда ремиссияга олиб келувчи даво муолажалари (Нотўғри жавобни топинг):**
Адреналэктомия
Айрисимон безни рентгено-терапия
Тимэктомия
Айрисимон безни гамма-терапияси
- 31. Миастенияда асосий текшириш усули**
Фармакологик тест
ФГС
Рентгенконтраст
УЗИ
- 32. Миастенияда беморга прозерин бериш дозаси**
1,5-2мл 0,05%
2-2,5мл 0,05%
0,5-1мл 0,05%
1,5-2мл 0,5%
- 33. Антихолинэстераза каторига кирувчи дориларни аниқланг:**
Прозерин
Волтарен
Амиладепин
Нистатин
- 34. Миастенияда асосий текшириш усуллари (Нотўғри жавобни топинг):**

Электроманометрия
 Электромиография
 Фармакологик тест
 Иммунологик текширишлар
35. Агар кисталар перикард бўшлиғи билан алоқада бўлса нима дейилади:
 Дивертикул
 Емон сифатли ўсма
 Яхши сифатли ўсма
 Юракдаги патологик хосила
36. Унча катта бўлмаган симптомсиз кечувчи перикард кисталарини даволаш:
 УТТ назорати остида тери орқали пункция қилинади
 Склерозловчи терапия
 Оператив даволаш
 Тўғри жавоб йўқ
37. Кўкс оралиғи юқори қисмида қайси ўсмалар жойлашган
 Тимома, струма
 Тимома, дермоид кисталар, мезеихимал ўсмалар
 Перикард кисталари, бронхоген кисталар, лимфомалар
 Невроген, энтероген кисталар
38. Кўкс оралиғи олд қисмида қайси ўсмалар жойлашади
 Тимома, лимфома, мезенхимал ўсмалар
 Тимома, лимфома
 Перикард кисталари, бронхоген кисталар
 Невроген, энтероген кисталар
39. Кўкс оралиғи урта қисмида қайси ўсмалар жойлашади
 Перикард кисталари, бронхоген кисталар, лимфомалар
 Невроген, энтероген кисталар
 Тимома, лимфома
 Тимома, дермоид кисталар, мезенхмиал ўсмалар
40. Кўкс оралиғи кисталарига кирмайди:
 Фиброз-каверноз киста
 Мезотелиал киста
 Целомик киста
 Бронхоген киста
41. Ўткир медиастенит бу:
 * Кўкс оралиғи туқимасининг ўткир яллиғланиб йиринглашиши
 Кўкс оралиғи туқимасининг ўткир шикастланиши
 Кўкс оралиғи ўсмалар билан зарарланиши
 Барча жавоблар тўғри
42. Сурункали медиастенитнинг клиник кечиши қуйидагича:
 Тана хароратининг субфебрил бўлиши, оғриқларнинг ноинтенсивлиги
 Тана хароратининг гектик бўлиши, кучли оғриқлар
 Қалтираш, тана хароратининг юқори даражаларга кўтарилиши, кабзият, мелена
 Кўкрак кафасида ўткир оғриқлар, хансираш, шок холати
43. Нейрофирбома бу:
 Нерв туқималардан чикувчи ўсма
 Перикарддан чикувчи ўсма
 Калконсимон бездан чиқадиган ўсма
 Плевра туқимасидан чиқадиган ўсма
44. Юқори ковак вена синдромида асосий диагностик усули:
 Юқори кавография
 Пастки кавография
 Эзофагоскопия
 Контрастли рентгеноскопия барий сульфат ёрдамида

45. Кўкс оралиғи кўп учрайдиган ўсмалар куйидагилар:

Струма, тимома, липома, невринома, тератома
Гемангиома, миобластома, целомик кисталар
Аденома, гастринома, мегалобластома
Астроцитома, лимфома, гемангиома

46. Струма бу:

Қалконсимон бездан чиқувчи ўсма
Кўкс оралиғи ҳамма қисмида учрайдиган ўсма
Перикард олди ёғ тўқимасидан чиқувчи ўсма
Лимфатик безлари ўсмаси

47. Гамартома бу:

Дисэмбриогенез натижасида келиб чиқадиган ўсма
Мушак туқимасидан келиб чиқадиган ўсма
Кон томирлардан келиб чиқадиган ўсма
Диафрагма ўсмаси

48. Кўкс оралиғи эхинококкозининг хирургик даволаш:

Трансторакал, транстернал йули билан кириб, эхинококкэктомия
Лапаротомия йули билан кириб эхинококкэктомия
Юқори ўрта лапаротомия, плеврэктомия
Медиастинотомия

49. Мезотелиал киста бу:

Пастки кўкс оралиғида жойлашган перикарддан чиқадиган киста
Ўрта кўкс оралиғида жойлашган бронхлардан чиқадиган киста
Орқа кўкс оралиғида жойлашган кизилунгачдан чиқадиган киста
Кўкс оралиғининг ҳамма қисмида учрайди

50. Гастроэнтероген кисталар бу:

Орқа кўкс оралиғида жойлашган кизилунгач, меъда, ичак кисталари
Ўрта кўкс оралиғида жойлашган трахея ва бронхлардан чиқадиган кисталар
Кўкс оралиғининг ҳамма қисмида учрайди
Перикарддан чиқадиган киста

51. Кўкс оралиғи эхинококкозида иммунно-серологик текширув усуллари:

Кацони реакцияси, гемагглютинация реакцияси, сколексопреципитация реакцияси
Коннинг умумий ва биохимик таҳлиллари
Вассерман реакцияси, Пратт-1 синамаси
Конда лейкоцитоз, тромбоцитопения

52. Сурункали медиастинит қайси касалликларнинг натижасида келиб чиқади:

Сил, захм, актиномикоз, ўткир медиастинит
Пневмония, ларингит, менингит, энцефалит
Эзофагит, юракнинг туғма нуқсонлари
Рефлюкс-эзофагит, упканинг периферик кисталари

53. Пневмомедиастинография бу:

Кўкс оралиғига газ юбориб рентгенологик текширув
Плевра бўшлиғига газ юбориб рентгенологик текширув
Торакоскоп ёрдамида кўкс оралиғини текшириш
Торакотомия йули билан кириб кўкс оралиғини текшириш

54. Сурункали медиастинитни асосий даволаш усули:

Консерватив
Оператив
Оксигенотерапия
Медиастинотомия

55. Ўткир медиастинитни асосий даволаш усули:

Оператив
Консерватив
Физиотерапия

Плеврэктомия

56. Эмбрионал ривожланишнинг нечанчи хафтасида кўкс оралиғида қадардан киста ривожланади:

Биринчи хафтасидан олдинги ичакдан

Иккинчи хафтасидан меъдадан

Учинчи хафтасидан перикарддан

Еттинчи хафтадан плеврадан

57. Кўкс оралиғидаги бронхиал кисталар қайси эпителий билан қопланган:

Киприкли эпителий

Цилиндрсимон

Бокалсимон

Эпидермал

58. Миастенияга олиб келадиган сабабга қадарда жойлашган ўсмалар қадар:

Тимусда

Плеврада

Перикардда

Аортада

59. Эмбриогенез бузилиши натижасида қадар чикадиган кисталар:

Дермоид кисталар

Лимфомалар

Кўкс оралиғининг иккиламчи ўсмалар

Тўғри жавоб йўқ

60. Қон томирлардан чикадиган ўсмалар қайси усул ёрдамида текшириш мумкин:

Ангиография

Торакоскопия

Флебология

Пневмомедиастинография

61. Тимомаларни аниқлашда энг информатив усул:

Пневмомедиастинография

Перкуссия

Қоннинг умумий таҳлили, қон ивиш системаси

Ангиография

62. Тиреотоксикоз симптомлари қадарда жойлашган ўсмаларни учун мавжуд:

Туш орти букоки

Тимомалар

Перикард кисталар

Невроген ўсмалар

63. Лимфомаларнинг қандай шакллари учрайди:

Лимфорсакома, ретикулосаркома, лимфогранулематоз

Лимфаденит, лимфангит, лимфобластома

Тимома, ангиосаркома, гемангиома

Лимфангиома, липосаркома, фиброма

19-машгулот

Диафрагма чурралари. Диафрагма релаксацияси.

