

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O'RTA MAXSUS TA'LIM  
VAZIRLIGI**

**ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI BUXORO DAVLAT TIBBIYOT  
INSTITUTI  
FAKULTET VA GOSPITAL TERAPIYA KAFEDRASI**

**«Tasdiqlayman»**

**O'quv ishlar prorektori,**

**Ds. dot. G.J.Jarilkasino**\_\_\_\_\_  
**«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_2021 y.**

**Ichki kasalliklar fani bo'yicha o'quv- uslubiy majmua  
(davolash va tibbiy pedagogika fakulteti  
3-kurs talabalari uchun )**

**Ta'lim yo'nalishi**

|                           |                |                                                      |
|---------------------------|----------------|------------------------------------------------------|
| <b>Bilim sohasi:</b>      | <b>500000</b>  | <b>– Sog'liqni saqlash va ijtimoiy ta'minot</b>      |
| <b>Ta'lim sohasi:</b>     | <b>510000</b>  | <b>– Sog'liqni saqlash</b>                           |
| <b>Ta'lim yo'nalishi:</b> | <b>5510100</b> | <b>– Davolash ishi (5111000 - Tibbiy pedagogika)</b> |

**Buxoro-2021**

Fanning o'quv dasturi Oliy va o'rta maxsus, kasb-hunar ta'limi o'quv uslubiy birlashmalari faoliyatini Muvofiqlashtiruvchi Kengashning 2021 yil \_\_\_\_ dagi \_\_\_\_\_ son majlis bayoni bilan ma'qullangan.

Fanning o'quv dasturi Toshkent tibbiyot akademiyasida ishlab chiqilgan.

**Tuzuvchi:** katta o'qituvchi. PhD. Ismatova M N

**Taqrizchilar:**

Bobojonova Z.H. - Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası mudiri, t.f.n., dot.

Nurboev F.E. - Xalq tabobati va kasb kasalliklari kafedrası dotsenti, t.f.d.

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti fakultet va gospital terapiya kafedrası №1 sonli yig'ilishda ko'rib chiqildi \_\_\_\_\_ 2021 yil.

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot institute terapevtik fanlararo uslubiy kengash va muammolar komissiyasi 2021 yil "\_\_\_" \_\_\_\_\_ -son yig'ilishida muhokama etildi.

## MUNDARIJA

|                                      |     |
|--------------------------------------|-----|
| 1. Annotasiya                        | 4   |
| 2. O'quv materiallari                |     |
| 2.1. Nazariy mashg'ulot materiallari | 5   |
| 2.2. Amaliy mashg'ulot materiallari  | 80  |
| 3. Mustaqil ta'lim mavzulari         | 218 |
| 4. Glossariy                         | 221 |
| 5. Ilovalar                          |     |
| 5.1. Fan dasturi                     | 238 |
| 5.2. Ishchi o'quv dastur             | 252 |
| 5.3. Tarqatma materiallar            | 269 |
| 5.4. Testlar                         | 305 |
| 5.5. Baholash mezonlari              | 346 |
| 5.6. Foydalanilgan adabiyotlar       | 347 |

## **Annotasiya**

Fakultet terapiya - 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 layoqatlilikini bilish, davolash asoslarini o`rgatadigan fan bo`lib, umumiy amaliyot shifokori-bakalavr mutaxassisligiga oid tafakkur va dunyoqarashni shakllantirishda katta ahamiyatga ega.

Ushbu uslubiy majmua muallifi oliy ta`limning 4-kurs davolash va tibbiy pedagogika yo`nalishlari 3-umumkasbiy fanlar bloki o`quv adabiyotlari turkumiga kiradi, davlat standartlari va namunaviy o`quv dasturi mazmuniga mos. Majmua uslubiy tomondan puxta ishlangan, glossariy, texnologik karta, xronologik karta ishchi dasturdagi o`quv soatlarga mos keladi. Majmuada interfaol usullar, ilgor pedagogik texnologiyalar ko`rsatib o`tilgan. Shuningdek amaliy mashg`ulotlar uchun ko`rgazmali qurollar ro`yxati, mustaqil o`zlashtirish uchun vazifalar, hamda talabalarining dastlabki va yakuniy bilim darajalarini tekshirish uchun savollar ketma- ketlikda zamon talablariga mos ravishda yangi ma`lumotlardan foydalanib aniq va ravshan yoritib berilgan. O`quv-uslubiy majmuada har bir ma`ruza va amaliy mashg`ulot innovatsion ta`lim texnologiyalari ishlab chiqilgan.

O`quv-uslubiy majmua 4-kurs davolash va tibbiy pedagogika fakulteti talabalariga mo`ljallangan.

# Ma'ruza mashg'ulotining uslubiy ishlanmasi

## 1-mavzu. O'TKIR VA SURUNKALI BRONXIT

### Ma'ruza mashg'ulotlarining ta'lim texnologiyasi.

|                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mashg'ulot vaqti -2 soat                                                                                                                                                                                                             | Talabalar soni : 18-36 gacha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Mashg'ulot shakli                                                                                                                                                                                                                    | Kirish-axborotli ma'ruza.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Ma'ruza rejasi</b><br>1. Kasallikning etiologiyasi, patogenezi, patologik anatomiyasi<br>2. Kasallikning tasnifi, klinikasi<br>3. Kasallikni tekshirish usullari<br>4. Kasallikning davolash prinsiplari va profilaktikasi        | <b>Ma'ruzaning qisqacha annotastiyasi</b><br>Hozirgi vaqtda o'pka kasalliklarini shu jumladan o'tkir pnevmoniyalarni o'rganish juda katta ahamiyatga ega, chunki u nafas tizimi kasalliklari orasida ko'p uchraydi, hamda bemor hayoti uchun xavfli bo'lgan asoratlar keltirib chiqarishi mumkin. Shuningdek hayot uchun muhim bo'lgan ichki a'zolari zararlashga ham sababchi bo'ladi.                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>O'quv mashg'ulotning maqsadi:</b><br>Talabalarga kasallikning etiologiyasi, patogenezi, klinik simptomlarini, laborator- instrumental diagnostika va rasional terapiya, asoratlar profilaktikasini, reabilitatsiyasini o'rgatish. | <b>Maqsadi yoritiladi</b><br><b>A) ta'limiy-</b> nazariy bilimlarni egallash va mustahkamlash:<br><b>B) tarbiyaviy-</b> shifokorlikka tayyorlashda jahon standartlari talab darajasida mutaxassislikka qiziqishini, mas'uliyat hissiyotlarini shakllantirish, o'z bilim darajasini kengaytirishga qiziqishini tarbiyalash, deontologik tarbiya darajasini shakllantirish, amaliy ishni bajarishda ehtiyotkorlik, aniqlik va ma'suliyatni his etishni shakllantirish.<br><b>S) rivojlantiruvchi-</b> talabalarda mustaqil fikrlashni va mustaqil mulohaza yuritishni shakllantirish, talabalarni mantiqiy fikrlashini rivojlantirish. |
| Ta'lim berish vositalari                                                                                                                                                                                                             | o'quv qo'llanma va adabiyotlar, ma'ruza matni, proektor, multimedia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Mashg'ulot uslubi                                                                                                                                                                                                                    | Axborotli, muammoli ma'ruza                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Ta'lim berish sharoiti                                                                                                                                                                                                               | Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Monitoring va baholash.                                                                                                                                                                                                              | Og'zaki nazorat: savol-javob.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

### Ma'ruza mashg'ulotining texnologik kartasi.

| Ish bosqichlari va vaqti.        | Ta'lim beruvchi                                                                                                                                                                                                | Ta'lim oluvchilar                                             |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Tayyorgarlik bosqichi (5 daqiqa) | 1. Mavzu bo'yicha o'quv materiallarni va auditoriyani tayyorlash.<br>2. Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot slaydalarini tayyorlash<br>3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | Talabalar                                                     |
| 1. Mavzuga kirish (10 daqiqa)    | 1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi<br>2. Mavzu bo'yicha savollar beradi.                                                                                                                          | Tinglaydilar<br>Talabalar berilgan savollarga javob beradilar |

|                                   |                                                                                 |                                         |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 2 – asosiy bosqich<br>(55 daqiqa) | 1. Mavzuni tushuntirib beradi, slaydalar namoyish qilish                        | Tinglaydilar                            |
|                                   | 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi                                         | Tinglaydilar                            |
|                                   | 3. Multimediyadan foydalanadi                                                   |                                         |
| 3-yakuniy bosqich<br>(10 daqiqa)  | 1. Yakunlovchi xulosa qiladi<br>2. Mustaqil ish beradi<br>3. Uyga vazifa beradi | Tinglaydi<br>Yozib oladi<br>Yozib oladi |
| Jami:80min-2soat                  |                                                                                 |                                         |

## O`TKIR BRONXIT

**Tarifi.** Bronxitlar - bronx devorining yalliglanish jarayoni.

**Tarkalishi.** Xastalik nafas a`zolari kasalliklari orasida eng ko`p uchraydi(2 foizdan 20 foizgacha), erkaklar ayollarga nisbatan 2-3 marta ko`prok kasallanadilar.

**Tasnifi.**

Bronxitlar kechishi vaqtiga qarab 2 turga blinadi: O`tkir va surunkali; O`tkir bronxitlar 30 kungacha davom eo`tadi, 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** yalliglanish jarayoni bronxlarda kechadi va boshqa sistema kasalliklariga bog`liq blmaydi;

**ikkilamchi bronxitlar** esa xamrox kasalliklar (gripp, kkyo`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 farklanadi.

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, kkyo`tal va boshqa kasalliklar virusining bevosita bronxlarga ta`siri bilan bog`liq), zaharli (kim`yo moddalari ta`sirida), changlar (simlik, ma`dan va boshqa changlar), haroratli (yuqori va past harorat, radioaktiv nur energiyasi ta`sirida) turlarga blinadi.

