

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH
VAZIRLIGI**



TOSHKENT FARMATSEVTIKA INSTITUTI

FARMAKOLOGIYA VA KLINIK FARMATSIYA KAFEDRASI

**ICHKI KASALLIKLAR ASOSI FANIDAN
O‘QUV - USLUBIY MAJMUA**

Bilim sohasi: 500000- Sog‘liqni saqlash va ijtimoyi ta‘minot
Ta‘lim sohasi: 510000- Sog‘liqni saqlash
Ta‘lim yo‘nalishi: 5510500-Farmatsiya (klinik farmatsiya)



TOSHKENT – 2020

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH
VAZIRLIGI**

TOSHKENT FARMATSEVTIKA INSTITUTI

FARMAKOLOGIYA VA KLINIK FARMATSIYA KAFEDRASI

**ICHKI KASALLIKLAR ASOSI FANIDAN
O‘QUV - USLUBIY MAJMUA**

Bilim sohasi: 500000- Sog‘liqni saqlash va ijtimoyi ta‘minot
Ta‘lim sohasi: 510000- Sog‘liqni saqlash
Ta‘lim yo‘nalishi: 5510500-Farmatsiya (klinik farmatsiya)

TOSHKENT – 2020 yil

Fanning o'quv-uslubiy majmuasi O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi 2016 yil "25" avgustdag 355-sonli buyrug'i bilan (buyruqning 2-ilovasi) tasdiqlangan "Ichki kasalliklar asosi" fani dasturi asosida tayyorlangan.

Tuzuvchilar:

Qosimov A.SH. Farmakologiya va klinik farmatsiya kafedrası dotsenti,
t.f.n.

Taqrizchilar:

M.O. Sobirov Toshkent Davlat Stomatologiya instituti 2 sonli terapevtik
yo'nalishdagi fanlar kafedrası mudiri, tibbiyot fanlari
doktori, dotsent

V.B Rasulova Toshkent Farmatsevtika instituti, tibbiy fanlar kafedrası
dotsenti, tibbiyot fanlari nomzodi

Fanning o'quv uslubiy majmuasi tibbiy va biologik soha uslubiy kengashining 2020 yil "10" iyundagi 10- sonli bayoni bilan tasdiqlangan.

Soha uslubiy kengashi raisi 47 Fayzieva Z.T.

Toshkent farmatsevtika instituti MUK 2020 yil "7" iyuldagi 12- sonli bayoni bilan tasdiqlangan.

Markaziy uslubiy kengash raisi [Signature] Z.A. Yuldashev



Fanning o'quv uslubiy majmuasi Toshkent farmatsevtika instituti institute Kengashining 2020 yil "30" iyundagi 11- sonli bayoni bilan tasdiqlangan.

Kengash kotibi [Signature] Haydarov V.R.

MUNDARIJA

I	OQUV MATERIALLARI	5
II	MARUZA MAVZULARI	5
III	AMALIY MASHG‘ULOT MATERIALLARI	59
IV	MUSTAQIL TA‘LIM MAVZULARI	89
V	GLOSSARIY	90
VI	ILOVALAR	
	- Fan dasturi	96
	- Ishchi fan dastuti	105
	- Tarqatma materiallar	113
	- Testlar	119
	- Baholash mezonlari	137
VII	ADABIYOTLAR RO‘YXATI	142

I. OQUV MATERIALLARI MARUZA MAVZULARI

MAVZU 1. O'PKA TIZIMI KASALLIKLARI. O'TKIR VA SURUNKALI BRONXITLAR. KLINIK KECHUVI, DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH TAMOYILLARI.

Reja:

1. O'tkir va surunkali bronxitlar. Kasallikning etiologiyasi, patogenezini, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davolash prinsipi va profilaktikasi.

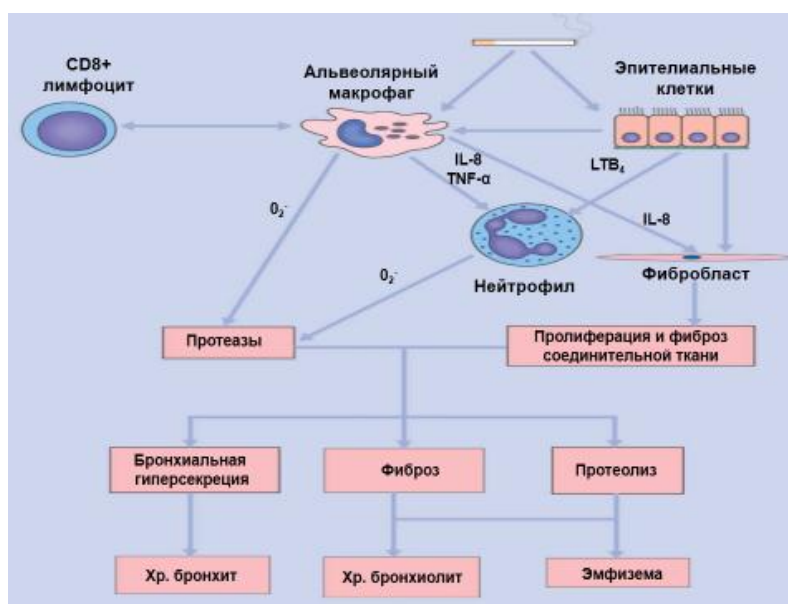
Kalit so'zlar: O'tkir va surunkali bronxitlar.

Instrumental usullar yordamida bemorlarni tekshirish hozirgi zamon tibbiyotida juda keng qo'llaniladi. Ular klinik usullarini to'ldirib, to'g'ri diagnoz qo'yishda yordam beradi. Instrumental usulni diagnostikada to'liq ishlatish uchun har bir tekshirish usullari haqida tushunchaga ega bo'lish kerak. Funktsional usul usullari o'pka va bronx kasalliklari bilan og'rikan bemorlarda kompleks tekshirish olib borishda katta ahamiyatga ega. Hamma usullar ham nafas olish etishmovchiligiga olib keluvchi kasalliklarga diagnoz qo'yishda yaxshi Samaralar bermaydi, lekin klinik simptomlar hali yuzaga chiqmasdan oldin shu kasallikka moyilligini, bu etishmovchilikning tipini, xarakterini va darajasini aniqlashi mumkin.

O'pka to'qimasini zichlashish sindromini mexanizmi.

O'pka to'qimasini zichlashishi asosan alveolar zararlangan o'pka soxasi yallig'lanish eksudat bilan boradigan yalig'lanish jaraenida kuzatiladi. Alveolar kon bilan tulishi mumkin (o'pka infarqti). SHu bilan birga o'pka bo'laklarida biriktiruvchi to'qima usishi (pnevmoskleroz) uzok yalig'lanish va usmalar xisobiga kuzatiladi.

Buningokibatida o'pka to'qimasida xavo kamayadi va zichlanadi. Bunday xolat atelektaz alveolalarga xavo kirishi, bronxlar bosilishi (obturator atelektaz) eki o'pkaning bosilishi (kompression atelektaz), masalan: plevra bo'shlig'ini ko'p miqdorda eksudat bilan tulishi xisobiga yuzaga keladi.



O'pka to'qimasini zichlashish sindromini tekshirishning klinik usullari.

Bemorni so'rab-surishtirishda shikoyatlar. O'pka to'qimasini ma'lum qismlarini ishdan chikishi xisobiga xansirash, vetsiral plevra yalig'lanishi (krupoz pnevmoniya) bulishi okibatida en tomonlarda og'riqlar bulishi mumkin.

Ko'krak qafasini kuzdan kechirganda o'zgarishsiz eki kasal tomonda chegaralangan nafas ekskursiyasini ko'rish mumkin.

Palpatsiyada - ovoz dirillashlari asosan zichlashgan o'pka to'qimasi tovushi yaxshi uttkazadi.

Perkussiyada - bo'g'qlik kuzatiladi. YAllig'lanish jaraeni qanchalik tarqalgan bo'lsa, o'pka to'qimasi shuncha kam xavoli bo'ladi va bo'g'qlik intesivroq bo'ladi (bo'lakli pnevmoniyada tovush to'la bo'g'iq bo'ladi). Agar kasallik boshida ekssudat alvelalar bo'shlig'inituldirgan bo'lsa, tovush bo'g'iq—timpanik bo'ladi.

Auskultatsiyada bronxial nafas eshitiladi.Xavosiz o'pka to'qimasida vezikulyar nafas kuzatilmaydi, bronxial nafas o'tkazuvchanligi yaxshilanadi. Agar zichlashgan to'qima xavoli bo'laklar bilan navbatlashib ketsa, aralash bronxo-vezikulyar nafas eshitiladi. Agar o'choqlar kam zichlashgan va me'yor lo'pka to'qimasi bilan uralgan bulsa nafas vezikulyar bulishi mumkin.

SHuningdek kushimcha nafas shovqinlari - xirillashlar va krepitatsiya, plevra ishkalanishi eshitiladi. Nam xirillashlar suyuq ekssudat bronxlarda yig'ilishi jelatina va bronx atrofidagi o'pka to'qimasi zichlashishi xisobiga jarangdor bulishi mumkin. Krepitsiya asosan krupoz pnevmoniya uchun xarakterli kasallik boshlanishida va surilashi bosqichida kuzatiladi. Zichlashgan o'pka to'qimasidan tovush yaxshi utishi bronxofoniyani olib keladi.

Atelektazda bronxdan xavo utishi eki utmasligiga kura xar- xil fizik belgilar nomoen bo'ladi. Bronx to'liq epilganda va upkning bir tekis zich lashganda nafas xarakati chegaralangan, ovoz dirilashi va bronxofoniya aniklanmaydi. Perkutor tovush bo'g'iq, vezikulyar va bronxial nafas eshitilamaydi. Agar atelektaz uzok vaqt davom etsa ko'krak qafasi ingichkalashadi, qovurg'alar oralik torayadi. Rentgenda atelektaz soxasida gomogen soya ko'rinadi. YUrak va yirik kon tomirlarda chuzilgan. Bunday xolat bronxlar rakida ular bo'shlig'ini yopilib qolishida, o'smalarda va siqib qo'yuvchi bronxlar siqilishida bo'ladi.

To'liq bulmagan atelektazda o'pka xavosiz, lekin bronx o'tkazuvchanligi saqlab qolingan.

Bunday sharoitlarda o'pkaning maxalliy infiltratsiyasi simptomi (bo'g'iq, timpanik tovush) susaygan bronxial nafasni eslatadi. Ba'zida ovoz dirillashlari va bronxofoniya kuchaygan. SHunday kurinishlar ekssudativ plevritda xam bo'ladi.



Plevral bo'shliqda suyuqlik va xavo to'planish sindromining mexenizmlari.

Plevral bo'shliqda, plevraning o'zida va plevraning vesseral vorogida yakin joylashgan o'pka to'qimasida yallig'lanish jarayoni paydo bo'lganda plevral bo'shliqda natijada suyuqlik to'planishi mumkin. YAllig'lanish natijisida Starmengning transkapyar almashinov konuni bo'ziladi., bu konun bo'yicha normada suyuqlik parietal plevra kapilyarlaridan plevral bo'shliqqa xarakatlanadi, keyinchalik vessiral plevra Bilan suriladi. YAllig'lanishda parietal plevraning plevral suyuligi

ishlab chikarilishi oshadi a vessiral plevrada suyuqlikni surilishi buziladi. Plevral bo'shliqda suyuqlik to'planishiga olib keluvchi boshqa mexanizm - usma jarayonlari, birlashtiruvchi to'qimaning sistemali kasalliklari va boshqa a'zo kasalliklari paydo bo'lishi plevranning ta'sirlanishiga va yana yuqorida kayd etilgan mexanizm bo'ladi, bunda bevosita plevranning o'zida yallig'lanish jarayoni sodir bulamaydi

Tabiyki, ko'krak qafasining shikastlarida kon – tomirlar, plevra to'qimasi va o'pka to'qimasining jaraxotlanishi natijasida plevral bo'shliqda suyuqlik to'planishi mumkin. Plevral bo'shliqda xavo to'planish (pnevmotoraks) sun'iy bo'lishi mumkin, kachonki uni davolovchi chora – tadbirlar yaratilganda (o'pka silida), travmatik – ko'krak qafasining shikastlanishida yuzaga keladi va spontan kochonki u tashki omillar ishtirokisiz paydo bo'ladi.

Spontan pnevmotoraksning paydo bo'lishi asosida plevranning yorilishi yotadi, plevral bo'shliqda xavo to'planishiga olib keladi. SHunga mos ravishda quyidagi tasnif mavjud.

1. Spontan pnevmotoraks

1.1 Birlamchi (o'pka kasalliklarining klinik namoyishlari bulmaydi)

1.2 Ikkilamchi: surunkali obstruktiv o'pka kasalliklari; bronxial astmada astmatik status; o'pkaning infeksiyon yallig'lanishi jaroxatlarida; o'pka infarqtida, yomon sifatli xosilalar; o'pkaning nurli jaroxatlanishida xomiladorlik.

1.3 Travmatik pnevmotoraks

2.1 CHuqurlashgan shikast

2.2 Utmas shikast

3. YAtrogen pnevmotoraks

3.1 Torakotsentiz

3.2 Umrov osti venasining kateterizatsiyasi

3.3 Kardiopulmonal ventilyasiya.

3.4 Bronxoskopiya.

3.5 Davolovchi pnevmotoraks.

Davolovchi pnevmotoraksni uch turi farqlanadi: ochiq, yopiq, va klapanli. Ochiq pnevmotoraksda bronxial daraxt va plevral bo'shliqlar oraligida aloka nafasining ikkala fazasida, xam nafas olganda, xam nafas chikarganda sodir bo'ladi. SHuning uchun plevral bo'shliqlardagi bosim atmosfera bosimlarigan teng bo'ladi.

YOpiq pnevmotoraksda plevritning perforirlangan qismi tezda yopiladi, plevral bo'shliq va bronxlar orasidagi aloka buziladi. Bu turdagi plevral bo'shliqda bosim manfiy bo'ladi.

Klapanli pnevmotoraksda esa xavoning plevral bo'shliqqa Kirishi fakat nafas olganda sodir bo'ladi, nafas chikarganda esa pevrada prorivlangan teshik yopiladi. Bunda plevral bo'shliqdagi bosim musbat bo'ladi. Plevral bo'shliqdagi plevral bitishmalar bulmagan xollarda pnevmotoraks to'liq bo'ladi. Plevral bo'shliq bulmaganda esa chala bo'ladi.

Umumiy pnevmotoraksda o'pka ildizi yunalishi bo'yicha tushadi va o'pkaning kollapsi rivojlanadi.

Gidrotoraks kabi pnevmotoraks xam plevra ichi bosimini ma'lum miqdorda kutaradi (plevranning elastikligi xisobidan plevra bo'shliqdagi bosim normada atmosfera bosimidan past). Natijada o'pka to'qimasining bosilishi va tushishi, ko'ks oraligining karama-karshi tomonga joylashishi, diafragma gumbazining pastga tushishi, ko'ks oraligidagi erik kon tomirlarini bosilishi va kayrilishi kuzatiladi, bu omillarning xammasi nafas va kon aylanishining bo'zilishiga olib keladi.

Plevral bo'shliqda suyuqlik va xavo to'planishi sindromida ko'rikdan o'tkazishni asosiy klinik usullarining ma'lumotlari.

Gidrotoraksdagi kabi pnevmotoraksda xam (o'pkanig siqilishi va uning ateliktazida aralash tavsifli), ko'krak qafasidagi og'riq asosiy shikoyatlari xisoblanadi. Og'riq ko'pincha og'irlik xissidek bo'ladi, lekin ba'zida intensiv bo'lishi mumkin, og'riqni bo'yinga, epigastral soxaga irradiatsiya berishi mumkin, u doimiy bo'lib, fizik nagruzkadan kuchayishi mumkin, ko'pincha og'riqni paydo bo'lish sababi noma'lum bo'lib qoladi. Ko'pincha bu kasallarda quruq yutal, kuchli terlash, xarorat kutarilishi, qaltirash, tez charchash, xolsizlik, bosh og'rig'i, ishtaxa pasayishi va

boshqalar vujudga kelishi mumkin, ba'zidabu shikoyatlar kasallikning boshlanishida keyinchalik esa asosiy shikoyatlar paydo bo'lishi mumkin.

Umumiy ko'zdan kechirganda bunday bemorlarni majburiy xolati (utirgan, yarim utirgan) yoki plevral bo'shlig'ida suyuqlik to'planganda bemorlar kasal bokiniga yotishi aniqlanadi. Teri koplamlari rangpar, sianotik, nam (xarorat yuqori oshganda quruq va issik bo'lishi mumkin, asosiy kasallikga bog'liq), xansirash, quruq yo'tal, bo'yin venalarini burtib chikkanligi kuzatiladi.

Ko'krak qafasini ko'zdan kechirganda suyuqlik va xavo to'plangan joyda ko'krak qafasining shu bo'lagi burtib chiqishi xisobiga ko'krak qafasining assimetriyasi kuzatiladi, qovurg'alararo oraligi bu erda silliklashgan, shuningdek shikastlangan tomonda nafas xarakatlari chegaralangan.

Pleral bo'shliqda suyuqlik to'planish sindromida ko'krak qafasining pastki bo'limlarida shikastgan tomoni sog tomoniga nisbatan shishganligi va terining kalın burmasi aniqlanadi (Vintrix simptomi).

Papaslaganda plevral bo'shliqda suyuqlik va xavo to'planish sindromida tovush dirillashi pasayishi yoki butunlay yo'qolishi belgilanadi, og'riq nuktalari aniqlanishi mumkin. Ko'krak qafasining rezistentligi pasaygan. Epigastral burchak xam o'zgarishi mumkin.

Perkussiyada plevral bo'shliqda xavo va suyuqlik to'planish sindromida plevral bo'shliqda suyuqlik borligi aniqlanishi mumkin, fakat uning mikdori 300-400 ml gacha bo'lganida bo'g'iqlashish darajasining bir qovurg'aga kutarilishi suyuqlik mikdorining 500 ml ga oshishiga mos keladi. Suyuqlik to'plangan soxada nisbiy bo'g'iq tovush aniqlanadi. To'plangan suyuqlikning yuqori chegarasini aniqlaganda yallig'lanish tavsifiga ega bo'lgan suyuqlik to'planishida qiyshiq chiziq (Damuazo chizig'i) va yallig'lanishsiz suyuqlik to'planganda to'g'ri chiziq aniqlanadi. Bunda tovush bo'g'iqlashgan tavsifga ega bo'ladi. Xamda perkussiyada 2 ta uch burchak aniqlanadi: Tarlent va Rauxfusa – Grokko uchburchagi Tarlent uchburchagi bir tomondan umurtqa pog'onasi ikkinchi tomondan Domuazoning kutariluvchi chizig'i bilan xosil bo'ladi. Umurtqa pog'onasiga o'tkazilgan chiziq kutariluvchi Damuazoning yuqori nuktasidan umurtqa pog'onasi uning chizig'i asosi xisoblanadi. O'pkaning ildiziga siqilishi natijasida shu uchburchak soxasida bo'g'iqlashgan timpaniq perkutor tovush aniqlanadi.

Plevral bo'shliqda ko'p mikdorda suyuqlik sulganida sog tomonining pastida umurtqa pog'onasining yonida perkutor ravishda perkutor tovushning bo'g'iqlashuvini beruvchi Rauxfus – Grokko uchburchaga aniqlanadi. Bu uchburchak bir tomondan umurtqa pog'onasi, boshqa tomondan esa Daumazo chizig'ining davomi xisoblanadi, uning asosi bo'lib, o'pkaning pastki qirg'og'i xizmat qiladi.

1. Ko'ks oraligining sog tomonga siljishi
2. Suyuqlik to'plangan tomonidan umurtqa pog'onasining perkutor tovush o'tkazishi.

Kompression atelektazda perkutor ravishda tempaniq tovushni bo'g'iqlashuvi aniqlanadi. Plevral bo'shliqda xavo to'planish sindromida timpaniq perkutor tovush aniqlanadi. O'pkaning pastki qirg'og'i pastga siligan.

Ikala sindromda o'pkaning pastki qirg'og'ining xarakatchanligi aniq chegaralangan.

Auskultatsiyada – ikkala sindromda xam vezikulyar nafasning susayishi yoki uning butunlay yo'q bo'lishi sodir bo'ladi. Bronxofoniya mavjud emas. Ochiq yoki yopiq klapanli pnevmotoraksda amforik bronxial nafas eshitiladi. Bronxofoniya kuchsiz yoki butunlay mavjud emas.

Spirometriya usuli va o'tkazilish usulikasi.

O'pka va bronxning kasalliklariga diagnoz qo'yishda, ularni davolashdan oldin tashqi nafas olish funksional hususiyatini bilish zarur. Tashqi nafas olish o'pkaning ventilyasiyasini, diffuziyasini va perfuziyasini o'z ichiga oladi. Nafas olishda nafas yo'llari va mushaklar bundan tashqari o'pka, nerv elementlari, ko'krak qafasi, tomirlar, yurak, qon, juda ko'p fermentlar sistemasi ishtirok etadi.

Tashqi nafas olishni o'rganishda spirometriya usulidan foydalaniladi.

Spirometriya - nafas chiqarishdagi havoning hajmini tekshiruvchi usul. Tekshirish uchun suvli va havoli(quruq) spirometrlardan foydalaniladi.

Spirografiya - tashqi nafas olishni grafik tarzda aniqlovchi usul. Tekshirish spirografning bir qancha turlaridan foydalaniladi. Spirografda qog'ozning harakati turlicha(minutiga 50 mm yoki 600 mm) bo'lgan turlarini uchratish mumkin. Spirografning harakatlanuvchi lentasiga hamma nafas tebranishlari yoziladi. YOzilgan ko'rsatkich spirogramma deyiladi.

Tashqi nafas olish shartli ravishda ikki guruhga bo'linadi. Birinchi ko'rsatkich – tashqi nafas olish alveolyar havoni bildiradi: nafas olish chastotasi (NCH), nafas olish hajmi (NH), nafas olishning minutlik hajmi (NMH), nafas olish va nafas chiqarishning rezerv havo hajmi (RH), o'pkaning tiriklik sig'imi (O'TS), o'pkalarning maksimal ventilyasiyasi (O'MV), nafas olish havo rezervi (NR), o'pkaning kuchaytirilgan tiriklik sig'imi (O'KTS), Tiffno indeksi. Ikkinchi guruh ko'rsatkichiga o'pka kapillarlar bilan alveoladagi havo o'rtasida gaz almashinuvi: kislorodning minutlik yutilishi (KMYU), kislorod sarflanish koeffitsienti (KSK); uchinchi guruh ko'rsatkichiga nafas olish faoliyatini ko'rsatuvchi arterial va venoz qondagi gaz tarkibi kiradi: qon tarkibidagi kislorod hajmi va h.k.

Tashqi nafas olishning funksional ko'rsatkichlarini to'g'ri tahlil qilish.

Bizning klinikada FDV ni tekshirish uchun "Custo Vit"(Germaniya) apparatidan foydalanadi. Apparatga bir qancha ko'rsatkichlar kiritiladi (bo'yi, vazni, jinsi, yoshi, xonaning harorati, namligi va atmosfera bosimi). Uch marta tekshirish olib borilganidan keyin ekranda optimal spirogramma belgilanadi. Kerakli paytda spirogrammani printer orqali chiqarib olish mumkin.

FDV ning hamma ko'rsatkichlarini quydagi podgruppaga bo'lish mumkin:

-O'pka sig'implari (O'TS, NS, RS no, RS nch)

-O'pka ventilyasiyasi (NCH, NR)

-Bronxial o'tkazuvchanlik (O'KTS, Tiffno probasi, O'MV, pnevmotaxometriya).

SHu ko'rsatkichlarni tekshirib ventilyasiyaning (nafas olish sistemasining etishmovchiligi) qaysi tipi ekanligini bilish mumkin : obstruktiv, restrektiv va aralash.

Nafas olish sistemasining etishmovchiligi - bu organizm holati bo'lib, bunda qon tarkibidagi gazlarning miqdori bir xil bo'lmaydi, modomiki, nafas olish apparatining intensiv ishlashiga va yurakning zo'riqishiga olib keladi bu esa organizmning funksional imkoniyatlarini pasaytirib yuboradi. Nafas olish sistemasi etishmovchiligining klinik ko'rinishi nafas etishmovchiligi, sianoz natijasida vujudga keladi, kechikkan bosqichida esa yurak faoliyati etishmovchiligiga olib keladi.

Obstruktiv tip bronxospazm bronxlarni shilliq modda bi tiqilishi (bronxial astma, surunkali bronxit va bronxospazm, surunkali pnevmoniya). Bu ko'rsatkichlarga traxeobronxeal o'tkazuvchanlik buzilishiga xos, lekin bunda o'pkaning umumiy nafas sathi o'zgarmaydi, O'KTS, Tiffno probasi, O'MV, pnevmotaxometriya ko'rsatkichlari pasayadi, NCH, KIK kamayadi, O'MS ko'payadi, o'pkaning sig'implari normadan tashqari bo'ladi.

Restrektiv tip o'pka parenximasi shikastlanganida (o'tkir va surunkali pnevmoniya, o'pka emfizemasi) vujudga keladi. Buning natijasida o'pka sig'implari pasayib ketadi, bronxial o'tkazuvchanlik ko'rsatkichlari dearli o'zgarmaydi, NMS, NCH ko'payib, KIK va NR pasayib ketadi.

Aralash tip tashqi nafas olish sistemasining dearli barcha ko'rsatkichlari pasayib ketadi.

YAshirin nafas olish sistemasining etishmovchiligini aniqlash uchun bir qancha sinovlar o'tkaziladi: jismoniy zo'riqish bilan boruvchi, nafas olish va nafas chiqarishda havoni ushlab qolish, bronxospazmolitik aralashmalar yordamida farmakologik proba.

Dembo bo'yicha nafas olish sistemasining bosqichlari.

Tiffno testi normada 70-83%

70% dan kam bronxospazm va bronxial o'tkazuvchanlikning buzilishi

40% dan kam yaqqol ko'rinuvchi bronxospazm.

Restrektiv tip pnevmotaraksda

Obstruktiv - bronxospazm HHTK (Havo harakatini tezlik ko'rsatkichi) bronxial o'tkazuvchanlikning buzilishi, yallig'lanish, bronxial astma.

Xulosa:

- 1) Nafas olish sistemasining darajasining restraktiv tip bo'yicha (O'TS pasayigan bo'lsa, boshqa sig'implar normada).
- 2) nafs olish sistemasining darajasi aralash tip bo'yicha (O'TS va O'MV pasayganda), bronxospazm bo'lishi mumkin.
- 3) Nafas olish sistemasining darajalari obstruktiv sindrom bo'yicha (O'MV pasaygan).

Rentgenologik tekshirish usullari (bronxografiya va tomografiya).

Rentgenologik tekshirish usullari nafas olish a'zolarining diagnostikasida juda keng qo'llaniladi. Rentgenoskopiya o'pka bo'shlig'i, bo'shliqdagi zararlangan o'choqlarni, plevral bo'shliqda suyuqlik va havo bor-yo'qligini, shuningdek diafragmmaning sinxron harakatini aniqlaydi.

Rentgenografiya - rentgen tasmasida belgilanadi, diagnostikada juda keng imkoniyatlariga ega, ba'zi o'zgarishlar rentgenogrammada aniq ko'rinadi.

Bronxografiya bronx daraxtini tekshirishda ishlatiladi. Bemorning nafas yo'lidagi bronx bo'shlig'iga rentgen nurini o'tkazmaydigan kontrast modda yuboriladi, o'pkani rentgenogramma qilib bronx daraxtini aniq tasvirini olishimiz mumkin.

Tomografiya - o'pkani qavat qavat tekshirish. Tomografik tekshirish bir yo'nalishda va polipozitsion bo'lishi kerak.

Nazorat savollari:

1. USOK (Upkaning surunkali obstruktiv kasalligi) atamasi. Utkir bronxit. Etiologiyasi va patogenezi. Klinikasi.
2. Upkani surunkali obstruktiv kasalligi tushuncha. Surunkali broxit. Klinikasi. Diagnostik tamoyillari. Davolash.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Bobojonov S.N. Ichki kasalliklar. Toshkent, 2004 yil. Darslik
2. Gadaev A.G., Axmedov X. Ichki kasalliklar. Toshkent. 2013
3. Gadaev A.G., Axmedov X. Umumiy amaliyot vrachlari uchun amaliy ko'nikmalar toplami. Toshkent. 2010
4. Okorokov A.N. Lechenie bolezney vnutrennix organov. Moskva, 2005g.
5. Okorokov. A.N., Diagnostika bolezney vnutrennix organov. Moskva 2005g.
6. Spravochnik – putevoditel praktikuyushego vracha. 2000 bolezney ot A do YA GEOTAR. Meditsina. M. 2000g.

MAVZU 2. O'PKA TIZIMI KASALLIKLARI.

ZOTILJAM. BRONXIAL ASTMA. KLINIK KECHUVI, DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH TAMOYILLARI.

Reja:

1. Zotiljam. Kasallikning etiologiyasi, patogenezi, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davollash prinsipi va profilaktikasi.
2. Bronxial astma. Kasallikning etiologiyasi, patogenezi, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davollash prinsipi va profilaktikasi.

Kalit so'zlar: Zotiljam,. Bronxial astma.

Bronxial astma (BA) xastaligi so'nggi yillar mobaynida dunyoda eng keng tarqalgan xastaliklardan biri bo'lib, u jiddiy ijtimoiy, iqtisodiy va tibbiy muammoga aylanib bormoqda. Umumjaxon sog'likni saqlash tashkiloti (BO3) ma'lumotlariga asosan, qisqa davr ichida BAning katta yoshdagi kishilar o'rtasida 5% gacha borib etishi, kelgusida bu kasallikning yanada ko'payishidan dalolat bermoqda. Buning ustiga atrof muhitning ifloslanib borishi, unda ayniqsa

uchib yuruvchi sanoat chiqindilari — pollyutantlarning ko‘payishi, allergenlarning ortishi, atmosfera qobig‘ida azon kemptigining hosil bo‘lishi va insoniyat genofonining yomonlashuvi BANing yanada kengroq tarqalishiga o‘z ta‘sirini o‘tkazmay qo‘ymaydi.

Bizning regionimizda xam allergik xastaliklarning, jumladan BANing sunggi 5 yil mobaynida 0,7% dan 17,5% gacha (Nazarov A.A.) kupayishi kuzatildi, bu esa BANing deyarli 20 marotaba oshganligidan dvlolat beradi. SHuningdek BA qator mamlakatlar, jumladan AQSH, Buyuk Britaniya, YAngi Zenlandiya, Avstraliyada xam kupayganligi kayd etilgan.

Aslini olganda, BA bilan xastalanish va o‘lim ko‘rsatkichlari turli mamlakatlarda turlicha bo‘lib, ular to‘g‘risida esa aniq ma‘lumotlar kam bo‘lsa hamki, kasallik va o‘lim ko‘rsatkichlari bu joylarda ham yuqori ekanligi shubha tug‘dirmaydi. SHunisi ajablanarli, ham achinarliki, tibbiyot sohasidagi yutuqlar samarasiga qaramay BANing ortib borishi dunyo mutaxasislari uchun global-ulkan muammoligicha qolmokda.

Qayd etilgan muammolar va raqamlar tagida inson hayoti sifatining kasallanish tufayli keskin yomonlashuvi va shu bois jamiyat hayotida to‘laqonli ishtirokining buzilishi, va nihoyat, eng dahshatlisi, bevaqt o‘lim yotadi. SHuningdek BA tufayli go‘dak va yosh bolalarning hayotdan ko‘z yumishi hollarining ham ko‘payib borishi dunyo olimlarini bahamjihat kurashishi, yangi strategiya yo‘llarini ishlab chiqishi, yangi dori-darmonlarni kashf etishi va qo‘llashi lozimligini ko‘rsatayapti. SHu asosda BA bo‘yicha xalqaro loyiha guruhi tashkil etilib (1998 y. AKSHda), unda turli mamlakat olimlari faoliyat ko‘rsatib kelmoqdalar. SHularning samarasi ularoq, BA xastaligi to‘g‘risida bilimlarimiz doirasi va imkoniyatlarimiz kengayib bormoqda. Bugungi kunda BA xastaligi nozologiya sifatida quyidagicha ta‘riflanadi: ya‘ni BA - bu bronxlarning allergik persistensiyalanovchi yallig‘lanishi va giperreaktivligi asosida yuzaga keluvchi kasallik bo‘lib, u bronxlar obstruksiyalanuviga olib keluvchi bronxokonstriksiya, shilliqning gipersekretsiyasi, bronxlar devori shishishi natijasida yuzaga keladi va xuruj shaklida kuzatiladigan nafas faoliyatining ogirlashuvi yoki nafas qisishi bilan xarakterlanadi. Ushbu ta‘rifning e‘tiborga molik tarafi ilgarigi ta‘riflardan farqli o‘larok, BANi «surunkali persistirlanuvchi allergik yallig‘lanish va giperreaktivlik holati» deb qaralishi bo‘lib, bu esa patogenetik terapiyaning yunalishini aniqlab beradi.

Avvalgi adabiyotlar bo‘yicha odatiy bo‘lib qolgan BA ta‘rifi quyidagicha edi: BA — mustaqil nozologik kasallik bo‘lib, u surunkali retsidivlanuvchi kechishi va asosiy va doimiy patogenetik mexanizmida bronxlarning spetsifik immunologik va nospetsifik (immunologik bo‘lmagan) mexanizmlar ta‘sirida o‘zgargan reaktivligi bo‘lib, uning asosiy (doimiy) klinik belgisi bo‘lib bronxlar spazmi, shilliq gipersekretsiyasi, diskriiniya va bronxlar shilliq qavati shishishi natijasida nafas qisilishi yoki astmatik status kuzatilishidir. Ko‘rinib turganidek, sunggi ta‘rifda BAgA persietirlanuvchi allergik yallig‘lanish va giperreaktivlik holati deb, yallig‘lanish mexanizmini konkretlashtirib berilishi, o‘zgargan reaktivlik degan ibora o‘rniga konkret - giperreaktivlik, va ayniqsa, buni persistirlanuvchi yallig‘lanish ekanligini kayd etilishi progressiv yo‘nalishidir.

Bronxial astma - nafas yo‘llarining surunkali yallig‘lanishidir. Moyillik bo‘lganda bu yallig‘lanish natijasida xurujli yutalish takrorlanib turadi, xirillashlar paydo buladi, ko‘krakda siqilish va nafasning qiyinlashishi tarzida buladi. YAllig‘lanish natijasida respirator traktning allergenlar, kimyoviy ta‘sirotlar, tamaki tutuni, covyq xavora yoki jismoniy zo‘riqishlarga ta‘sirchanligi keskin oshadi. Ular ta‘sir qilganda nafas yo‘llari shishib, spazm yuzaga keladi, ko‘p miqdorda shilliq ishlab chiqilib, nafas yo‘llarining tashqi ta‘siirlarga giperreaktivligi ortadi. Natijada yuzaga keladigan bronxial obstruksiya spontan holda yoki dorilar yordamida o‘tishi mumkin. Afsuski ba‘zi hollarda to‘lik ketmasligi ham mumkin.

BAgA asosan nafas yo‘llaridagi yallig‘lanish deb yangicha yondoshish atopik BANing mohiyatini ochib bera olmaydi. Tyg‘ma beta-retseptorlarining funksional etishmasligi amada beta-stimulyatorlyarining har doim ham ijobiy samara bermasligi bilan, hamda beta-retseptorlarining tug‘ma nuqsonliligini isbotlay olinmagani sababli ham atopik BANing ustivor sababi deb tan olinishiga to‘sqinlik qiladi.

Muammoning ikkinchi tarafi esa, BA kasalligi bilan surunkali bronxitning bir xastalikning 2 turdagi klinik kurinishidek manzarani yoki tasavvurni yuzaga keltiradi.

SHunday kilib, BANing yangicha ifodalanishi progressiv bo'libgina qolmay, munozarali hamdir.

Dunyo aholisining 100 milliondan ziyodrogi BA xastaligiga muhtalo bo'lgan va buning natijasida davolashga sarflanadigan mablag'lar, shunidek mehnatga layoqatligini yo'qotish va oilaviy muammolar keskin ortib bormoqda. BA bolalar orasida ko'payib ketmokda, ayniqsa urbanizatsiya yuqori bo'lgan xududlarda. Bu esa yashash joyining yaxshi ventilyasiya qilinmasligi, turar joydagi allergenlar (yumshok jihozlar — gilam, mebel, o'rin-ko'rpada bo'ladigan uy kanasi, uy hayvonlari, ayniqsa mushuk jini), tamaki tutuni, viruslar, aeropollyutantlar va kimyoviy ta'sirotlar, dorilar va oziq-ovqatlarning allergenlik xususiyatiga bog'liqdir. Irsiy faktorning roli to'g'risidagi muammo esa hanuzgacha aniq o'z echimiga ega bo'lmay qolmoqda.

Hozirgi kunda kasallikning kelib chiqishi sabablari to'g'risidagi tushunchalar, shuningdek nafas qisishi xurujuni oldini olish borasida ishlab chiqilgan uslublar va uzoq muddatga mo'ljallangan davolash dasturining tuzilishi kasallikka qarshi kurashishga yangicha yondoshishini shakllantiradi.

Bunday bemorlarda nafas yullarida surunkali yallig'lanish yo'talish, xirillash xurujlariga sabab bo'lib, ko'krakda qisilish hissi paydo bo'ladi va nafas olish, va ayniqsa, nafas chiqarish qiyinlashadi. Kasallik simptomlari bir necha daqiqadan bir necha kungacha davom etishi mumkin. Nafas siqilishi xurujlari engil, og'ir, ba'zida esa fatal bo'lishi mumkin. Og'ir xurujlarda tibbiy yordamning to'g'ri va barvaqt ko'rsatilishi muhimdir.

BA aksariyat holda oilaviy xarakterga ega. U har qanday yoshda kuzatilishi mumkin. U yuqmaydi. BA — tibbiyot muammosi, bemor o'z kasalligidan uyalmasligi lozim. Ko'p olimpiada chempionlari, davlat arboblari va mashhur siymolarda BA xastaligi borligi sir emas. BA bilan xastalangan bemor to'laqonli, maxsuldor hayot kechirishi mumkin.

Hozirga qadar bunga aniq javob yo'q. Ma'lumki, kishilar, va ayniqsa bolalar allergik anamnezida moyillik bo'lsa va ular tamaki tutuni va turmushdagi allergenlar (uy kanasi, mushuk jini va h.k.) ta'siriga yuqori beriluvchan bo'ladi va ularda BA yuzaga kelishi xavfi bo'ladi. Ba'zilar ish joylaridagi kimyoviy ta'sirlar BAgaga sabab bo'ladi. SHuningdek, ekologik muhit salbiy ta'sirini BAni keltirib chiqaruvchi omillardan biri ekanligi nazarda tutiladi.

BAni rivojlanishiga oli6 keluvchi sabablarga tez-tez O'RVI, bronxit, ko'k yo'tal natijasida bronxlar shilliq qavati kiprikli epiteliysining jarohatlanishi natijasida shilliq qavatining allergen va toksik moddalarga nisbatan o'tkazuvchanligi ortishi olib kelishi mumkin.

Nafas yo'llaridagi yallig'lanish bronxial obstruksiyani 4 xil yo'l bilan keltirib chiqaradi: 1) o'tkir bronxokonstriksiya - sillik mushak spazmi natijasida 2) o'tkir osti bronxokonstriksiya — xavo yullari shilliq qavatining shishishi tufayli; 3) surunkali - yopishkok quyuc bronxial shilliqning bronxlar va ayniqsa terminal bronxlar obstruksiyasi tufayli va nixoyat, 4) sklerotik bronxokonstriksiya – bronx devorlarining sklerotik deformatsiyasi tufaylidir.

Astmatik statusda nobud bo'lgan patsientlarning patologoanatomik tekshirish natijalari nafas yullarida kuchli rivojlangan yallig'lanish bo'lishidan dalolat beradi. Bunda ustki epiteliyal qoplaminig yo'qolishi, bazal membranada kollagen tolalarining xaddan ziyod to'planishi, bronxlar qon tomirlarining kengayishi va shilliq qavatining shishishi kuzatiladi. Bronxlar shilliq qavatida va ularning toraytiruvchi shilimshiq tiqinlarda ko'p miqdorda yallig'lanish xujayra elementlari topiladi.

Bronxoalveolyar lavaj usuli, biopsiya usulini ko'llash natijasida, BANing nafas yullarining surunkali persistirlanuvchi yallig'lanish kasalligi ekanligi va xatto uning simptomsiz davrida xam yallig'lanish belgilari saklanishi aniqlangan.

BA patofiziologiyasi qator xujayraviy mexanizmlardan iborat bo'lib, yallig'lanish xujayraviy elementlari makrofaglar, yumoloq-semiz xujayralar stimulyasiyasini o'z ichiga oladi.

Bu reaksiyalar erta va kechki turlarga bo'linadi. Erta yoki darhol yuzaga keladigan reaksiyaga bronxospazm va qator yallig'lanish mediatorlari — gistamin, triptaza, prostoglandin D2 va leykotrinlarning ajralishi yumoloq - semiz xujayralar ta'sirlanishidan dalolat beradi. Brondiyatorlar va neodokromil natriy shu bosqichda bronxospazmga ta'sir qila oladi, glyukosteroidlar (GKS) esa yo'q.

Kechki reaksiyalar bronxlar o'tkazuvchanligini kamayishi, ular reaktivligining ortishi bilan xarakterlanadi. Bu reaksiyalar nedokromil natriy va kortikosteroidlarga bo'ysinadi, beta-2 — adrenergik bronxodilyatatorlar esa korreksiya qila olmaydi. Bu bosqichda nafas yullariga eozinofillar chiqishi, sitokinlarning ajralishi, endotelial xujayralar yuzasiga adgeziyalanuvchi molekulalarining ekspressiyasi kuzatiladi. Bularga qayd etilgan dorilarning ta'siri xali o'rganilmagan.

YAllig'lanish yuzaga kelishida o'pka struktura elementlaridan fibroblastlar, epitelial va endotelial xujayralari ishtirok etadi. Ular makrofag va semiz xujayralar va T-limfotsitlar bilan qator sitokinlarning ishlab chikilishiga olib keladi va bronxlarda surunkali yallig'lanish yuzaga kelishi va rivojlanishida rol o'ynaydi.

Bu jarayonlar nedokromil natriy (intal), kortikosteroidlar ta'sirida ijobiy tomonga siljishi mumkin. Ularni barvaqt qo'llanmasligi esa yallig'lanishning kuchayishi natijasida bronxlar devori shilliq qavatining sezuvchanligi o'zgarishi natijasida giperreaktivlik xolati va bronxlar obstruksiyasini progressivlanishiga olib keladi.

Astmaoldi holati quyidagi belgilarni o'z ichiga oladi:

1) o'pka va bronxlarning o'tkir retsidivlanuvchi yoki surunkali obstuktiv sindromi bilan kechuvchi kasalliklari;

2) o'pkadan tashkari allergik xolatlar - allergik rinit, eshakemi, kvinke shishi, migren, dorilar allergiyasi;

3) qon va balg'amda eozinofiliya;

4) nasliy allergik kasalliklarga moyillik.

Astmaoldi holatini aniqlashda 1-gurux belgilarining boshqa guruxlardan bir yoki bir nechta birga kelishi muxim. Bronxlar obstruksiyasi sindromi klinikada trigger omillar ta'sirida xurujsimon yo'tal va hansirash bilan kechadi. Trigger (qo'zg'atuvchi) omillarga turli xidlar, sovuq xavodan nafas olish, jismoniy zo'riqish va boshqalar kirishi mumkin. Bu ikkala simptom ko'pincha o'zicha o'tib ketadi.

Obstruktiv sindrom patogenezida bronxospastik komponentning ustunligi yotishini bronxolitiklar (salbutamol, berotek, astmopent) bilan ingalyasiyali sinamalarning ijobiy natijalari ko'rsatadi. Bunda bronxlar o'tkazuvchanligi dastlabki ko'rsatkichlari 20% ga ortishi mumkin.

Ob'ektiv tekshiruv natijasida astmaoldi xolatida kasallikning asosiy belgilari ko'zga tashlanadi: o'pkaning pastki qismlarida qutisimon tovush, vezikulyar nafasning susayganligi, quruq g'ijillovchi va xushtaksimon xirillashlar. SHuning bilan birga qonda va balg'amda eozinofillar miqdori ortadi.

So'nggi yillarda dunyo olimlari astmaoldi xolatini ajratmay, balki unga BA deb yondasha boshladilar. CHunki BAni yoshlarda tiklanuvchi obstruksiya yoki BAning «yo'talli» varianti sifatida kechishi mumkinligi kayd etilmokda.

Bunday yondoshish munozaraviy bo'lsada barvaqt davolashni tashkil qilishda va bronxlarning tiklanmas (qaytmas) obstruksiyasini oldini olishga yordam beradi.

BAning asosiy klinik belgisi: nafas qisishi xuruji va uning ekvivalent belgilari (xurujsimon tungi yutal, to'sh ortida qisilish hissi).

Nafas qisishi xurujining rivojlanish 3 davrdan iborat:

1-davr — xuruj darakchilari davri: bu turli bemorlarda turlicha bo'lishi mumkin: tomog'da qichishish va yo'tal, teri, ko'z, quloqning qichishi, ko'p siyish va boshqalar. SHu davrda xurujni qaytarish osonroq bo'ladi.

2-davr — ekspirator nafas qisilish xurujining avj olishi. Bemor bunda ko'krakda qisilish xis etadi, nafasni to'liq chiqara olmaydi. Nafas chiqarilishi masofada eshitiladigan - distansiyali xushtaksimon xirillashlar bilan kechadi. Bemor o'tirgan xolda ko'llariga tiralib, majburiy xolatda bo'ladi. YUzlari kerikib, diffuz ko'karish - sianoz kuzatiladi. Nafas olganda burun kataklari puflanadi. Nafasda xamma yordamchi mushaklar ishtirok etadi, umrov usti chukurchasi, qovirg'alar oralig'i nafas olinganda ichga tortiladi. Buyin venalari bo'rtadi. Vaqti-vaqti bilan kam balg'amli quruq, yutal kuzatiladi. Balg'am yopishkok, quyuq, ba'zida esa ko'pikli bo'ladi. Perkussiyada o'pka ustida timpanik tovush eshitilib, o'pkaning quyi chegaralari pastga siljiydi; auskultatsiyada - ko'p

miqdorda quruq xushtaksimom, g'ijillovchi xirillashlar nafas chiqarish fazasida nisbatan ancha kuchliroq eshitiladi, nafas chiqarilishi olishga nisbatan ancha cho'zilgan bo'ladi. YUrak chegaralarini o'pkaning juda kengayganligi tufayli aniqlab bo'lmaydi. YUrak tonlari bo'g'iq bo'lib, o'pka arteriyasida II ton aksentli bo'ladi. Puls tezlashadi, tarangligi susaygan bo'ladi. Xuruj uzoq davom etganda yurakning o'ng qorinchasi etishmasligi alomatlari: jigarning kattalashuvi, oyoqlarda shish kuzatiladi. Balg'amda tipik o'zgarishlar - eozinofillar, kam xollarda SHarko-Leyden kristallari va Kurshman spirallari topilishi mumkin.

Xurujlar og'ir bo'lib, uzoqqa cho'zilsa, EKGda o'zgarishlar bo'lishi mumkin (yurak elektr o'qining o'nra siljishi, S tishining I da chuqur, R tishining III, avF da baland bo'lishi mumkin. SHuningdek S-T segmentining III, avF da inversiyasi kuzatiladi; R tishi II, SH standart uzatmalarda baland, o'tkir uchli V1 da manfiy bo'lishi, xamda ba'zida 2 fazali R tishi VI, V2 da, S-T segmentining inversiyasi o'ng ko'krak uzatmalarida bo'ladi; Gis tutami o'ng oyoqchasi blokadasi uchrashi mumkin. Rentgenologik tekshiruv o'pka to'qimasi yorug'lanishini orttanligini, diafragmaning sust xarakterini qayd etadi.

3-davr — xurujning pasayishi. Bemorda balg'amli yo'tal bo'lib, ko'p miqdorda balg'am chiqqanidan so'ng, bemorning ahvoli engillashadi. Xuruj regressiyasi turli bemorlarda turlicha bo'lishi mumkin - ba'zilar tez o'tsa, boshqalarda xurujning o'tishi qiyin bo'lib, bemorni xoldan toydiradi.

Keyingi vaqtlarda BAning klassik ko'rinishidagi xurujlari kamayib bormokda. Ba'zi xollarda BA bronxlardagi yallig'lanish bilan kechadigan surunkali bronxit fonida shakllanadi. Bundan tashqari so'nggi yillar mobaynida BAning kam simptomli klinik kechishi va uning qaytmas obstruksiyalarga sabab bo'lish xollari ko'paygani qayd etilmokda.

Bronxial astmani turlari

Atopik variant. Ko'prok yoshlarda uchraydi. Tipik belgisi bo'lib, astma xurujlarining allergiya faktorlari (chang, o'simlik changlari, ovqat, dorilar va x.,k.) bilan bog'liqligi xisoblanadi. Allergenning eliminatsiyasi yaqqol ijobiy samara beradi. Xuruj tezkor rivojlab, aniq klinikaga ega. Xuruj yo'tal va yopishqoq balg'am ko'chishi bilan tugallanadi.

Qonda va balg'amda eozinofillar ko'payadi, allergenlar bilan teri va provakatsiyalovchi sinamalar natijasi musbat bo'ladi. Xurujlar orasida kasallik belgilari kuzatilmaydi. Qonda gistamin miqdori ko'payadi.

Infeksiyaga bog'liq variant. Bizning regionda tez-tez uchraydi. Bakteriyalar va ularning parchalanish maxsulotlari semiz xujayralar, bazofillar, bronxlar epiteliysidan yallig'lanish mediatorlari ajralib chiqadi va bronxlarda infeksiyon yallig'lanishni yuzaga keltiradi, bu esa o'z navbatida bronxlar obstruksiyasiga olib keladi. Bu variantda viruslar aloxida o'rin tutadi, chunki respirator virus infeksiyasi yallig'lanishni avj olishigagina emas, xatto BAning manifestatsiyasiga olib keladi.

Kasallikning qo'zishi, odatda infeksiya o'chog'ida qo'zish bilan boshlanadi. Kasallik cho'zilib ketadi, xurujlarni engish kiyin bo'ladi. Asoratlar juda erta boshlanadi; astmatik xolat yuzaga keladi; bronxit alomatlari bilan birga kechadi. Qonda ko'proq yallig'lanish belgilari bo'ladi, balg'amda ko'p miqdorda leykotsitlar bo'ladi.

Autoimmun variant — oo'ir va uzluksiz retsivli kechadi. Kasallik yoshlikdan boshlanadi. Bunda autolimfotsitlar bilan teri sinamasi musbat bo'ladi, qon zardobida fosfataza aniqlanadi.

Disgormonal variantning o'ziga xos belgisi glyukokortikoid terapiyaga bog'liq bo'lishidir. Gormonal dorilar miqdorining kamaytirilishi bemor axvolining ogirlashuviga sabab bo'ladi. Bemorlarda tuxumdon faoliyatining buzilishi kuzatilib, bu ayniqsa ayollarda klimaks davrida zo'rayadi.

Nerv-ruxiy varianti diagnostikasi bemor shaxsi ruxiy xususiyatlariga bog'liq bo'ladi, bunda aksariyat xolda ruxiy travma, konflikt xolatlar, diensefal zona buzilishlari, seksual sferada buzilishlar aloxida o'rin tutadi.

Disadrenergik variant - bunda BALi bemorlarda β -2 retseptorlar blokadasi va β -1 retseptorlari sezuvchanligi keskin ortganligi qayd etiladi. Bronxlarning simpatomimetik bronx kengaytiruvchi dozalangan ingalyatorlarga ta'sirchanligi kamayadi, adrenalina, efedringa teskari - parodoksal

reaksiya kuzatiladi. Bu variant tugʻma biologik defektlar boʻlganda, yoki β -2 retseptorlar blokadasi simpatomimetiklarni xaddan ziyod koʻp koʻllanilishi tufayli xam boʻlishi mumkin. SHuningdek bu xolatga viruslar agressiyasi, gipoksimiya; atsidoz xam sabab boʻlishi mumkin. Qonda glyukoza miqdorining paradoksal kamayishi adrealin yuborilishidan keyin yuzaga kelishi bu variantni tasdiqlaydi.

Xolinergik variant - adashgan nerv - N. VAGUSning haddan ziyod yuqori faolligi tufayli yuzaga keladi. Bemorlarning asosiy shikoyati - tungi xurujlarga boʻladi va u juda koʻp miqdorda soʻlak ajralishi, burundan shiliq oqishi bilan xarakterlanadi. Bemorlarda qizil dermografizm kuzatiladi.

Jismoniy zoʻrikish astmasi va aspirin astmasi — bu variantlar asosida bronxlar reaktivligining birlamchi oʻzgarishi yotadi. Klinikada bu variant jismoniy zoʻriqish, sovuk havodan, kuchli hidlar, tamaki tutuni tufayli sodir boʻladi. Ekspirator hansirashli xurujlar atsetil kislotasi va shu rpyx taʼsiriga yaqin dorilar (metindol, analgin, baralgin va boshqalar)ga nisbatan kuzatilib, u retsidivlanuvchi polipoz rinosinusopatiya bilan kechadi. BAning bu varianti nisbatan koʻprok uchraydi.

Jismoniy zoʻrikish astmasi jismoniy harakatdan soʻng 10- 15 minut (baʼzan 1 soat)dan keyin boshlanib, spontan oʻtib ketishi mumkin, yoki β -adrenostimulyatorlar yaxshi yordam beradi.

Aspirin astmasi yoki astmatik uchlik (triada) ga aspirin yoki boshqa nosteroid yalli²lanishga qarshi dorilar guruhiga nisbatan xurujlar boʻlishi va polipoz rinosinusit kiradi. Astmatik uchlik BAli bemorlarning 8% da uchraydi.

BAning kliniko-patogenetik variantlarini nazarda tutish davolashni samaradorligini oshiribgina qolmasdan, BAning ikkilamchi profilaktikasida ham muhim oʻrin tutadi.

Evropa respirator jamiyati BAni oʻpkaning surunkali obstruktiv kasalligiga kiritadi, bunda surunkali obstruktiv bronxit, oʻpka emfizemasi ham shu guruxga kiritiladi, yaʼni BAning asosiy klinik simptomlari bronxlar obstruksiyasi — torayishi tufayli ekanligiga urgʻu beriladi.

Bizda uzok davr A.D. Ado va P.K. Bulatov (1969) tasnifi qoʻllanilib keldi; bu tasnifga asosan BAning infeksiyon-allergik, atopik va aralash klinik turlari farqlanadi. Keyingi davrda G.B. Fedoseev (1982) toʻlatgan BA tasnifi qoʻllanildi, bunda BAning klinik va patogenetik turlari farqdanadi.

Endilikda BAning tasnifi mustaqil nozologiya sifatida — yaʼni surunkali allergik kasallik deb, uni ogʻirlik darajalariga qarab, tasnif qilish amaliy va strategik jihatdan muhim deb qaralayapti.

BA boʻyicha global initsiativ guruhi BA ogʻirlik darajalarini quydagi koʻrsatkichlarga asosan aniqlashni tavsiya etadi:

1. Haftada tungi simptomlar miqdori.
2. Haftada kunduzgi simptomlar miqdori.
3. Qiska taʼsirli β -2 agonistlar qoʻllashga ehtiyoj.
4. Jismoniy faollik va uyquning buzilish darajasi.
5. Nafas chiqarishning maksimal koʻrsatkichlari, uning lozim boʻlgan va optimal koʻrsatkichlarga nisbatan foizli nisbati.
6. Nafas chiqarishning maksimal koʻrsatkichlarining oʻzgarishlari.

Bu tasnif quyidagicha tahlil etiladi:

Engil persistirlanuvchi astma. Bu forma bemorda kasallik xurujlari simptomining haftada 1 marta yoki undan koʻprok, ammo kuniga 1 martadan oshmasligi bilan xarakterlanadi, bu esa bemor uyqusi va jismoniy faolligiga taʼsir etadi. Tungi astma simptomlari oyiga 2 martadan koʻp boʻladi. Bemorlarda maksimal nafas chiqarilishi hajmi (MNCHX) yoki 1 sekundli kuchli nafas chiqarish hajmi (KNCHX1) lozim boʻlgan kattaliklarning 80%ga teng, sutka davomida uning oʻzgarishi 20-30% atrofida boʻladi.

Oʻrta ogʻirliklari persistirlanuvchi astma uzoq vaqt mobaynida kunda kasallik simptomlarining kuzatilishi bilan kechadi; tungi astma simptomlari haftada 1 martadan ziyodroq boʻladi, bemor har kuni β -2 agonistlarini ishlatishga ehtiyoj sezadi. Ularda MNCHX va KNCHX1 koʻrsatkichlari lozim koʻrsatkichlarining 60-80% ni tashkil etadi. Ularnin sutkalik oʻzgarishi 30% dan ortiq boʻladi.

Og'ir persistirlanuvchi astma — bemorda kasallik simptomlari uzluksiz uzoq vaqt mobaynida kuzatiladi, tez-tez tungi xurujlar bo'ladi, jismoniy faollik chegaralanadi, dorilar qabul qilinishiga qaramasdan, og'ir bug'ilish - astmatik xurujlar davom etadi. MNCHX va KNCHX1 davolashga qadar normativ ko'rsatkichlarning 60% ni tashkil etadi, uning o'zgarishi sutka davomida 30% dan yuqori bo'ladi.

Klinikada BAning o'ta og'ir variantini ajratish maqsadga muvofiqdir. Bunda barcha kasallik mezonlari keskin ifodalangan bo'lib, ularning steroid terapiyaga sezuvchanligi pasayadi. Qayta-qayta astmatik statuslar kuzatiladi, ular intensiv yoki reanimatsiya yordamiga muxtoj bo'ladilar.

SHuningdek BA asoratlari kuzatiladi: upka yuragi (o'tkir, o'tkir osti, surunkali), o'pka emfizemasi, pnevmoskleroz, o'pka atelektazi, interstitsial, mediastenal emfizema, spontan pnevmotoraks, nevrologik va endokrin asoratlari.

Kasallik kechishida qo'zish va remissiya davrlari tafovut etiladi.

Ushbu tasnifning muammoli tomoni shundan iboratki, BAning og'irlik darajalarining muhimligi doimiy bo'lmay, ba'zan prognozlash mayin holatlar yuzaga kelishi, salbiy oqibatlarni yuzaga kelishi mumkinligidir. SHuning uchun BAni tasniflashda kengroq yondoshish maqsadga har tarafdan muvofiqroqdir deb o'ylaymiz.

BA diagnostikasi, differensial diagnostikasi.

BA diagnostikasi kasallik simptomlari tahlili va yaxshilab yig'ilgan anamnez asosida qo'yiladi. BAg quyidagi simptomlar xos: epizodik hansirash, xushtaksimom xirillashlar, tunda va erta tongda kuchayuvchi ko'krak qafasida qisilish va yo'tal. Bemor simptomlarning takrorlanib turishini va ularning allergenlar, jismoniy zo'riqish, uchoqli infeksiyaning qo'zishi, virus infeksiyasi, iritantiqlar qo'zg'ashini qayd etadi. Anamnezida mavsumiy xurujlar, allergik reaksiyalarga moyillik, irsiy moyillik qayd etiladi.

BA diagnostikasida tashqi nafas faoliyatini (TNF) tekshirish obstruktiv sindrom diagnostikasi uchun muhimdir. TNF tekshirish bronxlar o'tkazuvchanligini ayniqasa, bu ko'rsatkichlarning o'zgarishi bronxlarning giperreaktivligi haqida ma'lumot beradi. Bu maqsadda 2 usul e'tiborga molikdir: 1 sekunddagi kuch bilan nafas chiqarish hajmi (KNCHX1), maksimal nafas chiqarishning hajmi (MNCHX)ni aniqlash. KNCHX1 — spirometrdagi, MNCHXni piklflumetrdagi o'lchanadi. Bronxodilyatatsion test bronxial giperreaktivlikni aniqlashda yordam beradi.

Respirator traktdagi yallig'anishni balg'amda eozinofillar va metaxromatik hujayralarni va qondagi o'zgarishlar orqali aniqlanadi.

BA quyidagi kasalliklar bilan qiyosiy tashhis qilinadi:

1) Surunkali obstruktiv bronxit bilan — bunda hansirash va nafasning qiyinlashuvi xurujsimon emas, balki doimo bo'ladi, va u yo'tal va jismoniy harakatdan keyin zo'rayadi. Balg'amning ko'chishi bemorga engillik tug'dirmaydi; bronxlar obstruksiyasi remissiya davrida ham qaytmas bo'ladi; eozinofiliya holati bo'lmaydi; allergenlar bilan teri sinamalari manfiy bo'ladi.

2) YUrak astmasidan differentsiatsiya qilish mushkul vazifa, chunki BAni keksa kasallarda ko'p hollarda yurak xastaligi bo'ladi. YUrak astmasida xansirash aralash tipda-ekspirator va inspirator turda bo'ladi, bunda nafas qaynayotgan suv tovushini eslatuvchi xirillash bilan va ko'pikli pushti rang balg'amli bo'ladi. O'pka usti satxida har ikki tarafdan jarangsiz nam xirillashlar eshitiladi. YUrak chap qorinchasi etishmasligi shu holatga sabab bo'lgan yurak xastaligining qator boshqa simptomlari bilan kechadi.

3) Isterik astma — ko'pincha yosh ayollarda uchraydi va stressli holatlardan so'ng hansirash xuruji bo'lishi mumkin. Lekin bunda nafas chastotasi 40-50 martagacha bo'lib, yuzaki bo'ladi — u "kuchuk hansirash" ni eslatadi. Auskultatsiyada o'pkada o'zgarish bo'lmaydi.

BAni davolash prinsiplari.

Hozirgi davrda BAni davolashdagi yangi yondoshishlardan biri - bu uning negizli - yoki bazis terapiyasining ishlab chiqilishidir. Negizli davoning BAda asosan yallig'lanishga ta'sir etishi asos qilinib olingan.

SHunday qilib, BAning negizli davosi asosini yallig'lanishga qarshi terapiya tashkil etib, unga quyidagilar kiradi:

- xromglikat natriy (intal, natriy-kromolin);

- nedokromil natriy (tayled);
- ingalyasion va sistemali kortikosteroidlar;
- spetsifik (maxsus) immunoterapiya.

BAning engil va o'rtacha og'ir bosqichlarida davolash yallig'lanishga qarshi nosteroid preparatlar — intal (xromglikat natriy) yoki tayled (nedokromil natriy) bilan, og'ir kechishda esa ingalyasion kortikosteroidlar bilan olib boriladi.

Intal va tayled preparatlari allergik reaksiyalarining dastlabki bosqichlaridayok ingibitsiya qilishi va surunkali yallig'lanishning keyingi bosqichlariga ham, demakki, bronxial giperreaktivligini kamaytira olish xususiyatiga ega.

Intal plyus (xromglikat natriy+salbutamol) – kombinirlangan dorivor preparat bo'lib, salbutamol - selektiv β -2 simpatolitik — bronxlarni kengaytiruvchi ta'sirga, intal esa bronxospazmni oldini oladi, semiz hujayralardan gistamin ajralishini to'xtatadi. Intal-plyus BA xurujlarini to'xtatish uchun yordam bermasada, sistematik davo uchun qo'llanilishi maqsadga muvofiqdir.

Tayled — allergiya mediatorlari ajralishini tormozlaydi, u ko'proq astmani davolashda spetsifik xususiyatga ega. 2 oy mobaynida kuniga 2 ingalyasiyadan 2 mahal olinishi remissiyaga olib keladi.

Kortikosteroidlar BAni davolashdagi eng effektiv dorilardir. Ular parenteral, peroral yoki aerosol shaklida qo'llaniladi.

Ingalyasion kortikosteroidlar effektiv va xavfsiz hisoblanadi. Kortikosteroidlarni sistemali qo'llash asosan boshqa usullar, jumladan ingalyasion kortikosteroidlar, samarasiz bo'ganda qo'llaniladi.

Ingalyasion kortikosteroidlarga Beklatiazon dipropionat (beklamed, bronxokort, bekotid), Beklokort, Ingokort (flunizolid) — prolangirlangan ta'sirga ega, Azmakort (triamsinolon atsetonid)lar kiradi. Aytish lozimki, Azmakort salbiy ta'sirga ega bo'maganligi bilan ajralib turadi.

Maxcuc giposensibilizatsiya — immunoterapiya allergik maxsus shifoxonalarda olib boriladi. Uni faqat BA va infeksiya o'choqlari simptomlari remissiyasi davrida olib boriladi.

Bronxodilatatorlar — bu gurux preparatlari bevosita BA xurujini engish uchun qo'llaniladi, ammo ular ko'proq simptomatik moxiyatga ega bo'lganligi uchun monoterapiya shaklida ishlatilishi maqsadga muvofiq emas. Bronx kengaytiruvchi dorilar xuruj davrida darhol engillik tug'diradi, aksariyat holda vaqtincha samaraga ega. SHuning uchun ularni faqat lozim bo'lgandagina ishlatish kerak. Bu preparatlar 3 rypyxra bo'linadi: 1) adrenergik retseptorlar stimulyatorlari - simpatomimetiklar; 2) antixolinergik moddalar — xolinolitiklar; 3) metilksantinlar — miolitiklar.

1. Simpatomimetiklar — adrenergik retseptorlarga monand bo'lishi tufayli o'z navbatida 3 guruxga bo'linadi: a) α - va β -adrenoretseptorlarni qo'zg'atuvchilar; b) β -1 va β -2 retseptorlarni qo'zg'atuvchilar; v) selektiv β -2 adrenostimulyatorlar. β -2 adrenostimulyatorlarning salbiy ta'siri kam bo'lgani tufayli, BAda ko'proq ishlatiladi.

Ingalyasion simpatomimetiklar — xuruj oldidan ishlatilsa, uni oldini oladi, lekin kasallikning umumiy kechishga ta'sir eta olmaydi. Ular β -2 retseptorlarni stimullab, bronxlarni kuchli kengayishiga olib keladi.

Preparatlar:

qiska ta'sirli β -2 agonistlar – salbutamol (ventolin); fenaterol (berotek); terbutalin (brikanil); *cho'ziq ta'sirli (prolongirlangan), β -2 agonistlar* - salmeterol (serevent, salmeter); fermoterol (farodil).

2. Antixolinergik dorilar - parasimpatolitik yoki xolinolitiklar - muskarin retseptorlarni qamal qiladi va adashgan nerv N.VAGUSni ta'sirlanishini kamaytirish hisobiga bronxlarni kengayishiga olib keladi. Ingalyasiyali turi simpatomimetiklarni bemorlarga qo'llash qiyin bo'lganda ishlaytiladi.

Preparatlar: atrovent - dozatorli aerosol, berodual, troventol.

3. Metilksantinlar — miolitiklar (teofillin preparatari) — bronxlar devoriga spazmolitik ta'sir ko'rsatuvchi, inotrop ta'sirli, nafas mushaklarini toliqishini kamaytiradi. Ko'pincha cho'ziq ta'sirli preparatlar qo'llaniladi.

Preparatlar: teofillin, eufillin, aminofillin retard, teospireks, teodur, teopek, eufillin retard.

Boshqa dorivor moddalar

Zaditin (ketotfen) — allergiya mediatorlarining sintezi va ekskretsiyasini tormozlaydi, nafas yullarida allergik yalligʻlanish va giperreaktivlikni rivojlanishiga toʻsqinlik qiladi.

Allergiyaga qarshi immunoglobulin, gistoglobulin. BAni qoʻzishini kamaytiradi, kasallikning kechishini engillashtiradi, klinik remissiyaga olib kelishi ham kuzatiladi.

Immnostimulyatorlar — interkurrent oʻtkir respirator kasalliklarni oldini oladi, oʻchoqli infeksiyaning qoʻzishini kamaytiradi.

Antibiotiklar — yiringli balgʻam va leykotsitlarning soni balgʻam va qonda koʻpayganda va yaʼni bakterial infeksiya boʻlganda harorat koʻtarilganda qoʻllaniladi.

Kasallikning remissiya davrida naturoterapiya (dorilarsiz davolash) qoʻllanilishi maqsadga muvofiq. Naturoterapiyaga eliminatsiyalovchi davo; mashqlar bilan davolash; fitoterapiya va kombinatsiyali davolar kiradi.

Eliminatsiyalovchi davoga: engillashtirilgan parxezli davo (ochlik bilan davolash), gemosorbsiya, plazmaferez, sitaferez, postural drenaj kiradi.

Mashqlar bilan davolashga - nafas gimnastikalarining barcha turlari, gipo- va giperbaroterapiya, akupuntura, Su-jok terapiya, spetsifik giposensibilizatsiya, psixoterapiya kiradi.

Fitoterapiyani oʻsimlik changlariga allergiyasi bor bemorlarga ayniqsa sababchi allergenni aniqlash qiyin boʻlgan hollarda oʻtkazish mumkin emas.

BAni ogʻir xurujida tez yordam koʻrsatishda qisqa va tez taʼsir etuvchi bronxolitiklar qoʻllaniladi. Bularga qisqa taʼsirli β -2 agonistlar - adrenergik preparatlar, β -2 stimulyatorlar, simpatomimetiklar kiradi va ular bronxlarning silliq mushaklarini boʻshashtiradi, mukotsiliar klirensni kuchaytirib, tomirlar oʻtkazuvchanligini tezlikda kamaytiradi (albuterol, fenoterol, salbutamol, terbutalin). Boshqa shoshilinch yordam usullariga ingalyasion antixolinergik dorilar (iprotropium bromid, oksitropium bromid) kiradi. Ular vagus taʼsirini kamaytiradi; ularning taʼsiri β -2 agonistlariga nisbatan biroz kechrok boshlanadi. SHuningdek qisqa taʼsirli teofillin (eufillin, teofillin, aminofillin), astmatik status, asfiksiya sindromida ishlatiladi. Astma xurujlarini davolashda adrenalinni nazorat ostida ishlatilishi muhimdir.

Kortikosteroidlarni astmatik statusning dastlabki bosqichida qoʻllaniladi, va bunda dastavval tomir ichiga shprintsda 1/4-1/5 dozasini, keyin qolganini tomchilab yuboriladi.