1. Диафрагма травматик чурраларини биринчи марта ёритган олим:

Амбруаз Паре, 1594 й

Жан Пти, 1774 й

Ларей, 1842 й

Н.И.Пирогов, 1844 й

2. Диафрагма релаксациясини биринчи марта ёритган олим:

Жан Пти, 1774 й

Амбруаз Паре, 1594 й

Ларей, 1842 й

Н.И.Пирогов, 1844 й

3. Диафрагма чурралари булади (Нотўғри жавобни кўрсатинг)

Бифуркацион

Чин

Сохта

Травматик

4.Диафрагманинг анатомик заиф жойлари бу:

Богдалек ва Ларей-Морганьи учбурчаги

Пирогов учбурчаги

Пти учбурчаги

Петровский учбурчаги

5.Диафрагма кизилунгач тешиги чурралари таснифи:(Нотугри жавобни курсатинг

Тўғри,қийшиқ

Туғма, орттирилган

Сирпанувчи,параэзофагаль

Параэзофагал

6. Диафрагма чурралари клиник белгилари:

Тўш ости,кукрак кафасидаги огрик,овкатланишдан сунг нафас қисилиш

Оғрик,кон қусиш,кекириш,кабзият

Қусиш,А/Д ошиши, брадикардия

Қусиш,К/Б ошиши,тахикардия

7.Диафрагма релаксацияси бу:

Диафрагманинг юпқаланиши ва қорин ўушлиги органлари кўкрак бўшлиғига ўтиши

Диафрагма ерилиши,ички кон кетиш

Диафрагма юпқаланиши ва кукрак бўшлиги органлари қорин бўшлиғидаги

Диафрагма ерилиши қорин бўшлиғи аъзоларининг кукрак бўшлиғидаги

8.Диафрагма релаксацияси ташхисини қийин учун қайси текширув усули зарур

Рентген,пневмоперитонеум

Бронхоскопия

Эзофагоскопия, медиастиноскопия

Бронхография

9.Диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраларида қўлланиладиган операциялар:Нотугри жавобни курсатинг

Геллер операцияси

Диафрагманинг қизилўнгач тешигини торайтириш

Гастрокардиоопексия

Гис бурчагини қайта тузиш

10.Диафрагма қизилўнгач тешиги нормада:

1,0-3,0см

0,3-1,0см

3,0-5,0 см

5,0-8,0 см

11.Ларрей учбурчаги қаерда жойлашган:

Диафрагмада

Қизилўнгач деворида

Бел соҳасида

Кукрак кафасида

12.Ларрей учбурчагидан қайси кон томири утади

Ички кукрак артерияси

Аорта

Ковак веналар

Қорин стволи

13.Диафрагма чурраларининг асосий асоратлари (Нотугри жавобни курсатинг):

Кардиоспазм

Чурранинг қисилиб қолиши

Рефлюкс-эзофагит

Қон кетиши

14.Диафрагма чурраларининг махсус текшириш усуллари айтинг. (Нотугри жавобни курсатинг)

Ангиографик текшириш

Полипозицион умумий упка рентгеноскопияси

Рентгенконтраст ердамида текшириш

Пневмоперитонеум ва пневмоторакс, рентгенологик текшириш

15. Диафрагманинг қизилўнғач тешиги чурраси операциясида асоратлардан қайси бири учрамайди

Қайталанувчи нервнинг зарарланиши

Ёпик фундопликация синдроми

Адашган нерв зарарланиши

Стриктур, рефлюкс, чурра рецидив

16. Димафрагмадаги 3 та катта тешикни айтинг. (Нотўғри жавобни кўрсатинг)

Диафрагманинг юкори ковак вена утувчи тешиги

Диафрагманинг аортал тешиги

Диафрагманинг пастки ковак вена утувчи тешиги

Диафрагманинг кизилунғач утувчи тешиги

17. Диафрагма чурраларининг асосий белгилари, нотугри жавобни курсатинг

Блокада феноми

Гастроинтестинал симптомлар

Кардиореспиратор симптомлар

Қусиш, хансираш

18. Диафрагмал чурраларнинг қўшимча белгиларига кирмайди.

Кўкрак кафаси деформацияси

Юрак чегарасининг ўзгариши

Чурра бор томонда билкиллаган, кулдираган товуш

Дисфагия

19. Диафрагмал чурраларнинг асосий асоратларини санаб беринг. (Нотўғри жавобни кўрсатинг)

Қон кетиш

Рефлюкс эзофагит

Чурранинг кисилиб қолиши

Перитонит

20. Диафрагмал чурраларнинг махсус текширув усуллари айтинг. (Нотўғри жавобни курсатинг)

Ректороманоскопия

Полипозицион упка рентгеноскопияси

Пневмоперитонеум ва пневмоторакс чакириб рентгенологик текшириш

Фиброэзофагогастроудоденоскопия

21. Диафрагманинг кизилунғач тешигини торайтириш ва кизилунғач бойламини мустахкамлаш бу:

Круорофия

Геллер операцияси

Фундопликация

Шалимов-Готштейн операцияси

22. Кизилунғач деворини Ниссен буйича пластикаси бу:

Фундопликация операцияси

Париетал плевра ёрдамида пластика

Синтетик материал ердамида пластика

Диафрагма лахтаси ердамида пластика

23. Диафрагмал чурраларда диафрагмага қуйидаги кесма билан борилади:

VII-VIII ковурга оралигидан

II-III ковурга оралигидан

VI ковурга оралигидан

IV ковурга оралигидан

24. Диафрагмал чурраларда кўкрак кафасида аускультатив эшитилади:

Ичаклар перистальтикаси

Нафас шовқинларининг кучайишини

Томчи шовқини

Кўкрак аортаси уришининг кучайиши

25. Диафрагма қизилўнғач тешиги сирпанувчан чурраларига қиради, нотугри жавобни курсат

Антрал

Қизилунғач

Кардиал

Кардиофундал

26. Диафрагма қизилунғач тешигининг параэзофагал чурраларига қиради: нотугри жавобни айтинг

Кизилунгач

Фундал

Антрал

Гигант

27.Морганьи чурраси қандай чурралар турига киради:

Орттирилган

Чин

Сохта

Тугма

28.Қорин бўшлиғи аъзоларини, диафрагманинг тўш-ковурга ёриги орқали кўкрак қафаси бўшлиғига ўтиши қандай чурра деб аталади:

Ларрей чурраси

Богдалек чурраси

Грасси чурраси

Хорингтон чурраси

29.Диафрагма релаксацияси ташхисидаги асосий текшириш усули:

Суний пневмоперитонеум, рентгенологик

Гастрофиброскопия

Целиакография

Бронхоскопия

30.Диафрагма релаксациясида қандай жаррохлик амалиети бажарилади:

Дупликатура ҳосил қилиш еки диафрагмани пластик йул билан мустаҳкамлаш

Крурорафия

Ниссен буйича фундопликация

Диафрагма тугма дефектини тикиш

31.Диафрагма релаксациясини қанақа турлари тафовут қилинади

Тугма ва орттирилган

Чин ва сохта

Бирламчи ва иккиламчи

Тўғри жавоб йўқ

32.Диафрагма юпка тортилиши ва қорин бўшлиғи органлари билан бирга кўкрак бўшлиғига сурилиши нима дейилади

Диафрагма релаксацияси

Диафрагма чурраси

Диафрагма кизилунгач чурралари

Ҳамма жавоб тўғри

33.Диафрагма нерви шикастланиши натижасида қанақа релаксация қузатилади

Орттирилган

Тугма

Сохта

Тугри жавоб йук

34.Диафрагма мушакларини ўсиб етилмаганлиги қанақа релаксация қузатилади

Тугма

Орттирилган

Бирламчи

Иккиламчи

35.Диафрагма релаксацияси диагнозини тасдиқлайдиган асосий усул

Рентгенологик

Эзофагоскопия

Радиоизотоп

Тўғри жавоб йўқ

36.Диафрагма бутун гумбази зарарланганда ва кўкрак қафаси сурилган бу қандай релаксация

Тўлик релаксация

Қисман релаксация

Аралаш релаксация

Ҳамма жавоб тугри

37. Диафрагма релаксациясида йуклиги туфайли чурра аъзоларининг қисилиб қолиши қузатилмайди

Чурра дарвозаси

Қисилган чурра

Қизилунгач тешиги чурралари

Тўғри жавоб йук

38.Диафрагма қайси мускул толаларидан тузилган

Қорин кундаланг мускули

Қорин ички кийшик мускули

Қорин тугри мускули

Қорин ташки кийшик мускули

39.Диафрагма қанака шаклга ега

Гумбаз

Ярим ойсимон

Конуссимон

Ҳамма жавоб тугри

40.Диафрагманинг мускул соҳасида қандай қисмлар тафовут қилинади

Тўш, ковурга , бел

Бел, ковурга , курак

Тўш , бел

Ҳамма жавоб тугри

41.Диафрагма релаксациясининг қанака турлари бор. (Нотўғри жавобни белгиланг)

Чин ва сохта

Туғма

Орттирилган

Тўғри жавоб йук

42.Диафрагмани қайси асосий артериялар қон билан таминлайди

Ўнг ва чап пастки диафрагма артериялари

Чап пастки диафрагмал артерия

Ўнг пастки диафрагмал артерия

Тугри жавоб йук

43.Диафрагма релаксациясини дифференциал диагностика сида қулланиладиган информатив усул бу...

Пневмоперитонеум

Лапароскопия

Гастрофиброскопия

Ҳамма жавоб тўғри

44.Диафрагма релаксациясида қузатиладиган асорат бу

Қорин аъзоларини ўз ўқи атрофида буралиши

Қорин аъзоларини қисилиши

Ичак тутилиши

Ўпка ателектази

45.Диафрагма топографияси

Ўрта умров қизиги буйича унгдан V , чапдан VI га ковурга оралигига тугри келади

Ўрта умров қизиги буйича унгдан IV , чапдан VII га ковурга оралигига тугри келади

Ўрта умров қизиги буйича унгдан VI , чапдан VI га ковурга оралигига тугри келади

Тугри жавоб йук

46.Диафрагма нафас олиш ва чикаришда экскурсияси қандай узгаради

Нафас олганда 2-3 см , чукур нафас олганда 6-8см

Нафас олганда 5 см , чукур нафас олганда 8-10см

Нафас олганда 1-1,5 см , чукур нафас олганда 4-5см

Нафас олганда 1-2 см , чукур нафас олганда 3-4см

47.Диафрагма релаксациясида намоён бўладиган симптомлар

Кардиореспиратор, гастроинтестинал

Абдоминал ишемия синдроми

Асосий ва қўшимча

Аралаш ва асосий

48.Диафрагманинг қизилўнгач тешиги сирпанувчан чурраси клиникаси қандай намоён бўлади?