**O`tkir bronxit** - bronx devorlarining O`tkir yallig`la nish jarayoni bo`lib, O`tkir kechishi va diffuzli tar`qali shi bilan ifodalanadi.

**Etiologiyasi:**

Viruslar - gripp, ko`kyo`tal, qizamiq, adenovirus lar va boshqalar.

Bakteriyalar - streptokok stafilakok, pnevmakok va Fridlendr tayoqchasi.

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

**Moyil omillar:** sovgotish, tamaki chekish, alkogolni suiistimol qilish, kasb-koriga alogqador zararli omillar (sul`fid va nitrat kislata, fosgen, xlor bug`laridan nafas olish) ta`siri, yuqori nafas yllarida infektsiya chog`ining mavjudligi (sinusit, gaymorit), burun bilan nafas olishning buzulishi, ko`krak qafasishaklining o`zgarishi (qiyshiqqlanishi).

**Patogenezi.**

Zararlovchi omillar traxeya va bronxlarga havo (aerogen), qon (gematogen) va limfa yllari (limfogen) orqali o`tadi. Bronxlarning O`tkir yallig`lanishi ba`zida bronxlar ylining torayishi - shishli yallig`lanish yoki bronxlarning ta`sirotda 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 bronxirlarning shilliq qavati yallig'lanishi o'rniga ko'pincha arteriyali va venozli qizarish yotadi.

#### **Patologik anatomiyasi.**

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

#### **Klinik ko'rinishi.**

**SHikoyati** - kasallikning boshlanishida umumiy behollik, yuqori nafas yillarining O'tkir yallirlanishiga xos belgilar - tomoq va tish suyagi atrofida qichishish hissiyoti, tumov, tovushning bo'g'ilishi bezovta qiladi. Yallig'lanish bronxlarga tarqalgach xansirash, iztirobli dag'al quruk; yo'tal yoki juda oz miqdorda qiyin ajraluvchi sirachsimon (yopishqoq.) balg'am, ba'zan qonli balgam ajraladi. Ytali sh 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 kamaya boradi. O'tkir bronxitda odatda o'rta va yirik bronxlar shikastlanadi, lekin yosh bolalarda va qariyalarda patologik jarayon mayda bronxlarga ham tarqalishi mumkin. Bunda mayda bronxirlarning 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 turi da esa, 38-39o` 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.

**Auskul'tatsiyada** vezikulyar yoki kuchaygan (dag'al) vezikulyar nafas aniqlanadi. Bronxlarda yopishqoq sekret bo'lganida yoyilgan quruq xushtaksimon 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 neytrofilli xujayralar siljishi kuzatiladi.

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

**Tashqi nafas funktsiyasi** - o'pkaning xayotiy sig'imi va maksimal ventilyatsiyasi 15-20 foizga kamayadi.

**Kechishi.** O'tkir bronxit bir necha kundan 1-2 xaftagacha davom eo'tadi, lekin yo'tal o'rtacha 3 xaftagacha 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, auskul'tatsiyada 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 qayo'talangan davri yoki pnevmoniya). Tashhisni tasdiqlash uchun yuqorida krsatilgan klinik va laboratoriya sinamalaridan tashqari o'pkani rentgenoskopiya yoki rentgenografiya qilish kerak. Haqiqatda esa O'tkir bronxitda bu uslubning ahamiyati chegaralangandir. Bronx yillarini 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 rinka xolatida davolash qoida tusiga kirgan. Ko'plab suyuqlik, asosan ishqoriy ma'dan suvlar ichish tavsiya qilinadi. Tamaki chekish umuman taqiqlanadi.

Kasallikning belgilariga qarshi muolaja buyuriladi.

**Haroratni tushiruvchi va og'rikni qoldiruvchi vo sitalar** -paratsetamol 0,2g dan kuniga 3 marta, analgin 0,5 dan 3 maxal, askorbin kislotasi 0,3 dan 3 maxal ovqatdan keyin qabul qilish mljallangan.

**qURUq yo'talga qarshi** - 0,015g kodein bilan 0,3g na triy gidrokarbanat aralashmasi, libeksin 2 tablet kadan, tusupreks va glauvent 1 tabletkadan kuniga 3 4 marta ichiladi, faliment va viks - 1 tabletkadan 5 6 marta til ostiga qyiladi.

**Balg'am ajralishini kuchaytirish** uchun termopsis va altey damlamasi, 3%li kaliy yod eritmasidan 1 osh koshiqqan 4 mahal, bromgeksin tabletkasidan 1 dona dan kuniga 4 maxal; bronx yli 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 kllaniladi. Bemorga uy sharoitida chalg'ituvchi vositalardan ko'krak qafasiga banka, xantal (gorchichnik), isituvchi kompreslar, oyoqqa issiq vannalar tavsiya qmlinadi. YOpishqok; balg'amni yumshatish uchun yod eritmaları (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 eritmaları aerosollaridan foydalaniladi. Ko'krak qafasini solyuks va Minin lampasi, hamda infranur bilan tsh va kukrak oraliq soxasiga 20-25 daqiqa davomida kuniga 1-2 marta nurlantirish tavsiya qilinadi. Bronxlar tirishishida (bronxspazmda) bronxolitiklar bilan tldirilgan chntak ingolyatorlaridan (astmopent, berodual, berotek, sal'butamol) va antigistamin dorilari dan 1 sutkada 3-4 marta foydalaniladi. Kasallikning ogir kechadigan turida simptomatik davo 2-3 kun moboynda samarasiz qolsa, bemorlarga antibiotiklar va sul'fanilamid preparatlari (penitsillin 0,5-1g dan mushak orasiga 4 maxal, tsefoperazin 1,0-2,0 g mushak orasiga 2 marta, dalotsin-TS-klindomitsin 150-ZOOMg kapsulada ogiz orkali 4 marta, biseptol-480 2 tabletkadan 2 marta qabul kilinishi tavsiya qilinadi.

**Xalq tabobati vositalari. quruq yo'talni tinchlantiruvchilar.**

Bir osh qoshiq miqdordagi maydalangan ajgan ustiga qaynab turgan 200ml suv quyilib, 1 soat davomida turg'izib qyiladi, suzib olinib, ovqatdan 30 daqiqa ilgari 1G`4 stakandan 3 maxal ichiladi.

4 osh qoshiq anjir qoqisi talqonini 2 stakan sutda 5 dakiqa qaynatiladi. 1 soat davomida damlab qyiladi, qaynatmadan 1G`2 stakandan kuniga 2-4 marta iste'mol qilinadi.

Har kuni 1-2 choy qoshiq xren sharbatini shakarga yoki asalga aralashtirib qabul qilinadi.

2 osh qoshiq qaynatilgan sholgom sharbatini shakarga yoki asalga aralashtirib 2-4 marta ichiladi.

Turp yoki sabzi sharbatini teng miqdorda (1:1) sutga qshib, 1 osh qoshiqdan 6 marta ichiladi.

5-6 dona sarimsoq tishchasini yanchib, 1 stakan sutda 5 daqiqa sekin qaynatiladi va 1 soat dimlab quyiladi, kuniga 5-6 marta ichiladi.

ZO g shirinmiya ildizi kukuni va 15g ukrob kukunini 60g shakarga aralashtiriladi va 1G`2 choy qoshshqdan 2 maxal ichiladi.

Katta boshli osh piyozni qirgichdan tqazib, ROZ yog'i bilan aralashtiriladi, so`ngra qorishma uyqudan oldin ko'krakka, tomoqqa suriladi, naxorga 1 osh qoshiqni istemol qilinadi.

400g qng'ir eman pstlog`ni qaynatiladi, 4g achchiq toshni eritiladi va 60g asal qshiladi va tomoqni g`ar-g`ar qilib chayiladi.

Junli to`qima sirka, kunga boqar yog'i va kamfora yog'i aralashmasi bilan namlanadi va ko'krakka uyqudan oldin qyiladi. Byin orqasiga qirg'ichdan tkazilgan xren kompressi joylashtiriladi.

### **Balgam yumshatuvchi va ko`chiruvchilar.**

Bexi urug'larini tozalab, bshligiga sariyog va asal qushib, qasqonda 40 daqiqa damlanadi va tungi uyquoldidan har kuni 1 donadan qaynoqxolda istemol qilinadi.

1 choy oshiq gulxayri guli ustiga 1 stakan qaynoqsuv quyib 2 soat damlab quyiladi, keyin suzib olinadi. Iliq holda 1 choy oshidan kuniga 3 mahal ichiladi.

Zig`ir urug`larini 1-3 choy qoshiqdankuniga 2-3 mahal iliq suv yoki sut bilan qabul qilinadi.

YAngi siqib olingan oq qandirmoq (kka) suvini 1 osh qoshiqdan3 maxal ichiladi.

Turp suviga 2-3 xissa qaynagan sut qshib, kechasi yotishdan oldin 1G`2 stakandan ichiladi.

15g sabzi sharbati dokadan g`oz yog`i, sariyog va asalni aralashtirib, aralashmaning 1 osh qoshig`ini1 stakan qaynoq sutga solib 2 maxal ichiladi.

### **YAlliglanishga qarshi vositalar.**

2 choyqoshiqjka guli ustiga 2 stakan qaynoq suv solib 30 daqiqa damlanadi, suzib olib, iliq holda ovqatdan oldin 1G`2 stakandan 2-3 marta ichiladi.

1 osh qoshiq bargizubning quruq bargiga 1 stakan qaynoq suv solib 2 soat damlanadi, tindiriladi, ov qatdan 20 daqiqa oldin 1osh qoshiqdan 4 maxal ichiladi.

YAngi uzilgan bymadron bargi sharbatidan kuniga 2 osh qoshiqdan 4 marta ichiladi.

O`tkir bronxit kechishi va taqdiridan qat`iy nazar ekstragenital kasalligigakiradi. Kasallik boshlangandan sng davolanganidan qat`iy nazar xomila paydo blish oldini olish zarur. Xomilaning birinchi choragida dorilarni qabul qilish tavsiya qilinmaydi.