Nazorat savollari:

1. Pnevmoniya. Etiologiyasi va patogenezi. Klinikasi.
2. Pnevmoniya. Klinikasi. Diagnostik tamoyillari. Davolash.
3. Bronxial astma. Etiologiyasi va patogenezi, klassifikatsiyasi. Klinika.
4. Bronxial astma. Klinikasi. Diagnostik tamoyillari. Davolash.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Bobojonov S.N. Ichki kasalliklar. Toshkent, 2004 yil. Darslik
2. Gadaev A.G., Axmedov X. Ichki kasalliklar. Toshkent. 2013
3. Gadaev A.G., Axmedov X. Umumiy amaliyot vrachlari uchun amaliy koʻnikmalar toplami. Toshkent. 2010
4. Okorokov A.N. Lechenie bolezney vnutrennix organov. Moskva, 2005g.
5. Okorokov. A.N., Diagnostika bolezney vnutrennix organov. Moskva 2005g.
6. Spravochnik – putevoditel praktikuyushego vracha. 2000 bolezney ot A do YA GEOTAR. Meditsina. M. 2000g.

MAVZU 3. YURAK VA QON TOMIR TIZIMI KASALLIKLARI YURAK VA KON TOMIR TIZIMI KASALLIKLARI. GIPERTONIYA KASALLIGI. YUIK. STENOKARDIYA. KLASSIFIKATSIYASI, TURLARI, KLINIK KECHUVI, DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH TAMOYILLARI.

Reja:

1. Gipertoniya kasalligi. Kasallikning etiologiyasi, patogenezini, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davolash prinsipi va profilaktikasi.

2. YUrak ishemik kasalligi. Stenokardiya. Kasallikning etiologiyasi, patogenezini, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davolash prinsipi va profilaktikasi.

Kalit so'zlar: Gipertoniya kasalligi. YUrak ishemik kasalligi. Stenokardiya.

Arterial qon bosimining ko'tarilishi — bu xar bir shifokor duch keladigan muammo, chunki arterial gipertenziya butun tibbiyotning integral muammosidir. U birlamchi (gipertoniya kasalligi) va ikkilamchi (simptomatik gipertoniya) bulishi mumkin. Arterial gipertenziya (AG) — bir necha marta qayd etiladigan arterial bosimning (AB) ko'tarilishi. Agar diastolik ABning o'rtacha darajasi 85 mm.sim. ustunidan, sistolik AB esa 140 mm. sim. ust.dan yuqori bo'lsa va bunda ushbu qiymatlar turli vaqtda tinch xolatda ABni kamida 3 marta o'lchash natijasida olingan hamda bemorning ABini ko'taruvchi yoki tushiruvchi dori vositalari qabul qilinmagan bo'lsa arterial gipertenziya (AG) dastlabki diagnozi qo'yiladi.

Nishon organlarning shikastlanishi bo'yicha gipertoniya kasalligi klassifikatsiyasi

Arterial gipertenziya bosqichi	Nishon organlarning shikastlanishi
I bosqich	Nishon organlar shikastlanishining ob'ektiv belgilari yo'q.
II bosqich	Nishon organlar shikastlanishining quyidagi belgilaridan kamida biri mavjud bo'ladi: -chap qorincha gipertrofiyallari -to'r parda arteriyalarining butunlay yoki lokal shikastlanishi -proteinuriya yoki qonda kreatinning darajasining biroz ko'tarilishi (1,2-2mg/dl) Aterosklerotik blyashkalarining (aorta, uyqu, yonbosh yoki son arteriyalari) mavjudligi haqidagi rentgenologik va ultratovush ma'lumotlari.
III bosqich	Nishon a'zolar shikastlanishi belgilari kompleksining mavjudligi: YUrak miokard infarkti stenokardiyasi yurak etishmovchiligi Bosh miya qon aylanishining vaqtincha buzilishi Insult Gipertonik ensefalopatiya Buyraklar plazma kreatinini darajasi >2mg/dl Buyrak etishmovchiligi Ko'z tubi ko'ruv nervi so'rg'ichining shishi bilan gemorragiya va ekssudatsiya Tomirlar aortaning qatlamlanuvchi anevrizmasi Arteriyalarning okklyuzion shikastlanishlari

GK diagnostikasi

Simptomatik arteria gipertenzialarni ikki bosqichli sxema bo'yicha istisno qilish usuli bilan amalga oshiriladi.

I bosqich majburiy tekshirishlar

- anamnez, shikoyatlar, paypaslash, perkussiya, yurak va magistral tomirlar auskultatsiyasi
- qo'llar va oyoqlardagi AB
- EKG, o'pka va yurak rentgenogrammasi
- ko'z tubi
- buyraklar UTT, EXOGG

- qon: OAK, mochevina, kreatinin, xolesterin, triglitsiridlar, kaliy, natriy, glyukoza
- siydik: umumiy analiz, Zimnitskiy, Nechiporenko sinamalari, sutkalik oqsil, bakteriuriya.

II bosqich ma'lumotlari bo'yicha tekshirishlar

Instrumental tekshirishlar: kalla suyagi va turk egari R —grammasi, EKG va ABni sutka davomida monitoring qilish, miya tomirlari, yurak, qo'l va oyoqlar reografiyasi, buyraklarni radioizotop tekshirish. Kalla suyagi va qorin bo'shlig'ining kompyuter tomografiyasi, qorin bo'shlig'i aortografiyasi, YAMR —tomografiya.

Anamnez to'plashning o'ziga xos xususiyatlari:

- AG va yurak tomir kasalliklarining oilaviy anamnezi
- anamnezda serebrovaskulyar, buyrak kasalliklari, diabet
- anamnezda ABning ko'tarilish holatlari
- dori vositalarini (DV) qabul qilish
- patsient gavdasi massasi, jismoniy faollik, iste'mol qilinadigan tuz, yog'lar va alkogol miqdori, chekish
- ABga ta'sir qiluvchi psixosotsial sharoitlar va atrofdagi sharoit omillari.

Gipertoniya kasalligi klinikasi

Klinik belgilar kasallik bosqichlariga muvofiq rivojlanadi va nishon — organlarning shikastlanishi bilan aniqlanadi:

— *MNSning shikastlanishi*

Asosiy simptomlar (alomatlar): Ko'pincha uyqudan uyg'ongan paytda va odatda ensa sohasida bosh og'rig'i, bosh aylanishi, «mayda pashshalar»ning ko'z ungida lip-lip o'tishi, tez toliqish, ko'ngil aynishi, burundan qon oqishi, ko'rish qobiliyatining buzilishi, uzoq davom etadigan AGda paresteziyalar, parezlar va falajlarda namoyon bo'ladigan bosh miya qon aylanishining vaqtincha buzilishi yoki insult ko'z to'r pardasiga qon quyilishi yoki ko'ruv nervi so'rg'ichining shishishi.

— *YUarakning shikastlanishi belgilari*

ko'pincha yurak ustida, to'sh ortida, ko'krak qafasining chap qismida bo'ladigan uzoq davom etuvchi, sirqirovchi og'riqlar yoki yurak sohasida og'irlikni his qilish, qon bosimi pasaygani sayin asta —sekin susayadi. Aorta devorlarining haddan ziyod taranglashishi, chap qorincha miokardi mexanoretseptorlarining stimulyasiyasi va ehtimol subendokardial mushak qatlami ishemiyasi og'riqni his qilishga sabab bo'ladi.

YUarak tez urishi, nafas olishning qiyinlashishi, shishlar (yurak etishmovchiligi).

— *Buyraklarning shikastlanishi* chanqoqlik. poliuriya nikturiya gematuriya shishlar

— *Periferik arteriyalarning shikastlanishi*

Qo'l-oyoqlarning sovuq qotishi, almashinuvchi oqsoqlik, shu sababli puls to'liqinining urishi farqini va kelish vaqtini aniqlash uchun bilak va son arteriyalaridagi pulsni taqqoslash kerak.

Gipertoniya kasalligi bo'lgan bemorlar ko'zdan kechirilganda ularning ta'sirchan ekanligi, ko'pincha yuz giperemiyasi, lablar sianozi, akrotsianozi, shishlar (shikastlanishlardan kelib chiqqan holda yurak va buyrak geneziga oid bulishi mumkin) qayd etiladi. Ko'krak qafasi ko'zdan kechirilganda yurak uchi turtkisining kuchayganini, uning (chap qorincha gipertrofiyasi hisobiga) chapga va pastga siljiganini aniqlash mumkin.

Paypaslaganda yurak uchining turtkisi yoyilgan, kuchaygan, rezistent (qarshilik ko'rsatuvchan) bo'ladi.

Perkussiyada yurak chegaralarining chapga siljigani, aortal konfiguratsiya (bel ifodali).

Auskultatsiya yordamida o'pkaning pastki qismlarida sustlashgan vezikulyar nafasni, mayda qavariqli, nam, jaranglamaydigan xirillashni eshitish mumkin (yurak etishmovchiligi).

YUarak eshitib ko'rilganda kasallikning boshlanishida patologik ko'rinishlar qayd etilmaydi, keyinchalik aorta ustida II ton aksenti aniqlanadi. YUarak uchi ustida I susayish va mitral klapan etishmovchiligi natijasida sistolik shovqin eshinishi mumkin.

YUrak qisqarishlari soni odatda me'yorida bo'lsada, ham taxikardiya, ham bradikardiya moyillik bo'lishi mumkin.

Puls zo'riqqan, tez — tez, kattiq, qon tomir devori qalin.

EKGda chap qorincha gipertrofiyasi manzarasi namoyon bo'ladi (baland R tishchalari, ST segmentining pasayishi va salbiy T tishchalar). Gis tutami chap oyoqchasining blokadasi vujudga kelishi mumkin. Ko'z tubini tirqishli lampa yordamida tekshirish arteriolalarning torayishi, venalarning kengayishi (Salyus simptomi), ko'ruv nervi so'rg'ichining shishishi, gemorragiyalar, tur pardada degenerativ o'choqlarni aniqlashga imkon beradi.

Gipertoniya kasalligining asoratlari

Gipertonik kriz

Gipertonik ensefalopatiya

Insult

Miokard infarkti

YUrak etishmovchiligi

Surunkali buyrak etishmovchiligi Ko'z to'r pardasiga qon quyilishi

Gipertonik krizlar eng ko'p uchraydi — bu tez (bir necha soat davomida) arterial bosimning qo'shimcha ko'tarilishi. Gipertonik ensefalopatiya holsizlik, uyquchanlik, xotira va diqqatni jamlashning pasayishi, bosh og'riqlari, depressiya, aqliy qobiliyatning pasayishi bilan namoyon bo'ladi. Miya qon aylanishining gemorragik yoki ishemik buzilishi, yuz asimetriyasi va h.k.

Gipertoniya kasalligini davolash

Arterial gipertenziyani davolashning asosiy prinsiplari: Dori — darmonlar bilan va dori-darmonlarsiz davolash utqaziladi.

ESH **ВНОК**
Всероссийское Научное Общество Кардиологов

Препараты первого выбора для лечения артериальной гипертонии

Фармакологические группы для лечения АГ

- Диуретики
- Бета-адреноблокаторы
- Антагонисты кальция
- Ингибиторы АПФ
- Антагонисты рецепторов ангиотензина II

Рекомендации ВОЗ, МОАГ, ЕОАГ, РОАГ, УОАГ, 2013, 2014 г.г.

Dori—darmonlarsiz davolash:

- past kalloriyali dieta (ayniqsa tana keragidan ortiq og'ir bo'lganda)
- osh tuzi iste'mol qilishni bir sutkada 4 — 6 grammgacha cheklash
- ovqat ratsioniga magniyga boy mahsulotlarni (dukkaklilar, sok, suli yormasi)

kiritish

- harakat faolligini kuchaytirish (gimnastika, piyoda yurish)
- relaksatsion terapiya, autogen mashqlar, ignali refleksoterapiya, elektruyqu
- zararli odatlarni (chekish, alkogol, gormonal kontratseptivlar qabul qilishni)

bartaraf etish

Dori —darmonlar bilan davolash:

- siydik haydovchi preparatlar
- ganglioblokatorlar
- kalsiy antagonistlari
- vazodilyatorlar
- angiotenzinga aylantiruvchi ferment ingibitorlari



3. Miokard infarkti
 - Miokard infarkti Q tishcha bilan
 - Miokard infarkti Q tishchasiz
4. Infarktdan keyingi kardioskleroz
5. YUrak ritmining buzilishi
6. YUrak etishmovchiligi

Stenokardiya tushunchasi, etiologiya va patogenezi.

Stenokardiya-(ko‘krak qisishi) to‘sh ortidagi og‘riqlar bilan xarakterlanadi, ko‘pincha fizik zo‘riqishdan keyin yuzaga keladi

Etiologiya va patogenezi:

Stenokardiya ko‘pincha toj tomirlari aterosklerozi fonida rivojlanadi. Koronar tomirlar spazmi bilan kechuvchi funksional buzilishlar muhim ahamiyatga ega. Bir qancha sabablar: ruhiy ezilishlar, manfiy emotsiyalar, ko‘p chekish.

Stenokardiya etiologik faktorlari quyidagicha bo‘lishi mumkin:

- Sifilitik aortit
- Obliteratsiyalovchi endarteriit
- Revmatik vaskulit
- tugunchali periarteriit
- Toj tomirlari trombozi
- Aorta og‘zi stenozi
- Gipertrofik kardiomiopatiya
- Birlamchi upka arteriyasi gipertenziyasi
- Og‘ir artirial gipertenziya
- Aortal klapan etishmovchiligi

Bular toj artiriyalarini torayishiga olib keladi



Fizik zo‘riqishda (yurish, zinadan ko‘tarilish, mushaklar ishi) ateroskleroz natijasida tomirlar bo‘shlig‘ining torayio‘i miokardning qon bilan ta‘minlanishini kamaytiradi, buning ustiga tomirlar spazmi yuzaga keladi va miokardning to‘satdan ishemiyasiga olib keladi va og‘riq yuzaga keladi. Og‘riq metabolizm maxsulotlarning miokarda joylashgan markazga intiluvchi vegetativ nerv oxirlariga ta‘siri natijasida va kislorod etishmovchiligi natijasida yuzaga keladi. Impulslar, og‘riqni vissero-sensor reflekslar tipida yuzaga keltiradi. Ular bosh miyaga beriladi, bunda og‘riq qabul qilinadi, shuningdek orqa miya segmentlariga (VII bo‘yin va I-V ko‘krak) ham beriladi, bu shu kasallik uchun xarakterli og‘riq irradiatsiyasini tashkil qilishi bilan tushuntiriladi. Ma‘lumki hammma toj arteriyalari aterosklerozli bemorlarda ham stenokardiya xurujlari kuzatilmaydi. Toj arteriyalarining spastik qisqarishini chaqiruvchi funksional faktorlar organik kasalliklardan tashqari muhim rol o‘ynaydi.



Xavf omillari:

- oilaviy anamnez
- giperxolesterinemiya (№-5 1.7 mmol/l) 6.6 mmol/l va undan ko‘p
- arterial gipertenziya
- qandli diabet
- chekish
- psixoemotsional zo‘riqish
- erkak jinsi

- yoshi kattalarda
- ortiqcha tana vazni
- gipodinamiya

STENOKARDIYA

STENOKARDIYA miokardning qon bilan ta'minlanishining o'tkir etishmasligi natijasida ko'krakda og'riq xuruji vujudga kelishi bilan ifodalanadi. YUrak mushaklarida gipoksiya rivojlanadi, buning natijasida fosfor, glyukoza almashinuvi, glikogen hosil bo'lish jarayoni buziladi, bu holat og'riq xuruji paydo bo'lishini yuzaga keltiradi. Jismoniy zo'riqish yoki emotsional stress katexolaminlar ishlab chiqarilishining kuchayishi va ularning miokardda yig'ilishi bilan kuzatiladi, bu holat miokardning oksigenga ehtiyojini oshiradi va gipoksiyaga olib keladi. Bunday buzilishlar oksidlanmagan mahsulotlarning yig'ilishini vujudga keltiradi, xemoretseptorlarni ta'sirlaydi, markazga intiluvchi yo'l orqali bosh miya po'stlog'iga yo'naladi va og'riqni mujassamlashtiradi.

Tarqalishi.

Stenokardiya 50 yoshdagi har 100 000 aholi soniga o'rta hisobda 150 nafardan to'g'ri keladi. Erkaklar, ayollarga nisbatan, 5 marta ko'p xastalanadilar, ayollarda bu kasallik aksariyat menopauza davrida vujudga keladi.

Etiologiyasi.

- 1) Toj arteriyalar aterosklerozi.
- 2) Toj arteriyalar spazmi
- 3) Aorta og'zi stenoz.
- 4) Gipertrofik kardiomiopatiya.
- 5) Birlamchi o'pka arteriyasi gipertenziviyasi.
- 6) Aorta qopqog'i etishmovchiligi.

Xavf tug'diruvchi omillar.

- a. YOshlik davrida rivojlanadigan stenokardiyaning oilaviy anamnezi-irsiy omillar.
- b. Giperoxolesterinemiya.
- v. Arterial gipertenziya.
- g. Tabak chekishlik.
- d. Qand kasalligi.
- e. Keksa yosh.

Klinik ko'rinishi.

1) Barqaror stenokardiyaning asosiy klinik belgisi og'riq hisoblanib, u to'sh suyagining orqasida seziladi. Og'riq qo'lga, aksariyat chap qo'lga, ko'krak sohasiga, elkaga, kuraklar o'rtasiga, pastki jag'ga, bo'yinga, quloq uchiga tarqaladi. Ba'zan og'riq faqat qayd etilgan sohalarda joylashib, ko'krakda kuzatilmaydi. Og'riq siqilish, achishish, bosilish sezgisi xarakterida bo'lib, ogir mehnat qilganda, asabiy zo'riqishda, sovuq havoda yurganda, ovqatlangandan so'ng paydo bo'ladi. Stenokardiya xuruji o'rtacha 2-5 daqiqa davomida kuzatiladi va harakat to'xtatilsa yoki nitroglitserin qabul qilinsa og'riq kamayadi yoki yo'qoladi. Og'riq kishida xavotirlik, qo'rquv holatini sodir qiladi, shu bois bemor og'riq tarqalguncha qimirlamasdan o'z joyida o'tiradi. Xuruj oxirida kekirish, esnash, kaltirash, ko'p miqdorda peshob ajralishi kuzatiladi. Ayrim hollarda harakat davrida stenokardiya ekvivalenti-hansirash yoki umumiy behollik holati paydo bo'ladi, harakat to'xtatilgach yoki nitroglitserin kabul qilgandan so'ng noxush sezgilar tezda yo'qoladi.

Ko'rish. Og'riq xuruji vaqtida bemor "qotib qolgandek" turadi yoki qo'lga suyanib o'tiradi. YUz terisi bo'zargan, sovuq ter bosadi. Kaftni mushtum qilib, to'sh suyagi ustiga qo'yish-stenokardiya xuruji joylashishini ko'rsatuvchi xarakterli belgi hisoblanadi. Tomir urishi sekinlashadi, ba'zan tartibsiz urishi yuzaga keladi. Xuruj tamom bo'lgandan so'ng ba'zan bo'yinda, ko'krakda, elkada va qo'lda og'riq sezuvchi sohalar (Zaxarin-Geda sohalari) aniqlanadi. Bu orqa miyaning 8 va 9 ko'krak umurtqalari chegarasiga to'g'ri keladi.

2) Osoyishtalik stenokardiyasi zo'riqish stenokardiyasidan farqli o'laroq to'satdan tinch holatda, aksariyat tunda, vujudga keladi. Bu holatda og'riq xuruji kuchli, davomli va nitroglitserin ta'sirida biroz kamayadi. Osoyishtalik stenokardiyasi bilan xastalangan ba'zi bir bemorlarda og'riq

gorizontal holatda, yurakka qon kelishining ko'payishi natijasida paydo bo'ladi. Stenokardiyaning mazkur turiga xuruj davrmda ko'pincha ritm buzili-shi ham xarakterli. Og'riq bosilayotgandek, kesilayotgandek, ezilayotganidek, tomoqni siodandek, ba'zan kuyishga o'xshash xususiyatda bo'ladi. Osoyishtalik stenokardiyasi xurujining paydo bo'lishiga arteriya bosimining tranzitor oshishi yoki paroksizmal taxikardiya xuruji, asabiy yoki ruxiy zo'riqish sababchi bo'lishi mumkin.

3) Prinsmetal stenokardiyasi - osoyishtalik stenokardiyasining nomaqbul (yomon) turlaridan biri hisoblanadi. Xastalikning bu turi asosida yurak mushaklarining ko'p qismida ishemiya rivojlanishini yuzaga keltiruvchi yirik toj arteriyaar spazmi yotadi. Prinsmetal stenokardiyasida og'riq xurujlari 5-15 daqiqadan 30 daqiqagacha davom etadi, aksariyat kechasi yoki saharda paydo bo'ladi. Uning farqlanadigan belgisi og'riqning siklik xarakterda bo'lishidadir. EKGda xuruj paytida S -T oralig'ning izoelektrik chizig'idan o'tkinchi ko'tarilishi aniqlanadi, bu holat miokardning subepikard qavati ishemiyasini ko'rsatadi.

Kechishi - har xil. Barqaror stenokardiyada xastalik kechishi nisbatan tekis, og'riq xuruji bir me'yorda takrorlanadi, nitroglitserin qabul qilish bilan to'xtaydi. Beqaror stenokardiyada esa turli sabablar ta'sirida og'riq xuruji asta-sekin qaytalanishi tezlashadi, kuchayadi, davom etishi cho'ziladi, nitroglitserin deyarli yordam bermaydi va og'riqni to'xtatish uchun boshqa antianginal dorilar qo'llaniladi. Davomli (0,5-1 soat) stenokardiya xuruji miokard infarktm bilan yakunlanishi mumkin. Stenokardiya bilan uzoq vaqt xastalangan bemorlarda kardioskleroz rivojlanadi, yurak ritmi buziladi, yurak etishmovchiligi belgilari paydo bo'ladi.

Tashxisi anamnez, klinik belgilar xususiyati, tipik sohalarda, ayniqsa to'sh suyagi orqasida joylashishi, elkaning ichki sathi, bilak teri giperalgезiyasi (og'riq sezishning zo'rayishi) asosida aniqlanadi. Agar stenokardiya ati-pik belgilar bilan ifodalansa, EKG va laboratoriya ma'lumotlari tinch holatda me'yoriy ko'rsatkichlar darajasida bo'lsa, tashxisni tasdiqlash uchun qo'shimcha tekshirishlar (veloergometr, tredmil, Master sinamolari, dipiridamol (kurantil), izoprenalinni vena ichiga yuborib tekshirish, koronarografiya, angiografiya) asosida aniqlanadi.

Qiyosiy tashxisi.

1) Miokard infarkti. To'sh suyagi orqasidagi og'riq xurujining odatdan tashqari davomli bo'lishi, asta-sekin kuchayishi, nitroglitserindan samara yo'qligi miokard infarktiga shubxa tug'diradi. SHuni takidlash lozimki, miokard inarktida kollaps (yurak qon-tomir etishmovchiligi), shok (karaxt) kuzatiladi, kecha-kunduz davomida qonda aminotransferazlar darajasi oshadi, xafta oxirida ECHT-tezlashadi, bu holat stenokardiyada aniqlanmaydi. EKG ko'rsatkichlarining dinamikada o'zgarishi muhim ahamiyatga ega.

2) Sifilitik mezaortitda ham to'sh suyagi orqasida og'riq bo'ladi. Lekin tashxisni xastalikka xos anamnez, Vasserman reaksiyasining musbatligi va aortada kuzatiladigan o'zgarishlar tasdiqlaydi.

3) YUrak nuxsonlari (mitral stenozi, aorta qopqog'i etishmovchiligi) da ham to'sh suyagi orqasida va yurak sohasida og'riq kuzatiladi. Bu holatlarda har bir illatning o'ziga xos belgilari namoyon bo'ladi. EKGda S-T segmenti izochiziqdan surilmagan bo'ladi.

4) Miokarditning qiyosiy tashxisi ma'lum qiyinchilikni tug'diradi. Mazkur xastalikda og'riq doimiy bo'lib, ko'pincha hansirash, ritm buzilishi, o'ng qorincha etishmovchiligi, harorat ko'tarilishi bilan kuzatiladi, eng asosiysi esa, o'tkazilgan infeksiya bilan borlanishning mavjudligidir, rentgenda yurak konfiguratsiyasi va qonning xarakterli o'zgarishi (leykotsitoz, ECHT ortishi) YUIKni istisno qilishga imqon tug'diradi.

5) Diafragmaning qizilo'ngach teshigi churrasi to'sh suyagi orqasida og'riq bilan ifodalanadi. Lekin, og'riq vujudga kelishining ovqat bilan bog'liqligi, dispepsiya xolatlari, nitroglitserindan samara yo'qligi, hamda ko'krak bo'shlishda ichak shovqinlarining eshinishi, rentgen tekshirishlarida churra aniqlanishi stenokardiyaning istisno etadi va diafragmaning qizilo'ngach teshigi churrasi tashxisini tasdiqlaydi.

6) Perikarditda to'sh suyagi orqasidagi og'riq o'tirgan holatda kamayadi: auskultatsiyada - perikardning ishqalanish shovqini eshinishi. Rentgenogrammada - perikard bo'shlig'ida suyuqlik yig'ilganda yurak chegarasining kengayganligi, exokardiografiyada esa-perikard bo'shlig'ida suyuqlik mavjudligi aniqlanadi.

7) Gipotalamik sindrom. Stenokardiyada og'riqning vujudga kelishida jismoniy yoki ruhiy taranglashish, gipotalamik sindromda esa-infeksiya asosiy rol o'ynaydi. Stenokardiyada og'riq qonuniy ravishda, xurujsimon, qisqa vaqtli, to'sh suyagi orqasida joylashadi, o'ziga xos tarqalishga ega, nitroglitserin samarali ta'sir ko'rsatadi, gipotalamik sindromda esa - og'riq; davomli, doimiy, yurak cho'qqisida joylashadi, nitroglitserin og'rikni kamaytirmaydi. EKG ko'rsatkichlari o'zgarishlari stenokardiya xuruji boshla-nishida chap ko'krak ulanishida, keyinchalik - hammasida aniqlanadi. Gipotalamik sindromda EKG o'zgarishining xa-rakterli xususiyati T tishchasining inversiyasi (burilishi) va I ko'krak ulanishida S -T segmentining siljishi hisoblanadi. Inderal yoki kaliy xlor bilan sinab ko'rish steno-kardiyada manfiy, gipotalamik sindromda esa musbat.

Davosi. Davolashning asosiy tamoyili kompleksli, davomli, patogenetik usul hisoblanadi.

a. Kun tartibiga rioya qilishlik - shoshmasdan yurish, tushlikdan so'ng ozgina dam olish, taomni me'yorida is-te'mol qilish, uyqudan oldin ovqatlanmaslik, hayajonlanishdan saqlanish, semiz bo'lsa ozishlik, chekishga va spirtli ichimliklarni ichishga qat'iy chek qo'yishga tavsiya etiladi.

b. Dorilar bilan davolash.

1) Nitratlar va nitratga o'xshash moddalar - og'riq xurujini to'xtatuvchi va oldini oluvchi asosiy davo vositalari hisoblanadi. Nitratlar miokard taranglashuvi-ni kamaytirish orqali miokardning kislorodga bo'lgan ehtiyojini pasaytiradi va toj arteriyalari spazmasini bartaraf qilishi natijasida miokardning ishemiyaga duchor bo'lgan zonasiga kislorodni etkazib berishni ko'paytiradi. Nitrobirikmalar qon tomir devorida tomirni kengaytirish xususiyatiga ega bo'lgan prostotsiklin hosil bo'lishini kuchaytiradi. Stenokardiya xurujini tezda to'xtatish uchun nitroglitserin 0,3-0,5 mg tabletkasi til ostiga qo'yiladi. Uning ta'siri 1-3 daqiqaga etadi. 10-15 daqqa oralirida 2-3 marta qaytarish mumkin. Bir vaqtda *uzoq* ta'sir etadigan (prolongirlangan) nitro-moddalarni qabul qilish mumkin. Ular ta'siri 1 soat-dan so'ng vujudga keladi va 4-8 soat davom etadi. SHu maqsadda erinit til ostiga 0,02 dan 4 mahal, ichishga nitrong 6,5 mg dan 3 marta, nitrosorbit 0,005-0,01 g dan 4-6 marta, sustak-mite 2,6 mg va sustak-forte 6,4 mg 3 marta, preduktal 20mg dan 3 maxal ovqatlanayotgan davr-da, nitranol 0,01 g dan kuniga 3 marta qabul qilinadi.

2) beta- adrenoretseptorlar blokatorlari og'riq xurujini to'xtatish, yurak faoliyatini va miokardning oksigen iste'mol qilishini kamaytirish, kollateral qon aylanishini va miokardda qon oqimi taqsimlanishini yaxshilash ta'siriga ega. Klinikada keng qo'llaniladigan -blokatorlar: atenolol 25-100 mg, nadolol (korgard)-40-100 mg dan sutkada 2 marta; qonkor (5mg) 1/2-1 tabletkadan kuniga 1 marta, metoprolol (vazokardin) 25-100 mg dan kuniga 2 marta yoki propranolol (anaprilin, obzidan, inderal) 30-100 mg dan 2-3 marta (dorining kundalik miqdori shaxsga mos holda belgilanadi, asta-sekin kamaytirilib, so'ngra qabul qilinishi to'xtatiladi).

3) Kalsiy antagonistlari kalsiy ionlarini silliq mushak to'qimalari ichiga kirishini kamaytiradi yoki to'xtatadi, xujayralarda kaliy yig'ilishini ko'paytiradi, miokardning oksigenga bo'lgan ehtiyojini kamaytiradi, toj arteriyalarni kengaytiradi. Nifedipin (korinfor, kordafen, fenigidin, adalat 0,1-0,2 g dan kuniga 3 marta), verapamil (izoptin, fenoptin, sinatrin ichishga 0,04 g dan 3 marta va 0,25 foizli eritmadan 2 ml vena ichiga yuboriladi), senzit (0,05 g), difril (falikor 0,06 g dan kuniga 3 marta beriladi).

4) Kuchli stenokardiya xurujida antianginal dorilar antikoagulyant (qon ivish jarayonini susatiradigan moddalar - geparin, neodikumarin, sinkumar, fenilin) va **antiagregantlar** (trombotsitlar qorishmalariga qarshi ta'sir qiluvchilar - dipiridamol, kurantil, persantin) bilan birgalikda qo'llaniladilar. Ular yurak urishini sekinlashtiradilar, arteriya bosimini pasaytiradilar, antiaritmik ta'sir ko'rsatadilar, tromb hosil bo'lishini tormozlaydilar va toj arteriyalarni kengaytiradilar.

5) Antioksidant davo - stenokardiya xurujining cho'ziladigan kechishida samarali hisoblanadi. U lipidlar-ning peroksid oksidlanish jarayonini tormozlaydi va anginoz xurujini kamaytiradi. Tokoferol atsetatning 5 yoki 10 foizli yogli eritmasidan 1 ml dan mushak orasiga yuboriladi; glyutamin kislota 1,0 g dan kuniga 2-3 marta ovqatdan oldin qabul qilinadi.

6) Xurujlararo davrda - molsidomin (korvaton reg oz ovqatdan keyin 0,002 g dan kuniga 2-3 marta) tavsiya kilinadi. U jismoniy zo'riqishga chidamlilikni oshiradi, kollateral qon oqimini yaxshilaydi va trombotsitlar qorishmasini kamaytiradi. Mikrotsirkulyasiya jarayonini yaxshilash maqsadida prodektin (anginin, trental, nikotin kislotasi), nikotin ksantinoli (komplamin) qabul qilinadi.

7) Stenokardiyani kompleks davolashda psixofarmakologik moddalar-sedativ (valeriana, bromidlar), trunk-vilizator (tazepam, nozepam, seduksen, elenium, lib-rium), uxlatuvchi (lyuminal, barbamil, nembotal), ham-da giperbarik oksigenatsiya va gemosorbsiya vositalar qo'llaniladi.

8) Aspirin (atsetilsalitsil kislotasi) 325 mg dan kuniga 1 marta uxlashdan oldin qabul qilishlikni (agar karshilik bo'lmasa) stenokardiyali hamma bemorlarga tavsiya qilinadi.

v. Jarrohlik usuli bilan davolashda aorta-toj shunti ko'zda tutiladi. Bu usulda toj arteriyalarning shikast-langani sohalardan ajratilgan holda sun'iy qon aylanish yo'li yasaladi. SHunt o'rnida vena (teri osti son venasi) yoki ichki ko'krak arteriyasi ishlatiladi.

Nazorat savollari:

1. Gipertoniya kasalligi. Klinikasi. Arterial gipertenziyada nishon a'zolarini shikastlanishi.
2. Gipertoniya kasalligi. Klinikasi. Diagnostika tamoyillari. Zamonaviy davolash standartlari.
3. YUIK tushunchasi. YUIKga olib keluvchi xavfli omillar. Klinik klassifikatsiyasi.
4. Stabil zurikish stenokardiyasi. Klinikasi.
5. YU.I.K. Stenokardiya. Klinikasi. Davolash standartlari.
6. Miokard infarkti. Etiologiyasi. Patogenezi. Klassifikatsiyasi.
7. Miokard infarkti klinikasi, diagnostikasi, davolash.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Bobojonov S.N. Ichki kasalliklar. Toshkent, 2004 yil. Darslik
2. Gadaev A.G., Axmedov X. Ichki kasalliklar. Toshkent. 2013
3. Gadaev A.G., Axmedov X. Umumiy amaliyot vrachlari uchun amaliy ko'nikmalar toplami. Toshkent. 2010
4. Okorokov A.N. Lechenie bolezney vnutrennix organov. Moskva, 2005g.
5. Okorokov. A.N., Diagnostika bolezney vnutrennix organov. Moskva 2005g.
6. Spravochnik – putevoditel praktikuyushchego vracha. 2000 bolezney ot A do YA GEOTAR. Meditsina. M. 2000g.

MAVZU 4. YURAK VA QON TOMIR TIZIMI KASALLIKLARI MOKARD INFARKTI. KLINIK KECHUVI, DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH TAMOYILLARI.

Reja:

1. YUIK. Miokard infarkti. Kasallikning etiologiyasi, patogenezi, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpritatsiya qilish, davolash prinsipi va profilaktikasi. YUrak qon tomir kasalliklarini erta aniqlash skrining dasturi.

Kalit so'zlar: Miokard infarkti

Miokard infarkti toj arteriyalarda qon aylanishining mutlaq yoki nisbiy etishmovchiligi natijasida yurak mushagida o'tkir ishemik nekroz rivojlanishi bilan ifodalanadi. Xastalik asosida 95 foizdan ortiq holatlarda ateroskleroz bilan zararlangan toj arteriyalarning qon laxtasi (tromb) bilan bekilib qolishi yoki aterosklerotik pilakchalar zonasida ularning davomli siqilishi yotadi. Binobarin, miokard infarkti stenokardiyaning yakunlovchi bosqichi, fojiali oqibati bo'lishi mumkin.

Tarqalishi. Miokard infarkti bilan xastalanish har 100 000 aholi soniga o'rta hisobda 600 nafardan to'g'ri keladi, ko'pincha 40 yoshdan oshgan erkaklarda (ayollarga nisbatan 5 marta ortiq) uchraydi. Mazkur xastalik sanoati rivojlangan mamlakatlarning shahar aholisi orasida qishloqlardagiga nisbatana ancha keng tarqalgan.

Etiologiyasi.

- 1) Ateroskleroz pilakchalari mavjud joylarda toj arteriyasining tromb bilan bekilishi.
- 2) Toj arteriyalarining uzoq davom etadigan har xil etiologiyali o'tkir siqilishi.
- 3) O'rta kalibrdagi qon tomirlarni, shu jumladan toj arteriyalarni shikastlaydigan vaskulitlar - revmatizm, tugunchali periarteriit, sistemli qizil bo'richa, ba'zan revmatoid artrit.
- 4) Infeksion endoartritda, qon kasalliklarida (masalan, eritremya) toj arteriyalar tromboemboliyalari.
- 5) Is gazi bilan zaharlanish, og'ir gipoksiya.
- 6) Toj arteriyalar aterosklerozi muhitida rivojlangan anemiya.
- 7) Nur bilan davolash, ayniqsa nurlanish sohasiga yurak tushsa toj arteriyalari shikastlanadi va jarayonga mos klinik belgilarni vujudga keltiradi.

Xavf tug'diruvchi omillar.

- 1) Giperoxolesterinemiya (past zichli lipoproteinlar darajasining ortishi va yuqori zichli proteinlar - pasayishi).
- 2) Irsiyat. YUIK rivojlanishiga oilaviy moyillik mavjud, bu holat ba'zi bir xavfli omillarning nasl surishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin.
- 3) Tamaki chekish.
- 4) Qandli diabet.
- 5) Xafaqon kasalligi.
- 6) Gipodinamiya - kam harakatlik.
- 7) Keksa yosh.
- 8) Podagra.

Patogenezi. Miokard infarkti rivojlanishida arteriya intemasi sathining o'zgarishi, ateroskleroz pilakchalarining yorilishi va trombotsitlarning adgeziya va agregatsiya xususiyatlarining kuchayishi muhim rol o'ynaydi. Miokardning oksigen bilan ta'minlanishiga bo'lgan ehtiyojining oshishini vujudga keltiruvchi har xil sabablar, xususan jismoniy va ruhiy taranglashish, arteriya bosimining to'satdan ko'tarilishi, alkogol bilan zaharlanish, juda ko'p chekishlik qo'zg'atuvchi omil bo'lishi mumkin. Oxirgi vaqtlarda miokard infarktining vujudga kelishida yurak mushaklari metabolizmi holatiga katta ahamiyat berilyapti. Toj arteriyalar qon aylanishi etishmovchiligida jismoniy zo'riqish yurak mushaklarida katexolamin to'planishiga olib keladi. Uning ko'p miqdorda yig'ilishi yurakka qonni kuchlanish bilan etkazib berishni talab qiladi. Miokard infarkti rivojlanishida shuningdek yurak mushagida elektrolitlar muvozanatining buzilishi ahamiyatga ega. Keyinroq xujayra infiltratsiyasi va granulyasion to'qima (yara o'rnida hosil bo'ladigan yosh to'qima) rivojlanishi bilan kuzatiladigan reaktiv yallig'lanish zonasi vujudga keladi. Keyinchalik shikastlangan o'choq so'riladi, uning o'rnini biriktiruvchi to'qimali chandiq qoplaydi va o'choqli kardioskleroz rivojlanadi.

Patologik anatomiyasi. Toj arteriyasida qon oqimining to'satdan to'xtashi natijasida miokardda ishemiya, mushak tolalarining distrofik o'zgarishlari va ularning nekrozi rivojlanadi. Nekroz sohasida yurak mushagining yorilishi va perikard bo'shlig'iga qon quyilishi (yurak tamponadasi) sodir bo'lishi mumkin. Katta hajmdagi miokard infarktida chandiqli to'qima qavati juda yupqa bo'lishi mumkin, natijada uning bo'rtib (do'ppayib) chiqishi (yurak anevrizmasi) vujudga keladi. Ateroskleroz jarayoni ko'pincha chap toj arteriyasida va uning shaxobchalarida joylashganligi sababli miokard infarkti, aksariyat, chap qorinchada rivojlanadi. SHikastlangan miokard hajmiga nisbatan yirik va mayda o'choqli miokard infarkti tafovut qilinadi. Bundan tashqari, nekrozning yurak mushagi chuqurligiga tarqalish darajasiga qarab, **transmural** (miokardning hamma qatlami nekrozi) va **intramural** (miokard devori nekrozi, endokard va epikard shikastlanmagan), **subendokard** miokard infarkti (endokardga yondashgan miokard sohasining nekrozi).

Klinik ko'rinishi- nekroz joylashishiga va uning hajmiga, hamda vegetativ nerv sistemasining reflektor buzilishlari darajasiga bog'liq.

A. Yirik o'choqli miokard infarktining tipik klinik manzarasida jarayon dinamikasini ifodalaydigan 5 davr tafovut qilinadi.

1) Prodromal davr yoki darak beruvchi davr (infarkt oldi holati). Ilgari bemorda kuzatilmagan stenokardiya xuruji yoki avval ma'lum bo'lgan og'riq xuruji miqdorining va xarakterining o'zgarishi (tez-tez tutib turishi va kuchayishi), davom etishligining cho'zilishi (bir necha soatdan bir oygacha), nitroglitserin ta'sirining pasayishi yoki yo'qolishi, zo'riqish stenokardiyasiga osoyishtalik stenokardiya yoki prinsmetal turining qo'shilishi bilan ifodalanadi. EKGda S-T oralig'i o'rta to'g'ri (izo) chiziqdan yuqoriga yoki pastga 1-1,5 mm gacha siljigani kuzatiladi.

2) O'ta o'tkir davr - miokard sohasida ishemiya rivojlanganidan nekroz vujudga kelguncha oraliq davr, birinchi vujudga kelgan miokard infarktida 95 foiz bemorlarda, takrorlangan miokard infarktida esa - 76 foizida kuzatiladi. Xastalikning klassik yoki tipik kechishi - **anginoz turi** to'sh suyagi orqasida, ko'krak qafasining chap tomonida joylashgan keskin og'riq xuruji bilan ifodalanadi. Miokard infarkti ko'pincha ertalab (uyg'onishdan so'ng katexolaminlar miqdori ko'tarilishi), jismoniy taranglashishsiz, tinch holatda, deyarli sababsiz rivojlanadi. Og'riq bosilayotgandek, ezilayotgandek, kengayayotgandek, kuyayotgandek seziladi, aksariyat chap qo'lga, kuraklar oraligiga tarqaladi va 20-30 daqiqadan 2 soatgacha davom etadi, nitroglitserin ta'sirida yo'q bo'lmaydi. Og'riqning vujudga kelishi toj arteriyalarining to'liq yoki qisman bekilishi tufayli ishemiya rivojlanishi bilan izohlanadi. Ishemiya sohasida modda almashinuvi buzilishi sababli kuchli og'riq bilan birga holsizlanish, ko'ngil aynishi, qayt qilish, bezovtalik, vahima, o'lim qo'rqinchi, havo etishmaslik sezgisi, terlash kuzatiladi. Og'riq xuruji vaqtida bemor harakati to'xtaydi, rang-ro'yi bo'zaradi, teri sovuq ter bilan qoplanadi, bo'yin venasi bo'rtib chiqadi, yurak urishi tezlashadi (1 daqiqada 100-120 marta). Arterial qon bosim pasayadi. Miokardning qisqarish faoliyati kuchsizlanishi oqibatida yurak tovushlari bo'g'iq eshitiladi, yurak uchida "ot dupuri" tovushi, ekstrasistoliya eshitilishi mumkin. EKGda S-T oralig'i ko'tarilgan-izochiziqdan yuqori, T-tishchasi bilan qo'shilib, monofazali egri chiziqni vujudga keltiradi. Bu holat bir necha soatdan 3 kungacha davom etadi.

3) O'tkir davr - nekroz o'chog'i va miokard miomalyosiyasi (yumshashi) shakllanishi vaqtiga to'g'ri keladi va 2 kundan 10 kungacha davom etadi. Bu davrda og'riq ancha kamayadi yoki butunlay yo'qolishi mumkin. Yurak etishmovchiligi va arteriya qon bosimining pastligi, hamda yurak ritmi buzilishining saqlanishi natijasida bemorning umumiy ahvoli og'irligicha qolaveradi. Odatda mazkur davr nekroz o'chog'iga yaqin bo'lgan mushak sohalarida yallig'lanish holatlari bilan kechadi. Xastalikning 2-3 - kunlarida tana harorati keskin ko'tariladi (38⁰S gacha) va 5-10 kun davom etadi. Ancha davomli reaksiya infarkt asoratidan dalolat beradi. Harorat ko'tarilishi bilan birgalikda neytrofilli leykotsitoz (10 000 - 12 000) paydo bo'ladi va 3-7 kun davomida saqlanadi. Isitmalash va leykotsitoz reaktiv holat natijasi hisoblanadi va infarkt o'chog'idan autoliz (emirilish) mahsulotlari so'rilishiga bog'liq. Biroz keyinchalik ECHT ortadi. Nekroz o'chog'idan ba'zi bir fermentlar (asparagin transaminaza- AsAT, laktatdehidrogenaza - LDG, kreatinfosfokinaza - KFK) ajralib chiqishi natijasida qonda ularning faolligi ko'tariladi. Ko'pincha mo'tadil glikemiya va disproteinemiya topiladi (albumin miqdori kamayadi, globulin va fibrinogen esa - ko'payadi, patologik S-reaktiv oqsil paydo bo'ladi). EKGda ko'tarilgan S-T segmenti pastga tushaboshlaydi, izo chiziqqa bir muncha yaqinlashadi, T tishchasi shakllanadi - manfiy bo'ladi.

4) O'rtacha o'tkir davr - 4-8 hafta davom etadi, chandiqlanish jarayoni tugallanadi: nekroz o'chog'i granulyasion (biriktiruvchi) to'qima bilan qoplanadi. Kollaterallar rivojlanadi, vaskulyarizatsiya (miokardning tomirlar orqali qon bilan ta'minlanishi) tiklanadi. Bu davrda stenokardiya xurujlari bo'lib turishi mumkin. Yurak etishmovchiligi belgilari ko'p hollarda kamayadi, lekin barqarorlashi, gohida kuchayishi ham mumkin. Og'riq yo'qoladi, qon bosimi biroz ko'tariladi. 2-3 haftadan keyin ko'pchilik bemorlarda buzilgan yurak ritmi tiklanadi. Nekroz so'rilishi sindromi kamayadi: tana harorati, leykotsitoz, fermentlar faollanishi asta-sekin pasayadi va haftaning oxiriga kelib me'yorlashadi. Eritrotsitlar cho'kish tezligining yuqoriligi va disproteinemiya nekroz o'chog'i butunlay chandiqlanib bitguncha (bir necha hafta) saqlanadi.

EKGda S-T segmenti izoelektrik chiziqda joylashadi, T-tishchasi manfiy, patologik chuqur Q tishchasi (QS) paydo bo'ladi.

5) Infarktdan keyingi davr (funktional tiklanish davr) - yurak mushagida sklerotik o'zgarishlar rivojlanishi (chandiqlik zichligi ko'payishi), surunkali anevrizm shakllanishi, yurak-qon tomir sistemasining yangi sharoitda ishlashga moslashish jarayoni belgilari bilan ifodalanadi va nekroz hosil bo'lgan fursatdan boshlab 3-6 oy davom etadi. Miokardning zararlanmagan sohasida kompensatorli gipertrofiya belgilari aniqlanadi. Yurak etishmovchiligi ko'pchilik bemorlarda yo'qoladi yoki kamayadi. Yurak ritmi buzilishi (ekstrasistoliya) qaytadan vujudga kelishi mumkin. Bemor ahvoli yaxshilanadi, lekin harakatda, yuk ko'tarishda vaqti-vaqti bilan yurak sohasida noxush sezgilar, yurakning tez urishi, hansirash bezovta qiladi. EKG da S-T oralig'i izoelektrik chiziqda, (QS yoki QR) chuqur va keng, T-tishcha bir necha oy yoki yil davomida manfiyligicha qoladi. Mazkur davr kechishi bo'yicha surunkali YUIKning har xil turlarini eslatadi. SHuning uchun bemorlarga "uyga statsionar" buyuriladi yoki shahar chekasidagi kardiologik sihatgoxga yuboriladi.

B. Mayda o'choqli miokard infarkti - yurak mushaklarida morfologik mayda o'choqli nekrozlar rivojlanishi, oqibatining nisbiy yaxshi bo'lishi, engilroq kechishi bilan ifodalanadi va umumiy miokard infarktining 18 foizini tashkil qiladi. Mayda o'choqli miokard infarkti kechishida, yirik o'choqli turiga nisbatan, davriylik kam ifodalangan. SHu bilan birga uning kechishida ba'zan darak beruvchi davr, o'tkir davr va rekonvalesensiya (kasallikdan tuzalib kelayotgan) davr tafovut qilinadi. Xastalikning bu turida og'riqlik sindromi deyarli keskin bo'lmaydi va uzoq davom etmaydi, ayrim hollarda yurak sohasida faqat ravshan bo'lmagan noxush sezgi, bosilayotgandek, siqilayotgandek hissiyot vujudga keladi. Mayda o'choqli miokard infarktida uzoq davom etadigan og'riqlik yangi nekroz o'choqlari yuzaga kelishi yoki infarkt atrofidagi zonalarining davomli ishemiya bilan izohlanishi mumkin. Ob'ektiv tekshirishda teri rangining bo'zarganligi, arteriya bosimining salgina pasayganligi, taxikardiya, yurak tovushlarining bo'g'iqlashganligi, tana haroratining subfebril darajaga ko'tarilganligi, o'rtacha leykotsitoz, ECHT ning 16-25 mm/s gacha oshishi aniqlanadi. Amionotransferaz va LDG miqdorining ko'payishi, S-reaktiv protein paydo bo'lishi juda kam uchraydi va oz ifodalangan darajada bo'ladi. Mayda o'choqli miokard infarktida kardiogen shok (yurak karaxti), aritmiyalar, tromboembolik asoratlari odatda kuzatilmaydi. SHunday qilib, mayda o'choqli miokard infarktida ham yirik turiga xos bo'lgan talaygina klinik belgilar uchraydi, lekin ifodalanish darajasi kam bo'ladi.

Miokard infarktining atipik shakllari - 20 foiz infarktda kuzatiladi. Xastalikning u yoki bu belgilarining ustunligiga qarab quyidagi klinik variantlar tafovut qilinadi.

1) Gastralgi (abdominal) turi - og'riqlik xuruji qorinning yuqori qismida (epigastriya sohasida) vujudga kelishi yoki shu sohaga tarqalishi bilan xarakterlanadi. Xastalikning mazkur turi ko'pincha chap qorinchaning orqa devori yoki orqa yon devorining pastki qismida joylashgan miokard infarktida kuzatiladi va o'tkir miokard infarktining 2-3 foizini tashkil qiladi. To'sh suyagi orqasidagi yoki yurak sohasidagi og'riqlik esa, aksariyat, chap qorinchaning oldingi yoki oldingi-yon devori miokard infarktida yuz beradi. Bir vaqtda dispepsik shikoyatlar: havo bilan kekirish, hiqichoq tutish, ko'ngil aynishi, qusish, qorinning dam bo'lishi, ich ketish vujudga keladi. Qorinni paypaslaganda epigastriya sohasida og'riqlik mavjudligi, mushak qavatining taranglanishi aniqlanadi. Bayon qilingan me'da-ichak faoliyatining buzilishlari, me'da yara yorilishi, o't kasalligi xuruji, o'tkir pankreatit va xoletsistit yoki ovqat bilan zaharlannish noto'g'ri tashxis qo'yishga olib kelishi mumkin; shu bilan birga bu xastaliklarda ham harorat ko'tarilishi va leykotsitoz aniqlanadi. Tashxis qo'yishda yangilishmaslik uchun har xil qorin og'rig'ida EKG tekshirishini o'tkazish shart.

2) Miokard infarktining astmatik turi - 5-10 foiz bemorlarda aniqlanadi va yurak astmasi hamda o'pka shishi bilan namoyon bo'ladi, odatda keksalarda, ayniqsa semiz odamlarda va ifodalangan koronarokardiosklerozli bemorlarda, qaytalangan miokard infarktida kuzatiladi. CHap qorincha qisqarish faoliyatining keskin pasayishi va miokard infarktining boshlang'ich soatlaridagi arteriya bosimining o'tkir ko'tarilishi yurak astmasiga va o'pka shishiga olib keladi. Xastalikning bu turi juda og'ir kechishi, infarktdan keyingi qon aylanish etishmovchiligining rivojlanishi va o'limning yuqoriligi (40-60 foizgacha) bilan xarakterlanadi. Mazkur turdagi 50 foiz bemorlarda

bo'g'ilishi ko'krakdagi og'riqsiz yuzaga keladi. Ob'ektiv tekshirishda chap qorincha o'tkir etishmovchiligining klinik belgilaridan tashqari mitral qopqoq etishmovchiligining auskultativ simptomatikasi aniqlanadi. Bu holatda nisbiy mitral etishmovchiligi rivojlanishi bilan kuzatiladigan, o'tkir yurak dekompensatsiyasiga olib keladigan, so'rg'ich mushaklar infarkti tashxisini qo'yishga asos mavjud.

3) Miokard infarktining serebral turi - yoyilgan yoki o'chokli miya ishemiyasi natijasida vujudga keladigan miya qon aylanishining etishmovchiligi va psixika o'zgarishi belgilari bilan ifodalanadi. Miokard infarktining mazkur turi asosida o'tkir vujudga kelgan aritmiya, yurakning sistolik va daqiqalik xajmining kamayishi sababli miyaning qon bilan ta'minlanishining buzilishi yotadi. Miokard infarktida miyada qon aylanish-ning buzilishi belgilari har xil bo'lishi mumkin: bir guruh bemorlarda bosh miya ishemiyasining juda ravshan bo'lmagan belgilari kuzatiladi (ko'ngil aynishi, qusish, bosh aylanishi, bosh og'rig'i, qisqa muddatli bexushlik), boshqalarda-bosh miya tomonidan keskin ifodalangan o'choqli belgilar (gemiparez, afaziya) - ular odatda o'tkinchi xarakterda bo'ladilar va miokard infarktini o'tkir davridan keyin yo'qoladi.

4) Miokard infarktining aritmik turi hayotga xatar (qo'rqinch) soladigan yurak aritmiyalari (lippillovchi aritmiya, qorinchaning navbatdan tashqari qisqarishi, vakti-vaqti bilan yurak urishining tezlashishi yoki o'tkir vujudga keladigan o'tkazuvchanlikning buzilishi atrio-ventrikulyar yoki qorincha ichidagi blokada) rivojlanishi bilan xarakterlanadi. YUrak mushaklarining metabolizm jarayonlari buzilishlari, elektrolitlar o'zgarishi bilan kuzatiladigan mikrotsirkulyasiyaning izdan chiqishi xatar tug'diradigan aritmiyalar sababchisi bo'lib hisoblanadi. YUrak maromi (ritmi) buzilishining klinik manzarasi yurak urishining tezlashishi, yurakning notekis urishi, ko'krak bosilishi sezgisi ko'rinishida ifodalanadi. Bu holatda miokard infarkti tashxisini aniqlash bir muncha qiyinchilik tug'diradi va dinamikada klinik-elektrokardiografik kuzatuv o'tkazishni ta-lab qiladi.

5) Miokard infarktining belgisiz (og'riqsiz, "soqov")

turi rivojlanishi toj arteriyalarning asta-sekin bekilishi va kompensator mexanizmlar ta'siri, xususan kollateral yuzaga kelishi natijasida miokard in-farktining sust tezlikda shakllanishi bilan bog'lik;. Xastalikning mazkur turida og'riq bilinmasligi mumkin, ko'krakda noxush holat, sababsiz behollik, kayfiyat buzilishi seziladi. Tekshirishda ekstrasistoliya, taxi yoki bradiaritmiya, arterial gipotenziya, yurak tovusharining bo'g'iqlashganligi, o'pkada dimlanish xirillashlari aniqlanishi mumkin. Amaliyotda EKG yagona ishonchli tashxis usuli hisoblanadi, bunda tasodifan o'tkir yoki chandiqli miokard infarkti aniqlanadi. Miokard infarktining atipik shakllari orasida belgisiz turi 1-10 foizni tashkil qiladi.

6) Miokard infarktining shishli turi - shish va assit bilan kuzatiladigan o'ng qorincha etishmovchiligining tezda rivojlanishidir.

V. Qaytalanuvchi miokard infarkti - oldingi miokard infarktining chandiqlanishi hali boshlanmasdanoq yangi nekroz o'choqlari hosil bo'lishi bilan ifodalanadi va kechishi davomli bo'ladi. SHu bilan birga, birlamchi nekroz o'chog'i rivojlanishiga sababchi bo'lgan arteriyalar havzasida (ko'pincha davomli tromboz natijasida) yangi zararlanish sohalari vujudga keladi. Qaytalanuvchi miokard infarktining klinik manzarasi to'sh suyagi orqasida tez-tez hurujsimon og'riq paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi. Miokard infarktining mazkur turi tashxisi klinik ma'lumotlarni takroriy gemogramma o'zgarishlari, biokimyoviy ko'rsatkichlar, qonda fermentlar (AsAT, LDG, aldolaza va hokazolar) va EKG tekshirishlari bilan so-lishtirishga asoslanadi.

G. Takroriy miokard infarkti. Ko'pincha birinchi marta miokard infarkti o'tkazgandan keyin 2-3 oy o'tgach vujudga keladi, kechishi og'ir o'tadi. Xastalikning mazkur turi rivojlanishi birlamchi nekrozning bevosita sabablari bilan bog'liq emas, mustaqil xarakterga ega va toj arteriyalarning boshqa shahobchalari xavzasida yuzaga keladi. **Asoratlari. (1) Kardiogen shok** - miokard infarktining ko'p uchraydigan va og'ir asoratlaridan hisoblanadi va xastalikning o'ta o'tkir davrida rivojlanadi hamda 10-15 foiz bemorlarda kuzatiladi. Mazkur xastalik rivojlanishi asosida yurak mushaklari qisqarish faoliyatining pasayishi, yurakning sistolik va daqiqalik hajmining kamayishi yotadi, bu holat arteriya sistemasining qon bilan ta'minlanishi etishmovchiligiga va arteriya bosimi pasayishiga olib keladi. Miokard qiskarish faoliyatining pasayishi zararlangan

o'choqlardan reflektor ta'sirlanishi va chap qorincha faoliyat ko'rsatayotgan miokard massasining kamayishi natijasida vujudga keladi. SHokda hayotiy ahamiyatga ega bo'lgan hamma a'zolarga qon kam keladi, shu sababli jigarda nekroz, me'da-ichak devorlarida yara paydo bo'ladi. Buyrak filtratsion faoliyatining keskin pasayishi azotemiyaga olib keladi. Bunda arteriollarning mushak tonusi pasayadi, mikrotsirkulyasiya va to'qima metabolizmi buziladi. Bir vaqtda toj arteriyalarda ham qon oqishi kamayadi; bu holat yurak mushaklari oziqlanishini yomonlashtiradi va uning qisqarish faoliyatini pasaytiradi. Nekrozlashgan yurak mushaklarining parchalanish mahsulotlari gistamin hususiyatiga ega va arteriollar mushak tonusi pasayishini vujudga keltirish mumkinligini inkor qilib bo'lmaydi. Metabolik buzilishlarning og'irlashuvi, mikrotsirkulyasiya shikastlanishining rivojlanishi kardiogen shokka xos bo'lgan atsidozga olib keladi. Xastalikning klinik manzarasi bemor tashqi ko'rinishining o'zgarishi bilan xarakterlanadi: yuzi bo'zaradi, lablari ko'kimsiz tus oladi, badan terisi yopishqok muzdek ter bilan qoplangan bo'ladi. Bemor tartibsiz harakat qiladi, atrofdagilarga befarq qaraydi, arteriya qon bosimi keskin pasayadi, siydik ajralishi sezilarli darajada kamayadi (oliguriya) yoki mutlaqo ajralmaydi (anuriya).

2) Tromboembolik asoratlar. Miokard infarktida tromboemboliya vujudga kelishida antikoagulyant (qon ivishiga qarshi) sistema depressiyasi (faoliyatining susayishi), qonda koagulyantlar (qon ivish jarayonini kuchaytiruvchilar) miqdorining ko'payishi, qon aylanish etishmovchiligida a'zo va to'qimalarda qon aylanishining buzilishi muxim rol o'ynaydi. SHuningdek, arteriyalarda rivojlanadigan mahalliy aterosklerotik o'zgarishlar ham katta ahamiyatga ega. Ko'pincha o'pka arteriyasi va uning shahobchalari tromboemboliyasi kuzatiladi. Bu asoratning klinik manzarasi ko'p hollarda shikastlangan qon tomirning katta-kichikligiga bog'lik. Ko'pincha bu jarayonda tromblar o'pka arteriyasida tiqilib qoladi. O'pka arteriyasi tromboemboliyasida to'satdan vujudga keladigan o'tkir yurak etishmovchiligi xastalikka xos belgi hisoblanadi va hansirash, taxikardiya, akrotsianoz bilan ifodalanadi. Ba'zi hollarda o'pka shishi, yurak ritmi buzilishi (paroksizmal taxikardiya), lipillovchi (mersatelnaya) aritmiya rivojlanadi. Tromboemboliya odatda ko'krak qafasida to'satdan paydo bo'ladigan va chuqur nafas olganda kuchayadigan og'riq, hansirash, yo'tal, qon tupurish bilan kuzatiladigan o'pka infarktiga olib keladi. Rentgenogrammada o'pkada asosi plevra tomoniga qaragan uchburchak shakldagi qora dog'lar aniqlanadi.

3) YURak astmasi va o'pka shishi chap qorinchaning o'tkir etishmovchiligi natijasida rivojlanadi. CHap qorincha faoliyati susayib ketishidan chap bo'lmachada va o'pkada qon dimlanadi, kichik qon aylanish doirasidagi kapillyarlar o'tkazuvchanligi oshadi. Qonning suyuq qismi o'pka to'qimalariga, alveolalarga singib ketib, o'pka shishini yuzaga keltiradi. Miokard infarktida astma xuruji havo etishmasligi, nafas qisishi, bo'g'ilish bilan boshlanadi. Qo'rquv, vahima paydo bo'ladi. Bemor havoni og'zi bilan yutishga harakat qiladi, o'rniga o'tirib oladi (ortopnoe holat). Nafas olishi tez-tez va yuzaki. SHovqinli nafas bronx shilliq paradasining shishganligidan dalolat beradi. SHish kuchayishi oqibatida o'pkada xirillash paydo bo'ladi, balg'am ajraladi, hansirash va ko'karish kuchayadi, alveola shishi ko'payadi, u hatto masofada ham eshitiladi (nafas xirillashi, "qaynayotgan samovar" tovushi). Bemor yo'taladi, ko'pikli, qizil rangli balg'am tupuradi. O'pkaning alveola shishi xastalikning og'ir kechishini ko'rsatadi va oqibatini yomonlashtiradi. O'lim havfi o'rtacha 50 foizni tashkil qiladi. YURak astmasi va o'pka shishi miokard infarkti asorati sifatida 10-25 foiz bemorlarda uchraydi.

4) YURak maromining buzilishi yirik o'choqli miokard infarktining ko'p uchraydigan va havfli asoratlaridan hisoblanadi, aksariyat, qorincha ekstrasistoliyasi, kam hollarda bo'lmacha lipillashi yuzaga keladi. Aritmiya, aksariyat, xastalikning o'ta o'tkir davrida, ayniqsa anginoz xurujidan keyingi birinchi soatlarda rivojlanadi. Ko'pincha ko'p sonli marom va o'tkazuvchanlik buzilishlari kuzatiladi. Odatda ular juda beqaror, xaotik holatda bir-biri bilan almashadilar, oz muddatga (daqiqqa, soat) yo'qolib, yana yangidan paydo bo'lishlari mumkin. Bunday beqarorlik sababini o'tkir toj arteriyalar etishmovchiligida rivojlanadigan morfologik, metabolik, gemodinamik o'zgarishlarida qidirish kerak. Aritmiyaning vujudga kelishi miokard infarktining kechishini va oqibatini og'irlashtiradi, chunki aritmiya ko'pgina gemodinamik buzilishlarini, avj olib boruvchi yurak etishmovchiligini chaqiradi va ko'pincha yurak to'xtashiga ham olib keladi.

5) YURAK qorincha devorining yorilishi yirik o'choqli transmural miokard infarktida kasallikning 2- va 10-kunlari orasida vujudga keladi. Xastalikning klinik manzarasi to'satdan kollaps bilan namoyon bo'ladigan og'rik xuruji bilan ifodalanadi: bemor bo'zaradi, venalari bo'rtib chiqadi, yurak chegaralari kattalashadi, yurak tovushlari yo'qoladi, tomir urishi sezilmaydi, arteriya bosimi aniqlanmaydi, bir necha dakiqalardan keyin xushdan ketadi va yurak tamponadasi natijasida nobud bo'ladi.

6) O'tkir yurak anevrizmi katta transmural miokard infarktining birinchi xaftasida 20 foiz bemorlarda rivojlanadi. Mazkur jarayon chap qorinchaning oldingi devorida joylashganda yurak sohasida patologik yurak tepishi aniqlanadi, gohida sistolik shovqin eshutiladi. EKG-da dinamik o'zgarish yo'qligi ("qotib qolgan" EKG) - S-T oralig'ining 2 oy mobaynida o'rta to'g'ri chiziqqa tushmasligi tashxisni tasdiqlaydi. Rentgen tekshirishida chap qorinchaning bo'rtib chiqqan joyi ko'zga tashlanadi.

7) Dressler sindromi - bir vaqtda perikard (yurak oldi xaltasi), plevra (o'pka pardasi) va o'pkaning yallio'lanishi bilan ifodalanadi.

a. Perikardit ko'krak qafasida og'riq, perikard ishqalanish shovqini, harorat ko'tarilishi, leykotsitoz, ECHT ortishi bilan namoyon bo'ladi. Perikard bo'shlig'iga suyuqlik yig'lsa hansirash paydo bo'ladi, yurak chegarasi kengayadi, perikard ishqalanish shovqini yo'qoladi, tonlar jarangdorligi pasayadi.

b. Infarktdan keyingi sindromda plevrit quruq yoki nam bo'lishi mumkin. O'pka pardasining quruq yallig'lanishida shunga xos plevraning ishqalanish shovqini eshutiladi.

v. O'pkada zotiljam rivojlanganda mayda pufakli nam xirillash eshutiladi, qonda leykotsitlar ko'paygani, ECHT tezlashgani aniqlanadi.

Tashxisi xarakterli klinik manzara, anamnez, qon fermentlari faolligi va EKG ma'lumotlari asosida qo'yiladi. Miokard infarktining ishonchli tashxisida 3 me'zondan kamida ikkitasi mavjud bo'lishi shart:

1) Ko'krak qafasida xarakterli og'riqning davomli xuruji.

2) EKGning tipik o'zgarishlari.

3) Qon fermentlari (AlAT, AsAT, LDG, KFK) faolligining oshishi.

Mayda o'choqli miokard infarktida og'riq xurujining jadalligi va davomiyligi, qondagi reaktiv o'zgarishlar, tana harorati, qon zardobi fermentlarining faolligi, hamda EKG o'zgarishlari odatda kam darajada ifodalangan. Mayda o'choqli miokard infarkti qoidaviy holda YUIK va kardioskleroz bilan uzoq yillar davomida xastalangan bemorlarda kuzatiladi.

Qiyosiy tashxisi. Miokard infarktining belgilarini o'xshash kasalliklar bilan farqlash kerak.

1) Stenokardiyadan farqi miokard infarktida og'riq keskin va uzoq davom etadi. Nitroglitserin og'riqni yo'qotmaydi, faqat salgina kamaytiradi. Umumiy bezovtalik kuzatiladi, stenokardiya esa-bemor ma'lum bir xolatda qotib qolgandek turadi. Miokard infarktida shok manzarasi rivojlanadi, harorat ko'tarilishi, arteriya bosimi pasayishi, leykotsitoz, ECHT oshishi, yurak etishmovchiligi belgilari va xarakterli EKG o'zgarishlari kuzatiladi.

2) O'pka arteriyasi tromboemboliyasiga kuchli og'riq, ifodalangan hansirash, sianoz, taxikardiya, qon tupurish, shok xarakterli, qonda leykotsitoz, ECHT, AsAT, LDG fermentlar faolligi oshadi. EKGda o'tkir o'pka yuragi manzarasi. Ko'rsatilgan ma'lumotlar aniqlanmasa o'pka arteriyasi sistemasida patologiya inkor etiladi.

3) Aortaning yoyilgan (qatlamlarga ajralgan) anevrizmida keskin og'riq ko'pincha elkaga, belga, qorin bo'shlig'iga tarqaladi. Mazkur jarayon yuqori va barqaror arteriya bosimi bilan kuzatiladi. Aorta anevrizmida og'riq to'xtatuvchi vositalar samarasi kam, qonda fermentlar faolligi me'yoriy darajada, EKGda miokard infarktiga xos o'zgarishlar yo'q.

4) Miokard infarkti gastralgik turining qorin bo'shlig'idagi ko'pchilik a'zolar kasalliklari (o'tkir gastrit, me'da va o'n ikki barmoq ichak yarasi teshilishi, o'tkir pankreatit va xoletsistit) bilan o'xshashligining mavjudligi tashxisni qiyinlashtiradi. Bu vaziyatda anamnez ma'lumotlarini sinchiklab o'rganish (oldingi yillarda o'tkazilgan kasalliklarni, mazkur xastalikni bevosita vujudga keltiruvchi sabablarni aniqlash), E'tibor bilan bemorni tekshirish, EKG va laboratoriya

ko'rsatkichlari muhim ahamiyat kashf etadi. Qorin bo'shlig'i a'zolari kasalliklariga kuchli va davomli og'riqning tipik joylashishi va tarqalishi, takrorlanuvchi qusish, metiorizm xarakterlidir.

5) Spontan (o'z-o'zidan vujudga keladigan) pnevmotoraks (sog'lom odamlardagi pnevmotoraks), ayniqsa chap tomonda vujudga kelsa, o'tkir miokard infarktini eslatadi. Pnevmtoraks odatda yoshlik davrlarda rivojlanadi. Bunda og'riq keskin bo'lib, ko'krak qafasining yurak sohasida joylashadi, hansirash, taxikardiya, sianoz, arteriya bosimining pasayishi bilan kuzatiladi; agar pnevmotoraks plevrit bilan asoratlanmasa, isitmalash, leykotsitoz, ECHT rivojlanmaydi, EKGda miokard infarktiga xos o'zgarishlar qayd qilinmaydi. Rentgen tekshirishlari tashxisni tasdiqlaydi.

6) Miokard infarktida ko'pincha surunkali yurak anevrizmi yuzaga keladi. Uning tashxisini aniqlashda EKG va rentgenografiya muhim ahamiyatga ega. Mazkur xastalikka chuqur, qotib qolgan Q tishchasi yoki QS xarakterli.