Ҳамма жавоблар тўғри

Дисфагия, қайт қилиш, огрик, кекириш

Тез-тез жиғилдон қайнаши

Озиб кетиш, анемия, қон кетиш

49.Параэзофагал чурра нима билан хавфли

Чурра аъзолари кисилиши билан

Ошкозон гумбази малигнизацияси ривожланиши билан

Перикардиал огриклар билан

Дисфагия билан

50.Диафрагманинг кизилунгач тешиги чурраси купрок клиник нима билан намое н булади (нотўғри жавобни кўрсатинг)

Клиник симтомлар кузатилмайди

Регургитация, ошкозондан енгил кон кетиш

Оғрик

Дисфагия

51.Қандай касалликда кўкрак кафасининг рентгенологик кўрувида диафрагманинг контурини узлуксизлигини бузилиши ва юрак чегараларини сурилиши кузатилади

Диафрагма чуррада

Плевритда

Упка гангреназида

Бронхоэктатик касалликда

52.Диафрагманинг кизилунгач тешиги чуррасида кон кетиш сабаби

Кизилунгачни ва ошкозонни кисилиши оқибатида веналарнинг димланиши

Ошкозонни кўкрак кафаси бўшлигига сурилиши натижасида

Регургитация

Ошкозон шиллик каватини шикастланиши натижасида

53.Диафрагма кизилунгач тешиклари нормада

Эни 1 см дан 3 смгача, узунлиги 3.5-6 см

Кизилунгач тешиги эни 1 см, узунлиги 4-7 см

Эни 0.5-2 см, узунлиги 3-5 см

Эни 4см, узунлиги 8 см

54.Диафрагма кизилунгач тешиги чурралари асоратлари (нотугри жавобни курсатинг)

Меъданинг чурра сохасидаги яраси ва пептик яра

Кизилунгачдан кон кетиш

Кизилунгач пептик стриктураси

Баррет кизилунгачи

55.Диафрагма кизилунгач тешиги чурралари операция йули билан даволаш (нотўғри жавобни курсатинг)

Эзофаготомия ва меъдани Ру буйича кесиш

Фундопликация

Гисс бурчагини кайта тиклаш, фундопликация

Гастрокардиопексия

56.Диафрагма куйидаги томирлар оркали кон билан таъминланади (нотўғри жавобни курсатинг)

Чап меъда артерияси тармоги

Ички кукрак артерияси тармоги

Юкори ва пастки диафрагма артерияси

Ковургалараро артериялар

57.Диафрагманинг аорта тешиги оркали ўтади

Аорта, кукрак лимфа йули

Аорта, яримток вена

Аорта, чап адашган нерв

Аорта, чап ва ўнг адашган нерв

58.Диафрагманинг анатомик заиф жойлари. (нотугри жавобни курсатинг)

Пти учбурчаги

Богдалек учбурчаги

Ларрей учбурчаги

Морганьи учбурчаги

59. Диафрагма чурраларининг клиник кечиши нечта асосий гурухлардан иборат:

Гастроинтестинал ва кардиореспиратор

Гастроинтестинал ва неврологик

Абдоминал ва кардиоген

Кардиоген ва пулмонал

60. Қизилўнғач тешигининг сирпанувчи чурралари қайси турларга булинади (Нотўғри жавобни кўрсатинг):

Қизилунғач тешигининг абдоминал чурраси
Қизилунғач тешигининг кардио-фундал чурраси
Қизилунғач тешигининг кардиал чурраси
Қизилунғач тешигининг кизилунғач чурраси

61. Диафрагмал чурраларнинг пайдо булишида мойиллик тугдирувчи омиллар қуйидагича (нотўғри жавобни топинг):

Диафрагманинг тугма ривожланмаслиги, травмалар, яллигланиш касалликлар
Диафрагмада операцияларидан кейин, уткир панкреатит, уткир гастрит
Кукс оралиги усмалари, ковурагалараро невралгияси
Ошқозон резекциясидан кейин, ваготомиядан кейин, меъда яра касалликлари асоратлари

62. Диафрагма чурраларида асосий диагностик усуллари:

Рентгеноскопия, ФГДС, томография
Ангиография, вентрикулография
Бронхография, дуплексли сканерлаш, УТД
МРТ, фистулография, пневмомедиастинография

63. Диафрагма кизилунғач тешигининг диаметри:

1-3см гача
0,5-1см гача
1,5-5см гача
2,5-4см гача

20- машгулот

ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОН СИНДРОМЛАР

1. Пептик яра бор беморларда ошқозон шираси кислоталигининг урганишда аникланади

Гиперацидлик
Сут кислотасининг ишлаб чиқарилиши
Ахилия ва ахлоргидрия
Нормоацидлик

2. Пептик яра қуйидаги операциялардан кейин қайталанади

Нотулик ваготомия ва ошқозонни дренажлашдан кейин
Ошқозоннинг 2/3 қисми резекцияси
Антрумэктомия ва ваготомиядан кейин
Редуоденизация

3. Қайталовчи пептик яра сабабини қўпинча қидирилади

Кислотали пептик омилнинг сабаби йукотилмаслиги
Нерв системаси реактивлигининг узига хослиги
Генетик омил
Рухий зуриқиш

4. Пептик яра сабабларидан бири 12 бармоқли ичак юқорисидан антрал қисмининг қолишига мос қеладиган операция

Меъда Бильрот II бўйича 2/3 қисми резекцияси
Меъда Бильрот I бўйича резекциясидан кейин
Меъда Шалимов бўйича резекциясидан кейинги
Ру бўйича резекциясидан кейин

5. Золлингер - Эллисон синдроми триадаси бۇ :

Гиперацидлик, 12 бичак яраси, ошқозон ости бези ўсмаси
Ахилия кардиал қисми яраси, гиперпаратиреоидизм
Нормоацидлик ошқозон яраси, ошқозон ости бези ўсмаси
Ахлоргидрия, 12 б. ичак яраси, ошқозон ости бези гастриномаси

6. Селектив ваготомиядан кейин пептик яранинг қайталанишига сабаб :

Нотўлиқ ваготомия сабабли бўлади

Тежамли резекция сабабли

12 бармокли ичакнинг юкорисида антрал кисмидан колдириш

Ўзакли ваготомия

7. Меъда резекциясидан кейинги анастомознинг пептик яраси ошқозон операциясидан кейинги касаллик шакли бўлиб тасниф қуйидаги гуруҳга тааллуқлидир:

Органик бузилиш

Механик бузилиш

Функционал бузилиш

Аралаш бузилиш

8. Дисфагия қўпинча операциялардан кейин келиб чиқади:

Селектив е ки Ўзакли ваготомия ва ошқозонни дренажлаш операцияси Билан биргаликда

Гастроэнтроанастомоз

Меъдани Билрот 1 бўйича резекцияси

Меъдани Билрот 2 бўйича резекцияси

9. Олиб келувчи қовузлок синдромига курсатма бўлиб ҳисобланади:

1 боскичи консерватив, 2,3 боскичи оператив даволаш

Консерватив даволаш

Шошилиш равишда оператив даволаш

Зудлик билан оператив даволаш

10. Ваготомиядан кейинги асоратлар учун ҳос:

Дисфагия,гастроудоденостаз,диарея

Дисфагия,гастроудоденостаз,мелена,парестезия

Гастроудоденостаз,гемотомазис мукоид анемия

Диария, мелена, гемотомезис, парестезия

11. Демпинг -синдроми тасниф бўйича меъда операциясидан кейинги касаллик шакли бўлиб қуйидаги гуруҳга киради:

Функционал бузилиш

Механик бузилиш

Органик бузилиш

Аралаш бузилиш

12. Демпинг - синдромида даволаш учун реконструктив операция қўлланилади

Редуоденизация,гастроудоденопластика

Меъдани Билрот I бўйича резекция қилиш

Ошқозон резекцияси ва узакли ваготомия

Ошқозонни Ру бўйича резекция қилиш

13. Демпинг - синдроми қўпинча операциядан кейин юзага келади

Меъдани Билрот II бўйича резекция қилиш

Меъдани Билрот I бўйича резекция қилиш

СПВ

Ўзакли ваготомия ошқозонни дренажловчи операция

14.Яра касаллиги билан операция бўлган бемор овқат еганда 30 дақиқадан сунг дармонсизлик, қунгил айниш эпигастрал соҳада оғрик сезиш, бош айланиш, қуш олднинг хиралашиши, қушдан кетиш симптомлари қўзғатилади бу нимага ҳос

Эртанги демпинг- синдроми

Анастомоз пептик ярасининг тешилиши

Қайталанувчи ярадан қон кетиш

Сурункали панкреатит

15.Ўткир олиб келувчи қовузлок синдроми келиб чиқади

Ошқозон ичак анастомозининг йулини ҳосил қилишдаги техник хатолари

Беморнинг генетик мойиллиги

Бемор овқатланиш тартибини бузганда

Беморнинг нерв системаси лабиллиги

16. Золлингер - Эллисон синдроми триадасига кирмайди :

Ахилия кардиал кисми яраси, гиперпаратиреоидизм

Гиперацидлик

12 б. ичак яраси

Ошқозон ости беи ўсмаси

17.Кизилунгачнинг пастки 1/3 кисмида веноз қон оқими қандай йуналган бўлади : (Қотўғри жавобни қўрсатинг)

Қорин аортасига куйилади

Дарвоза венаси системасида куйилади

Пастки ковак венаси системасида куйилади

Юкори ковак венаси системасида куйилади

18.Нормада 1 мл плазмада гастрин микдори канча бўлади?