Bronxit bronxospazm xurujlari bilan ogir kechadi, agar mazkur xomila 2 va undan keyingisi bo`lsagina, xomiladorlikni txtatish tavsiya qilinadi. Birinchi xomilada juda ehtiyotlik talab etiladi.

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

## **SURUNKALI BRONXIT**

**SURUNKALI BRONXIT** - bronxlarning diffuzli, jadallashuvchi yallig`lanishi bo`lib, ko`pincha z vaqtida davo qilinmagan va davosi oxirigacha olib borilmagan O`tkir bronxitning oqibati xisobo`lanadi yoki kasallik boshlanishidan asta-sekin surunkali bronxit ko`rinishida rivojlanadi.

**Tarqalishi.** Surunkali bronxit ko`p tarqalgan kasallik xisobo`lanadi. Hozirgi vaqtda sanoati rivojlangan davlatlarning va katta shaharning 3 foizidan 10 foizigacha bo`lgan aholisi ushbu patologik jarayon bilan zararlangan deb hisoblanadi.

**Etiologiyasi.** Kasallikning asosiy sababchisi - bronxitning shilliq qavatiga uzoq vaqt davomida salbiy ta`sir qiluvchi omillar:

Tamaki tutuni.

Uy va ishlab chiqarish joylarida sodir bo`ladigan changlar va gazlar.

qayo`talanib turuvchi nafas yli infekciyasi (respiratorli viruslar, pnevmokoklar, Pfeyfer tayokchasi).

Kasallikning vujudga keltiruvchi moyil omillar:

- o`pkaning surunkali yallig`lanishi va yiringli jarayoni.
- YUqori nafas yllarida surunkali infektsiya choqlari.
- Burundan nafas olishning buzilishi.
- Uzoq muddat sovgotish.
- Spirtli ichimliklarni suyiistemol qilish.
- Organizm reaktivligining susayib keo`tishi.
- Naslning ma`lum darajada salbiy tasiri.

**Patogenezi.** Havo tarkibidagi har xil zaharli aralashmalar ta'sirida: bronxlar shilliq pardasining struktur-funksional belgilari zgaradi - bronx bezlarining gipertrofiyasi va giperfunktseyasi sodir bo'ladi, bu esa ko'p miqdorda shilliq ajralishini (giperkriniya) kuchaytiradi, shilliq tarkibi zgaradi, unda nordon mukopolisaxaridlar ko'payadi, natijada balg'am yopishqoqligi va elastikligi (diskriniya) oro'tadi. Bunday sharoitda kipriksimon epiteliy bronxlar satxidagi balgamni tashqariga chiqarib, bronx devorini tozalay olmaydi. Bu xolat shilimshiqli suyuqlikni bronxlar ichida dimlanishiga olib keladi. SHilliq parda bezlarining uzoq vaqt gipertrofiyasi bronxlar mukotsilliar apparatini holdan toydiradi, natijada kipriksimon epiteliy xujayralari distrofiya va atrofiyaga uchraydi.

Bronxlar tkazuvchanligi va drenaj faoliyati buziladi - obstruktsiya (bronx yli torayishi)ning vujudga kelishida yallig'lanish shishi, mushak qavatining qisqarishi va bronx devorida shilimshiqli suyuqlikning ko'plab yig'ilib qolishi muxum ahamiyatga ega.

Bronxlar shilliq pardasi yallig'lanadi - bronxlarning shilimshiqli suyuqliqni tashqariga chiqarib tashlash (drenaj) faoliyati buzulishi natijasida chang tarkibidagi bakteriyalar shilliq pardaga yopishib qoladi va ikkilamchi infektsiya rivojlanishiga sababchi bo'ladi. Bronxlarning surunkali yallig'lanishi oqibatida bronxlar devorining sklerozi, shilliq bezlar, mushaklar, elastik tolalar, tog'aylar atrofiyasi vujudga keladi.

**Patologik anatomiyasi.** Kasallikning boshlang'ich davrida bronxlar shilliq pardasi giperemiyasi va gipertrofiyasi kuzatiladi. Keyinchalik yallig'lanish shilliq osti va mushak qavatiga tarqaladi: bularning rinda biriktiruvchi to'qima (chandi) sadi, shilliq qavat va tog'ay plastinkalari atrofiyaga uchraydi. Natijada bronxlar shakli zgaradi: bronx yllarining torayishi, ba'zi joylarda kengayishi (bronxoektaziya) bilan kuzatiladi. Jarayonga o'pka to'qimasi (peribronxial to'qima) ham qshilishi mumkin, natijada interstitsialli pnevmoniya, keyinchalik esa pnevmoskleroz va o'pka emfizemasi rivojlanadi.

**Klinik ko'rinishi** bronxlarda yallig'lanish jarayonining tarqalish xajmiga, bronxlar tkazuvchanligining buzulish darajasiga, bronxlar kalibriga va asoratlariga bog'liq. Kasallikning asosiy belgilari: yo'tal, balg'am kchi shi, xansirash.

Ytal kasallik boshlanishida asosan ertalab uyqudan turgandan keyin oz miqdorda balgam ajralishi bilan kechadi. Ytal yilning sovuq, nam-zax davrlarida kuchayadi, issiq, quruq kunlarda blmasligi ham mumkin. Vaqt o'tishi bilan yo'tal asta-sekin kuchayadi, ba'zan xuruj qilish kun davomida va kechasi bezovta qilib uyqusizlikka olib keladi. Bunday kam maxsulli yo'tal aksariyat qobirg'alararo va qorin trri mushaklari ta taranglashishi natijasida ko'krakda, qorin usti sohasida og'riq bo'lishi bilan kuzatiladi.

Balg'am ajralishi surunkali bronxitda katta ahamiyatga ega. Kasallik boshida balg'am juda kam miqdorda ajraladi, yopishqoq, shilimshiq yoki shilimshiq aralash yiringli tabiatga ega, ba'zida qon aralashmasi bilan kuzatiladi. Balgamning sutkali miqdori 50ml dan oshmaydi, agar yiringli bronxitda bronxoektaziyalar bo'lsa, miqdori oro'tadi.

Xansirash - kasallikning jadallashib borishi va jarayonga mayda bronxlarning qshilishi munosabati bilan o'pkaning havo almashtirish faoliyati buzilishi va bronxlar yli torayishi (obstruktsiya) natijasida vujudga keladi, dastlab jismoniy harakat qilganda, keyincha lik esa tinch xolatda ham bezovta qila boshlaydi.

**Ko'zdan kechirganda,** ko'krak qafasi **paypaslaganda, perkussiya** qilinganda uzoq vaqt o'zgarishlar aniqlanmaydi, keyinchalik patalogik jarayonning jadallashishi, o'pka emfizemasi va pnevmoskleroz rivojlanishi natijasida nafas olishda yordamchi mushaklarning faol ishtirokini, byin tomirlarining brtib chiqishini, teri qoplamlari va kzga krinib turadigan shilliq pardalarining kkimtir tusga kirgani, yuzning kerikib turganini krish mumkin. emfizema qshilishi tufayli ko'krak qafasi bochkasimon krinishda bo'ladi, perkussiyada qutichasimon tovush eshitiladi. Auskultatsiyada nafas chiqishining chzilganligi (eksperitor hansirash), dag'al vezikulyar yoki susaygan vezikulyar nafas muxitida aksariyat quriq, ba'zida esa nam xirillash eshitilishi mumkin.

Tana harorati asoratsiz surunkali bronxitda normal yoki xuruj qilganda subfebril bo'lishi mumkin.

**Rentgen tekshiruvda** ko'pchilik bemorlarda o'pkada o'zgarish blmasligi mumkin, faqatgina peribronxitda (bronxning tashqi devori yallig'langanda) mayda bronxlar yllari shilimshiq balg'am bilan tlganda bronxlarning diffuzli kuchaygan rasmini krish mumkin.

**Bronxoskopiya va bronxografiya** bronx shoxlarining shakli buzulgani, shilliq qavatini atrofiya va gipertrofiya krinishdagi o'zgarishlarini aniqlaydi.

**qonda** kasallik quzigan davrda leykotsitlar miqdori ko'payadi, eCHT tezlashadi. **Balg'amda** ko'p miqdorda neyetrofilli leykotsitlar, eritrotsitlar, kklar florasi, balg'am yopishqoqligini oshiruvchi nordon mukopolisaxaridlarni kuzatish mumkin.

**Tashqi nafas faoliyati.** Surunkali bronxitda o'pka xayotiy sig'imining kamayishi, o'pka maksimal ventilyatsiyasining tezlashuvi kuzatiladi.

**Kechishi.** Surunkali bronxitning jadallashgan holda kechishi sifatli muolajadan, to'g'ri olib borilgan rehabilitatsiya ishlaridan sng txtashi va uzoq muddatli remissiya bilan almashishi mumkin. Kasallikning qayo'talanishi ko'pincha sovqotish, har xil infektsiyalar, mehnat va kasbdagi salbiy omillar ta'sirida vujudga keladi.

**Asoratlari.** Kasallik jadallashib borgan sari o'pka emfizemasi, nafas etishmovchiligi kichik qon aylanish tizimida qonbosimining oshib keo'tishi (o'pka gipertenziyasi) va surunkali o'pkali yurak xolati rivojlanadi.

**Tashxisi.** Tashxis qo'yishda, mos davo tanlashda va uning samaradorligini, hamda oqibatini aniqlashda bronx obstruksiyasi simptomlari (jismoniy zriqishda va issiq xavodan sovuq xavoga chiqishda vujudga keladigan xansirash, uzoq va qiyinchilik bilan yo'talish natijasida balg'am ajralishi, nafas chiqarishda quruq xushtaksimon xirillashlarni sodir bo'lishi, nafas chiqarish davrining chzilishi va funktsional diagnostika uslub ma'lumotlari) asosiy mezon xisobo'lanadi.