Davosi. Davo samaradorligi va xastalik oqibati o'z vaqtida tashxisni aniqlashga, zudlik bilan jadal davo ko'rsatiladigan xonaga yotqizishga, yurak-qon tomir sistemasi holatiga va xastalikning klinik ko'rinishiga nisbatan davolash vositalarini erta qo'llashga bevosita bog'liq. Bemor kamida 24 soat o'rinda yotishi shart, chunki passiv holat miokardning oksigenga bo'lgan ehtiyojini kamaytiradi, shikastlanish sohasi kengayishiga qarshilik ko'rsatadi, har xil asoratlar rivojlanishining oldini oladi, shikastlangan miokardda reperativ (chandiqlanish) jarayonni tezlashtiradi. 2-kuni o'rinda passiv harakatga ruxsat beriladi. Agar asoratlar kuzatilmasa 3-kuni o'rinda o'tirish mumkin. Bemorning erta faollashuvi dimlanish pnevmoniyasida rivojlanadigan tromboembolik asoratlarni oldini olishda ahamiyatli, hamda bemorning ruhiy holatiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Bemor holati barqarorlashguncha tomir orqali ovqatlaniriladi, keyinchalik - mol yog'i va osh tuzi chegaralangan taom beriladi. Bemorni davolashdagi terapevtik tadbirlar quyidagi maqsadlarni ko'zlaydi:

- 1) o'tkir og'riq xurujini yo'qotish;
- 2) kardiogen shokni davolash;
- 3) yurak maromi buzilishining oldini olish;
- 4) qon ivishi sistemasini boshqarish;
- 5) yurak mushaklari metabolizmini yaxshilash;

6) parhez va dori-darmon orqali qonda xolesterin, triglitserid lipoproteidlari miqdorini pasaytirish. Bunday keng ko'lamdagi tadbirlar o'limni minimumga (eng kam miqdorga) tushirishga va kasallik okibatini yaxshilashga imkon beradi.

1) Og'riqsizlantiruvchilar:

a. Analginni 50 foizli eritmasidan 3-4 ml va **papaverinni** 2 foizli eritmasidan 2 ml olib vena tomiriga yuboriladi. Agar 5-10daqiqadan so'ng og'riq to'xtamasa tezlik bilan **promedolning** 2 foizli eritmasini (1 ml) **pipolfen** 2,5 foizli eritmasi (2 ml) bilan venaga qo'yiladi; bir vaqtning o'zida **azot zakisi bilan oksigen aralashmasi narkozi** beriladi. Agar 10-15 daqiqadan keyin og'riq yo'qotilmasa **morfin** (1 foizli eritmasidan 1-2 ml), **atropin** (0,1 foizli eritmadan 0,5 ml) va glyukoza (5% foizli eritmadan 10 ml) birgalikda asta-sekin vena tomiriga yuboriladi. Narkotik analgetiklar nafas olish markazi faoliyatini zaiflashtirib, salbiy ta'sir ko'rsatishi, bradikardiya va arterial gipotenziyani, yuzaga keltirishi mumkin. Bunday nojo'ya holatlarni oldini olish uchun naloksan (0,5 foizli eritmasidan 2 ml) vena ichiga quyiladi.

b. Neyroleptanalgeziya - fentanil (0,005 foizli eritmasidan 2 ml - 0,1 mg) bilan **droperidol** (0,025 foizli eritmasidan 2 ml-5 mg) yoki ularning tayyor aralashmasi **talamonalni** (2 ml-2mg) glyukozada (40 foizli eritmadan 10 ml) vena tomiriga quyiladi. Agar og'riq to'xtamasa ko'rsatilgan dorilar 20-30 daqiqadan so'ng mushak orasiga qayta yuboriladi.

2) Toj arteriyalarda qon oqimini tiklash.

a. Trombolitiklar - qon tomir devoridagi trombnini eritib, qon oqimini tiklash va shu orqali shikastlangan o'choq hajmini chegaralash xususiyatiga ega.

(a) Fibrinolizin - 60 000 - 80 000 TB 500 ml izotonik eritmada vena tomiriga tomchi holda 5-6 soat davomida yuboriladi.

Fibrinolizinni faollashtirish uchun streptokinazadan foydalanadi.

(b) **Streptokinaza** (1 mln TB) 100 ml fiziologik eritmada tomchilab 1 soat mobaynida venaga quyiladi. Streptokinaza bemorga yuborilganda qonda fibrinogen miqdorini, protrombin vaqtini, tromboelastografiya ko'rsatkichlarini tekshirib turish kerak. Streptokinaza 1 marta yuboriladi. Streptokinazaning qon oqishi, pirogen va toksik reaksiyalar kabi xavfli asortalarining oldini olish uchun **antigistamin** dorilar qo'llaniladi. Trombolitiklar faqat miokard infarktining birinchi kunida qo'llaniladi, chunki 1 sutkadan ortiq vaqtda hosil bo'lgan tromb, yangiga nisbatan, yomon eriydi. Trombolitiklar bilan bir vaqtda qon ivish vaqtini uzaytirish maqsadida antikoagulyantlar ham qo'llaniladi.

b. Antikoagulyantlar - ta'sir qilish mexanizmi bo'yicha 2 guruhga bo'linadi.

(a) **Geparin** - qon ivishi omillariga bevosita ta'sir qiladi, fibrinolizinni faollashtiradi, trombositlar miqdorini va ularning agregatsiyaga va adgeziyaga moyilligini pasaytiradi, toj arteriyalarda qon aylanishni yaxshilaydi. Geparin 10000 - 15000 TB da, keyinchalik 5000 - 10000 TB da vena tomiriga kuniga 4-6 marta (Kundalik dozasi 30 000 - 60 000 TB) 5-7 davomida qo'llaniladi.

(b) **Neodikumarin, sinkumar, fenilin, pelentan** - qon ivishiga bilvosita ta'sir ko'rsatadi. Mazkur antikoagulyantlarning yashirin ta'sir qilish davrini hisobga olib, geparin qabulini to'xtatishdan 2 kun oldin tadbiiq qilinadi.

(v) **aspirin** 325 mg dan kuniga bir mahal ichiladi.

(g) **Aorta-toj arteriyasini shuntlash** - shunt (sun'iy qon aylanish yo'li) shikastlangan toj arteriyalari sohalaridan ajratilgan holda yasaladi.

3) Miokardda nekroz hajminm chegaralash.

a. Nitroglitserinning 1 foizli eritmasidan 2 ml olib, 200 ml fiziologik eritmada bemor venasiga tomchilab yuboriladi, holati yaxshilangach rer oz qabul qilinadi.

b. betta - blokatorlar.

(a) **Metoprolol** - 5 mg fiziologik eritmada vena tomiriga quyiladi, 15 daqiqa o'tgach, 50 mg dan har 6 soatda ichiladi.

(b) **Atenolol** - 5 mg venaga 5 daqiqa davomida yuboriladi; 10 daqiqa o'tgach doza qaytariladi. Agar dori singdirilishi yaxshi bo'lsa, 10 daqiqadan va 12 soatdan so'ng preparat 50 mg miqdorida rer oz qabul qilinadi. Qolgan kunlari 50 mgdan kuniga 2 marta ichiladi.

(v) Anaprilin, obzidan, inderal, kordaron, kordan, verapamil, nifedipin.

betta-blokatorlar bradiaritmiyada, yurak etishmovchiligida bronx spazmasida berilmaydi.

4) YUrak maromi buzilishining oldini olish bemorni o'limdan saqlab qolishga yordam beradi. SHu maqsadda lidokain, novokainamid, betta - adrenergik retseptorlari blokatorlari, atropin qo'llaniladi. Bemor orasida ayniqsa lidokain faol antiaritmik vosita hisoblanadi va boshlang'ich miqdori 10 mg hisobida vena tomiriga yuboriladi, keyinchalik har 30-40 daqiqa oralig'ida 50-10 mg da takroran ko'yiladi. Bunday davolash xastalik boshlanishining 1-2 -kunlarida o'tkaziladi.

5) Kardiogen shokni davolash.

a. Pressor aminlar: mezaton (1 foizli eritmadan 0,5-1 ml) yoki **noradrenalin** (0,2 foizli eritmadan 1 ml) glyukozaning 5 foizli 200 ml eritmasida tomchi holida vena tomiriga qo'yiladi. Bular og'riqni bosish, arteriya bosimini ko'tarish xususiyatiga ega.

b. Plazma o'rinbosarlari: reopoliglyukin, reomakrodeks, kichik molekulyar **dekstrant** aylanib yuruvchi qon hajmini ko'paytirish, pasaygan arteriya qon bosimini ko'tarish maqsadida qo'llaniladi. Ular qonning yopishqoqligini kamaytiradi, trombositlar agregatsiyasi oldini oladi, bu holat mikrotsirkulyasiya buzilishini tiklaydi

v. Glyukokortikoidlar - prednizolon katta dozada, xastalikning og'ir holatida bir kecha - kunduzda 1000 mg venaga yuboriladi.

g. Defibrilyator - aritmik shokda mazkur apparat bilan yurak urishi normal izga solinadi.

6) YUrak mushaklari modda almashinuvini yaxshilash, xujayra membranalarini himoya qilish, energiyaga boy moddalarni yurakka ko'proq etkazish maqsadida glyukoza-insulin-kaliyli murakkab eritma, mannitol, riboksin, prednizolon, qontrikalni qonga tomchilab yuborish maqsadga muvofiqdir.

Bemor kasalxonada 30-40 kun davolanadi, soʻngra rehabilitatsiya-salomatlikni tiklash maqsadida ixtisoslashgan kardiologiya sanatoriysiga oʻtkaziladi. U erda bemor ham jismoniy (davoli jismoniy tarbiya, dozali yurish - kuniga 5-8 km gacha), ham ruhiy jihatdan tiklanadi. 3-6 oydan soʻng bemor oʻz ishiga qaytishi mumkin. Agar bemorning ishi jismoniy zoʻr berishlikni talab qiladigan boʻlsa yoki tungi smenada ishlashga toʻgʻri kelsa, uni engilroq ishga oʻtkaziladi yoki nogironlik nafaqasi tayinlanadi.

Nazorat savollari:

1. Miokard infarkti. Etiologiyasi. Patogenezi. Klassifikatsiyasi.
2. Miokard infarkti klinikasi, diagnostikasi, davolash.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Bobojonov S.N. Ichki kasalliklar. Toshkent, 2004 yil. Darslik
2. Gadaev A.G., Axmedov X. Ichki kasalliklar. Toshkent. 2013
3. Gadaev A.G., Axmedov X. Umumiy amaliyot vrachlari uchun amaliy koʻnikmalar toplami. Toshkent. 2010
4. Okorokov A.N. Lechenie bolezney vnutrennix organov. Moskva, 2005g.
5. Okorokov. A.N., Diagnostika bolezney vnutrennix organov. Moskva 2005g.
6. Spravochnik – putevoditel praktikuyushogo vracha. 2000 bolezney ot A do YA GEOTAR. Meditsina. M. 2000g.

MAVZU 5. TAYANCH-XARAKAT TIZIMI KASALLIKLARI REVMOTOID ARTRIT VA DEFARMACIYALOVCHI OSTEOARTROZ. KLINIK KECHUVI, DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH TAMOYILLARI.

Reja:

1. Revmatoid artrit. Kasallikning etiologiyasi, patogenezi, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini oʻrganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davollash prinsipi va profilaktikasi.
2. Deformatsiyalovchi osteoartroz. Kasallikning etiologiyasi, patogenezi, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini oʻrganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davollash prinsipi va profilaktikasi.

Kalit soʻzlar: Revmatoid artrit. Deformatsiyalovchi osteoartroz.

Boʻgʻim kasali bilan kasallangan bemorlarni tekshirishda quyidagilarga ahamiyat berish kerak. Bemorlar xar xil shikoyatlar qilishlari mumkin. Koʻpchilik xollarda bemorlar boʻgʻimlardagi ogʻriqlarga, umurtqa pogʻonasi va mushaklar ogrishiga, ertalablari xarakatning kiyinlashuviga, badanda mushaklardagi kamquvvatlikni, tana xaroratining koʻtarilishiga shikoyat kiladilar. Nam va sovuk xavoda kechkurunlari ogʻriq kuchayadi. Kechki, oʻtib ketgan xollarda boʻgʻimlarning yaqqol deformatsiyasi kuzatiladi, xarakat keskin qiyinlashadi. Bu xolatlarda ertalablari boʻgʻimlardagi xarakatlarni ogʻrishiga koʻpincha shikoyat boʻladi, kechga borib ogʻrishdagi xarakatlar erkin tarzda kechadi. Bakteriya kasalligida ogrish umurtqa pogʻonasida joylashadi xamda uning xarakterli belgilaridan biri ayniksa kechqurunlari uzoq vaqt mobaynida bir xil xolatda burishi kerak. Umurtqa pogʻonasining xarakterli oʻzgarishlari vrach bemorga birinchi marta karaganda seziladi. Bu kasallikda boʻgʻimlar kamdan kam zararlanadi. Biriktiruvchi toʻqimaning sistemali kasalliklarining belgilaridan yukori temperatura, terida toshmalarning toshishi namoyon boʻladi. Bular kollagenozlar yoki allergazlar deyiladi. Tez paydo buluvchi Kvinke ishi xam paydo boʻlishi mumkin. Muskullarning xarakterligi nafaqat kam xarakatsizlik xolatida balki ayrim nevrologik kasalliklarda xam bulishi mumkin. Baʻzan bemorlar sovuq qotishga va kul tirnoklarining oqarib ketishiga shikoyat kiladilar. Bular tashki sovuqdan yoki travmadan boʻlishi mumkin. Anamnez yigʻish davrida kasallik infeksiyalardan, sovuq qotishdan yoki ayrim dori preparatlarning notoʻgʻri foydalanishidan kelib chiqishi aniqlangan.

Bemorlarni ko‘rishda ularning umurtqa pog‘onasiga axamiyat beriladi. Bu diagnoz kuyishda muxim axamiyatga ega. Oyoq va qo‘l kaftidagi mayda bo‘g‘imlarning keskin deformatsiyasi revmatoid artritga xarakterlidir. YUz terisidagi kapalaksimon eritema toshmalari, ayniksa yosh ayollarda vrachga bu sistemali kasallik – sistemali qizil volchanka ekanligiga shubxa qilishga yordam beradi.

Terini palpatsiya qilish metodi bilan tekshirilganda juda xam quruqligi, shish borligi aniqlanadi. Bu sistemali sklerodermiyada bo‘ladi. Keyinchalik teri koplamlarining atrofida kuzatiladi.

Mushaklarning zichlashishi sistemali sklerodermiya va dermatomiozitda bulishi mumkin.

Bo‘g‘imlarni silab kurganda ular atrofida giperemiya va shish, ularning og‘riqliligi va deformatsiyasi aniqlanadi. Palpatsiyada yana bo‘g‘imlarning kam xarakatliligi aniqlanadi, bu ularning og‘riqli ekanini bildiradi. Xamma bo‘g‘imlarni xarakat kildirib ko‘rib ularning tonusini aniqlash mumkin.



Ревматоит артрит

Ревматоид артрит – oyoq va kul bo‘g‘imlarining surunkali rivojlanuvchi yalliglanish kasalligidir. Ko‘proq yosh ayollarda uchraydi. Epitologiya aniq emas. Kasallikning rivojlanishi organizmdagi infeksiya o‘chog‘i borligi bilan izoxlanadi. Kasallik infeksiyon allergik bulib, kameogenozlar gruppasiga kiradi. Irsiy faktorlar xam bu kasallikda axamiyatga ega.

Patogenez: odatda qonda immunokomplekslarning sirkulyasiyasi. Buning natijasida sinovial qavatning va boshqa organlarning vaskuliti. Bu turgun artritga va bo'g'inlarning destruksiya sining rivojlanishiga olib keladi. Antigen sifatida bakteriyalar, viruslar va parazitlar bulishi mumkin.

Simptomlar: Oyoq va qo'llarning turgun artriti kurinishida yuzaga keladi. Bunda xamma bo'g'imlar shikastlanishi mumkin. Og'riq, bo'g'imlarning shishi, ularni koplal turgan teri osti giperimiyasi (teri rangi o'zgarmaydi) artritning simmetrikligi kabi xarakterli belgilar bo'ladi. Kasallik boshlanganda bu belgilar tupkisimon namoyon bo'ladi. SHunda sekin boshlanib boshka yangi bo'g'imlarning kasallanishi bilan beradi. Tez va utkir boshlanuvchi varianti xam bor, bunda bo'g'imlar shikastlanishidan tashkari yukori temperatura va bo'g'imlardan tashkari kasalliklar namoyon bo'ladi. (serozit, kardit, gepatominal sindrom, mimfadaopatiya)

Ichki a'zolarning o'zgarishi klinikada kamdan kam kuzatiladi. 10-15% bemorlarda amilandoz rivojlanadi. Bunda, buyrak jaroxatlanadi vaa protenkuriya, nefratik sidromi, kechrok buyrak etishmovchiligi rivojlanadi. Bo'g'imlarning jarohatlanishi bilan kechadigan revmatoid artributda simnomezamiya va leykonemiya kuzatiladi, bu Felti sindromi deyiladi.

Laboratoriya kurchatkichlari nospetsefik 70-80% kasallar qonida revmatoid faktor aniqlanadi, bu serapazitiv deyiladi. Kasallikning boshlanishidan ECHT oshadi, fibrinogen, A-globulin, S-reaktiv oqsilning gemoglobinning mikdori kamayadi.

Rentonologik revmatoid artritning 4 bosqichi aniqlandi:

I – bosqich (boshlang'ich) – faqat bo'g'im atrofiosteoparoz.

II – bosqich – osteoparoz + bo'g'im tolasi tarayishi.

III – bosqich – osteoparoz + bo'g'im tolasi torayishi + suyak eroziyasi.

IV – bosqich - III – bosqich belgilari + bo'g'im ankilozi.



Deformatsiyalanuvchi osteoartroz.

Osteoartroz – bo'g'im kasalligi bo'lib, birlamchi o'zgarishlar bo'g'im tog'ayida bo'ladi. Osteoartrozda artritdan farqli ravishda yallig'lanish komponenti turg'un emas, epizod ko'rinio'da kechadi.

Etiologiyasi turli xil. Birlamchi (idiopatik) va ikkilamchi osteoartroz farqlanadi. Ikkilamchi osteoartroz bo'g'im va suyaklar distlariyasi, bo'g'im jaroxati, bo'g'im tog'ayining metabolik (masalan, oxranoz), endokrin (gipoterioz) o'zgarishlari va boshqa faktorlar natijasida kelib chiqadi agar shu o'zgarishlar bo'lmasa bo'g'im birlamchi osteoartroz deyiladi.

Patogenez: ikkila formasida bir-birlariga yaqin. Tog'ayning birlamchi degeneratsiyasi bo'g'imning boshqa to'qimalarining o'zgarishiga olib keladi: subxandral suyakning zichlashishi (osteoskleroz) va o'sib ketishida (osteofitlar), sinovial qobiqlari reaktiv giperemiyaning (sinovial) va fibrozlar. SHu hamma o'zgarishlar kasallikning rivojlanishida bir-biriga bog'liq.

Simptomlar kechishi kasallikning lokalizatsiyasiga bog'liq. Ko'proq oyoqda I – plyusnefalang barmoq, tizza, tos-son bo'g'imlari, shuningdek kaftning distal va proksimal falanglararo bo'g'imlar zararlanmaydi. Oyoqning I – plyusnefalang barmog'ining shikastlanishi oyoqdagi anomamiyaga bog'liq. YUrgan paytda uzoq og'riq bo'lib, tinch turgan paytda og'riq qolishi osteoartrozga xarakterlidir. Vaqt o'tishi bilan bo'g'implarda xarakat cheklanadi. (hullux rigitus), bo'g'implarning yo'g'onlashuvi va deformatsiyasi, tashqi tomondan bursitning rivojlanishi kuzatiladi.

Tizza bo'g'imining osteoartrozi (gonartroz) ko'pchilik xollarda ikkilamchi bo'ladi. Ko'proq tizzaning anatomil o'zgarishdan, deformatsiyasidan kelib chiqadi. Femuropatellyar boylamning osteoartroziga zinapoyadan chiqib tushishidagi og'riqlar yoki boshqa har qanday jismoniy yuklamadan og'riq bo'lishi xarakterlidir. Femurotiblak osteoartrozga yurgan paytdagi og'riq bo'lishi va tinch turganda og'riqning yo'qolishi xarakterli. Bu bosqichda ko'ruvda bo'g'implarda tashqi tomonda o'zgarishlarsiz bo'ladi, faqat bo'g'imlar xarakatlantirilganda ular og'riydi. Tos-son bo'g'imi osteoartrozi (kogsartroz) 50-60% xolatlarda ikkilamchi bo'lib keladi. Ko'pincha bo'g'imning displariyasidan kelib chiqadi. Og'riqning xarakteri va klinik dinamikasi gonartrozga o'xshaydi.

Davosi: osteoartrozning radikal davolash metodlari hali ham ishlab chiqilmagan. Profilaktik muolajalar katta ahamiyatga ega. O'z vaqtida aniqlash va kasallikni keltirib chiqaruvchi faktorlarni bartaraf etish, ortiqcha tana vaznini kamaytirish, uzoq vaqt piyoda yuradigan, tikka turadigan og'ir yuk ko'taradigan kasbdagi kasallangan bo'lsa kasbini o'zgartirish. Kasallikning boshlang'ich bosqichlarida rumalon yoki shunga o'xshash (mukartrin, artekaron) preparatlari qo'llaniladi. Bular osteoartrozlarni rivojlanishini sekinlashtiradi. Kutilgan natijaga erishish uchun 1 yil 2 ta kurs m/i inkksiya qilinadi, ko'p yillar davomida.

Sistemali sklerodermiya (avj oluvchi tizimli skleroz)

Tizimli sklerodermiya bu biriktiruvchi to'qimani avj olib boruvchi sklerozi, vazospastik buzilishlar, teri va tayanch-xarakat apparatining o'ziga xos buzilishlari bilan kechuvchi tizimli kasallikdir.

SSD ning tarqalganligi 1 mln axoliga 2,7 – 12 odamni tashkil qiladi. Biriktiruvchi to'qima diffuz kasalliklari guruxi ichida chastotasi bo'yicha SKV dan keyin 2chi o'rinni egallaydi. Oxirgi o'n yillikda SSD ni uchrash darajasi ortishi kuzatilmoqda. Ayollar erkaklarga nisbatan 5-6 marta ko'proq kasalanadi. SSD bilan turli yoshdagilar kasallanadi, ammo kasallikning chukkisi 30-50 yoshga to'g'ri keladi. Kasallik etiologiya va patogenezi hozirgi vaqtgacha noma'lum. SHu o'rinda bu kasallik kelib chiqishida viruslarni, jumladan herpes va retroviruslarni o'rni xam inkor etilmaydi. Bundan tashqari kasallikni kelib chiqishidan sovqotish, zaxarli moddalar bilan muloqotda bo'lish, vibratsiya, turli shikastlar, stress, tug'ruqlar, abortlar, vaksinatsiya va boshqa xolatlar xam axamiyatlidir.

SSD patogenezida nasliy omilning roli shubxasizdir. Nasldan-naslga o'tishda multifaktorial turi taxmin etiladi. Bunda ko'p sonli xromosomal anomaliyalar axamiyatli bo'lib, xromosom va xromatidli aberratsiyalar, giperploidi xujayralar va endomitozlar ortishini o'z ichiga oladi. Biroq bu o'zgarishlar SSD uchun spetsifik emasdir, lekin ushbu anomaliyalar ko'proq uchrovchi bemorlarda kasallik oqibati yomon bo'ladi.

SSD rivojlanishida immun mexanizmlarning xam ishtiroki isbotlangan. Bunda xujayra va gumaral immunitetning xar xil o'zgarishlarning keng spektri aniqlanadi bu esa imunadipressiya xolatiday baxolanadi. SSD potogenezida markaziy o'rni kuchaygan kollegen va fibroz xosilalari jarayoni egalaydi.

Fotogenezning asosiy zvenosi xisoblanadi. SSD da kuzatiladigan proleferatsiya va endoteliy proliferatsiyasi, intimani qalinlashishi va giperplaziyasi bilan kechuvchi tomir devorining fibrinoid o'zgarishi va sklerozi; mayda tomirlarni torayishini, mikrotsirkulyasiyani buzilishi, qon yopishqoqligini oshishi, shaklli elementlarni agregatsiyasi, mikrotrombozlar.

Klinik manzarasi.

SSD ko'p xollarda bemorga sezilarsiz tarzda sekin-asta rivojlanadi. Kamdan kam xollarda patologik jarayonning o'tkir boshlanishi kuzatiladi. Kasallikni boshlang'ich bosqichlarida

ko'pincha teri sindromi, vazospastik buzilishlar (Reyno sindromi.) va bo'g'im sidromi namoyon bo'ladi.

Xar xil bemorlarda klinik manifestatsiya namoyoni xar xil bo'lishi mumkin. Bir bemorda Reyno sindromi bilan, ikkinchi birida esa – teri, uchinchi bemorda esa bo'g'im sindromi bilan namoyon bo'ladi. SSD da uchrovchi teridagi o'zgarishlar o'zining klinik ko'rinishi va tarqalishi bo'yicha turlicha bo'lishi mumkin. Aksariyat xollarda terining sklerodermik o'zgarishlari 3 bosqichda kechadi: zich shish, induratsiya va atrofiya. Bemorlarning ko'pchiligida patologik jarayon kaftlarda boshlanib, u erda simmetrik joylashgan zich og'riqsiz shish paydo bo'ladi.

Terining zich shishi bir necha oylar va yil davomida bo'lishi mumkin, bu kasallikni kechishga asos buladi, keyinchalik asta-sekinlik bilan indurativ bosqichga o'tadi. Teri zich bo'lib koladi, burma xosil bo'lmaydi, uning giperpigmentatsiyasi paydo bo'lib, utarqoq yoki maxalliy ko'rinishda bo'ladi. Jarayonning avj olib borishi bilan SSD bemorlariga xos bo'lgan yuz tuzilishi – yuz terisining tarang tortilishi, og'iz atrofida xamirsimon ajinlar, lab, burunning yupqalashishi, og'iz ochilishining qiyinlashishi, qovoqlarning sklerozlanishi (“sanam chexrasi”).

Terining induratsiyasi tarkok xarakterga ega bo'lishi mumkin, shunda qo'l va yuzdan tashqari jarayon oyoq, ko'krak, qorin va belda rivojlanadi. Bemorlar o'zini «sovut» ichidagiday xis qiladi. Uzoq, xronik davom etuvchi SSD da induratsiya boskichi terining atrofiyasi bilan almashinishi mumkin. Teri yana xarakatchan bo'lib qoladi, burmaga oson olinadi, papiros qog'oz ko'uchishini eslatadi. SSD ni xronik kechishining xarakterli belgisini temangiektazlar borligidir. Ular yuzda, ko'krakda, belda, oyoq va qo'l oxirlarida joylashadi va kapillyar tugunlarning va venulalarning kenglanishi bilan izoxlanadi. SSD ga kupincha xos Teyno sindromi, vazomotor buzilishlar kupchilik bemorlarda kuzatiladi. SSD bilan kasallangan bemorlar Teyno sindromi xuruji bulmagan xolatda sovuqqa yuqori sezuvchanlik, qo'l va oyoklarning uvushishi, qo'l barmoklarini tashki kurinishini uzgarmay kotib generalizlangan xarakterda bulishi aniklanadi. Teyno sidromidan tashkari og'riklar, xavo etishmasligi xissi, bosh aylanishi yoki bosh og'rig'i, xushidan ketish xolatlar arterial bosimni oshishi, ko'rish qobiliyatini yomonlashishi paydo bo'ladi. Bu simptomatika yurak, o'pka, buyrak va boshka a'zolar tomirlarini jaroxatlanishi bilan bog'liqdir.

Teyno sindromi kullarning turgun sianozi va to'qimaning surunkali anoksiyasini rivojlanishiga olib keladi. Barmoklar uchida uzoq bitmaydigan simmetrik joylashgan yaralar paydo buladi, ular kalamush tishlaganini eslatadi («kalamug tishlagani» simptomi). Ba'zida trofik yaralar bugim ustidagi suyak burtiklari soxasida pasayib boradi. Tomirli buzilishni avj olishi qo'l va oyoklar tirnok falangalari soxasida kuruk gangrenani rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Ba'zi bugimlarni shikastlashishi SSD ni ilk klinik kurinishlaridan biri bulishi mumkin, chastotasi buyicha fakat Teyno sindromiga xosdir. Bugimli sindrom 90-95% bemorlarda uchraydi. Patologik jarayonga bugimlarni tortilishi 3 varianti xarakterli: 1) poliargramiya 2) poliartrit 3) psevdoartrit. Bugim sindromining yakkol bulishi bu bugimida uncha kuchli bulmagan ogriklarni to yakkol aperapgat poli artritgacha va ogir deformatsiyalargacha. Jarayonga kupincha panja bugimlari tortiladi.

Psevdoartritda panja bugimlarini deformatsiyasi periartikulyar tukimalarda fibroz sklerotik uzgarishlar boshida xisobiga rivojlanadi.

90-95 % bemorlarda bo'g'imlar shikastanishi kuzatiladi va artrit yoki migirlovchi artralgiya bilan nomayon bo'ladi. Jarayonga qo'l va oyoqlarning barcha bo'g'imlari lekin asosan panja bo'g'imlari tortiladi. Periartikulyar shish xarakterli kasallikni surunkali kechganida panja barmog'ining deformatsiyasi suyaklararo mushaklarning atrofiyasi rivojlanadi S K YU dagi artritni kortikosteroidlar bilan davolaganda yaxshi natija bo'ladi S K YUda teri qoplamlari klinik tomonlama xam shikastlanadi bo'g'imlarga nisbatan. Asosan “kapalak” simptomi xarakterli yuzning chakka soxasida burun belida. Teri shikastlanishini yuzning va tananing ochiq qisimlikini diffuz eritmasi diskoid yugurik elementlari pemfi goidli toshma va boshqalar bilan nomoyon bo'lishi mumkin. Diagnostik axamiyatga ega bo'lgan ba'zi bemorlarda kaft va panja barmoqlari soxasida telealgiektapik eritma paydo bo'lishi mumkin.

90% bemorlarda seroz qavatlarining asosan plevra va perikardning shikastlanishi kuzatiladi.

Plevritlar va perekarditlar ko'p xollarda quruq, kam xollarda ekssudatli bo'ladi. Rengentologik avval boshidan o'tkazgan serozitlar – plevroperikardial bitishmalar yoki plevranning qalinlashganligi aniqlanadi.

S K YU da patologik jarayonga ko'pincha yurak tomir sistema tortiladi. Klinik bu miokardidistrofiyalar miokardit yoki endokardit klapan apparatining shikastlanishi bilan kechishi mumkin. Miokard shikastlanishi yurak soxasidagi og'riklar, xansirash, yurak moilligini susayishi, taxikardiya shovqinlari, ritm buzilishi bilan nomoyon bo'ladi.

O'pkalarning shikastlanishi pnevmonit hansirash yo'tal yuzning sianozi auskultatsiyada nam mayda pufakli jirlashlar yoki pnevsmoskleroz tipii bo'yicha kechadi. Rengenologik tomir tasvirining kuchayishi va deformatsiyasi infiltratlar fibroz o'lchovlari asosan o'pkani pastki qismida aniqlanadi.

Dermatomiozit (polimiozit).

Ko'ndalang-targil mushak va terining sistemali shikastlanishi bilan xarakterlovchi kasalik. "polimiozit" termini shunday xollarda ishlatiladiki, qachonki bemorlarda teri o'zgarishlari bo'lmasa. epeologiya va patogenez-dermatomiozitning (DM) virusli epeologiyasi taxmin qilinadi. Asosiy axamiyatga ega genetik moyilik, neyroendokrin so'rilishlar. Kasallar patogenezida asosiy o'rini autoimmun buzilishlar egallaydi. Xar bir 4-chi DM bilan kasallangan bemorlarda yomon sifatli koshlar (ikkalamchi usmasimon dermatomizit) natijasida rivojlanadi.

Klinik manzarasi: asosi 40-60 yoshdagi ayollar kasallanadi.

Kasallik utkir yoki asta-sekin-terili, mushakli yoki teri-mushakli sindromlaridan boshlanadi. Bu davrda kup uchraydigan belgilaridan bu mushaklardagi ogriklar, mushaklarning xolsizligi, yuzning shishishi, ayniksa paraorbital soxalarda, subfeiril isitma, tana vaznini kamayishi. Boshqa xollarda kasallik boshida umumiy xolsizlik, ishalgiyalar, artralgiyalar, dermatit paydo buladi. Mushaklarning patologiyasi klinikada ikkinchi o'rinni manifestli davrda egalaydi. Ko'p xollarda oyoq –qo'llar, tana, buyin kundalang – targil mushaklarining generalizlovchi shikastlanishi kuzatiladi. Patologik jarayonga proksimal mushak guruxlari (elka komar va son mushaklari) tortiladi. Xarakatda va mushaklarni palpatsiya kilganda og'riklar progressirlovchi mushaklar xolsizligi, ma'lum darajada aktiv xarakatlarning cheklanishi paydo bo'ladi. Bemor mustakil tura, o'tira olmaydi, boshini yostiqdan, oyog'ini poldan ko'tara olmaydi, tarana olmaydi, kuylagini echa olmaydi va boshkalar. Maskasimon yuz kuzatilishi mumkin. Oyok-kul mushaklari shikastlanish zonasida zich va shishli bulib koladi. Kupchilar bemorlarda ayniksa kasallikni utkir kechishida, visusral – mushak sinfromi

Nazorat savollari:

1. Utkir revmatik istma. Etiologiyasi, patogenezi, klassifikatsiyasi va klinikasi. Diagnostik kriteriylari, shikastlanuvchi a'zolar.
2. Revmatoid artrit. Etiologiyasi. Patogenezi. Klinikasi.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Bobojonov S.N. Ichki kasalliklar. Toshkent, 2004 yil. Darslik
2. Gadaev A.G., Axmedov X. Ichki kasalliklar. Toshkent. 2013
3. Gadaev A.G., Axmedov X. Umumiy amaliyot vrachlari uchun amaliy ko'nikmalar toplami. Toshkent. 2010
4. Okorokov A.N. Lechenie bolezney vnutrennix organov. Moskva, 2005g.
5. Okorokov. A.N., Diagnostika bolezney vnutrennix organov. Moskva 2005g.
6. Spravochnik – putevoditel praktikuyushego vracha. 2000 bolezney ot A do YA GEOTAR. Meditsina. M. 2000g.

GASTRIT. ME'DA VA 12 BARMOQLI ICHAK YARA KASALLIGI. KLINIK KECHUVI, DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH TAMOYILLARI.

Reja:

1. Me'daning yalliglanish kasalliklari.
2. Surunkali gastritlar. Kasallikning etiologiyasi, patogenezi, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davollash prinsipi va profilaktikasi.
3. Oshqozon va 12-barmoq ichak yara kasalligi. Kasallikning etiologiyasi, patogenezi, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davollash prinsipi va profilaktikasi.

Kalitli so'zlar: gastrit, yara kasalligi.

Gastrit bu oshqozon shilliq qavatining yallig'lanishi. O'tkir va surunkali gastritlar farklanadi.

O'tkir gastrit - oshqozon shilliq qavatining yallig'lanishi bilan kechadigan polietiologik kasallik bo'lib, endogen va ekzogen ta'sirlar natijasida kelib chikadi.

Etiologiyasi va patogenezi. Ekzogen faktorlar ichida quyidagilar farklanadi: alimentar faktorlar (qabul qilinayotgan ovqatni miqdorini, kechkurunga ko'p ovqat qabul qilish, spirtli maxsulotlar qabul qilish), ovqat maxsulotlari mikroblari (ovqat toksikoinfeksiyalari, salmonellalar, shigellalar, stafilokokklar va boshqalar) Ma'lum bir maxsulotlarga nisbatan allergiya (tuxum va mevalar), dori maxsulotlaridan ta'sirlanish (atsetil salitsilat kislota, kortikosteroidlar, pirozolon unumlari, sulfanilamidlar, antibiotiklar, glikozidlar va boshqalar)



Endogen faktorlarga quyidagilar kiradi: Infektsion kasalliklar (gripp, pnevmoniya), autointoksikatsiya (buyrak va jigar etishmovchiligi); organizm to'qimalarini parchalanishi (qo'yishlar, sovuk eyish, nurlanish) Kasallikni klinik manzarasi kasallikning formasiga va og'irligiga bog'liq xolda kechadi. O'tkir oddiy ekzogen gastritlar bilan kasallangan bemorlarda kungil aynish (goxida shilliq bilan yoki ut bilan qayt qilish), epigastral soxada og'irlik sezish bilan ko'pincha gorik, ogizda bema'za ta'm, umumiy xolsizlik, terining rangparligi, tilning ok karash bilan koplanganligi, og'ir xollarda arterial bosimning pasayishi, temperaturaning kutarilishi, enterit simptomlari bilan kechadi. Kasallik 5 kungacha davom etishi mumkin.



Oʻtkir korroziv gastrit koagulyasion manzara bilan (konsentrlangan kislota) yoki kollikvatsion (zaxarli iskorlar) natijasida oshkozog shilliq qavatini nekrozi bilan kechadi. Bemorda ogiz bushligidan boshlab kizilungach, epigastriydan boshlab ogʻrik kuzatiladi. Bemor qayt kilganda shilliqlik yoki kon bilan qayt kiladi. Ogʻir xolatlarda shok simptomlari bilan «oʻtkir» qorin, keyinchalik chandiqli stenoz kuzatiladi.

Flegmanoz gastrit (kam uchraydi) gektik tipidagi va yukori temperatura bilan xarakterlanadi. Bemorda sovuk ter bosishi, tuxtamasdan qayt qilish, epigastral soxada ogʻriklar kuzatiladi. Tili kuruk, qorin shishgan, palpatsiyada epigastral soxada ogʻrik. Keyinchalik esa yurak-tomir etishmovchiligi kushilishi mumkin.

Davolash. Ilik suv yoki romashka tindirmasi bilan chayiladi; ichaklar tozalovchi xukna bilan tozalanadi. Bemor ga qoringa issik kompress tavsiya etiladi. Kerak bulsa kordiamin, kofein t/o ga qilinadi. 1chi sutkasiga ovqat emaslik maksadga muvofik boʻladi. T/i ga yoki yugon ichakdan 0,5 - 1 ml 5% li glyukoza yuboriladi. 2chi kuniga choy, shipovnik damlamasi, bulon; 2chi kunidan sut, yogʻsiz kaymok, kasha, kisel tavsi qilinadi. Keyin bemor 1chi va 2chi parhez stoliga utkaziladi. Ikkilamchi infeksiya kushiladigan bulsa antibakterial terapiya qilinadi (sefarin, ampitsillin, oksatsillin, gentamitsin va boshqalar)

Surunkali gastrit (CT) - etiologiyasi va patologiyasi buyicha yalligʻlanishni umumlashtiruvchi yoki disregenerator (uchokli yoki diffuzli) oshqozon shilliq va shilliq osti qavatini progressivlanuvchi atrofiyasi bilan kechadigan kasallik boʻlib xisoblanadi. SG tarkalgan kasallik xisoblanadi. 60% katta yoshlilarda uchraydi., 9% autoimmun gastrit uchraydi, 70% xelikobakter natijasida kelib chikadigan, 12% idiopatik pangastrit, 5% reflyuks gastrit, 2% limfotsitar, 2% kolgan turlari uchraydi.

Etiologiyasi. SG polietiologik kasallik xisoblanadi. SHilliq qavatda patologik jarayonlarni uxshashligi b.uyicha 1 nazologik birlikka kiritiladi. SGning rivojlanishida koʻp faktorlar urin tutadi.

1. Alimentar faktorlar: surunkali ravishda ovqat mikdori va sifat darajasi uzgarishi va ovqatni vaktida emaslik; oshqozon shilliq qavatining surunkali ravishda issik va kattik ovqatlar bilan taʼsirlanishi; ziravorlarni koʻp qabul qilish, spirtli ichimliklarni koʻp qabul qilish, chekish; chaynash apparatining defekta natijasida ovqatning yaxshi maydalanmasligi va shoshilib ovqat eyish.

2. Xelikobakteriyalar bilan infeksiyalanish natijasida oshqozonda yalligʻlanishli - distrofik uzgarishlar kelib chikadi. Bakteriologik, gistologik, immunologik tekshirishlar buni tasdiklaydi. Dori-darmonlar bilan kuzgatuvchini uldirish, kasallik simptomlarini yutib remissiyaga olib keladi. Infeksiya manbai boʻlib, kasallangan odam yoki uy xayvoni xisoblanadi.

3. Endegen, autoimmun, genetik sabab bu - oshqozon xujayralariga nisbatan antitelo xosil bo'lganiga bog'liq bo'ladi (A - gastrit autoimmun deyiladi) gistomoslik antigenlari bilan bog'liq HLABg, DR3, DR4.

4. Surunkali ravishda oshqozon shilliq qavatini ut bilan ta'sirlanishi natijasida. Bu ko'pincha reflyuks paytida, ya'ni oshqozon rezeksiyasidan keyin gastrostomiya, vagotomiya, xoletsistoektomiyadan so'ng kuzatiladi.

5. Medikamentoz va sanoat ishlab chikarishning zararli ta'sirlari: uzok vakt va kuzatuvsiz nosteroid yallig'lanishga karshi vositalarni qabul qilish, glyukokortikoidlarni, radbolden va boshqalar.

CHanglar orkali zaxarli kislotalar, ishkorlar, kurgoshin, kumir, sintetik changlarni organizmga kirishi.

Patogenez. Ma'lumki oshqozonning ximoya bareri oshqozon devoridagi shiradan, epiteliylar ishlab chikaradigan bikarbonatlar, yaxshi kon bilan ta'minlangan, tez va tulik regeneratsiyalanish kobilyatiga ega bo'lgan shilliq qavatdan iborat. Surunkali ravishda ekzogen etiologik faktorlarni oshqozon shilliq qavatini ta'sirlash natijasida uning ximoya bareri buziladi va yallig'lanishga olib keladi, shilliq qavatlar regeneratsiya kobilyati va trofikasi buziladi. Bu esa uni atrofiyasiga va pilorik va ichak tipidagi qayta tiklanishiga olib keladi. Xujayralarning aktiv regeneratsiya kobilyatini yaxshi kon bilan ta'minlanmaganligi taminlab beradi. SHilliq qavatning gipoksiyasi uning atrofiyasiga olib keladi. Oshqozon bushligiga tushgan pilorik xelikobakter uzining xarakatchanligi va fermentlar xisobiga (fosfolipaz) shilliq qavatdan utib siydikchil va gemin chikadigan joy xisoblangan xujayralararo bushliklarda tuplanadi. Bakteriyani ureaza fermenta ta'sirida siydikchil ammiakka aylanadi. Bu esa bakteriyani oshqozon shirasidan saklaydi. Bu shilliq qavatni buzib epiteliyni jaroxatlaydi. Buning natijasida yallig'lanish reaksiyalari yuzaga keladi.

Fundal gastrit - bu irsiy moyillik bo'lib, bunda oshqozon xujayralarining oqsil strukturalari antigen vazifasini bajaradi, bu esa shilliq qavatga limfotsit, plazmotsit xujayralarning infiltratsiyasiga olib keladi. Bular oshqozon xujayralariga nisbatan, ichki faktor va H + - K+-ATFazaga nisbatan antitelalar ishlab chikaradilar. Bu antitelalar xujayralar bilan boglanib, fundal bezlarning jaroxatlanishiga, atrofiyaga va axlorgidriyaga olib keladi.

SHilliq qavatni yallig'lanishi uning uzok vakt davomida ishkorlar ta'siri natijasida xam kelib chikadi: fosfolipaza ta'siri natijasida ut letsitnidan xosil bo'ladigan ut kislotasi va lizoletsitin lipid strukturalarnibuzilishiga, me'da shilligi degeneratsiyasiga va gistamin ajralishiga sabab bo'ladi. SHunga uxshash klinik manzara yallig'lanishga karshi nosteroid dori vositalarini qo'llaganda xam kuzatiladi. Bunda prostaglandinlarni endagen biosintezi bloklanadi va shilliq qavatni ximik ta'sirlashi kuzatiladi.

Surunkali gastritlar tasnifi. (Sidney 1990)

1. Jaroxatlangan joyii topografiyasi buyicha: antral, fundal, pangastrit
2. Etiologiyasi buyicha: xelikobakteriyalar ta'sirida, autoimmun, idiopatik, o'tkir dori vositalar ta'sirida

3. Morfologiyasi buyicha: o'tkir (fakat neytrofillar infiltratsiyasi) surunkali (limfoplazmotsitlar va granulotsitlar infiltratsiyasi aktiv fazada), aloxida formalari (granulematoz, eozinofilli, limfotsitar, reaktiv - reflyuks-gastrit).

4. Formalari buyicha: noatrofik (yuzaki), atrofik (bezlar yo'qligi)

5. Fyolligi buyicha: nofaol (fakat limfoplazmotsitar infiltratsiya), faol (limfoplazmotsitlar va granulotsitlar infiltratsiyasi): I boskich - xususiy plastinkani kam darajada granulotsitar infiltratsiyasi; II boskich -xususiy plastinka, chukur va yuzaki epiteliyni granulotsitar infiltratsiyasi; III boskich - yukori darajadagi granulotsitar infiltratsiyasi yoki chukur ichi absesslari

6. Ichak metaplaziyasi: 1tip - umumiy yoki ingichka ichakli; 2tip - tulik bulmagan yugon ichakli: bokalsimon xujayralar me'daning yuza epiteliysi orasida; Ztip - tulik bulmagan yugon ichakli sulfomutsin sekretsiyasi bilan

Klinik manzarasi va tashxisi.

Surunkali xelikobakterial gastrit (antral, B tipli), xelikobakter pilori tomonidan chakiriladi. U Gr" S - simon tayokcha shaklida bo'lib 4-6 oxirida joylashtan jgutlar shaklida tuzilgan. Infeksiya

manbai - zararlangan xayvon, uy xayvonlari. Tarkalish yuli - kontakt -maishiy. Bemorlarda yoqimsiz xissiyotlar paydo bo'ladi (epigastral soxada og'irlik, qorin to'lib to'rganligiga o'xshash tuyg'u va og'rik). Og'riklar simillovchi xarakterli, ovqatdan keyin paydo bo'lib 1-1,5 s davom etadi va keyin uzi tuxtab koladi. Og'riklar ayniksa o'tkir, kovurilgan va yogli ovqatlardan keyin va shoshilib ovqatlanishdan keyin kuchayadi va kekirishdan so'ng (xavo va ovqat bilan) kamayadi. Og'rik (og'irlik xissi) uzluksiz davom etib, butun xuruj buyi chuziladi. 60% bemorlarda HCL gipersekretsiyasi, 30 % bemorlarda esa normal kislota chikarilishi kuzatiladi. Endoskopiya tekshiruvda diffuz yoki ko'piksimon giperemiya, antral qismida shish va aksari xollarda eroziyalar kuzga tashlanadi. Eroziyalar ko'pincha yallig'lanish uchogida joylashib oshqozon tanasida kamdan kam uchraydi. Surunkali gastritning aktivligi uning xelikobakter pilori bilan zararlanishi darajasiga bog'liq. Diaqnoz biopstad bakteriyani aniqlash orkali tasdiklanishi mumkin. Buni 1 dakikalik Arvind testi orkali, «CLO-test» va «Camy-test».

Surunkali autoimmun gastrit (fundal, A-tini) me'daning fundal qismi shilliq qavatini va me'da tanasini zararlanishi va atrofiyasi bilan boradigan jarayn xisoblanadi. Bu xlorid kislotani va pepsin sekretsiyasini kamayishi va ichki faktorni kamayishi bilan kuzatiladi. Ichki omilni etishmovchiligi bolalarda V12- takchil anemiya rivojlanishiga sabab bo'ladi. Kasallik ko'pincha urta va keksa yoshlilarda rivojlanadi. Ba'zan yakin karindoshlarda aniqlanadi va tiredit, tireotoksikoz, gipoparotireoz, 1tipli kandli diabet, vitiligo, gipogammaglobulinemiya bilan birga kechadi. Kasallik yashirin kechadi. Autoimmun SG chegarasi bo'lib xlorid kislota 2-4 mekv/s bulishi va me'da RNini gistamin bilan stimulyasiya qilingandab dan kam bulishi bilan tavsiflanadi. Endoskopiya shilliq qavat okishligi, kon toomir rasmini yakkol kuzga tashlanishi, me'da burmalari pastligiva antral kiem uzgarmaganligi kurinadi. Biopstad tekshirilganda: atrofik gastrit, maxsus bezlar yo'qolib ularni psevdopilorik bezlar bilan almashganligi va ichak epiteliysi kabi uzgarishlar aniqlanadi. Rentgenografiya aniqlanadi: me'da tubi d - 8 sm, shilliq qavat burmalari me'da tubida kurinmaydi, 1 -2 mm mayda oshqozon maydonlari yoki ularni xam yo'qligi, ko'p mikdorda gastrinemiya, parietal xujayralar va ichki omilga nisbatan ko'p mikdorda antitelalar aniqlanadi.

Limfotsitar (surunkali eroziv) gastrit shilliq qavat eroziyalari va me'da epiteliysini limfotsitar infiltratsiyasi bilan kuzatiladi; xususiy plastinkada limfotsitlar va plazmatik xujayralar kam mikdorda uchraydi. Limfotsitar gastrit deb 100ta epiteliotsitlarga 30 ta limfotsitlar tugri kelganda aytiladi.

Menetrie kasalligi (gigant burmali gastrit.) kam uchraydi. Ko'pincha allergik yoki autoallergik reaksiyalar bilan bog'liq bo'ladi. Bemorlarda konda oksil mikdorini (50-55g/l) kamayishi kuzatiladi. Me'da sekretor faoliyati sustlashib boradi. Tana vaznining kamayishi kuzatiladi. Endoskopiya bosh miya burmalarini eslatuvchi gigant burmalar kurinadi. Kasallik qaytar bulishi mumkin.

Me'da va 12 barmaq ichakning xarakat va sekretor funksiyasining o'zgarishlari.

Me'daning sekretor funksiyasi. YAra me'dada joylashsa me'da shirasi tarkibidagi xlorid kislota, pepsin, mukoproteidlar, oksillar miqdori soglom odamlardagi me'da shirasi tarkibibilan bir xil. YAra 12 barmaq ichakda joylashsa xamma ko'rsatkichlar bir oz oshgan bo'ladi. 12 barmaq ichakdagi yara diaqnostikasida ba'zan sekretsiyani tekshirish katta axamiyatga ega. Ba'zan sekretsiya oshgan bo'lsa xatto rentgen tekshiruv manfiy bo'lsa xam yaraga Karshi davolash ishlari olib boriladi.

Xarakat funksiyasi bo'ziladi va natijada og'riq, ko'ngil aynash, kayt kilish, jigildon kaynashi kabi simptomlar kelib chikadi.

Me'da va 12 barmaq ichak muskullari tonusi oshadi va ularning peristaltikasi kuchayadi, davriy xarakati o'zgaradi. Bu o'zgarishlar fakat yara uchun xos emas, shuning uchun diaqnostik ko'rsatkich bulib kullanmaydi. Lekin bu o'zgarishlar kasallikning davri xakida va o'tkazilayotgan terapiyaning samarasi xakida ob'ektiv ma'lumotga ega bulishga yordam beradi. Laborator tekshiruvlarda asosiy axamiyatga ega bo'lgan ko'rsatkich axlatni davriy ravishda (avj olish davrida xar 2-4 kunda) yashirin qon ketishga tekshirish. Qon ketishni aniqlanishi YAKning avj olish davridan darak beradi. Bemorning yarmidan ko'pida avj olish davrida axlatni yashirin

tekshirilganda kon aniqlanadi. Asosan me'dada joylashgan yaralar ko'p konaydi. Bemorning umumiy qon ketish miqdori va uzokligiga bog'liq bo'ladi.

Enterit va kolitlarning etiologiya va patogenezi

Ingichka va yo'g'on ichak kasalliklari issiq ulkalarda ko'prok tarqalgan. Bu ma'lum ko'p xollarda o'tkir utuvchi xar-xil infeksiyon va parazitlar kasalliklari bilan bog'liq. Past klimatli ulkalarda ichak kasalliklari kam kuzatiladi, bu xollarda ular surunkali kechi sh va noinfeksiyaviy tabiatga ega.

Enteritlar:- ingichka ichak surunkali kasalliklari.

Etiologiya.

Surunkali enteritga olib keluvchi sabablar xar xil:

- 1) infeksiya-qorin tifi, dizenteriya, salmonellez va boshqalar
- 2) Utkazilgan o'tkir enterit
- 3) Disbakterioz- ichak mikrobu muvozanatining buzilishi.
- 4) Alimantar faktor – ovqatlanish tartibini buzilishi, kiyin xazm bo'ladigan ovqatlarni doimiy iste'mol qilish
- 5) Radiaktiv nurlanish
- 6) Alkogol iste'mol qilish
- 7) Allergik ta'sir
- 8) To'g'ma enzimopatiya - ovqat surilishiga javobgar fermentlar etishmovchiligi (glyuten, laktoza etishmovchiligi)
- 9) Endokrin ta'sirlar (tireotoksikozdagi ich ketish)
- 10) Ovqat xazm qilish a'zolarining boshqa kasalliklari - gepatobilliar tizim, oshqozon osti bezi kasalliklari.

Patogenez. Kasallik patogenezi xar xil mexanizmlardan tashkil topishi mumkin. SHulardan ko'prok o'rganilganlari keyingilar:

- 1) ingichka ichak devoriga bevosita doimiy buzuvchi ta'sirlar;
- 2) immunologik mexanizmlar; oziq gidrolizi moddalariga va bakteriya xujayrasiga ta'sirchanlikning paydo bo'lishi. Surunkal enteritda ichak devori oqsilining toksik ta'sirlar natijasida o'zgarishi antigen rolini uynashi mumkin (autoallergiya)
- 3) ichak shilliq qavati ximoya mexanizmlarining buzilishi
- 4) surunkali enteritda paydo bo'lgan disbakterioz. Ingichka ichak kam bakterial floraga zga bulsa (asosan distal qismi) uziga xos bo'lmagan ravishda kasallik xar xil mikroorganizmlar bilan ko'p tarqaladi. Buning natijasida ovqat xazm qilish buziladi, ayrim mikroorganizmlar ajratadigan va ovqat parchalanishidan xosil bo'ladigan toksik moddalar ichak devoriga buzuvchi ta'sir ko'rsatadi.

Simptomlar.

Bemorlar kindik qismidagi o'tmas yoki tortuvchi og'riqqa shikoyat qiladi, axlat shakllanmagan, ich kotish va ich ketishning gallasishi. Tekshiruvda ovqatlanish kamaygan, teri koplama okish, polivitaminoz belgilari aniqlanadi: teri kurukligi, tirnoklarning sinuvchanligi va qavatlanishi. Axlat shilliq, axlatning mikroskopik tekshiruvda - neytral yog' tomchilari, mushak tolalari bo'ladi. Xarakterli rentgen belgilari- gipotoniya, gaz ingichka ichakda, relefning noaniqligi yoki ingichka ichak shilliq qavati kovurgasimon rasmi.

Nazorat savollari:

1. Surunkali gastrit. Izox, etiologiya, patogenez, klassifikatsiya, klinika, diagnostika, davolash.
2. Oshqozon va 12 barmokli ichak yara kasalligi: etiologiyasi, patogenezi, klassifikatsiyasi, diagnostikasi, asorati, davolash.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Bobojonov S.N. Ichki kasalliklar. Toshkent, 2004 yil. Darslik
2. Gadaev A.G., Axmedov X. Ichki kasalliklar. Toshkent. 2013

3. Gadaev A.G., Axmedov X. Umumiy amaliyot vrachlari uchun amaliy ko'nikmalar toplami. Toshkent. 2010
4. Okorokov A.N. Lechenie bolezney vnutrennix organov. Moskva, 2005g.
5. Okorokov. A.N., Diagnostika bolezney vnutrennix organov. Moskva 2005g.
6. Spravochnik – putevoditel praktikuyushogo vracha. 2000 bolezney ot A do YA GEOTAR. Meditsina. M. 2000g.

MAVZU 7. GEPATOBILIAR TIZIM KASALLIKLARI. ULARNING TURLARI, KLINIK KECHUVI, DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH TAMOYILLARI. JIGAR-UT KOPI KASALLIKLARI.

Reja:

1. Surunkali gepatitlar. Kasallikning etiologiyasi, patogenezini, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davolash prinsipi va profilaktikasi.
2. Surunkali xoletsistit. O't yulining diskineziyasi. Kasallikning etiologiyasi, patogenezini, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davolash prinsipi va profilaktikasi.

Kalit so'zlar: gepatit, xoletsistit, sirroz, diskineziya

Surunkali gepatit (SG)-jigarning bir gurux kasalliklari bulib, bunda jigar xujaylarini yalliglanishi va nekrozining turli darajada namoyon bulishini 6 oydan kam bulmagan vakt davomida yaxshilanmasdan davom etilishiga aytiladi.

Oxirigi 20-25 yilda SG larni tushunchasi buyicha juda katta uzgarishlar kilinmokda. Uning etiologiyasi va patogenezini urganishda yangi diagnostik usullar va davo vositalari yaratildi. Xozirgi kunda gepatologiya soxasida kulanilayotgan yangi immunologik usullar, molekulyar biologik texnologiya surunkali gepatitlarda morfologik uzgarishlarni baxolashda yangi yul ochdi. Bular yordamida SG larning xar bir turidagi terminologik farklar paydo buldi. Morfologik uzgarishlarga asoslanib SG larning morfologik klassifikatsiyasini tuzish imkoniyati yaratildi.

Xozirgi zamon SG larning klassifikatsiyasi

4 ta asosiy kriteriya inobatga olinadi:

- etiologiyasi
- patogenezini
- aktivlik darajasi
- kasallikning surunkalanish darajasi

Etiologik faktor 4 ta turga bulinadi.

- Virusli
- Autoimmun
- Dorili
- Kriptogen

Taklif etilgan SG ning boshka turlari shular katorida alkogolli, irsiy, aralash turlari xam xozirgi kunda inkor etiladi. Alkogolli gepatitni kup avtorlar koldirish maksadida surunkali alkogolli gepatitning 3 ta turini ajratishni taklif etishmokda.

- fakat etanol ta'sirida
- fakat Virusli gepatit S bilan
- Virusli gepatit S ning etanol ta'siri bilan birga kelishi

YA'ni surunkali alkogolizm SG ning sababi bula olmaydi. Bunda alkogolning toksik ta'siri natijasida jigar xujayralarida progressiyalanib boruvchi etishmovchilik rivojlanadi, buni esa jigarning morfologik uzgarishiga kiritish mumkin.

Irsiy gepatitni klassifikatsiyadan chikarish tulik asoslanmagan. (α -1 antitripsin etishmovchiligi va Vilson-Konovalov kasalligi). Bu kasalliklarda jigardan tashkari uzgarishlar kuzatiladi deb tushuntiriladi. Xolbuki surunkali gepatitning virusli (V,S,D) etiologiyasida xam jigardan tashkari uzgarishlar buladi.

Surunkali virusli gepatit (SVG) asosan gepatitni V (HBV), C (HCV) va D (HDV) viruslari tomnidan chakiriladi. Bular asosida SVG ni 3 ta turi klassifikatsiyalanadi.

- SVG V
- SVG S
- SVG D

Surunkali VG-D asosan SVG-V ga kushiladi, ularning 4-turi nospetsifik yoki noanik virus tomonidan kelib chikadi deb-SVG noanik etiologiyali turi kiritilgan. SVG ning V,S,D turlari aloxida urin tutadi. Sotsial muammolardan biri bunda JSST (VOZ) ma'lumotlari buyicha jaxonda 3 mln axolida HBV va 500 mlndan ortikda HCV virus tashuvchilik mavjud 80 % infitsirlanganlar asosiy risk guruxga kiradi. Taxminan 40 % tashuvchilar surunkali gepatitdan ulishadi. Xar yili butun dunyo buyicha 1 mln odam HBV natijasida rivojlanadigan jigar rakidan nobud buladi. HBV ga nisbatan HCV da kuprok jigar sirrozi kelib chikadi va uning natijasida gepatotselyular karsinoma shakllanadi.

HVV, HCV va HDV larda kasallik asosan (kon va uning maxsulotlari jinsiy, oilaviy va boshka yullar) bir xil yul bilan tarkaladi. Fakat VG larning A va E turida jarayon surunkaliga utmaydi.

SVG larning klassifikatsiyasida ularni patogenetik xususiyati xam inobatga olinadi. HVV va HCV infeksiyalarida virus replikatsiyasi (zararlanishi) jigarda va undan tashkarida (uning genotiplari va gepotip mutatsiyalari) joylashadi. Tugri sitopatik effekti-immunologik buzilishlar; organ va tukimalarning immun uzgarishi bilan kechadi.

HVV va HCV gepatitlarda infeksiyani jigarda, shu bilan birga jigardan tashkarida replikatsiyalanishi xarakterli ekanligini aniklash hozirgi zamon gepatologiyasining yangiliklaridan xisoblanadi. Virus konda mononukliar xujayralarda (limfotsitlar, makrofaglar), suyak kumigida, limfa tugunlarida, talokda joylashib virusdan ximoyalaniшни yani organizm immun nazoratini izdan chikaradi. Virus mutantlar HVV va HCV viruslariga nisbatan paydo bulishi isbotlangan. Bitta virus jigarda 2 xil turli kasalliklar rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Gepatit V va S patogenezi analizida «nishon»ga javob konda (spetsifik, nospetsifik) va xujayra immunitetida javob turlicha. HVV infeksiyaga maxsus gumoral immunitet tomonidan sirkulyasiyalovchi va xujayra antigenlari virusga karshi (HbsAg, HVCaG, HDeAg) va jigarda maxsus lipoproteinlar bilan javob beradi. NSV infeksiyada esa virus epitopi va GDR-epitopi xosil buladi. Gumoral nospetsifik immun javob HVV va HSV infeksiyalarda konda zardobida immunoglobulinlar mikdorini oshishi, yadroga karshi antigen xosil bulishi va sillik mushakga karshi antitela, revmatik faktorni, NSV-infeksiyada bulardan tashkari I-tip antitelalarni jigar va buyrak mikrosomalarga karshi xosil bulishi bilan namoyon buladi.

HVV infeksiya uchun xujayra immun javob xarakterli bulsa, NSV infeksiyada tugri sitolitik ta'sir xarakterli. HVV va HSV infeksiyalar patogenezi taxlili asosida uning patogenetik klassifikatsiyasini tuzish mumkin.

Surunkali autoimmun gepatit.

Bu gurxdagi gepatitlar etiologik faktorga kura emas, balki patogenetik xususiyatlarga asosan ajratilgan. Bunday etiologik faktor ta'siri noanik bulib, jigar tukimasining immunologik toleratligi pasayishi natijasida autoimmun jarayon kuchayib ketadi. SHuning uchun autoimmun gepatitda V,S,D gepatitdagi immunologik (serologik) belgilari bulmaydi.

Tashxis asosiy patologik belgilar.

- gipergammaglobulinemiya
- tipik gistobogliklik antigenlari (V8, DR3, DR4)
- boshka autoimmun kasalliklar (tiriodit, nospetsifik yarali kolit, shegren sindromi, tizimli kizil volchanka va boshkalar) va ularga xos autoantitelalar (antinuklear antitela, buyrak va jigar

mikrosomalari ga antitela, yumshok mushaklar xujayrasiga antitela, gepatotsitlar plazmatik membranasi ga antigenlar, antimitoxondral antitela va boshkalar).

Autoimmun gepatitlarning asosiy kriteriyalariga kortikosteriodlar va immunodepressiv terapiyaning tez samara berishi, shu bilan virusli surunkali gepatitlardan farqlanadi. Autoimmun gepatitlarni 3 ta tipi ajratiladi.

- 1 chi tip uchun xarakterli antinuklear antitelalar (ANA) yoki sillik mushak xujayralari ga antitelalar (SMA)

- 2 chi tipi uchun-jigar va buyrak mikrosomalari ga antitelalar (LKM-1), sitoxromga karshi (R-450 11 D-6)

- 3 chi tipida- namoyon bulishi kiyin, jigar antigenlarida eruvchi (SLA) antitelalar bu tipda ANA va anti- LKM bulmaydi.

Surunkali dorili gepatitlar. Bu gepatitlarga uzok kechuvchi jigarning yalliglanuvchi kasalligi deb karaladi. YAlliglanish sababi dori vositalarini negativ ta'siridir. Bu ta'sir dorining tugridan-tugri toksik ta'siridan yoki uning metabolitlari natijasida rivojlanadi. YAlliglanish metabolik kurinishda yoki immunologik tuzilishlar bilan kechadi. SHuning uchun dorili surunkali gepatit virusli yoki autoimmun gepatitga uxshash kechishi mumkin. Autoimmun turida dori vositasini berish tuxtatilgandan keyin yalliglanish jarayoni tez yukoladi. Morfologik uzgarishlar gepatotsitlardagi fokal nekroz, granulematoz mononuklear eozinofilli infiltratsiya xolestaz va boshkalar bilan xarakterlanadi.

Surunkali kriptogen gepatit ekspertlar fikricha surunkali gepatitga xos belgilar morfologik uzgarishlari virusli autoimmun va dori etiologiyali gepatitlarni inkor etgan jigar kasalligiga aytiladi.

Jarayonning aktivlik darajasi-jigardagi jarayonning aktivlik (ogirlik) darajasini aniklashda laborator fermentativ testlar bilan birga jigardan olingan bioptatni morfologik tekshirish natijalariga asoslanadi. Laborator tekshirishlar orasida kuprok ma'lumot beradigani ALT va AST fermentlar aktivligini aniklash ayniksa bu kursatkich kasallik davomida takror kuzatilsa ALT ni kutarilishi darajasi kasallikni darajasi va uning ogirligini belgilab beradi. Ammo bu kursatkichlar (ALT,AST) kasallik aktivligini kursatmaydi, bu borada jigardagi morfologik uzgarishlarni aniklashga uz urnini beradi. SHuning uchun jigar biopsiyasi fakat diagnozni ogirlik darajasini shu bilan birga jarayondagi surunkali uzgarishlarni borligini aniklashga yordam beradi. L.I.Aruk (1995y) 3 ta aktivlik darajani ajratadi.

1-minimal aktivlik daraja periportal zonada kisman portal trakti ni zinapoyali nekrozi katta bulmagan segmentlar bilan chegaralanadi.

2-urta aktivlik daraja bu etapda xam zinapoyali nekroz chegaralanadi periportal zonalarda fakat jarayonga deyarli xamma periportal zonalar kamrab olingan.

3-ogir aktivlik darajasida nekroz donalar buylab chukur tarkaladi, periseptal bir-biri bilan kupriksimon kushiluvchi farqlari aniklanadi.

Surunkali gepatitlarni yangi klassifikatsiyasida jarayonni gistologik aktivligi ballar bilan «Knodell indeksi» baxolanadi.

1. gepatsitlarni periportal nekrozi kupriksimon bilan birga- «0» dan 10 ballaga baxolanadi.
2. bulak ichi fokal nekrozlar va gepatotsitlar distrofiyasi- «0» dan 4 ballgacha
3. portal traktidagi yalliglanish infiltrati- «0» dan 4 ballgacha

1 dan 3 ballgacha gistologik jarayon aktivligi-minimal surunkali gepatit

4-8 ball engil kompensirlangan SG

9-12 ball urta ogirlikdagi SG

13-18 ball ogir SG deb baxolanadi.

Surunkali virusli gepatit (SVG)-gepatotrop viruslar chakiruvchi surunkali infeksiyon kasallik bo'lib, klinik morfologik kurinishiga xarakterli-jigarning diffuz yalliglanishi (davomiyligi 6 oydan kup) va jigardan tashkari simptomokompleksli zararlanishlariga aytiladi.

Klinikasi. Surunkali gepatitning klinik manzarasi uning shakli (surunkali faol gepatit, autoimmun persistirlovchi yoki xolestatik), bosqichi (qo'zg'alish yoki remissiya), klinik sindromlarining ifodalan- ganligiga bog'liq bo'ladi. Surunkali faol gepatit klinik sindromlariga sitologik (ko'p hollarda jigar etishmovchiligi belgilari bilan), yallig'lanish (mezenximal- yallig'lanish yoki immun yallig'lanish), xolestatik, astenovegetativ, dispeptik, gemorragik, gipersplenizm sindromlari kiradi.

Sitolitik sindrom (jigar hujayralari etishmovchiligi belgilari bilan). Klinik belgilari. Bemor ozib ketadi, terisi sarg'ayadi, gemorragik toshmalar paydo bo'ladi. Tana harorati ko'tariladi, markaziy asab tizimi faoliyati o'zgaradi, til qizargan, yaltiroq, so'rg'ichlari yassilanib tekislan gan (atrofik) bo'ladi, qo'l kaftining ichki yuzasi, muskullar ustidagi terisi silliq qizaradi (palmar eritema), terida mayda tomir "yulduzcha"lari paydo bo'ladi, qo'l barmoqlarida va tirnoqlarda o'zgarish bo'ladi, soch o'sishi sekinlashadi, to'kiladi. Ko'krak bezi kattalashadi.

Laboratoriya belgilari: qon zardobi tarkibidagi albumin, protrom bin, xolesterin, xolinesteraza va qon ivishida ishtirok etadigan V-VII omillar kamayadi; qon zardobida bog'langan bilirubin, transaminazalar (AST, ALT), maxsus jigar fermentlarining (LDG va b.) miqdori oshadi, jigarning tanani zararli moddalardan tozalash faoliyati susayadi; jigar hujayralarini bromsulfalein, yod 131 bilan nishonlangan bengal bo'yog'ini o'ziga biriktirib olish xususiyati pasayadi.

Mezenximal yallig'lanish sindromi. Klinik manzarasi: tana harorati oshadi, badan sarg'ayadi, bo'g'imlar og'riydi, taloq limfa bezlari kattalashadi, qon tomirlarining yallig'lanish belgilari (terida, o'pkada) paydo bo'ladi. Laboratoriya belgilari: qonda bog'langan bilirubin, ALT, AST oqsil, gamma-globulinlar miqdori oshadi. Qondagi cho'kish sinamalarining xarakteri, G, M, A sinf immunoglobulinlarining miqdori o'zgaradi. Qonda LE hujayralari, DNK, chiziqsiz silliq muskul tolalari, mitoxon- driylarga qarshi antitanalar paydo bo'ladi. Qonda komplement titri, limfotsitlar blasttransformatsiyasi testi kamayadi.

Xolestatik sindrom. Klinik belgilari: terida qichima paydo bo'ladi, sarg'ayadi, dog' tushadi, ksantelazma, isitma, siydik rangi to'qlashishi paydo bo'ladi, Laboratoriya belgilari: qonda bog'langan bilirubin, xolesterin, betta-lipoproteidlar miqdori, ishqoriy fosfataza, glutamattranspepti dazalar faolligi oshadi.

Astenovegetativ sindrom. Klinik belgilari; kamquvvatlik, ishlash qobiliyatining pasayishi, bo'shashish, holsizlanish, asab buzilishi, bosh og'rishi, tinka qurishi, ozish, ipoxondriya paydo bo'ladi.