50-200 пг

20-40 пг

50-100 пг

200-500 пг

19.Золингер - Эллисон синдромида канда гастрин микдори бўлади?

500-ва юкори

100-200 пг

50-200 пг

250-400 пг

20. Ошқозон ва 12 бармоқли ичак ярасини оператив даволагандан кейин қачон пептик яра хосил бўлади?

Операциядан кейин 2 йил ўтганда

Операциядан кейин 5 йил ўтганда

Операциядан кейин 1 ой ўтганда

Операциядан кейин 1 ҳафта ўтганда

21. Меъда – ингичка –йўгон ичак окмасининг сабаби

Пептик яранинг пенетрацияси

Пептик яра бўлиши

Пептик яранинг перфорацияси

Ярадан профуз қон кетганда

22.Меъда – ингичка –йўгон ичак окмасида оғрик характери

Оғрик камаяди

Оғрик кучаяди

Оғрик йуколади

Оғрик ўзгармайди

23.Меъда – ингичка –йўгон ичак оқмасида оёқларда шишнинг пайдо бўлиш сабаби

Гипопротеинемия

Юрак етишмовчилиги

Гиперпротеинемия

Организмда альдостероннинг қуп ишлаб чиқарилиши

24.Меъда – ингичка –йўгон ичак окмасида кузатилади

Ичнинг тез-тез кетиши

Ич қотиши

Терминал колопатия

Ичаклар функцияси бузилмайди

25.Меъда – ингичка –йўгон ичак окмасини аниқлашнинг информатив усули

Рентген контраст ердамида текшириш, ФГС, ирригоскопия

УЗИ, ирригоскопия

Умумий қорин бушлиги рентгеноскопияси

Пневмоперитонеум, лапароскопия

26.Пептик яра қайталанишида меъданинг базал секрецияси канчага ошади

Соатиға 15 ммоль гача

Соатиға 3 ммоль гача

Соатиға 5 ммоль гача

Соатиға 5-10 ммоль гача

27.Бирламчи гиперпаратиреоидизм белгилари

Пептик яра, гиперпаратиреоидизм, гипогликемия, акромегалия

Иценго –Кушинг синдроми, диарея, қусиш

Акромегалия, пептик яра, гипергликемия

Гипогликемия, гипергликемия, акромегалия

28.Меъда-ингичка йўгон ичак окмаси пострезекцион синдромнинг қайси гуруҳига қиради?

Органик зарарланишлар

Функционал бузилишлар

Аралаш формаси
Химик бузилишлар

29. Меъда операцияларидан кейин энг кўп учрайдиган асорат:

Демпинг -синдром
Золлингер-Элисон синдром
Яранинг кайталаниши
Пострезекцион синдром

30.Эртанги Демпинг синдроми беморнинг операциядан кейин қайси даврида кузатилади?

Согайиш
Енгил кечадиган
Бошлангич
Ривожланган

31.Беморнинг юрак уриши 15мартагача тезлашади. 15-30минут давом этади. Бу қайси клиник даражасида кузатилади?

Енгил
Оғир
Ўрта
Ўрта-оғир

32.Ўрта-оғирлик даражасида беморда буладиган клиник узгаришлар?

А/Б лабил булиб кутарилишга мойил булади
А/Б лабил булиб систолик босим кутарилиб диастолик босим пасаяди
А/Б лабил систолик босим пасаяди
А/Б лабил диастолик босим кутарилади

33.Демпинг- синдромининг қайси боскичида томир уриши 30мартадан кўп булади?

Оғир даражаси
Енгил
Ўрта
Ўрта-оғир

34.Беморда Демпинг- синдромининг бор-йўқлигини аниқлаш учун нима қилинади?

50%ли 150мл глюкоза эритмаси ичирилади
20%ли 150мл глюкоза эритмаси ичирилади
50%ли 250мл глюкоза эритмаси ичирилади
50%ли 100мл глюкоза эритмаси ичирилади

35.Енгил ва ўрта оғирликдаги формаларда даволаш усули

Консерватив
Оператив
Гастростомия
Ингичка ичак резекцияси

36.Демпинг синдромини оператив даволаш нечта гуруҳга бўлинади?

4
3
2
5

37. Кечки Демпинг синдромининг клиник белгиларининг юзага келиши нимага боғлиқ?

Қонда қанд микдорининг пасайиб кетиши
Қонда қанд микдори нормада
Қонда қанд микдори кўпаяди
Қонда қанд микдори ўртача бўлади

38. Золингер –Элисон синдромида типик учликдан бири:

Меъда ва 12 б.ичак яраси
Оч ичак яраси
Қон кетиш
Стеноз

39.Кечки Демпинг синдромини оператив даволаш бу...

Захаров –Генлей операцияси

Ру бўйича операция

Браун бўйича энтеро-энтероанастомоз қўйиш

Дренажловчи операциялар

40.Кечки Демпинг синдромининг клиникаси неча босқичдан иборат?

3

4

5

6

41. Бирламчи гиперпаратиреоидизмга олиб келувчи сабаб

Солитар аденома

12 б. ичак ўтказувчанлигини бузилиши

Ноадекват ёки нотўлиқ ваготомия

Бирламчи гиперпаратиреоидизм

42.Кечки Демпинг синдромини оператив даволаш усули – бу...

Антиперисталтик гастроеюнопластика

Ру усулида гастроанастомоз қўйиш

Реваготомия ва антрумрезекция

Билрот-1 бўйича ошқозон резекцияси

43. Ич кетишига замин яратувчи омил:

Ошқозон ичак тракти моторикасининг бузилиши

Битмаган яралар

Дуоденостаз

Дуоденобилиар синдром

44. Олиб келувчи қовузлоқ синдроми синоними

Сафроли қусиш синдроми

Демпинг-синдроми

Золлингер-Элисон синдроми

Рефлюкс -астрит

45. Олиб келувчи қовузлоқ синдроми ошқозонни қайси усулида резекция қилинган беморларда ривожланади

Билрот-1

Бильрот – 2

Реваготомия ва антрумрезекция

Ру усулида астроэнтероанастомоз

46. Олиб келувчи қовузлоқ синдромининг асосий сабаблари:

Анастомоз соҳасидаги битишмалар

12 б.ичак ўтказувчанлигининг бузилиши

Анастомознинг пептик яралари

Рецидив яралар

47. Пептик ярани рентген контраст текширувда қайси симптом аниқланади?

Ниша синдроми

Оғриқ синдроми

Систон -Дули симптоми

Тўнкарилган шам симптоми

48. Олиб келувчи қовузлоқнинг асосий сабаблари...

Дуоденостаз

Яранинг қайталаниши

Кўп сонли аденомалар

Қалқонсимон олд безининг ёмон сифатли ўсмаси

49. Пептик ярани жойлашуви ва ўлчамлари, асоратларини аниқланг

Эндоскоп орқали

Рентгеноскопия орқали

Рентгенография орқали

УЗИ орқали

50. Олиб келувчи қовузлоқ синдроми қайси синдром билан қўшилиб келади

Демпинг- синдроми

Золингер-Элиссон синдроми

Дуоденобилиар синдром

Сафрони қусиш синдроми

51. Олиб келувчи қовузлоқ синдромининг қайси даражасида овқат егандан сўнг эпигастрал сохада оғриқ пайдо бўлади

Енгил даражасида

Ўрта даражасида

Ўрта оғир даражасида

Оғир даражасида

52. Ўрта оғирлик даражасида олиб келувчи қовузлоқ синдроми клиникаси

Бемор ҳафтасига 3-4 марта 300-400 мл ўт суюқлиги аралаш қусади

Бемор кунига 2-3 марта қусади

Бемор ҳафтасига 5-6 марта қусади

Бемор ҳафтасига 4-5 марта қусади

53. Пептик ярани ўзига хос асорати

Қон кетиш

Ярани битмаслиги

Доимий оғриқ

Диарея

54. Олиб келувчи қовузлоқда босимнинг ошиши нимага олиб келиши мумкин

12 бармокли ичак чўлтоғи етишмовчилигига

Қон кетишга

Диареяга

Оғриқ доимий

55. Пептик ярани асосий белгиси – бу

Оғриқ

Қон кетиш

Яранинг тешилиши

Оғриқ ва диарея

56. Олиб келувчи қовузлоқ синдромини оператив даволаш усули

Дренажловчи операциялар

Реваготомия ва антрумрезекция

Ру усулида гастроеюногастроанастомоз

Пилоропластика

57. Золлинер – Эллисон синдромида типик учликдан бири

Ошқозон ости бези ўсмаси

Пенетрация

Перфорация

Қон кетиш

58. Привратник ва қизилунгачнинг пастки сфинктерининг фаолиятини бузилишига хос белгилар:

Рефлюкс-гастрит, рефлюкс-эзофагит

Кизилунгачдан қон кетиш

Анастомознинг пептик яралари

Демпинг-синдром

59. Золлинер – Эллисон синдроми клиникасида асосан нима кузатилади

Оғриқ ва диарея

Қон кетиш

Оғриқ

Диарея

60. Эндокрин аденоматозларнинг кўриниши

Золлинер – Эллисон синдроми

Демпинг синдроми

Сафроли қусиш синдроми

Сафроли регургитация синдроми

61. Яранинг қайталанишида ҳазм трактини тиклаш мақсадида қайси усулда гастроеюноанастомоз қўйилади

Ру усулида

Таннер бўйича

Витебский бўйича

Браун бўйича

62. Кичик ошқозон синдроми қайси гуруҳга киради

1 гуруҳ функционал бузилишлар

2 гуруҳ органик зарарланишлар

3 гуруҳ аралаш формаси

1 ва 2 гуруҳ

63. Меъданинг кўп қисми резекция қилинганда қайси синдром келиб чиқади

Пострезекцион синдром

Демпинг -синдроми

Сафроли қусиш синдроми

Золлингер – Эллисон синдроми

21-машгулот

ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИК СИНДРОМ.