**qiyosiy tashxisi.** Birlamchi surunkali bronxitni boshqa kasalliklarda (o'pka saratoni, bronxoektaziya, bronx astmasi, o'pka sili, surunkali pnevmoniyalar) uchraydigan uzoq muddatli yo'tal va xansirash bilan kuzatiladigan ikkilamchi bronxit bilan qiyoslash darkor.

Surunkali zotiljamdan farqli laroq surunkali bronxit diffuzli kasallik bo'lib, asta-sekin bronx obstruksiyasi, o'pka emfizemasi, nafas etishmovchiligi, o'pka gipertenziyasi, surunkali o'pkali yurakka duchor qiladi. Bu kasallikda rentgendagi o'zgarishlar asosan bronxlar daraxtidagi o'zgarishlar diffuzli bo'lib, bronxlar obstruksiyasi va obstruktiv emfizema bilan ifodalanadi.

Bronx astmasidan bg'ilish xurujlari blmasligi bilan farqlanadi.

Surunkali zotiljamda yallig'lanish jarayoni o'pka to'qimasining chegaralangan qismidagina aniqlanadi, hamda pnevmoskleroz va karnifikaqiya holatlari kuzatiladi.

o'pka sili bilan qiyoslashda: bemorda sil intoksikatsiyasi (zaharlanishi) belgilari, balg'amda sil mikobakteriyasi (tayoqchasi) borligiga, rentgen va bronxoskopiya tekshiruvlari ma'lumotlariga va tuberkulin sinamalarining natijalariga asoslanadi.

o'pka saratoni rivojlanishida doimiy sababsiz qattiq yo'tal, qon tufurish, ko'krak qafasi soxasida og'riqlar gumonsirash belgilar hisoblanadi va tezlik bilan rentgen hamda bronxografiya tekshirishlarini o'tkazish kerakligini talab qiladi. Bundan tashqari balg'am va bronxlar yuvilgan suvni, bronxdan olingan biopsiya materiallarini tsitologik tekshirish va atipik xujayralarni qidirish kerak bo'ladi.

Noobstruktivli va obstruktivli bronxitning qiyosiy tashxisi xansirash va spirogrammada aniqlanadigan tashqi nafas faoliyati holatini klinik baxolashga asoslangan: noobstruktiv bronxitda xansirash yq, tashqi nafas faoliyati me'yor atrofida, obstruktivda esa jismoniy zriqishda xansirash, o'pka ventilyatsiyasining turg'un obstruktivli buzilishi, jismoniy zriqishga tolerantlik (sezuvchanlik)ning pasayishi kuzatiladi.

Astmatik bronxitda xansirash karakterli emas, jismoniy zriqishga tolerantlik pasaymagan, obstruktiv buzilishlar tkinci karakterda bo'ladi.

**Davosi.** Kompleks holda dori-darmonlar, fizioterapiya muolajalari, endobronxial sanatsiyasi, davolash badantarbiyasi bilan birgalikda olib boriladi.

Kasallik obstruksiya, yiringli balg'am va tana harorati ko'tarilishi bilan kuzatilmasa simptomatik davo qlash kifoya qiladi.

Surunkali bronxit kuchaygan davrda uy sharoitida yarim krpa-tshak xolatida, ifodalangan obstruksiyada esa bemor kasalxonada davolanishi zarur.

Surunkali bronxit rivojlanishida salbiy ta'sir ko'rsatuvchi nospeqifik omillarni (chekish, changlar, ish joyi havosining ifloslanishi, sovqotish va alkagolni) umuman taqiqlash lozim, bemorga kun tartibini tushuntirish va parhez taomlarni buyurish kerak.

Dori-darmonlar infektsiyani yo'qotishga, balg'amni tez ajratishga, bronx yillarini qayta tiklashga qaratiladi.

Antibiotiklar balg'am mikroflarasi va uning antibiotiklarga nisbatan sezuvchanligini hisobga olgan holda tayinlanadi. Benzilpenitsillin 500.000 TB miqdori kunda 4-6 marta mushak orasiga, tetratsiklin, oletetrin, ampitsilin, levomitsetin 1,5-2,0g, rondonitsin 0,8-1,2g dan beriladi. Kasallikning og'ir kechishida morfotsiklinni 150.000 TB miqdorida 2 marta tomir ichiga yuboriladi.

Ta'siri uzaytirilgan sulfanilamid dorilari ham qllaniladi: Sulfodemitoksin kuniga 2,0g dan, baktrim (biseptol)-480 2 tabletkadan 2 mahal. Antibakterial davolash usuli 7-12 kun qllaniladi.

Bronx yillarini tozalash maqsadida balg'amni suyultiruvchi (yumshatuvchi) va kchiruvchi vositalar - termopsis va altey ildizi damlamalari 1-2 osh qoshiqqan 8-10 marta, bromgeksin, bronxolitin, mukoltin, bisolvon tabletkalari, proteolitik fermentlaridan tripsin, ximotripsin, ximopsin beriladi.

Holdan toydiruvchi quruq yo'talga qarshi kodein, libeksin, tusupreks, glauvent tavsiya qilinadi.

Bronx spazmi belgilari bo'lsa bronxolitik dori-darmonlar efedrin, efedrom, solutan buyuriladi; adrenoretseptorlarga ta'sir etuvchi simpatomimetik dorilar astmopent, alupent, berotek chntak ingalyatorlaridan foydalaniladi.

Bronxolitik dori-darmonlar ta'sirini kuchaytirish uchun desensibilizatsiyalovchi antigistamin vositalari: kaltsiy glyukonati, dimedrol, suprastin, pipolfen, tavegil, diazolin qllaniladi.

**Xalq tabobati** vositalari O'tkir bronxit davosida krsatilgan.

**Fizioterapiya** muolajalari ham bronx-o'pka tizimida qon aylanishini yaxshilab, yallig'lanishga qarshi kurashadi: UVCH, induktotermiya, SMT, DMT ko'krak qafasining yuqori qismiga yoki ikki kurak oralig'iga 10-15 daqiqadan 10 marta, yod yoki kaltsiy elektroforezini ko'krak qafasiga qyiladi. Kasallikning tinchlangan (remissiya) davrida organizm qarshilik kuchini (reaktivligini) oshirish va yallig'lanish xolati so'rilishini tezlashtirish, to'qimalar trofikasini yaxshilash va bronxlar spazmini kamaytirish maqsadida ko'krak qafasiga umumiy ultrabinafsha (UB) nuri, askorbin kislatasi va aloe mushak oralig'iga qyiladi.

**Profilaktikasi.** Kasallik qzishini oldini olish uchun bemor zararli odatlardan (tamaki chekish, alkogol iste'mol qilishdan) voz kechishlari va jarayonni qzg'atuvchi omillarni bartaraf etish kerak. Organizmni chiniqtirish maqsadida davolash badantarbiyasi, gidroterapiya va fizioterapiya muolajalari qllaniladi. Surunkali bronxitni oldini olish uchun yuqori nafas yillaridagi infektsiya choqlarini tozalash, gripp, qizamiq, zotiljam va boshqa kasalliklarni z vaqtida davolash katta ahamiyatga ega.

**Okibati.** Surunkali bronxit oqibati asosan ijobiy, lekin organizm kasallikdan butunlay tuzalib ketmaydi, chunki patologik jarayonning har bir qayo'talanishi (qzishi) bemor axvolini yanada ham yomonlashtirib boraveradi. Ikkilimchi surunkali bronxitda esa xastalik tavdiri asosan bronxitni sodir qilgan patologik jarayon xolatiga bog'liq.

**Bemorning ish qobiliyati.** Kasallikning boshlang'ich davrida, hali o'pka emfizemasi rivojlanmagan davrda ish qobiliyati saqlangan bo'ladi. Nafas a'zolarining taranglashishiga olib kelgan xolatlar, salbiy ta'sir qiluvchi meteorologik omillar, changni nafas orqali yutish bilan bevosita bog'liq bo'lgan ish sharoitidan bemorlarni chetlashtirish lozim.

**Dispanserizatsiya.** Bemorlar yil davomida 2 marta: qon, peshob, balg'am sinamalari, ko'krak qafasini rentgenoskopiyasi, spirometriya, pnevmotaxometriya yordamida tliq klinik kruvdan tkaziladi. Kerak bo'lsa sanatoriya va kurortlarga yuborib salomatlik qayta tiklanadi.

#### **AMALIYOTDAN MISOLLAR:**

Bemor 37 yoshda, gazokondensat zavodining ishchisi. Bir xafta ilgari tumov, kuruk yutal, keyin shillik balgam ajralishi, 2 xaftadan keyin esa tana xarorati 38gradusga kutarilgan, norsul'fazol va «yutalga karshi» tabletkalarini kabul kilgan. Axvoli yaxshilanmagan kaltirash,

terlash, bosh ogrigi, kukrak kafasining pastki kismilarida ogrik paydo buladi. ertalab shillik-yiringli balgam ajralishi boshlandi. Kuganda umumiy axvoli urta ogirlikda, teri koplamlari toza, nam, labo`larida gerpetik toshma. Auskul`tatsiyada – ikki tomonlama susaygan nafas, kuchaytirilgan nafasda kuruk xijilovi xirillashlar eshitiladi. 2-3 minutdan keyin turli kalibrli mayda pufakchali nam xirillashlar eshitiladi. YUrak tonlari anik, maromli pul's 100ta 1 dakikada.

Kon taxlili eritrotsitlar 4mln, Hb125 gG`l, RK 0,9 leykotsitlar 11300, eCHT 27 mmG`s

Balgam shillik-yiringli, balgamning bakteriologik tekshiruvdan inflyuentse va Fredlendera tayokchasi. Rentgen –uo`pka maydonlari toza, uo`pka ildizi soyasi bir oz kengaygan.