Dispeptik sindrom. Klinik belgilari: ko'ngil aynishi, ishtahaning pasayishi, kekirish, oshqozon atrofida og'riq, qorinning kattalashuvi, dam bo'lishi, qabziyat alomatlari ko'rinadi.

Gemorragik sindrom. Klinik belgilari: burun, milklarning qona- shi, teriga gemorragik toshmalar toshishi kuzatiladi. Laboratoriya belgi- lari: trombotsitlar soni kamayadi va funksional sifatleri o'zgaradi; II, V, VII qon ivishi omillari faoliyati pasayadi.

Gipersplenizm sindromi. Klinik manzarasida splenomegaliya kuzatiladi. Laboratoriya belgilari: kamqonlik, qonda trombotsitlar va leykotsitlar miqdorining kamayganligi aniqlanadi.

Surunkali xoletsistit utkir, erkin va sekinlik bilan rivojlanuvchi ut tosh kasalliklari natijasida yuz beradi. Kupincha surunkali xoletsistit sekretor etishmovchilik xolida kechadigan gastrit, pankreatit, semizlikka kushilib kelishi mumkin.

KLINIKASI. Surunkali xoletsistit uzok vakt monoton kechishi, periodik kaytalinishi bilan xarakterlanadi. Surunkali retsivlovchi xoletsistitning klinikasi ut pufagi devorida yalliglanishli uzgarishlar, infeksiya turiga boglik.

Asoratsiz kechadigan kataral va infiltrativ formasida ogrik xuruji bulib, xuruj parhez buzilganda, jismoniy va nerv-psixik travmalar, infeksiyalar natijasida kuzatiladi. Ogrikli xuruj vaktida, boshka surunkali xoletsistitning simptomlari kuzatilmaydi, kam xollarda dispeptik xodisalar, ung kovurgalar ostida ogrik, subfebrilitet yogli ovkatni kutara olmaslik kuzatiladi.

Surunkali kalkulez va vokalkulez xoletsistit surunkali xolangit bilan kechadi.

Surunkali xoletsistitning sust kechishida: noanik simillab ogrish, ung kovurgalar ostida ogirlik xissi, subfebril xarorat, kekirish, kungil aynishi, meteorizm, kabziyat, xolsizlik, skleralar

subiteriiligi, yurakda simillagan ogrik xarakterli xisoblanadi. Surunkali xoletsistitning ut yullari diskineziyasi bilan kechish, subfebrilitet leykopeniya, normal ROE xolida utadi. Agar yalliglanish komponenti kushilsa, yukori temperatura, ROE ning oshishi, leykotsitoz xarakterli xisoblanadi. Asorali (flegmonoz, flegmerez yarali) surunkali retsidiv xoletsistitda boshka formalaridan klinik kechishi bilan: rangi okarishi, yukori isitma intermitterlovchi yoki gektik xarakterda buladi, umumiy xolsizlik, ut pufagi soxasida kattik ogrik, pufakli simptomlari musbat, jigar kattalashgan. Konda leykotsitoz, leykotsitor formulaning neytrofil granulotsitlar tomoniga siljishi, ROE oshgan, progressia anemiya bilan farklanadi.

Surunkali xoletsistitning engil formalarida (kechadigan) kechishda uchta kattik bulmagan, doimiy ogrik sindromi ung kovurgalarosti soxasida, jismoniy mexnatdan, parxezni buzilishidan keyin oshadi, kam xollarda dispeptik simptomlar xarakterli buladi. Ut pufagi kup mikdorda yalliglanish elementlari kuzatiladi. Kaytalanish yilida 1-2 marta bulib, 2-3 xafta davom etadi. Xoletsistitning urta ogirlikda kechishda yakkol ogrikli sindrom xuruylar orasi davri bilan utadi. Dardsimon xolatlar namoyon buladi, kayd kilish, teri sargayishi, subfebril xarorat, asoratlar (perixoletsistit, xolangig, gepatit) bilan kechadi. Dardsimon xuruylar yiliga 5-6 marta kuzatiladi.

Surunkali xoletsistitning ogir formasida doimiy (oyida 1-2 marta va uzok vakt mobaynida dardsimon xuruji bilan kechishi, xuruylar orasi davrida ogrik sindromi, asoratlari (perixoletsistit, xolengit, gepatit) bilan kechadi.

SOLISHTIRMA TASHXISOTI.

Surunkali xoletsestit boshka uxshash kasalliklar bilan xolida xam kechishi mumkin gastrit, yarali kasalliklar, gepatit, pankreatit, kolit, appenditsit, adneksit. Surunkali xoletsestitning kuyidagi variantni tafovut kilinadi: oshkozon ichakli, nevrosteniya, kardial, endokrin va boshkalar. Turli xilnevrotik simptomlarning kushilishi kasallikning ayrim xollarida (yukori kuzgaluvchan, fikrchanlik, bosh ogrigi, yurakda ogrik, vegativ tomirli distoniya) xoletsestitni nevrosteniya, psixosteniya bilan solitirishga asos beradi. Bu xolarda birlamchi infeksiya uchogini topish kerak va somotegen nevroz yoki diensefal xollar kelib chikishi xakida uylash keak. Surunkali xoletsestit va kushilib keluvchi nevrotik buzilishlarni kompleks davolash terapevtik effekt beradi. YOsh kishilarda yurak soxasida ogrik, taxikardiya, subfebril xarorat, ROEning oshishi, kupincha surunkali tonzillit, revmokardit degan notugri tashxis kuyishga olib keladi. YUrak uchida sistolik shovkinlar eshitish, konda S-reaktiv protein mikdorini va sial probasini musbat bulishi revmatizimga shubxa kiliga asos beradi. YAxshilab ogrik xarakterini surab olish, ya'ni yogli ovkat bilan boglaydimi - yukmi, paypaslab va terining giperesteziya zonalarini aniklash va duodenal suyuklikning uzgarishi kup xolada tugri tashxis kuyishga yordam beradi. Duodenal suyuklikni mikroskopik tekshirilganda kup mikdorda shillik, epiteliy xujayralari, leykotsitlar, asosan V porsiyasida topiladi. Xozirgi vaktida utda leykotsitlar bulishi ilgaridek tashxisiy axamiyatga ega emas. Utda leykotsitlarni bulishi bu duodenal epiteley xujayralari, autoliz natijasida xosil bulgan chukish yadrosi (leykotsitlar) xisoblanadi. Kam xollarda ut porsiyasidan lyambiliya yoki ularning sistalarini topish mumkin. Tush soxasida xurujsimon ogrikning bulishi, bu ogrik yurak va tush osti soxasiga uzatiladi.

Ogrik jismoniy va asab taranglagidan xam paydo buladi. Volidol yoki nitroglitserin ichilgandan keyin engillik sezishi bilan stenokardiyani surunkali xoletsistit ajratishga yordam beradi. «Subfebril nikob» juda kup xolarda surunkali xoletsistitda angioxolit bilan kushilib kelganda kuzatiladi. Bu xollarda noinfeksion subfebrilitet, termonevroz, diensifal sindrom, tireotsksikoz degan tashxislarni kuyishadi. Bunda xoletsistitni davolash choralari kurilganda kam effekt beradi, shuning uchun onkologik kasalliklarga tekshirish kerak.

Kup xollarda surunkali xoletsestitning yashirin yoki atipik klinik belgilari: surunkali gastrit, yara kasalliklari, kolit, pankreatitga uxshash kechishi notugri taxshis kuyishga olib keladi. Surunkali gastrit kupincha surunkali xoletsestitga kushilib keladi. YArali kasalliklar tipikligi, tush usti soxasida periodik kuzatiladigan ogrik (ochlikdan, kechki ogrik) bilan farklanadi, bu ogriklar soda ichilganda, kayd kilinganda yukoladi. YArali kasallikda ogrik xuruylari mavsumga boglik buladi. Ogrik umurtka pogonasiga uzatiladi. Kekirish, kabziyat, piloroduodenal zonada, Bogasa,

Oppenxovskiy nuqtalarida ogrik sezadi. Rentgada – «nisha», burmalar konvergansiyasi, «kursatgich barmokning» simptomi, oshkozonning motorikasida uzgarishlar kuzatiladi.

Surunkali panreatitda ogrik chap kovurgalar osti, chap kurak osti soxasida bulib, urab oluvchi xarakterga ega. YOgli ovkatlar, alkogol iste'mol kilganda, travma, infeksiyalarda ogrik kuchayadi. Spazmolitiklar va narkotik modalar bilan ogrik koldiriladi. Pankreatitga ishtaxaning yukolishi, kayd kilish, kolloptoid xolatlar, «polifekaliya», chap kovurgalar osti va chap kurak osti soxasida, terida giperesteziya zonasi bulishi, Meyo, Robson, Grota simptomlari va boshkalar. Leykotsitoz, ROE oshgan, siydikda, konda diastaza mikdorida oshgan, rentganda xarakterli uzgarishlar kuzatiladi.

Surunkali gepatitda doimiy, ung kovurgalar osti soxasiga simillagan ogrik xarakterli. YAna ishtaxa yukolishi, jigarda ogrik, kattalashish, kattiklashish kuzatilishi, patalogik funksional probalar, sariklik, ROEning oshishi xam xarakterlidir.

SHuning uchun ut yullari diskenziyasi bila solishtirish tashxisini kuyish kerak. Diskenziya ut pufagi va ut yullarining tonusini funksional buzilishiga aytiladi. Diskineziyaning 2 formasi tafovut kilinadi:

1. gipertonik – giperkinetik

2. gipotonik – gipokinetik. Birinchisida ogrik intensiv, xurujsimon, ta'sirlangada kelib chikadi: xoletsistit dagidek uzatiladi, spazmolitiklar bilan engil utib ketadi: vegativ simptomlar xam kuzatiladi, terlash, okarish, yurak urishi. Gipotonik-gipokinetik diskineziyada simillagan, uzok vakt davom etadigan ogrik, ung kovurgalar ostida kuzatiladi. Kup shikoyatlar, ob'ektiv tekshirishlar xam axamiyatga ega. SHuning uchun ut pufagini organik zararlanishi kup momentli duodenal zonada, xoletsistografiya va xoleografiya yordamida aniklash mumkin.

DAVOLASH.

Xoletsistit bilan kasallangan bemorlar 3 – etapda davolanadi. (statsionar, ambulator, sanatoriya va kurortda).

SHifoxonada kasallikning formalari (diskineziya borligi, tosh, parazitlar borligi) aniklanadi. YOTish rejimi (kattik bulmagan) yalliglanishga Karshi (issik, tinchlik) va sedativ faktorlar uchun nasos bulib xizmat kiladi. Gipo yoki atonik diskineziyani bulishida uzok vakt yotish tavsiya kilinmaydi. Gipertonik diskineziyada esa bemorlarga uzok vakt yotish tavsiya etiladi, bu ut pufagini spastik kiskarishini kamaytiradi. Diskineziyali bemorlarni psixik tinchlashtirish kerak. Parxezli ovkatlanish uchun №5a, 5b, 5 parxez stoli tavsiya etiladi. Kachallikning juda ogir formasi: sariklik, kaltirash, tana xarorati juda kutarilishi, antibiotiklar kullanilganda xavfli asoratlarning boshlanishiga (perforatsiya yoki ut pufagining gangrenasi) olib keladi.

Antibiotiklar bilan davolash choralari xirurg bilan kelishilgan xolda amalga oshiriladi.

Surunkali xoletsistitda kaytalanishi bulsa, utda kaysi mikroflora borligi aniklangandan keyin individual xolda antibiotiklar kullash mumkin. Fenoksimetil penitsillin – 500000 ED sutkasiga 8 marta, tomir orasiga xam 100000-200000 ED, 500000 ED sutkasiga 2 maxal, eritromitsin 600000-800000 ED, sutkasiga, levomitsitin 0,5 gr.dan kuniga 4 maxal 7-10 kun mobaynida 3 kunlik dam olish bilan yana kaytariladi, ampitsilin – 0,5 gr.dan kuniga 6 maxal kullaniladi, agar antibiotiklarni yaxshi kabul kila olmasa va enterokoliti bulsa, norsulfazol, etazol, sulfalimizin (3-4gr.dan sutkasiga) tavsiya etiladi. Kushilib keluvchi enterokolit amyobali yoki trixomonali etiologiyada bulsa, enteroseptol kullaniladi. Agar lyambliyalar chiksa trixopolni 0,25 gr.dan kuniga 3 maxal kullash kerak. Nitrofuran guruxi xam kullaniladi. Xolitsistokinetiklar xam ishlatiladi, bu preparatlar ut pufagining mushakli kiskarishini oshiradi magniy sulfatning konsentrlangan suyukligi, olivkali, kungabokar moyi va xoleretiklar kullaniladilar ut sekretsiyasini ta'sirlaydi alloxol, xolenzim, xolagon, dexolin. xolasos, makkajuxori popugi, dexolin xoleretik va xoletsistokinetik ta'sirga ega. Kalkulyoz xoletsistitda va liskineziyaning gipertonik formasida xoletsistokinetik preparatlar kullaniladi. Ular ut pufagi atoniyasi uchun effektdir. Ut pufagi gipotoniyasida olivkali yog, dexolin 0,25 gr.dan Nikolin – 2 tabletkadan kuniga 4 maxal ichiladi. Ut pufagida dimlanish kuzatilsa, zol orkali 12 barmokli ichakka magniy sulfat suyukligi bilan yuviladi. Sorbit, ksilit (10gr.dan kuniga 3 maxal), makkajuxori popugi, xolosas, bessmertnik, ut choyi beriladi. Ogrik bulsa, ogrik koldiruvchi va spazmolitik moddalardan (atropin sulfat, metatsin, pagaverin gidroxlorid, promedol) tavsiya kilinadi. Promedolni kullash, jigar-oshkozon osti ampluasini kiskarishiga olib keladi va bundan

reaktiv pankreatit xolati kelib chikadi, shuning uchun uni atropin sulfat bilan birga kullash kerak. Agar kusish bulsa teri ostiga 0,5-1,0 ml.dan, 2,5 li aminazin suyukligi, tomir ichiga 10 ml 0,25 li novokain suyukligi yuboriladi. Poliklinika sharoitida parhez va rejimga e'tibor bergan xolda ut pufagini sistemali drenajlash kerak, buni ut moddalar, duodnal zondlash yordamida ut yullarini yuvish (zondsiz dyubaj) xolida amalga oshirish kerak. Zarur xollarda antibakterial davo olib boriladi. Surunkali xoletsistitni davolash uchun profilaktik kurslar utkazish effektiv xisoblanadi. Gipo va atonik diskineziya formasida sistemali davolovchi badantarbiya asosiy davo chorasi xisoblanadi.

Surunkali xolitsistitni kurortda davolashda balchik applikasiya mineral vannalar, fizioterapevt muolajalar (diametriya, diatermiya, induktoterapiya, ut ufagi soxasida UVCHdan) foydalaniladi. Ogrik sindromi, ut ajralishining buzilishi belgilari yukligida, yalliklanishda kaytalanish norma yoki past subfebril xarorat, ROE 30 mm soatdan oshmagan xollarda fizioterapevtik davo choralari kuriladi. Mineral suv ichib ut pufagini intraduodenal yuvish. Oshkozoning yukori sekretsiyasi vaktida ishkorli suv «Borjom» tipida kullash mumkin. Mineral suvlarni isitgan xolda kullash kerak. Gipo yoki atonik diskineziya formasida yukori mineralizatsiyasi ishkorli suvdan (Essentuki №17, Arzni, Batalik) 1 stakan dan kuniga 3 maxal sovuk yoki ilik xolda 30 minut ovkatdan oldin foydalaniladi. Diskineziyani gipertonik formasida xam konsratsiyali tuz va juda past gazli mineral suvlar «Essentuki №4», «Essentuki №20», «Slavyanskaya», «Smirnovskaya» kullaniladi. Bu xolarda suv issik xolda 5-6martadan ichiladi.

PROFILAKTIKASI.

Kasallikni ogoxlantirish uchun, unga semirmaslik, rejim, sport bilan shugullanish kerak, etarli jismoniy aktivlik kabziyatning profilaktikasi, infeksiya uchoklarini intensiv davolash uz vaktida diskineziya va xazm kilish a'zosining boshka kasalliklarini uz vaktida davolashlar kiradi.

Jigar sirrozi (JS) – turli etiologiyali jigarning surunkali diffuz kasalligi bo'lib, fibroz va jigar me'yoriy arxitektonikasini qayta qurilishi bilan tavsiflanuvchi, portal gipertenziya va gepatotsitlar etishmovchiligi belgilari bilan kechuvchi struktur anomal tugunlar paydo bo'lishi bilan namoyon bo'ladi.

Etiologiyasi:

1. SG ning virusli, autoimmun, alkogoli, dorili va boshqa shakllari
2. Yirik o't yo'llarini obturatsion shikastlanishlari
3. Jigardan venoz qon oqimini buzilishi (qonning dimlanishi)
4. Metabolizmning tug'ma buzilishlari (gemoxromatoz, glikogenozlar, muokvissedozlar)
5. Parazitar kasalliklar (exinokokkoz va b.)
6. Kriptogen JS (20-40% xollar JS sababi noaniq).

Patogenezi:

1. Etiologik omillar ta'sirida jigar xujayralari nekrozini qayta-qayta ro'y berishi
2. Jigar retikulin asosini kollapsi, chandiqlar paydo bo'lishi
3. Parenximaning saqlanib qolgan qismida qon aylanishni buzilishi
4. Saqlanib qolgan gepatotsitlarning regeneratsiyasini kuchayishi, tugunlar – regeneratolar xosil bo'lishi

Portal gipertenziyaga olib keluvchi qon oqib ketishini buzilishi

Tasnifi (klinik-morfologik)

Jigar sirrozi turlari:

1. Portal (yoki mikromodulyar)
2. Postnekrotik (kata tugunli)
3. Billiar
4. Aralash (mikromakromodulyar)

Rivojlanish boshqichlari:

1. Boshlang'ich
2. Kompensatsiya
3. Dekompensatsiya

Sirrozlarning simptomatologiyasi

1. JS boshlang'ich belgilari – ishtaxaning pasayishi, astenik sindrom, o'ng qovurg'a soxasida og'irlik va og'riq, ichak va me'da dispepsiya belgilari, gepatomegaliya, splenomealiya
2. Isitma
3. Xoleztaz belgilari
4. SHilliq qavat, terining shikastlanishi – barmoqlar “baraban tayoqchasi”, tirnoqlar “soat oynasi” ko'rinishida, tomir yulduzchalari (teleangioektaziya), teri osti petexiyalri, “laklangan” til.
5. Elka kamari va qovurg'alar mushaklari atrofiyasi
6. YUrak-qon tomir tizidagi o'zgarishlar
7. Ovqat xazm qilish tizidagi o'zgarishlar – so'rilish etishmovchiligi sindromi, me'da va 12 barmoq ichak eroziya va yaralari, surunkali pankreatit
8. Endokrin buzilishlar – ginekomastiya, tuxumdonlar atrofiyasi, impotensiya, amenoreya, dismenoreya, bepushtlik yoki bola tashlash, qandli diabet
9. Anemik sindrom (V12, folat kislota etishmovchiligi, qon ketish)
10. Jigar ensefalopatiyasi
11. Portal gipertenziya – kompensatsiya va dekomensatsiya davrlari.

Sirrozning turli shakllarini farqlanuvchi belgilari

Postnekrotik sirroz – gepatotsitlar keng qamrovli nekrozi oqibatida kelib chiqadi (ko'pincha SGV o'tkazgan bemorlarda). Jigar kattalashgan yoki kichiklashgan, jigar etishmovchiligi belgilari, xolsizlik, ish qobiliyatini pasayishi, qonda gipoproteinemiya (asosan gipoalbuminemiya), gipofibrinogenemiya, gipoprotrombinemiya, ba'zan gemorragik diatez belgilari.

Portal sirroz – virusli gepatit, alkogolizm, etarli miqdorda ovqatlanmaslik natijasida ko'proq yuzaga kelsa, nisbatan kamroq boshqa sabablar bo'lishi mumkin. Uning xususiyati bo'lib jigar devorlarini masiv tarzda biriktiruvchi to'qima bilan o'sib borishi, portal venaning jigar ichki tarmoqlarida qon aylanishini buzilishi xisoblanadi. Kasallik belgilari portal gipertenziya bilan belgilanadi, assin paydo bo'ladi, gemoroidal, qizilo'ngach va me'da kardial qismi venalari, xamda teri osti kindik atrofi venalari (“Meduza boshi”) kengayishi kuzatiladi.

Sariqlik va laborator-biokimyoviy o'zgarishlar nisbatan kech muddatlarda yuzaga keladi, eng ko'p tarqalgan asoratlari bu qizilo'ngach va me'dadan, gemoroidal venalardan profuz qon ketishdir.

Billiar sirroz – uzoq muddatli xolestaz negizida yuzaga keladi va erta sariqlik paydo bo'lishi, giperbilirubinemiya, terida qichishish, isitma bilan namoyon bo'ladi. Qon zardobida ishqoriy fosfataza va xolesterin, ba'zan gammaglobulin miqdori ko'payadi.

Aralash sirroz – eng ko'p uchrab, yuqorida sanab o'tilgan sirroz turlarida uchrovchi klinik-laborator belgilar bilan namoyon bo'ladi.

Jigar sirrozlari tashxisi

Tashxis klinik manzara, laborator ma'lumotlar asosida qo'yiladi.

Biokimyoviy ko'rsatkichlar bo'yicha mezenximal-yallig'lanishli, sitolitik sindrom, jigar etishmovchiligi belgilari – bilirubin miqdorini ortishi, albuminlarni kamayishi, qon ivish ko'rsatkichlarini, xolesterinni kamayishi bilan kechadi. Anemiya. Portal gipertenziyaning UZT belgilari. Jigar biopati morfologiyasi. Boshqa gepatopatiyalar bilan taqqosiy tashxis (surunkali gepatit, gepatoz, gemoxromatoz va boshqalar), xamda kasallikning klinik-morfologik shakli punksiya biopsiya, exografiya va jigarni skanirlash bilan tasdiqlanadi. Bariy sulfat bilan rengenoskopiyada esa qizilo'ngach venalari kengayishini aniqlash mumkin. SHubxali xolatlarda laporoskopiya, splenoportografiya, angiografiya, KT qo'llaniladi.

Nazorat savollari:

1. Surunkali gepatit: etiologiya, klassifikatsiya, asoratlari, klinika, diagnostika, davolash.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Bobojonov S.N. Ichki kasalliklar. Toshkent, 2004 yil. Darslik
2. Gadaev A.G., Axmedov X. Ichki kasalliklar. Toshkent. 2013
3. Gadaev A.G., Axmedov X. Umumiy amaliyot vrachlari uchun amaliy ko'nikmalar toplami. Toshkent. 2010
4. Okorokov A.N. Lechenie bolezney vnutrennix organov. Moskva, 2005g.
5. Okorokov. A.N., Diagnostika bolezney vnutrennix organov. Moskva 2005g.
6. Spravochnik – putevoditel praktikuyushchego vracha. 2000 bolezney ot A do YA GEOTAR. Meditsina. M. 2000g.

MAVZU 8. SIYDIK AYIRUV TIZIMI KASALLIGI. O'TKIR VA SURUNKALI PIELONEFRIT. ULARNING TURLARI, KLINIK KECHUVI, DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH TAMOYILLARI.

Reja:

1.Siydik ayiruv tizimi kasalligi. Utkir va surunkali pielonefrit. Kasallikning etiologiyasi, patogenezini, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpritatsiya qilish, davolash prinsipi va profilaktikasi.

Kalitli so'zlar: pielonefrit, glomerulonefrit, buyrak etishmovchiligi

Surunkali pielonefrit buyrakning oralik (interstitsial) tukimasining bakteriyalar ta'siri tufayli uziga xos surunkali yalliglanishi bulib, buyrak jomlari va parenximasi xam shikastlanadi. Kupchilik xollarda surunkali pielonefrit utkir pielonefritning okibati buladi.

Sababi va rivojlanish jarayoni. Surunkali pielonefritni ichak tayokchasi va enterokokklar keltirib chikaradi. Siydik ekib kurilganda, bulardan tashkari, streptokokk, stafilokokk, vulrap protey, shuningdek xilma-xil boshka mikroblar topiladi. Surunkali pielonefritda aksariyat bir necha xil mikroblar topiladi. Siydikdagi mikroblar turi va mikroblarga antibiotiklarning ta'siri kasallikni davolash jarayonida uzgarishi mumkin.

Infeksiya buyrakka 3 yul orkali kiradi:

1. Kon orkali.
2. Siydik chikaruvchi yullarining devori orkali.
3. Siydik kopi — siydik chikarish naychasi refluyuksi natijasida.

Siydik yullarining infeksiyasi kasallikning avj olishiga yul ochadi. Pielonefrit ba'zan zimdan utadigan interstitsial nefritdan keyin xam boshlanadi. Endogen va ekzogen zaxarlar ayrim dori moddalari ta'siri ostida xam vujudga kelishi mumkin. Autoimmun uzgarishlar pielonefrit – rivoilanishiga turtki buladi. Pielonefrit keltirib chikaruvchi omillardan biri siydik yulida tusiklar paydo bulishidir (buyrak toshi, siydik yulining toshi yoki uning torayib kolishi, kiyshayishi) unga tashkaridan usmalarning bosishi, siydik ajratish yullarining gayritabiyligi pielonefrit keltiruvchi omillardan xisoblanadi. Pielonefrit kandli diabet, podagra, kolit, prostatitga chalingan surunkali kasallarda, xomilador aellarda kupok uchraydi.

Patologik anatomiyasi. Surunkali pielonefrit uchun patologik jarayonning buyrak jomi va buyrakning miya kavatida pustlok kavati tomoniga karab tarkalib borishi xarakterlidir. Pirovardida shikastlangan buyraklar agadir-budur, bujmaygan, ancha kichiklashgan buladi. Buyrak massasi 50 — 60 g gacha kamayib ketishi mumkin. Buyrak tukimasining xar er-xar erida kapsulaga uralgan yalliglanish uchoklari saklanib koladi.



Клиник manzarasi. Kasallikning belgilari uning turiga va boskichiga, kanday utaetganiga, dardning bir yoki ikkala buyrakka tarkalغانligiga, siydik yullari utkazuvchanligining nechogli buzilganligiga boglikdir. Surunkali pielonefritning turt turi tafovut kilnadi:

- 1) yashirin, ya'ni zimdan utadigan;
- 2) kuzib turadigan;
- 3) kon bosimi oshadigan
- 4) azotemik turlari.

Yashirin turi klinik belgilarining juda xam kam bchlishi bilan ifodalanadi. Kasallar umumiy darmonsizlik, tez charchab kolish, ba'zan subfebril xaroratdan noliydilar. Ba'zan kasallarda siydik tez-tez, kam, achishib ajraladi. Pasternatskiy simptomu musbat bulib chikadi. Buyrak soxasidagi okrik kasallik kuznganda kuchayadi. Asta-sekin siydikning nisbiy zichligi pasayib boradi (1006 — 1008). Siydikni laboratoriyada tekshirganda arzamas darajada oksil ajralishi, kup ok kon tanachalarn va bakteriya ajralishi topiladi, Kakovskiy — Addis, Nechiporenko usulida tekshirish leykotsituriyani tasdiklaydi. Pielonefritning kaytalanadigan turi xammasidan kura kuprok, uchraydi. U remissiya (kasallikning kaytib kolgan) davri bilan kuzib turadigan davrlarining navbatlashib turishi bilan xarakterlanadi.

Xar xil sabablarga kura pielonefrit kaytalanishi mumkin. Kupincha gripdan keyny, sovuk kotganda, siydik yullari, kopchasi karta .yalliglanganda, bemor xolsizlanganda pielonefrit kaytalanadi. Kasallar bel soxasida galati sezgi borligi, dizurik siydik chikishining uzgarish xodisalari, tana xaroratining 37 — 38' S ga kutarilayotganidan noliydilar. Kasallik zurayib borgan sayin kon bosymi kutarilib boradi (180/100 dan 250/140 gacha). Ayniksa diastolik bosim uzgarmay baland bulib turadi. Gipertoniya kelib chikishida renin — angiotenzin — aldosteron rol uynaydi. Siydikda oksil, leykotsitlar, silindrlar kupayadi, bakteriyalar, eritrotsitlar topiladi. Kasallik kuzigan davrda urtacha kamkrnlk rivojlanadi, eritrotsitlarning chukish tezligi (ECHT) tezlashib, 20 — 30 mm bulishi mumkin. Kopni tekshirganda neytrofil leykotsitoz topiladi. Kon bosimining oshish turi: kafakonga xos belgilar bilan namoyon buladi (bosh ogrigi, bosh aylanishi, xansirash, yurak soxasining ogrib turnshi), ba'zan siydikdagi uzgarishlar vakti-vaktida namoyon bulib turadi. Ana shu davrda kon bosimining baland bulishi surunkali pielonefritning yagona belgisi xisoblanadi. Kon bosimi tursun balandlashgan buladi va yomon okibatlariga olib boradi. Asta-sekin oylar, yillar utgandan keyin, buyrak etishmovchiligi boshlanadi. Azotemiya boshlanadi, konda — koldik azot, mochevina, kreatinin normadan oshib ketadi, surunkali buyrak etishmovchiligi avj oladi. Kungil aynishi, kusish, xolsizlik, ozib ketish va laboratoriya tekshirishlarida olinadigan ma'lumotlar buyrak stishmovchiligi uchun xos buladi. SHular jumlasiga poliuriya, gigoizostenuriya, nikturiyal

pollakiuriya kiradi. Proteinuriya, gematuriya, leykotsituriya, silindruriya bilinar-bilinmas buladi. Azotemiya esa turgun bulib, kupayib boradi.

Kechishi. Surunkali pielonefrit 10 — 15 yilgacha. davom etadi va bundan kura kuprokka chuziladi. Fakt utishi bilan yalliglanish jarayoni buyrakdagi kanalcha va koptokcha apparatiniyig balok bulishi va buyraklarning bujmayib kolishiga olib keladi. Kasallikning oxirgi davrida surunkali buyrak etishmovchiligi avj oladi. Pielonefritda surunkali uremiyaning utishi surunkali glomerulonefritdagidan kura sustrok, zurayib borishi bilan ajralib turadi. Zur berib davo kilinadigan bulsa, uremiya xam kaytib ketishi mumkin. Surunkali pielonefrit diagnostikasi anamnez ma'lumotlariga, klinik utish xususiyatlariga, siydikni laboratoriyada taxlil kilish, rentgenologik va radioizotop yulp bilan tekshirish natijalariga asoslanadi.

Surunkali pielonefritga gumon tugilganda siydikni takror-takror tekshirib kurish zarur. SHU jixatidan olganda Kakovskiy-Addis yoki Nechiporenko usuli buyicha siydik chukmasida leukotsitlar mikdorini tekshirish pielonefritning uziga xos belgisi bulmish leykotsituriyani anikla~dga imkon beradi. Surunkali pielonefritni tasdiklovchi yana bir belgisi siydikda xarakatchan leykotsitlar — SHterngeymer — Malbin tanachalarining topilishidir Bu leykotsitlar addis tekshiruv natijasida topilmasa, bemor tomiriga 20 ml prednizolon yuborib bir soat davomida siydik bilan ajraladigan leykotsitlar soni sanaladi. Agar leykotsitlar soni 0,4 10⁶/l va undan kunrok bulsa surunkali pielonefrit diagnozini kuiish mumkin. Rentgenologik usullar ichida ekskretor urografiya va retrogradli pielografiya tula axborot beradi. Ieir tomondan buyrak shikastlangan maxalda 1 gippuran bilan renografiya kilish shikastlanish darajasini aniklashga imkon beradi. Ultratovush yordamida tekshirib buyrak jom-kosa kismida tukimalar zichlashgani, jom va kosachalar kengayib kinomir-kiyshik xolga kelganinikurish' mumkin. Siydik chukmasidan ekib kurish kasallik chakirgan bakteriyalarni aniklashga va ularning kaysi dorilarga sezgirligini aniklashga yordam beradi.

Solishtirma tashxisi. Surunkali pielonefritni surunkali glomerulonefrit, buyrak amiloidozi bilan farqlash kerak.

Siydik chikarish yullaridagi maxalliy uzgarishlarns bartaraf etish, organizm reaktivligini kuchaytirish, utkir pielonefritni tulik davolash-surunkali pielonefritning oldini oladigan omillardandir. Xomilador ayollarda kup uchraydigan belgisiz bakteriuriyaga axamiyat berish lozim.

Davosi. Kasallik kuznb kolgan xollarda bemorlar kasalxonaga joylashtiriladi. Surunkali pielonefritning xamma turlarida utkir taomlar, tabiiy kafe, ichkilik ichish taiiklanadi. Ovkat kaloriyali va vitaminlarga serob bulishi kerak. Ichiladigan suyuqlik mikdori kuniga kamida 2 l bulishi lazim. Tuz iste'moli birmuncha cheklanadi (kuniga 2 g gacha). Gipertoniya mudom saklanib turaversa, kishiga fakat meva eyish kunlari buyuriladi. Kamkonlikda sabzavot, temirga boy masalliklar ratsionga kushiladi (olma, anor). Davoning asosiy yunalishi (antibakterial) bakteriyalarga karshi usuldir. Antibakterial preparatni tanlashda siydikni ekib kuriladi. Kanday bakteriyalar borligi aniklanadi. Ana shu mikroblart~ng antibiotiklarga sezgirligi tekshirib kurilgandan keyin kerakli antibiotik tanlash zarur. Davolashni penitsillinni katta dozada yuborishdan boshlash lozim. Kasallikning engil formalarida bir xafta davomida kuniga 4-6 g dan sulfanilamidlar kullaniladi (urosulfan). Nafi bulmasa antibiotiklar — penitsillin, eritromitsin, tetratsiklin, levomitsetin, sefamizin, kefzol, kloforan va boshkalar buyuriladi. Nitrofuran birikmalari (furazolidon, furodonin, furozolin) ishlatiladigan bulsa, yaxshi natija olinadi. Bular 7 — 10 kun davomida 0,1 - 0,15 r dan kuniga 3-4 maxal berib turiladi. Antibiotiklar bilan birgalikda negram, nevigramon, 5-NOK xam ishlatiladi. Bakteriyalarga karshi davo kilib borish bilan bir vaktda V, S, A vitaminlari ishlatiladi. Gipertoniya bulsa kon bosimini tushiradigan gipotenziv dorilar buyuriladi. Erdamchi davu usuli sanatoriy-kurortlarda davolanishdir. Balneologik kurortlar: Morshin, Truskavets, Essentuki, Jelesnovodsk, Bayramali, Buxoro balneologik kurortlari yaxshi erdam kiladi, bularda bsmorlar kam mineralli suv ichadilar, ularga balneoterapiya va fieioterapevtik muolajalar kilinadi. Kasalda anchagina gipertoniya, sezilarli anemiya, buyrak etishmovchiligv bulsa sanatoriy-kurort davolari tavsiya etilmaydi. Agar surunkali pielonefrit bir buyrakda bulsa kursatma bilan buyrak operatsiya kilinib olib tashlansa bemor butkul tuzalib ketishi mumkin.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Bobojonov S.N. Ichki kasalliklar. Toshkent, 2004 yil. Darslik
2. Gadaev A.G., Axmedov X. Ichki kasalliklar. Toshkent. 2013
3. Gadaev A.G., Axmedov X. Umumiy amaliyot vrachlari uchun amaliy ko'nikmalar toplami. Toshkent. 2010
4. Okorokov A.N. Lechenie bolezney vnutrennix organov. Moskva, 2005g.
5. Okorokov. A.N., Diagnostika bolezney vnutrennix organov. Moskva 2005g.
6. Spravochnik – putevoditel praktikuyushchego vracha. 2000 bolezney ot A do YA GEOTAR. Meditsina. M. 2000g.

MAVZU 9. ICHKI SEKRETSIYA BEZLARINI KASALLIKLARI. QALAONSIMON BEZ KASALLIGI. QANDLI DIABET. KLINIK KECHUVI, DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH TAMOYILLARI.

Reja:

1. Qalaonsimon bez kasalligi. klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.
2. Qandli diabet. klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

Kalitli so'zlar: Qandli diabet, gipoterioz

Qandli diabet

Qandli diabet (xalq orasida «saxar kasalligi» deb ham aytiladi) — tanada uglevod va suv almashinuvining buzilishidir. Bu kasallik me'da osti bezi funksiyasi buzilishi oqibati hisoblanadi. Me'da osti bezi insulin gormonini ishlab chiqaradi. Insulin qandni qayta ishlashda qatnashadi. Bu gormonsiz organizm qondagi glyukoza miqdorini me'yorda ushlab tura olmaydi va uning miqdori oshib ketadi. Natijada organizm ortiqcha glyukozani siydik orqali chiqarib yuborishi kuzatiladi.

Bu holat bilan parallel ravishda suv almashinuvi ham buziladi. To'qimalarda suvni ushlab turish xususiyati pasayadi va natijada suv ko'p miqdorda buyraklar orqali chiqib ketadi.



Qandli diabet kasalligi nima?

Agar kishi qonida shakar (glyukoza) miqdori me'yordan oshib ketgan bo'lsa, bu kasallik — **qandli diabetning** birinchi alomati hisoblanadi. Inson tanasida insulin ishlab chiqarish uchun me'da osti bezi hujayralari (beta-hujayralar) javobgar. Bir vaqting o'zida insulin hujayralarga glyukozani o'zlashtirishga ham yordam beradi. Qandli diabetda nima sodir bo'ladi? Tanada insulin kam miqdorda ishlab chiqariladi, qonda glyukoza miqdori yuqori bo'ladi, lekin shunga qaramay hujayralarga glyukoza yetishmasligi boshlanadi.

Bu metabolik kasallik irsiy yoki orttirilgan bo'ishi mumkin. Insulin yetishmasligida terida yiringli va boshqa teri kasalliklari paydo bo'lishi, tishlar, buyrak, asab tizimi shikastlanishi, ateroskleroz, stenokardiya, gipertoniya rivojlanishi, ko'rishning buzilishi kabi ikkilamchi patologiyalar kuzatiladi.

Etiologiyasi va patogenezini

Diabetni patogenetik asoslari kasallik turiga bog'liq bo'ladi. Bir-biridan tubdan farq qiluvchi uning ikki turi farqlanadi. Zamonaviy endokrinologiya kasallikning tasniflanishi shartli deb atasa ham, kasallikning har bir turida davolash strategiyasini belgilash muhim ahamiyatga ega. Bu ularning har birida alohida-alohida to'xtalishni talab qiladi.

Umuman, qandli diabet, aslida metabolik kasalliklar turiga kiradi. Bu vaqtda faqat uglevod almashinuvi buziladi. Bu ko'rsatkich **giperqlikemiya** deyiladi. Muammoning eng muhim asosi to'qima bilan insulin o'zaro ta'sirlashuvi buzilishi hisoblanadi. Glyukoza tana hayot jarayonlarini davom ettirish uchun asosiy energiya substrati sifatida kerak. To'qimalarga glyukozaning o'tmasligi, glyukozaning glikogen sifatida jigarda depo bo'lib to'planmasligi uning qondagi miqdorini oshishiga sabab bo'ladi. Ana shu o'zgarishlar qandli diabet nomini olgan.

Shuni bilish kerakki, har qanday giperqlikemiya haqiqiy diabet emas, faqat insulin ta'sirida kechadigan o'zgarishlar diabet deyiladi.

Kasallik rivojlanishida quyidagi omillar ta'sir o'tkazadi:

• Feoxromositoma — buyrak usti bezi o'simtasi, natijada insulinga aks ta'sir etuvchi gormonlar ko'p ishlab chiqariladi;

• Buyrak usti bezlari giperfaolligi (giperkortitsizm);

• Gipertireoz;

• Jigar sirrozi;

• Uglevodlarga sezuvchanlik buzilishi;

• Vaqtincha giperqlikemiya — qonda glyukoza miqdorining vaqtinchalik oshishi.

Bunday holatlarda ikkilamchi qandli diabet yuzaga keladi va asosiy omil bartaraf etilganda diabet ham o'z-o'zidan yo'qoladi, lekin bu omillarning uzoq vaqt davomida ta'sir etishi birlamchi diabetga olib kelishi mumkin.

Nima uchun kasallikni ikki turga bo'lishadi?

Kasallikni turlash muhim hisoblanadi, chunki bu kasallikning turlari boshlang'ich davrda bir-biridan tubdan farq qiladi va davolash ham shunga qarab belgilanadi. Kasallik qancha uzoq davom etaversa, uni davolash usullari bir-birga o'xshab ketaveradi.

1-tip diabet

Shuningdek insulinga bog'liq diabet deyiladi. Ko'pincha yoshlar, 40 yoshgacha bo'lgan, ozg'in odamlar aziyat chekadi. Kasallik og'ir kechadi, davolash uchun insulin beriladi. Sababi: organizm me'da osti bezi hujayralarini yo'q qiluvchi antitana ishlab chiqaradi.

Diabetni 1-turidan butunlay davolanib bo'lmaydi, lekin ba'zi hollarda bez faoliyatini me'yorda ushlab turib, parhezga amal qilinsa, kasallik ortiqcha bezovta qilmaydi. Doimiy ravishda sun'iy insulin qabul qilish talab etiladi. Insulin oshqozon-ichak traktida parchalanib ketishi bois, u faqat inyektsiya orqali ovqatlanish vaqtida kiritiladi. Qat'iy parhezga amal qilib, ovqat ratsionidan yengil hazm bo'luvchi uglevodlarni (shakar, shirinliklar, mevali sharbatlar) butunlay chiqarib tashlash kerak.

2-tip diabet

Bu insulinga bog'liq bo'lmagan diabet deyiladi. Ko'pincha yoshi kattalar, to'laroq, 40 yoshdan o'tganlar aziyat chekadi. Sababi: hujayralarning oziq ko'pligidan insulinga ta'sirchanligining yo'qolishidir. Kasallikni davolashda har doim ham insulin kerak bo'lavermaydi. Faqatgina malakali shifokor davolash tartibini belgilay oladi.

Avvalo bunday bemorlarga parhez buyuriladi. Shifokor tavsiyasiga amal qilish muhim ahamiyatga ega. Tana vaznini me'yorga kelguncha asta-sekin, oyiga 2-3kg tushurib borish tavsiya etiladi. Parhezga amal qilmaganda qonda shakar miqdorini tushiruvchi dorilar, eng og'ir hollarda insulin buyuriladi.

Qondagi yuqori glyukoza miqdori qanday zarar yetkazadi?

Giperqlikemiya qancha uzoq davom etsa, kasallik shuncha og'ir kechadi. Bu organizmni qondagi glyukoza miqdorini kamaytirish uchun qo'llaydigan mexanizmlari tufayli sodir bo'ladi, ular:

1. Glyukozani yog'larga aylantirib saqlashi, natijada semirish yuzaga keladi;
2. Hujayra qobig'ini «glikolizlash», ya'ni qobiq tarkibidagi oqsillarga qand aralashishi;
3. Glyukozani sorbitol parchalash funktsiyasi faollashishi. Buning natijasida zaharli moddalar paydo bo'ladi va nerv hujayralari shikastlanadi;
4. Katta va kichik qon tomirlarini shikastlanishi. Bu oqsilning glikosilatsion progressiyasi va xolesterin to'planishi natijasida sodir bo'ladi. Natijada mikroangiopatiya yuzaga keladi.

Shunday qilib kasallik vaqt o'tishi bilan deyarli barcha organlarning shikastlanishiga olib keladi.

Qandli diabetning belgilari va alomatlari

Kasallik belgilari bosqichma-bosqich rivojlanadi va sekinlik bilan namoyon bo'la boshlaydi. Asosan qonda glyukoza miqdorining yuqori bo'lishi kuzatiladi. Bemorlarda kasallik paydo bo'la boshlanganida:

- Og'izning doimiy qurishi;
- Qondirib bo'lmas chanqoqlik;
- Kunlik siydik ajralishining oshishi;
- Tana vaznining kamayishi yoki birdan oshib ketishi;
- Kuchli teri qichishi va quruqlashishi;
- Teri va yumshoq to'qimalarda yiringli yarachalar paydo bo'lishi;
- Mushaklarning kuchsizligi va haddan tashqari terlash;
- Har qanday yaralarning qiyin bitib ketishi;

Bu belgilar uchraganda shifokor huzuriga borish tavsiya etiladi. Kasallik jiddiy asoratlar qoldirishi va koma holatigacha olib borishi mumkin. Kasallik asoratlariga:

- Ko'rishning buzilishi;
- Bosh og'rig'i va aqliy faoliyat pasayishi;
- Yurak og'rig'i, jigarning kattalashishi;
- Oyoqlardagi og'riq va yurishning buzilishi;
- Teri, ayniqsa, oyoqlarda sezgirlik kamayishi;
- Yaralar paydo bo'lishi;
- Qon bosimining oshishi;
- Yuz va oyoq shishishi;
- Kasaldan atseton hidi kelishi;
- Bosh aylanishi.

Qandli diabet rivojlanishi sabablari

Kasallikning rivojlanishining asosiy sabablariga:

1. **Irsiyat.** Albatta, kasallik ta'sir etuvchi omillar bo'lmaganda rivojlanmaydi, lekin moyillik yuqori bo'ladi.
 2. **Semizlik.** Ortiqcha vazn ikkinchi turdagi diabet shakllanishiga olib keladi.
 3. **Kasalliklar.** Insulin ishlab chiqarish uchun javobgar beta hujayralarini shikastlanishiga olib keluvchi kasalliklar. Ularga pankreatit, me'da osti bezi saratoni, boshqa endokrin bezlar kasalliklari kiradi.
 4. **Virusli infeksiyalar** (qizamiq, suvchechak, yuqumli gepatit va boshqa kasalliklar). Ushbu infeksiyalari diabet rivojlanishiga hissa qo'shadi. Ayniqsa, xavf ostida bo'lgan odamlar uchun.
 5. **Asabiylashish, stress.** Stress, asabiylashishdan yiroq bo'lish tavsiya etiladi.
 6. **Yoshi.** Yosh ortishi bilan har o'n yilda diabet rivojlanish xavfi ikki baravar ortadi.
- Bu ro'yxatga ikkilamchi diabet chaqirishi mumkin bo'lgan omillar kiritilmagan, chunki asosiy omil bartaraf etilganda kasallik ham tuzalib ketadi.

Diabet tashxisi

Agar kasallik mavjudligiga shubha bo'lsa uni tasdiqlash yoki inkor qilish kerak bo'ladi. Buning uchun bir qator laboratoriya va instrumental usullar bor va bu tahlillar yordamida kasallikka aniq tashxis qo'yilishi mumkin. Ularga:

- Qonda glyukoza miqdori — och qolganda glyukoza miqdorini aniqlash;
- Glyukozaga sezuvchanlik sinovi — och holatda va ovqatdan keyin ikki soat o'tib qondagi glyukoza miqdorini solishtirish;

- Glikemik kuzatuv — kun davomida qondagi qand miqdorini bir necha bor tahlil qilish.

Davolash samarasini o'rganish uchun qo'llaniladi;

- Siydikda glyukoza, oqsil, oq qon hujayralari mavjudligini tekshirish;

- Siydikda atseton mavjudligini tekshirish;

- Qonda glikolizlangan gemoglobin miqdorini aniqlash

- Qonning biokimyoviy tahlili;

- Qondagi endogen insulinni aniqlash;

- EKG — diabetdan miokard ko'rgan zararni aniqlash uchun;

- UTT, kapilyaroskopiya kabilar yordamida qon tomirlar shikastlanish darajasi o'rganiladi.

Diabet bilan kasallangan barcha bemorlar quyidagi mutaxassislar bilan maslahatlashishi kerak:

1. Endokrinolog;

2. Kardiolog;

3. Nevrolog;

4. Oftalmolog;

5. Jarroh;

Qondagi qand miqori ko'rsatkichlari

Davolash paytida diabet va uni dinamik baholash, tashxis qo'yish uchun birinchi usul qonda glyukoza (shakar) darajasini o'rganish hisoblanadi. Davolash va keyingi harakat ana shu ko'rsatkichga qarab tayinlanadi.

Mutaxassislar kasallikni o'rganish jarayonida aniq ko'rsatkichlar jadvalini tuzib chiqshgan. Bu miqdor ko'rsatkichlari nafaqat endokrinologlar, balki bemorlar uchun ham kerak bo'ladi.

Uglevod almashinuvi holati		Glyukoza miqdori
Me'yorda	Och qolganda	3,3-5,5 mmol/l
	Uglevod iste'mol qilingandan 2 soat o'tib	<7,8 mmol/l
Sezuvchanlik buzlishida	Och qolganda	5,5-6,7 mmol/l
	Uglevod iste'mol qilingandan 2 soat o'tib	7,8-11,1 mmol/l
Qandli diabetda	Och qolganda	>6,7 mmol/l
	Uglevod iste'mol qilingandan 2 soat o'tib	>11,1 mmol/l

Qandli diabetning diagnostika jadvalidan ko'rinib turibdiki, qondagi qand miqdorini aniqlash juda oddiy va uy sharoitida glikometr bilan o'lchansa ham bo'ladi. Xuddi shu tarzda, turli yo'llar bilan diabetni davolash va baholash mezonlarini ishlab chiqilgan.

Kasallik darajalari

Kasallikni jiddiyligiga qarab tasniflash juda muhim sanaladi. Asosan glikemiya darajasiga qarab farqlanadi. Darajalanish tashxis qo'yishda yordam beradi va asoratlarni oldini olishda muhim rol o'ynaydi. Tibbiy yozuvlarga qarab kasallik qanday kechayotganini, asoratlar og'ir-yengilligini bilib, farqlash mumkin.

1-daraja

Kasallanish orasida eng yaxshi ko'rsatkich hisobanib, har qanday davolash jarayoni kasallikni ana shu darajaga tushirishga qaratilgan bo'ladi. Qand miqdori insulin bilan butunlay qoplanadi, glyukoza darajasi 6-7 mmol / l atrofida, **glyukozuriya** (glyukozani siydik bilan ajratish) uchramaydi, boshqa ko'rsatkichlar ham me'yorda.

Kasallik fonida rivojlangan kasalliklar uchramaydi, asoratlar yo'q. Bunday natijaga davolash kursiga to'liq amal qilish va parhez tutish yordamida erishiladi.

2-daraja

Bu darajada insulin qand miqdorini biroz qoplay olmayotganidan dalolat beradi. Ko'zlar, buyraklar, yurak, qon tomirlari, oyoqlarda, nervlarda shikastlanishlar mavjud bo'ladi.

Qonda glyukoza miqdori biroz oshgan va 7-10 mmol / l atrofida bo'ladi, glyukozuriya uchramaydi. Boshqa ko'rsatkichlar ham biroz me'yordan oshgan bo'ladi.

3-daraja

Bu darajada kasallik faol rivojlanayotgani va uni dori-darmonlar bilan ushlab turib bo'lmasligi kuzatiladi. Glyukoza miqdor 3-14 mmol / l atrofida, glyukozuriya doimiy bo'ladi, yuqori proteinuriya kuzatiladi, shikastlangan organlar asta-sekin belgi berishni boshlaydi.

Ko'rish o'tkirligi tez pasayib ketadi, gipertoniya kuzatiladi, oyoqlarda va barmoq uchlarida sezuvchanlik kamayadi.

4-daraja

Bu darajada mutlaq dekompensatsiya kuzatiladi va qilgan muolajalar (agar bo'lsa) umuman foyda bermayotganidan dalolat beradi. Shunday qilib glyukoza miqdori jiddiy raqamlargacha (15-25 va undan ko'p mmol / l) ko'tariladi, qand miqdorini tushirishga urinish yaxshi samara bermaydi.

Siydik orqali oqsil ajralishi yanada faollashadi. Buyraklar yetishmovchiligi yuzaga keladi, terida yaralar va gangrena uchrashi mumkin. Komaga tushish xavfi o'ta yuqori.

Kasallik oqibatlari va asoratlari

O'z-o'zidan diabet inson hayoti uchun xavfli emas. Uning asoratlari va oqibatlari xavfli hisoblanad. Eng ko'p uchraydigan asoratlarga to'xtalib o'tamiz.

Diabetik neyropatiya

Bu qo'l-oyoqlarning og'rishi, achishi yoki sezuvchanligini pasayib ketishi bilan namoyon bo'ladi. Sababi nerv to'qimalarining oziqlanishi buzilishidir. Nerv faoliyatini tiklash uchun tiokta kislotasi saqlagan preparatlar yordam beradi. U tanadagi uglevod va lipid almashinuvini tiklaydi va asab to'qimalarining fiziologik jarayonlari normallashtiradi.

Koma

Koma juda tez rivojlanishi mumkin. Eng keng tarqalgan diabetik koma — ketoatsidotik komadir. Bu qondagi zaharli moddalarning miqdori yuqoriligi natijasida kelib chiqadi va bunday hollarda zudlik bilan bemorga tibbiy yordam ko'rsatilishi shart.

Shishlar

Shishlar mahalliy va umumiy bo'lishi mumkin. Aslida, bu alomat buyrak disfunktsiyasi (yetishmovchiligi) ko'rsatkichi hisoblanadi.

Qon bosimining o'zgarishi

Qandli diabetda qon bosimi ko'tarilishi yoki tushib ketishi mumkin. U yurak yetishmovchiligiga buyraklarning disfunktsiyasi natijasidir.

Gangrena

Angiopatiya natijasida qon aylanishi buzilishi kuzatiladi. Uzoq vaqt davom etgan hollarda tananing oxiri qismlarida gangrenalar yuzaga kelishi mumkin. Bu qaytarilmas jarayon bo'lib, gangrena bo'lgan qism amputatsiya qilinishi talab etiladi.

Diabetning oldini olish uchun

Afsuski, ko'p holatlarda birinchi turdagi diabetni oldini olish mushkuldir. Chunki uning asosiy sabablari irsiy omillar va kichik viruslardir. Lekin kasallik hammadam rivojlanavermaydi. Olimlar ko'krak suti bilan ko'proq oziqlangan bolalarda qandli diabet kamroq uchrashini ta'kidlashadi, ammo bu hali isbotlanmagan.

Ikkinchi turdagi diabetda esa umuman boshqacha holat. Chunki u noto'g'ri ovqatlanish va hayot tarzi natijasida shakllanadi, shuning uchun profilaktik chora-tadbirlarni qo'llasa bo'ladi, demak:

- Tana vaznini normallashtirish;
- Qon bosimi va yog'lar almashinuvining nazorat qilish;
- Yengil hazm bo'ladigan ovaqat iste'mol qilish;

- Jismoniy faollikka amal qilish va shu bilan birga haddan ziyod zo'riqishlardan o'zini tiyish.

Qandli diabetni davolash mumkinmi?

Bu juda bahsli masala, bugungi kunda qandli diabetni to'liq davolash imkoniyatlari faol izlanishlar ostida. Qiyinchiligi shikastlangan organlarni tiklashdadir. Ikkinchi turdagi diabetni butunlay davolashni iloji bor, parhez tutilib, tana vazni me'yorga keltirilsa kasallik butunlay yo'qolib ketadi. Bunda ovqatlanish va jismoniy faoliyat tartiblarini normallashtirish kerak. Ular buzilganda kasallik yana qaytalanadi.

Rasmiy tibbiyotga ko'ra — diabetni birinchi hamda ikkinchi turining chidamli shakllarini butunlay davolashni imkoni yo'q. Lekin doimiy nazorat ostida bo'lgan va shifokor tavsiyalariga amal qilingan holda kasallik asoratlarni oldini olish yoki butunlay cheklash mumkin. Zero kasallikni o'zi emas, asoratlari xavfli hisoblanadi.

Biroq, hayot har doim bir xil bo'lmaganidek, bu kasallikdan ochlik yordamida butunlay davolanib ketgan odamlar kam emas. Bu amaliyotni shifokor javobgarligi ostida o'tkazsa bo'ladi.

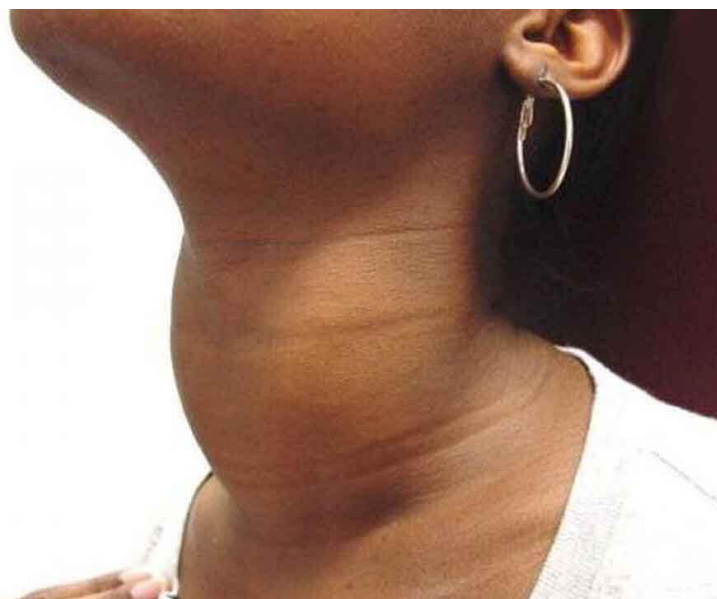
Zamonaviy tibbiyotda me'da osti beziga sun'iy moslama kiritib, diabetni muntazam ravishda nazorat qilish imkoniyati mavjud. Bu moslama avtomatik ravishda qonda qand miqorini o'lchaydi va kerak bo'lsa ma'lum miqdorda insulin ajratadi. Lekin sun'iy insulin hammaga ham bir xildek ta'sir qilmaganligi uchun bu usul ham hozircha o'z kamchiliklariga ega. Bir narsa aniq, tibbiyot to'xtab qolgan emas, izlanishlar doimo yangiliklarni kashf qilmoqda.

Buqoq kasalligi yoki zob — davolash, rivojlanish sabablari, oldini olish

Buqoq (Zob) qalqonsimon bezning kattalashishidir. Bu kasallik ko'pincha yod yetishmasligi kuzatiladigan mamlakatlarda keng tarqalgan, biroq, yod preparatlaridan ortiqcha foydalanish fonida yodning oshib ketishi natijasida ham rivojlanishi mumkin. Ayollarda ushbu kasallik erkaklarga qaraganda 5 marta ko'proq uchraydi. Paydo bo'lgan tugunlar qalqonsimon bez to'qimalarida shakllanadigan juda ko'p fibroz chandiqlardan iborat.

Qalqonsimon bez inson tanasida modda almashinuvini nazorat qilish markazi hisoblanadi. Uni ko'pincha sog'liq qo'riqchisi deb atashadi, chunki u biron qanday muammo yuz berishi bilan o'zini ham shunday tutadi: bezovtalanish, kayfiyatning yo'qligi, charchoq va uyquchanlik. Qalqonsimon bez bilan bog'liq muammolar ayollarda ko'proq uchrashi mumkin bo'lsada, erkaklarda ham bunday xastalik tez-tez qayd qilinadi.

Qalqonsimon bez bizning tanamizning eng muhim organlaridan biridir. Kichik hajmi va vazniga qaramasdan (taxminan 20 gramm), bu haqiqatan ham hayotiy energiya ishlab chiqaruvchi hisoblanadi. Qalqonsimon bez tiroksin, triyodotironin ishlab chiqaradi, bularsiz tanada energiyani ishlab chiqarish amalga oshmaydi. Bu energiya insonning barcha tizimlari va organlarning ishiga qaratilgan.



Buqoq kasalligida qalqonsimon bezning kattalashuvi

Qalqonsimon bez shuningdek, yurak faoliyatini, miya faoliyatini, yurak mushaklarning tonusini ham boshqaradi. Yosh o'tishi bilan ayollarda gormonal o'zgarishlar yuz beradi — klimaks davridan oldin va keyin. Shuning uchun bunday davrda qalqonsimon bez juda sezuvchan bo'lib, immun tizimining zaiflashuvi, yuqumli kasalliklar, yod yetishmasligi yoki ortiqchaligi, stresslarga tezda javob qaytaradi. Sog'lom hujayralarga qarshi kurashadigan antitanalarning patologik faollashuvi natijasida yosh o'tgani sayin ayollar autoimmun kasalliklarga ko'proq moyil bo'lib qolishadi. Ushbu antitanalar qalqonsimon bez faoliyatini ham sustlashtiradi. Natijada zaiflik, xotiraning pasayishi, shishlar, tana vaznining ortishi, terining quruqlashishi, sochlarning mo'rtligi, mushak og'riqlari va spazmlar, ich qotishlari kuzatiladi.

Mundarija: [Yashirish]

- 1 Etiologiya
 - 1.1 1. Gipotireoz:
 - 1.2 2. Gipertireoz:
- 2 Qalqonsimon bez kasalliklarini tasniflash
- 3 Buqoq belgilari va alomatlari
- 4 Buqoq (zob) rivojlanishi sabablari
 - 4.1 Bolalardagi buqoq (zob) kasalligi
- 5 Buqoq kasalligini tashxislash
- 6 Organizmdagi yod darajasini mustaqil aniqlash uchun testlar
- 7 Buqoq kasalligini davolash usullari
 - 7.1 Jarrohlik va radioaktiv yod
- 8 Buqoq (zob) ni oldini olish

Etiologiya

Ushbu kasallikning dunyo bo'ylab eng keng tarqalgan shakli endemik buqoq hisoblanadi. Bunga yod tanqisligi sabab bo'ladi. Yodlangan tuz ishlatiladigan mamlakatlarda odatda Xasimoto buqoqi shakllanadi, uning muqobil nomi **autoimmun tireoidit**.

Boshqa sabablarni ikkita shartli guruhga bo'lish mumkin:

1. Gipotireoz:

- Endokrin bezi gormonlarini qayta ishlashining genetik kasalliklari (masalan, kretinizm);
- Strumogenik mahsulotlarni iste'mol qilish;
- Dori vositasidan foydalanilgandan keyingi nojo'ya ta'sirlar.

Gipotireozning alomatlari — soch to'kilishi, terining quruq va oqimtir bo'lishi, tirnoqlarning mo'rtligi, qoshlarning ingichkalashi, ishtahani buzilishi, vazn ortishi. Qalqonsimon bez kasalliklarida nutq sekinlashadi, xotira yomonlashadi, deyarli doimiy uyquchanlik mavjud, hayz sikli buziladi. Bunday holatda, ushbu barcha belgilar mavjud bo'lishi kuzatilmaligi mumkin, 2-3 ta belgilar mavjud, biroq ular yanada aniqroq seziladi.

2. Gipertireoz:

- Greyvs kasalligi deb ataladigan diffuz (tarqoq) tipdagi toksik bo'qoq;
- Tireoidit (faol yallig'lanish jarayonlari);
- Qalqonsimon bez onkologiyasi.

Gipertireoz — qalqonsimon bez ishlab chiqaradigan gormonlarning ko'payib ketishidir. Ushbu kasallikda uyqusizlik, umumiy zaiflik, bezovtalik, yurak urishining tezlashishi, ortiqcha terlash kuzatiladi. Ushbu kasallik bilan xastalangan bemor ishtahasi yaxshi bo'lishi mumkin, ammo vazn yo'qota boshlaydi. Bundan tashqari yuqori qon bosimi, ko'zlarning bo'rtib chiqishi, qo'llarda qaltirash (titroq) ham kuzatiladi.

Qalqonsimon bez kasalliklarini tasniflash

Qalqonsimon bez kasalligini turli sabablarga ko'ra tasniflash mumkin, ularning birinchisi etiopatogenetik xususiyatga ega. U kasallikning shakllanish omillari va mexanizmlari aniqlaydi. Shu asosda endemik (faqat ma'lum bir hudud uchun xos) va sporadik buqoq farqlanadi. Birinchisi geografik mintaqalarda endemik buqoqqa, ikkinchisiga esa boshqa barcha mamlakatlardagi buqoqqa sabab bo'ladi.

Morfologiyasiga ko'ra diffuz, tugunli va aralash (diffuz-tugunli) buqoq farqlanadi. Joylashishi bo'yicha:

- Standart joylashgan;
- Ko'krak qafasining qisman orqasida;
- Halqasimon;
- Distopiriv.

Bundan tashqari, kasallik bezning kattalashishi darajasiga qarab ham farqlanadi. JSST (Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti) tasnifiga ko'ra, uni uch turga ajratish mumkin:

- Nolli daraja;
- Birinchi daraja;
- Ikkinchi daraja.

Birinchi bosqichda bez kattalashmagan, ikkinchi bosqichda u kattalashgan, biroq faqat paypaslab ko'rilganda seziladi, uchinchi bosqichda — u shu darajada kattalashganki, hatto qurollanmagan ko'z bilan ko'rinadigan holatda bo'ladi.

Kattalashtirish darajasi bo'yicha batafsil tasnifni O.V. Nikolaev keltirgan, uning ta'rifiga ko'ra, kerakli davolashsiz kasallik quyidagi bosqichlardan o'tadi:

- Birinchi darajali — qalqonsimon bez sezilmaydi;
- Ikkinchi — qalqonsimon bez ko'rinadi;
- Uchinchi — bo'ynining sezilarli qalinlashuvi;
- To'rtinchisi — bo'yin shaklining o'zgarishi;
- Beshinchisi — jiddiy kattalashgan buqoq.



Buqoq belgilari va alomatlari

Dastlabki bosqichlarda bemorlarda kasallikning hatto eng kichik belgilari ham sezilmaydi. Kasallikning shakllanib borishi sayin bo'yin old qismining bo'rtib chiqishi sezila boshlaydi. Kattalashgan endokrin bez atrofidagi traxeyani, asab oxirlari va qon tomirlarni eza boshlaydi. Diffuziv buqoq qalqonsimon bezning bir xil kattalashgani bilan tashxislanadi. Agar tugunli shakli haqida gapiradigan bo'lsak, ko'pincha bo'yinning bir tomonida kattalashgani seziladi. Ya'ni u nafaqat bir xilda, balki notekis kattalashishi ham mumkin.

Yaqinda joylashgan a'zolariga ta'siri quyidagi belgilar orqali namoyon bo'lishi mumkin:

- Nafas qisilishi;
- Ovozning birdaniga o'zgarishi va xirillab qolishi;
- Bo'g'ilishlar, ayniqsa kechasi kuzatiladi;
- Holdan toydiradigan yo'tal;
- Yutunishdagi qiyinchiliklar;
- Bosh aylanishi, og'irlik.

Gipotireoz bilan birga kechadigan o'simtalar mavjud bo'lganda, pnevmoniya, bronxit yoki O'RVI ning atipik shakli yuzaga kelishi mumkin. Bundan tashqari, ko'pincha ayollarda gipotoniya (past qon bosimi) kuzatiladi, yurak sohasidagi yengil qisilish va umuman yoqimsiz hislar seziladi. Kasallik rivojlanib borishi bilan nafas qisilishi, har qanday taomga ishtahaning yo'qolishi, oshqozonning damlanishi, ko'ngil aynishi va uyquchanlik kabi alomatlar qo'shiladi. Yakuniy bosqichlarida xotiraning yomonlashuvi va oshqozon-ichak trakti bilan bog'liq barcha muammolarga qaramay, vazn ortishi rivojlanadi.

Erkaklarda qonda yod darajasi past bo'lganida jinsiy qiziqishning pasayishi, jinsiy funksiyalarning beqarorligi kuzatiladi. Ayollarda esa bunday o'zgarishlar natijasida hayz siklining buzilishi shakllanadi, bu esa o'z navbatida bepustlik va homila tushishining katalizatori hisoblanadi.

Bazedov kasalligi yoki giperplaziya kabi shakllarida quyidagi belgilar mavjud:

- Tana haroratining uzoq vaqt davomida yengil ko'tarilganligi;
- Tana vaznining kamayishi;
- Ko'zlarning bo'rtib qolishi (chaqchaygan ko'zlar);
- Darhol och qolish;
- Holdan toydiruvchi uyqusizlik;
- Vaqti-vaqti bilan bezovtalik;
- Qo'llarda progressiv qaltirash.

Buqoq (zob) rivojlanishi sabablari

Buqoq shakllanishiga bevosita ta'sir qiluvchi omillar batafsil ko'rib chiqilishi kerak. Chunki endokrin bezining zararlanishi, ularning sabablari kabi, turlicha bo'lishi mumkin.

Yuqorida ta'kidlab o'tilganidek, endemik toksik buqoq rivojlanishining asosiy sababi tanadagi yod tanqisligidir. Uning yetishmasligi ma'lum hududlarda (aholi turar joylarida) uning kerakli birikmalari yo'qligi bilan izohlanadi. Bu bezning sekretor faoliyat darajasini pasayishiga olib keladi.

Bundan tashqari, qalqonsimon bezning ishiga salbiy ta'sir ko'rsatish atrof-muhit ekologiyasining yomonligi bilan ham bog'liq. Tashqi zaharli birikmalar inson tanasiga tushgach, endokrin tizimi faoliyatini sekinlashtiradi.

Endemik buqoq shuningdek, tarkibida yod bo'lgan mahsulotlarni nisbatan kamroq iste'mol qilinishi bilan shakllanishi mumkin. Gap baliq, mevalar va sut haqida bormoqda.

Bazedov kasalligi yoki diffuz tabiatli toksik buqoq bo'lgan holda esa bez o'ziga xos antitanalar ta'siri ostida bo'ladi. Ular inson organizmi tomonidan ishlab chiqariladi va o'zlarining to'qimalariga qarshi immunitetning ajralmas qismi hisoblanadi. Hozirgi holatda gap qalqonsimon bez tuzilishi haqida bormoqda.

Tugunli shakldagi buqoq rivojlanishining eng muhim omillarini e'tiborga oladigan bo'lsak, unda quyidagilarni ajratib ko'rsatish kerak:

- Endokrin bezining adenomasi;
- Onkologik kelib chiqishli o'simtalar.

Bunday shikastlanishlar natijasida hujayra bo'linish jarayonida progressiv buzilishlar va ularning farqlanishi yuz beradi. Bu radioaktiv ta'sir, xavfli toksik moddalar va genetik tabiatga ega bo'lishi mumkin.

Qalqonsimon bez anatomiyasi

Bolalardagi buqoq (zob) kasalligi

Bolalarda buqoq kasalligi haqida alohida to'xtalib o'tish kerak, chunki bu eng ko'p tarqalgan yod tanqisligi xastaligidir. Ko'pchilik hollarda bolalarda kasallikning diffuz (tarqoq) shakli rivojlanadi.

JSSTning tadqiqotlariga ko'ra, o'tgan 10 yil mobaynida bolalarda buqoq shakllanishi 6% ga o'sdi va umumiy bolalar endokrin kasalliklarining chorak qismiga teng bo'ldi. Bunday yuqori ko'rsatkichlar noto'g'ri ovqatlanish, shuningdek, salbiy ekologik sharoit bilan bog'liq. 30% holatlarda buqoq 14 yoshdan keyin tashxislanadi.