1.Постхолецистэктомик синдром нима

Холецистэктомия операцияларидан кейин касалликлар белгиларининг йўқолмаслиги ёки қўшимча белгиларнинг пайдо бўлиши.

Кўл оёқларнинг шиши ва кучли буғимларда оғриқ билан кечадиган касаллик.

Ўт пуфагида тош пайдо бўлиши.

Кўл оёқларнинг шиши ва кучли буғимларда оғриқ билан кечадиган касаллик, ўт пуфагида тош пайдо бўлиши.

2.Литоэкстракция бу...

Ўт йулига кириб туриб тошни олиб ташлаш.

Холецистоэктомия килиш.

Жигарни резекция килиш.

Ўт қопи тошини лазер нурлари билан майдалаш.

3.Постхолецистэктомик синдром қандай касалликлар билан боглик.

Хамма жавоб тўғри.

Ошқозон 12 бармокли ичак яра касаллиги, 12 бармокли ичак мотор функциясининг бузилиши.

Спастик колит

Диафрагма кизилунгач тешигининг сирпанувчи чурраси.

4.Постхолецистэктомик синдром қайси касалликлар билан дифференциал диагностика қилинади.

Холидохолитиаз, папиллостеноз, сурункали панкреатит.

Ревматоидли полиартрит.

Сурункали пиелонефрит.

Тўғри жавоб йўқ.

5.Постхолецистэктомик синдромига сабаб булувчи касалликлар неча гуруҳга бўлиб урганамиз.

3 гуруҳга бўлиб ўрганилади.

Доимо ўт тош касалликларидан кейин келиб чиқади.

Ҳазм системаси касалликларидан кейин.

2 гуруҳга бўлинади.

6.Постхолецистэктомик синдромида сарикликнинг қайси типи кузатилади

Механик

Гемолитик

Паренхиматоз

Гемолитик ва паренхиматоз

7. Постхолецистэктомик синдром ривожланишининг олдини олиш нималарга боглик

Операциягача ва операция вақтидаги диагностика усуллари нинг тулик бажарилганлигига **2 ва**

Операциядан кейинги натижаларга боғлиқ

Операция билан боғлиқ эмас

Оғриқсизлантириш усули билан боғлиқ

8.Ўт қопи олиб ташланганидан кейин у билан боғлиқ бўлган касалликларга қайсилари киради

Ўт қопининг бўлмаслиқ ва ўт қопи йулининг чултоқ синдромлари.

Юрак аритмиялари

Сурункали пиелонефрит

Гломерулонефрит

9.Қўп сонли тошларда ва тошларни тўлиқ олиб ташланганлигига тўла ишонч бўлмаган холларда қандай анастомозлар қуйиш тавсия этилади.

Билиодигестив анастомоз

Гастроэнтеро анастомоз

Анастомоз қуйилмайди

Тўғри жавоб йўқ

10.Постхолецистэктомик синдромда қайси текшириш усули ишлатилмайди

Колоноскопия

Рентген контраст текшириш усули.

Эндоскопик текшириш

КТ , МРТ

11.Стенозли холангитда қандай ўзгаришлар кузатилади

Кон таркибида фосфатаза ва холестериннинг қупайиши

АЛТ ва АСТ нинг ошиши

АЛТнинг ошиши

Хеч қандай ўзгариш бўлмайди

12.Постхолецистэктомик синдромининг биринчи клиник белгилари

Баъзан унғ қовурға остида оғирлиқ сезгиси,санчикли оғриқ,қучсиз диспептик ҳолат кузатилади

Нафас олишнинг қийинлашуви

Доимий бош оғриғи, юрак соҳасида оғриқ

13.Постхолецистэктомик касаллигидаги экстрабилиар сабабларни қўрсатинг

Холедох кисталар, битишма, чандиклар, панкреатодуоденал соҳа ўсмалари

Ўткир кон кетиши

Ўт йулида тош булиши

Тўғри жавоб йўқ

14.Стенозли холангит ва папиллитнинг клиникасини қўрсатинг Нотўғри жавобни қўрсатинг

Доимий кон босимининг ошиши.

Турли даражадаги механик сарғайиш

Гипербилирубинемия

Кон таркибида фосфатаза ва холестериннинг қўпайиши

15.Ўт қопи жарроҳлик йули билан олиб ташлангандан сўнг у билан боғлиқ бўлган касалликлар қаторига қайсилар киради.

Барча жавоблар тўғри

Ўт қопининг бўлмаслиги синдроми

Ўт қопи йулининг чултоқ синдроми

Стенозли холангит ва папиллит

16.Стенозли холангит ва папиллитнинг келиб чиқиш сабаблари

12 бармоқли ичак сургичларининг яллиғланиши ва қорин бўшлиғида ҳосил бўладиган битишмаларнинг ўт йулларини босиб қуйиш оқибати.

Операция вақтида ўт йулини 10мм дан узунроқ қолдириб кесилганда.

Меъда ости безининг зарарланиши .

Ошқозонда овқатнинг ҳазм бўлмаслиги.

17.Постхолецистэктомик синдромда вена ичига контраст мода юбориб холеграфия килинганда қандай ўзгариш қўриш мумкин. Нотўғри жавобни қўрсатинг.

Хеч қандай ўзгариш қуринмайди.

Умумий ўт йулининг кенгайганлигини қуриш мумкин.

Умумий ўт йулида ўсмаларнинг булиши.

Ўт йулларида қолдирилган тошларнинг борлигини.

18.Постхолецистэктомик синдромда қандай клиник белгилар қузатилади.

Ўт-тош санчиғи хуружи, механик сариклик синдроми.

Хушдан кетиш.

Эозинофилия

Глюкозурия, полинейропатия

19.Постхолецистэктомик синдромда инструментал текшириш усуллари бу: Нотўғри жавобни қўрсатинг.

Колоноскопия.

Рентгент контраст текшириш.

Эндоскопик текшириш.

КТ,МРТ.

20.Постхолецистэктомик синдроми касаллигини келтириб чиқарувчи касалликлар гуруҳини қўрсатинг.

Хамма жавоблар тўғри.

Хазм системаси касалликлари гуруҳи.

Ўт йулларида қузатиладиган органик касалликлар гуруҳи.

Гепатопанкреатодуоденал соҳанинг касалликлари гуруҳи.

21.Бемор 62 ешда сурункали тошли холецистит сабабли холицистэктомия, қорин бўшлигини дренажлаш операциясини ўтказган. Кейинги кунларда а/б пасайган, териси ранглар, тахикардия қузатилган. Постоперацион қайси асорат ҳақида уйлаш лозим

Қорин бўшлиғига қон кетиш

Миокард инфаркти

Ўпка артерияси тромбоземболияси

Операциясидан кейинги ўткир панкреатит динамик ичак тутилиши

22.Бемор 64 ешда ўткир тошли холецистит белгилари билан мурожаат қилди. 2 кунлик консерватив даволашдан сўнг, ўнг қовурга остидаги оғриқларнинг бутун қоринга тарқалиши, ахволи -оғир, рангпар, тахикардия, қорин таранглашуви ва перитониал белгилар аниқланди, қайси асорат ривожланган

Ўт пуфаги перфорацияси, перитонит

Ўткир деструктив панкреатит

Жигар ости абсцесси

Ичак тутилиши

23.Бемор 58 ешда эндоскопик папиллосфинктеротомия қилинган, холедохдан конкрементлар олинган, операциядан кейинги 2 кунда мелена,терида рангпарлик, А/Д нинг пасайиши юзага қелди. Қайси асорат ҳақида уйлаш зарур

Қон кетиш

Ўткир панкреатит

12 бармокли ичак перфорацияси

Холангит

24.Тошли холецистит "операция вақтида" интраоперацион холангиография қилиниб ўт йуллари кенгайганлиги аниқланди ва тошлар борлиги тахмин қилинди ташхисотда қайси усул энг информатив ҳисобланади

Фиброхолангиоскопия

Ўт йули пальпацияси

Трансэлюминацияси

Йуларни зондлаш

25.Холецистэктомия ва холедохотомия қилинган беморда 12 суткага келиб 1 литргача ўт кунига ажралмокда. Фистулографияда холедох оғзида тош аниқланди, тактика

Эндоскопик папиллосфинктеротомия

Тошни олиб ташлаш максатида қайта лапаротомия

Дистанцион тулкинли литотрипсия

Тери- жигар орқали эндобилиар аралашув

26.Бемор 56 ёшда ўткир холецистит белгилари билан келган 2 кундан буён касал УТТ текширувида ўт пуфагида кўплаб тошлар ва деворида ялиғланишли инфильтратив ўзгаришлар аниқланди ўт йуллари ва меъда ости безида патология аниқланмади. Тактика