**Vaziyatli masala:** Bemor A. 28 yosh kasalxona qabul bo`limiga o`zi murojat qilgan. SHikoyati: qiyin balg`am ajraluvchi yo`talga, balg`am shilliq yiringli, tana haroratining ko`tarilish (37,8<sup>0</sup>), nafas to`ymaslik, yurak tez urushi, kukrak qafasidagi og`riqlarga shikoyat qiladi.

Anamnezidan: bemorni 6 yildan beri yo`tal bezovta qiladi. Oxirgi 2 yildan beri hansirash paydo bo`lgan. Regilyar ambulator kuzatuvda bo`lib 1 yilda 2 marta kasalxonada davolanadi. Kuzatganda umumiy ahvoli o`rta og`irlikda, vaziyati aktiv, bemor bunda darmonsizlik sezadi, nafasni chiqarishda qiyinchilik sezadi. Ko`krak qafasi ko`zdan kechirilganda o`zgarishsiz. Perkussiyada o`pka ustida perkutor o`pka tovushi eshitiladi, auskul`tatsiyada — ko`p miqdorda quruq xushtaksimom xirillashlar. YUrak chegaralari o`zgarmagan. qG`B 120g`80 mm.sim.ust.ga teng, YUrak tonlari bo`g`iq. Pul's biroz tezlashgan, tarangligi o`zgarmagan, 88 ta min.

EKGda yurak elektr o`qining o`nra siljishi, S tishining I uzatgichda chuqur, R tishcha III, avF da baland. S-T segmentni III, avF da inversiyasi kuzatiladi; R tishcha II, SH standart uzatmalarda baland, o`tkir uchli, VI da manfiy R tish VI, V2 da, S-T segmentining inversiyasi; Rentgenologik tekshiruvda o`pka ildizi surati kuchaygan, deformatsiyalangan o`pka maydoni toza, havolik sig`imi oshgan.

#### **Savol:**

- 1.Bemorda qapnday kasallikni taxmin qildingiz ?
2. Klassifikatsiyaga mos holda tashhis qo`ying ?

#### **AUDTORIYAGA SAVOLLAR:**

1. Bronxit kaslligining kiskacha ta`rifi.
2. Utkir bronxit kasalligining tasnifi.
3. Utkir bronxit kasalligini tashxislash usullari.
4. Utkir va surunkali bronxitlar kasalligining kiyosiy tashxisi.
5. Utkir bronxit kasalligini davolashning asosiy printsiplari.
6. Surunkali bronxit kasalligining tasnifi
7. Surunkali bronxit kasalligini tashxislash usullari.
8. Surunkali bronxit kasalligini davolashning asosiy printsiplari

## **2-mavzu. Pnevmoniya**

### **Ma`ruza mashg`ulotlarining ta`lim texnologiyasi**

|                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mashg`ulot vaqti -2 soat                                                                                                     | Talabalar soni : 18-36 gacha                                                                                                                                                                              |
| Mashg`ulot shakli                                                                                                            | Kirish-axborotli ma`ruza.                                                                                                                                                                                 |
| <b>Ma`ruza rejasi</b><br>1.Kasallikning etiologiyasi, patogenez, patologik anatomiyasi<br>2. Kasallikning tasnifi, klinikasi | <b>Ma`ruzaning qisqacha annotastiyasi</b><br>Hozirgi vaqtda o`pka kasalliklarini shu jumladan o`tkir pnevmoniyalarni o`rganish juda katta ahamiyatga ega, chunki u nafas tizimi kasalliklari orasida ko`p |

|                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. Kasallikni tekshirish usullari<br>4. Kasallikning davolash prinsiplari va profilaktikasi                                                                                                                                            | uchraydi, hamda bemor hayoti uchun xavfli bo'lgan asoratlar keltirib chiqarishi mumkin. Shuningdek hayot uchun muhim bo'lgan ichki a'zolari zararlashga ham sababchi bo'ladi.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>O'quv mashg'ulotning maqsadi:</b><br>Talabalarga kasallikning etiologiyasi, patogenezini, klinik simptomlarini, laborator- instrumental diagnostika va rasional terapiya, asoratlar profilaktikasini, reabilitatsiyasini o'rgatish. | <b>Maqsadi yoritiladi</b><br><b>B) ta'limiy-</b> nazariy bilimlarni egallash va mustahkamlash:<br><b>B) tarbiyaviy-</b> shifokorlikka tayyorlashda jahon standartlari talab darajasida mutaxassislikka qiziqishini, mas'uliyat hissiyotlarini shakllantirish, o'z bilim darajasini kengaytirishga qiziqishini tarbiyalash, deontologik tarbiya darajasini shakllantirish, amaliy ishni bajarishda ehtiyotkorlik, aniqlik va ma'suliyatni his etishni shakllantirish.<br><b>S) rivojlantiruvchi-</b> talabalarda mustaqil fikrlashni va mustaqil mulohaza yuritishni shakllantirish, talabalarni mantiqiy fikrlashini rivojlantirish. |
| Ta'lim berish vositalari                                                                                                                                                                                                               | o'quv qo'llanma va adabiyotlar, ma'ruza matni, proektor, multimedia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Mashg'ulot uslubi                                                                                                                                                                                                                      | Axborotli, muammoli ma'ruza                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Ta'lim berish sharoiti                                                                                                                                                                                                                 | Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Monitoring va baholash.                                                                                                                                                                                                                | Og'zaki nazorat: savol-javob.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

### Ma'ruza mashg'ulotining texnologik kartasi

| Ish bosqichlari va vaqti.        | Ta'lim beruvchi                                                                                                                                                                                              | Ta'lim oluvchilar                                             |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Tayyorgarlik bosqichi (5 daqiqa) | 1.Mavzu bo'yicha o'quv materiallarni va auditoriyani tayyorlash.<br>2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot slaydalarini tayyorlash<br>3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | Talabalar                                                     |
| 1. Mavzuga kirish (10 daqiqa)    | 1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi<br>2. Mavzu bo'yicha savollar beradi.                                                                                                                        | Tinglaydilar<br>Talabalar berilgan savollarga javob beradilar |
| 2 – asosiy bosqich (55 daqiqa)   | 1. Mavzuni tushuntirib beradi, slaydalar namoyish qilish<br>2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi<br>3. Multimediyadan foydalanadi                                                                         | Tinglaydilar<br>Tinglaydilar                                  |
| 3-yakuniy bosqich (10 daqiqa)    | 1. Yakunlovchi xulosa qiladi<br>2. Mustaqil ish beradi<br>3. Uyga vazifa beradi                                                                                                                              | Tinglaydi<br>Yozib oladi<br>Yozib oladi                       |
| Jami:80min-2soat                 |                                                                                                                                                                                                              |                                                               |

### Pnevmoniya

**Ta'rif.** O'tkir zotiljam (pnevmoniya) - o'pkaning havo almashinish (alveolalar, oraliq to'qima va qon tomirlar tizimi) qismida joylashgan o'tkir yallig'lanish jarayon. Bu yallig'lanish birlamchi va ikkilamchi bo'ladi. Birlamchi o'tkir zotiljam infeksiyon etiologiyali mustaqil kasallik bo'lib, ko'pincha nafas a'zolari sog'lom va zotiljam chaqiruvchi kasalliklar bo'lmagan

insonda rivojlanadi. Ikkilamchi o'tkir zotiljam esa aksariyat o'pkaning surunkali kasalliklari (surunkali bronxit, pnevmoskleroz, o'pka saratoni va h.k.) jarayonida yuzaga keladi.

Shuni ko'rsatib o'tish joizki, pnevmoniya to'grisidagi tushuncha so'nggi bir necha yillar davomida jiddiy o'zgarishlarga uchradi, katta-katta bahslarga sabab bo'layotgan tasniflar paydo bo'ldi, kasallikni davolashning yangi usullari taklif etildi. Shu munosabat bilan ko'pgina mamlakatlarda ushbu muammolarga doir milliy kelishuvlar imzolandi.

Hozirgi vaqtda pnevmoniyani o'z vaqtida aniqlash va to'g'ri davolay bilish hamma ixtisoslikdagi vrachlar uchun goyat muhim, chunki, masalan, gospital pnevmoniya ko'pincha asosiy kasallik bilan qo'shib ketadi va uni ancha og'irlashtiradi. Pnevmoniyani tashxislash va davolashga zamonaviy yondashuvlar amaliyotchi vrachlardan butun diqqat- e'tiborlarini shu masalaga qaratishlarini talab etadi.

**Epidemiologiyasi.** So'nggi 10 yil mobaynida pnevmoniya bilan kasallanish va undan o'lim hollari hamma erda bir qadar ko'payib qoldi. Pnevmoniya bilan kasallanish hollari har bir 1000 aholi soniga 3,6 dan 16 tagacha to'g'ri keladi. A.G. Chuchalin ma'lumotlariga qaraganda, Rossiya aholisining bir foizi pnevmoniya bilan og'rib o'tgan (1999). Chunonchi, AQShda har yili 3—4 mln kishi o'chogli yoki krupoz pnevmoniya bilan og'rib o'tadi va bularning 50—70 foizi ambulatoriyalarda davolanadi. Yoshi 60 dan oshgan kishilar guruhida pnevmoniya bilan og'rish hollari 1000 nafar aholi hisobidan olinganda, yiliga 20 dan 44 tagacha etadi, o'lim esa 10—33 foizni tashkil etadi.