Bolalarda kasallikning belgilari yaqqol namoyon bo'ladi. Bundan tashqari, faqatgina bolalarda ushbu kasallik o'ziga xos endemik kretinizmning shakllanishi kabi asorat qoldirishi mumkin. Ushbu shakl nafaqat intellektual, balki jismoniy rivojlanishdan ortda qolish hamda markaziy asab tizimining buzilishi bilan kechadi.

Buqoq kasalligini tashxislash

Buqoqni tashxislash uchun laborator qon va siydik tahlillari qo'llaniladi. Kasallikning har qanday klinik belgisi bo'lgan odamning qoni TTG, T3, T4 va tireoglobulin kabi gormonlar nisbati uchun tekshiriladi. Tashxis, kasallikning turiga duch kelganlarda odatda tireoid gormonlar muvozanatining buzilishi va tireoglobulinning ko'payishi bilan bog'liq. Shu bilan birga, siydik orqali yodning ajralishi qisqargan bo'ladi.

Buqoqni tashxislashning instrumental usuli ultratovush tekshiruv (UTT, UZI) hisoblanadi. Uning yordamida, kasallikning shakli, masalan, diffuz yoki tugunli buqoqni farqlash mumkin. Radioizotop skanerlash yordamida endokrin bezining funktsional holati baholanadi.

Endemik buqoqning tugunli shaklida qo'shimcha tekshiruv usuli sifatida mutaxassislar bez biopsiyasiga murojaat qiladilar. Bu kasallikning xususiyatini aniqlashga imkon beradi. U yaxshi yoki yomon sifatli bo'lishi mumkin.

Agar palpatsiya natijasida qalqonsimon bez buqog'i gumon qilinsa, aniq tashxis qo'yish uchun va kasallikning etiologiyasi va rivojlanish bosqichini aniqlab olish uchun quyidagi majburiy tekshiruvlarni o'tkazish kerak:

- Gormonlar nisbati va darajasini aniqlash uchun qon tahlilini o'tkazish (tahlilni davolash boshlanishidan boshlab ikki-uch oy ichida qayta topshirish tavsiya etiladi);
- Elektrokardiogramma (EKG);
- Pay reflekslarni vaqtga sinab ko'rish;
- Tiroid bezi UT tekshiruvi.



Organizmdagi yod darajasini mustaqil aniqlash uchun testlar

Yodning tanadagi nisbatlarini aniqlash uchun eng aniq va osongina uchta sinovni ajratib ko'rsatish mumkin:

1-test. U quyidagicha amalga oshiriladi: oddiy 3 yoki 5% yod eritmasi olish kerak. Uning yordamida tanada katakchalar (panjara) chizish kerak, iloji bo'lsa bu kechki vaqt, jismoniy faollik tugaganidan keyin o'tkazilishi kerak. Qoringa va belga alohida e'tibor bering. Yodning mutlaq quriganidan so'ng, yotib uxlang. Shunday qilib, agar ertalab katakchalarning kamida yarimi «shimilib» ketgan bo'lsa, unda tanadagi yod miqdori yetarli emas. Agar u chiziqlar 12 soatdan ortiq, ayniqsa 24 soat davomida aniq saqlanib turgan bo'lsa, unda organizmda yod ortiqcha ekanligiga ishora qiladi, bu holat bilan ham kurashish kerak.

2- test. Ikkinchi test quyidagi qadamlardan iborat: yodning spirtli eritmasiga paxtali tayoqchani botirish kerak. Shundan so'ng, tananing har qanday sohasiga (qalqonsimon bez sohasidan tashqari) panjara shaklidagi chiziqlar chiziladi. Ertasi kuni bu joy diqqat bilan ko'rib

chiqiladi. Agar yod izlari bo'lmasa, demak, u tanaga kerak, aksincha, bu chiziqlar saqlanib qolgan bo'lsa, u holda hech qanday tanqislik yo'q.

3-test. Va nihoyat, uchinchi va juda aniq sinov. Ushbu sinovni amalga oshirish uchun yotishdan avval bilak sohasi teriga uchta yodli chiziqlar tushiriladi. Buni ketma-ketlikda bajaring: oldin ingichka chiziq, keyin biroz qalin va uchinchi eng qalin. Agar erta tongda birinchi chiziq yo'qolgan bo'lsa, demak, yod darajasi me'yorda. Agar dastlabki ikkita chiziqni ko'rmasangiz, unda o'zingizning sog'lig'ingizga e'tibor qarating. Xuddi shu holatda, agar biror chiziq qolmagan bo'lmasa, yod tanqisligi haqida gapirish mumkin.

Buqoq kasalligini davolash usullari

Kasallik alomatlarini o'z vaqtida aniqlash muvaffaqiyatli davolanishning kalitidir, bu kasallik bilan imkon qadar tezroq kurashishga yordam beradi. Shunday qilib, agar qalqonsimon bezning kattalashishi sezilsa, endokrinolog shifokor bilan maslahatlashish kerak. Aynan endokrinologga murojaat qilish juda muhimdir, chunki boshqa mutaxassislar alomatlarni shunchaki charchoqqa yo'yishi mumkin.

Buqoqni davolashning asosiy usuli gormonlarni o'rnini bosish hisoblanadi. Buning uchun tirozinning turli xil faol unumlari ishlatiladi. Bunday preparatlar endokrin bezi tomonidan ishlab chiqariladigan gormonlarning fiziologik parametrlari bilan tenglashadi. Nafaqat preparatning kerakli miqdorini, balki salbiy natijalarga olib kelmaydiganini ham tanlash juda muhimdir. Davolash, dori moddalarini muntazam iste'mol qilish ko'pincha hayotning oxirigacha davom etadi. Gormonlar nisbatini nazorat qilishni unutmazlik tavsiya etiladi.

Qalqonsimon bez gipofunksiyasi ham gormonlar darajasini me'yorlashtirish bilan tuzatiladi. Biroq, giperfunksiyasida hammasi ancha murakkabroq bo'ladi. Masalan, har qanday kelib chiqishli o'smalar shakllanishi xavfi mavjud bo'lsa, bezni jarrohlik yo'li bilan olib tashlash kerak bo'lishi mumkin. Bunday amaliyot mavjud holatni gipotireozga o'zgartiradi. O'z navbatida, bu holatni gormon terapiyasidan kelib chiqqan holda oson va qulayroq davolash imkoni mavjud.

Endokrin bez gipofunksiyasining yanada og'ir shaklida kishi komatoz holatiga tushishi mumkin. Giperfunksiyasi esa, toksik kriz natijasida halokatli oqibatlariga (o'lim) olib kelishi mumkin. Shu nuqtai nazardan, qat'iy parhezga rioya qilish va organizmda yodning zarur nisbatini saqlash lozim. Shu bilan birga, doimiy ravishda mutaxassis ko'rigidan o'tib turish va tanadagi yod miqdori uchun tahlillarni topshirish kerak. Chunki yodning yetishmasligi ham, ortiqchaligi ham kasallikka sabab bo'lishi mumkinligi bir necha bor ta'kidlanib o'tildi.

Jarrohlik va radioaktiv yod

Qalqonsimon bezda jarrohlik aralashuvini o'tkazish juda qiyin, chunki u juda ko'p qon tomirlarni o'z ichiga oladi. Bu jarrohlikni yanada muammoli qiladi. Biroq, ayrim hollarda jarrohlik o'tkazmasdan boshqa iloj bo'lmaydi, shuning uchun buqoqda jarrohlik aralashuvi eng ko'p qo'llaniladigan davolash usullaridan biridir.

Jarrohlikda narkoz ostida bezning katta tugunlari yoki potentsial xavfli qismlari olib tashlanadi. Eng murakkab va e'tibordan chetda qolgan hollarda qalqonsimon bezning bir qsimini yoki uni butunlay olib tashlash talab qilinadi. Shu bilan birga, hatto bir yoki bir nechta tugunlarni olib tashlashda ham dori-darmonlar bilan tiklanish zarurati mavjud.

Buqoq kasalligini davolashning muqobil usullaridan biri radioaktiv yoddan foydalanishdir. Bu eritma qalqonsimon bezning to'qimalarini yo'q qilish uchun ishlatiladi. Optimal dozani tanlash juda qiyin. Ushbu maqsad uchun qo'shimcha tahlillar amalga oshiriladi. Bunday amaliyot qo'llangach, birinchi yilda 25% odamlarda gipotireoz paydo bo'ladi. Ammo radioaktiv yod hozirgi vaqtda muqobil shakllari mavjud bo'lmagan yagona vositadir.

Buqoq (zob) ni oldini olish

Buqoq kasalligini oldini olish uchta shaklda amalga oshirilishi mumkin — ular ommaviy, guruh va individual bo'lishi mumkin. Eng samarali chora birinchisi hisoblanadi, u har bir shaxs iste'mol qiladigan mahsulotlarga kichik miqdorda yod qo'shish orqali amalga oshiriladi. Gap yodlangan tuz haqida bormoqda.

Ushbu usulning afzalliklari shundaki, bunday mahsulot juda arzon, biroq ta'sir samarasi aniq. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra, bunday profilaktik chora natijasida har yili

buqoq kasalligining rivojlanishi 20%ga kamaymoqda. Profilaktik ommaviy yodlash uchun boshqa mahsulotlar, masalan, non yoki suv ham ishlatiladi.

Buqoq kasalligini oldini olishda guruhli choralarni qo'llashda bu xastalikka chalinish xavfi yuqori bo'lgan shaxslar orasida yod preparatlarini ishlatish tushuniladi. Bu birinchi navbatda bolalar va o'smirlarni o'z ichiga oladi.

Fiziologik jihatidan eng yaqin shakl kaliy yodid bo'lib, u turli dozirovkalarda ishlab chiqariladi va muayyan algoritm bo'yicha ishlatiladi. Bunday oldini olish maqsadlari uchun yodga boy oziq-ovqat mahsulotlaridan foydalanish ham mumkin.

Buqoq shakllanishi uchun xavf guruhining alohida toifasi har qanday homiladorlik davrida bo'lgan ayollardir. Ularda ushbu komponentga eng yuqori talab mavjud bo'ladi — kuniga 200 mkg. Shu munosabat bilan homilador ayollar uchun alohida profilaktik choralarni amalga oshirish kerak. Bundan tashqari, homiladorlikni rejalashtirish bosqichida ayollarga tireoid holatini aniqlash tavsiya etiladi.

Kasallikni oldini olishda individual choralar ham yod preparatlarini qo'llashni anglatadi. Kerakli doza shaxsiy xususiyalar asosida, shuningdek yosh guruhiga qarab belgilanadi. Endokrinolog tavsiyasisiz bunday profilaktik choralarni mustaqil qo'llash tavsiya etilmaydi.

Ko'pchilik, kuniga yodga bo'lgan ehtiyojni o'zida yod saqlagan ayrim mahsulotlar bilan parhez tutish orqali bilan qoplash mumkinligiga amin. Biroq, bu 100% to'g'ri emas, chunki mavjud bo'lgan tanqislikni bartaraf etish uchun ratsionga muhim o'zgartirishlar kiritish talab etiladi. Ikkinchidan, bunday o'zgarishlar juda qimmatga tushadi. Bunga qo'shimcha ravishda, yoddan foydalanishda qat'iy ravishda miqdorga e'tibor berish kerak. Nima bo'lganda ham, har qanday o'zgarish: ko'payishdan tortib to yetishmasligi endokrin bez va umuman salomatlik bilan bog'liq muammolarga olib keladi.

Shunday qilib, qalqonsimon bezning buqoq kasalligi eng ko'p uchraydigan sog'liq muammolaridan biridir. Bu holatni deyarli mutlaq davolab bo'lmaydi, shuning uchun doimiy ravishda profilaktik choralarni qo'llash va yoddan to'g'ri foydalanish zarur. Bu odatiy hayotiy faoliyat va sog'lig'ingizni saqlashga yordam beradi.

II. AMALIY MASHG'ULOTLARNING MATERIALLARI.

Mavzu 1: O'pkaning yallig'lanish kasalliklari. Ularning turlari, klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari. O'tkir va Surunkali bronxitlar

O'quv mashg'uloti maqsadi:

eng keng tarqalgan ichki kasalliklar tipik shakillarni tashxis qilish va davolash ko'nikmalarini rivojlantirish.

Talaba bilishi kerak:

- bemorlardan anamnestik ma'lumotlarni yig'a bilish (kasallik va hayot tarixi). Bemorni organlar bo'yicha umumiy ko'rikdan o'tkazish. Taxminiy tashxisni asoslash. Bemorni tekshirish rejasini tuzish. Umumiy klinik laborator tekshiruvlar natijalarini va qon, siydik, balg'am, axlatning bakteriologik ekish natijalarini interpretatsiya qila olish. Qonning bioximik tekshiruvlari natijalarini tahlil qila olish. Ko'krak qafasi organlari, oshqozon-ichak trakti va siydik yo'llari rentgenologik tekshiruvlari natijalarini interpretatsiya qila olish. EKGni olish va o'qishni bilish YUrak va qon tomirlari, qorin bo'shlig'i organlari va buyraklar UTT tekshiruvlari natijalarini tahlil qila olish. Klinik tashxisni asoslash. Qiyosiy taqqoslash. YAkuniy tashxisni asoslash. Parxez stolini va rejali davolashni tavsiya etishni va foydalana olishni usullarini qo'llab davolanadigan kasalliklar: nafas a'zolari; yurak qon-tomir sistemasi; ovqat hazm qilish a'zolari; asab sistemasi; siydik tanosil sistemasi

Talaba bajara olishi lozim:

- ichki kasalliklarning ichki a'zolar kasalliklarini tekshirish; bemorni professional so'roq va ko'rikdan o'tkazish; EKG olish va o'qishni bilish; pikfloumetriya qilish; mos parxez va davolash rejasini buyurish; ichki a'zolar kasalliklariga dastlabki va klinik tashxis ko'ya bilish, ularni oldini olish

Motivatsiya

- Talabalarga amaliyotda eng ko'p tarqalgan ichki a'zolar kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, asoratlari, davollash usullari; Tekshiruv va kompleks davo rejasini tuzish; asosiy tibbiy xujjatlarni bilish; EKG yuklamali sinama bilan; EKG-monitoring; Exokardiografiya, doplerografiya bilan; FKG, Rentgenografiya, Kompyuter tomografiya, yader-magnit rezonans, Angiografiya va yurak kateterizatsiyasi; Vaqtinchalik va doimiy kardiostimulyasiya; Elektroimpuls davo; Balg'amni bakteriologik ekish; Plevra bo'shlig'ini punksiyasi; Bronxografiya; Spiroografiya; Broxoskopiya; Najasni bakteriologik ekish; Najasni disbakteriozga tekshirish; Oshqozon shirasi va duolenal tarkibini tekshirish; Punksiya (bo'shliqlarni va bo'g'im oralig'i); Gepatitning markerlarini aniqlash; UTT; EGDFS; Kolonoskopiya; Biopsiya; Immunologik tekshiruvlar, RF, SIK; Bo'g'im oralig'iga punksiya qilish, sinovial suyuqlikni tekshirish bilan; Peshob bakterialogik ekmasi va antibiotikogramma to'g'risida tasavvurga ega bo'lishi lozim:

Fanlararo va fanlar ichra aloqalar

Ushbu mavzuni o'rganish talabalarining amalga oshirish o'quv rejasida rejalashtirilgan anatomiya, gistologiya embriologiya va sitologiya bilan birgalikda, biologiya, tibbiy genetika, biofizika va informatika, normal fiziologiya, mikrobiologiya, topografik anatomiya, farmakologiya, ichki kasalliklar propedevtikasi fanlardan etarli bilim va ko'nikmalarga ega bo'lishlik talab etiladi.

Nazariy qism

Tarifi. Bronxitlar - bronx devorining yallig'lanish jarayoni.

Tarqalishi. Xastalik nafas a'zolari kasalliklari orasida eng ko'p uchraydi (2 foizdan 20 foizgacha), erkaklar ayollarga nisbatan 2-3 marta ko'proq kasallanadilar.

Tasnifi.

Bronxitlar kechishi vaqtiga qarab 2 turga bo'linadi: o'tkir va surunkali; o'tkir bronxitlar 30 kungacha davom etadi, surunkali turi esa ikki yil mobaynida uzluksiz 3 oy va undan ko'p vaqt kuzatiladi.

Bronxitlar yana birlamchi va ikkilamchi bo'lishi mumkin:

birlamchi bronxitlarda yallig'lanish jarayoni bronxlarda kechadi va boshqa sistema kasalliklariga bog'liq bo'lmaydi;

ikkilamchi bronxitlar esa xamrox kasalliklar (gripp, ko'kyo'tal, qizamiq, o'pka sili va yurak kasalliklari) natijasida vujudga keladi, ko'pincha segmentar bo'ladi.

SHikastlanish maydoni xajmiga nisbatan yoyilgan (diffuzli) va chegaralangan (segmentar) bronxitlar farqlanadi.

Zararlanish chuqurligiga qarab: yuzaki (sayoz) - endobronxit, bunda patalogik jarayon bronxning shilliq qavatida chegaralangan holda joylashadi; chuqur - panbronxit-yallig'lanish jarayoni bronx devorining hamma qavatini qoplaydi.

YAllig'lanish suyuqligining tabiatiga (harakteriga) qarab, bronxitlar: kataral, shilliq-yiringli, fibrinsimon, qonli va nekrozli turlariga ajratiladilar.

Etiologiyasi bo'yicha: bakteriyali (ko'pincha polimorfli - koklar aralashmasi), virusli (qizamiq, ko'kyo'tal va boshqa kasalliklar virusining bevosita bronxlarga ta'siri bilan bog'liq), zaharli (kim'yo moddalari ta'sirida), changlar (o'simlik, ma'dan va boshqa changlar), haroratli (yuqori va past harorat, radioaktiv nur energiyasi ta'sirida) turlarga bo'linadi.

O'tkir bronxit - bronx devorlarining o'tkir yallig'lanish jarayoni bo'lib, o'tkir kechishi va diffuzli tarqalishi bilan ifodalanadi.

Etiologiyasi:

Viruslar - gripp, ko'kyo'tal, qizamiq, adenoviruslar va boshqalar.

Bakteriyalar - streptokok stafilokok, pnevmakok va Fridlendr tayoqchasi.

Fizikaviy va kim'yoviy jarayonlar - sovuq va issiq havo, chang, zaharli gazlar, dori vositalari.

Moyil omillar: sovqotish, tamaki chekish, alkogolni suistimol qilish, kasb-koriga aloqador zararli omillar (sulfid va nitrat kislata, fosgen, xlor bug'laridan nafas olish) ta'siri, yuqori nafas yo'llarida infeksiya o'chog'ining mavjudligi (sinusit, gaymorit), burun bilan nafas olishning buzulishi, ko'krak qafasi shaklining o'zgarishi (qiyshiqanishi).

Patogenezi.

Zararlovchi omillar traxeya va bronxlarga havo (aerogen), qon (gematogen) va limfa yo'llari (limfogen) orqali o'tadi. Bronxlarning o'tkir yallig'lanishi ba'zida bronxlar yo'lining torayishi - shishli yallig'lanish yoki bronxlarning ta'siro'tga javoban spastik qisqarishi bilan kuzatiladi. Ba'zi xollarda organizm biror ta'sirga juda sezgir bo'lib qolgan kishilarda o'tkir bronxit allergik kasalliklarga o'xshash namoyon bo'ladi (astmali bronxit, vazomotorli rinit, eozinofilli katar va boshqalar). Bronxirlarning bu turlari patogenezida asosan bronxlarning shilliq qavati yallig'lanishi o'miga ko'pincha arteriyali va venozli qizarish yotadi.

Patologik anatomiyasi.

Patologik jarayon boshlanishida bronxlar shilliq pardasida qizarish, shish, turqitlar diapedezi bilan kechadi, keyinchalik kipriksimon epiteliyni degenerativ o'zgarishi sodir bo'ladi va bronx devorida eroziyalar vujudga keladi, bronxitning og'ir kechishida yallig'lanish bronxning hamma qavatini shikastlaydi.

Klinik ko'rinishi.

SHikoyati - kasallikning boshlanishida umumiy behollik, yuqori nafas yo'llarining o'tkir yallig'lanishiga xos belgilar - tomoq va tish suyagi atrofida qichishish hissiyoti, tumov, tovushning bo'g'ilishi bezovta qiladi. YAllig'lanish bronxlarga tarqalgach xansirash, iztirobli dag'al quruq; yo'tal yoki juda oz miqdorda qiyin ajraluvchi sirachsimon (yopishqoq) balg'am, ba'zan qonli balg'am ajraladi. Yo'talish vaqtida ko'krak qafasida, aksariyat qovurg'alararo, to'sh suyagi orqasida va qorin mushaklari soxasida og'riq paydo bo'ladi. Kasallikning 2-3 kunidan balg'am ajralishi engillashadi, yo'tal yumshayadi va asta-sekin kamayaboradi. O'tkir bronxitda odatda o'rta va yirik bronxlar shikastlanadi, lekin yosh bolalarda va qariyalarda patalogik jarayon mayda bronxlarga ham tarqalishi mumkin. Bunda mayda bronxlarning va bronxiolalarning diffuzli zararlanishi kuzatiladi, natijada hansirash vujudga keladi va bemorning umumiy ahvoli og'irlashadi. Nafas olish va yurak urishi tezlashadi. O'chogli bronxitda tana harorati normal yoki subfebril, og'ir diffuzli turida esa, 38-39° S gacha ko'tarilishi mumkin.

Ko'rinishi. O'tkir bronxitda bemorning tana tuzilishida va ko'rinishida o'zgarish kuzatilmaydi.

Perkussiyada ko'krak qafasida o'zgarish aniqlanmaydi.

Auskultatsiyada vezikulyar yoki kuchaygan (dag'al) vezikulyar nafas aniqlanadi. Bronxlarda yopishqoq sekret bo'lganida yoyilgan quruq xushtaksimom yoki vizillagan xirillashlar eshitiladi, yo'taldan so'ng xirillashning kamayishi kuzatiladi, keyinchalik kichik va o'rta pufakchali jarangsiz nam xirillashlar paydo bo'lishi mumkin.

Rentgenda deyarlik o'zgarish bo'lmaydi, agar bemor og'ir xolatda bo'lsa, bronx rasmining kuchayganligi ko'rinadi.

Qonda ECHT oz miqdorda bo'lsa ham tezlashadi, leykotsitlar miqdori ko'payishi va tayoqcha yadroli neytrofil xujayralar siljishi kuzatiladi.

Balg'amni tekshirish. Balg'am, aksariyat shilliq, shilliq-yiringli, ba'zida yiringli yoki qon parchalari bilan bo'lishi mumkin.

Tashqi nafas funksiyasi - o'pkaning xayotiy sig'imi va maksimal ventilyasiyasi 15-20 %ga kamayadi.

Kechishi. O'tkir bronxit bir necha kundan 1-2 haftagacha davom etadi, lekin yo'tal o'rtacha 3 haftagacha cho'ziladi. Ba'zida zararli vositalarning uzoq vaqt ta'sirida (chekish, sovqotish), hamda kasallikni davolash o'z vaqtida sifatli o'tkazilmasa xastalik cho'zilishi yoki bronxopnevmoniya yoki surunkali bronxit kabi asoratga duchor bo'lishi mumkin.

Tashxisi. Kasallik yuqorida aytilgan shikoyatlar bilan o'tkir boshlanishi, auskultatsiyada avval quriq, keyinchalik nam xirillashlar eshitilishi bilan tasdiqlanadi.

Qiyosiy tashxis o'tkazilishida quyidagilarni aniqlash kerak.

Mazkur bronxit mustaqil kasallikmi (birlamchimi) yoki boshqa kasalliklar (o'pka sili, gripp, terlama) belgilarimi?

Har vaqt aniq tashxis qo'yish kerak (o'tkir bronxit, surunkali bronxitning qaytalangan davri yoki pnevmoniya). Tashxisni tasdiqlash uchun yuqorida ko'rsatilgan klinik va laboratoriya sinamalaridan tashqari o'pkaning rentgenoskopiyasi yoki rentgenografiyasi qilish kerak. Haqiqatda esa o'tkir bronxitda bu uslubning ahamiyati chegaralangandir. Bronx yo'llarini yallig'lanish suyuqligi bilan to'ldirilishi natijasida o'pka ildizi soyasi kuchayganligi kuzatiladi. Rentgen uslubi boshqa kasalliklarni istisno qilishi mumkin.

Oqibati. O'tkir bronxit asosan tuzalish bilan tugaydi (yakunlanadi), qariyalarda va yosh bolalarda, bronxiolit rivojlanganda, zotiljam (pnevmoniya) qo'shilganda kasallik taqdiri xafli bo'lishi mumkin, ba'zi xollarda o'tkir bronxit surunkali bronxitga o'tishi va pnevmoskleroz rivojlanishiga olib kelishi kuzatiladi.

Davosi. Kasallikning birinchi kunlari bemorni yarim o'rta xolatida davolash qoida tusiga kirgan. Ko'plab suyuqlik, asosan ishqoriy ma'dan suvlari ichish tavsiya qilinadi. Tamaki chekish umuman taqiqlanadi.

Kasallikning belgilariga qarshi muolaja buyuriladi.

Haroratni tushiruvchi va og'rikni qoldiruvchi vositalar -paratsetamol 0,2g dan kuniga 3 marta, analgin 0,5 dan 3 maxal, askorbin kislotasi 0,3 dan 3 maxal ovqatdan keyin qabul qilish mo'ljallangan.

QRUQ yo'talga qarshi - 0,015g kodein bilan 0,3g natriy gidrokarbanat aralashmasi, libeksin 2 tabletkadan, tusupreks va glauvent 1 tabletkadan kuniga 3-4 marta ichiladi, faliment va viks - 1 tabletkadan 5-6 marta til ostiga qo'yiladi.

Balg'am ajralishini kuchaytirish uchun termopsis va altey damlamasi, 3%li kaliy yod eritmasidan 1 osh qoshiqqan 4 mahal, bromgeksin tabletkasidan 1 donadan kuniga 4 maxal; bronx yo'li torayganda 0,25g eufillin tabletkasidan 2-3 marta, 20-30 tomchi solutanni bir kunda 3 marta ovqatdan keyin qabul qilishlik tavsiya qilinadi.

Fizioterapiya. Kasallikni kompleks davolashda fizioterapiya muolajalari keng qo'llaniladi. Bemorga uy sharoitida chalg'ituvchi vositalardan ko'krak qafasiga banka, xantal (gorchichnik), isituvchi kompreslar, oyoqqa issiq vannalar tavsiya qilinadi. Yopishqoq balg'amni yumshatish uchun yod eritmalari (0,5%li kaliy yodid) yoki balg'amni yumshatuvchi (mukaltin) sifatida ta'sir qiluvchi (20%li mukotista - atsetilsistin eritmasidan) hamda proteofibrinolitik fermentlar - tripsin (10-15mg), ximotripsin (5-10mg), pankreatin (0,25-0,5g) bufer eritmalari aerozollaridan foydalaniladi. Ko'krak qafasini solyuks va Minin lampasi, hamda infranur bilan to'sh va kukrak

oraliq soxasiga 20-25 daqiqa davomida kuniga 1-2 marta nurlantirish tavsiya qilinadi. Bronxlar tirishishida (bronxspazmda) bronxolitiklar bilan to'ldirilgan cho'ntak ingolyatorlaridan (astmopent, berodual, berotek, salbutamol) va antigistamin dorilari dan 1 sutkada 3-4 marta foydalaniladi. Kasallikning og'ir kechadigan turida simptomatik davo 2-3 kun moboynda samarasiz qolsa, bemorlarga antibiotiklar va sulfanilamid preparatlari (penitsillin 0,5-1g dan mushak orasiga 4 maxal, sefoperazin 1,0-2,0g mushak orasiga 2 marta, dalotsin-S-klindomitsin 150-300mg kapsulada og'iz orqali 4 marta, biseptol-480 2 tabletkadan 2 marta qabul kilinishi tavsiya qilinadi.

Profilaktika - choralariga atrof muxitni toza saqlash, o'ta sovuq qotishdan saqlanish, tamaki chekmaslik, alkagol ichimliklarga ruju qo'ymaslik kerak. Doimiy ravishda badan tarbiya qilish, sport bilan shugillanish orqali organizmni chiniqtirish o'tkir bronxitni oldini olishda muxim ahamiyatga ega.

Ishni bajarish uchun namuna Bumerang usuli. Guruh bilani shlash qoidalari

Guruhning har bir a'zosi:

- o'z sheriklarining fikrlarini hurmat qilishlari lozim;
- berilgan topshiriqlar to'g'risida faol, hamkorlikda va mas'uliyat bilan ishlashlari lozim;
- o'zlariga yordam kerak bo'lganda so'rashlari mumkin;
- yordam so'rganlarga ko'mak berishlari lozim;
- guruhni baholash jarayonida ishtirok etishlari lozim;

Guruhlar uchun topshiriqlar.

I guruh vazifasi

1. Ўткир бронхитни келиб чиқиш сабаблари

II guruh vazifasi

2. Сурункали бронхитни келиб чиқиш сабаблари

III – guruh vazifasi

3. Ўткир ва сурункали бронхит билан касалланганларни кўкрак қифаси пальпацияси маълумотлари

Nazarot savollari

1. O'tkir bronxitni kelib chiqish sabablari
2. O'tkir bronxitga tavsif bering
3. Surunkali bronxitga tushuncha bering
4. Surunkali bronxitni kelib chiqish sabablari
5. Bronxit bilan kasallangan bemorlarning asosiy shikoyatlari
6. O'tkir va surunkali bronxit bilan kasallangan bemorlarni ko'rikdan o'tkazish
7. O'tkir va surunkali bronxit bilan kasallanganlarni ko'krak qafasi palpatsiyasi ma'lumotlari

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Bobojonov S.N. Ichki kasalliklar. Toshkent, 2004 yil. Darslik
2. Gadaev A.G., Axmedov X. Ichki kasalliklar. Toshkent. 2013
3. Gadaev A.G., Axmedov X. Umumiy amaliyot vrachlari uchun amaliy ko'nikmalar toplami. Toshkent. 2010
4. Okorokov A.N. Lechenie bolezney vnutrennix organov. Moskva, 2005g.

5. Okorokov. A.N., Diagnostika bolezney vnutrennix organov. Moskva 2005g.

Mavzu 2: O'pkaning yallig'lanish kasalliklari. Zotiljam. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

O'quv mashg'uloti maqsadi:

eng keng tarqalgan ichki kasalliklar tipik shakillarni tashxis qilish va davolash ko'nikmalarini rivojlantirish.

Talaba bilishi kerak:

- bemorlardan anamnestik ma'lumotlarni yig'a bilish (kasallik va hayot tarixi). Bemorni organlar bo'yicha umumiy ko'rikdan o'tkazish. Taxminiy tashxisni asoslash. Bemorni tekshirish rejasini tuzish. Umumiy klinik laborator tekshiruvlar natijalarini va qon, siydik, balg'am, axlatning bakteriologik ekish natijalarini interpretatsiya qila olish. Qonning bioximik tekshiruvlari natijalarini tahlil qila olish. Ko'krak qafasi organlari, oshqozon-ichak trakti va siydik yo'llari rentgenologik tekshiruvlari natijalarini interpretatsiya qila olish. EKGni olish va o'qishni bilish YUrak va qon tomirlari, qorin bo'shlig'i organlari va buyraklar UTT tekshiruvlari natijalarini tahlil qila olish. Klinik tashxisni asoslash. Qiyosiy taqqoslash. YAkuniy tashxisni asoslash. Parxez stolini va rejali davolashni tavsiya etishni va foydalana olishni usullarini qo'llab davolanadigan kasalliklar: nafas a'zolari; yurak qon-tomir sistemasi; ovqat hazm qilish a'zolari; asab sistemasi; siydik tanosil sistemasi

Talaba bajara olishi lozim:

- ichki kasalliklarning ichki a'zolar kasalliklarini tekshirish; bemorni professional so'roq va ko'rikdan o'tkazish; EKG olish va o'qishni bilish; pikfloumetriya qilish; mos parxez va davolash rejasini buyurish; ichki a'zolar kasalliklariga dastlabki va klinik tashxis ko'ya bilish, ularni oldini olish

Motivatsiya

- Talabalarga amaliyotda eng ko'p tarqalgan ichki a'zolar kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, asoratlari, davollash usullari; Tekshiruv va kompleks davolash rejasini tuzish; asosiy tibbiy xujjatlarni bilish; EKG yuklamali sinama bilan; EKG-monitoring; Exokardiografiya, doplerografiya bilan; FKG, Rentgenografiya, Kompyuter tomografiya, yader-magnit rezonans, Angiografiya va yurak kateterizatsiyasi; Vaqtinchalik va doimiy kardiostimulyasiya; Elektroimpuls davolash; Balg'amni bakteriologik ekish; Plevra bo'shlig'ini punktsiyasi; Bronxografiya; Spiroografiya; Broxoskopiya; Najasni bakteriologik ekish; Najasni disbakteriozga tekshirish; Oshqozon shirasi va duolenal tarkibini tekshirish; Punktsiya (bo'shliqlarni va bo'g'im oralig'i); Gepatitning markerlarini aniqlash; UTT; EGDFS; Kolonoskopiya; Biopsiya; Immunologik tekshiruvlar, RF, SIK; Bo'g'im oralig'iga punktsiya qilish, sinovial suyuqlikni tekshirish bilan; Peshob bakterialogik ekmasi va antibiotikogramma to'g'risida tasavvurga ega bo'lishi lozim:

Fanlararo va fanlar ichra aloqalar

Ushbu mavzuni o'rganish talabalarning amalga oshirish o'quv rejasida rejalashtirilgan anatomiya, gistologiya embriologiya va sitologiya bilan birgalikda, biologiya, tibbiy genetika, biofizika va informatika, normal fiziologiya, mikrobiologiya, topografik anatomiya, farmakologiya, ichki kasalliklar propedevtikasi fanlardan etarli bilim va ko'nikmalarga ega bo'lishlik talab etiladi.

Nazariy qism

Ta'rif. Krupozli zotiljam - o'pkaning butun bo'lagi yoki uning 1-2 segmenti zararlanishi, sikl bilan kechishi va jarayonga o'pkani o'rab turgan plevra varaqalarining tortilishi (plevropnevmonit), hamda o'pka alveolalari va mayda bronxlar sathini qoplovchi fibrinli eksudat rivojlanishi bilan kuzatiladigan kasallik.

Etiologiyasi.

a. Infeksion omillar: pnevmokoklar, streptokoklar, stafilokoklar, Fridlender diplobatsillasi, Pfyfer tayoqchalari, viruslar va h.k.

b. Moyil sharoitlar: organizmni kasallikka qarshi kurashish qobiliyati susayishi, uzoq vaqt sovqotish, bosh miya va ko'krak qafasi shikastlanishi, alkohol va tamaki chekishni suiste'mol qilishlik, organizmni infeksiyaga sezuvchanligining oshishi.

Patogenezi. Kasallik qo'zg'atuvchi omillar o'pka to'qimasiga bronx, qon va limfa yo'llaridan kiradi. Aksariyat mikroorganizmlar bronx orqali o'pka ildizi sohasidan o'pkaga kiradi va limfa tomirlariga o'tib oldin oraliq to'qimalarda, so'ngra alveolalararo to'siqlarda yallig'lanish jarayonini sodir qiladi. Bu erdan infeksiya alveolalar bo'shlig'iga tushadi va fibrinli eksudatni vujudga keltiradi. Natijada o'pka zichlashadi (qattiqlashadi), havosizlanadi va uning «jigarlanishi» sodir bo'ladi.

Bu davrda ko'p miqdorda virulentli mikroblar shikastlangan o'pkada yig'iladi, balg'am bilan tashqariga chiqadi, qonga o'tadi, shu bilan bir vaqtda antitanalar vujudga keladi. Antitanalar titri ma'lum darajaga etganda, mikroblar nobud bo'la-boshlaydi, balg'am va qonda yo'qola boshlaydi. O'pka to'qimasidan proteolitik fermentlarning ajralib chiqishi va fibrinli eksudatning so'rilishi kuchayadi.

Patologik anotomiyasi. Rosmana krupozli zotiljamda o'pka to'qimasida 4 bosqich o'zgarishlar aniqlanadi.

Quyilish bosqichi - o'pka to'qimasida qizarishlik (giperemiya), yallig'lanish shishi kuzatilib, alveolalar tarkibida eritrotsitlar, leykotsitlar, mikroblar va fibrin tolalari bo'lgan suyuq serozli eksudat yig'iladi. Bu bosqich 12 soatdan 3 kecha-kunduzgacha davom etadi.

Qizil jigarlanish bosqichi - eksudat tarkibidagi fibrinlar zichlanishi, ko'p miqdorda eritroqitlar, kamroq - leykotsitlar to'planishi bilan ifodalanadi. O'pka hajmi kattalashadi, jigarga o'xshash qattiqlashadi. Davomiyligi 1-3 kun.

Kulrang jigarlanish bosqichi - eksudat tarkibida eritroqitlar yo'qolishi o'rniga ko'p miqdorda leykoqitlar va fibrin tolalari to'planadi, bu holat o'pka to'qimasiga kul rangini beradi. O'pkaning yallig'langan qismi qattiqlashgan, kattalashgan. Davomiyligi 2-4 kun.

So'rilish bosqichi - proteolitik fermentlar ta'sirida fibrin ipchalarining erishi va so'rilishi, leykoqitlar parchalanishi kuzatiladi, natijada eksudat so'riila boshlaydi. Mazkur bosqich boshqalarga nisbatan ancha uzoq davom etishi mumkin va uning davomati yallig'lanish jarayonining hajmiga, organizmning qarshilik kuchiga bog'liq.

O'pka zararlanishi bilan bir vaqtda plevra varaqalari sathida fibrinsimon quyquil yig'ilishi bilan kuzatiladigan plevra o'zgarishi vujudga keladi.

Klinik ko'rinishi. Krupozli zotiljam to'satdan o'tkir boshlanadi.

SHikoyati. Xastalik qaltirash va tana haroratining ko'tarilishi (39-40° gacha), hansirish bilan kuzatiladi. Nafas olganda, aksirganda, yo'talganda zararlangan ko'krak qafasida og'riq kuchayadi. Yo'tal avvaliga quruq, keyin yopishqoq, kiyin ajraluvchi balg'am ko'chishi bilan kuzatiladi, so'ngra u zangsimon tusga kiradi. Balg'am ko'chishi 4-6 kun davom etadi. O'pka to'qimasining zararlanish darajasiga bog'liq xolda intoksikatsiya belgilari (darmonsizlik, umumiy loxaslik, ko'p terlash, kuchli bosh og'rig'i, ishtaha yo'qolishi, ko'ngil aynishi, qusish, uyquning buzilishi, alaxsirash) vujudga keladi.

Ko'zdan kechirganda - bemor ahvoli og'ir, yuz terisi, lunji sohasida (simpatik nerv shikastlanishi tufayli) qizargan, burun va lab burmalariga uchuq toshgan. Bemor og'riqni kamaytirish uchun ko'pincha shikastlangan tomonda yotadi. Nafas olishda burun qanotlari qatnashadi, ko'krak qafasi harakati o'pkaning zararlangan tomonida orqada qoladi. Bu holat patologik jarayonga plevraning jalb etilishi bilan izohlanadi. Bemorning nafas olishi tezlashadi, yuzaki, chunki chuqur nafas olinganda og'riq kuchayadi.

Krupoz zotiljamida asosiy o'zgarishlar nafas a'zolari, yurak, qon tomir va nerv tizimlarida kuzatiladi. Kasallik klinik 3 bosqichda kechadi.

Xastalikning boshlang'ich davri - patanatomiyada quyilish davriga to'g'ri keladi.

a. Paypaslaganda ovoz titrashining kuchayishi aniqlanadi.

b. Perkussiyada - bo'g'iqroq timpanik tovush eshitiladi.

v. Auskultaqiyada - o'pka to'qimasi elastikligi va alveola devorlari taranglashishining pasayishi, hamda alveolalar ichida yallig'lanish eksudati to'planishi tufayli vezikulyar nafas susaygan.

g. Nafas olish cho'qqisida boshlang'ich krepatatsiya (sgeritacio ipdux) sodir bo'ladi.

d. Plevra varaqalarining ishqalanish shovqini eshitiladi.

Kasallikning shakllangan (avj olgan) davri patalogo anatolik qizil va kulrang bosqichiga mos keladi.

a. Paypaslaganda o'pkaning zararlangan sohasida tovush titrashi kuchayadi.

b. Perkussiyada bo'g'iq tovush ifodalangan (yaqqollashgan).

v. Auskultatsiyada - o'pka to'qimasi zichlashganligini ko'rsatuvchi bronx nafasi eshitiladi.

Tuzalish davri - patalogoanatolik so'rilish boskichi eksudat suyuqlasha boshlashi bilan alveolalarga havo kirishi natijasida:

a. Paypaslaganda tovush titrashi me'eriga keladi.

b. Perkussiyada - bo'g'iq tovush pasayib, bilinar-bilinmas timpanik ohangda yallig'lanish butunlay so'rilib ketganda o'pka tovushi eshitiladi.

v. Auskultatsiyada -

1. bronx nafas susayadi, keyinchalik vezikulyar nafasga o'tadi.

2. oxirgi dag'al krepatatsiya (sgeritacio gedux) paydo bo'ladi, keyinchalik yo'qoladi.

3. eksudat so'rilishi natijasida mayda pufakchali jarangli nam xirillashlar eshitiladi.

YUrak va qon tomiri tizimidagi o'zgarishlar mikroblar toksinlari ta'sirida vujudga keladi, yurak mushaklarida distrofik (degenerativ) o'zgarishlar va vazomotor markazining shikastlanishi natijasida o'tkir qon tomir etishmovchiligi rivojlanadi: tomir urishi tezlashadi, arteriya qon bosimi pasayadi.

Markaziy nerv tizimida turli xil o'zgarishlar ko'p uchraydi: bosh og'rigi, uyqusizlik, injiqlik, gohida alaxsirash va turli xil gallyusinatsiyalar bezovta qilishi mumkin.

Perifirik qonda leykoqitlar tayoqsimon va bo'g'imyadroli neyetrofillar xisobiga ko'payadi, leykoqitar formulasini chapga siljishi mieloqit va yosh neyetrofillar paydo bo'lguncha davom etadi, eozinofillar miqdori keskin kamayadi yoki yo'qoladi, ECHT - ortadi.

Rentgenda - o'pkaning yallig'langan bo'lagida yoki ayrim qismida o'zgarishlar turli tuman va kasallik bosqichiga bog'liq bo'lib, o'pka tasvirining kuchayganligi va o'pka ildizi soyasining kengayganligi aniqlanadi.

Balg'am tarkibida eritroqit va leykoqitlardan tashqari diplokokk, pnevmokokklar va fibrin tolalari borligi aniqlanadi. Balg'amni ekib antibiotiklarga nisbatan mikroflora sezgisini aniqlash kerak.

Kechishi - zamonaviy davolash usullari natijasida krupoz zotiljamning klassik turlari hozirgi kunda kam uchraydi. Aksariyat yuqori tana harorati 1-3 kun turadi va to'satdan «kritik» yoki «litik» pasayadi. Kasallikni o'zi engil o'tadi. Lekin qon o'zgarishlar asta-sekinlik bilan barqarorlashadi.

Asoratlari:

Xastalikning cho'ziluvchan kechishi va surunkali bronx o'pka kasalliklari rivojlanishi. Cho'ziluvchan kechishining asosiy sababi spetsifik va nospetsifik himoyaning buzilishi, ya'ni makroorganizm reaktivligini o'zgarishidir. Bu tushuncha T va V immunokompetentli T va V xujayralar faoliyatining pasayishini, immunoglobulinlar sintezinin susayishini, komplement tizimining zaiflashishini, fagotsitoz kamayishini o'z ichiga oladi. Bularning hammasi makroorganizmning infektiyaga qarshi himoyasini kamaytiradi va yallig'lanish o'chog'ini «cho'zilib» xal bo'lishiga sharoit tug'diradi.

O'pka absessi va gangrenasi aksariyat zotiljam kasalligida sensibilizatsiyalashgan yoki turli xil kasalliklar (qandli diabet, podagra, zaxm, sil) ta'sirida zaiflashgan organizmda vujudga keladi. Bunday holatlarda o'pkadagi yallig'lanish jarayoni shiddatli giperergik yallig'lanish ko'rinishida o'ta o'tkir kechadi, natijada o'pka to'qimasida chirish jarayoni sodir bo'ladi. O'pkaning yiringli kasalliklari ko'pincha krupozli zotiljamning avj olgan yoki oxirlashgan davrida rivojlanadi. Kasallikning klinik manzarasida bemorning umumiy ahvoli qaytadan og'irlashadi, tana harorati qayta ko'tariladi va qaltirash bilan kuzatiladi, ko'p miqdorda qo'lansa hidli balg'am ajrala

boshlaydi. Auskultatsiyada oldin kuzatilmagan jarangdor nam xirillashlar eshitaladi. O'pka absessi tashxisini aniqlashda rentgen va balg'am tekshirishlari muhim ahamiyatga ega.

Tashxisi. Krupozli zotiljamning tipik hollarida kasallikni o'tkir boshlanishi, xarakterli klinik ko'rinishi, laboratoriya va rentgen ma'lumotlari tashxisni aniqlashda asosiy o'rinni egallaydi.

Qiyosiy tashxis. Krupozli zotiljamni o'tkir bronxit, qaytalangan surunkali bronxit, o'choqli zotiljam, ekssudatli plevrit, og'izsimon sil zotiljami, o'pka absessi va infarkti bilan qiyoslanadi.

O'choqli qo'shilgan (slivnoy) zotiljamdan farqi krupozli zotiljam o'tkir boshlanadi. O'choqli zotiljamda esa kasallanishdan oldin bronxit belgilari namoyon bo'ladi. Bundan tashqari bronx nafasi, zangsimon balg'am, burun va lab chetlaridagi toshmalar, yuqori neytrofilli leykotsitoz, peshobda urobilin, qonda fibrinogen miqdorining ko'payishi ko'proq krupozli zotiljamga taalluqlidir.

Ekssudatli plevritda, katta hajmli krupoz zotiljamdan farqi, ovoz dirillashi, bronx nafasi va leykotsitozlar kuzatilmaydi; ko'ks oraligi a'zolari qarama qarshi tomonga siljiydi, rentgen tekshiruv va plevra punksiyasi plevra bo'shlig'ida suyuqlik borligini aniq ko'rsatadi, gemogramma odatda o'zgaraydi.

O'pka infarktida ko'krak qafasidagi og'riq, qon aralash balg'am ajralishi, perkutor tovushni bo'g'iqlashganligi, auskultaqiyada dag'al vezikulyar yoki bronx nafasi, jarangli nam xirillash, plevraning ishqalanish shovqining eshitalishi krupoz zotiljamni eslatadi. Bunday xolatda rentgen tekshiruv to'g'ri tashxis qo'yadi.

Davolash. O'tkir zotiljam bilan og'riqan bemorlar davosi hozirjavobli va kompleksli bo'lib, o'z ichiga kun tartibini, ratsional ovqatlanish rejasini, farmako- va fizioterapiyani oladi. Davolash tadbirlari qo'zgatuvchi omilni va infeksiya orqali vujudga kelgan intoksikatsiyani bartaraf etishga qaratilgan. Mazkur tadbirlarning asosiy vazifalari - yallig'lanish reaksiyasini yo'qotish, o'pka drenaj faoliyatini tiklash, organizmning immunbiologik reaktivligini va simptomatik vositalar ta'sirini oshirmoqlik

Antibakterial davo - asosiy davolash usuli hisoblanadi.

Antibiotiklar. Kasallikni qo'zgatuvchi omilni va uni antibiotiklarga sezuchanligini aniqlash uchun avval balg'am ekiladi. Grammusbat mikroblar (diplokokklar, pnevmokokklar, streptokokklar) zotiljami penitsillin bilan yaxshi davolanadi (har 4-6 soatda 0,5-1,0 g. dan mushak ichiga yuboriladi).

Kasallikning og'ir, ayniqsa stafilokokkli va penitsillinga chidamli turlarida yarim sintetik penitsillinlar - metitsillin (har 4-6 soatda 1 g mushak ichiga), **eritromitsin** (tabletkada bir kunda 3-4 mahal 250 mg dan ovqatdan so'ng), **oksatsillin** (0,25-0,5 g mushak ichiga), **sefalosporinlar** (sefamizin, kefzol bir kunda 1-2 g dan 2-3 mahal mushak yoki vena ichiga), **linkomitsin** (ichishga 0,5 g dan 3 mahal yoki mushak ichiga 60 mgdan 1 kunda 2 marta), **kloks** (kapsulada 250-500 mg dan kuniga 1-2 g dan ovqatlanishdan 1 soat oldin).

Grammanfiy mikroblar zotiljamlarida **ampitsillin** (ichiga 0,5g dan 4-6 marta), **gentamitsin**, Fridlender batsillasi va Pfeyfer tayoqchasi zotiljamida **aminoglikozidlar** (streptomitsin 500 mg dan 2 marta kuniga, kanamitsin 0,5 g kuniga 1 marta, gentamitsin 4-8 mg 2-3 marta kuniga mushak oralig'iga) ishlatiladi. **Ornitoz virusi**, **Bernet rikketsiyasi**, **mikoplazmalar** zotiljamida **tetratsiklin** (0,25-0,5 g dan kuniga 4 mahal), **metatsiklin** (rondomitsin, kapsulada 0,3 g dan 2 marta kuniga) buyuriladi.

Zamburug'li va kandidozli zotiljamlarda antibiotiklar bilan piskaptin, levorin, nistatin, amfoteritsin va amfogyukamin tavsiya qilinadi.

Turli xil etiologik shakllaridagi zotiljamda ichiga sefradur (5000 mg dan kuniga 2 marta), tarivid (1 tab letkadan 2 mahal), mushak orasiga azaktam (oztreonam 500 mg dan 2 marta), sefatreksil (sefapirin 500 mg dan kuniga 4 marta) qabul qilinadi.

Sulfanilamidlar (sulfadimezin, etazol, metilsulfazin) kasallik boshlanishida 1 marta zarbali doza 2 g, keyin 1 g dan har 4 soatda tana harorati pasayguncha va intoksikatsiya kamayguncha, qolgan kunlarda 1,0 g dan har 6 soatda) ichiga yuboriladi. Butun davolash davrining umumiy dozasi 24-28 g. Ta'sir davri uzaytirilgan sulfanilamidlar (sulfadimetoksin, sulfamonometoksin 1,0 g dan 1 mahal, baktrim-biseptol 480 yoki sulfatrim 2 tabletkadan 2 marta ichiladi).

YAllig‘lanishga qarshi: aspirin 0,5 dan 2-3 marta, amidopirin 0,25 g dan 3-4 marta, butadion 0,15 dan 2-3 mahal; ichiladi.

Intoksikatsiyaga qarshi: reopoliglyukin, reosorbilakt, suksinosol 200-400 ml tomir ichiga tomchilab yuboriladi.

Bronx yo‘li o‘tkazuvchanligini va drenaj faoliyatini yaxshilash.

1. Bronxspazmni yo‘qotuvchilar: atropin, eufillin, adrenalin, bronxolitin.
2. Balg‘am yumshatuvchi va ajratuvchilar: kaliy yod, mukaltin, bromgeksin.
3. Bronxlarni tozalovchilar: dezoksiribonukleaza, gialuronidaza.
4. Lizotsim faolligini oshiruvchi: akseroftol.

Makroorgannzmi himoyalovchi immun mexanizmlarini tiklash:

1. Bakteriyali immunomodulyatorlar: pirogenal, prodigiozin, betin, anabol, salmozan.
2. Timus preparatlari: timozin, timalin, T-aktivin.

Fizioterapiya.

1. Aerozol orqali antibiotiklar, sulfonilamidlar va aseptik vositalari yuboriladi, yallig‘lanishni yo‘qotuvchi va o‘pkaning drenaj faoliyatini oshiruvchi.
2. FMT, SMT, IKV, ultratovush qo‘llaniladi.
3. Ko‘krak qafasini uqalash.

Xalk tabobati vositalari.

Profilaktikasi.

1. Tashqi muhitni tozalash.
2. Kasbiy ziyonliklardan himoya qilish.
3. Badantarbiya.

Ishni bajarish uchun namuna

Nafas olish a‘zolarini tekshirish usullari. Nafas olish a‘zolari kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni so‘rab-surishtirish. Ko‘krak qafasini ko‘zdan kechirish. Palpatsiya ob‘ektiv tekshirish usuli sifatida. Limfa tugunlari palpatsiyasi mavzusini o‘qitishda *«Akliy xujum»* metodining qo‘llanishi

Guruh bilan ishlash qoidalari

Guruhning har bir a‘zosi:

- o‘z sheriklarining fikrlarini xurmat qilishlari lozim;
- berilgan topshiriqlar to‘g‘richa faol, hamkorlikda va mas‘uliyat bilan ishlashlari lozim;
- o‘zlariga yordam kerak bo‘lganda so‘rashlari mumkin;
- yordam so‘raganlarga ko‘mak berishlari lozim;
- guruhni baholash jarayonida ishtirok etishlari lozim;

«Akliy xujum» usulining asosiy qoidalari:

- Olg‘a surilgan fikr va g‘oyalar tanqid ostiga olinmaydi va baholanmaydi.
- Taklif kilinayotgan fikr va g‘oyalar qanchalik fantastik va antiqa bo‘lsa ham, uni baholashdan o‘zingizni tiying!
- Tanqid qilmang – hamma bildirilgan fikrlar bir xilda bebahodir.
- Fikr bildirilayotganda bo‘lmang!
- Maqsad – fikr va g‘oyalar sonini ko‘paytirish.
- Qanchalik ko‘p fikr va g‘oyalar bildirilsa shunchalik yaxshi. Yangi va bebaho fikr va g‘oyalarning paydo bo‘lish ehtimoli paydo bo‘ladi.
- Agar fikrlar qaytarilsa asabiylashmang va hayron bo‘lmang.
- Hayollar «to‘zg‘ishiga» ijozat bering.
- Bu muammo faqatgina ma‘lum usullar yordamidagina hal bo‘lishi mumkin, deb o‘ylamang.
- Fikrlar «hujumi»ni o‘tkazish vaqti aniqlanadi va unga qat‘iyan rioya qilinishi shart.
- Berilgan savolga qisqacha (1-2 so‘zdan iborat) javob beriladi.

Nazorat savollari

1. O'pka to'qimasi zichlashish sindromi sababi?
2. O'pka to'qimasi zichlashish sindromida klinik o'zgarishlar kanday?
3. Krupoz va o'choqli pnevmoniyani aniklash?
4. Krupoz va o'choqli pnevmoniya rivojlanish sabablari?
5. Krupoz va o'choqli pnevmoniyada klinik o'zgarishlar?
6. Krupoz pnevmoniyada laboratoriya tekshirish usullari?

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Bobojonov S.N. Ichki kasalliklar. Toshkent, 2004 yil. Darslik
2. Gadaev A.G., Axmedov X. Ichki kasalliklar. Toshkent. 2013
3. Gadaev A.G., Axmedov X. Umumiy amaliyot vrachlari uchun amaliy ko'nikmalar toplami. Toshkent. 2010
4. Okorokov A.N. Lechenie bolezney vnutrennix organov. Moskva, 2005g.
5. Okorokov. A.N., Diagnostika bolezney vnutrennix organov. Moskva 2005g.
6. Spravochnik – putevoditel praktikuyemogo vracha. 2000 bolezney ot A do YA GEOTAR. Meditsina. M. 2000g.

Mavzu 3: Bronxial astma. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

Ishdan maqsad: Bronxial astma. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari xakida ma'lumotga ega bo'lishdan iborat.

Masalaning qo'yilishi:

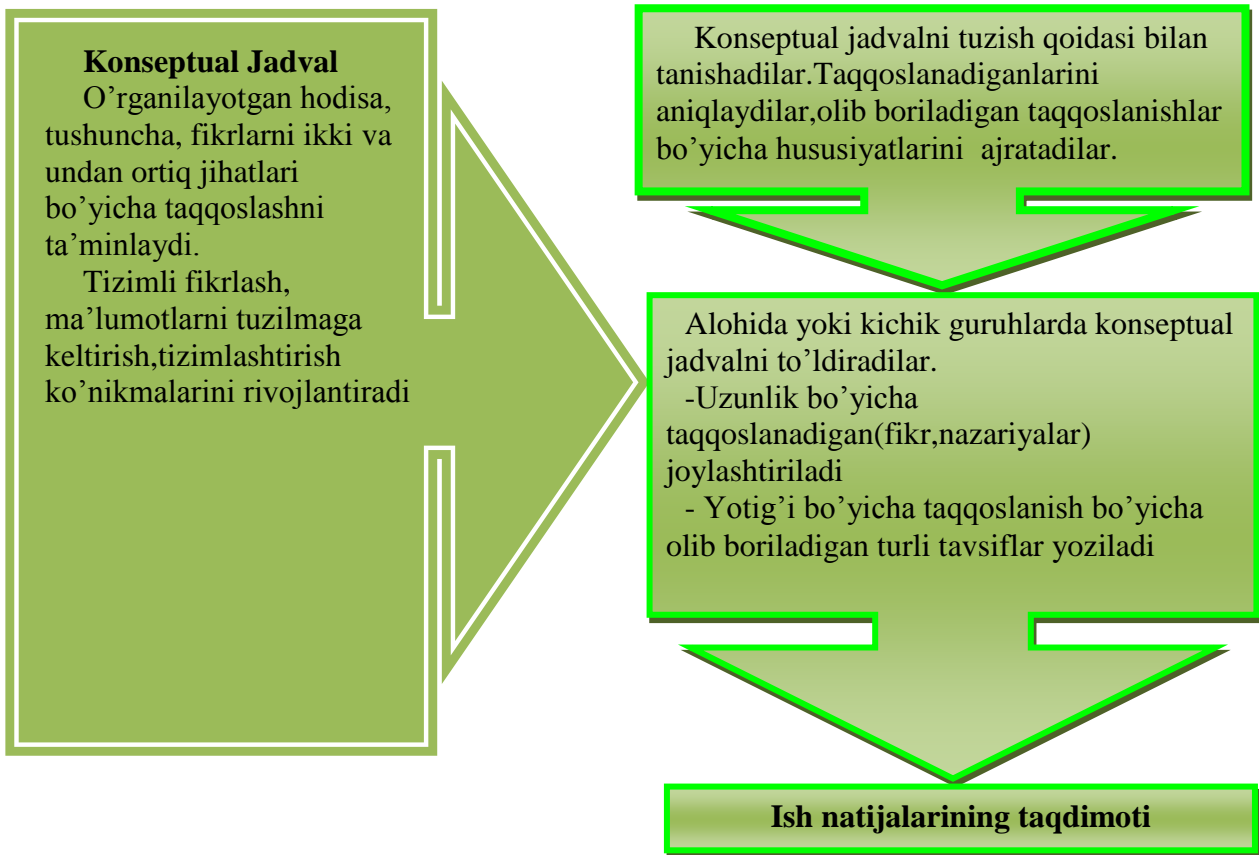
1. Bronxodilyatatorlarni tasnifi.
2. Bronxodilyatatorlarni farmakokinetikasi.
3. Bronxodilyatatorlarni farmakodinamikasi.
4. Bronxodilyatatorlarni buyurishga kursatma va karshi kursatmalari.
5. Metabolizm va eliminatsiya organlarini funksional xolatini xisobga olgan holda, ularni dozalash tartibi.

Ishni bajarish uchun namuna

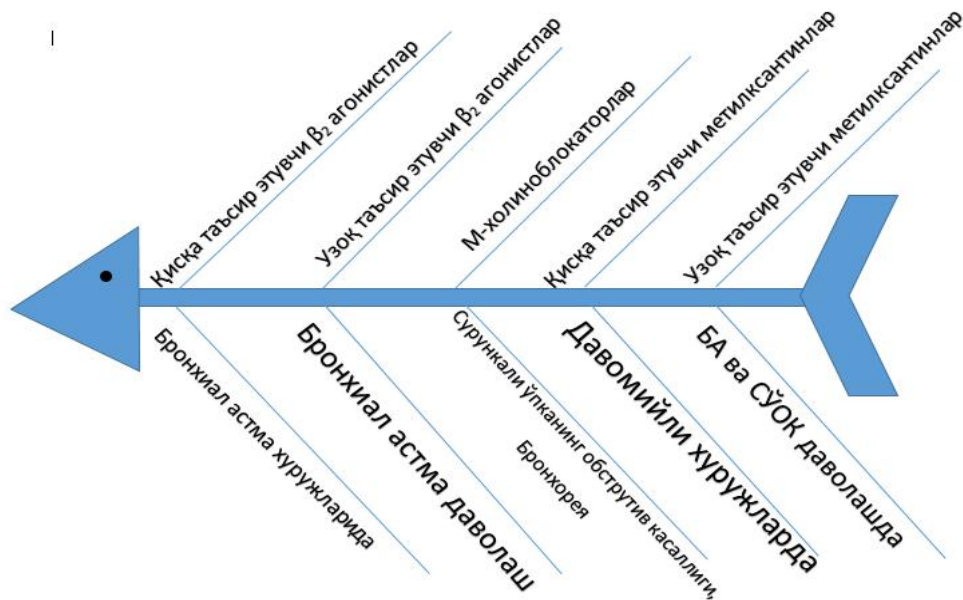
Klaster, konseptual jadval organayzerlari

Klasterni tuzish qoidasi

1. Aqlingizga nima kelsa, barchasini yozing. G'oyalari sifatini muhokama qilmang faqat ularni yozing.
2. Xatni to'xtatadigan imlo xatolariga va boshqa omillarga e'tibor bermang.
3. Ajratilgan vaqt tugaguncha yozishni to'xtatmang. Agarda aqlingizda g'oyalar kelishi birdan to'xtasa, u holda qachonki yangi g'oyalar kelmaguncha qog'ozga rasm chizib turing.



Bronxoobstruktiv sindromda dori vositalarini tanlash buyicha baliq skeleti tuzilmasi



Nazorat savollari

1. Fosfodiesteraza ingibitorlari keng doirali ta'sir mexanizmiga ega. Teofillinning farmakodinamik ta'sirlarini sanab uting.
2. Teofillinning farmakokinetik xususiyatlari, jumladan yuborish yullarining uziga xos tomonlarini kursating.

3. Metilksantinlarning nojuya ta'siri va ularni oldini olish yullari.
4. Kaysi preparatlar semiz xujayra kobigini turgunlashtiradi? Ularni kullashga kursatma va karshi kursatmalar.
5. Leykotrien ingibitori bulgan akolat xakida nima bilasiz?

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Bobojonov S.N. Ichki kasalliklar. Toshkent, 2004 yil. Darslik
2. Gadaev A.G., Axmedov X. Ichki kasalliklar. Toshkent. 2013
3. Gadaev A.G., Axmedov X. Umumiy amaliyot vrachlari uchun amaliy ko'nikmalar toplami. Toshkent. 2010
4. Okorokov A.N. Lechenie bolezney vnutrennix organov. Moskva, 2005g.
5. Okorokov. A.N., Diagnostika bolezney vnutrennix organov. Moskva 2005g.
6. Spravochnik – putevoditel praktikuyushogo vracha. 2000 bolezney ot A do YA GEOTAR. Meditsina. M. 2000g.

Mavzu 4: Gipertoniya kasalligi. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

O'quv mashg'uloti maqsadi:

eng keng tarqalgan ichki kasalliklar tipik shakillarni tashxis qilish va davolash ko'nikmalarini rivojlantirish.

Talaba bilishi kerak:

- bemorlardan anamnestik ma'lumotlarni yig'a bilish (kasallik va hayot tarixi). Bemorni organlar bo'yicha umumiy ko'rikdan o'tkazish. Taxminiy tashxisni asoslash. Bemorni tekshirish rejasini tuzish. Umumiy klinik laborator tekshiruvlar natijalarini va qon, siydik, balg'am, axlatning bakteriologik ekish natijalarini interpretatsiya qila olish. Qonning bioximik tekshiruvlari natijalarini tahlil qila olish. Ko'krak qafasi organlari, oshqozon-ichak trakti va siydik yo'llari rentgenologik tekshiruvlari natijalarini interpretatsiya qila olish. EKGni olish va o'qishni bilish YUrak va qon tomirlari, qorin bo'shlig'i organlari va buyraklar UTT tekshiruvlari natijalarini tahlil qila olish. Klinik tashxisni asoslash. Qiyosiy taqqoslash. YAkuniy tashxisni asoslash. Parxez stolini va rejali davolashni tavsiya etishni va foydalana olishni usullarini qo'llab davolanadigan kasalliklar: nafas a'zolari; yurak qon-tomir sistemasi; ovqat hazm qilish a'zolari; asab sistemasi; siydik tanosil sistemasi

Talaba bajara olishi lozim:

- ichki kasalliklarning ichki a'zolar kasalliklarini tekshirish; bemorni professional so'roq va ko'rikdan o'tkazish; EKG olish va o'qishni bilish; pikfloumetriya qilish; mos parxez va davolash rejasini buyurish; ichki a'zolar kasalliklariga dastlabki va klinik tashxis ko'ya bilish, ularni oldini olish

Motivatsiya

- Talabalarga amaliyotda eng ko'p tarqalgan ichki a'zolar kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, asoratlari, davolash usullari; Tekshiruv va kompleks davolash rejasini tuzish; asosiy tibbiy xujjatlarni bilish; EKG yuklamali sinama bilan; EKG-monitoring; Exokardiografiya, doplerografiya bilan; FKG, Rentgenografiya, Kompyuter tomografiya, yader-magnit rezonans, Angiografiya va yurak kateterizatsiyasi; Vaqtinchalik va doimiy kardiostimulyasiya; Elektroimpuls davolash; Balg'amni bakteriologik ekish; Plevra bo'shlig'ini punktsiyasi; Bronxografiya; Spiroografiya; Broxoskopiya; Najasni bakteriologik ekish; Najasni disbakteriozga tekshirish; Oshqozon shirasi va duolenal tarkibini tekshirish; Punktsiya (bo'shliqlarni va bo'g'im oraliq'i); Gepatitning markerlarini aniqlash; UTT; EGDFS; Kolonoskopiya; Biopsiya; Immunologik tekshiruvlar, RF, SIK; Bo'g'im oraliq'iga punktsiya qilish, sinovial suyuqlikni tekshirish bilan; Peshob bakteriologik ekmasi va antibiotikogramma to'g'risida tasavvurga ega bo'lishi lozim:

Fanlararo va fanlar ichra aloqalar

Ushbu mavzuni o'rganish talabalarning amalga oshirish o'quv rejasida rejalashtirilgan anatomiya, gistologiya embriologiya va sitologiya bilan birgalikda, biologiya, tibbiy genetika,

biofizika va informatika, normal fiziologiya, mikrobiologiya, topografik anatomiya, farmakologiya, ichki kasalliklar propedevtikasi fanlardan etarli bilim va ko'nikmalarga ega bo'lishlik talab etiladi.

Ishni bajarish uchun namuna **“Mevali daraxt” metodining qo'llanilishi**

“Mevali daraxt” metodining maqsadi: talabalarda tezlik, axborotlar tizimini tahlil qilish, rejalashtirish, prognozlash ko'nikmalarini shakllantirishdan iborat. Mazkur metodni baholash va mustahkamlash maksadida qo'llash samarali natijalarni beradi.

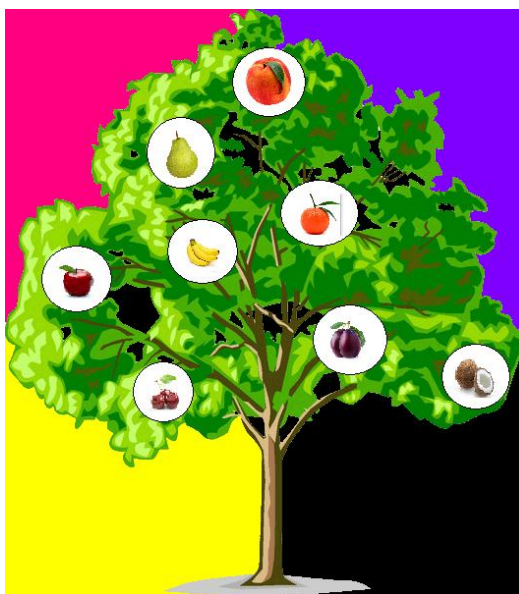
Bu metoddan maqsad, talabalarda ma'lum bir faoliyat yoki tushunchalarning ketma-ketligi, uzluksizligi, bog'liqligi, bosqichma-bosqichligi hamda tartibini aniqlash malaka va ko'nikmalarini rivojlantirishdan iborat.

Buning uchun pedagog tomonidan ma'lum ketma-ketligi mavjud bo'lgan faoliyat yoki tushunchaning o'rinlari almashtirilgan holda beriladi. Talabalar ushbu ketma-ketlikni topishi, tartibga keltirishi, o'z o'rniga qo'yib chiqishi lozim. Bu topshiriqda talabalar o'z javoblarini va guruhij javobni berish imkoniyatiga ega bo'ladilar. To'g'ri javob e'lon qilingandan so'ng talabalarni baholash mumkin. Bunday topshiriq talabalarni fikrlashga undab, mavzu bilimlarini mustahkamlashga, aniqlashtirishga va tafakkurni rivojlantirishga yordam beradi.

Metodni amalga oshirish bosqichlari:

“Mevali daraxtni” katta o'lchamli karton, 8ta varaqa, old tomondan meva rasmi tushurilgan, orqasida savol yozilgan.

O'qituvchi o'yin qoidalarini tushuntiradi. Talabalar ikki guruhga bo'linadilar, so'ng o'qituvchi umumiy savolni beradi. Har bir guruhdan bittadan talaba navbatma-navbat javob beradilar. Javob to'g'ri bo'lsa o'qituvchi meva beradi va u daraxtga knopka bilan sanchiladi. Javob berolmasa meva berilmaydi. Qaysi guruh ko'proq meva yig'sa o'sha guruh g'alaba qozonadi.



Foydalanilgan adabiyotlar

1. Bobojonov S.N. Ichki kasalliklar. Toshkent, 2004 yil. Darslik
2. Gadaev A.G., Axmedov X. Ichki kasalliklar. Toshkent. 2013
3. Gadaev A.G., Axmedov X. Umumiy amaliyot vrachlari uchun amaliy ko'nikmalar toplami. Toshkent. 2010
4. Okorokov A.N. Lechenie bolezney vnutrennix organov. Moskva, 2005g.
5. Okorokov. A.N., Diagnostika bolezney vnutrennix organov. Moskva 2005g.