Тезда холецистэктомия

Консерватив терапия

УЗИ назорати остида микрохолецистостомия

Хирургик холецистостома, литотрипсия

27.Механик сариклик келиб чиқиш сабаблари, биттасидан ташкари

Ўт пуфаги буйни соҳасидаги тош

Меда ости бези бошчасининг катталашуви

Холедох проксимал қисми тоши

Дуоденал сўргич стенози

28.Бемор 32 ёшда, сурункали тошли холециститни режали хирургик даволаш мақсадида ётқизилган УЗИ да кўплаб ўт пуфагида тошлар, девори узгаришсиз ўт йуллари ва меъда ости безида патология йўқ. Қайси хирургик даво афзал

Лапороскопик холецистэктомия

Шошилинч холецистолитотомия

Микрохолецистостомия ва ўт пуфаги санацияси

Холицистэктомия традицион хирургик йул орқали

29.Ўт тош касаллиги бўйича операция қилинаётган беморда гепатодуоденал бойлам элементларидан профуз қон кетиш аниқланди. Хирург тактикаси

Бармоқлар билан гепатодуоденал бойламни қисил, жароҳатни қуритиш, қон кетишни манбаини дифференциация қилиш,тиқиш

Қон кетишни манбаини дифференциация қилиш,тиқиш еки бойлам қуйиш

Гемостатик губка билан қон кетиш зонасини тампонлаш

5-10мин давомида қон кетаётган соҳага тампон қуйиш

30.Бемор 42 ёшда холедохолитиаз, механик сариклик диагнози билан операция қилинган, операция вақтида ўт йуллари ва ўт пуфакдан ташкари жигарда патология аниқланди, жигар катталашган қизғин-жигар рангда. Гепатит ташхиси қўйилди. Тактика –

Ўт йуларини ташқи дренажлаш

Холицистотомия

Жигар артериялари десимпатизацияси

Холецистэктомия, қорин бўшлиғини дренажлаш

31.Бемор ўнг қовурға остида қучли оғриқ, қунгил айниши, қусиш, сариклик, шошилинч дуоденоскопияда катта дуоденал сўргичда қисилган тош аниқланди. Тактика:

Эндоскопик папиллосфинктеротомия

Операция,дуоденотомия,тошни олиб ташлаш

УЗИ назорати остида микрохолецистостома қуйиш

Операция, холедохга кер бўйича дренаж қуйиш

32.Билирубин ҳосил бўлиш жойи бўлиб ҳисобланади:

Ретикулоэндотелиал система

Ҳазм қилиш системаси

Қон томир системаси

Мушак системаси

33.Билирубин ҳосил бўлиш жараёнига нималар ҳос эмас:

Диглюкоронидга глюкорон кислотасининг таъсири

Эритроцитлар гемолизи

Гемоглобинлар пайдо бўлиши

Биливердинни водород билан боғланиши

34.Уробилиноген ҳосил бўлиш жараёнига нима ҳос эмас

Буйраклардан билирубинни ажралиши

Глюкорон кислотасининг билирубин-альбумин кислотасига таъсири

Сафрога гепатоцит моно диглюкороидларнинг ажралиши
Анаэроб ферментлари таъсирида билирубин глюкороноидларининг тикланиши

35. СИ бирлигида қонда умумий билирубин миқдорининг меъери

8,5 дан 20,5 мкмоль/л гача

0,1 дан 1,0 гача мкмоль/л

1,0 дан 2,0 мкмоль/л гача

2,0 дан 4,0 мкмоль/л гача

36.СИ бирлигида қонда бевосита билирубиннинг миқдорининг меъери

0,9 дан 4,3 мкмоль/л гача

0,1дан 0,2 мкмоль/л гача

0,2 дан 20,3 мкмоль/л гача

1,0 дан 8,0 мкмоль/л гача

37.СИ бирлигида қонда билвосита билирубин миқдорининг меъери

1,7 дан 13,0 мкмоль/л гача

0,1 дан 0,2 мкмоль/л гача

0,2 дан 0,3 мкмоль/л гача

0,3 дан 0,6 мкмоль/л гача

38.Одам қонидаги билирубиннинг концентрация меъери нимага боғлиқ эмас

Чамбар ичак шиллик қаватида уробилиногеннинг сўрилиш миқдорига

Эритроцитлар парчаланишига

Жигар хужайралари глюкороидни сафрога ажратиш қобиляти

Жигардан сафронинг ичакга тушиш ҳолати

39.Паренхиматоз сариклик учун нима ҳос эмас

Туғма фероцитоз

Вирусли гепатит

Жигар циррози

Айрим моддаларнинг зарарли таъсири

40.Патологияда бевосита билирубиннинг қондаги миқдори. (Нотўғри жавобни кўрсатинг)

0,9 дан 4,3 мкмоль/л гача

0,1 дан 0,2 мкмоль/л

0,2 дан 0,3 мкмоль/л гача

0,3 дан 0,4 мкмоль/л гача

41.Патологияда билвосита боғланган билирубиннинг қондаги миқдори. (Нотўғри жавобни кўрсатинг)

1,7 дан 13,0 мкмоль/л гача

0,1 дан 0,2 мкмоль/л гача

0,3 дан 0,6 мкмоль/л гача

0,8 дан 1,0 мкмоль/л гача

42.Билирубин қайси системада ҳосил бўлмайди. (Нотўғри жавобни кўрсатинг)

Рэтикулоэндотелиал система

Овкатланиш системасида

Томир системасида

Суяк системасида

43.Механик сарикликнинг асосий сабаби:

Умумий ўт йули беркилиши

Ўт копининг тош билан беркилиши

Ошқозон ости беи каудал қисмидаги раки

Меъда пилорик қисми раки

44.Механик сариклик характерланади:

Гипербилирубинемиа

Гипобилирубинурия

Қон зардобида аминотрансфераза купайиши

Гаммаглобулиннинг ошиши

45.Холедохолитиаз туфайли келиб чиққан механик сарикликка характерли эмас

Плазмада трансаминазалар миқдорининг кескин ошиши

Ишкорий фосфатазининг ошиши

Гипертермия

Қонда бевосита билирубиннинг ошиши

46.Сариклик характери ва келиб чиқишини аниқлашда қўлланилмайди

Лапароскопия

Вена ичи холецистохолангиография

ЧЧХГ

ЭРПХГ

47.Ўткир обтурацион холангит клиникасига характерли эмас

Жигар улчамларининг камайиши

Сариклик

Ҳароратнинг ошиши

Лейкоцитоз чапга силжиши билан

48.Интраоперацион холангиографияга карши кўрсатма

Ўт пуфагида ягона йирик тош бўлганда ва тор холедоҳда

Меъда ости беи бошчаси ракида

Анамнезда сарикликнинг булиши

Холедоҳнинг кенгайиши

49.Ўт тош касаллиги асорати эмас

Қорин бўшлиғига кон кетиши

Пуфак дуоденал окмаси

Механик сариклик

Ўткир холецистит

50.Холелитиаз туфайли келиб чиккан сариклик учун характерли эмас

Ўнг қовурға остида интенсив оғриқлар

Ўнг қовурға остида Шеткин-Блумберг симптоми мусбат

Кунгил айнаиши

Ортнер симптоми

51.Ўткир холангит клиникасига характерли эмас

Суюк ахлат

Юқори ҳарорат

Ўнг қовурға остида оғриқлар

Сариклик

52.Даврий сариклик сабаби

Холедоҳнинг вентил тоши

Холедоҳ терминал булимининг ботиб кирган тоши (вклинённый камень)

Холедоҳ ўсмаси

Пуфак Ўт йули тоши

53.Нормада эркақларда ишкорий фосфатаза миқдори нечага тенг

80-306 МЕ/л

64-306 МЕ/л

42-80 МЕ/л

90-220 МЕ/л

54.Нормада ае лларда ишкорий фосфатаза миқдори нечага тенг

64-306 МЕ/л

80-306 МЕ/л

42-306 МЕ/л

50-306 МЕ/л

55.Аёлларда нормада АЛТ миқдори нечага тенг.

32 МЕ/л

42 МЕ/л

30 МЕ/л

44 МЕ/л

56.Нормада эркакларда АЛТ миқдори нечага течага тенг

42 МЕ/л

32 МЕ/л

24 МЕ/л

48 МЕ/л

57.Нормада аёлларда АСТ миқдори нечага тенг

31 МЕ/л

42 МЕ/л

32 МЕ/л

37 МЕ/л

58.Эркакларда нормада АСТ миқдори нечага тенг

37 МЕ/л

42 МЕ/л

32 МЕ/л

31 МЕ/л

59.Кондаги холестерин миқдори нечага тенг.

5.7 ммоль/г

2.4 ммоль/г

8.7 ммоль/г

6.6 ммоль/г

60.Нормада қондаги қанд миқдори нечага тенг.

4.2-6.4 ммоль/г

6.8-8.9 ммоль/г

2.3-4 ммоль/г

7.7-8.2 ммоль/г

61.Кондаги диастаза миқдори нечага тенг.