AQSh Milliy institutining ma'lumotlariga qaraganda o'tkir pnevmoniya bilan og'rib o'tgan 2 mln dan ziyod kishi har yili vrachlar nazorati ostida turadi. Angliyada bu raqam 80 ming kishini tashkil etadi. Rossiyada 11,5 mln dan ortiq kishi ushbu kasallik tufayli tibbiy yordamga murojaat qiladi. Ayni vaqtda o'tkir pnevmoniya bilan og'rish hollari, 1000 nafar aholi hisobidan olinganda 10—14 tagacha etadi. A.G.Chuchalin ma'lumotlariga ko'ra, barcha infeksiyon kasalliklar orasida o'tkir pnevmoniya 25 foizni tashkil etadi. O'lim sabablari orasida pnevmoniya hozirgi kunda yurak-tomir kasalliklari, onkologik xastaliklar va o'pkaning surunkali obstruktiv kasalliklaridan keyin butun jahon miqyosida 4—5-o'rinni egallaydi. Infeksiyon kasalliklar orasida esa o'lim bilan tugallanishi jihatidan birinchi o'rinda turadi.

Bu kasallikdagi o'lim hollari bemorning yoshi, kasallik qo'zg'atuvchi mikrobnig turi va bemor kishining qayerda davolanganligiga bog'liq. Masalan, AQShda bemorlar o'rtasida yuz beradigan o'lim hollari bir foizdan besh foizgacha bo'lgan miqdorni tashkil etadi. Nozokomial pnevmoniya (gospital pnevmoniya) dan yuz beradigan o'lim hollari 30—60% dan 80 foizgacha boradi. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining statistika ma'lumotlariga qaraganda, masalan, 1996—1998 yillarda respublikada pnevmoniya bilan kasallangan bemorlar soni har 100000 aholiga hisoblanganda 757,1 dan 893,9 gacha ortgan va o'lim ko'rsatkichi 30,7 ni (har 100000 nafar aholiga) tashkil etgan.

**Tasnifi.** N.S.Molchanov (1962 y.) va O.V.Korovinlar tomonidan taklif qilingan va kasallik etiologiyasi, patogenezi, klinik-morfologik belgilari, hamda kechish tabiatini inobatga olgan.

#### **Etiologiyasi bo'yicha:**

- Bakteriyali (pnevmokokklar, stafilokokklar, streptokokklar, Fridlender tayoqchasi, enterokokk, protey, ichak tayoqchasi va boshqalar);
- Virusli (gripp, adenoviruslar);
- Mikroplazmali;
- Ornitozli;
- Rikketsiyali (Ku-lixoradkasining o'pka turlari);
- Zamburug'li - kandidozlar, aspergillyoz, kokqidioz;
- Allergiyali - gijjalar, dorilar, mog'or zamburuqlari, changlar.

#### **Patogenezi bo'yicha:** birlamchi, ikkilamchi:

- o'pkada qon aylanishi o'zgarishi bilan bog'liq (jumladan infarkt pnevmoniyasi);
- Aspiratsiya va bronxlar ezilishi sababli;
- Ko'krak qafasi shikastlanishi;

- Operatsiyadan so'ng;
- Toksik;
- Termik;
- Septik;
- Surunkali obstruktiv bronxit qaytalanishi (qo'zishi) tufayli
- Boshqa ikkilamchi zotiljam.

#### **Klinik-morfologik o'zgarishlari bo'yicha:**

Parenximatozli:

- krupozli
- o'choqli

Interstitsialli -joylanishi va tarqalishi bo'yicha:

Bir tomonlama (chap yoki o'ng tomonli);

- total
- bo'lakli
- segmentli
- markaziy

Ikki tomonlama.

#### **Og'irlik darajasi bo'yicha:**

- o'ta og'ir;
- Og'ir;
- o'rtacha og'ir;
- Engil va abortiv (o'tkinchi).

#### **Kechishi bo'yicha:**

- O'tkir;
- Cho'ziluvchan.

Pnevmoniyalar tasnifi yaqin vaqtlargacha klinik-morfologik tamoyilga asoslanar edi. Sobiq Ittifoq davrida, jumladan O'zbekistonda ham, O.V. Korovina tomonidan shaklan o'zgartirilgan N.S.Molchanov klassifikatsiyasidan (1962) foydalanilgan. Unga ko'ra, pnevmoniyalar krupoz va uchogli pnevmoniyalarga ajratilgan. Biroq, pnevmoniyalar to'grisidagi yangi, zamonaviy tushunchalar nazarda tutiladigan bo'lsa, ularni bunday shakllarga ajratish ko'p jihatdan o'zini oqlamaydi. Krupoz pnevmoniya xalq orasida qadimdan zotiljam deb atalib kelgan pnevmokokklar keltirib chiqaradigan pnevmoniyaning faqat bir, o'ziga xos turi ekanligi va tabiatan boshqa qo'zg'atuvchilarga aloqador pnevmoniyalar orasida uchramasligi aniqlangan.

Kasallikning etiologik ta'rif-tasnifi pnevmoniyaning birlamchi sabablari bilan bog'liqligiga qarab, har xil bo'ladi va bu hol amaliy jihatdan ancha muhim. Shu munosabat bilan pnevmoniylarning kelib chiqish sababiga ko'ra quyidagi turlari ko'proq uchrab turadi:

- kasalxonadan tashqarida boshlangan (birlamchi) pnevmoniya;
- kasalxonada boshlangan (nozokomial) pnevmoniya;
- immun tanqislik sharoitda boshlangan pnevmoniya;
- atipik pnevmoniya;
- aspiratsion pnevmoniya.

Ushbu tasnifdagi birlamchi pnevmoniya ma'lum sharoitlarda kasalxonadan tashqarida boshlanadigan barcha pnevmoniylarni o'z ichiga oladi.

#### **Etiologiyasi.**

**Infektsion omillar:** pnevmokokklar, streptokokklar, stafilokokklar, Fridlender diplobatsillasi, Pfeyfer tayoqchalari, viruslar va h.k.

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

**Patogenezi.** Kasallik qo'zg'atuvchi omillar o'pka to'qimasiga bronx, qon va limfa yollaridan 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 infektsiya 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 ekssudatning so'rilishi kuchayadi.

**Patologik anotomiyasi.** Rosmana krupozli zotiljamda o'pka to'qimasida 4 bosqichli 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 ekssudat yig'iladi. Bu bosqich 12 soatdan 3 kecha-kunduzgacha davom etadi.

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

**Kulrang jigarlanish bosqichi** - ekssudat tarkibida eritrotsitlar yoqolishi o'rniga ko'p miqdorda leykotsitlar 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, leykotsitlar parchalanishi kuzatiladi, natijada ekssudat so'rila 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 quyquli 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, 26 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 holda intoksikatsiya belgilari (darmonsizlik, umumiy loxaslik, ko'p terlash, kuchli bosh og'rig'i, ishtaha yoqolishi, ko'ngil aynishi, qusish, uyquning buzilishi, alahsirash) 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 zotiljamda 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.

- Paypaslaganda ovoz titrashining kuchayishi aniqlanadi.
- Perkussiyada - bo'g'iqlik timpanik tovush eshitiladi.
- Auskultatsiyada - o'pka to'qimasi elastikligi va alveola devorlari taranglashishining pasayishi, hamda alveolalar ichida yallig'lanish ekssudati to'planishi tufayli vezikulyar nafas susaygan.
- Nafas olish cho'qqisida boshlang'ich krepatatsiya (sgeritacio ipdux) sodir bo'ladi.
- Plevra varaqalarining ishqalanish shovqini eshitiladi.

**Kasallikning shakllangan (avj olgan) davri** patologoanatolik qizil va kulrang bosqichiga mos keladi.

- Paypaslaganda o'pkaning zararlangan sohasida tovush titrashi kuchayadi.

- Perkussiyada bo'g'iqlik tovush ifodalangan (yaqqollashgan).
- Auskultatsiyada - o'pka to'qimasida zichlashganligini ko'rsatuvchi bronx nafasi eshitiladi.

**Tuzalish davri - patalogoanatomik so'rinish bosqichi** eksudat suyuqlasha boshlashi bilan alveolalarda havo kirishi natijasida:

- Paypaslaganda tovush titrashi me'yoriga keladi.
- Perkussiyada - bo'g'iqlik tovush pasayib, bilinar-bilinmas timpanik ohangda yallig'lanish butunlay so'rilib ketganda o'pka tovushi eshitiladi.
- Auskultatsiyada -bronx nafas susayadi, keyinchalik vezikulyar nafasga o'tadi, oxirgi davrda krepitatsiya reduks (sgeritacio gedux) paydo bo'ladi, keyinchalik yo'qoladi, eksudat so'rinishi 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, inijlik, gohida alahsirash va turli xil gallyutsinatsiyalar bezovta qilishi mumkin.

**Periferik qonda** leykotsitlar tayoqsimon va bo'g'im yadroli neyetrofillar hisobiga ko'payadi, leykotsitar formulasini chapga siljishi mielotsit 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 eritrotsit va leykotsitlardan 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. Kasallik yengil 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 hujayralar faoliyatining pasayishini, immunoglobulinlar sintezining susayishini, komplement tizimining zaiflashishini, fagotsitoz kamayishini o'z ichiga oladi. Bularning hammasi makroorganizmning infektsiyaga qarshi himoyasini kamaytiradi va yallig'lanish o'chog'ini «cho'zilib» hal bo'lishiga sharoit tug'diradi.

**O'pka abstsessi 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 eshitiladi. O'pka abstsessi tashxisini aniqlashda rentgen va balg'am tekshirishlari muhim ahamiyatga ega.

**Parapnevmonik va metopnevmonikli eksudatli plevrit.** Krupozli zotiljamda quruq plevrit hamroh kasallik asoratga kirmaydi. Ammo serozli-fibrinozli yoki yiringli plevrit krupoz zotiljamning og'ir asoratlardan hisoblanadi va kasallikning oxirida kuzatiladi. Rentgen

tekshiruvni plevra varaqalari oralig'ida suyuqlik borligini ko'rsatsa, plevrani punktsiya qilish esa ishonchli ma'lumotlarni beradi.