Mavzu 5: YUIK. Stenokardiya. Klassifikatsiyasi, turlari, klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

O'quv mashg'uloti maqsadi:

eng keng tarqalgan ichki kasalliklar tipik shakillarni tashxis qilish va davolash ko'nikmalarini rivojlantirish.

Talaba bilishi kerak:

- bemorlardan anamnestik ma'lumotlarni yig'a bilish (kasallik va hayot tarixi). Bemorni organlar bo'yicha umumiy ko'rikdan o'tkazish. Taxminiy tashxisni asoslash. Bemorni tekshirish rejasini tuzish. Umumiy klinik laborator tekshiruvlar natijalarini va qon, siydik, balg'am, axlatning bakteriologik ekish natijalarini interpretatsiya qila olish. Qonning bioximik tekshiruvlari natijalarini tahlil qila olish. Ko'krak qafasi organlari, oshqozon-ichak trakti va siydik yo'llari rentgenologik tekshiruvlari natijalarini interpretatsiya qila olish. EKGni olish va o'qishni bilish YUrak va qon tomirlari, qorin bo'shlig'i organlari va buyraklar UTT tekshiruvlari natijalarini tahlil qila olish. Klinik tashxisni asoslash. Qiyosiy taqqoslash. YAkuniy tashxisni asoslash. Parxez stolini va rejali davolashni tavsiya etishni va foydalana olishni usullarini qo'llab davolanadigan kasalliklar: nafas a'zolari; yurak qon-tomir sistemasi; ovqat hazm qilish a'zolari; asab sistemasi; siydik tanosil sistemasi

Talaba bajara olishi lozim:

- ichki kasalliklarning ichki a'zolar kasalliklarini tekshirish; bemorni professional so'roq va ko'rikdan o'tkazish; EKG olish va o'qishni bilish; pikfloumetriya qilish; mos parxez va davolash rejasini buyurish; ichki a'zolar kasalliklariga dastlabki va klinik tashxis ko'ya bilish, ularni oldini olish

Motivatsiya

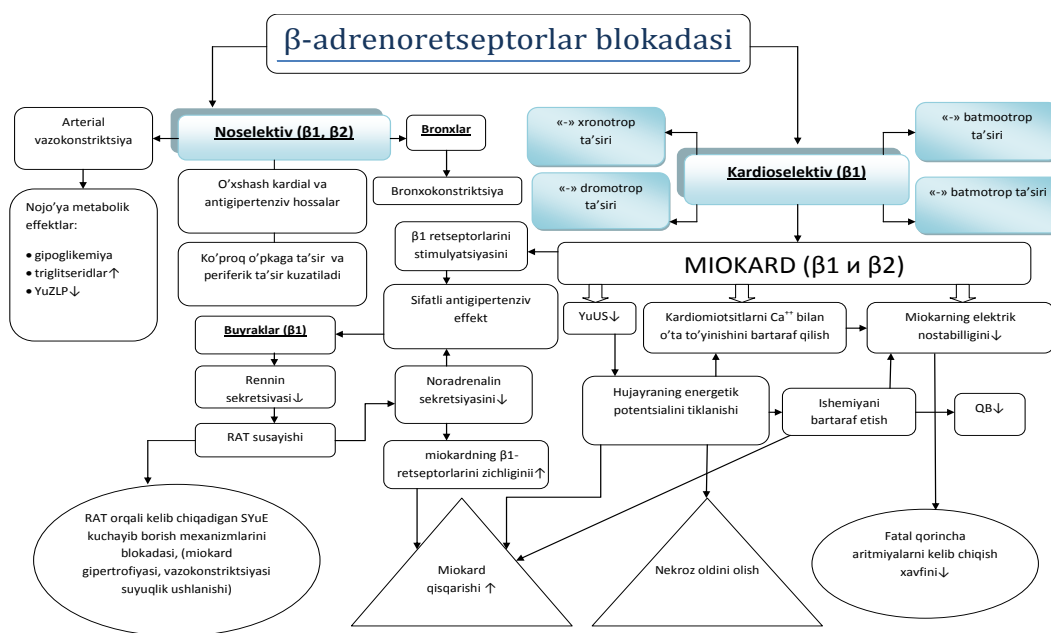
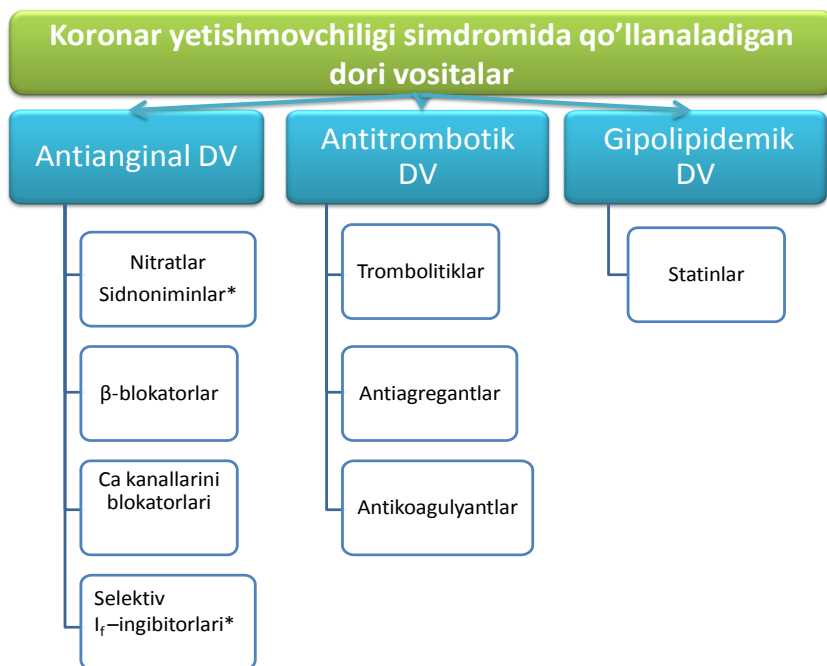
- Talabalarga amaliyotda eng ko'p tarqalgan ichki a'zolar kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, asoratlari, davollash usullari; Tekshiruv va kompleks davolash rejasini tuzish; asosiy tibbiy xujjatlarni bilish; EKG yuklamali sinama bilan; EKG-monitoring; Exokardiografiya, doplerografiya bilan; FKG, Rentgenografiya, Kompyuter tomografiya, yader-magnit rezonans, Angiografiya va yurak kateterizatsiyasi; Vaqtinchalik va doimiy kardiostimulyasiya; Elektroimpuls davolash; Balg'amni bakteriologik ekish; Plevra bo'shlig'ini punksiyasi; Bronxografiya; Spiroografiya; Broxoskopiya; Najasni bakteriologik ekish; Najasni disbakteriozga tekshirish; Oshqozon shirasi va duolenal tarkibini tekshirish; Punksiya (bo'shliqlarni va bo'g'im oralig'i); Gepatitning markerlarini aniqlash; UTT; EGDFS; Kolonoskopiya; Biopsiya; Immunologik tekshiruvlar, RF, SIK; Bo'g'im oralig'iga punksiya qilish, sinovial suyuqlikni tekshirish bilan; Peshob bakteriologik ekmasi va antibiotikogramma to'g'risida tasavvurga ega bo'lishi lozim:

Fanlararo va fanlar ichra aloqalar

Ushbu mavzuni o'rganish talabalarning amalga oshirish o'quv rejasida rejalashtirilgan anatomiya, gistologiya embriologiya va sitologiya bilan birgalikda, biologiya, tibbiy genetika, biofizika va informatika, normal fiziologiya, mikrobiologiya, topografik anatomiya, farmakologiya, ichki kasalliklar propedevtikasi fanlardan etarli bilim va ko'nikmalarga ega bo'lishlik talab etiladi.

Klaster, kontseptual jadval organayzerlari Klasterni tuzish qoidasi

Koronar yetishmovchiligi sindromida qo'llaniladigan dori vositalarni klaster tuzilmasi



Foydalanilgan adabiyotlar

1. Bobojonov S.N. Ichki kasalliklar. Toshkent, 2004 yil. Darslik
2. Gadaev A.G., Axmedov X. Ichki kasalliklar. Toshkent. 2013
3. Gadaev A.G., Axmedov X. Umumiy amaliyot vrachlari uchun amaliy ko'nikmalar toplami. Toshkent. 2010
4. Okorokov A.N. Lechenie bolezney vnutrennix organov. Moskva, 2005g.
5. Okorokov. A.N., Diagnostika bolezney vnutrennix organov. Moskva 2005g.

Mavzu 6: Mokard infarkti. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

O'quv mashg'uloti maqsadi:

eng keng tarqalgan ichki kasalliklar tipik shakillarni tashxis qilish va davolash ko'nikmalarini rivojlantirish.

Talaba bilishi kerak:

- bemorlardan anamnestik ma'lumotlarni yig'ga bilish (kasallik va hayot tarixi). Bemorni organlar bo'yicha umumiy ko'rikdan o'tkazish. Taxminiy tashxisni asoslash. Bemorni tekshirish rejasini tuzish. Umumiy klinik laborator tekshiruvlar natijalarini va qon, siydik, balg'am, axlatning bakteriologik ekish natijalarini interpretatsiya qila olish. Qonning bioximik tekshiruvlari natijalarini tahlil qila olish. Ko'krak qafasi organlari, oshqozon-ichak trakti va siydik yo'llari rentgenologik tekshiruvlari natijalarini interpretatsiya qila olish. EKGni olish va o'qishni bilish YUrak va qon tomirlari, qorin bo'shlig'i organlari va buyraklar UTT tekshiruvlari natijalarini tahlil qila olish. Klinik tashxisni asoslash. Qiyosiy taqqoslash. YAkuniy tashxisni asoslash. Parxez stolini va rejali davolashni tavsiya etishni va foydalana olishni usullarini qo'llab davolanadigan kasalliklar: nafas a'zolari; yurak qon-tomir sistemasi; ovqat hazm qilish a'zolari; asab sistemasi; siydik tanosil sistemasi

Talaba bajara olishi lozim:

- ichki kasalliklarning ichki a'zolar kasalliklarini tekshirish; bemorni professional so'roq va ko'rikdan o'tkazish; EKG olish va o'qishni bilish; pikfloumetriya qilish; mos parxez va davolash rejasini buyurish; ichki a'zolar kasalliklariga dastlabki va klinik tashxis ko'ya bilish, ularni oldini olish

Motivatsiya

- Talabalarga amaliyotda eng ko'p tarqalgan ichki a'zolar kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, asoratlari, davolash usullari; Tekshiruv va kompleks davo rejasini tuzish; asosiy tibbiy xujjatlarni bilish; EKG yuklamali sinama bilan; EKG-monitoring; Exokardiografiya, doplerografiya bilan; FKG, Rentgenografiya, Kompyuter tomografiya, yader-magnit rezonans, Angiografiya va yurak kateterizatsiyasi; Vaqtinchalik va doimiy kardiostimulyasiya; Elektroimpuls davo; Balg'amni bakteriologik ekish; Plevra bo'shlig'ini punksiyasi; Bronxografiya; Spiroografiya; Broxoskopiya; Najasni bakteriologik ekish; Najasni disbakteriozga tekshirish; Oshqozon shirasi va duolenal tarkibini tekshirish; Punksiya (bo'shliqlarni va bo'g'im oralg'i); Gepatitning markerlarini aniqlash; UTT; EGDFS; Kolonoskopiya; Biopsiya; Immunologik tekshiruvlar, RF, SIK; Bo'g'im oralg'iga punksiya qilish, sinovial suyuqlikni tekshirish bilan; Peshob bakterialogik ekmasi va antibiotikogramma to'g'risida tasavvurga ega bo'lishi lozim:

Fanlararo va fanlar ichra aloqalar

Ushbu mavzuni o'rganish talabalarining amalga oshirish o'quv rejasida rejalashtirilgan anatomiya, gistologiya embriologiya va sitologiya bilan birgalikda, biologiya, tibbiy genetika, biofizika va informatika, normal fiziologiya, mikrobiologiya, topografik anatomiya, farmakologiya, ichki kasalliklar propedevtikasi fanlardan etarli bilim va ko'nikmalarga ega bo'lishlik talab etiladi.

Ishni bajarish uchun namuna

Infarkt miokardi simptomatologiyasi mavzusini o'qitishda «**B/BX/B chizmasi**» metodining qo'llanishi

Internet ma'lumotlaridan foydalangan xolda axborot texnologiyasikullaniladi kurgazmali rasmlar namoyish etiladi.

B/BX/B chizmasi

B/B/B chizmasi – Bilaman/ Bilishni hohlayman/ Bilib oldim. Mavzu, matn, bo'lim bo'yicha izlanuvchilikni olib borish imkonini beradi.

Tizimli fikrlash, tuzilmaga keltirish, tahlil qilish ko'nikmalarini rivojlantiradi.

Talabalar:

1. Jadvalni tuzish qoidasi bilan tanishadilar. Alohida /kichik guruhlarda jadvalni rasmiylashtiradilar.

2. "Mavzu bo'yicha nimalarni bilasiz" va "Nimani bilishni xohlaysiz" degan savollarga javob beradilar (oldindagi ish uchun yo'naltiruvchi asos yaratiladi).

Jadvalning 1 va 2 bo'limlarini to'ldiradilar.

3. Ma'ruzani tinglaydilar, mustaqil o'qiydilar.

4. Mustaqil/kichik guruhlarda jadvalning 3 bo'limni to'ldiradilar

B/BX/B chizmasi		
<i>Bilaman</i>	<i>Bilishni hohlayman</i>	<i>Bilib oldim</i>

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Bobojonov S.N. Ichki kasalliklar. Toshkent, 2004 yil. Darslik
2. Gadaev A.G., Axmedov X. Ichki kasalliklar. Toshkent. 2013
3. Gadaev A.G., Axmedov X. Umumiy amaliyot vrachlari uchun amaliy ko'nikmalar toplami. Toshkent. 2010
4. Okorokov A.N. Lechenie bolezney vnutrennix organov. Moskva, 2005g.
5. Okorokov. A.N., Diagnostika bolezney vnutrennix organov. Moskva 2005g.

Mavzu 7: Tayanch-xarakat tizimi kasalliklari. Revmotoid artrit va Defarmაციyalovchi osteoartroz. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

O'quv mashg'uloti maqsadi: eng keng tarqalgan ichki kasalliklar tipik shakillarni tashxis qilish va davolash ko'nikmalarini rivojlantirish.

Talaba bilishi kerak:

- bemorlardan anamnestik ma'lumotlarni yig'a bilish (kasallik va hayot tarixi). Bemorni organlar bo'yicha umumiy ko'rikdan o'tkazish. Taxminiy tashxisni asoslash. Bemorni tekshirish rejasini tuzish. Umumiy klinik laborator tekshiruvlar natijalarini va qon, siydik, balg'am, axlatning bakteriologik ekish natijalarini interpretatsiya qila olish. Qonning bioximik tekshiruvlari natijalarini tahlil qila olish. Ko'krak qafasi organlari, oshqozon-ichak trakti va siydik yo'llari rentgenologik tekshiruvlari natijalarini interpretatsiya qila olish. EKGni olish va o'qishni bilish YUrak va qon tomirlari, qorin bo'shlig'i organlari va buyraklar UTT tekshiruvlari natijalarini tahlil qila olish. Klinik tashxisni asoslash. Qiyosiy taqqoslash. YAkuniy tashxisni asoslash. Parxez stolini va rejali davolashni tavsiya etishni va foydalana olishni usullarini qo'llab davolanadigan kasalliklar: nafas a'zolari; yurak qon-tomir sistemasi; ovqat hazm qilish a'zolari; asab sistemasi; siydik tanosil sistemasi

Talaba bajara olishi lozim:

- ichki kasalliklarning ichki a'zolar kasalliklarini tekshirish; bemorni professional so'roq va ko'rikdan o'tkazish; EKG olish va o'qishni bilish; pikfloumetriya qilish; mos parxez va davolash rejasini buyurish; ichki a'zolar kasalliklariga dastlabki va klinik tashxis ko'ya bilish, ularni oldini olish

Motivatsiya

- Talabalarga amaliyotda eng ko'p tarqalgan ichki a'zolar kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, asoratlari, davolash usullari; Tekshiruv va kompleks davo rejasini tuzish; asosiy tibbiy xujjatlarni bilish; EKG yuklamali sinama bilan; EKG-monitoring; Exokardiografiya, doplerografiya bilan; FKG, Rentgenografiya, Kompyuter tomografiya, yader-magnit rezonans, Angiografiya va yurak kateterizatsiyasi; Vaqtinchalik va doimiy kardiostimulyasiya; Elektroimpuls davo; Balg'amni bakteriologik ekish; Plevra bo'shlig'ini punksiyasi; Bronxografiya; Spiroografiya; Broxoskopiya; Najasni bakteriologik ekish; Najasni disbakteriozga tekshirish; Oshqozon shirasi va duolenal tarkibini tekshirish; Punksiya (bo'shliqlarni va bo'g'im oralig'i); Gepatitning markerlarini aniqlash; UTT; EGDFS; Kolonoskopiya; Biopsiya; Immunologik tekshiruvlar, RF, SIK; Bo'g'im oralig'iga punksiya qilish, sinovial suyuqlikni tekshirish bilan; Peshob bakterialogik ekmasi va antibiotikogramma to'g'risida tasavvurga ega bo'lishi lozim:

Fanlararo va fanlar ichra aloqalar

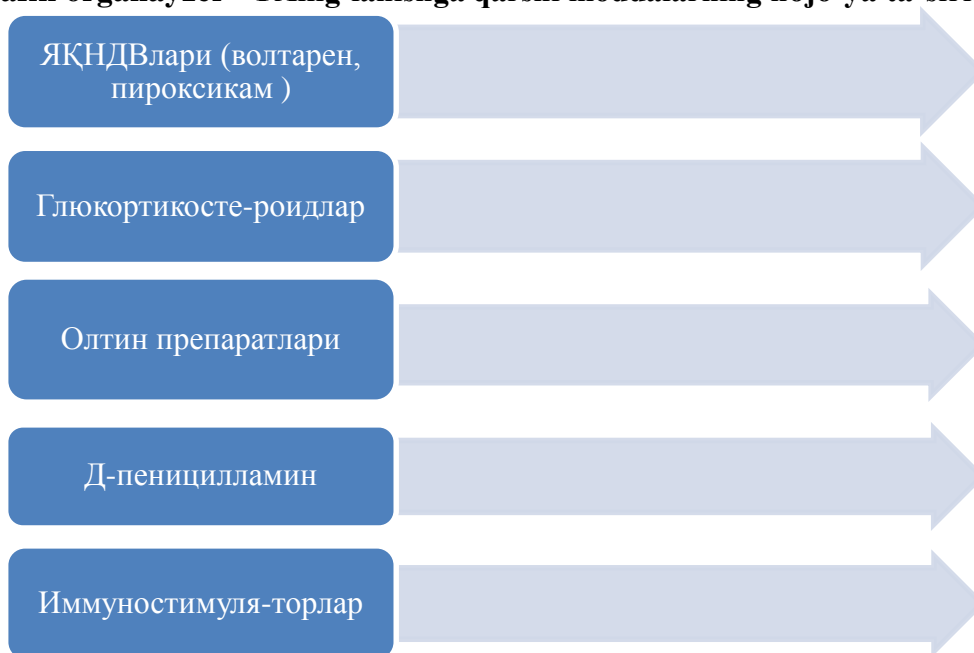
Ushbu mavzuni o'rganish talabalarning amalga oshirish o'quv rejasida rejalashtirilgan anatomiya, gistologiya embriologiya va sitologiya bilan birgalikda, biologiya, tibbiy genetika, biofizika va informatika, normal fiziologiya, mikrobiologiya, topografik anatomiya, farmakologiya, ichki kasalliklar propedevtikasi fanlardan etarli bilim va ko'nikmalarga ega bo'lishlik talab etiladi.

Klaster, konseptual jadval organayzerlari

Klasterni tuzish qoidasi

1. Aqlingizga nima kelsa, barchasini yozing. G'oyalari sifatini muhokama qilmang faqat ularni yozing.
2. Xatni to'xtatadigan imlo xatolariga va boshqa omillarga e'tibor bermang.
3. Ajratilgan vaqt tugaguncha yozishni to'xtatmang. Agarda aqlingizda g'oyalar kelishi birdan to'xtasa, u holda qachonki yangi g'oyalar kelmaguncha qog'ozga rasm chizib turing.

Grafik organayzer "YAllig'lanishga qarshi moddalarning nojo'ya ta'sirlari"



Foydalanilgan adabiyotlar

1. Bobojonov S.N. Ichki kasalliklar. Toshkent, 2004 yil. Darslik
2. Gadaev A.G., Axmedov X. Ichki kasalliklar. Toshkent. 2013
3. Gadaev A.G., Axmedov X. Umumiy amaliyot vrachlari uchun amaliy ko'nikmalar toplami. Toshkent. 2010
4. Okorokov A.N. Lechenie bolezney vnutrennix organov. Moskva, 2005g.
5. Okorokov. A.N., Diagnostika bolezney vnutrennix organov. Moskva 2005g.

Mavzu 8: Surunkali yurak revmatizm kasalligi. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

O'quv mashg'uloti maqsadi:

eng keng tarqalgan ichki kasalliklar tipik shakillarni tashxis qilish va davolash ko'nikmalarini rivojlantirish.

Talaba bilishi kerak:

- bemorlardan anamnestik ma'lumotlarni yig'a bilish (kasallik va hayot tarixi). Bemorni organlar bo'yicha umumiy ko'rikdan o'tkazish. Taxminiy tashxisni asoslash. Bemorni tekshirish rejasini tuzish. Umumiy klinik laborator tekshiruvlar natijalarini va qon, siydik, balg'am, axlatning bakteriologik ekish natijalarini interpretatsiya qila olish. Qonning bioximik tekshiruvlari natijalarini tahlil qila olish. Ko'krak qafasi organlari, oshqozon-ichak trakti va siydik yo'llari rentgenologik tekshiruvlari natijalarini interpretatsiya qila olish. EKGni olish va o'qishni bilish YUrak va qon tomirlari, qorin bo'shlig'i organlari va buyraklar UTT tekshiruvlari natijalarini tahlil qila olish. Klinik tashxisni asoslash. Qiyosiy taqqoslash. YAkuniy tashxisni asoslash. Parxez stolini va rejali davolashni tavsiya etishni va foydalana olishni usullarini qo'llab davolanadigan kasalliklar: nafas

a'zolari; yurak qon-tomir sistemasi; ovqat hazm qilish a'zolari; asab sistemasi; siydik tanosil sistemasi

Talaba bajara olishi lozim:

- ichki kasalliklarning ichki a'zolar kasalliklarini tekshirish; bemorni professional so'roq va ko'rikdan o'tkazish; EKG olish va o'qishni bilish; pikfloumetriya qilish; mos parxez va davolash rejasini buyurish; ichki a'zolar kasalliklariga dastlabki va klinik tashxis ko'ya bilish, ularni oldini olish

Motivatsiya

- Talabalarga amaliyotda eng ko'p tarqalgan ichki a'zolar kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, asoratlari, davollash usullari; Tekshiruv va kompleks davolash rejasini tuzish; asosiy tibbiy xujjatlarni bilish; EKG yuklamali sinama bilan; EKG-monitoring; Exokardiografiya, doplerografiya bilan; FKG, Rentgenografiya, Kompyuter tomografiya, yader-magnit rezonans, Angiografiya va yurak kateterizatsiyasi; Vaqtinchalik va doimiy kardiostimulyasiya; Elektroimpuls davolash; Balg'amni bakteriologik ekish; Plevra bo'shlig'ini punksiyasi; Bronxografiya; Spiroografiya; Broxoskopiya; Najasni bakteriologik ekish; Najasni disbakteriozga tekshirish; Oshqozon shirasi va duodenal tarkibini tekshirish; Punksiya (bo'shliqlarni va bo'g'im oralig'i); Gepatitning markerlarini aniqlash; UTT; EGDFS; Kolonoskopiya; Biopsiya; Immunologik tekshiruvlar, RF, SIK; Bo'g'im oralig'iga punksiya qilish, sinovial suyuqlikni tekshirish bilan; Peshob bakteriologik ekmasi va antibiotikogramma to'g'risida tasavvurga ega bo'lishi lozim:

Fanlararo va fanlar ichra aloqalar

Ushbu mavzuni o'rganish talabalarning amalga oshirish o'quv rejasida rejalashtirilgan anatomiya, gistologiya embriologiya va sitologiya bilan birgalikda, biologiya, tibbiy genetika, biofizika va informatika, normal fiziologiya, mikrobiologiya, topografik anatomiya, farmakologiya, ichki kasalliklar propedevtikasi fanlardan etarli bilim va ko'nikmalarga ega bo'lishlik talab etiladi.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Bobojonov S.N. Ichki kasalliklar. Toshkent, 2004 yil. Darslik
2. Gadaev A.G., Axmedov X. Ichki kasalliklar. Toshkent. 2013
3. Gadaev A.G., Axmedov X. Umumiy amaliyot vrachlari uchun amaliy ko'nikmalar toplami. Toshkent. 2010
4. Okorokov A.N. Lechenie bolezney vnutrennix organov. Moskva, 2005g.
5. Okorokov. A.N., Diagnostika bolezney vnutrennix organov. Moskva 2005g.

Mavzu 9: Me'daning yallig'lanish kasalliklari. Gastrit. Uning turlari, klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

O'quv mashg'uloti maqsadi:

eng keng tarqalgan ichki kasalliklar tipik shakillarni tashxis qilish va davolash ko'nikmalarini rivojlantirish.

Talaba bilishi kerak:

- bemorlardan anamnestic ma'lumotlarni yig'a bilish (kasallik va hayot tarixi). Bemorni organlar bo'yicha umumiy ko'rikdan o'tkazish. Taxminiy tashxisni asoslash. Bemorni tekshirish rejasini tuzish. Umumiy klinik laborator tekshiruvlar natijalarini va qon, siydik, balg'am, axlatning bakteriologik ekish natijalarini interpretatsiya qila olish. Qonning bioximik tekshiruvlari natijalarini tahlil qila olish. Ko'krak qafasi organlari, oshqozon-ichak trakti va siydik yo'llari rentgenologik tekshiruvlari natijalarini interpretatsiya qila olish. EKGni olish va o'qishni bilish YUrak va qon tomirlari, qorin bo'shlig'i organlari va buyraklar UTT tekshiruvlari natijalarini tahlil qila olish. Klinik tashxisni asoslash. Qiyosiy taqqoslash. YAkuniy tashxisni asoslash. Parxez stolini va rejali davolashni tavsiya etishni va foydalana olishni usullarini qo'llab davolanadigan kasalliklar: nafas a'zolari; yurak qon-tomir sistemasi; ovqat hazm qilish a'zolari; asab sistemasi; siydik tanosil sistemasi

Talaba bajara olishi lozim:

- ichki kasalliklarning ichki a'zolar kasalliklarini tekshirish; bemorni professional so'roq va ko'rikdan o'tkazish; EKG olish va o'qishni bilish; pikfloumetriya qilish; mos parhez va davolash rejasini buyurish; ichki a'zolar kasalliklariga dastlabki va klinik tashxis ko'ya bilish, ularni oldini olish

Motivatsiya

- Talabalarga amaliyotda eng ko'p tarqalgan ichki a'zolar kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, asoratlari, davollash usullari; Tekshiruv va kompleks davo rejasini tuzish; asosiy tibbiy xujjatlarni bilish; EKG yuklamali sinama bilan; EKG-monitoring; Exokardiografiya, doplerografiya bilan; FKG, Rentgenografiya, Kompyuter tomografiya, yader-magnit rezonans, Angiografiya va yurak kateterizatsiyasi; Vaqtinchalik va doimiy kardiostimulyasiya; Elektroimpuls davo; Balg'amni bakteriologik ekish; Plevra bo'shlig'ini punksiyasi; Bronxografiya; Spiroografiya; Broxoskopiya; Najasni bakteriologik ekish; Najasni disbakteriozga tekshirish; Oshqozon shirasi va duolenal tarkibini tekshirish; Punksiya (bo'shliqlarni va bo'g'im oralig'i); Gepatitning markerlarini aniqlash; UTT; EGDFS; Kolonoskopiya; Biopsiya; Immunologik tekshiruvlar, RF, SIK; Bo'g'im oralig'iga punksiya qilish, sinovial suyuqlikni tekshirish bilan; Peshob bakterialogik ekmasi va antibiotikogramma to'g'risida tasavvurga ega bo'lishi lozim:

Fanlararo va fanlar ichra aloqalar

Ushbu mavzuni o'rganish talabalarining amalga oshirish o'quv rejasida rejalashtirilgan anatomiya, gistologiya embriologiya va sitologiya bilan birgalikda, biologiya, tibbiy genetika, biofizika va informatika, normal fiziologiya, mikrobiologiya, topografik anatomiya, farmakologiya, ichki kasalliklar propedevtikasi fanlardan etarli bilim va ko'nikmalarga ega bo'lishlik talab etiladi.

Ishni bajarish uchun namuna "Blits-o'yin" metodining qo'llanilishi

"Blits-o'yin" metodining maqsadi: talabalarda tezlik, axborotlar tizimini tahlil qilish, rejalashtirish, prognozlash ko'nikmalarini shakllantirishdan iborat. Mazkur metodni baholash va mustahkamlash maqsadida qo'llash samarali natijalarni beradi.

Bu metoddan maqsad, talabalarda ma'lum bir faoliyat yoki tushunchalarning ketma-ketligi, uzluksizligi, bog'liqligi, bosqichma-bosqichligi hamda tartibini aniqlash malaka va ko'nikmalarini rivojlantirishdan iborat.

Buning uchun pedagog tomonidan ma'lum ketma-ketligi mavjud bo'lgan faoliyat yoki tushunchaning o'rinlari almashtirilgan holda beriladi. Talabalar ushbu ketma-ketlikni topishi, tartibga keltirishi, o'z o'rniga qo'yib chiqishi lozim. Bu topshiriqda talabalar o'z javoblarini va guruhiy javobni berish imkoniyatiga ega bo'ladilar. To'g'ri javob e'lon qilingandan so'ng talabalarni baholash mumkin. Bunday topshiriq talabalarni fikrlashga undab, mavzu bilimlarini mustahkamlashga, aniqlashtirishga va tafakkurni rivojlantirishga yordam beradi

Metodni amalga oshirish bosqichlari:

1. Dastlab ishtirokchilarga belgilangan mavzu yuzasidan tayyorlangan topshiriq, ya'ni tarqatma materiallarni alohida-alohida beriladi va ulardan materialni sinchiklab o'rganish talab etiladi. SHundan so'ng, ishtirokchilarga to'g'ri javoblar tarqatmadagi «yakka baho» kolonkasiga belgilash kerakligi tushuntiriladi. Bu bosqichda vazifa yakka tartibda bajariladi.

2. Navbatdagi bosqichda trener-o'qituvchi ishtirokchilarga uch kishidan iborat kichik guruhlariga birlashtiradi va guruh a'zolarini o'z fikrlari bilan guruhdoshlarini tanishtirib, bahslashib, bir-biriga ta'sir o'tkazib, o'z fikrlariga ishontirish, kelishgan holda bir to'xtamga kelib, javoblarini «guruh bahosi» bo'limiga raqamlar bilan belgilab chiqishni topshiradi. Bu vazifa uchun 15 daqiqa vaqt beriladi.

3. Barcha kichik guruhlar o'z ishlarini tugatgach, to'g'ri harakatlar ketma-ketligi trener-o'qituvchi tomonidan o'qib eshittiriladi, va talabalardan bu javoblarni «to'g'ri javob» bo'limiga yozish so'raladi.

4. «To'g'ri javob» bo'limida berilgan raqamlardan «yakka baho» bo'limida berilgan raqamlar taqqoslanib, farq bulsa «0», mos kelsa «1» ball quyish so'raladi. SHundan so'ng «yakka xato» bo'limidagi farqlar yuqoridan pastga qarab qo'shib chiqilib, umumiy yig'indi hisoblanadi.

5. Xuddi shu tartibda «to'g'ri javob» va «guruh bahosi» o'rtasidagi farq chiqariladi va ballar «guruh xatosi» bo'limiga yozib, yuqoridan pastga qarab qo'shiladi va umumiy yig'indi keltirib chiqariladi.

6. Trener-o'qituvchi yakka va guruh xatolarini to'plangan umumiy yig'indi bo'yicha alohida-alohida sharhlab beradi.

7. Ishtirokchilarga olgan baholariga qarab, ularning mavzu bo'yicha o'zlashtirish darajalari aniqlanadi.

Gastritlar simptomatologiyasi (utkir va surunkali). Oshkozon va 12 barmokli ichak yara kasalligi simptomatologiyasi mavzusidagi umumiy tushunchalar ketma-ketligini joylashtiring. O'zingizni tekshirib ko'ring!

Harakatlar mazmuni	YAkka baho	YAkka xato	To'g'ri javob	Guruh bahosi	Guruh xatosi

Nazorat savollari

1. Me'da ichak kaslliklari bilan kasallangan bemorlarni tekshirish ketma-ketligi

2. Surunkali va o'tkir gastritga xos belgilar

3. Me'da ichak kaslliklari bilan kasallangan bemorlarni umumiy tekshirishning diagnostik axamiyati

4. Og'iz bo'shlig'ini ko'zdan kechirish usuli va aniqlangan o'zgarishlarning klinik axamiyati.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Bobojonov S.N. Ichki kasalliklar. Toshkent, 2004 yil. Darslik

2. Gadaev A.G., Axmedov X. Ichki kasalliklar. Toshkent. 2013

3. Gadaev A.G., Axmedov X. Umumiy amaliyot vrachlari uchun amaliy ko'nikmalar toplami. Toshkent. 2010

4. Okorokov A.N. Lechenie bolezney vnutrennix organov. Moskva, 2005g.

5. Okorokov. A.N., Diagnostika bolezney vnutrennix organov. Moskva 2005g.

Mavzu 10: Me'da va 12 barmoqli ichak yara kasalligi. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

O'quv mashg'uloti maqsadi:

eng keng tarqalgan ichki kasalliklar tipik shakillarni tashxis qilish va davolash ko'nikmalarini rivojlantirish.

Talaba bilishi kerak:

- bemorlardan anamnestic ma'lumotlarni yig'a bilish (kasallik va hayot tarixi). Bemorni organlar bo'yicha umumiy ko'rikdan o'tkazish. Taxminiy tashxisni asoslash. Bemorni tekshirish rejasini tuzish. Umumiy klinik laborator tekshiruvlar natijalarini va qon, siydik, balg'am, axlatning bakteriologik ekish natijalarini interpretatsiya qila olish. Qonning bioximik tekshiruvlari natijalarini tahlil qila olish. Ko'krak qafasi organlari, oshqozon-ichak trakti va siydik yo'llari rentgenologik

tekshiruvlari natijalarini interpretatsiya qila olish. EKGni olish va o'qishni bilish YUrak va qon tomirlari, qorin bo'shlig'i organlari va buyraklar UTT tekshiruvlari natijalarini tahlil qila olish. Klinik tashxisni asoslash. Qiyosiy taqqoslash. YAkuniy tashxisni asoslash. Parxez stolini va rejali davolashni tavsiya etishni va foydalana olishni usullarini qo'llab davolanadigan kasalliklar: nafas a'zolari; yurak qon-tomir sistemasi; ovqat hazm qilish a'zolari; asab sistemasi; siydik tanosil sistemasi

Talaba bajara olishi lozim:

- ichki kasalliklarning ichki a'zolar kasalliklarini tekshirish; bemorni professional so'roq va ko'rikdan o'tkazish; EKG olish va o'qishni bilish; pikfloumetriya qilish; mos parxez va davolash rejasini buyurish; ichki a'zolar kasalliklariga dastlabki va klinik tashxis ko'ya bilish, ularni oldini olish

Motivatsiya

- Talabalarga amaliyotda eng ko'p tarqalgan ichki a'zolar kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, asoratlari, davollash usullari; Tekshiruv va kompleks davo rejasini tuzish; asosiy tibbiy xujjatlarni bilish; EKG yuklamali sinama bilan; EKG-monitoring; Exokardiografiya, doplerografiya bilan; FKG, Rentgenografiya, Kompyuter tomografiya, yader-magnit rezonans, Angiografiya va yurak kateterizatsiyasi; Vaqtinchalik va doimiy kardiostimulyasiya; Elektroimpuls davo; Balg'amni bakteriologik ekish; Plevra bo'shlig'ini punksiyasi; Bronxografiya; Spiroografiya; Broxoskopiya; Najasni bakteriologik ekish; Najasni disbakteriozga tekshirish; Oshqozon shirasi va duolenal tarkibini tekshirish; Punksiya (bo'shliqlarni va bo'g'im oralig'i); Gepatitning markerlarini aniqlash; UTT; EGDFS; Kolonoskopiya; Biopsiya; Immunologik tekshiruvlar, RF, SIK; Bo'g'im oralig'iga punksiya qilish, sinovial suyuqlikni tekshirish bilan; Peshob bakterialogik ekmasi va antibiotikogramma to'g'risida tasavvurga ega bo'lishi lozim:

Fanlararo va fanlar ichra aloqalar

Ushbu mavzuni o'rganish talabalarning amalga oshirish o'quv rejasida rejalashtirilgan anatomiya, gistologiya embriologiya va sitologiya bilan birgalikda, biologiya, tibbiy genetika, biofizika va informatika, normal fiziologiya, mikrobiologiya, topografik anatomiya, farmakologiya, ichki kasalliklar propedevtikasi fanlardan etarli bilim va ko'nikmalarga ega bo'lishlik talab etiladi.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Bobojonov S.N. Ichki kasalliklar. Toshkent, 2004 yil. Darslik
2. Gadaev A.G., Axmedov X. Ichki kasalliklar. Toshkent. 2013
3. Gadaev A.G., Axmedov X. Umumiy amaliyot vrachlari uchun amaliy ko'nikmalar toplami. Toshkent. 2010
4. Okorokov A.N. Lechenie bolezney vnutrennix organov. Moskva, 2005g.
5. Okorokov. A.N., Diagnostika bolezney vnutrennix organov. Moskva 2005g.

Mavzu 11: Ingichka va Yugon ichak kasalligi. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

O'quv mashg'uloti maqsadi:

eng keng tarqalgan ichki kasalliklar tipik shakillarni tashxis qilish va davolash ko'nikmalarini rivojlantirish.

Talaba bilishi kerak:

- bemorlardan anamnestik ma'lumotlarni yig'a bilish (kasallik va hayot tarixi). Bemorni organlar bo'yicha umumiy ko'rikdan o'tkazish. Taxminiy tashxisni asoslash. Bemorni tekshirish rejasini tuzish. Umumiy klinik laborator tekshiruvlar natijalarini va qon, siydik, balg'am, axlatning bakteriologik ekish natijalarini interpretatsiya qila olish. Qonning bioximik tekshiruvlari natijalarini tahlil qila olish. Ko'krak qafasi organlari, oshqozon-ichak trakti va siydik yo'llari rentgenologik tekshiruvlari natijalarini interpretatsiya qila olish. EKGni olish va o'qishni bilish YUrak va qon tomirlari, qorin bo'shlig'i organlari va buyraklar UTT tekshiruvlari natijalarini tahlil qila olish. Klinik tashxisni asoslash. Qiyosiy taqqoslash. YAkuniy tashxisni asoslash. Parxez stolini va rejali davolashni tavsiya etishni va foydalana olishni usullarini qo'llab davolanadigan kasalliklar: nafas

a'zolari; yurak qon-tomir sistemasi; ovqat hazm qilish a'zolari; asab sistemasi; siydik tanosil sistemasi

Talaba bajara olishi lozim:

- ichki kasalliklarning ichki a'zolar kasalliklarini tekshirish; bemorni professional so'roq va ko'rikdan o'tkazish; EKG olish va o'qishni bilish; pikfloumetriya qilish; mos parxez va davolash rejasini buyurish; ichki a'zolar kasalliklariga dastlabki va klinik tashxis ko'ya bilish, ularni oldini olish

Motivatsiya

- Talabalarga amaliyotda eng ko'p tarqalgan ichki a'zolar kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, asoratlari, davollash usullari; Tekshiruv va kompleks davolash rejasini tuzish; asosiy tibbiy xujjatlarni bilish; EKG yuklamali sinama bilan; EKG-monitoring; Exokardiografiya, doplerografiya bilan; FKG, Rentgenografiya, Kompyuter tomografiya, yader-magnit rezonans, Angiografiya va yurak kateterizatsiyasi; Vaqtinchalik va doimiy kardiostimulyasiya; Elektroimpuls davolash; Balg'amni bakteriologik ekish; Plevra bo'shlig'ini punktsiyasi; Bronxografiya; Spiroografiya; Broxoskopiya; Najasni bakteriologik ekish; Najasni disbakteriozga tekshirish; Oshqozon shirasi va duodenal tarkibini tekshirish; Punktsiya (bo'shliqlarni va bo'g'im oralig'i); Gepatitning markerlarini aniqlash; UTT; EGDFS; Kolonoskopiya; Biopsiya; Immunologik tekshiruvlar, RF, SIK; Bo'g'im oralig'iga punktsiya qilish, sinovial suyuqlikni tekshirish bilan; Peshob bakterialogik ekmasi va antibiotikogramma to'g'risida tasavvurga ega bo'lishi lozim:

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Bobojonov S.N. Ichki kasalliklar. Toshkent, 2004 yil. Darslik
2. Gadaev A.G., Axmedov X. Ichki kasalliklar. Toshkent. 2013
3. Gadaev A.G., Axmedov X. Umumiy amaliyot vrachlari uchun amaliy ko'nikmalar toplami. Toshkent. 2010
4. Okorokov A.N. Lechenie bolezney vnutrennix organov. Moskva, 2005g.
5. Okorokov. A.N., Diagnostika bolezney vnutrennix organov. Moskva 2005g.

Mavzu 12: Gepatobiliar tizim kasalliklari. O'tkir hepatit. Ularning turlari, klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

O'quv mashg'uloti maqsadi:

eng keng tarqalgan ichki kasalliklar tipik shakillarni tashxis qilish va davolash ko'nikmalarini rivojlantirish.

Talaba bilishi kerak:

- bemorlardan anamnestik ma'lumotlarni yig'a bilish (kasallik va hayot tarixi). Bemorni organlar bo'yicha umumiy ko'rikdan o'tkazish. Taxminiy tashxisni asoslash. Bemorni tekshirish rejasini tuzish. Umumiy klinik laborator tekshiruvlar natijalarini va qon, siydik, balg'am, axlatning bakteriologik ekish natijalarini interpretatsiya qila olish. Qonning bioximik tekshiruvlari natijalarini tahlil qila olish. Ko'krak qafasi organlari, oshqozon-ichak trakti va siydik yo'llari rentgenologik tekshiruvlari natijalarini interpretatsiya qila olish. EKGni olish va o'qishni bilish YURak va qon tomirlari, qorin bo'shlig'i organlari va buyraklar UTT tekshiruvlari natijalarini tahlil qila olish. Klinik tashxisni asoslash. Qiyosiy taqqoslash. YAKuniy tashxisni asoslash. Parxez stolini va rejali davolashni tavsiya etishni va foydalana olishni usullarini qo'llab davolanadigan kasalliklar: nafas a'zolari; yurak qon-tomir sistemasi; ovqat hazm qilish a'zolari; asab sistemasi; siydik tanosil sistemasi

Talaba bajara olishi lozim:

- ichki kasalliklarning ichki a'zolar kasalliklarini tekshirish; bemorni professional so'roq va ko'rikdan o'tkazish; EKG olish va o'qishni bilish; pikfloumetriya qilish; mos parxez va davolash rejasini buyurish; ichki a'zolar kasalliklariga dastlabki va klinik tashxis ko'ya bilish, ularni oldini olish

Motivatsiya

- Talabalarga amaliyotda eng ko‘p tarqalgan ichki a‘zolar kasalliklarining etiologiyasi, patogenezini, klinikasi, asoratlari, davolash usullari; Tekshiruv va kompleks davolash rejasi tuzish; asosiy tibbiy xujjatlarni bilish; EKG yuklamali sinami bilan; EKG-monitoring; Exokardiografiya, doplerografiya bilan; FKG, Rentgenografiya, Kompyuter tomografiya, yader-magnit rezonans, Angiografiya va yurak kateterizatsiyasi; Vaqtinchalik va doimiy kardiostimulyasiya; Elektroimpuls davolash; Balg‘amni bakteriologik tekshirish; Plevra bo‘shlig‘ini punktsiyasi; Bronxografiya; Spiroografiya; Broxoskopiya; Najasni bakteriologik tekshirish; Najasni disbakteriozga tekshirish; Oshqozon shirasi va duodenal tarkibini tekshirish; Punktsiya (bo‘shliqlarni va bo‘g‘im oralig‘i); Gepatitning markerlarini aniqlash; UTT; EGDGS; Kolonoskopiya; Biopsiya; Immunologik tekshiruvlar, RF, SIK; Bo‘g‘im oralig‘iga punktsiya qilish, sinovial suyuqlikni tekshirish bilan; Peshob bakteriologik tekshirishi va antibiotikogramma to‘g‘risida tasavvurga ega bo‘lishi lozim:

Ishni bajarish uchun namuna **“Insert usuli” Guruh bilan ishlash qoidalari**

Insert- samarali o‘qish va fikrlash uchun belgilashning inter faol tizimi hisoblanib mustaqil o‘qib o‘rganishda yordam beradi. Bunda amaliy mashg‘ulot mavzulari, kitob va boshqa materiallar talabaga vazifa qilib beriladi. Uni o‘qib chiqib “ V“; +; -; +belgilari orqali o‘z fikrini ifodalaydi:

Matni belgilash tizimi

(V)- men bilgan narsani tasdiqlaydi.

(+)- Yangi ma’lumot.

(-)- men bilgan narsaga zid.

(?) meni o‘ylantirdi. Bu borada menga qo‘shimcha ma’lumot zarur.

Insert jadvali

Tushunchalar	V	+	-	?
Surunkali hepatitga olib keluvchi sabablar				
Surunkali xoletsistitga olib keluvchi sabablar				

Nazorat savollari

1. Surunkali hepatit va surunkali xoletsistit etiologiyasi
2. Surunkali hepatitga olib keluvchi sabablar
3. Surunkali hepatitli bemorlarni so‘rab surishtirish ma’lumotlari
4. Surunkali hepatitli bemorlarni palpatsiya va perkussiya ma’lumotlari
5. Klinik va instrumental tekshirish usullari ahamiyati

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Bobojonov S.N. Ichki kasalliklar. Toshkent, 2004 yil. Darslik
2. Gadaev A.G., Axmedov X. Ichki kasalliklar. Toshkent. 2013
3. Gadaev A.G., Axmedov X. Umumiy amaliyot vrachlari uchun amaliy ko‘nikmalar toplami. Toshkent. 2010
4. Okorokov A.N. Lechenie bolezney vnutrennix organov. Moskva, 2005g.
5. Okorokov. A.N., Diagnostika bolezney vnutrennix organov. Moskva 2005g.

Mavzu 13: Surunkali xoletsistit. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

O‘quv mashg‘uloti maqsadi:

eng keng tarqalgan ichki kasalliklar tipik shakillarni tashxis qilish va davolash ko‘nikmalarini rivojlantirish.

Talaba bilishi kerak:

- bemorlardan anamnestik ma’lumotlarni yig‘a bilish (kasallik va hayot tarixi). Bemorni organlar bo‘yicha umumiy ko‘rikdan o‘tkazish. Taxminiy tashxisni asoslash. Bemorni tekshirish rejasi tuzish. Umumiy klinik laborator tekshiruvlar natijalarini va qon, siydik, balg‘am, axlatning bakteriologik tekshirish natijalarini interpretatsiya qila olish. Qonning bioximik tekshiruvlari natijalarini

tahlil qila olish. Ko'krak qafasi organlari, oshqozon-ichak trakti va siydik yo'llari rentgenologik tekshiruvlari natijalarini interpretatsiya qila olish. EKGni olish va o'qishni bilish YUrak va qon tomirlari, qorin bo'shlig'i organlari va buyraklar UTT tekshiruvlari natijalarini tahlil qila olish. Klinik tashxisni asoslash. Qiyosiy taqqoslash. YAkuniy tashxisni asoslash. Parxez stolini va rejali davolashni tavsiya etishni va foydalana olishni usullarini qo'llab davolanadigan kasalliklar: nafas a'zolari; yurak qon-tomir sistemasi; ovqat hazm qilish a'zolari; asab sistemasi; siydik tanosil sistemasi

Talaba bajara olishi lozim:

- ichki kasalliklarning ichki a'zolar kasalliklarini tekshirish; bemorni professional so'roq va ko'rikdan o'tkazish; EKG olish va o'qishni bilish; pikfloumetriya qilish; mos parxez va davolash rejasini buyurish; ichki a'zolar kasalliklariga dastlabki va klinik tashxis ko'ya bilish, ularni oldini olish

Motivatsiya

- Talabalarga amaliyotda eng ko'p tarqalgan ichki a'zolar kasalliklarining etiologiyasi, patogenezini, klinikasi, asoratlari, davolash usullari; Tekshiruv va kompleks davolash rejasini tuzish; asosiy tibbiy xujjatlarni bilish; EKG yuklamali sinama bilan; EKG-monitoring; Exokardiografiya, doplerografiya bilan; FKG, Rentgenografiya, Kompyuter tomografiya, yader-magnit rezonans, Angiografiya va yurak kateterizatsiyasi; Vaqtinchalik va doimiy kardiostimulyasiya; Elektroimpuls davolash; Balg'amni bakteriologik tekshirish; Plevra bo'shlig'ini punktsiyasi; Bronxografiya; Spiroografiya; Broxoskopiya; Najasni bakteriologik tekshirish; Najasni disbakteriozga tekshirish; Oshqozon shirasi va duodenal tarkibini tekshirish; Punktsiya (bo'shliqlarni va bo'g'im oraliq'i); Gepatitning markerlarini aniqlash; UTT; EGDFS; Kolonoskopiya; Biopsiya; Immunologik tekshiruvlar, RF, SIK; Bo'g'im oraliq'iga punktsiya qilish, sinovial suyuqlikni tekshirish bilan; Peshob bakteriologik tekshirish va antibiotikogramma to'g'risida tasavvurga ega bo'lishi lozim:

Fanlararo va fanlar ichra aloqalar

Ushbu mavzuni o'rganish talabalarning amalga oshirish o'quv rejasida rejalashtirilgan anatomiya, gistologiya embriologiya va sitologiya bilan birgalikda, biologiya, tibbiy genetika, biofizika va informatika, normal fiziologiya, mikrobiologiya, topografik anatomiya, farmakologiya, ichki kasalliklar propedevtikasi fanlardan etarli bilim va ko'nikmalarga ega bo'lishlik talab etiladi.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Bobojonov S.N. Ichki kasalliklar. Toshkent, 2004 yil. Darslik
2. Gadaev A.G., Axmedov X. Ichki kasalliklar. Toshkent. 2013
3. Gadaev A.G., Axmedov X. Umumiy amaliyot vrachlari uchun amaliy ko'nikmalar toplami. Toshkent. 2010
4. Okorokov A.N. Lechenie bolezney vnutrennix organov. Moskva, 2005g.
5. Okorokov. A.N., Diagnostika bolezney vnutrennix organov. Moskva 2005g.

Mavzu 14: Siydik ayiruv tizimi kasalligi. O'tkir va Surunkali pielonefrit. Ularning turlari, klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

O'quv mashg'uloti maqsadi:

eng keng tarqalgan ichki kasalliklar tipik shakillarni tashxis qilish va davolash ko'nikmalarini rivojlantirish.

Talaba bilishi kerak:

- bemorlardan anamnestik ma'lumotlarni yig'a bilish (kasallik va hayot tarixi). Bemorni organlar bo'yicha umumiy ko'rikdan o'tkazish. Taxminiy tashxisni asoslash. Bemorni tekshirish rejasini tuzish. Umumiy klinik laborator tekshiruvlar natijalarini va qon, siydik, balg'am, axlatning bakteriologik tekshirish natijalarini interpretatsiya qila olish. Qonning bioximik tekshiruvlari natijalarini tahlil qila olish. Ko'krak qafasi organlari, oshqozon-ichak trakti va siydik yo'llari rentgenologik tekshiruvlari natijalarini interpretatsiya qila olish. EKGni olish va o'qishni bilish YUrak va qon tomirlari, qorin bo'shlig'i organlari va buyraklar UTT tekshiruvlari natijalarini tahlil qila olish.

Klinik tashxisni asoslash. Qiyosiy taqqoslash. YAkuniy tashxisni asoslash. Parxez stolini va rejali davolashni tavsiya etishni va foydalana olishni usullarini qo'llab davolanadigan kasalliklar: nafas a'zolari; yurak qon-tomir sistemasi; ovqat hazm qilish a'zolari; asab sistemasi; siydik tanosil sistemasi

Talaba bajara olishi lozim:

- ichki kasalliklarning ichki a'zolar kasalliklarini tekshirish; bemorni professional so'roq va ko'rikdan o'tkazish; EKG olish va o'qishni bilish; pikfloumetriya qilish; mos parxez va davolash rejasini buyurish; ichki a'zolar kasalliklariga dastlabki va klinik tashxis ko'ya bilish, ularni oldini olish

Motivatsiya

- Talabalarga amaliyotda eng ko'p tarqalgan ichki a'zolar kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, asoratlari, davollash usullari; Tekshiruv va kompleks davolash rejasini tuzish; asosiy tibbiy xujjatlarni bilish; EKG yuklamali sinama bilan; EKG-monitoring; Exokardiografiya, doplerografiya bilan; FKG, Rentgenografiya, Kompyuter tomografiya, yader-magnit rezonans, Angiografiya va yurak kateterizatsiyasi; Vaqtinchalik va doimiy kardiostimulyasiya; Elektroimpuls davolash; Balg'amni bakteriologik tekshirish; Plevra bo'shlig'ini punktsiyasi; Bronxografiya; Spiroografiya; Broxoskopiya; Najasni bakteriologik tekshirish; Najasni disbakteriozga tekshirish; Oshqozon shirasi va duodenal tarkibini tekshirish; Punktsiya (bo'shliqlarni va bo'g'im oraliq'i); Gepatitning markerlarini aniqlash; UTT; EGDFS; Kolonoskopiya; Biopsiya; Immunologik tekshiruvlar, RF, SIK; Bo'g'im oraliq'iga punktsiya qilish, sinovial suyuqlikni tekshirish bilan; Peshob bakteriologik tekshirish va antibiotikogramma to'g'risida tasavvurga ega bo'lishi lozim:

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Bobojonov S.N. Ichki kasalliklar. Toshkent, 2004 yil. Darslik
2. Gadaev A.G., Axmedov X. Ichki kasalliklar. Toshkent. 2013
3. Gadaev A.G., Axmedov X. Umumiy amaliyot vrachlari uchun amaliy ko'nikmalar toplami. Toshkent. 2010
4. Okorokov A.N. Lechenie bolezney vnutrennix organov. Moskva, 2005g.
5. Okorokov. A.N., Diagnostika bolezney vnutrennix organov. Moskva 2005g.

Mavzu 15: Siydik ayiruv tizimi kasalligi. O'tkir va Surunkali glomerulonefrit. Ularning turlari, klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

O'quv mashg'uloti maqsadi:

eng keng tarqalgan ichki kasalliklar tipik shakillarni tashxis qilish va davolash ko'nikmalarini rivojlantirish.

Talaba bilishi kerak:

- bemorlardan anamnestik ma'lumotlarni yig'a bilish (kasallik va hayot tarixi). Bemorni organlar bo'yicha umumiy ko'rikdan o'tkazish. Taxminiy tashxisni asoslash. Bemorni tekshirish rejasini tuzish. Umumiy klinik laborator tekshiruvlar natijalarini va qon, siydik, balg'am, axlatning bakteriologik tekshirish natijalarini interpretatsiya qila olish. Qonning bioximik tekshiruvlari natijalarini tahlil qila olish. Ko'krak qafasi organlari, oshqozon-ichak trakti va siydik yo'llari rentgenologik tekshiruvlari natijalarini interpretatsiya qila olish. EKGni olish va o'qishni bilish YUrak va qon tomirlari, qorin bo'shlig'i organlari va buyraklar UTT tekshiruvlari natijalarini tahlil qila olish. Klinik tashxisni asoslash. Qiyosiy taqqoslash. YAkuniy tashxisni asoslash. Parxez stolini va rejali davolashni tavsiya etishni va foydalana olishni usullarini qo'llab davolanadigan kasalliklar: nafas a'zolari; yurak qon-tomir sistemasi; ovqat hazm qilish a'zolari; asab sistemasi; siydik tanosil sistemasi

Talaba bajara olishi lozim:

- ichki kasalliklarning ichki a'zolar kasalliklarini tekshirish; bemorni professional so'roq va ko'rikdan o'tkazish; EKG olish va o'qishni bilish; pikfloumetriya qilish; mos parxez va davolash rejasini buyurish; ichki a'zolar kasalliklariga dastlabki va klinik tashxis ko'ya bilish, ularni oldini olish

Motivatsiya

- Talabalarga amaliyotda eng ko'p tarqalgan ichki a'zolar kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, asoratlari, davollash usullari; Tekshiruv va kompleks davo rejasini tuzish; asosiy tibbiy xujjatlarni bilish; EKG yuklamali sinama bilan; EKG-monitoring; Exokardiografiya, doplerografiya bilan; FKG, Rentgenografiya, Kompyuter tomografiya, yader-magnit rezonans, Angiografiya va yurak kateterizatsiyasi; Vaqtinchalik va doimiy kardiostimulyasiya; Elektroimpuls davo; Balg'amni bakteriologik ekish; Plevra bo'shlig'ini punksiyasi; Bronxografiya; Spiroografiya; Broxoskopiya; Najasni bakteriologik ekish; Najasni disbakteriozga tekshirish; Oshqozon shirasi va duolenal tarkibini tekshirish; Punksiya (bo'shliqlarni va bo'g'im oralig'i); Gepatitning markerlarini aniqlash; UTT; EGDFS; Kolonoskopiya; Biopsiya; Immunologik tekshiruvlar, RF, SIK; Bo'g'im oralig'iga punksiya qilish, sinovial suyuqlikni tekshirish bilan; Peshob bakterialogik ekmasi va antibiotikogramma to'g'risida tasavvurga ega bo'lishi lozim:

Fanlararo va fanlar ichra aloqalar

Ushbu mavzuni o'rganish talabalarning amalga oshirish o'quv rejasida rejalashtirilgan anatomiya, gistologiya embriologiya va sitologiya bilan birgalikda, biologiya, tibbiy genetika, biofizika va informatika, normal fiziologiya, mikrobiologiya, topografik anatomiya, farmakologiya, ichki kasalliklar propedevtikasi fanlardan etarli bilim va ko'nikmalarga ega bo'lishlik talab etiladi.

“Insert usuli” Guruh bilan ishlash qoidalari

Insert- samarali o'qish va fikrlash uchun belgilashning inter faol tizimi hisoblanib mustaqil o'qib o'rganishda yordam beradi. Bunda amaliy mashg'ulot mavzulari, kitob va boshqa materiallar talabaga vazifa qilib beriladi. Uni o'qib chiqib “ V“; +; -; +belgilari orqali o'z fikrini ifodalaydi:

Matnni belgilash tizimi

(V)- men bilgan narsani tasdiqlaydi.

(+)- YAngi ma'lumot.

(-)- men bilgan narsaga zid.

(?) meni o'ylantirdi. Bu borada menga qo'shimcha ma'lumot zarur.

Insert jadvali

Tushunchalar	V	+	-	?
Glomerulonefritlar patogenezi				
Buyrak kasalliklarida uchrovchi asosiy simptomlar qanday?				
Glomerulonefritdagi xarakterli laborator ko'rsatkichlar				

Nazorat savollari

1. Buyrak kasalliklarida uchrovchi asosiy simptomlar qanday?
2. Diurez nima?
3. Oligouriya nima va u qaysi xolatlarda kuzatiladi
4. Anuriya nima va u qachon kelib chiqadi?
5. Glomerulonefritga tushuncha bering?
6. Glomerulonefritlar patogenezi

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Bobojonov S.N. Ichki kasalliklar. Toshkent, 2004 yil. Darslik
2. Gadaev A.G., Axmedov X. Ichki kasalliklar. Toshkent. 2013
3. Gadaev A.G., Axmedov X. Umumiy amaliyot vrachlari uchun amaliy ko'nikmalar toplami. Toshkent. 2010
4. Okorokov A.N. Lechenie bolezney vnutrennix organov. Moskva, 2005g.
5. Okorokov. A.N., Diagnostika bolezney vnutrennix organov. Moskva 2005g.

Mavzu 16: Qalqonsimon bez kasalligi. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

O'quv mashg'uloti maqsadi:

eng keng tarqalgan ichki kasalliklar tipik shakillarni tashxis qilish va davolash ko'nikmalarini rivojlantirish.

Talaba bilishi kerak:

- bemorlardan anamnestik ma'lumotlarni yig'a bilish (kasallik va hayot tarixi). Bemorni organlar bo'yicha umumiy ko'rikdan o'tkazish. Taxminiy tashxisni asoslash. Bemorni tekshirish rejasini tuzish. Umumiy klinik laborator tekshiruvlar natijalarini va qon, siydik, balg'am, axlatning bakteriologik ekish natijalarini interpretatsiya qila olish. Qonning bioximik tekshiruvlari natijalarini tahlil qila olish. Ko'krak qafasi organlari, oshqozon-ichak trakti va siydik yo'llari rentgenologik tekshiruvlari natijalarini interpretatsiya qila olish. EKGni olish va o'qishni bilish YUrak va qon tomirlari, qorin bo'shlig'i organlari va buyraklar UTT tekshiruvlari natijalarini tahlil qila olish. Klinik tashxisni asoslash. Qiyosiy taqqoslash. YAkuniy tashxisni asoslash. Parxez stolini va rejali davolashni tavsiya etishni va foydalana olishni usullarini qo'llab davolanadigan kasalliklar: nafas a'zolari; yurak qon-tomir sistemasi; ovqat hazm qilish a'zolari; asab sistemasi; siydik tanosil sistemasi

Talaba bajara olishi lozim:

- ichki kasalliklarning ichki a'zolar kasalliklarini tekshirish; bemorni professional so'roq va ko'rikdan o'tkazish; EKG olish va o'qishni bilish; pikfloumetriya qilish; mos parxez va davolash rejasini buyurish; ichki a'zolar kasalliklariga dastlabki va klinik tashxis ko'ya bilish, ularni oldini olish

Motivatsiya

- Talabalarga amaliyotda eng ko'p tarqalgan ichki a'zolar kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, asoratlari, davollash usullari; Tekshiruv va kompleks davo rejasini tuzish; asosiy tibbiy xujjatlarni bilish; EKG yuklamali sinama bilan; EKG-monitoring; Exokardiografiya, doplerografiya bilan; FKG, Rentgenografiya, Kompyuter tomografiya, yader-magnit rezonans, Angiografiya va yurak kateterizatsiyasi; Vaqtinchalik va doimiy kardiostimulyasiya; Elektroimpuls davo; Balg'amni bakteriologik ekish; Plevra bo'shlig'ini punksiyasi; Bronxografiya; Spiroografiya; Broxoskopiya; Najasni bakteriologik ekish; Najasni disbakteriozga tekshirish; Oshqozon shirasi va duolenal tarkibini tekshirish; Punksiya (bo'shliqlarni va bo'g'im oralg'i); Gepatitning markerlarini aniqlash; UTT; EGDFS; Kolonoskopiya; Biopsiya; Immunologik tekshiruvlar, RF, SIK; Bo'g'im oralg'iga punksiya qilish, sinovial suyuqlikni tekshirish bilan; Peshob bakterialogik ekmasi va antibiotikogramma to'g'risida tasavvurga ega bo'lishi lozim:

Fanlararo va fanlar ichra aloqalar

Ushbu mavzuni o'rganish talabalarining amalga oshirish o'quv rejasida rejalashtirilgan anatomiya, gistologiya embriologiya va sitologiya bilan birgalikda, biologiya, tibbiy genetika, biofizika va informatika, normal fiziologiya, mikrobiologiya, topografik anatomiya, farmakologiya, ichki kasalliklar propedevtikasi fanlardan etarli bilim va ko'nikmalarga ega bo'lishlik talab etiladi.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Bobojonov S.N. Ichki kasalliklar. Toshkent, 2004 yil. Darslik
2. Gadaev A.G., Axmedov X. Ichki kasalliklar. Toshkent. 2013
3. Gadaev A.G., Axmedov X. Umumiy amaliyot vrachlari uchun amaliy ko'nikmalar toplami. Toshkent. 2010
4. Okorokov A.N. Lechenie bolezney vnutrennix organov. Moskva, 2005g.
5. Okorokov. A.N., Diagnostika bolezney vnutrennix organov. Moskva 2005g.

Mavzu 17: Qandli diabet. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

O'quv mashg'uloti maqsadi:

eng keng tarqalgan ichki kasalliklar tipik shakillarni tashxis qilish va davolash ko'nikmalarini rivojlantirish.

Talaba bilishi kerak:

- bemorlardan anamnestik ma'lumotlarni yig'a bilish (kasallik va hayot tarixi). Bemorni organlar bo'yicha umumiy ko'rikdan o'tkazish. Taxminiy tashxisni asoslash. Bemorni tekshirish rejasini tuzish. Umumiy klinik laborator tekshiruvlar natijalarini va qon, siydik, balg'am, axlatning bakteriologik ekish natijalarini interpretatsiya qila olish. Qonning bioximik tekshiruvlari natijalarini tahlil qila olish. Ko'krak qafasi organlari, oshqozon-ichak trakti va siydik yo'llari rentgenologik tekshiruvlari natijalarini interpretatsiya qila olish. EKGni olish va o'qishni bilish Yurak va qon tomirlari, qorin bo'shlig'i organlari va buyraklar UTT tekshiruvlari natijalarini tahlil qila olish. Klinik tashxisni asoslash. Qiyosiy taqqoslash. YAkuniy tashxisni asoslash. Parxez stolini va rejali davolashni tavsiya etishni va foydalana olishni usullarini qo'llab davolanadigan kasalliklar: nafas a'zolari; yurak qon-tomir sistemasi; ovqat hazm qilish a'zolari; asab sistemasi; siydik tanosil sistemasi

Talaba bajara olishi lozim:

- ichki kasalliklarning ichki a'zolar kasalliklarini tekshirish; bemorni professional so'roq va ko'rikdan o'tkazish; EKG olish va o'qishni bilish; pikfloumetriya qilish; mos parxez va davolash rejasini buyurish; ichki a'zolar kasalliklariga dastlabki va klinik tashxis ko'ya bilish, ularni oldini olish

Motivatsiya

- Talabalarga amaliyotda eng ko'p tarqalgan ichki a'zolar kasalliklarining etiologiyasi, patogenezini, klinikasi, asoratlari, davollash usullari; Tekshiruv va kompleks davolash rejasini tuzish; asosiy tibbiy xujjatlarni bilish; EKG yuklamali sinama bilan; EKG-monitoring; Exokardiografiya, doplerografiya bilan; FKG, Rentgenografiya, Kompyuter tomografiya, yader-magnit rezonans, Angiografiya va yurak kateterizatsiyasi; Vaqtinchalik va doimiy kardiostimulyasiya; Elektroimpuls davolash; Balg'amni bakteriologik ekish; Plevra bo'shlig'ini punktsiyasi; Bronxografiya; Spiroografiya; Broxoskopiya; Najasni bakteriologik ekish; Najasni disbakteriozga tekshirish; Oshqozon shirasi va duolenal tarkibini tekshirish; Punktsiya (bo'shliqlarni va bo'g'im oralig'i); Gepatitning markerlarini aniqlash; UTT; EGDFS; Kolonoskopiya; Biopsiya; Immunologik tekshiruvlar, RF, SIK; Bo'g'im oralig'iga punktsiya qilish, sinovial suyuqlikni tekshirish bilan; Peshob bakterialogik ekmasi va antibiotikogramma to'g'risida tasavvurga ega bo'lishi lozim:

Fanlararo va fanlar ichra aloqalar

Ushbu mavzuni o'rganish talabalarning amalga oshirish o'quv rejasida rejalashtirilgan anatomiya, gistologiya embriologiya va sitologiya bilan birgalikda, biologiya, tibbiy genetika, biofizika va informatika, normal fiziologiya, mikrobiologiya, topografik anatomiya, farmakologiya, ichki kasalliklar propedevtikasi fanlardan etarli bilim va ko'nikmalarga ega bo'lishlik talab etiladi.

Ishni bajarish uchun namuna

Qandli diabet simptomatologiyasi. Diabetik va gipolipidimik koma xaqida tushuncha mavzusini o'qitishda «**B/BX/B chizmasi**» metodining qo'llanishi

Guruh bilan ishlash qoidalari

Guruhning har bir a'zosi:

- o'z sheriklarining fikrlarini xurmat qilishlari lozim;
- berilgan topshiriqlar to'g'richa faol, hamkorlikda va mas'uliyat bilan ishlashlari lozim;
- o'zlariga yordam kerak bo'lganda so'rashlari mumkin;
- yordam so'raganlarga ko'mak berishlari lozim;
- guruhni baholash jarayonida ishtirok etishlari lozim;

Internet ma'lumotlaridan foydalangan holda axborot texnologiyasikullaniladi kurgazmali rasmlar namoyish etiladi.

B/BX/B chizmasi

B/B/B chizmasi – *Bilaman/ Bilishni hohlayman/ Bilib oldim. Mavzu, matn, bo‘lim bo‘yicha izlanuvchilikni olib borish imkonini beradi.*

Tizimli fikrlash, tuzilmaga keltirish, tahlil qilish ko‘nikmalarini rivojlantiradi.

Talabalar:

- 1. Jadvalni tuzish qoidasi bilan tanishadilar. Alohida /kichik guruhlarda jadvalni rasmiylashtiradilar.*
- 2. “Mavzu bo‘yicha nimalarni bilasiz” va “Nimani bilishni xohlaysiz” degan savollarga javob beradilar (oldindagi ish uchun yo‘naltiruvchi asos yaratiladi). Jadvalning 1 va 2 bo‘limlarini to‘ldiradilar.*
- 3. Ma‘ruzani tinglaydilar, mustaqil o‘qiydilar.*

B/BX/B chizmasi

<i>Bilaman</i>	<i>Bilishni hohlayman</i>	<i>Bilib oldim</i>

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Bobojonov S.N. Ichki kasalliklar. Toshkent, 2004 yil. Darslik
2. Gadaev A.G., Axmedov X. Ichki kasalliklar. Toshkent. 2013
3. Gadaev A.G., Axmedov X. Umumiy amaliyot vrachlari uchun amaliy ko‘nikmalar toplami. Toshkent. 2010
4. Okorokov A.N. Lechenie bolezney vnutrennix organov. Moskva, 2005g.
5. Okorokov. A.N., Diagnostika bolezney vnutrennix organov. Moskva 2005g.