0-4 мкм/л

10-12 мкм/л

7-9 мкм/л

62.Ўт тош касалиги нимаси билан хавфли, биттасидан ташкари

Ракка айланиши

Жигар циррози ривожланиши

Иккиламчи панкреатит

Механик сариклик

63.Холедохолитиаз асорати қайси:

Сариклик, холангит

Ўт пуфаги эмпиемаси

Ўт пуфаги истискоси

Сурункали актив гепатит

12. ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ ФАНИДАН 1-ОРАЛИҚ НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ (оғзаки)

Билет № 1.

1. Варикоз касаллиги, клиникаси, текшириш синамалари, даволаш усуллари. Клиппелль-Тренонне синдроми, клиникаси, сабабаби.
2. Вазоренал гипертензия, патогенези, диагностика, оператив даволаш усуллари.

Билет № 2.

1. Қизилўнгач касаллигининг умумий симптоматологияси, текшириш усули.
2. Вазоренал гипертензия, этиологияси, патогенези, клиникаси, операция усуллари.

Билет № 3.

1. Қизилўнгач куйишида биринчи ёрдам. Куйишнинг эртанги ва кечки асоратлари.
2. Қизилўнгач ёт жисмлари сабабалари, клиникаси, даволаш.

Билет № 4.

1. Қизилўнгач дивертикули, сабаби, классификацияси, даволаш.
2. Ю.И.К. этиологияси, клиникаси, инвазив ва ноинвазив текшириш усуллари.

Билет № 5.

1. Такаясу синдроми. Клиник формалари, клиникаси, диагностикаси ва даволаш.
2. ПТФС. Этиологияси, патогенези, клиникаси ва диагностика усуллари.

Билет № 6.

1. Кардиоспазм тўғрисида тушунча. Классификацияси, даволаш усуллари (консерватив, кардиодилатация техникаси, оператив даволаш усуллари).
2. Диабетик ангиопатия тушунчаси, клиникаси, даволаш .

Билет № 7.

1. Қизилўнгач куйишида биринчи ёрдам. Куйишнинг эртанги ва кечки асоратлари.
2. Лериш синдроми. Сабабаи, босқичлари, диагностика усуллари.

Билет № 8.

1. Оёқ артерияларининг окклюзион касалликларини ихтисослашган босқичда текшириш ва олператив даволаш усуллари.
2. Юза веналар тромбофлебити, сабабаи, асоратлари, даволаш. Бюргар касаллиги, тушунчаси, клиникаси, даволаш.

Билет № 9.

1. Рейно касаллиги. Рейно синдроми, сабабаби, клиникаси, босқичлари, даволаш.
2. Портал гипертензиянинг жигар ичи формаси, сабабалари, босқичлари, оператив даволаш усуллари.

Билет № 10.

1. Артериал қон-томир окклюзион касалликлари, этиологияси, классификацияси, диагностика, текшириш усуллари ва босқичлари.
2. Қизилўнгач куйишида биринчи ёрдам. Куйишнинг эртанги ва кечки асоратлари.

Билет № 11.

1. Жигар эхинококки. Клиникаси, эхинококк асоратлари. Иммунологик ва серологик диагностика усуллари
2. Диабетик ангиопатия тушунчаси, клиникаси, даволаш .

Билет № 12.

1. Веналарнинг варикоз касаллиги, этиологияси, классификацияси. Паркс-Вебер-Рубашев синдроми
2. Оёқ артерияларининг облитерацияловчи атеросклерози.

Билет № 13.

1. Портал гипертензиянинг хирургик даволаш усуллари.
2. Такаясу синдроми. Таснифи, клиникаси. Диагностикаси ва оператив даволаш усуллари.

Билет № 14.

1. Қизилўнгачнинг чандиқли торайиши стадиялари бўйича клиник белгилари ва диагностика усуллари, даволаш.

2. Жигар альвеококози, этиологияси, клиникаси, эхинококкдан фаркли хусусиятлари, асорати. Оператив даволаш усуллари.

Билет № 15.

1. Портал гипертензия таърифи. Сабабаи, классификацияси. РЭХ тўғрисида тушунча ва қўлланилиши.
2. Оёқ чуқур веналари ўткир тромбофлебита, сабаби. Асорати, даволаш усуллари, диагностикаси.

Билет № 16.

1. Жигар эхинококки. Сабабаи, Юқиш йўллари. Классификацияси. Даволаш усули.
2. ПТФС сабабалари. Формалари, патогенези, диагностикаси ва даволаш.

Билет № 17

1. Қизилўнгач ахалазияси. Сабабаи, классификацияси, клиникаси, диагностикаси.
2. Педжет-Шреттер ва Клиппел-Тренноне синдроми. Сабаби, клиникаси, даволаш.

Билет № 18.

1. Такаюсу синдроми. Ўмров ости, умуртқа ва уйқу артерияси формаларидаги клиник белгилари, текшириш усуллари ва даволаш.
2. Қизилўнгач куйиши. Этиологияси, классификацияси. Клиникаси. Кечки бужлаш усуллари.

Билет № 19.

1. Педжет-Шреттер-Кристелли синдроми этиологияси. Клиникаси, даволаш усуллари.
2. Носецифик аорто-артериит сабаби, клиникаси, диагностикаси.

Билет № 20.

1. Қизилўнгачдан профуз қон кетганда тўхтатиш усуллари.
2. Оёқ чуқур веналарининг ўткир флеботромбози. Сабаби. Оқ ва қўқ флегмазия клиникаси. Даволаш.

Билет № 21.

1. Оёқ веналари ўтказувчанлигини аниқловчи синамалар ва махсус текширув усуллари. Веноз қон оқишидаги омиллар.
2. Облитерацияловчи эндоартрит. Сабабаи. Классификацияси. Клиникаси, Бюргер касаллиги, сабаби, клиникаси.

Билет № 22.

1. Қизилўнгач кмёвий моддалар билан куйишининг клиникаси. Куйиш даражалари ва унинг омиллари. Эртанги ва кечки бужлашга кўрсатма.
2. Вазоренал гипертензия. Ўзига хос белгилари, даволаш усуллари.

Билет № 23.

1. Қизилўнгач дивертикули. Классификацияси, клиникаси. Дивертикул асоратлари. Диагностикаси.
2. Лериш синдроми. Облитерацияловчи эндоартрит. Облитерацияловчи атеросклероз, дифференциал диагностикаси.

Билет № 24.

1. Юза веналар тромбофлебита, сабаби, клиникаси, асоратлари.
2. Такаюсу синдроми. “Номсиз артерия” синдромидаги клиник белгилар, текшириш усуллари, даволаш.

Билет № 25.

1. Оёқ чуқур веналар тромбофлебита, тромб ҳосил юўлиш омиллари. Флеботромбоз ҳақида тушунча, асорати.
2. Артериал қон томирларнинг окклюзияси ва стенозловчи касалликлари сабаби, текшириш усуллари, даволаш.

Билет № 26.

1. Симптоматик гипертония классификацияси. Феохромастома. Конн синдроми. Иценко-Кушинг синдроми, сабаби, диагностикаси, даволаш.
2. Ўпка эхинококки, сабаби, босқичлари, асоратлари. Уларнинг клиник рентгенологик белгилари.

Билет № 27.

1. Симптоматик гипертония классификацияси. Феохромастома. Конн синдроми. Иценко-Кушинг синдроми, сабаби, диагностикаси, даволаш.
2. САИС сабаби, мезентерал формасининг турлари ва клиникаси.

ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ ФАНИДАН 2-ОРАЛИҚ НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ

Билет № 1.

1. Ўпканинг хавфсиз ўсмалари, классификацияси. Марказий хавфсиз ўсма клиникаси. Даволаш усуллари.
2. Сурункали ўпка абсцесси. Сабабаби. Клиник босқичлари. Даволаш принциплари.

Билет № 2.

1. Пептик яранинг қайталаниши, сабаблари. Клиникаси, диагностикаси ва даволаш усуллари.
2. Ўткир тромбоз ва эмболия. Тушунча. Сабабаби. Клиникаси ва даволаш усуллари.

Билет № 3.

1. Митрал стеноз. Тушунча. Сабаби. Стеноз даражалари. Гемодинамик бузилишлари. Диагностика усуллари.
2. Бронхоэктаз касаллиги. Тушунча. Сабаби. Классификацияси. Клиникаси, диагностика усуллари.

Билет № 4.

1. Пневмоторакс ва пиопневмоторакс тушунча. Сабаби. Клиникаси, турлари, диагностика ва даволаш тактикаси.
2. Ўткир ва сурункали олб келувчи қовузлок синдроми. Сабаблари. Клиникаси. Диагностика ва оператив даволаш усуллари.

Билет № 5.

1. Сурункали эмпиема. Тушунча. Сабаблари. Клиник ва морфологик босқичлари. Диагностика ва даволаш усуллари.
2. Ўпка гангрена ва гангреноз абсцесс. Тушунча. Сабаби. Клиникаси, асорати ва даволаш.

Билет № 6.

1. Ўпка кисталари. Классификацияси. Клиникаси, диагностика усуллари.
2. Артерияларнинг ўткир тромбоз ва эмболияси. Тушунча. Тромбоген ва эмбологен сабаблар. Ўткир эмболиянинг объектив ва субъектив белгилари.

Билет № 7.

1. Туғма юрак пороклари тўғрисида тушунча. Сабаби. Классификацияси. Лютембахер синдроми. Клиникаси ва даволаш.
2. Меъданинг пептик яраси. Қайталаниш сабаблари. Золингер-Эллисон синдроми. Типлари. Клиникаси ва диагностика усуллари.

Билет № 8.