**O'pka shishi** - yurak mushaklari va qon tomirlari devorlarining zaiflashishi natijasida rivojlanadi. Bemor ahvoli juda og'irlashadi, hansirash paydo bo'ladi, havo etishmaslik hissi va yo'tal kuchayadi, ko'piksimon balgam ajralishi kuzatiladi. Bemor yuzi bo'zaradi, yurak tovushlari bo'g'iqlashadi. Tomir urishi tezlashadi, tarangligi kamayadi. Arterial qon bosimi pasayadi. Bemor nafas olishi tezlashadi, nafas shovqinli, uzoq masofadan eshitilib turadi. Auskultatsiyada o'pkada ko'p miqdorda har xil kalibrdagi nam xirillashlar eshitiladi.

**O'tkir tomir va yurak etishmasligi** - o'pkadan tashqaridagi asoratlardan hisoblanadi. Bu asoratlar keng tarqalgan yallig'lanish jarayonlarda, bemorni kechikib kasalxonaga yotqizilganda, davolash ishlarining samarasizligida, ko'pincha surunkali yurak-tomir tizimi xastaliklarida (YUIK, yurak nuqsonlari, xafaqonlik) vujudga keladi. O'tkir qon tomir etishmovchiligi (kollaps)da bemorning umumiy ahvoli to'satdan yomonlashadi, behollik, quloq shang'illashi, ko'z oldida qorong'ulik, teri rangining bo'zarishi, terlash vujudga keladi. Bu holatda tomir urishi tezlashadi, ipsimon; arterial qon bosimi pasaygan, yurak tovushlari bo'g'iqlashgan bo'ladi.

#### **Krupozli zotiljamning atipik turlari.**

*Markaziy zotiljam* – yallig'lanish jarayoni o'pkaning chuqur joyida, ko'pincha xilusda joylashadi va o'pkaning yuza qavatiga hech qaysi erdan yaqin kelmaydi, natijada perkussiya, auskultatsiya ma'lumotlari pnevmoniyani aniqlash imkonini bermaydi. Yuqori tana harorati, ifodalangan balg'am, leykotsitoz, hansirash, lab va burun uchlaridagi uchuk bemorda krupozli zotiljamga gumon tug'diradi. Faqat rentgen ma'lumotlari aniq tashxis qo'yishga imkon beradi.

*Katta hajmdagi (massiv) zotiljam* - perkussiyada o'pkaning 2-3 bo'lagini egallagan katta hajmdagi va ifodalangan bo'g'iqlik tovush, auskultatsiyada nafas eshitilishi, zaif yoki mutlaqo eshitilmasligi, xirillashlar va krepitatsiyalarning yo'qligi bilan ajraladi va ekssudatli pleuritni eslatadi. Lekin bo'g'iqlik tovush pleuritga nisbatan kichik hajmda, ko'ks oraligi a'zolarining qarama-qarshi tarafga siljishi juda kam ifodalangan.

*Areaktivli (astenik) pnevmoniya* - ko'proq qariyalarda, yurak-qon tomir tizimi, buyrak, jigar kasalliklarida, kaxeziyada uchraydi. Organizm reaktivligining zaiflashishi tufayli kasallik asta-sekin rivojlanadi: darmonsizlik, deyarli yuqori bo'lmagan tana harorati, ishtahani yo'qolishi kuzatiladi. Bemorning qon tomir urishi va nafas olishi tezlashadi. Perkussiyada deyarli ifodalanmagan bo'g'iqlik tovush, auskultatsiyada aniq bo'lmagan kuchsiz bronx nafasi va krepitatsiya eshitiladi. Nam xirillashlar oddiy zotiljamga nisbatan kam miqdorda va kam jaranglikda eshitiladi. Qon sinamasida leykotsitlar miqdori deyarli o'zgarmagan yoki ozgina kamaygan, ECHT oshgan bo'lishi mumkin. Tashxisni tasdiqlash uchun rentgen tekshiruvlarini o'tkazish tavsiya qilinadi.

*Daydi zotiljam* - yallig'lanish jarayoni birlamchi zararlangan joydan sog'lom qo'shni sohaga o'tishi (o'pkaning yuqori bo'lagidan pastki bo'lagiga yoki aksincha) bilan ifodalanadi. Yallig'lanishning yangi sohaga o'tishi birlamchi qismdan yallig'lanish jarayonining so'rilish davrida sodir bo'ladi. Shuning uchun bunday zotiljamlar uzoq davom etishi bilan farqlanadi.

#### **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, qay'talangan surunkali bronxit, o'choqli zotiljam, ekssudatli pleurit, og'izsimon sil zotiljami, o'pka abtsessi 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 neyetrofilli 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 oralig'i a'zolari qarama-qarshi tomonga siljiydi, rentgen tekshiruv va plevra punktsiyasi plevra bo'shlig'ida suyuqlik borligini aniq ko'rsatadi, gemogramma odatda o'zgarmaydi.

- **Og'izsimon sil zotiljami** bilan krupoz zotiljaming umumiy belgilari (tana haroratining ko'tarilishi, o'pkaning yuqori bo'laklari zararlanishi, intoksikatsiyaning ifodalanganligi, zangsimon balg'am, bronx nafasi, nam xirillashlar) o'xshash. Ko'krak qafasini rentgen tekshiruvlari, balg'amda Kox tayoqchasining topilishi va umumiy antibiotiklar davosining samarasizligi og'izsimon silni tasdiqlaydi. Krupoz zotiljam nospetsifik davo vositalari ta'sirida 1,5 hafta ichida tuzalsa, sil jarayoni spetsifik davo ta'sirida ham bunday tezlikda tuzalmaydi.

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

**DAVOLASH.** O'tkir zotiljam bilan og'rigan bemorlar davosi hozirjavobli va kompleksli bo'lib, o'z ichiga kun tartibini, ratsional ovqatlanish rejasini, farmako- va fizioterapiyani oladi. Davolash tadbirlari qo'zg'atuvchi omilni va infektsiya 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'zg'atuvchi omilni va uni antibiotiklarga sezuvchanligini 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 orasiga), **eritromitsin** (tabletkada bir kunda 3-4 mahal 250 mg dan ovqatdan so'ng), **oksatsillin** (0,25-0,5 g mushak ichiga), **tsefalosporinlar** (tsefamizin, 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 mg dan 1 kunda 2 marta), **oleandomitsin va sigmamitsin** (0,25 g tabletkada kuniga 4-6 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 levorin, nistatin, amfoteritsin va amfogluyukamin tavsiya qilinadi.

Turli xil etiologik shakllaridagi zotiljamda ichiga tsefradur (5000 mg dan kuniga 2 marta), tarivid (1 tabletkadan 2 mahal), mushak orasiga azaktam (oztreonam 500 mg dan 2 marta), tsefatreksil (tsefapirin 500 mg dan kuniga 4 marta) qabul qilinadi.

- **Sulfanilamidlar** (sulfadimezin, etazol, metilsul fazin) 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 sulfanillamidlar (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, buo'tadion 0,15 dan 2-3 mahal ichiladi.

- **Intoksikatsiyaga qarshi:** reopoliglyukin, gemodez, gidrolizin, aminopeptid, jelatinol 200-400 ml tomir ichiga tomchilab yuboriladi.

**Bronx yoli o'tkazuvchanligini va drenaj faoliyatini yaxshilash.**

- Bronxspazmni yoqotuvchilar: atropin, eufillin, adrenalin, bronxolitin.
- Balg'am yumshatuvchi va ajratuvchilar: kaliy yod, mukaltin, bromgeksin.
- Bronxlarni tozalovchilar: dezoksiribonukleaza, gialuronidaza.
- Lizotsim faolligini oshiruvchi: akseroftol.

**Makroorganizmni himoyalovchi immun mexanizmlarini tiklash:**

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

**FIZIOTERAPIYA.**

Aerazol orqali antibiotiklar, sulfonilamidlar va aseptik vositalari yuboriladi, yallig'lanishni yoqotuvchi va o'pkaning drenaj faoliyatini oshiruvchi.

FMT, SMT, IKV, ultratovush qo'llaniladi.

Ko'krak qafasini uqalash.

**Yallig'lanishga qarshi vositalar.**

- Sirli kastryulga 1 stakan sut va 1 osh qoshiq maydalangan dorivor movrak bargi solinadi. Idish bilan bekitilib, aralashma qaynatiladi, tindiriladi, suziladi, so'ngra yana isitilib uyqudan oldin ichiladi.

- 1 osh qoshiq tog' rayhoni, 2 osh qoshiqdan oqqaldirmoq yaprog'i dorixona moychechagi, ledum ti olinib, maydalanadi, 2 osh qoshiq maydalangan aralashmaga 500 ml qaynoq suv solinadi va 10 daqiqa qaynatiladi, 30 daqiqa damlanadi, suziladi va iliq holda 1g 3 stakandan 3 mahal ovqatlangandan so'ng qabul qilinadi.

**PROFILAKTIKASI.**

- Tashqi muhitni tozalash.
- Kasbiy ziyonliklardan himoya qilish.
- Badantariya.

**PLEVRITLAR**

**TA'RIFI.** Plevrit - plevra varaqalarining yallig'lanishi bo'lib, plevra sathida fibrinsimon nalet sodir bo'ladi yoki uning bo'shlig'ida ekssudat yig'iladi. U odatda ikkilamchi kasallik - o'pkadagi ko'pgina patologik jarayonlarning yoki kam hollarda plevra bo'shlig'iga yaqin turuvchi boshqa organ va to'qimalar (ko'krak qafasi, ko'ks oraliq'i, diafragma, diafragma osti maydoni) kasalliklarning sindromi yoki asorati hisoblanadi. Birlamchi plevrit juda kam uchraydi va shikastlanish yoki plevra mezoteliomasi oqibati hisoblanadi. Quruq (fibrinsimon) va ekssudatli (nam) plevritlar farqlanadi.

**TARQALISHI.** Plevritlar umum o'pka kasalliklarini 3,8-6,5 foizini tashkil qiladi, shundan 1,2-3,0 foizi para-pnevmonik va metapnevmonikli plevritlar.