III. MUSTAQIL TA'LIM MAVZULARI

Talaba mustaqil ishining asosiy maqsadi – o`qituvchining rahbarligi va nazoratida muayyan o`quv ishlarini mustaqil ravishda bajarish uchun bilim va ko`nikmalarni shakllantirish va rivojlantirish.

Talaba mustaqil ishini tashkil etishda quyidagi shakllardan foydalaniladi:

- ayrim nazariy mavzularni o`quv adabiyotlari yordamida mustaqil o`zlashtirish;
- berilgan mavzular bo`yicha axborot (referat) tayyorlash;
- nazariy bilimlarni amaliyotda qo`llash;
- maket, model va namunalar yaratish;
- prezentatsiyalar;
- testlar;
- ilmiy maqola , anjumanga ma'ruza tayyorlash va x.k..

Tavsiya etilayotgan mustaqil ishlarning mavzulari

№	Mustaqil ta'lim mavzulari	Berilgan topshiriqlar	Hajmi (soatda)
1	O'pka tuburkulezi	Internet ma'lumotlari, referat, slaydlar, devoriy ko'rgazmalar	3
2	O'tkir respirator infeksiya	Internet ma'lumotlari, referat, slaydlar, devoriy ko'rgazmalar	3
3	O'tkir qon aylanish etishmovchiligi	Internet ma'lumotlari, referat, slaydlar, devoriy ko'rgazmalar	3
4	Surunkali qon aylanish etishmovchiligi	Internet ma'lumotlari, referat, slaydlar, devoriy ko'rgazmalar	3
5	NSD. Miokardiodistrofiya	Internet ma'lumotlari, referat, slaydlar, devoriy ko'rgazmalar	3
6	Qizilo'ngach funksional kasalliklari	Internet ma'lumotlari, referat, slaydlar, devoriy ko'rgazmalar	3
7	Me'da funksional kasalliklari	Internet ma'lumotlari, referat, slaydlar, devoriy ko'rgazmalar	3
8	Ichaklarni funksional kasalliklari	Internet ma'lumotlari, referat, slaydlar, devoriy ko'rgazmalar	3
9	Disbakterioz	Internet ma'lumotlari, referat, slaydlar, devoriy ko'rgazmalar	3
10	Pankreatit	Internet ma'lumotlari, referat, slaydlar, devoriy ko'rgazmalar	3
11	Artrozo-artritlar	Internet ma'lumotlari, referat, slaydlar, devoriy ko'rgazmalar	3
12	Osteoporoz	Internet ma'lumotlari, referat, slaydlar, devoriy ko'rgazmalar	3
13	Tireotoksikoz	Internet ma'lumotlari, referat, slaydlar, devoriy ko'rgazmalar	3
14	Buyrak tosh kasalligi	Internet ma'lumotlari, referat, slaydlar, devoriy ko'rgazmalar	3
15	Buyrak etishmovchiligi		4
	Ja'mi		46

GLOSSARIY

Termin	Rus tilidagi sharhi	O‘zbek tilidagi sharhi	Ingliz tilidagi sharhi
Abstinensiya	Привыканик	suiiste'mol uchun bog'liqligini sabab deb moddalarning to'satdan to'xtashi (ma'muriyati) tufayli sodir Abstinentsiya-alamli holati	Abstinentiya- painful condition that occurs due to sudden discontinuation (administration) of substances that caused the dependency for abuse
Adsorbsiya	диффузное воспалительное поражение терминальных отделов дыхательных путей (лёгочных пузырьков — альвеол) с тенденцией к формированию фиброза интерстициальной ткани лёгких. Может быть самостоятельным заболеванием или проявлением других болезней	bir gaz yoki suyuq o'rta qattiq (adsorbent) sirti qatlami yoki suyuq dan moddalarning singdirish.	Adsorption - Absorption of substances from a gaseous or liquid medium the surface layer of the solid (adsorbent) or liquid.
Agnoziya		(agnosia;. A- + yunon Gnosis bilish) - ong va tuyg'u organlari funktsiyasi asrab-avaylash bilan ob'ektlar va hodisalarni tan jarayonlarining buzilishi; Bu miya yarim sharlaridagi po'stlog'ida ayrim qismlari zararlanganida kuzatilmoqda.	Agnosia (agnosia; a- + Greek gnosis cognition.) - Infringement of processes of recognition of objects and phenomena in the preservation of consciousness and function of the sense organs; It is observed in lesions of certain parts of the cortex of the cerebral hemispheres.
Akromegalik yuz	Эндокринное заболевание с выпячиванием или увеличением органов	Bo‘rtib chiquvchi qismlarni kattalashishi (burun, yonoqlar, jag‘)	Akromegalik relief outlet (in the nose, cheeks, jaw), acromegaly and pregnancy;
Alkogol koma	больной находится в бессознательном состоянии, не реагирует на речь, обращенную к нему, на осмотр врача. Отмечается	– yuz sianotik, nafas olish sekin, chuqur, shovqinli, puls kuchsiz, tez-tez, arterial bosim past, og‘izdan alkogol xidi.	Alcoholic coma tsianotik, breathing slow, deep, noisy, weak pulse, low blood pressure often, the smell of alcohol mouth.

	снижение или исчезновение основных рефлексов		
Anemik koma	больной находится в бессознательном состоянии, не реагирует на речь, обращенную к нему, на осмотр врача. Отмечается снижение или исчезновение основных рефлексов	– “murdasimon” rangparlik, yopishqoq ter ajralishi, ipsimon puls, yurak tonlari bo‘g‘iqligi, gipotoniya.	Anemia, coma "murdasimon" rangparlik, sticky, sweating, threadlike pulse, heart tones bo'g'iqligi, hypotension.
Anosmiya	Нарушение обоняния	hid hissi etishmasligi.	Anosmiya- Lack of sense of smell.
Antropometriya	Измерение функционального и морфологического размера человека	– inson funksional va morfologik o‘lchamlariga asoslangan tekshirish usuli bo‘lib, bunda bo‘y uzunligi, og‘irligi, tana uzunligi, bosh, ko‘krak qafasi, bo‘yin, qorin aylanasi, chanoq, oyoq-qo‘llar o‘lchamlari aniqlanadi. Bu ko‘rsatkichlar yordamida jismoniy rivojlanish va undagi siljishlar haqida xulosa qilinadi.	Anthropometric human functional and morphological control method is based on the size, the height, length, weight, body length, head, chest, neck, abdomen circumference, pelvic, and is determined by the size of the hands and feet. These indicators of physical development and its conclusions about the changes.
Apopleksik koma	больной находится в бессознательном состоянии, не реагирует на речь, обращенную к нему, на осмотр врача. Отмечается снижение или исчезновение основных рефлексов	– yuz qip-qizil, nafas olish sekin, chuqur, shovqinli, puls to‘liq, kam.	Apopleksik coma - red, breathing slow, deep, noisy, full pulse.
Aritmiya	Нарушение ритма сердца	Buzilishi Aritmiya- chastota yoki yurak qisqarishlarining ketma-ketligi: tez (taxikardiya) yoki sekin (bradikardiya), erta Kasilmalar (beats), badiiy faoliyat tartibsizlik (atriyal fibrilasyon), va hokazo	Aritmiya- frequency or sequence of heart contractions: rapid (tachycardia) or slow (bradycardia), premature contractions (beats), disorganization of the rhythmic activity (atrial fibrillation), etc.
Astsit-	брюшная водянка — скопление свободной жидкости в брюшной полости.	qorin bo‘shlig‘iga suvning yig‘ilishi	ascites - free fluid accumulation in the abdominal cavity.

Atrioventrikul yar	Предсердный и желудочковое сплетение	bo`lmacha va qorincha tuguni	kind of heart block, indicating a violation of the electrical impulse from the atria to the ventricles , often leading to disruption of the heart rhythm and hemodynamics
Auskultatsiya	Метод выслушивания нормального и патологического акустического шума	– organning me’yor va patologik ishidagi akustik kurinishini eshituvchi usul	Organic standards and pathological form of acoustic hearing in the case of auscultation method.
Bradikardiya	вид аритмии, с частотой сердечных сокращений менее 60 ударов в минуту.	yurak ritmining susayishi	view arrhythmias, with a heart rate less than 60 beats per minute
Diagnoz	Определение болезни	- /grek. diagnosis - bilish, aniklash/. kasallikni aniklash va u tugrida kiskacha xulosaga kelish degan ma’noni anglatadi	disease detection and brief means that we come to the conclusion that a valid
Dispnoe-	нарушение частоты и глубины дыхания, сопровождающееся чувством нехватки воздуха	nafas etishmasligi bilan bog`liq holat	violation of the frequency and depth of breathing, accompanied by a sense of lack of air
Epileptik koma	больной находится в бессознательном состоянии, не реагирует на речь, обращенную к нему, на осмотр врача. Отмечается снижение или исчезновение основных рефлексов	– yuz sianotik, klonik va tonik tirishishlar, tilni tishlash, ixtiyorsiz siydik ajratish va defekatsiya, puls tezlashgan, ko‘z olmasi chetga surilgan, qorachiqlar kengaygan, xirallab nafas olish.	tsianotik clonic and tonic convulsions, tongue biting, voluntary separation of urine and defekatsiya pulse accelerated, aside from the eyeball, pupil dilatation, xirallab breathing.
Ekstrosistoliya	внеочередное преждевременное возбуждение сердца	yurak ishining navbatdan tashqari qisqarishi	Extraordinary premature heart excitement
Gipertireoz	синдром, обусловленный гиперфункцией щитовидной железы.	qalqonsimon bez faoliyatining ko`chayishi	syndrome caused by hyperthyroidism
Giperxolesteri nemiya	Повышени холестерина в крови	qonda xolesterin miqdorining oshib ketishi	abnormally elevated level of lipids. Abnormal lipid and lipoprotein metabolism occurs quite frequently in the general population
Gipodinamiya	Ослабление мышечной	harakatning kamayishi	The weakening of the muscular activity of the

	деятельности организма в результате малоподвижного образа жизни		organism as a result of sedentary lifestyles
Jigar komasi	больной находится в бессознательном состоянии, не реагирует на речь, обращенную к нему, на осмотр врача. Отмечается снижение или исчезновение основных рефлексов	– jigar sirrozini oxirgi bosqichlarida va jigar to‘qimasi nekrozi va distrofiyasida kuzatiladi. Tirishishlar, Kussmaul nafasi, og‘izdan “jigar xidi”, jigar kattalashishi yoki kichiklashishi, sariqlik.	Hepatic coma - in the last stages of liver cirrhosis and liver tissue necrosis, and muscular dystrophy. Convulsions, KUSSMAUL breath of the mouth "of the liver foul", the liver shrinks or jaundice.
Kardiomiopatiya	заболевания миокарда, при которых сердечная мышца структурно и функционально изменена	miokardning yalliglanishsiz jarohatlanishida qon aylanishining etishmovchiligi	myocardial disease in which the heart muscle is structurally and functionally modified
Koma	больной находится в бессознательном состоянии, не реагирует на речь, обращенную к нему, на осмотр врача. Отмечается снижение или исчезновение основных рефлексов	– tashqi ta’sirotlarga nisbatan reaksiyalarni, reflekslarni va xayot uchun muxim bo‘lgan funksiyalarni yo‘qligi bilan tavsiflanuvchi bexush xolatdir. Komani rivojlanishida bosh miyada qon aylanishini buzilishi va anoksiya etakchi o‘rinda turadi.	Coma - that is relatively reactions, reflexes and life, which is key to the functions of consciousness, characterized by the absence of condition. Team in the development of brain blood circulation disorders and ANOKA leading ranks.
O‘pka emfizemasi	заболевание дыхательных путей, характеризующееся патологическим расширением воздушных пространств дистальных бронхиол, которое сопровождается деструктивно-морфологическими изменениями альвеолярных стенок;	o‘pka alveolarlari tarangligining oshishi	airway disease characterized by an abnormal expansion of air spaces distal bronchioles, accompanied by destructive and morphological changes of the alveolar walls;
Palpatsiya	Определение болезненных точек органов с помощью пальпации	– to‘qima va a’zolari fizik xussiyatlarini, ularni bir-biriga topografik munosabatlarini o‘rganishga qaratilgan bemorni bevosita	Physical palpation of the tissues and organs of the breed, a topographical study of the relationship between each patient

		paypaslashga asoslangan klinik tadqiqot usuli xisoblanadi.	based on direct palpation of the methods of clinical research.
Paroksizmal taxikardiya	приступы эктопической тахикардии, характеризующиеся правильным ритмом с частотой около 140-240 в 1 мин с внезапным началом и внезапным окончанием.	yurak qisqaruvchanligining ortib ketishi	attacks ectopic tachycardia, characterized by a good rhythm with a frequency of about 140-240 in 1 min with a sudden onset and sudden termination
Perkussiya	Определение границ органов с помощью плессиметра	- muayyan azoning perkutor kuch natijasida tebranishi bo'lib, ularning fizik xarakteristikasi (tovush tebranishlari davomiyligi, ular chastotasi, amplitudasi) azoning zichligi, elastikligi va xavonish mavjudligiga bog'liq.	Percussion - a prayer percutaneous power as a result of vibration, their physical characteristics (duration of the sound vibration, frequency, amplitude), the ozone density, elasticity, and the availability of xavonish.
Pnevmoniya	Воспаление лёгких.	- o'pka to'qimalarining yallig'lanishi	Pneumonia
Pnevmoskleroz	склероз легочной ткани, развивающийся в исходе хронического воспалительного или дистрофического процесса.	o'pka to'qimala-rining sklerozi	sclerosis of the lung tissue develops in the outcome of chronic inflammatory and degenerative process.
Puls	Ритм сердца возникающий при систоле и диастоле сердца	- bu arteriya tomirlari devorini arterial tizimga yurakdan chiqayotgan qon natijasida ritmik tebranishi va sistola va diastola davomida unda bosimning o'zgarishi.	Pulse is the artery walls of the vessels of the arterial system of the heart out of the picture as a result of vibration, and systolic and diastolic blood pressure changes.
Semiotika	Изучение симптомов болезни или патологических нарушений	- kasallikning belgilarini eki patologik belgilarini urganish degan ma'noni anglatadi.	Semiotika - refers to the study of signs of disease or pathological symptoms.
Sopor	более выраженное нарушение сознания. Больной не реагирует на окружающих, хотя чувствительность, в том числе болевая, сохранена, на вопросы не отвечает	-(uyquchanlik) bemor qattiq qichqirish yoki siltashdan keyin qisqa vaqtga o'ziga keladi. Reflekslar saqlangan. Bunday xolat infeksiyon kasalliklarda, o'tkir uremiya ilk bosqichlarida kuzatiladi.	Sopot (drowsiness) - the patient and shout at the same time or soon after siltashdan. Reflexes saved. In such a case of infectious diseases at the early stages of acute uremia.

	или отвечает одно- сложно («да — нет»), реагирует на осмотр		
Stupor	остояние оглушения, из которого больного на короткое время можно вывести разговором с ним. Больной плохо ориентируется в окружающей обстановке, отвечает на вопросы медлен- но, с запозданием	– karaxtlik)atrofga yomon orientirlangan, savollarga kechikib javob beradi. Bunday xolatlar kontuziyalarda, ba'zi zaxarlanishlarda kuzatiladi.	Stupor (numbness), looking focused, questions of late. Kontuziyalarda of such circumstances, some zaxarlanishlarda.
Taxikardiya-	увеличение частоты сердечных сокращений от 90 ударов в минуту.	yurak ritmining tezlashishi	increased heart rate by 90 beats per minute.
Uremik koma	больной находится в бессознательном состоянии, не реагирует на речь, обращенную к нему, на осмотр врача. Отмечается снижение или исчезновение основных рефлексов	– surunkali buyrak kasalliklari so'ngi bosqichlarida va o'tkir toksik shikastlanishlarida yuzaga keladi. Kussmaul yoki CHEyn-Stoks nafasi, mushaklar qaltirashi.	Uremic coma - in the last stages of chronic kidney disease and acute toxic injuries occur. KUSSMAUL or flunked out of stock in the breath, muscles shaking.
YAtrogen kasalliklar		(grech. iatros vrach + gennaō yaratmoq, ishlab chiqmoq) — tibiby xizmatchilarning deontologik xatolari – extiyotsizlik oqibatida aytilgan so'zlari yoki xarakatlari oqibatida yuzaga keladigan psixogen buzilishlardir.	Iatrogenic diseases (GRECO. Iatros doctor + Gennās the creation and development) - tibiby servicemen deontology errors - extiyotsizlik effects arise as a result of their activities or infringement psixogen.
Yo'tal		- bu murakkab reflektor akt bo'lib xiqildoq traxiya va bronxlarda shilliq yoki yot jismlar to'planishi xisobidagi ximoya reaksiyasidir.	Cough is a complex reflex act xiqildoq the lining of the trachea and bronchi, or accumulation of foreign objects into the protective reactions.
Yurak mertsaniyasi	Фибрилляция предсердий (мерцательная аритмия)	yurakning tartibsiz qisqarishi bilan kechuvchi aritmia holati	Atrial fibrillation (atrial fibrillation)

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
OLIV VA O'RTA MAXSUS TA'LIM VAZIRLIGI

Ro'yxatga olindi.

№ BD – 5510500 – 005

2016 yil " 8 " 08



Muvaqqatlikda
Oliy va o'rta maxsus ta'lim
vazirligi

2016 yil " 25 " 08

ICHKI KASALLIKLAR ASOSI

FAN

DASTURI

Bilim soxasi:	500950 – Sog'liqni saqlash va ijtimoiy ta'minot
Ta'lim soxasi:	510300 – Sog'liqni saqlash
Ta'lim yo'nalishi:	5510500 – Farmatsiya (Klinik farmatsiya)

TOSHKENT – 2016

O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligining 2016 yil "25" 08 dagi "33" -sonli buyrug'ining 2 -ilovasi bilan fan dasturi ro'ylati tasdiqlangan.

Fan dasturi Oliy va o'rta maxsus, kasb-hunar ta'limi yo'nalishlari bo'yicha O'quv-uslubiy birlashmalari faoliyatini Muvofiqlashtiruvchi Kengashining 2016 yil "26" dagi "3" -sonli bayonnomasi bilan ma'qullangan.

Fan dasturi Toshkent farmatsevtika institutida ishlab chiqildi.

Tuzuvchilar:

Safarov S.A. - Farmakologiya va klinik farmatsiya kafedrasi mudiri, t.f.d.

Qosimov A.S.H. - Farmakologiya va klinik farmatsiya kafedrasining dotsenti, t.f.n.

Taqrirlashchilar:

Yakubov A.V. - Toshkent Tibbiyot Akademiyasi klinik farmakologiya kafedrasi mudiri, t.f.d., professor

Fayzullaeva Z.R. - Toshkent Farmatsevtika instituti, ekologiya va mikrobiologiya kafedrasi dotsenti, t.f.n.

Fan dasturi Toshkent Tibbiyot Akademiyasi Ilmiy-uslubiy Kengashida ko'rib chiqilgan va tavsiya qilingan (2016 yil "9" 08 dagi "7" -sonli bayonnomasi).

I. Fanning dolzarbligi

Talabalarga bilim, ta'lim va tarbiya berish to'grisida so'z borganda Muhtaram Prezidentimiz SH.M.Mirziyoevning Biz ta'lim va tarbiya tizimining barcha bo'g'inlari faoliyatini bugungi zamon talablari asosida takomillashtirishni o'zimizning birinchi darajali vazifamiz deb bilamiz degan so'zlarini ta'kidlash o'rinlidir.

Ichki kasalliklar asosi fani klinik farmatsiya yo'nalishi bo'yicha klinik farmatsevt mutaxassisligiga oid tafakkur va dunyoqarashini shakllantirishda katta ahamiyatga egadir. Talaba tibbiy yordam ko'rsatish bo'yicha davolashning asosiy ko'nikmalarini hosil qilib amaliy va nazariy bilim olishga mo'ljallangan.

Ushbu dastur Davlat ta'lim standarti va klinik farmatsevtlarni tayyorlash dasturi asosida tuzilgan, tibbiyot oliy o'quv yurtlarining klinik farmatsiya fakultetlarining talabalariga ichki kasalliklar asosidan ta'lim berish uchun mo'ljallangan.

Ichki kasalliklar asosi fani tibbiy fanlar blokiga kiradi va farmatsiya fakulteti 5-kurs talabalariga IX va X –semestrda o'qitiladi

II. Fanning maqsad va vazifalari

Fanni o'qitishdan maqsad - eng keng tarqalgan ichki kasalliklar tipik shakillarni tashxis qilish va davolash ko'nikmalarini rivojlantirish.

Ichki kasalliklar asosi – keng tarqalgan kasalliklarning etiologiyasi, patogenezi, tasnifi, klinik kechishi, laboratoriya, asbob-uskunalar, klinik ko'rsatmalar yordamida tashxis qo'yish, oqibati, asorati, oldini olish choralari, kechiktirib bo'lmaydigan holatlarda tezkor yordam ko'rsatish, mustaqil ravishda tekshirish o'tkazish, ishga layoqatligini bilish, davolash asoslarini o'rgatadigan fan bo'lib xisoblanadi.

“Ichki kasalliklar asosi” o'quv fanini o'zlashtirish jarayonida amalga oshiriladigan masalalar doirasida bakalavr:

- bemorlardan anamnestic ma'lumotlarni yig'a bilish (kasallik va hayot tarixi). Bemorni organlar bo'yicha umumiy ko'rikdan o'tkazish. Taxminiy tashxisni asoslash. Bemorni tekshirish rejasini tuzish. Umumiy klinik laborator tekshiruvlar natijalarini va qon, siydik, balg'am, axlatning bakteriologik ekish natijalarini interpretatsiya qila olish. Qonning bioximik tekshiruvlari natijalarini tahlil qila olish. Ko'krak qafasi organlari, oshqozon-ichak trakti va siydik yo'llari rentgenologik tekshiruvlari natijalarini interpretatsiya qila olish. EKGni olish va o'qishni bilish YUrak va qon tomirlari, qorin bo'shlig'i organlari va buyraklar UTT tekshiruvlari natijalarini tahlil qila olish. Klinik tashxisni asoslash. Qiyosiy taqqoslash. YAkuniy tashxisni asoslash. Parxez stolini va rejali davolashni tavsiya etishni va foydalana olishni usullarini qo'llab davolanadigan kasalliklar: nafas a'zolari; yurak qon-tomir sistemasi; ovqat hazm qilish a'zolari; asab sistemasi; siydik tanosil sistemasi *bilishi kerak*.

- eng ko'p tarqalgan ichki a'zolar kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, asoratlari, davolash usullari; Tekshiruv va kompleks davo rejasini tuzish; asosiy tibbiy xujjatlarni bilish; EKG yuklamali sinama bilan; EKG-monitoring; Exokardiografiya, doplerografiya bilan; FKG, Rentgenografiya, Kompyuter tomografiya, yader-magnit rezonans, Angiografiya va yurak kateterizatsiyasi; Vaqtinchalik va doimiy kardiostimulyasiya; Elektroimpuls davo; Balg'amni bakteriologik ekish; Plevra bo'shlig'ini punksiyasi; Bronxografiya; Spiroografiya; Broxoskopiya; Najasni bakteriologik ekish; Najasni disbakteriozga tekshirish; Oshqozon shirasi va duolenal tarkibini tekshirish; Punksiya (bo'shliqlarni va bo'g'im oralig'i); Gepatitning markerlarini aniqlash; UTT; EGDFS; Kolonoskopiya; Biopsiya; Immunologik tekshiruvlar, RF, SIK; Bo'g'im oralig'iga

punksiya qilish, sinovial suyuqlikni tekshirish bilan; Peshob bakterialogik ekmasi va antibiotikogramma to'g'risida *tasavvurga ega bo'lishi lozim*:

- ichki kasalliklarning ichki a'zolar kasalliklarini tekshirish; bemorni professional so'roq va ko'rikdan o'tkazish; EKG olish va o'qishni bilish; pikfloumetriya qilish; mos parhez va davolash rejasini buyurish; ichki a'zolar kasalliklariga dastlabki va klinik tashxis ko'ya bilish, ularni oldini olish *malaksiga ega bo'lishi kerak*.

III. ASOSIY NAZARIY QISM

1-mavzu. O'pkaning yallig'lanish kasalliklari. Ularning turlari, klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari. O'tkir va surunkali bronxitlar.

O'tkir va surunkali bronxitlar. Kasallikning etiologiyasi, patogenezini, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davolash prinsipi va profilaktikasi.

2-mavzu. O'pkaning yallig'lanish kasalliklari. Zotiljam. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

Zotiljam. Kasallikning etiologiyasi, patogenezini, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davolash prinsipi va profilaktikasi.

3-mavzu. Bronxial astma. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

Bronxial astma. Kasallikning etiologiyasi, patogenezini, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davolash prinsipi va profilaktikasi.

4-mavzu. Gipertoniya kasalligi. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

Gipertoniya kasalligi. Kasallikning etiologiyasi, patogenezini, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davolash prinsipi va profilaktikasi.

5-mavzu. YUIK. Stenokardiya. Klassifikatsiyasi, turlari, klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

YUrak ishemik kasalligi. Stenokardiya. Kasallikning etiologiyasi, patogenezini, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davolash prinsipi va profilaktikasi.

6-mavzu. Mokard infarkti. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

YUIK. Miokard infarkti. Kasallikning etiologiyasi, patogenezini, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davolash prinsipi va profilaktikasi. YUrak qon tomir kasalliklarini erta aniqlash skrining dasturi.

7-mavzu. Tayanch-xarakat tizimi kasalliklari. Revmatoid artrit. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

Revmatoid artrit. Kasallikning etiologiyasi, patogenezini, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davolash prinsipi va profilaktikasi.

8-mavzu. Surunkali yurak revmatizm kasalligi. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

Revmatik lixoradka. Kasallikning etiologiyasi, patogenezi, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davollash prinsipi va profilaktikasi.

9-mavzu. Qon xosil bo'lish tizimi kasalliklari. Anemiya.

Anemiya. Kasallikning etiologiyasi, patogenezi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davollash prinsipi va profilaktikasi.

10-mavzu. Me'daning yallig'lanish kasalliklari. Gastrit. Uning turlari, klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

Surunkali gastritlar. Kasallikning etiologiyasi, patogenezi, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davollash prinsipi va profilaktikasi.

11-mavzu. Me'da va 12 barmoqli ichak yara kasalligi. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

Oshqozon va 12-barmoq ichak yara kasalligi. Kasallikning etiologiyasi, patogenezi, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davollash prinsipi va profilaktikasi.

12-mavzu. Ingichka va yo'g'on ichak kasalligi. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

Ingichka va yo'g'on ichak kasalligi. Kasallikning etiologiyasi, patogenezi, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davollash prinsipi va profilaktikasi.

13-mavzu. Gepatobiliar tizim kasalliklari. O'tkir va surunkali gepatit. Ularning turlari, klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

Surunkali gepatitlar. Kasallikning etiologiyasi, patogenezi, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davollash prinsipi va profilaktikasi.

14-mavzu. Surunkali xoletsistit. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

Surunkali xoletsistitlar. O't yo'lining diskineziyasi. Kasallikning etiologiyasi, patogenezi, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davollash prinsipi va profilaktikasi.

15-mavzu. Siydik ayiruv tizimi kasalligi. O'tkir va surunkali pielonefrit. Ularning turlari, klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

Surunkali pielonefrit. Kasallikning etiologiyasi, patogenezi, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davollash prinsipi va profilaktikasi.

16-mavzu. Qandli diabet. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

Qandli diabet. Kasallikning etiologiyasi, patogenezini, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davolash prinsipi va profilaktikasi.

IV. Amaliy mashg'ulotlar bo'yicha ko'rsatma va tavsiyalar

Amaliy mashg'ulotlar uchun quyidagi mavzular tavsiya etiladi:

- O'pkaning yallig'lanish kasalliklari. Ularning turlari, klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari. O'tkir va surunkali bronxitlar.
- O'pkaning yallig'lanish kasalliklari. Zotiljam. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.
- Bronxial astma. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.
- Gipertoniya kasalligi. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.
- YUIK. Stenokardiya. Klassifikatsiyasi, turlari, klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.
- Mokard infarkti. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.
- Tayanch-xarakat tizimi kasalliklari. Revmatoid artrit. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.
- Surunkali yurak revmatizm kasalligi. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.
- Qon xosil bo'lish tizimi kasalliklari. Anemiya.
- Me'daning yallig'lanish kasalliklari. Gastrit. Uning turlari, klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.
- Me'da va 12 barmoqli ichak yara kasalligi. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.
- Ingichka va yo'g'on ichak kasalligi. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.
- Gepatobiliar tizim kasalliklari. O'tkir va surunkali gepatit. Ularning turlari, klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.
- Surunkali xoletsistit. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.
- Siydik ayiruv tizimi kasalligi. O'tkir va surunkali pielonefrit. Ularning turlari, klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.
- Qandli diabet. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

Laboratoriya ishlarini tashkil etish bo'yicha ko'rsatmalar

Fan bo'yicha laboratoriya ishlari namunaviy o'quv rejada ko'zda tutilmagan.

V. Mustaqil ta'lim va mustaqil ishlar

Talaba mustaqil ishining asosiy maqsadi – o'qituvchining rahbarligi va nazoratida muayyan o'quv ishlarini mustaqil ravishda bajarish uchun bilim va ko'nikmalarni shakllantirish va rivojlantirish.

Talaba mustaqil ishini tashkil etishda quyidagi shakllardan foydalaniladi:

- ayrim nazariy mavzularni o'quv adabiyotlari yordamida mustaqil o'zlashtirish;
- berilgan mavzular bo'yicha axborot (referat) tayyorlash;
- nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llash;
- maket, model va namunalar yaratish;

- prezentatsiyalar;
- testlar;
- ilmiy maqola , anjumanga ma'ruza tayyorlash va x.k..

Amaliy mashg'ulotlarni tashkil etish bo'yicha kafedra professor – o'qituvchilari tomonidan ko'rsatma va tavsiyalar, masalalar to'plami ishlab chiqiladi. Unda talabalarga asosiy ma'ruza mavzulari bo'yicha muammoli vaziyatlar, vaziyatli masala va testlar keltirildi

Tavsiya etilayotgan mustaqil ishlarning mavzulari

1. O'pka tuberkulezi
2. O'tkir va surunkali qon aylanish etishmovchiligi
3. NSD. Miokardiodistrofiya
4. Qizilo'ngach va me'da funksional kasalliklari
5. Ichaklarni funksional kasalliklari
6. Disbakterioz
7. Pankreatit.
8. Artrozo-artritlar. Osteoporoz.
9. Tireotoksikoz
10. Buyrak tosh kasalligi
11. Surunkali buyrak etishmovchiligi

Kurs ishini tashkil etish bo'yicha uslubiy ko'rsatmalar

Fan bo'yicha kurs ishi namunaviy o'quv rejasida rejalashtirilgan.

Mavzu nomlari

1. O'pkaning yallig'lanish kasalliklari. Ularning turlari, klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari. O'tkir bronxit.
2. O'pkaning yallig'lanish kasalliklari. Ularning turlari, klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari. Surunkali bronxit.
3. O'pkaning yallig'lanish kasalliklari. Pnevmoniya. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.
4. Bronxial astma. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.
5. Gipertoniya kasalligi. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.
6. YUIK. Stenokardiya. Klassifikatsiyasi, turlari, klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.
7. Ateroskleroz. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.
8. Mokard infarkti. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.
9. O'tkir va surunkali qon aylanish etishmovchiligi. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.
10. YUruk ritmi buzilishlari. Ularni turlari. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.
11. Tayanch-xarakat tizimi kasalliklari. Revmotoid artrit. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.
12. Tayanch-xarakat tizimi kasalliklari. Deformatsiyalovchi osteoartroz. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.
13. Surunkali yurak revmatizm kasalligi. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

14. Qon xosil bo'lish tizimi kasalliklari. Anemiya.
15. Me'daning yallig'lanish kasalliklari. Gastrit. Uning turlari, klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari
16. Me'da va 12 barmoqli ichak yara kasalligi. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.
17. Ingichka va yugon ichak kasalligi. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.
18. Gepatobiliar tizim kasalliklari. O'tkir va surunkali gepatit. Ularning turlari, klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.
19. Gepatobiliar tizim kasalliklari. Jigar sirrozi. Ularning turlari, klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.
20. Surunkali xoletsistit. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.
21. Siydik ayiruv tizimi kasalligi. O'tkir va surunkali pielonefrit. Ularning turlari, klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.
22. Siydik ayiruv tizimi kasalligi. O'tkir va surunkali glomerulonefrit. Ularning turlari, klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.
23. Siydik ayiruv tizimi kasalligi. O'tkir va surunkali buyrak etishmovchiligi. Uning turi, klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.
24. Qandli diabet. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.
25. Qalkonsimon bez kasalliklari. Ularni turlari, klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

VI. Asosiy va qo'shimcha o'quv adabiyotlar hamda axborot manbaalari:

Asosiy adabiyotlar

1. Bobojonov S.N. Ichki kasalliklar. Toshkent, 2004 yil. Darslik
2. Gadaev A.G., Axmedov X. Ichki kasalliklar. Toshkent. 2013
3. Gadaev A.G., Axmedov X. Umumiy amaliyot vrachlari uchun amaliy ko'nikmalar toplami. Toshkent. 2010
4. Komolov I.N., Kuyliyev M.U. Ichki kasalliklar. Toshkent, 1991.
5. Kosimov E.YU. Ichki kasalliklar diagnostikasi. Toshkent, 1992.
6. Makolkin V.I., Ovcharenko S.I. Vnutrennie bolezni. Rukovodstvo k prakticheskim zanyatiyam. Meditsina, 1994, 1998gg. Darslik
7. Martinova A.I., Muxina N.A., Moiseeva A.S. Vnutrennie bolezni M, Meditsina, 2004 g
8. SHaropov U.B., Gofforova F.X., SHodmonov U.I. Ichki kasalliklar. Toshkent, 1994.

Qo'shimcha adabiyotlar:

1. Mirziyoev Sh.M. Erkin va farovon demokratik O'zbekiston davlatini birgalikda barpo etamiz. Toshkent, "O'zbekiston" NMIU, 2017. – 29 b.
2. Mirziyoev Sh.M. Qonun ustuvorligi va inson manfaatlarini ta'minlash yurt taraqqiyoti va xalq farovonligining garovi. "O'zbekiston" NMIU, 2017. – 47 b.
3. Mirziyoev Sh.M. Buyuk kelajagimizni mard va olijanob xalqimiz bilan birga quramiz. "O'zbekiston" NMIU, 2017. – 485 b.
4. O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2017 yil 7 fevraldagi "O'zbekiston Respublikasini yanada rivojlantirish bo'yicha harakatlar strategiyasi to'g'risida" gi PF-4947-sonli Farmoni. O'zbekiston Respublikasi qonun hujjatlari to'plami, 2017 y., 6-son, 70-modda
5. B.Xodiyev; L Golish "Mustaqil o'quv faoliyatini tashkil etish usul va vositalari, Toshkent – 2010-yil

6. Alyavi A.L., Nikitin T. Lechenie xronicheskoy serdechnoy nedostatochnosti. 1999g.
7. Vuddi M. i A. Uedana. Terapevticheskiy spravochnik. Vashingtonskogo Universiteta «Praktika» M., 1995g.
8. Klinicheskie rekomendatsii i farmakologicheskiy spravochnik. Moskva, 2005 g.
9. Nasonovoy V.A., Astapenko M.A. Klinicheskaya revmatologiya. Ruk.M.2000 g.
10. Okorokov A.N. Lechenie bolezney vnutrennix organov. Moskva, 2005g.
11. Okorokov. A.N., Diagnostika bolezney vnutrennix organov. Moskva 2005g.
12. Spravochnik – putevoditel praktikuyushogo vracha. 2000 bolezney ot A do YA GEOTAR. Meditsina. M. 2000g.
13. Tareeva. E.M., Differentsialnaya diagnostika vnutrennix bolezney. R.Xeglin, per s nem. M. Meditsina 1993g.
14. CHuchalin. I.G. Terapiya. Rukovodstvo dlya vrachey i studentov. Per. s angl. Red. «GEOTAR Meditsina» 1997g.
15. Alcazar J., Marin R., Gomez- Campdera F. et al. // Nephrol. Dial. Transplant. -2001. – Vol. 36. P. 477.
16. Heart disase in Primary Care. Michael L. Hess 1997y USA.

Internet saytlari

1. [www. Cardiosite.ru](http://www.Cardiosite.ru)
2. www. Cardiologia.ru
3. www. rmj.ru
4. www.medline.ru
5. www.medlib.ru
6. www.vidal.ru
7. www.med-site.narod.ru
8. www.meddean.luc.edu
9. www.who.dk.
10. www.embbs.com.
11. www.martindalecenter.com.
12. www.embbs.com.
13. <http://www.ziyonet.uz>
14. <http://www.wikipedia.ru>

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

TOSHKENT FARMATSEVTIKA INSTITUTI



**«ICHKI KASALLIKLAR ASOSI» FANINING
ISHCHI O'QUV DASTURI**

Ta'lim sohasi: 510000 – Sog'liqni saqlash
Ta'lim yo'nalishi: 5510500 – Farmatsiya (klinik farmatsiya)

Umumiy o'quv soati – 114 soat

SHu jumladan:

Ma'ruza – 18 soat (9 semestr)
Amaliy mashg'ulot – 50 soat (9 semestr)
Mustaqil ta'lim soati - 46 soat (9 semestr)

TOSHKENT – 2020

Fanning ishchi o'quv dasturi O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 2019 yil "12" sentyabrdagi 231- sonli buyrug'i bilan (buyrug'ining 1- ilovasi) tasdiqlangan "Farmatsevtik yordam" fani dasturi asosida tayyorlangan.

Ishchi o'quv dasturi Toshkent farmatsevtika instituti MUKning 2020 yil "7" iyuldagi 12- sonli bayoni bilan tasdiqlangan.

Tuzuvchilar:

A.SH. Qosimov– Farmakologiya va klinik farmatsiya kafedrasining dotsenti, tibbiyot fanlari nomzodi

Taqrizchilar:

M.O. Sobirov– Toshkent Davlat Stomatologiya instituti 2 sonli terapevtik yo'nalishdagi fanlar kafedrasini mudiri, tibbiyot fanlari doktori, dotsent

D.E. Qodirova– Toshkent Farmatsevtika instituti, tibbiy va biologik fanlar kafedrasini dotsenti, tibbiyot fanlari nomzodi

ToshFarMI, farmatsiya fakulteti dekani:
2020 yil "30" 06. 11-son


U.X. Usmanov

Farmakologiya va klinik farmatsiya
kafedrasini mudiri:
2020yil "27" 06. 21-son


Z.T. Fayziyeva

KIRISH

1. O`quv fani o`qitilishi bo`yicha uslubiy ko`rsatmalar

Ichki kasalliklar asosi fani – keng tarqalgan kasalliklarning etiologiyasi, patogenezini, tasnifi, klinik kechishi, laboratoriya, asbob-uskunalar, klinik ko`rsatmalar yordamida tashxis qo`yish, oqibati, asorati, oldini olish choralari, kechiktirib bo`lmaydigan holatlarda tezkor yordam ko`rsatish, mustaqil ravishda tekshirish o`tkazish, ishga layoqatlilikini bilish, davolash asoslarini o`rgatadigan fan bo`lib xisoblanadi.

Fan bo`yicha talabalarning bilimi, ko`nikma va malakalariga quyidagi talablar qo`yiladi.

Talaba:

- bemorlardan anamnestik ma`lumotlarni yig`a bilish (kasallik va hayot tarixi). Bemorni organlar bo`yicha umumiy ko`rikdan o`tkazish. Taxminiy tashxisni asoslash. Bemorni tekshirish rejasini tuzish. Umumiy klinik laborator tekshiruvlar natijalarini va qon, siydik, balg`am, axlatning bakteriologik ekish natijalarini interpretatsiya qila olish. Qonning bioximik tekshiruvlari natijalarini tahlil qila olish. Ko`krak qafasi organlari, oshqozon-ichak trakti va siydik yo`llari rentgenologik tekshiruvlari natijalarini interpretatsiya qila olish. EKGni olish va o`qishni bilish YUrak va qon tomirlari, qorin bo`shlig`i organlari va buyraklar UTT tekshiruvlari natijalarini tahlil qila olish. Klinik tashxisni asoslash. Qiyosiy taqqoslash. YAKuniy tashxisni asoslash. Parxez stolini va rejali davolashni tavsiya etishni va foydalana olishni usullarini qo`llab davolanadigan kasalliklar: nafas a`zolari; yurak qon-tomir sistemasi; ovqat hazm qilish a`zolari; asab sistemasi; siydik tanosil sistemasi **bilishi kerak.**

- eng ko`p tarqalgan ichki a`zolar kasalliklarining etiologiyasi, patogenezini, klinikasi, asoratlari, davollash usullari; Tekshiruv va kompleks davolash rejasini tuzish; asosiy tibbiy xujjatlarni bilish; EKG yuklamali sinama bilan; EKG-monitoring; Exokardiografiya, doplerografiya bilan; FKG, Rentgenografiya, Kompyuter tomografiya, yader-magnit rezonans, Angiografiya va yurak kateterizatsiyasi; Vaqtinchalik va doimiy kardiostimulyasiya; Elektroimpuls davolash; Balg`amni bakteriologik ekish; Plevra bo`shlig`ini punktsiyasi; Bronxografiya; Spiroografiya; Broxoskopiya; Najasni bakteriologik ekish; Najasni disbakteriozga tekshirish; Oshqozon shirasi va duolenal tarkibini tekshirish; Punktsiya (bo`shliqlarni va bo`g`im oralig`i); Gepatitning markerlarini aniqlash; UTT; EGDFS; Kolonoskopiya; Biopsiya; Immunologik tekshiruvlar, RF, SIK; Bo`g`im oralig`iga punktsiya qilish, sinovial suyuqlikni tekshirish bilan; Peshob bakteriologik ekmasi va antibiotikogramma to`g`risida **tasavvurga ega bo`lishi lozim:**

- ichki kasalliklarning ichki a`zolar kasalliklarini tekshirish; bemorni professional so`roq va ko`rikdan o`tkazish; EKG olish va o`qishni bilish; pikfloumetriya qilish; mos parxez va davolash rejasini buyurish; ichki a`zolar kasalliklariga dastlabki va klinik tashxis ko`ya bilish, ularni oldini olish **malaksiga ega bo`lishi kerak.**

Ichki kasalliklar asosi fanining boshqa fanlar bilan integratsiyasi:

Ichki kasalliklar asosi fanini mukammal o`zlashtirish uchun talabalar quyidagi fanlardan yetarli bilim, ko`nikma va malakaga ega bo`lishlari kerak:

- anatomiya;
- fiziologiya;
- patologiya
- mikrobiologiya;
- ichki kasalliklar propedevtikasi;
- farmakologiya;
- birinchi tibbiy yordam

- klinik farmakologiya;

2. MA'RUZA MASHG'ULOTLARI

1-jadval

№	Ma'ruzalar mavzulari	Dars soatlari hajmi
9 semestr		
1	O'pka tizimi kasalliklari. O'tkir va Surunkali bronxitlar. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.	2
2	O'pka tizimi kasalliklari. Pnevmoniya. Bronxial astma. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.	2
3	Yurak va kon tomir tizimi kasalliklari. Gipertoniya kasalligi. YUIK. Stenokardiya. Klassifikatsiyasi, turlari, klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.	2
4	Yurak va kon tomir tizimi kasalliklari. Mokard infarkti. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.	2
5	Tayanch-xarakat tizimi kasalliklari. Revmotoid artrit va Defarmaciyalovchi osteoartroz. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.	2
6	Me'da-ichak tizimi kasalliklari. Gastrit. Me'da va 12 barmoqli ichak yara kasalligi. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.	2
7	Gepatobiliar tizim kasalliklari. Ularning turlari, klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari. Jigar-ut kopi kasalliklari.	2
8	Siydik ayiruv tizimi kasalligi. O'tkir va Surunkali pielonefrit. Ularning turlari, klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.	2
9	Ichki sekretiya bezlarini kasalliklari. Qalaonsimon bez kasalligi. Qandli diabet. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.	1
Jami		17

Ma'ruza mashg'ulotlari multimediya qurilmalari bilan jihozlangan auditoriyada akademik guruhlar oqimi uchun o'tiladi.

3. AMALIY MASHG'ULOTLAR.

Darsni olib borish rejasi (xronoharita):

1. O'qituvchining mavzu bo'yicha kirish so'zi - 10 daqiqa;
2. Talabalarning bilimini og'zaki usulda mavzuga tegishli savollar bilan tekshirish -50 daqiqa;
3. Mavzuni tushuntirish: o'qituvchi talabalarning bergan javoblariga qarab, yo'l qo'yilgan xatoliklarni tuzatib, javoblarni umumlashtiradi - 10 daqiqa;
4. Kundalik daftarni tekshirish: (Klinik tashxisni asoslash. Qiyosiy taqqoslash. YAKuniy tashxisni asoslash. Bemorni tekshirish rejasini tuzish. Umumiy klinik laborator tekshiruvlar natijalarini to'g'ri yozilganligiga ahamiyat beriladi) – 20 daqiqa;

5. Bemorlar kuratsiyastga chikish: (mavzuga tayyor, kundaligi to'g'ri yozilgan talabaga bemor kuratsiyasiga ruxsat beriladi. O'quvchi bemorni kurib dastlabki tashxis kuya olishi kerak) - 40 daqiqa;

6. Bajarilgan ishni qabul qilish - 30 daqiqa.

Jami: 160 daqiqa.

2 jadval

Klinik farmatsiya yo'nalishi uchun ichki kasalliklar asosi fanidan amaliy mashg'ulotlar rejasi

№	Amaliy mashg'ulotlarning nomi	Dars soatlari hajmi
9 semestr		
1	O'pkaning yallig'lanish kasalliklari. Ularning turlari, klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari. O'tkir va Surunkali bronxitlar	2
2	O'pkaning yallig'lanish kasalliklari. Pnevmoniya. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.	2
3	Bronxial astma. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.	4
4	Gipertoniya kasalligi. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.	2
5	YUIK. Stenokardiya. Klassifikatsiyasi, turlari, klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.	2
6	Mokard infarkti. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.	4
7	Tayanch-xarakat tizimi kasalliklari. Revmotoid artrit va Defarmaciyalovchi osteoartroz. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.	2
8	Surunkali yurak revmatizm kasalligi. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.	4
9	Me'daning yallig'lanish kasalliklari. Gastrit. Uning turlari, klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari	2
10	Me'da va 12 barmoqli ichak yara kasalligi. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.	4
11	Ingichka va Yugon ichak kasalligi. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.	4
12	Gepatobiliar tizim kasalliklari. O'tkir va Surunkali gepatit. Ularning turlari, klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.	2
13	Surunkali xoletsistit. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.	4
14	Siydik ayiruv tizimi kasalligi. O'tkir va Surunkali pielonefrit. Ularning turlari, klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.	2
15	O'tkir va Surunkali glomerulonefrit. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.	4
16	Qalaonsimon bez kasalligi. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.	3
17	Qandli diabet. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.	4
Jami		51

Amaliy mashg'ulotlar multimedia qurilmalari bilan jixozlangan auditoriyada xar bir akademik guruxda aloxida o'tkaziladi. Mashg'ulotlar faol va interfaol usullar yordamida o'tiladi. "Keys stadi"

texnologiyasi inlatiladi, keyslar mazmuni o'qituvchi tomonidan belgilanadi. Ko'rgazmali materiallar va axborotlar multimedia qurilmalari yordamida uzatiladi.

4. Amaliy konikmalar

1. O'pkaning yallig'lanish kasalliklari. Ularning turlari, klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari. O'tkir va Surunkali bronxitlar

1. Talaba tasavvurga ega bo'lishi va bilishi kerak: Kasallikning etiologiyasi, patogenezi, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davollash prinsipi va profilaktikasi.

2. O'pkaning yallig'lanish kasalliklari. Pnevmoniya. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

2. Talaba tasavvurga ega bo'lishi va bilishi kerak: Kasallikning etiologiyasi, patogenezi, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davollash prinsipi va profilaktikasi.

3. Bronxial astma. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

3. Talaba tasavvurga ega bo'lishi va bilishi kerak: Kasallikning etiologiyasi, patogenezi, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davollash prinsipi va profilaktikasi.

4. Gipertoniya kasalligi. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

4. Talaba tasavvurga ega bo'lishi va bilishi kerak: Kasallikning etiologiyasi, patogenezi, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davollash prinsipi va profilaktikasi.

5. YUIK. Stenokardiya. Klassifikatsiyasi, turlari, klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

5. Talaba tasavvurga ega bo'lishi va bilishi kerak: Kasallikning etiologiyasi, patogenezi, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davollash prinsipi va profilaktikasi.

6. Mokard infarkti. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

6. Talaba tasavvurga ega bo'lishi va bilishi kerak: Kasallikning etiologiyasi, patogenezi, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davollash prinsipi va profilaktikasi.

7. Tayanch-xarakat tizimi kasalliklari. Revmotoid artrit va Defarmaciyalovchi osteoartroz. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

7. Talaba tasavvurga ega bo'lishi va bilishi kerak: Kasallikning etiologiyasi, patogenezi, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davollash prinsipi va profilaktikasi.

8. Surunkali yurak revmatizm kasalligi. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

8. Talaba tasavvurga ega bo'lishi va bilishi kerak: Kasallikning etiologiyasi, patogenezi, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davollash prinsipi va profilaktikasi.

9. Me'daning yallig'lanish kasalliklari. Gastrit. Uning turlari, klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari

9. Talaba tasavvurga ega bo'lishi va bilishi kerak: Kasallikning etiologiyasi, patogenezi, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davollash prinsipi va profilaktikasi.

10. Me'da va 12 barmoqli ichak yara kasalligi. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

10. Talaba tasavvurga ega bo'lishi va bilishi kerak: Kasallikning etiologiyasi, patogenezi, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davollash prinsipi va profilaktikasi.

11. Ingichka va Yugon ichak kasalligi. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

11. Talaba tasavvurga ega bo'lishi va bilishi kerak: Kasallikning etiologiyasi, patogenezi, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davollash prinsipi va profilaktikasi.

12. Gepatobiliar tizim kasalliklari. O'tkir va Surunkali gepatit. Ularning turlari, klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

12. Talaba tasavvurga ega bo'lishi va bilishi kerak: Kasallikning etiologiyasi, patogenezi, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davollash prinsipi va profilaktikasi.

13. Surunkali xoletsistit. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

13. Talaba tasavvurga ega bo'lishi va bilishi kerak: Kasallikning etiologiyasi, patogenezi, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davollash prinsipi va profilaktikasi.

14. Siydik ayiruv tizimi kasalligi. O'tkir va Surunkali pielonefrit. Ularning turlari, klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.

14. Talaba tasavvurga ega bo'lishi va bilishi kerak: Kasallikning etiologiyasi, patogenezini, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davollash prinsipi va profilaktikasi.
15. O'tkir va Surunkali glomerulonefrit. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.
15. Talaba tasavvurga ega bo'lishi va bilishi kerak: Kasallikning etiologiyasi, patogenezini, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davollash prinsipi va profilaktikasi.
16. Qalaonsimon bez kasalligi. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.
16. Talaba tasavvurga ega bo'lishi va bilishi kerak: Kasallikning etiologiyasi, patogenezini, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davollash prinsipi va profilaktikasi.
17. Qandli diabet. Klinik kechuvi, diagnostikasi va davolash tamoyillari.
17. Talaba tasavvurga ega bo'lishi va bilishi kerak: Kasallikning etiologiyasi, patogenezini, patologik anatomiyasi, tasnifi, klinikasi, tekshirish uslublarini o'rganish, laborator tahlillar javoblarini interpretatsiya qilish, davollash prinsipi va profilaktikasi.

5. Mustaqil ta'lim.

3-jadval

№	Mustaqil ta'lim mavzulari	Dars soatlari hajmi
9-semestrda		
1	O'pka tuberkulezi	3
2	O'tkir respirator infeksiya	3
3	O'tkir qon aylanish etishmovchiligi	3
4	Surunkali qon aylanish etishmovchiligi	3
5	NSD. Miokardiodistrofiya	3
6	Qizilo'ngach funksional kasalliklari	3
7	Me'da funksional kasalliklari	3
8	Ichaklarni funksional kasalliklari	3
9	Disbakterioz	3
10	Pankreatit	3
11	Artrozo-artritlar	3
12	Osteoporoz	3
13	Tireotoksikoz	3
14	Buyrak tosh kasalligi	3
15	Buyrak etishmovchiligi	4
	Ja'mi	46

Mustaqil o'zlashtiriladigan mavzular bo'yicha talabalar tomonidan internet ma'lumotlarni to'plash, bibliografik annotatsiya va taqdimotlarni tayyorlash, test savollarini va vaziyatli masalalarni tuzish tavsiya etiladi.

6. Fan bo'yicha talabalar bilimni baxolash va nazorat qilish mezonlari

Baxolash usullari	Ekspress testlar, yozma ishlar, og'zaki surov		
Baholash mezonlari	<p>86-100 ball "a'lo" Fanga oid nazariy va amaliy tushunchalarni to'la o'zlashtira olish, tasniflanishini bilish. Klinik tashxisni asoslash. Qiyosiy taqqoslash. YAkuniy tashxisni asoslash. Bemorni tekshirish rejasini tuzish. Umumiy klinik laborator tekshiruvlar natijalarini va qon, siydik, balg'am, axlatning bakteriologik ekish natijalarini interpretatsiya qila olish. Xulosa va qaror qabul qilish; ijodiy fikrlash olish; mustaqil mushohada yurita olish; olgan bilimlarini amalda qo'llay olish; mohiyatini tushunish; bilish, aytib berish; tasavvurga ega bo'lish.</p>		
	<p>71-85 ball "yaxshi" Mustaqil mushohada yurita olish; olgan bilimlarini amalda qo'llay olish; mohiyatini tushunish; bilish, aytib berish; tasavvurga ega bo'lish. Taxminiy tashxisni asoslash. Bemorni tekshirish rejasini tuzish. Umumiy klinik laborator tekshiruvlar natijalarini va qon, siydik, balg'am, axlatning bakteriologik ekish natijalarini interpretatsiya qila olish.</p>		
	<p>55-70 "qoniqarli" Mohiyatini tushunish; bilish, aytib berish; tasavvurga ega bo'lish. Taxminiy tashxisni asoslash. Umumiy klinik laborator tekshiruvlar natijalarini va qon, siydik, balg'am natijalarini interpretatsiya qila olish.</p>		
	<p>0-54 "qoniqarsiz" O'tilgan fanning nazariy va amaliy tushunchalarni bilmaslik; Taxminiy tashxisni asoslay olmaslik. Bemorni tekshirish rejasini tuza v olmaslik. Umumiy klinik laborator tekshiruvlar natijalarini va qon, siydik, balg'am, axlatning bakteriologik ekish natijalarini interpretatsiya qila olmaslik.</p>		
	Reyting baxolash turlari	Maks. ball	O'tkazish vaqti
	<p>Joriy nazorat: Amaliy mashg'ulotlarida faolligi, savollarga to'g'ri javob berganligi, amaliy topshiriqlarni bajarilganligi uchun</p>	45	Semestr boshlangandan ikkinchi mashg'ulotdan oxirgi mashg'ulotga qadar har bir mashg'ulotda 100 ballik tizimda joriy

			baholanadi, so'ngra ushbu ballar yig'indisidan o'rtacha ball chiqarilib, 0,45 koeffitsientga ko'paytiriladi.
	Mustaqil ta'lim	5	
	Oraliq nazorat: Amaliy mashg'ulotida og'zaki so'rov ko'rinishida qabul qilinadi. Ma'ruzachi o'qituvchi va laboratoriya mashg'uloti o'qituvchisi tomonidan birgalikda o'tkaziladi. Oraliq nazorat savollari va retsept topshiriqlari 2 hafta avval e'lonlar doskasiga joylashtiriladi. Oraliq nazorat 20 ballni tashkil etib, undan: (86-100 %) 17,2-20,0 A'lo "5" (71-85 %) 14,2-17,2 Yaxshi "4" (55- 70 %) 11-14,2 Qoniqarli "3" (0-54 %) 11 baldan kam Qoniqarsiz "2"	20	Har bir semestrning 12 xaftasida
	Yakuniy nazorat (yozma, og'zaki, test)	30	18 xaftada
	JAMI	100	

7. Asosiy va qo'shimcha o'quv adabiyotlar hamda axborot manbalari

Asosiy adabiyotlar:

1. Gadaev A.G., Karimov M.SH., Axmedov X. Ichki kasalliklar. Toshkent. 2015. Darslik
2. Gadaev A.G., Karimov M.SH., Axmedov X.S. Ichki kasalliklar propedevtikasi. Toshkent. 2014. Darslik
3. Bobojonov S.N. Ichki kasalliklar. Toshkent, 2004 yil. Darslik
4. Sharapov U.B. Ichki kasalliklar. 2003 gg. Darslik

Qo'shimcha adabiyotlar

1. Mirziyoev Sh.M. Erkin va farovon demokratik O'zbekiston davlatini birgalikda barpo etamiz. Toshkent, "O'zbekiston" NMIU, 2017. – 29 b.
2. Mirziyoev Sh.M. Qonun ustuvorligi va inson manfaatlarini ta'minlash yurt taraqqiyoti va xalq farovonligining garovi. "O'zbekiston" NMIU, 2017.– 47 b.
3. Mirziyoev Sh.M. Buyuk kelajagimizni mard va olijanob xalqimiz bilan birga quramiz. "O'zbekiston" NMIU, 2017. – 485 b.
4. O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2017 yil 7 fevraldagi "O'zbekiston Respublikasini yanada rivojlantirish bo'yicha harakatlar strategiyasi to'g'risida"gi PF-4947-sonli Farmoni. O'zbekiston Respublikasi qonun hujjatlari to'plami, 2017 y., 6-son, 70-modda
5. Alyavi A.L., Nikitin T. Lechenie xronicheskoy serdechnoy nedostatochnosti. 1999g.
6. Gadaev A.G., Axmedov X. Umumiy amaliyot vrachlari uchun amaliy ko'nikmalar toplami. Toshkent. 2010

7. Okorokov. A.N., Diagnostika bolezney vnutrennix organov. Moskva 2005g.
8. Okorokov A.N. Lechenie bolezney vnutrennix organov. Moskva, 2005g.
9. Martinova A.I., Muxina N.A, Moiseeva A.S. Vnutrennie bolezni M, Meditsina, 2004 g
10. Alcazar J., Marin R., Gomez- Campdera F. et al. // Nephrol. Dial. Transplant. -2001. – Vol. 36. P. 477.
11. Vudli M., Uelan A. Terapevticheskiy spravochnik Vashingtonskogo Universiteta, M., 2005.

Internet saytlari:

1. www.ziyonet.uz
2. www.uzpharm-control.uz
3. www.uzpharmsanoat.uz
4. [www. Cardiosite.ru](http://www.Cardiosite.ru)
5. www. Cardiologia.ru
6. www. rmj.ru
7. www.medline.ru

TARQATMA MATERIALLAR

Ichki kasalliklar asosisidan bemorlarga tashxis kuyishga bog'liq bo'lgan vaziyatli masala

1. MASALA.

16 yoshli bemorda uch hafta oldin utkazilgan anginadan sung oldin ung, keyin chap boldir-tovon bugimlarida ogrik paydo buldi. 2 kundan sung bugimlardagi ogrik biroz kamaydi, lekin bilak-kaft va falangaalararo bugimlarda paydo buldi. Tana xarorati 38^0 S gacha kutarildi. Ob'ektiv: tizza bugimlari shishgan, kizargan, ogrikli, ogrik xisobigi xarakat chegaralangan. Kon taxlilida: leyk $10 \cdot 10^9/l$, ECHT 37 mm/soat, ASL-O – 625 ed., SRO ++++.

Keysni bajarish bo'yicha topshiriqlar

- *Asosiy sindromlarni belgilang.
- *Tashxis kuying.
- *Kerakli asosiy tekshiruvlar rejasi.
- *Davolash sxemasi.

2. MASALA.

32 yoshli ayol 2 oy oldin anginadan sung utkir kasal bulib koldi. Bugimlarda ogrik paydo buldi, oldin falangalar orasida, keyin ung tizza bugimida, xolsizlik, tana xaroratini $37,8^0$ S gacha kutarildi. 2 haftadan sung bugimlar shishdi, salitsilat ichgandan sung ogrik va shishlar biroz kamaydi, tana xarorati meerlashdi. Kurik paytida ichki a'zolarida uzgarish yuk. Falangalararo, 2-3 barmok bugimlari shishgan, kiyin xarakatlanadi. Tizza bugimi shishgan, ushlab kurulganda issik. Biroz barmok mushaklarini atrofiyasi bor. Kon taxlilida leyk $9,4 \cdot 10^9/l$, ECHT 35 mm/chas, SRO +++.

Keysni bajarish bo'yicha topshiriqlar

- *Kaysi kasallik xakida uylash mumkin?
- *Tashxisni aniklash uchun kanday tekshiruvlar utkazish kerak.
- *Bemorga kaysi dori vositalarni buyurish kerak?

3. MASALA.

Bemor 57 yoshda, stabil stenokardiyani II FS bilan kasallangan. Dala xovlidagi aktiv jismoniy mexnatdan sung, yurak soxasidagi ogrik xurujlarining kupayishiga va kabul kiladigan preparatlarini ogrik koldiruvchi effektini kamayishiga shikoyat kiladi. Kasalxonaga yotkizildi. Umumiy kon analizida leykotsitlar – $10 \cdot 10^9$, KFK darajasi oshgan. EKGda ritm tugri, V_{2-4} da QS kompleksi paydo bulgan, ST segmenti elevatsiyasi, III, II, AVF – ST depressiyasi. AB pasaygan 60/40 mm sim.ust.da, taxikardiya – minutiga 100 ta.

Keysni bajarish bo'yicha topshiriqlar

- *Tashxis kuying.
- *Kasallikni avj olishiga nima sabab bulgan?
- *Kanday kushimcha tekshiruvlar bemorda utkazilishi kerak?

4. MASALA.

Bemor V. 33 yosh, klinikaga kuyidagi shikoyatlar bilan tushdi:

Falanglararo, bilak, tizza, boldir-tovon bugimlarida ogrikka, shu bugimlarda xarakatlarni chegaralanishi, ertalabki karaxtlikka shikoyat kildi. 1,5 oydan beri kasal. Kuzdan kechirganda teri koplamlari rangpar, proksimal falanglararo, bilak, tizza va boldir-tovon bugimlarida deformatsiya kuzatiladi. SHu bugimlarda aktiv xarakat ogrik xisobiga keskin chegaralangan. Ichki organlar tomonidan uzgarishlar yuk. Umumiy kon analizada eritrotsitlar $3,4 \cdot 10^{12}$ g/l. Gemoglobin 96 g/l. Rang kursatkich 0,84. Leykotsitlar $7,7 \cdot 10^9$ l. ECHT 50 mm/soat. Sial kislotasi 260 tb. SRP «+++». Bilak bugimi rentgenogrammasi: Epifizlarda osteoporoz, bugim yorigi toraygan.

Keysni bajarish bo'yicha topshiriqlar

- *Taxminiy tashxis, tekshiruv rejasi va davolash.

5. MASALA.

Bemor 52 yoshda. Klinikaga nafas sikishi xurujlarini tezlashishi bilan shikoyat kilib keldi. 5 yil oldin burunda polipni olib tashlash operatsiyasidan keyin nafas sikishi xurujlari bezovta kila boshladi. Anamnezida surunkali gaymorit, burunning retsidiylanuvchi polipozi bor. Xozirgi vaktidagi umumiy axvolini yomonlashuvi: dietani buzgan paytda ung kovurga ostida ogrik paydo bulgan va uni bartaraf kilish uchun alloxol kabul kilgan. Ogriklar nisbatan kamaygan, lekin nafas sikishi xurujlari paydo bulgan.

Keysni bajarish bo'yicha topshiriqlar

- *Bemorda kaysi kasallik avj olyapti deb uylaysiz?
- *Kasallikni avj olishi nima bilan boglik?
- *Nafas sikishi xurujlarini oldini olishga va davolashga kandyav tavsiiyalar berasiz?

6. MASALA

Bemor S. 52 yoshda. Klinikaga nafas sikishi xurujlari shikoyati bilan tushdi. Kasallik xurujlari 7 yil oldin paydo bulgan, kuprok baxor va kuz oylarida ob-xavoning keskin uzgarishida, changli muxitda, termopsis yoki teofidrin preparatlarini kabul kilganda paydo buladi. Allergologik laboratoriyada sinama utkazilganda uy changiga teri reaksiyasi musbatligi aniklangan. Bemor osh sodasi bilan kontakda bulganda teri kichishishi yuzaga keladi. Upkaning yalliglanish kasalliklari bilan kasallanmagan. Kuzdan kechirishda upkada perkussiyada kutisimon tovush. Auskultatsiyada tarkok kuruk xirillashlar. YUrak tonlari ritmik 86 ta bir minutiga. AB 110/70 mm.sim.ust. Jigar kattalashmagan, periferik shishlar yuk.

Keysni bajarish bo'yicha topshiriqlar

- *Dastlabki tashxis kuying.
- *Tekshiruv va davolash rejasi.

7.MASALA.

Bemor 22 yoshda. Utkir kasallangan: tana xarorati 38° S kutarilgan, kuruk yutal paydo bulgan, nafas olishda kukrak kafasida ogrik, perkussiyada perkutor tovushning keskin bugiklashishi, auskultatsiyada chap tomonlama vezikulyar nafas keskin susaygan. Xansirash, nafas olish soni bir minutda 30 ta, taxikardiya yurak urish soni 1 minutda 110 ta. Rentgen tekshiruvda chap plevra bushligida 3 kovurgagacha suyuklik borligi aniklandi.

Keysni bajarish bo'yicha topshiriqlar

- *Dastlabki tashxis, tekshiruv va davolash rejasi.

8. MASALA.

Bemor 43 yoshda. Klinikaga kuyidagi shikoyatlar bilan kelib tushdi. Kulning mayda bugimlarida, tirsak bugimida ogrik xarakatda kuchayadi, shu bugimlarda xarakat chegaralanishi, ertalabki karaxtdik 40 minutgacha davom etadi. Bemor uzini 5 yildan beri kasal xisoblaydi. Ob'ektiv: Bemorning umumiy axvoli konikarli. Bugimlarni kuzdan kechirganda 2, 3, 4 barmok falangalari va proksimal falanglararo bugimlarda kuchli bulmagan proliferativ uzgarishlar xisobiga defiguratsiyasi. Umumiy kon analizida gemoglobin 110 g/l. Eritrotsit $3,68 \cdot 10^{12}$ /l, leykotsitlar $4,6 \cdot 10^9$ /l, eoz 3 %, t-yadro 6%, segment yadroli 60 %, limfotsitlar 32 %, monotsitlar 5%. ECHT 22 mm\soat. SRO ++, seromukoidlar 0,42 g/l. (normada 0,22-0,28). Kaft rentgenogrammasida bugimoldi osteoporozi belgilari bor.

Keysni bajarish bo'yicha topshiriqlar

- *Bemorga klinik tashxis kuying.
- *Keyingi tekshirish rejasini tuzing.
- *Davolash rejasi.

9.MASALA

Bemor 42 yoshda. YOshligidan menoraggiya bilan kasallanib keladi. 1 necha marta gemoglobin 85-90 g/l gacha kamaygan. Eritrotsitlar $3,8 \cdot 10^{12}$ /litr, rang kursatkichi 0,75. Kelgandagi umumiy axvolini yomonlashuvini ORVI utkazib xolsizlik kuchayishi, bosh aylanishi paydo bulishi, ishtaxaning pasayishi va ozish bilan boglaydi.

Keysni bajarish bo'yicha topshiriqlar

*Bemorga tashxis kuying.

*Tekshirish va davolash planini tuzing.

10.MASALA.

Maktab ukuvchisi 15 yoshda poliklinikaga nafas kisishi xuruji, shovkinli nafas olish, burun bitishi, okishi, kuz yoshlanishi bilan shikoyat kilib keldi. YUkorilagi shikoyatlarni paydo bulishini terakni gullashi bilan boglaydi.

Keysni bajarish bo'yicha topshiriqlar

*Dastlabki tashxis, tekshiruv va davolash rejasi

11.MASALA

Bemor 45 yoshda, sartarosh, 5 kun oldin utkir shamollash utkazgan, shundan keyin uzok muddat subfebril temperatura saklangan. 1-xafta oldin bemorni xolati keskin yomonlashgan, tana xarorati 38,5 S ga kutarilgan, shillik yiringli xarakterga ega bulgan kuchli yutal kushilgan. Bemorni kuchli ter bosgan. Upkani auskultatsiyasida ung kurak soxasida dag'al nafas fonida kuruk va nam xirillashlar eshitiladi. Gemogrammada: Leykotsitlar $9,5 \cdot 10^9$ /l, limfotsitlar 16%, SOE-30 mm/soat.

Keysni bajarish bo'yicha topshiriqlar

*Taxminiy tashxis.

*Tekshiruv rejasi.

*Davolash rejasi.

12.MASALA

Bemor 53 yosh, chekuvchi, 2-oy moboynda tush ortida sikuvchi xurujlar bezovta kiladi, xuruj tez jismoniy zurikishda, zinadan kutarilganda kuchayadi. Og'rik chap kulga va chap kurakka tarkaladi. 3-5 minut davom etadi, nitroglitserin kabul kilgandan sung va tinch xolatda utib ketadi. Klinikaga kelishdan 1 hafta oldin tush ortigadi ogriklar xuruji kuniga 3-6 martagacha kupaydi, tinch xolatda 2 marotaba paydo buldi. Og'rik kuchayuvchi xarakterga ega bulib, 1-sutka mobaynda bemor 8-10 tab. nitroglitserin kabul kilmokda.

Kurik vaktida bemorning umumiy axvoli konikarli, bemor tulachadan kelgan, teri koplamlari rangpar. Upkada uzgarishlar yuk. YUrak chegaralari uzgarishsiz. Ritm tugri, 1 minutda 84 ta. AKB 130/80 mm.sm.ust.teng. Jigar kattalashmagan, shishlar yuk. Xolesterin-7,5 mmol/l (N-3,1-5,2). EKGda depressiya $ST_{SH,P,AVF}$. AST, ALT normada.

Keysni bajarish bo'yicha topshiriqlar

*Taxminiy tashxis.