1. Ўткир ва сурункали олиб келувчи қовузлок синдроми. Сабаби. Даражалари. Клиникаси.
2. Оёқ-қўл артерияларининг ўткир эмболиясининг сабаби, патогенези. Консерватив даволаш тактикаси.

Билет № 9.

1. Аорта коарктацияси. Тушунча. Сабаби. Гемодинамик бузилишлар ва клиник белгилар вариантлари. Даволаш.
2. Пострезекцион синдромлар. Сабаби. Классификацияси. Даволаш усуллари.

Билет № 10.

1. Аортал стеноз. Тушунча. Сабаблари. Даражалари. Клиник белгилари. Диагностика ва даволаш усуллари.
2. Мезентериал тромбоз. Сабаби. Клиникаси. Босқичлари. Даволаш усуллари.

Билет № 11.

1. Артерияларнинг ўткир тромбоз ва эмболияси. Тушунча. Клиник белгилари. Диагностика усуллари.
2. Спонтан пневмоторакс. Сабаби. Клиникаси. Даволаш тактикаси.

Билет № 12.

1. Ўпканинг периферик ўсмалари. Клиник босқичлари ва белгилари. Диагностика ва даволаш усуллари.
2. Демпинг синдром. Тушунчаси. Эртанги ва кечки синдром Демпинг синдром сабаблари. Клиник даражалари ва белгилари. Диагностикаси.

Билет № 13.

1. Мезентериал тромбоз. Тушунча. Сабаби. Классификацияси. Клиник

белгилари. Диагностика усуллари.

2. Ўткир ва тромбоз ва эмболиянинг эмбологен ва тромбоген сабаблари.
Объектив ва субъектив клиник белгилари. Ишемия босқичлари ва фазалари.

Билет № 14

1. Пиопневмоторакс. Тушунча. Сабаблари. Турлари. Клиникаси. Даволаш тактикаси.
2. Очик артериал (Ботал) йўл. Тушунча. Сабаби. Гемодинамик бузилиш босқичлари. Клиник белгилари. Даволаш тактикаси.

Билет № 15.

1. Ўпка эхинококки. Сабаби. Клиник босқичлари. Диагностика усуллари. Даволаш усуллари.
2. Меъда йўғон ичак оқмаси. Сабаби. Клиникаси, диагностикаси, даволаш.

Билет № 16.

1. Ўпканинг хавфсиз ўсмалари. Классификацияси. Диагностикаси ва оператив даво усуллари.
2. Диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурралари. Классификацияси. Клиникаси. Диагности-си.

Билет № 17.

1. Плевранинг ўткир эмпиемаси. Сабаби. Классификацияси ва диагностика усуллари. Даволаш.
2. Ўпка эхинококкининг асоратлари. Клиник, рентгенологик диагностика усуллари.

Билет № 18.

1. Диафрагма релаксацияси. Сабаби. Классификацияси, клиникаси ва диагностика, даволаш усуллари.
2. Кўкс оралиғининг хавфсиз ўсмалари ва кисталари.
Классификацияси. Кўринишлари. Клиник белгилари ва даволаш усуллари.

Билет № 19.

1. Қизилўнгачнинг сирпанувч ва параэзофагеал чурралари. Классификацияси. Клиник ва рентгенологик фарқлари. Операция усуллари.
2. Фалло тетрадаси. Тушунча. Клиник формалари ва белгилари. Операция усуллари.

Билет № 20.

1. Меъданинг операциядан кейинги касалликлари. Тушунча.
Сабаблари. Лаборатор, инструментал, диагностика усуллари.
2. Кўкс оралиғи кисталари. Классификацияси, клиникаси, диагностика ва даволаш усуллари.

Билет № 21.

1. Диафрагма чурралари. Тушунча. Классификацияси. Сабаблари. Клиник белгилари. Даволаш.
2. “Оқ” ва “кўк” пороклар тўғрисида тушунча. Классификацияси. Фалло тетрадаси, триадаси ва пентадаси.
Диагностика усуллари.(ноинвазив ва инвазив).

Билет № 22.

1. Очик артериал йўл. Сабаби. Клиник босқичлари ва белгилари.
2. Ўпканинг ўткир абсцесси. Сабаблари. Классификацияси. Клиник белгилари. Даволаш принциплари.

Билет № 23.

1. Ўпканинг сурункали абсцесси. Сабаблари. Клиникаси. Асоратлари. Даволаш усуллари.
2. Аортал клапан етишмовчилиги. Сабаби. Клиникаси ва гемодинамикаси. Даволаш принциплари.

Билет № 24.

1. Орттрилган юрак пороклари тўғрисида тушунча. Сабаблари. Юрак етишмовчилиги функционал босқичлари. Митрал стеноз. Даражалари. Клиникаси. Даволаш.
2. Кечки Демпинг синдроми. Сабаблари. Клиник белгилари. Даражалари. Диаг. ва даволаш усуллари.

Билет № 25.

1. Ўпка эхинококкининг асоратлари. Клиник, рентгенологик диагностика усуллари.
2. Механик сариқлик сабаби, клиникаси.

Билет № 26.

1. Бронхоэктаз касаллиги. Тушунча. Сабаби. Классификацияси. Клиникаси, диагноститка усуллари.
2. Механик сариқлик диф. диагностикаси, даволаш.

Билет № 27.

1. Ўпканинг сурункали абсцесси. Сабаблари. Клиникаси. Асоратлари. Даволаш усуллари.
2. Постхолецистэктомик синдром. Тушунча, клиникаси, даволаш, профилактикаси.

Билет № 28.

1. Мезентериал тромбоз. Сабаби. Клиникаси. Босқичлари. Даволаш усуллари.
2. Постхолецистэктомик синдром. Тушунча, сабаблари ва диагностикаси.

13. МУЛЬТИМЕДИЯЛАР, ДИАФИЛЬМЛАР, ЭЛЕКТРОН ДАРСЛИКЛАР РЎЙХАТИ

<u>Госпитал хирургия фанидан тайёрланган мультимедиялар:</u>	
№	Мавзу
1	Қорин деворини чурралари. Чов чурралари.
2	Киндик, сон, амалиётдан кейинги ва кам учрайдиган чурралар.
3	Чурра асоратлари (яллиғланиш, копростаз, қисилиб қолиши, тўғриланмаслик).
4	Ўткир аппендицит.
5	Ўткир аппендицитнинг асоратлари.
6.	Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги.
7.	Меъда ва 12 бармоқ яра касаллигини асоратлари (қон кетиш, перфорация).
8.	Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллигини асоратлари (стеноз, пенетрация, малигнизация).
9.	Қалконсимон без касалликлари.
10.	Сурункали холецистит. Клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари.
11	Ўткир холецистит ва унинг асоратлари.
12	Жигар хирургик касалликлари.
13	Ўткир ва сурункали панкреатитлар
14	Йўғон ичак касалликлари.
15	Тўғри ичак касалликлари.
16	Ўткир ичак тугилиши.
17	Ўткир перитонит.
18	Ичак оқмалари.

КАФЕДРАДАГИ АДАБИЁТЛАРНИНГ ЭЛЕКТРОН ВЕРСИЯСИ РЎЙХАТИ

1. Каримов Ш.И. Хирургик касалликлар. Т – 2005 йил.
2. Каримов Ш.И., Н.Х.Шомирзаев. Хирургик касалликлар. Т-1995 й.
3. Каримов Ш.И. Хирургические болезни. Т-1994 г.
4. Кузин М.И. Хирургические болезни. М. 2002.
5. Кузин М.И. Хирургические болезни. М. 2005.
6. Петровский Б.Р. Хирургические болезни. М-1980 г.

**ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ ФАНИДАН КАФЕДРА
ПРОФЕССОР-ЎҚИТУВЧИЛАРИ ТОМОНИДАН ТАЙЁРЛАНГАН
АДАБИЁТЛАР ЭЛЕКТРОН ВЕРСИЯСИ РЎЙХАТИ**

1.	Кузин М.И.	Хирургические болезни	Москва	1976
2.	Напальков Н.П., Смирнов А.В.	Хирургические болезни	Ленинград	1976
3.	Петровский в.В.	Хирургические болезни	М.Медицина	1980
4.	Савельев В.С.	Руководство по неотложной хирургии брюшной полости.	М.Медицина	1981
5.	Еламский Н.Ц.	Хирургические болезни	М.Медицина	1982
6.	Кузин М.И.	Хирургические болезни	М.Медицина	1986
7.	Кузин М.И.	Хирургические болезни	М.Медицина	1987
8.	Кузин М.И.	Хирургические болезни	М.Медицина	1995
9.	Каримов Ш.И.	Хирургик касалликлар	Тош.Медицина	1991
10.	Арипов У.А.	Корин бушлиги аъзоларининг уткир хирургик касалликлари	Тош.Медицина	1991
11.	Орипов У.А., Каримов Ш.И.	Умумий хирургик касалликлар	Тош.Медицина	1993
12.	Каримов Ш.И. Шомирзаев Н.Х.	Хирургические болезни	Тош.Медицина	1994
13.	Агзамходжаев С.М.	Хирургик касалликлар	Тош.Медицина	1991
14.	Савельев В.С. Лопухин И.	Хирургия	Москва .Медицина	1997

14. ГЛОССАРИЙ

Доц. Комилов С.О. дан олиш

18.09.2019 йил.

Техник мухаррир: каб.муд.Хусейнова Ш.Х.