*Tekshiruv rejasi.

* Davolash rejasi.

13.MASALA

18 yoshli bemorda anginadan sung oldin ung boldir-tovon bugimimda, keyin chap boldir-tovon bugimlarida og'riklar paydo buldi. 2-kundan sung bug'imlarida og'riklar nisbatan kamaygan, lekin tizza, bilak-tirsak, panja bug'imlarida og'riklar paydo bulgan, tana xarorati 38,3 S kutarilgan.

Ob'ektiv: Tizza bug'imlari shishgan, kizargan, og'rikli, xarakatda og'rik xisobiga bir oz chegaralangan. Upkada uzgarishlar yuk. YUrak tonlari bug'ik, taxikardiya. Kon taxlilida leykotsitlar $10 \cdot 10^9$ /l, SOE-37mm/soat, ASLO-625ed, SRB++++, EKGda tishlar voltaji pasaygan. PQ 0,28 sek.

Keysni bajarish bo'yicha topshiriqlar

*Asosiy klinik sindromni ajrating. Tashxis.

*Diagnostika choralarini rejalashtiring.

*Davolashni buyuring.

14.MASALA.

13-yoshli kiz tana xarorati 37,5 kutarilishiga, umumiy xolsizlikga shikoyat kiladi. Ota-onalarini gapiga karaganda ularni kizlari oxirgi vaktlarda beixtiyor kullarini xarakati sababli tugri yoza olmasligiga, xavotirga, suzlarini bir oz tushunarsizligini takidladi. Kurik vaktida umrov soxasida xalkali och pushti rangli toshmalar, korinda, elka soxalarida kuzatilmokda. Konda leykotsitoz va SOE oshgan.

Keysni bajarish bo'yicha topshiriqlar

*Taxminiy diagnoz.

*Bemorga tekshiruv rejasini tuzing.

*Davolashni buyuring.

15.MASALA

Bemor 26 yosh utkir kasallandi. Tana xaroratini 39 ga kutarildi, xamda kaltirash bezovta kilyapti. 2 kundan sung nafas olganda kukrak kafasida ogrik, "zangli" balg'am chikishi kushilgan.

Keysni bajarish bo'yicha topshiriqlar

*Taxminiy diagnoz.

*Bemorga asosan kanday dori vositalar buyurilishi kerak.

16.MASALA.

52-yoshli erkak 5-yildan buyon bronxial astma bilan kasallangan. Xurujlar asosan jismoniy zurikishda kuchayadi. 1-yil oldin bemor miokard infarkti utkazgan, shundan keyin zurikish stenokardiya xurujlari bezovta kiladi.

Keysni bajarish bo'yicha topshiriqlar

*Taxminiy diagnoz.

*Bronxial astmani davolashda kaysi dori vositasiga e'tibor karatish lozim.

17.MASALA.

Bemor M 48 yosh klinikaga tez-yordam mashinasida tush oldida sikuvchi chidab bulmas og'rik, og'rikni chap elkaga, chap kulga tarkalishi, og'rikni til ostiga kuyilgan nitroglitserindan keyin xam kamaymasligi, keskin xolsizlik, bosh aylanishi, terlash shikoyati bilan keltirilgan. Tekshiruv natijasida AKB 110/70 mm.sm.ust.teng. Puls 1-minutda 64 ta tulikligi va kuchlanishi urtachadan past. YUrak tonlari bug'ik, ritmik.

Keysni bajarish bo'yicha topshiriqlar

*Kanday kasallik xakida gap bormokda.

*Kasallikni diagnostikasida kaysi tekshiruv yaxshi yordam beradi.

*Davolash.

18.MASALA.

22-yoshli suzuvchi sportsmen mashg'ulotdan keyin kukrak kafasida tikilish, kiyin ajraluvchi xurujsimon yutal paydo buldi. Ilgari jismoniy zurikishni yaxshi kutargan, yurak tamonidan uzgarishlar bulmagan. Kurik vaktida upkasida kuruk xushtaksimon xirillashlar eshitiladi.

Keysni bajarish bo'yicha topshiriqlar

*Paydo bulgan xurujni kanday izoxlash kerak.

*Bemorga kanday tekshiruvlar utkazish lozim.

*Davolashni buyuring.

19.MASALA

Bemor 52-yosh nafas kisishi xurujini tezlashishi bilan klinikaga murojat kilgan. Oxirgi marotaba nafas kisishi 5-yil oldin burundan polip olingandan keyin kuzatilgan. Anamnezidan

surunkali gaymorit, burunni retsivlovchi polipozi. Xozirgi axvolini yomonlashishi dietani buzganligi sababli ung kovurga yoyida og'rik kuchaygan, bemor alloxol istemol qilgan, keyin ung kovurga yoyida og'riklar kamaygan, lekin kuchli nafas kisishi paydo bulgan.

Keysni bajarish bo'yicha topshiriqlar

*Kanday kasallik tug'risida gap bormokda.

*Xozirgi xuruj nima bilan bog'lik.

*Bemorga xurujni davolash va profilaktika uchun kanday tavsiyalar berasiz.

20.MASALA.

Bemor S. 28 yosh. SHikoyati: bosh ogrishi, bosh aylanishi, kuz oldida «yuldluzchalar»ni paydo bulishi, ish faoliyatini susayishi, xushdan ketish. Anamnezi: karindoshlarida xafakon kasalligi aniklanmagan. YUKoridagi shikostlar 2 oy oldin paydo bulgan.

Ob'ektiv: umumiy axvoli urtacha ogirlikda, bemor giperstenik, yuzi oysimon. YUrak biroz chapga kengaygan. Auskultativ: tonlar kuchaygan, II ton aksenti aortada. Puls ritmik, zurikkan AKB 210/110 mm.sim.ust.

Keysni bajarish bo'yicha topshiriqlar

*Tashxis kuying.

*Kanday tekshiruvlar kilish kerak.

*Davolash rejasini tuzing.

21.MASALA

18 yoshli bemor tibbiy kurikdan utayotgan paytda sklerasini ikterikligi, bilirubin mikdorini 45 mmol/l kutarilganligi aniklandi. 3 yil davomida uzini yaxshi xis qilgan, lekin vakti-vakti bilan sklerasi ikterikligi paydo bulib turgan.

Kurikda – jigar kovurga ravogidag 1 sm tashkariga chikib turibdi, kirralari yumshok, palpatsiyada ogriksiz. Kondagi bilirubin mikdori 40 mkmol/l, boglanmagan – 36 mkmol/l. Punksion biopsiyada jigar bulak strukturasi uzgarmagan.

Keysni bajarish bo'yicha topshiriqlar

*Tashxis kuying.

*Kanday tekshiruvlar kilish kerak.

*Davolash rejasini tuzing.

22.MASALA

29 yoshli bemor klinikaga epigastral soxadagi ogriklar bilan kelib tushdi, ogriklar och koringa va kechasi bezovta kiladi. Ovkat egandan sung ogriklar kamayadi, kabziyatga moyil.

Ob'ektiv: teri koplamlari nam, kullari muzdek, anik kizil dermografizm. Korin palpatsiyasi ogrikli, asosan piloroduodenal soxada, shu soxada mushaklar taranglashgan. Pastga tushuvchi va sigmasimon ichak buylab ogrik. Rentgenoskopiya: 12 barmokli ichak piyozchasi ta'sirlangan, peristaltikasi tezlashgan, oshkozonda biroz suyuqlik mikdori bor.

Keysni bajarish bo'yicha topshiriqlar

*Tashxis kuying.

*Kanday tekshiruvlar kilish kerak.

*Davolash rejasini tuzing.

23.MASALA

29 yoshli bemor ovkat egandan sung 1,5-2 soat utgach tush ostidagi ogrikga, oxirgi paytda kechasi va och koringa paydo bulishiga shikoyat kiladi. Goxida ogrik paytida nordon ta'mli lukma bilan kusish paydo buladi, kugandan sung ogriklar yokoladi. Ishtaxasi uzgarmagan, ozmagan, ich kelishi me'erde. Kurik paytida epigastral soxada ogrik seziladi.

Keysni bajarish bo'yicha topshiriqlar

**Tashxis kuying.

*Kanday klinik tekshiruvlar kilish kerak.

*Davolash rejasini tuzing.

24.MASALA

47 yoshli bemor klinikaga kuyidagi shikoyatlar bilan murojaat kildi: epigastral soxadagi ogrik, ovkat egandan sung 15-20 utgach paydo bulishiga va 1,5-2 soatdan sung kamayishiga, doimiy ravishda jigildon kaynashi. Birinchi bor bunday belgilar 2,5 yil oldin paydo bulgan, rentgenologik tekshiruvda gastrit simptomlari aniklangan.

Ob'ektiv: bemor normostenik, tili karash bilan koplangan, epigastral soxada tarkalga ogrik, sigmasimon ichak spazmi. EGDFS – oshkozon kichik egriligida kichik yazva, unig yonida kichik chandik. Yara atrofidagi shillik kavat shishgan, giperemiyalangan.

Keysni bajarish bo'yicha topshiriqlar

*Tashxis kuying.

*Kanday klinik tekshiruvlar kilish kerak.

* Davolash rejasini tuzing.

ICHKI KASALLIKLAR ASOSI FANIDAN TESTLAR

Surunkali bronxitni tashxislashda
kuprok ma'lumot beruvchi tekshiruv usuli:

1. Bronxoskopiya *
2. Upka ssintigrafisi
3. Kondagi gazlar tarkibini aniklash
4. Kukrak kafasini rentgenografiyasi
5. EKG

Surunkali bronxitda auskultatsiyada
nima eshitaladi:

1. Kuruk va nam xirillashlar*
2. Jarangdor nam xirillashlar
3. Plevrani ishkalanish shovkini
4. Krepitatsiya
5. Kuruk xirillashlar

Kaysi gurux preparatlarni surunkali
bronxitda tavsiya kilinmaydi:

1. Beta-blokatorlar *
2. Immunomodulyatorlar
3. Biostimulyatorlar
4. Bronxodilyatorlar
5. Vitaminlar

Utkir bronxitda perkussiyada
aniklanadi:

1. Upka tovushi *
2. Kutisimon tovush
3. Bugik perkutor tovush
4. Timpanik tovush
5. Perkutor tovushni qisqarishi

Bronx astmasi infeksiyon-allergik turi
kuzish davrida (1-2 xuruj sutkada) 2 ta
muolaja buyuriladi:

- 1) nuktali massaj*
- 2) kukruk kafas massaji (klassik)*
- 3) drenirlovchi mashklar
- 4) veloergometr mashk kilish
- 5) nafasni chukurlashtiruvchi

Surunkali bronxitda yutal kachon
kuzatiladi:

- 1) Ertalab*
- 2) Kechki payt
- 3) Kechasi
- 4) Kun davomida
- 5) Jismoniy zo'riqishdan keyin

Surunkali bronxit asoratlari:

- 1) Xamma sanab utilganlar*

- 2) Upka yuragi
- 3) Nafas etishmovchiligi
- 4) Upka emfizemasi
- 5) Pnevmoskleroz

Surunkali obstruktiv bronxitga
kuyidagilarni kaysi biri xos:

- 1) Yutal, balgam, xansirash*
- 2) Balgamsiz yutal, nam xirillashlar
- 3) Yutal, balgam, nam xirillashlar
- 4) Yutal, xansirash, nam xirillashlar
- 5) Yiringli balgam, jarangli nam

xirillashlar

Surunkali bronxitni kuzish davrida
auskultatsiyada eshitaladi:

- 1) Kuruk guvillovchi, xushtaksimon xirillashlar*
- 2) Bronxial nafas
- 3) Krepitatsiya
- 4) Mayda pufakchali nam xirillashlar
- 5) Yirik pufakchali jarangsiz nam xirillashlar

Krupoz zotiljamda tuzalish boskichida
auskultativ fenomen:

- 1) Krepitatsiya redux*
- 2) Vezikulyar nafasni susayishi
- 3) Jarangsiz nam xirillashlar
- 4) Kuruk xirillashlar
- 5) Kuruk guvillovchi xirillashlar,

plevrani ishkalanish shovkini

Krupoz zotiljam asoratlari:

- 1) Xamma sanab utilganlar*
- 2) Infeksiyon toksik shok
- 3) Bakterialnyy endokardit
- 4) Upka gangrenasi
- 5) Upka absessi

Krupoz zotiljam uchun xos:

- 1) To'satdan boshlanishi, qaltiroqlar bilan*
- 2) Asta sekin qaltiroqsiz
- 3) Asta sekin tez-tez qaytalanuvchi qaltiroqlar bilan
- 4) To'satdan boshlanishi, qaltiroqlarsiz
- 5) Qaltiroq, bradikardiya

Krupoz zotiljamni boshlangich-kuyilish

booskichida auskultativ fenomen:

- 1) Krepitatsiya indux*
- 2) Nam xirillashlar
- 3) Kuruk xirillashlar
- 4) Bronxial nafas
- 5) Krepitatsiya redux

Kuruk plevritda quyidagi simptomlar kuzatiladi, notugrisini kursating:

- 1) Akrotsianoz*
- 2) Kukrak kafasidagi ogriklar
- 3) Kuruk yutal
- 4) Kup terlash
- 5) Subfebrilitet

Zotiljamda yutalganda va chukur nafas olganda kuzatiladigan kukrak kafasidagi ogrikni nima bilan boglash mumkin:

- 1) YAliglanish jaraenini plevraga tarkalishi*
- 2) Plevra bushligida ekssudativ suyuklik tuplanishi
- 3) Parenximani yaliglanish jaraeniga kushilishi
- 4) Mezenximani yaliglanish jaraeniga kushilishi
- 5) YUkori nafas yullaridagi yaliglanish jaraeni

Ekssudativ plevritga xos bulmagan belgi:

- 1) Bugilish xurujlari*
- 2) Xansirash
- 3) YUzaki nafas
- 4) Tana xaroratini kutarilishi
- 5) Perkussiyada bugiklik

Krupoz zotiljamda avj olish-jigarlanish boskichida auskultativ fenomen:

- 1) Bronxial nafas*
- 2) Susaygan vezikulyar nafas
- 3) Nam xirillashlar
- 4) Kuruk xirillashlar
- 5) Krepitatsiya

Bronxoektatik kasallik uchun xos:

- 1) Kengaygan bronxlarda yiring mavjudligi*
- 2) Kavernalar
- 3) Usmalar
- 4) Plevra bushligida suyuklik mavjudligi

5) CHegaralangan bo'shliq

Kengaygan bronxlarda yaliglanish rivojlanishi bilan xarakterlanadigan kasallik:

- 1) Bronxoektatik kasallik*
- 2) Upka abssessi
- 3) Tuberkulez
- 4) Upka raki
- 5) Krupoz zotiljam

Bemor ertalab ogzi tulib balgam ajratishi kaysi kasallikka xos:

- 1) Bronxoektatik kasallikka*
- 2) Bronxial astmaga
- 3) Krupoz zotiljamga
- 4) Ekssudativ plevritga
- 5) Tuberkulyoz

Bronxoektatik kasallikda kuprok ma'lumot beradigan tekshiruv usuli:

- 1) bronxografiya*
- 2) kukrak kafasi rentgenoskopiyasi
- 3) spiroografiya
- 4) flyuorografiya
- 5) pikfloumetriya

«Baraban taekchalari» shaklidagi barmoklar va «soat oynasi» shaklidagi tirnoklar kaysi kasallikda kuzatiladi:

- 1) Bronxoektatik kasallikda*
- 2) Utkir bronxitda
- 3) Uchokli zotiljamda
- 4) Krupoz zotiljamda
- 5) Interstitsial zotiljamda

Upka abssessi bilan asoratlanadi:

- 1) Uchokli zotiljam*
- 2) Utkir bronxit
- 3) Bronxial astma
- 4) Kuruk plevrit
- 5) Surunkali bronxit

Upka absessida kuprok ma'lumot beruvchi tekshiruv usuli:

- 1) Rentgenografiya*
- 2) Kon analizi
- 3) Balgam analizi
- 4) Spirometriya
- 5) Pikfloumetriya

Yiringli balgam kuzatiladi:

- 1) Upka absessida*

- 2) Bronxial astmada
- 3) Krupoz zotiljamda
- 4) Ekssudativ plevritda
- 5) Intesstitsial zotiljam

Bronxial astmani bazis terapiyasida kuyidagilar kuzatiladi:

- 1) Benakort, flunizolid, kromoglitsev kislotasi*
- 2) Aminofilin, astmopent i bronxolitin
- 3) Salbutamol, berotek, salben
- 4) Ipratropiy bromid, beradual
- 5) Solutan, teofedrin, tusupreks

Bronxial astmani kup uchraydigan asorati:

- 1) Upka emfizemasi*
- 2) Upka absessi
- 3) Upkadan kon ketish
- 4) Bronxoektaziya
- 5) Ekssudativ plevrit

Bronxial astmada kullanilmaydi:

- 1) Beta- adrenoblokatorlar*
- 2) Beta- adrenostimulyatorlar
- 3) Alfa-adrenostimulyatorlar
- 4) Beta1-adrenostimulyatorlar
- 5) Alfa va beta-adrenostimulyatorlar

Bronxospazmni askultativ belgisi:

- 1) Uzaygan nafas chikarish va kuruk xirillashlar*
- 2) Bronxial nafas
- 3) Amforik nafas
- 4) Uzaygan nafas olish va kuruk xirillashlar
- 5) Uzaygan nafas chikarish va nam xirillashlar

Astmatik statusni II boskichida

upkadagi auskultativ belgilar:

- 1) Sokov upka*
- 2) Mayda pufakchali jarangsiz nam xirillashlar
- 3) Plevrani ishkalanish shovkini
- 4) Amforik nafas
- 5) Krepitatsiya

Bronxial astmaga xos belgi:

- 1) Ekspirator xansirash*
- 2) Inspirator xansirash

3) Upkaning pastki kismlarida nam xirillashlar

- 4) Suyuk kupiksimon balgam
- 5) SHillik-yiringli balgam

Bronxial astma xurujida kullanilmaydigan preparat:

- 1) NYAKV*
- 2) M-xolinoblokatorlar
- 3) Bronxolitiklar
- 4) GKS
- 5) Kalsiy antagonistlari

Bronxial astmada adrenoretseptorlarda kuyidagi uzgarishlar kuzatiladi:

- 1) Beta 2 adrenoretseptorlarining aktivligini pasayishi *
- 2) Beta 2 adrenoretseptorlarining aktivligini oshishi
- 3) Alfa va beta adrenoretseptorlarining aktivligini pasayishi
- 4) Alfa adrenoretseptorlarining aktivligini pasayishi
- 5) Beta 1 adrenoretseptorlarining aktivligini oshishi

Upka emfizemasida bemorning asosiy shikoyati:

- 1) Xansirash*
- 2) Kukrak kafasidagi ogriklar
- 3) Balgamlı yutal
- 4) Kon tupurish
- 5) Kayt kilish

Upka emfizemasida kukrak kafasini shakli:

- 1) Bochkasimon*
- 2) Astenik
- 3) Giperstenik
- 4) Normostenik
- 5) Gipostenik

Upka emfizemasida perkutor tovush:

- 1) Kutisimon*
- 2) Timpanik
- 3) Bugik
- 4) Anik
- 5) Eshitilmaydi

Emfizemada upkaning pastki chegaralari:

- 1) Pastga siljigan*

- 2) YUkoriga siljigan
- 3) Uzgarmagan
- 4) O'ng o'pkaning pastki chegarasi pastga siljigan
- 5) CHap o'pkaning pastki chegarasi pastga siljigan

Emfizemaning rentgenologik belgilari:

- 1) Upkadagi yukori utkazuvchanlik*
- 2) Gorizonta suyuqlik satxi bulgan bushlik
- 3) YUkuri chegarasi kiya bulgan gomogen soyalanish
- 4) Uchokli soyalanish
- 5) Uzgarishsiz

Kaysi fermentni etishmovchiligi upka emfizemasini tez rivojlanishiga olib keladi:

- 1) Alfa-1 antitripsin*
- 2) LDG
- 3) Adenilatsiklaza
- 4) Fosfodiesteraza
- 5) DNK-giraza

Upka emfizemasida nur bilan tekshirishning ishonchli usuli:

- 1) KT*
- 2) Rentgenoskopiya
- 3) Bronxografiya
- 4) MRT
- 5) UZI

Upka emfizemasida glyukokortikoidlarni (prednizolon) kullanilishi:

- 1) 20-30 mg/sut ichishga kiska kurs bilan*
- 2) 50-60 mg/ sut ichishga doimiy
- 3) Xech kaysi xolatda kullab bulmaydi
- 4) Regulyar 100 mg/ sut v/i tomchilab
- 5) Puls terapiya kurinishida kullaniladi

Revmatik isitma bu –

- 1) Xamma javoblar tugri*
- 2) Toksiko-immunologik kasallik
- 3) Autoimmun
- 4) Kuprok YUKS zararlanadi
- 5) Tizimli yaliglanish bilan kechadigan biriktiruvchi tukimani zararlanishi

Streptolizin-O kanda ta'sirga ega:

- 1) Kardiotoksik*
- 2) Ototoksik
- 3) Nefrotoksik
- 4) Pnevnotoksik
- 5) Tugri javob yuk

Revmatik isitmaning kuzgatuvchisi:

- 1) Beta-gemolitik streptokokk A*
- 2) Stafilokokk
- 3) Gonokokk
- 4) Kox taekchasi
- 5) Bir xujayrali

Revmatik kardit birlamchi va bulishi mumkin.

- 1) Kaytalama*
- 2) Ikkilamchi
- 3) Tarkok
- 4) Surunkali
- 5) Uchlamchi

Revmatik poliartrit kuprok kaysi bugimlarni zararlaydi:

- 1) Yirik*
- 2) Mayda
- 3) Tugri javob yuk
- 4) Urtacha
- 5) Xama bo'g'imlarni

Revmatik isitmani kichik kriteriyalariga kiradi:

- 1) Isitma, artralgiyalar, SOE oshishi, PQ intervalni uzayishi*
- 2) Kardit, poliartrit, artralgiyalar
- 3) Xoreya, uzuksimon eritema, SOE oshishi
- 4) Anamnezida revmatik isitma, uzuksimon eritema, kardit
- 5) PQ intervalni kiskarishi, leykotsitoz

Revmatik isitmani faol davrida asosiy terapiya:

- 1) NYAKV, antibiotiklar*
- 2) Antibiotiklar, biostimulyatorlar
- 3) Antigistaminlar, vitaminlar
- 4) Gormonlar, immunodepressantlar
- 5) Tugri javob yuk

Mitral stenoz uchun xarakterli:

- 1) YUrak chukkisida karsillovchi I ton*
- 2) Aortada II ton aksenti

- 3) Botkin nuqtasida sistolik shovkin
- 4) YUrak chukkisida sistolik shovkin
- 5) Botkin nuqtasida diastolik shovkin

Mitral etishmovchilikdagi sistolik shovkin kanday xosil buladi:

- 1) CHap korinchadan chap bulmachaga konni regurgitatsiyasi*
- 2) Aortadan chap korinchaga konni regurgitatsiyasi
- 3) CHap korinchadan aortaga konning kiyinlik bilan utishi
- 4) CHap bulmachadan chap korinchaga konning kiyinlik bilan utishi
- 5) Xamma sanab utilganlar

Mitral stenozni tromboembolik asoratlaridan kaysi biri kuprok uchraydi:

- 1) Bosh miya kon tomirlarining*
- 2) Buyrak arteriyalarini
- 3) Koronar tomirlarning
- 4) Upka arterisining
- 5) Periferik arteriyalarning

Mitral etishmovchilikda auskultatsiya:

- 1) YUrak chukkisida sistolik shovkin va I ton susayishi*
- 2) Aortada sistolik shovkin va II ton aksenti
- 3) YUrak chukkisida sistolik shovkin va I ton kuchayishi
- 4) YUrak chukkisida sistolik va diastolik shovkin
- 5) Flint shovqini

Mitral etishmovchilik mavjudligini tasdiklovchi tekshiruv usullari:

- 1) EXOKS*
- 2) Veloergometriya
- 3) Pletizmografiya
- 4) Elektrokardiografiya
- 5) Reografiya

Mitral etishmovchilikka xos:

- 1) Dagal sistolik shovkin*
- 2) YUrak chukkisida I ton kuchayishi
- 3) Bedana sayrashi ritmi
- 4) Galop ritmi
- 5) Aortada II ton aksenti

Mitral klapan etishmovchiligida FKG:

- 1) YUrak asosida sistolik rombsimon shovkin*
- 2) Mitral klapan ochilish toni
- 3) YUrak chukkisida sistola oxirida aniklanuvchi sistolik shovkin
- 4) YUrak chukkisida I tondan keyin paydo buluvchi sistolik shovkin va I ton amplitudasining pasayishi
- 5) Sistolani $\frac{1}{2}$ kismini egallovchi past amplitudali sistolik shovkin va I ton amplitudasining pasayishi

Mitral stenozda EKG dagi uzgarishlar:

- 1) YUrak elektr ukini ungga siljishi, R-I.AVL da ikki urkachli*
- 2) YUrak elektr ukini ungga siljishi, R tishchani II va III da baland bulishi
- 3) YUrak elektr ukini chapga siljishi, Giss tutamining ung oekchasini notulik blokadasini
- 4) YUrak elektr ukini chapga siljishi, Giss tutamining chap oekchasini tulik blokadasini
- 5) YUrak elektr ukini ungga siljishi, PQ intervalni uzayishi

Mitral stenoz fonida aortal etishmovchilik rivojlanganligini kanday belgilar kursatadi:

- 1) Botkina-Erba nuqtasidagi diastolik shovkin*
- 2) YUrak chukkisidagi presistolik shovkin
- 3) Mitral klapan ochilish toni
- 4) Karsillovchi I ton
- 5) Aortada 2-ton aksenti

YUrak chegaralarini chapga siljishi, yurak chukkisida I ton va aortada II ton susayishi, aortada diastolik shovkin, AD : 130/20 mm.rt.st. Bu belgilar kaysi illatga xos:

- 1) Aortal etishmovchilikka*
- 2) Mitral etishmovchilikka
- 3) Aortal stenozga
- 4) Trikuspidal etishmovchilikka
- 5) Mitral klapan prolyapsi

YUkori puls davleniyasi va Myusse simptomi kuzatiladigan yurak illatini kursating:

- 1) Aortal etishmovchilik*
- 2) Mitral etishmovchilik

- 3) Aortal stenoz
- 4) Mitral stenoz
- 5) Mitral klapan prolyapsi

Aortal stenoz uchun kuprok xarakterli:

- 1) Aortada dagal sistolik shovkin*
- 2) YUarak chukkisida sistolik melchok
- 3) YUarak chukkisida sistolik shovkin
- 4) YUarak chukkisida karsillovchi I ton
- 5) Aortada II ton kuchayishi

Aortal stenozda yurak nisbiy chegaralari kaysi tomonga kengaygan:

- 1) CHapga va pastga*
- 2) Ungga va yukoriga
- 3) CHapga va yukoriga
- 4) YUkoriga
- 5) CHapga va unnga

Kaysi yurak illatiga aortadan chap korinchaga konni regurgitatsiyasi xos:

- 1) Aortal etishmovchilik*
- 2) Trikuspidal etishmovchilik
- 3) Aortal stenoz
- 4) Mitral etishmovchilik
- 5) Mitral stenoz

Aortal klapan etishmovchiligiga kandy arterial bosim xos:

- 1) 160/30 mm s/u*
- 2) 100/60 mm s/u
- 3) 120/70 mm s/u
- 4) 160/120 mm s/u
- 5) 180/100 mm.s/u

Aortal stenozga xos shikoyatlarni kursating

- 1) Xamma sanab utilganlar*
- 2) Kurkuv xissi
- 3) Kon tupurish
- 4) YUarak urib ketishi
- 5) Tush ortidagi ogriklar va bosh aylanishi

Xilpillovchi aritmiyaning EKG belgilari:

- 1) F tulkinlar va xar-xil R-R oralik*
- 2) Notulik kompensator pauza mavjudligi
- 3) Tulik kompensator pauza mavjudligi

- 4) Kengaygan QRS kompleks, xar-xil R-R oralik
- 5) Uzgarishsiz

Sinus taxikardiyasining EKG belgilari:

- 1) R tishcha musbat, YUKS 90 dan kup*
- 2) R tishchaning yukligi, YUKS 110 dan kup
- 3) R tishchaning yukligi, YUKS 90 dan kup
- 4) R tishcha manfiy, YUKS 90 dan kup
- 5) R tishcha manfiy, YUKS 90 dan kam

Sinus bradikardiyasining EKG belgilari:

- 1) R tishcha musbat, YUKS 60 dan kam*
- 2) R tishchaning yukligi, YUKS 60 dan kam
- 3) R tishchaning yukligi, YUKS 80 dan kam
- 4) R tishcha manfiy, YUKS 60 dan kam
- 5) R tishcha manfiy, YUKS 80 dan kup

Sinus aritmiyasining EKG belgilari:

- 1) R tishcha musbat, R-R oralik xar-xil*
- 2) R tishchaning yukligi, YUKS 90 dan kam, R-R oralik xar-xil
- 3) R tishcha manfiy, YUKS 90 dan kam, R-R oralik xar-xil
- 4) R-R oralik xar-xil, R tishcha manfiy
- 5) R-R oralik bir xil, R tishcha manfiy

Bulmacha ekstrastoliyasining EKG belgilari:

- 1) Navbatdan tashkari kiskarish, uzgarmagan QRS kompleks*
- 2) Navbatdan tashkari kiskarish, deformatsiyalangan QRS kompleks
- 3) Navbatdan tashkari kiskarish, R tishchaning yukligi
- 4) Navbatdan tashkari kiskarish, QRS kompleksidan keyin keluvchi musbat R tishcha
- 5) R tishining deformatsiyasi

Korincha ekstrasistoliyasining EKG belgilari

- 1) Navbatdan tashkari kiskarish, deformatsiyalangan QRS kompleks, R tishchaning yukligi*
- 2) Navbatdan tashkari kiskarish, uzgarmagan QRS kompleks
- 3) Navbatdan tashkari kiskarish, manfiy R tishcha
- 4) Navbatdan tashkari kiskarish, QRS kompleksdan keyin keluvchi musbat R tishcha
- 5) Navbatdan tashkari kiskarish, deformatsiyalanmagan QRS kompleks, R tishchaning yukligi

Korinchalar usti paroksizmal taxikardiyasining EKG belgilari:

- 1) R tishcha manfiy, YUKS 140 dan kup*
- 2) R tishchaning yukligi, YUKS 140 dan kup
- 3) R tishchaning yukligi, YUKS 90 dan kup
- 4) R tishcha manfiy, YUKS 90 dan kup
- 5) R tishcha manfiy, YUKS 140 dan kam

Korincha paroksizmal taxikardiyaning EKG belgilari:

- 1) To'satdan boshlanishi, deformatsiyalangan QRS kompleksi, atrioventrikulyar dissotsiatsiya, YUQS 140 dan ko'p*
- 2) To'satdan boshlanishi, me'yoriy QRS kompleksi, atrioventrikulyar dissotsiatsiya, YUQS 140 dan ko'p
- 3) To'satdan boshlanishi, R tish manfiy, YUQS 140 dan ko'p
- 4) To'satdan boshlanishi, QRS kompleksidan keyin musbat R Tish
- 5) To'satdan boshlanishi, deformatsiyalanmagan QRS kompleksi, atrioventrikulyar dissotsiatsiya, YUQS 140 dan kam

I daraja AV blokadaning EKG belgilari

- 1) P-Q interval 0,2 sek dan kup, QRS kompleks tushib kolmagan*
- 2) P-Q interval 0,2 sek dan kup, QRS kompleks tushib kolishi bilan

- 3) P-Q interval 0,24 sek dan kup, QRS kompleks tushib kolishi bilan
- 4) P-Q interval 0,17 sek dan kup, QRS kompleks tushib kolmagan
- 5) P-Q interval 0,2 sek dan kam, QRS kompleks tushib kolmagan

II darajali Mobits I tip AV blokadaning EKG belgilari

- 1) P-Q intervalni bir maromda uzayib borishi, vakti vakti bilan QRS kompleks tushib kolishi*
- 2) P-Q interval 0,16 sek dan kup, QRS kompleks tushib kolishi bilan
- 3) P-Q interval 0,16 sek dan kup, QRS kompleks tushib kolmagan
- 4) P-Q intervalni bir maromda uzayib borishi 0,24 sek dan kup, QRS kompleks tushib kolmaydi
- 5) P-Q intervalni bir xil, vakti vakti bilan QRS kompleks tushib kolishi

II darajali Mobits II tip AV blokadaning EKG belgilari:

- 1) P-Q interval 0,2 sek dan kup, QRS kompleks tushib kolishi bilan*
- 2) P-Q interval 0,16 sek dan kup, QRS kompleks tushib kolishi bilan
- 3) P-Q interval 0,16 sek dan kup, QRS kompleks tushib kolmagan
- 4) P-Q interval 0,2 sek dan kup, QRS kompleks tushib kolmagan
- 5) P-Q interval 0,2 sek dan kup, QRS kompleks tushib kolmagan

Tulik AV blokadaning EKG belgilari:

- 1) AV dissotsiatsiya mavjudligi*
- 2) R tishcha doim QRS kompleksidan oldin keladi
- 3) R tishcha doim QRS kompleksidan keyin keladi
- 4) R tishcha yuk, QRS kompleks deformatsiyalangan
- 5) AV dissotsiatsiya yukligi

2 darajali atrioventrikulyar blokadaning EKG belgilari:

- 1) QRS komplekslarini tushib kolishi*
- 2) PR interval uzayishi
- 3) QRS kompleks kengayishi
- 4) Xamma sanab utilganlar
- 5) QRS kompleksi tushib kolmaydi

3 darajali atrioventrikulyar blokadaning EKG belgilari:

- 1) AV tugundan eki korinchalardan chikuvchi ektopik ritm*
- 2) QRS komplekslarini tushib kolishi
- 3) PR interval uzayishi
- 4) QRS kompleks kengayishi
- 5) Xamma sanab utilganlar

Sinoatrial (SA) blokada belgilari:

1) QRS komplekslarning epizodik tushib kolishi va R tishchalarning epizodik yukligi*

- 2) QRS komplekslarning epizodik tushib kolishi
- 3) R tishchalarning epizodik yukligi
- 4) Pauzada navbatdan tashkari kiskarishlarning bulmasligi
- 5) Xamma sanab utilganlar

EKG da QRS komplekslarning kengayishi kuzatilishi mumkin:

- 1) Xamma sanab utilganlar*
- 2) Korinchalarda ektopik impuls paydo bulganda
- 3) Korinchalar ichi utkazuvchanlikni buzilishida
- 4) Korinchalarni vaktidan oldin kuzgalish sindromida
- 5) WRW sinromida.

Utkir perikarditning etiologik omillari bulishi mumkin, notugrisini kursating:

- 1) alkogol*
- 2) viruslar
- 3) bakteriyalar
- 4) zamburuglar
- 5) dorilar

Utkir kuruk perikarditda perikard ishkalanish shovkini:

- 1) 3-komponentli*
- 2) 2-komponentli
- 3) 1-komponentli
- 4) Xammasi
- 5) Tugri javob yuk

Perikard ishkalanish shovkini kuyidagi xolatdan tashqari yaxshiroq eshitiladi:

- 1) Stetoskop bilan bosib kurilganda*
- 2) Bemorni vertikal xolatida

- 3) Bemorni etgan xolatida
- 4) Nafas chikarishda nafasni ushlab turganda

- 5) Bemor utirgan xolatda

Paradoksal puls bu:

- 1) Kullardagi pulsning asimmetriyasi*
- 2) Pulsning aritmikligi
- 3) Aloxida puls tulkinlarining tushib kolishi
- 4) CHukur nafas olganda sistolik AD ning 10 mm s/u dan kuproga tushib ketishi
- 5) Pulsni simetriyasi

Konstriktiv perikarditga sabab bo'lmaydigan omilni ko'rsating:

- 1) Alkogolizm*
- 2) Infeksiyalar
- 3) Biriktiruvchi to'qimaning kasalliklari
- 4) YUrak travmalari
- 5) Xama javob tugri

Konstriktiv perikarditda perikardektomiyaga kursatma:

- 1) Bo'yinturuq venasida bosimning 7—8 mm s/u dan kutarilishiga*
- 2) Exokardiografik uzgarishlar
- 3) Jigar funksiyasini buzilishi
- 4) Kaxeksiya
- 5) Rentgenoskopik belgilar

Konstriktiv perikardit uchun xos emas:

- 1) Venoz bosimning pasayishi*
- 2) Bo'yin venalarining bo'rtishi
- 3) Assit
- 4) YUrak chegaralari normada
- 5) Venoz bosimning kutarilishi

Perikardit sababi bo'lmaydigan omilni ko'rsating:

- 1) Alkogolizm*
- 2) Uremiya
- 3) Onkologik kasalliklar
- 4) Revmatik kasalliklar
- 5) Miokard infarkti

Klimakterik miokardiodistrofiyaga xos emas:

- 1) YUrak etishmovchiligi*
- 2) Kardialgiya
- 3) Aritmiya

- 4) ST interval va T tishchaning uzgarishi
- 5) Xama javoblar tugri

Klimakterik miokardiodistrofiyani va stenokardiyani farqlash uchun kuprok ma'lumot beradigan test:

- 1) Veloergometriya*
- 2) Spirografiya
- 3) EKG
- 4) FKG
- 5) Pikflorometriya

Klimakterik miokardiodistrofiyada ogrik koldirish uchun nitrogilitserin kullanihganda effekti:

- 1) Effektsiz*
- 2) Yakkol
- 3) Manfiy
- 4) Yakkol emas
- 5) Kuchsiz manfiy

Alkogol miokardiodistrofiyasi uchun xos emas:

- 1) Stenokardik ogriklar*
- 2) Kardialgiya, aritmiya
- 3) Alkogol kup iste'mol kilish
- 4) Kon aylanish etishmovchiligi
- 5) Xamma javob tugri

Tireotoksik miokardiodistrofiyaning boshlangich boskichidagi auskultativ simptomatika:

- 1) Baland I ton*
- 2) II ton susayishi va sistolik shovkin
- 3) Upka arteriyasida II tona aksenti va sistolik shovkin
- 4) Aortada II tona aksenti va sistolik shovkin
- 5) Xamma javob tugri

Tonzillogen miokardiodistrofiya uchun xos emas:

- 1) YUarak chukkisida diastolik shovkin*
- 2) Kardialgiya
- 3) ASLO titrining oshishi
- 4) YUarak chukkisida sistolik shovkin
- 5) Xama javob tugri

Gipotiriozdagi miokardiodistrofiyaga xos emas:

- 1) Kuz simptomlari*
- 2) Erta ateroskleroz
- 3) Asosiy modda almashinuvini pasayishi
- 4) Bradikardiya
- 5) Xama javob tugri

Tireotoksik miokardiodistrofiyaga xos emas:

- 1) Isitma*
- 2) Taxikardiya
- 3) Asosiy modda almashinuvini oshishi
- 4) Kalkonsimon bezga antitanalar
- 5) Xama javob tugri

Tizimli kizil burichani diagnostikasida kaysi laborator kursatkichlar kuprok ma'lumot beradi?

- 1) Pansitopeniya, antinuklear antitanalar*
- 2) Limfotsitoz
- 3) Trombotsitopeniya
- 4) Gemolitik anemiya
- 5) S-reaktiv oksilni oshishi

Kortikosteroid terapiyaning asoratlari ga kirmaydi

- 1) Giperkaliemiya *
- 2) Itsenko-Kushing sindromi
- 3) Kon bosimini kutarilishi
- 4) Osteoporoz
- 5) Seroid diabet

Tizimli kizil burichaning III darajali faolligida umumiy kon analizida kandy uzgarishlar kuzatiladi?

- 1) Nv 96 g/l SOE 52 mm/s*
- 2) Nv 120 g/l SOE 20 mm/s
- 3) Nv 116 g/l SOE 24 mm/s
- 4) Nv 110 g/l SOE 38 mm/s
- 5) Nv 96 g/l SOE 35 mm/s

Kuyidagi gematologik uzgarishlarning kaysi biri tizimli kizil burichaning diagnostik kriteriyalariga kiritilgan?

- 1) Xamma sanab utilganlar*
- 2) Gemolitik anemiya
- 3) Leykopeniya 4000/ml dan kam
- 4) Trombotsitopeniya 150 ming/ml dan kam
- 5) Limfopeniya 1500/ml dan kam

Kuyidagi laborator uzgarishlarning kaysi biri tizimli kizil burichaning diagnostik kriteriyalariga xos emas

- 1) SOE oshishi*
- 2) Vasserman reaksiyasining elgon musbat bulishi
- 3) DNK ga antitanalar
- 4) sm-antigenga antitanalar
- 5) Xamma sanab utilganlar diagnostik kriteriyalarga xos

Tizimli kizil burichaga xos bulmagan teridagi uzgarishlar

- 1) Lupus vulgaris*
- 2) Alopetsiya
- 3) Vitiligo
- 4) Diskoid uzgarishlar
- 5) Fotodermatit

Tizimli kizil burichani davolashda kuyidagi gurux preparatlari kullaniladi

- 1) Glyukokortikoidlar, 4-aminoxinolin katoridagi preparatlar, sitostatiklar, yallig'lanishga qarshi nosteroid vositalar*
- 2) Sitostatiklar, antibiotiklar, antikoagulyantlar
- 3) Antibiotiklar, sulfanilamidlar, glyukokortikoidlar
- 4) Glyukokortikosteroidlar, sitostatiklar, antiagregantlar
- 5) Glyukokortikoidlar, angioprotektorlar, immunosupressorlar

LE-xujayralar bu

- 1) Kon xujayralarini yadro oksillarini fagotsitlagan etilgan neyetrofillar*
- 2) Autoagressiv limfotsitlar
- 3) Rozetka xosil kiluvchi limfotsitlar
- 4) Revmatoid omilni fagotsitlagan neyetrofillar
- 5) Antinuklear omil ta'sirida parchalanganlar

V-adrenoblokatorlarni tusatdan tuxtatilganda kuzatilishi mumkin:

- 1) Xamma sanab utilganlar*
- 2) Kon bosimini oshishi
- 3) Taxikardiya
- 4) Tusatdan yurak ulimi
- 5) Miokard infarkti

Arterial gipertenziyani nomedikamentoz davolashga xos emas:

- 1) Jismoniy faollikni chegaralash*
- 2) Etarlicha jismoniy faollik
- 3) Ortikcha tana vaznini kamaytirish
- 4) Osh tuzini chegaralash
- 5) Xech biri kuzatilmaydi

Angiotenzin II retseptorlarini blokatorlariga kirmaydi:

- 1) Enalapril*
- 2) Lozartan
- 3) Valsartan
- 4) Irbesartan
- 5) Telmisartan

Hafaqon kasalligini davolashda kuyidagilarni kaysi biri noratsional kombinatsiya xisoblanadi:

- 1) V-adrenoblokatorlar + kalsiy kanallarini blokatorlari*
- 2) V-adrenoblokatorlar + diuretiklar
- 3) APF ingibitorlari + kalsiy kanallarini blokatorlari
- 4) APF ingibitorlari + diuretiklar
- 5) Xama javob tugri

CHap korincha gipertrofiyasini anikrok kursatuvchi tekshiruv usuli:

- 1) Exokardiografiya*
- 2) Perkussiya
- 3) EKG
- 4) Rentgenologik tekshiruv
- 5) Auskultatsiya

Xafakon kasalligining II darajasida bemorni ob'ektiv tekshiruvda aniklanadi:

- 1) YUrak chegaralarini chapga siljishi*
- 2) YUrak asosida sistolik shovkin
- 3) Aortada II ton aksenti
- 4) YUrak chegaralarini kichrayishi
- 5) YUrak chegaralari uzgarmagan

Xafakon kasalligining III darajasi kaysi belgilarga asoslanadi:

- 1) Nishon a'zolaridagi asoratlar*
- 2) CHap korincha gipertrofiyasi
- 3) Ung korincha gipertrofiyasi
- 4) Turgun yukori kon bosimi
- 5) Aortada II ton aksenti

CHap korincha gipertrofiyasining asosiy EKG belgilari:

- 1) R tishcha amplitudasi baland I. V5, V6, AVL larda*
- 2) T tishchani yukligi
- 3) Q-T intervalning uzayishi
- 4) R tishcha amplitudasi baland II. V1, V2 larda
- 5) R tishcha amplitudasi past I. V5, V6, AVL larda

55 eshgacha bulgan erkaklarda aellarga nisbatan YUIK ni uchrashi:

- 1) 3–4 marra kup*
- 2) 2–3 marra kam
- 3) Bir xil
- 4) Jinsi axamiyatga ega emas
- 5) 7-8 marra kup

YUIK ni profilaktikasi olib borilishi kerak bulgan shaxslar:

- 1) Xamma sanab utilganlar*
- 2) YUIK tashxisi tasdiqlangan bemorlar
- 3) YUIK yuqori xavfi bo'lgan sog'lom odamlar
- 4) YUIK bemorlarning yakin karindoshlari
- 5) Xech kaysisi

Zurikish stenokardiyasining III funksional sinfida yurak soxasidagi ogrik kaysi xolatda paydo buladi?

- 1) Tekis joydan yurganda va zinadan 1 chi kavatga kutarilganda*
- 2) Tinch xolatda
- 3) Zinadan 1 chi kavatga kutarilganda va 100–200 m yurganda
- 4) Jismoniy yuklamadan sung
- 5) Xama javob tugri

Aterosklerozning erta morfologik belgilari:

- 1) Egli chiziqcha*
- 2) Fibroz pilakcha
- 3) Kompleks uzgarishlar
- 4) Xamma sanab utilganlar
- 5) Xech biri emas

Fibroz pilakcha parchalanishiga olib keluvchi xavf omillari:

- 1) Hamma sanab utilganlar*

- 2) Fibroz pilakcha yadrolarini kattalashishi
- 3) Fibroz pilakchani makrofaglar tomonidan infiltratsiyasi
- 4) Metalloproteazlar ta'siri
- 5) Oksidlangan past zichlikdagi lipoproteidlar miqdorining oshishi

Stenokardiya xurujining davomiyligi:

- 1) 1-20 dakika*
- 2) 1 dakikadan kam
- 3) 1 soatdan kup
- 4) 2-3 soat
- 5) 20-40 dakika

Stenokardiya xurujida ogrik kaerga irradiatsiyalanadi:

- 1) hamma sanab utilganlar*
- 2) buyinga
- 3) kurakka
- 4) chap kulga
- 5) chap elkaga

Stenokardiyaning asosiy EKG belgilari:

- 1) S-T segmentni gorizontal depressiyasi*
- 2) R-Q interval uzayishi
- 3) QRS kompleks kengayishi
- 4) R tishchani yukolishi
- 5) Atriovertrikulyar blokada

Miokard infarktida o'limga olib keladigan havf omillari:

- 1) Kardiogen shok*
- 2) Upka shishi
- 3) Anevrizmalar
- 4) Xilpillovchi aritmiyaning paroksizmi
- 5) Xamma javob tugri

Miokard infarktining uta utkir davridagi EKG:

- 1) Baland T tishcha*
- 2) ST segment depressiyasi
- 3) ST intervalni kutarilishi
- 4) CHukur Q tishcha
- 5) T tishi izoliniyada

Transmural miokard infarkti uchun kuprok kaysi belgi xos:

- 1) QS tishni xosil bulishi*
- 2) Yakkol Q tishcha

- 3) Manfiy T tishcha
- 4) R amplitudasini pasayishi
- 5) Xamma javob tugri

Miokard infarktning kaysi boskichida Q tishcha paydo buladi:

- 1) Utkir*
- 2) Uta utkir
- 3) Utkir osti
- 4) CHandiklanish
- 5) Xamma boskichida

Miokard infarktning birinchi soatlarida kaysi bioximik kursatkich uzgaradi:

- 1) ALT, AST*
- 2) Timol sinamasi
- 3) Fibrinogenni kamayishi
- 4) KFK, LDG ni oshishi
- 5) Bilirubin

Miokard infarktning erta asoratlari xos emas:

- 1) Dressler sindromi*
- 2) Upka shishi
- 3) Kardiogen shok
- 4) YUrak tamponadasi
- 5) Xamma javob tugri

Miokard infarktida kaychi simptomi:

- 1) Leykotsitozni kamayishi va birinchi hafta davomida ECHT ni oshishi*
- 2) ALT pasayishi va LDG-1 ni oshishi
- 3) LDG-1 pasayishi va birinchi hafta davomida ALT ni oshishi
- 4) ECHT ni pasayishi va birinchi hafta davomida leykotsitozni oshishi
- 5) ALT kupayishi va LDG-1 ni pasayishi

Kizilungach diskineziyasining etiologik omillari:

- 1) Xamma sanab utilganlar*
- 2) Kizilungach innervatsiyasini buzilishi
- 3) Atrofdagi a'zolarining reflektor ta'siri
- 4) MNS kasalliklari
- 5) Infeksion kasalliklar (botulizm, difteriya)

Disfagiya kuzatili mumkin

- 1) Xamma sanab utilganlar*

2) Diafragmaning kizilungach teshigini churrasida

- 3) Kardiya axialaziyasida
- 4) Sklerodermiyada
- 5) Kizilungach rakida

Reflyuks-ezofagitni patologik mexanizmlari:

- 1) Xamma sanab utilganlar*
- 2) Oshkozondan kizilungachga reflyuks
- 3) Kizilungachni distal kismini yaliglanishi
- 4) Kardil jom etishmovchiligi
- 5) Axalaziya

Oshkozon funksional buzilishlarini davolashning umumiy prnsiplari

- 1) Xamma sanab utilganlar*
- 2) Kam-kamdan ovkatlanish
- 3) Psixoterapiya
- 4) Fizioterapiya
- 5) Refleksoterapiya

Peptik ezofagit (reflyuks-ezofagit) qizilo'ngachga quyidagi suyuqlikning o'tishidan kelib chiqadi:

- 1) Xamma sanab utilganlar*
- 2) Oshkozon suyukligi
- 3) Ut suyukligi
- 4) Ichaklar suyuqligi
- 5) Xlorid kislota

Surunkali gastritni A tipining sekreitsiyasi:

- 1) Oshmagan*
- 2) Kamaygan
- 3) Axiliya
- 4) Normal
- 5) Oshgan

Surunkali gastritni quyidagilarni kaysi biri bilan farqlash kerak:

- 1) Xamma sanab utilganlar*
- 2) Oshkozon yara kasalligi
- 3) Oshkozon usmasi
- 4) Surunkali pankreatit
- 5) Surunkali xoletsistit

Usma oldi kasalliklariga kiradi, notugrisini kursating:

- 1) Eroziv gastrit *

- 2) Surunkali atrofik gastrit sekretor etishmovchilik bilan
- 3) Keng asosli oshkozon poliplari
 - 4) Polipoz gastrit
 - 5) Rigid antral gastrit

Surunkali gastritni V tipining sekreksiyasi:

- 1) Oshgan*
- 2) Pasaygan
- 3) Axiliya
- 4) Normal
- 5) Oshmagan

Helicobacter Piloni ga ta'sir kiluvchi preparat:

- 1) Trixopol*
- 2) Gastrotsepin
- 3) Gastrofarm
- 4) Almagel
- 5) Omeprozol

Gistaminning N₂ retseptorlarini blokatorlari:

- 1) Kvamatel*
- 2) De-nol
- 3) Platifillin
- 4) Festal
- 5) Trixopol

Gastritlar profilaktika nimaga asoslangan:

- 1) Xamma sanab utilganlar*
- 2) Tugri ovkatlanish rejimi va xusuiyati
- 3) Kasbiy zararliklarni chegaralash
- 4) Alkogol kabul kilmaslik
- 5) Surunkali gastritga olib keluvchi kasalliklarni davolash

Yara kasalligining etiologik omillari, notugrisini kursating:

- 1) Dorilar*
- 2) Alkogol
- 3) Nikotin
- 4) Ovqatlanish tartibini buzilishi.
- 5) Emotsional stresslar

Un ikki barmokli ichak piezchasida joylashgan yarada ogrik paydo bulish mexanizmi:

- 1) Xamma sanab utilganlar*

- 2) Kislota-peptik omil
- 3) Piloroduodenal soxa spazmi
- 4) Oshkozon va un ikki barmokli ichakdagi bosimning oshishi
- 5) Periulseroz yaliglanish

Yara kasalligida kabziyat kuyidagilar ta'sirida buladi, notugrisini kursating

- 1) Ishkorlarni kabul kilganda*
- 2) Щадящey diety
- 3) Postelnogo rejima
- 4) Adashgan nerv tonusini oshishi
- 5) Medikamentoz terapiya

Tez-tez qaytalanuvchi yara kasalligida avj olish kuzatiladi:

- 1) Yilda 3 marta*
- 2) 2-3 yilda 1-2 marta
- 3) Yilda 2 marta
- 4) 5 yilda 1 marta
- 5) Yilda 4 marta

Yara kasalligini nomedikamentoz davolash usullari, notugrisini kursating:

- 1) Rodon vannalari*
- 2) Refleksoterapiya
- 3) Magnitoterapiya
- 4) Giperbarik oksigenatsiya
- 5) Lazeroterapiya

Yara kasalligida kampilobakteriya aniklanganda kandy preparat buyuriladi:

- 1) trixopol*
- 2) simetidin
- 3) almogel
- 4) gastrotsepin
- 5) ranitidin

Ovkat kabul kilish bilan boglik bulgan epigastral soxadagi ogriklar, oshkozon shirasi kislotaliligini oshishi, axlatda yashirin kon aniklanishi, "nisha" simptomi kaysi kasallikka xos:

- 1) Oshkozon va un ikki barmokli ichak yara kasalligiga*
- 2) Normal sekretor funksiyali surunkali gastritga
- 3) Oshgan sekretor funksiyali surunkali gastritga
- 4) Surunkali pankreatitga
- 5) Oshkozon osti bezi usmasiga

Yakkol ulserogen ta'sirga ega guruh preparatlarini kursating:

- 1) NYAKV*
- 2) Antibiotiklar
- 3) Antigistaminlar
- 4) Ganglioblokatorlar
- 5) YUrak glikozidlari

Surunkali enterokolitning qo'zish davriga xos, noto'g'risini ko'rsating:

- 1) Assit*
- 2) Ich ketishi
- 3) Qonning elektrolit tarkibini

buzilishi

- 4) Tana vaznini kamayishi
- 5) Organizm suvsizlanishi

Fermentativ ta'sirga ega effektiv preparatni ko'rsating:

- 1) Xamma sanab o'tilganlar*
- 2) Xolenzim
- 3) Pankreatin
- 4) Mezim forte
- 5) Festal

Kolitlarning ko'p uchraydigan sababini ko'rsating:

- 1) Ichak infeksiyasi va disbakterioz *
- 2) Ovqatlanish tartibini buzilishi
- 3) Ekzogen intoksikatsiyalar
- 4) Immun buzilishlar
- 5) Endogen intoksikatsiyalar

O'ng tomonlama kolitga qanday simptom xos:

1) Tenezmlar bilan bo'tqasimon najas kelishi*

- 2) Qo'y qumalog'i ko'riishidagi axlat
- 3) Meteorizmdan keyingi polifekaliya
- 4) Tenezmalar bilan najasni kam-kam

tez-tez kelishi

- 5) Qon aralash najas kelishi

Surunkali pankolit va yo'g'on ichak o'smasini farqlashda qaysi tekshiruv usuli qo'llaniladi:

- 1) Xamma sanab o'tilganlar*
- 2) Irrigoskopiya
- 3) Rektoromanoskopiya
- 4) Oshqozon ichak sistemasi

rentgenoskopiyasi

5) Rektoromanoskopiyadan tashqari xammasi

Surunkali kolitni maqsadga muvofiq davolash uchun qaysi tekshiruv usuli qo'llaniladi

1) Najasni disbakterioz aniqlash uchun ekish*

- 2) Axlatni umumiy analizi
- 3) Umumiy qon analizi
- 4) Oshqozon shirasini tekshirish
- 5) Oshqozon ichak sistemasi

rentgenoskopiyasi

Irrigoskopiyada aniqlanuvchi qaysi belgi surunkali kolitga xos emas:

- 1) Yo'g'on ichak sim ko'rinishida*
- 2) Spastik assimetrik gausratsiya
- 3) Yo'g'on ichakning uzlukli to'lishi
- 4) To'g'ri ichak ampulasini

kengayishi

- 5) Xamma javob tugri

Surunkali kolitda quyidagi tavsiya qilinadi:

- 1) Parxez N4*
- 2) Parxez N5
- 3) Parxez N7
- 4) Parxez N1
- 5) Parxez №6

Surunkali enteritga xos shikoyat:

- 1) Ich ketish*
- 2) Qabziyat
- 3) Jig'ildon qaynashi
- 4) Kekirish
- 5) Tenezmlar

Surunkali enteritga xos najas turini kursating:

- 1) Bo'tqasimon*
- 2) Ich ketishi
- 3) Qabziyat
- 4) Qo'y najasi
- 5) Ich ketishni qabziyat bilan

almashinib turishi

Surunkali enteritda og'riq xarakteri:

- 1) Kindik atrofida*
- 2) Epigastral soxada
- 3) O'ng yonbosh soxasida
- 4) CHap yonbosh soxasida

5) O'ng qovurg'a ostida

Surunkali enteritda asosiy tekshiruv usuli:

- 1) Rentgenologik*
- 2) Rektoromanoskopik
- 3) Fibrogastroskopik
- 4) Kolonoskopik
- 5) Ultratovush tekshiruvi

Surunkali enteritda pereferik qonda qanday o'zgarish kuzatiladi:

- 1) Eritrotsitopeniya*
- 2) Leykotsitoz
- 3) Leykotsitopeniya
- 4) Trombotsitopeniya
- 5) Eozinofiliya

Surunkali enteritda najasni mikroskopik tekshiruviga xos:

- 1) Xazm kilinmagan muskul tolalari*
- 2) Eritrotsitlar
- 3) Leykotsitlar
- 4) YOg kislotalari
- 5) SHarko-Leyden kristallari

Surunkali enteritda eng kup uchraydigan asorat:

- 1) Anemiya*
- 2) Reaktiv gepatit
- 3) Reaktiv pankreatit
- 4) Nospetsifik yarali kolit
- 5) Kron kasalligi

Surunkali enterit kupincha kuyidagi kasalliklar natijasida kelib chikadi:

- 1) Utkir enterit*
- 2) Surunkali kolit
- 3) Surunkali gastrit
- 4) Utkir gastrit
- 5) Surunkali xoletsistit

Surunkali enterit bilan kasallangan bemorda kindikning chap tomon yukorisidagi ogrik nuktasi nima deb ataladi:

- 1) Porges*
- 2) Boas
- 3) Mayo-robsan
- 4) Obrazsova-Strajesko
- 5) Vasilenko

Surunkali enteritda kanday

fiziomuolajalar kulaniladi:

- 1) Mineral vannalar*
- 2) Parafinoterapiya
- 3) Xvoy vannalari
- 4) Massaj
- 5) Elektroforez

Surunkali enterit bilan kasallangan bemor shikoyatlariga xos emas:

- 1) Kon ketish*
- 2) Kindik atrofidagi ogriklar
- 3) Ich ketishi
- 4) Korindagi kuldirashlar
- 5) Tana vaznining kamayishi

Surunkali enteritda kaysi preparatlar kulanilmaydi:

- 1) Almagel*
- 2) No-shpa
- 3) Imodium
- 4) Levomitsetin
- 5) Bifikol

Surunkali gepatitlarning etiologik omillarini ayting:

- 1) Surunkali jigarni dorilar bilan zaxarlanishi*
- 2) Me'da - ichak trakti kasalliklari, katta kollagenozlar
- 3) Xavo – tomchi infeksiyasi, gripp virusi
- 4) Upka kasalliklari, chekish
- 5) Xamma javob tugri

Surunkali gepatitda patologik protsess rivojlanishida fark kilinadi:

- 1) Surunkali virusli infeksiya immun yalliglanish bilan*
- 2) Surunkali yallig'lanish sifatida
- 3) Infeksion yalig'lanish
- 4) O'tkir persistirlanuvchi gepatit
- 5) Xamma javob tugri

Klinik ko'rinishiga qarab surunkali gepatitlarning shakillarini ko'rsating:

- 1) Surunkali aktiv,lyupoid,persistirlanuvchik,xolestatik gepatit*
- 2) O'tkir aktiv gepatit
- 3) Noimmunologik gepatit
- 4) O'tkir persistirlanuvchi gepatit
- 5) Mexanik gepatit

Surunkali aktiv hepatidagi asosiy sindromni ko'rsating

- 1) Astenonevrotik, dispeptik, sitolitik*
- 2) Depressiv
- 3) Bulemik
- 4) Artralgiik
- 5) Dispeptik

Surunkali aktiv hepatitning boshlang'ich bosqichidagi belgilarni ko'rsating:

- 1) Peshob rangini o'zgarishi, najas rangini o'zgarishi*
- 2) Tana xaroratini pasayishi, ishtaxa yo'qligi
- 3) Peshob rangi o'zgarmagan
- 4) Najas rangini jigarrang bo'lishi
- 5) Peshob rangi uzgarmagan, najas rangi uzgarmagan

Surunkali aktiv hepatitning qo'zish davrida qonning bioximik analizdagi o'zgarishlar:

- 1) gipoalbuminemiya va gipergammaglobulinemiya*
- 2) giperalbuminemiya
- 3) cho'kma sinamalarini pasayishi
- 4) gipobilirubinemiya, kreatininfosfakinazani oshishi
- 5) Xamma yukoridagilar

Surunkali aktiv hepatitning xolestatik shaklidagi bioximik o'zgarishlarni ko'rsating:

- 1) gipobilirubinemiya, giperxolesterinemiya*
- 2) gipobilirubinemiya
- 3) gipoxolesterinemiya
- 4) AsT miqdorini oshishi
- 5) Leykopeniya

Surunkali xoletsistitda og'riq lokalizatsiyasi:

- 1) Kindik atrofida*
- 2) O'ng qovurg'a ostida
- 3) O'ng kurakka irradiatsiyalanuvchi
- 4) YOg'li ovqat iste'mol qilgandan so'ng
- 5) Doimiy yoki xurujsimon

Surunkali kalkulyoz xoletsistit obstruksiya sindromi bilan bo'lganda nimalar

qo'llaniladi, noto'g'risini ko'rsating:

- 1) O't xaydovchilar*
- 2) Xolinolitiklar
- 3) Spazmolitiklar
- 4) Analgetiklar
- 5) Antibiotiklar

Pielonefritda 1 ml peshobda qancha bakteriya aniqlanadi?

- 1) 10000-200000*
- 2) 5000 - 10000
- 3) 1500 - 2000
- 4) 1000 - 1500
- 5) 500 - 1000

Aktiv leykotsitlar mavjudligi qachon kuzatiladi:

- 1) Surunkali pielonefritni qo'zish davrida*
- 2) Buyrak amiloidozida
- 3) Surunkali glomerulonefritni qo'zish davrida
- 4) Lyupus-nefritda
- 5) Nefropatiyada

Latent pielonefrit diagnostikasida nima qilish kerak:

- 1) Prednizolonli sinama*
- 2) Reberga sinamasi
- 3) Zimnitskiy sinamasi
- 4) Ekskretor urografiya
- 5) Radioizotop renografiya

Quyidagi peshob analizi qaysi kasallikka tegishli: oqsil 0.165%, leyk. 20-30 ko'ruv maydonida. Eritr. o'zgarmagan. 0-1 ko'ruv maydonida

- 1) Surunkali pielonefrit*
- 2) Buyrak amiloidozi
- 3) Surunkali glomerulonefrit
- 4) Lyupus-nefrit
- 5) Buyrak tosh kasalligi

Pollakiuriya-bu nima

- 1) Tez-tez peshob ajratish*
- 2) Kam-kam peshob ajratish
- 3) Peshobni ko'p miqdorda ajralishi
- 4) Og'riqli peshob ajratish
- 5) Peshob tuta olmaslik

Surunkali glomerulonefritning arterial gipertenziasiz turida nefrotik sindromni

bazis davosi:

- 1) Xamma sanab o‘tilganlar*
- 2) Antiagregantlar
- 3) Glyukokortikoidlar
- 4) Sitostatiklar
- 5) Antikoagulyantlar

Tez rivojlanuvchi glomerulonefritni davolash

- 1) Puls-terapiya + 4 komponentli sxema*
- 2) NYAQV
 - 3) Immunomodulyatorlar
 - 4) 4-aminoxinolinlar
 - 5) Antiagregantlar

Qaysi kasallikda

glyukokortikosteroidlar tavsiya qilinadi:

- 1) Surunkali glomerulonefrit nefrotik shakli*
- 2) Surunkali buyrak etishmovchiligi
 - 3) Amiloidoz
 - 4) Diabetik glomeruloskleroz
 - 5) Buyrak arteriyalarini trombozi

Surunkali glomerulonefritning nefrotik shakliga qanday belgi xos:

- 1) Giperoxolesterinemiya*
- 2) Ishqoriy fosfataza aktivligini oshishi
- 3) Giperalbuminemiya
- 4) Gipoglobulinemiya
- 5) Leykotsitoz

Quyidagi peshob analizi qaysi kasallikka tegishli: oqsil 3.3 %, leyk 3-4/1. Eritr. o‘zgarmagan 2-3/1, eritr. o‘zgargan ko‘p miqdorda, gialinli silindrlar 5-6/1.

- 1) Surunkali glomerulonefrit*
- 2) Buyrak tosh kasalligi
- 3) Surunkali pielonefrit
- 4) Interstitsial nefrit
- 5) Buyrak amiloidoz

Surunkali glomerulonefrit nefrotik shaklining patogenetik davosida qanday preparatlar qo‘llaniladi:

- 1) Prednizolon, geparin, delagil, kurantil*
- 2) Imuran klofelin 5-nok furosemid
- 3) Delagil nikoshpan retabolil kurantil

- 4) Geparin ortofen penitsillin immuran
- 5) Kurantil gentamitsin fitolizin azatioprin

Surunkali glomerulonefrit nefrotik shaklida parhez:

- 1) Osh tuzi va oqsilni chegaralash*
- 2) Oqsilni chegaralash va osh tuzi iste‘mol qilishni chegaralamaslik
- 3) Osh tuzi iste‘mol qilishni chegaralamaslik
- 4) Tuzsiz va oqsilga boy oziq ovqatlarni iste‘mol qilish
- 5) Oqsilga boy oziq ovqatlarni iste‘mol qilish

Surunkali glomerulonefritning nefrotik sindromiga nima xarakterli:

- 1) Xamma sanab o‘tilganlar giper-alfa v2-globulinemiyadan tashqari*
- 2) Giper-alfa v2-globulinemiya
- 3) Gipoalbuminemiya
- 4) Gipertriglitsidemiya
- 5) Xamma sanab o‘tilganlar

Revmatoid artridda bo‘g‘im funksional etishmovchiligining II darajasiga xos:

- 1) Professional mexnatga layoqatlik chegaralangan*
- 2) O‘z o‘ziga xizmat qilish saqlanmagan
- 3) Professional mexnatga layoqatlik saqlangan
- 4) Professional mexnatga layoqatlik saqlanmagan
- 5) O‘z o‘ziga xizmat qilish chegaralangan

Revmatoid artritni davolashda bazis preparat

- 1) Delagil *
- 2) Prednizolon
- 3) Ortofen
- 4) Rumalon
- 5) Kolxitsin

Revmatoid artritning visseral turida tavsiya qilinadi

- 1) Oltin preparatlari *
- 2) Immunosupressorlar
- 3) Antiagregantlar

- 4) NYAQV
- 5) Gormonal preparatlar

Revmatoid artritni davolashda bazis preparat, noto'g'risini ko'rsating

- 1) Voltaren*
- 2) Delagil
- 3) Metotreksat
- 4) D-penitsillamin
- 5) Salazopiridozin

Revmatoid artritning erta diagnostikasiga qanday belgi xos:

- 1) Ertalabki karaxtlik*
- 2) Revmatoid tugunchalar
- 3) Bo'yin umurtqalarini zararlanishi
- 4) Ulnar deviatsiya
- 5) Suyaklar aro mushaklar atrofiyasi

Revmatoid artritni rentgenologik I bosqichida kuzatiladi:

- 1) Bo'g'im atrofi osteoporozi*
- 2) Bitta yoki ikkita uzuralar
- 3) Bir nechta uzuralar
- 4) Bo'g'imlar aro tirqishning torayishi
- 5) Osteoporoz va bo'g'imlar aro tirqishning torayishi

Revmatoid tugunchalar bu

1) Bo'g'imlar bukiladigan joyga yaqin joylashgan, qattiq xarakatchan 0.5-2 sm li xosilalar *

2) Quloq suprasida joylashgan qattiq og'riqsiz tugunchalar

3) Proksimal falangalar aro bo'g'imlarda qattiq, siljmaydigan suyak o'simtalari

4) Distal falangalar aro bo'g'imlarda qattiq, siljmaydigan suyak o'simtalari

5) Qon tomirlar bo'ylab mayda tugunchalar

Revmatoid artritning qaysi

rentgenologik bosqichiga uzuratsiya xos:

- 1) II *
- 2) I
- 3) III

- 4) IV
- 5) I va II

Osteoartroz qaysi yoshda ko'proq uchraydi?

- 1) 40-60 yosh*
- 2) YOsh bolalarda
- 3) 10-20 yosh
- 4) 20-30 yosh
- 5) YOsh axamiyatga ega emas

Osteoartroz – bu ...?

- 1) Bo'g'imlar tog'ayini degenerativ kasalligi*
- 2) Bo'g'im va mushak to'qimasining autoimmun kasalligi
- 3) Bo'g'imlar tog'aylarini yalig'lanish yiringli kasalliklari
- 4) Xamma javob tugri
- 5) Tugri javob yuk

Distal falangalar aro soxasida joylashgan suyak o'simtalari nima deb ataladi?

- 1) Geberden tugunchalari*
- 2) Tasbex simptomi
- 3) Bilakuzuk simptomi
- 4) Revmatoid tuguncha
- 5) Tofus

Osteoartrozga xos bo'lmagan belgi?

- 1) Bo'g'imlarda yaqqol ifodalangan yalig'lanish belgilari (shish, og'riq)*
- 2) Kasallik sekin asta rivojlanadi
- 3) Distal falangalar aro soxasida Geberden tugunchalari
- 4) Start xarakterli og'riqlar
- 5) Tugri javob yuk

Osteoartrozni rentgenologik mezoniga nima kirmaydi?

- 1) Bo'g'imlar aro tirqishning kengayishi*
- 2) Bo'g'imlar aro tirqishning torayishi
- 3) Osteoskleroz
- 4) Osteofitoz
- 5) Bo'g'imlar aro tirqishi uzgarmagan