**ETIOLOGIYASI.** Plevritlar yuqumli va yuqumsiz (aseptik) bo'ladi.

- Yuqumli plevritlar spetsifik (sil mikobakteriyalari, zahm spiroxetalari) va nospetsifik qo'zg'atuvchilar (pnevmonokokklar, stafilokokklar, ichak tayoqchalari, viruslar, zamburug'lar va boshqa mikroblar) ta'sirida vujudga keladi.

- Aseptik plevritlar ko'krak qavatining yopiq shikastlanishida, plevra varaqalari orasiga qon quyilganda, o'pka infarktida, me'da osti bezi fermentlarining ta'sirida (pankreatit), plevraning xavfli o'smasi bilan jarohatlanishida (kartsinomatozida), biriktiruvchi to'qimasining sistemali kasalliklarida (O'tkir revmatik isitma, kollagenozlarda), buyrak va jigar xastaliklarida kuzatiladi.

**PATOGENEZI.**

- **Kontakt yoli.** Yuqumli plevritlarda kasallik qo'zg'atuvchi omillarning plevraga bevosita kirishi subplevral joylashgan o'pka to'qimasi o'choqlari (zotiljam, abstsess, bronxoektazlari, o'pka sili) orqali rivojlanadi.

- **Limfa yo'li** orqali infektsiyaning tarqalishi - to'qima suyuqligining retrogradli oqimi katta ahamiyatga ega.

- **qon yo'li** bilan infektsiyani plevraga tarqalishi deyarli ahamiyatga ega emas.

- Ko'krak qafasining ochiq shikastlanishida va operatsiyalarda mikroorganizmlar tashqi muhitdan plevraga bevosita tushishi mumkin.

Plevritning ba'zi bir turlari patogenezida, shaxsan sil kasalligida, patologik jarayon ta'sirida organizmning sensibilizatsiyalashishi natijasida oz miqdordagi infekt tezlikda tarqalgan eksudatni vujudga keltiradi (infektsion - allergik plevrit).

Bo'lastomatozli plevrit rivojlanishida limfa tugunlari va tomirlarining o'sma metastazlari bilan qamal qilinishi ahamiyatli. Yallig'lanish doimo zararlangan plevra kapillyarlari devorining o'tkazuvchanligini oshishi bilan kuzatiladi.

Fibrinsimon (quruq) plevritda ozgina eksudat yig'ilishi va uning qoniqarli oqishi kuzatiladi, natijada eksudatning suyuq qismi qayta so'rilib, plevra pardalari sathida faqat eksudatli cho'kkan fibrin qoladi. eksudatli plevritda parietal plevranning yallig'lanish infil'tratsiyasi, uning sathidagi fibrinsimon surtmali cho'kmalar hamda plevra ichidagi yuqori bosim plevra lyuklari orqali ko'krak qafasidagi limfa sistemasiga suyuqlik oqishini keskin buzadi va eksudat yig'ilishini vujudga keltiradi. Sog'ayish davrida eksudatning suyuq qismi so'riladi, fibrinsimon cho'kmalar esa plevra shvartlarini va chandiqlarini vujudga keltiradi.

**PATOLOGIK ANATOMIYASI.** Quruq plevritda plevra qalinlashgan, qizarinquiragan ko'rinadi. Plevranning o'zgargan sathiga fibrin yig'iladi va u g'adir-budur bo'lib qoladi, qaytadan so'rilishi natijasida chandiqlar hosil bo'ladi. Eksudatli plevrit plevra bo'shlig'iga suyuqlik yig'ilishi bilan ifodalanadi.

**TASNIFI.** 1984 yilda qabul qilingan Putov ishchi tasnifi patologik jarayon etiologiyasini, xarakterini (tabiatini), suyuqlik borligini, joylashishini, kechishini hisobga oladi.

- **Etiologiyasi bo'yicha** yuqumli va yuqumsiz (aseptik) plevritlar farqlanadi. Yuqumlilari qo'zg'atuvchi omil turiga, aseptiklari esa kasallik xarakteriga qarab (shikastli, kartsinomatozli, revmatikli va hokazo) bo'linadi.

- **Yallig'lanish eksudati tabiatiga ko'ra:** fibrinsimon (quruq), serozli, qonli (gemorragik), yiringli, eozinofilli, xilezli turlarga ajraladi.

- **Kasallikning kechishi bo'yicha:** O'tkir, yarim (o'rtacha) o'tkir, surunkali turlari tafovut qilinadi.

- **Joylashuviga ko'ra** diffuzli (total) va chegaralangan (xaltachasimon) bo'ladi.

Zotiljam bilan birgalikda rivojlangan plevritga parapnevmoniyali va zotiljamning tuzalish davrida vujudga kelganiga - metapnevmoniyali plevrit deb nom berilgan.

## **QURUQ PLEVRIT.**

**Klinik ko'rinishi.** Kasallik to'satdan boshlanadi.

### **Shikoyati.**

- **Asosiy belgisi og'riq.** Ko'krak qafasining shikastlangan tarafining oldingi va yon bosh sohalarida joylashadi. Ko'pincha bo'yinga va elkaga qarab tarqaladi. Chuqur nafas olganda, yo'talganda, kuchanganda, sog' tomonga engashganda kuchayadi, jarohatlangan tomonga yon boshni bosib yotganda kamayadi.

- **Yo'tal** quruq yoki juda kam miqdorda balg'am ajralishi bilan kuzatiladi.

- Yana et junjikishi, tana haroratining ko'tarilishi, behollik, lohaslik, ishtaxa pasayishi bezovta qiladi.

**Ko'zdan kechirganda** teri qoplamlari bo'zarganligi, lab ko'karishi, nafas olishning tezlashganligi, yuzakiligi, ko'krak qafasining nafas harakatidan orqada qolishi qayd qilinadi.

**Paypaslaganda** zararlangan tomonda mushaklar og'rishi va tarangligi aniqlanadi.

**Perkussiyada** o'pka to'qimasida infiltratsiya bo'lmasa o'zgarish kuzatilmaydi.

**Auskultatsiyada** xastalikning asosiy belgisi - plevraning ishqalanish shovqini aniqlanadi. Vezikulyar nafas yallig'lanish sohasida susaygan.

**Rentgent** tekshiruvda diafragmaning yuqori turishi va nafasdagi harakatining chegaralanganligi aniqlanadi.

**Qon sinamasida** odatda o'zgarishlar kuzatilmaydi, kam hollarda neytrofilli leykotsitoz, ECHT ortadi.

**Kechishi.** Quruq plevrit yoshlarda engil kechadi, odatda 1-3 haftada sog'ayish bilan tugaydi. Gohida o'pkada sil jarayonining faolligini tasdiqlovchi retsidivlar kuzatilishi mumkin. Plevra bo'shlig'iga suyuqlik yig'lsa, quruq plevrit ekssudatli turiga o'tadi.

**Tashxisi.** Ko'krak qafasida chuqur nafas olganda va yo'talganda kuchayadigan og'riqqa, plevraning ishqalanish shovqiniga asoslanib qo'yiladi.

**Qiyosiy tashxisi.** quruq plevrit krupozli zotiljam, spontanli pnevmotoraks, qobirg'alararo nevralgia, neyromiozilar, perikardit, qorin bo'shlig'ining o'tkir kasalliklari (O'tkir xoletsistit, appenditsit) bilan farqlanadi. Quruq plevrit chap tomonda bo'lganda uni stenokardiya va miokard infarktidan ajratish kerak. Tashxis kasallikning klinik manzarasiga, EKG va laboratoriya belgilariga qarab qo'yiladi. Quruq plevrit diafragmaning usti sohasiga joylashganida diafragma osti abstsessi yoki appenditsitdan farqlash kerak. Taqqoslaganda og'riqning nafas olish bilan bog'liqligi, tana haroratining va qon sinamasining deyarli o'zgarmaganligi, plevraning ishqalanish shovqinining eshitilishi quruq; plevritni tasdiqlaydi. Koks oralig'i plevrasiyning yallig'lanishida plevra ishqalanish shovqinini perikardning ishqalanish shovqinidan farqlash kerak. Perikard shovqini yurakning maromli qisqarishi bilan bog'liq bo'lsa, plevraning ishqalanish shovqini esa nafas olish bilan bog'liqdir.

Qovurg'alararo nevralgiyadan va miozitdan farqi quruq plevritda sog' tomonga engashganda, yallig'langan plevraning cho'zilishi hisobiga og'riq kuchayadi. Qovurg'alar orasini paypaslaganda miozitda va nevralgiyada og'riq kuchli, quruq plevritda esa o'rtacha.

**Oqibati.** Asosiy kasallikning davolash samaradorligiga bog'liq, yakuni asosan ijobiy.

**Davosi.** quruq plevrit ikkilamchi jarayon bo'lganligidan muolajalar asosiy xastalik (o'pka sili, o'tkir zotiljam, o'pka abstsessi, o'tkir revmatik isitma va boshqalar)ni tugatishga qaratilgan bo'lishi kerak. Davolash vositalari og'riqni va yo'talni yo'qotishga yonaltiriladi. Buning uchun analgin yoki amidopirin kuniga 2g, butadion 0,45g, aspirin 2-Zg, pirazonon qatoridagi preparatlar (indometatsin 0,025g 3-4 marta), glauvent (0,05g 2-3 marta), tusupreks (0,01-0,02g 3-4 marta).

**Fizioterapiya vositalari** - ko'krak qafasida qon va limfa aylanishini yaxshilash va og'riqni kamaytirish maqsadida zararlangan taraf terisini «sollyuks», Minin lampalarida nurlantiriladi, ul'traibinafsha (UB) nurlari kuchsiz eritemali dozada ta'sir qildiriladi. Tana harorati pasaygandan keyin kaltsiy, yod, novakain, salitsilat elektroforezi beriladi. Yallig'lanish sohasiga eP-UVCH, induk-totermiya, detsimetr va santimetrli diapazonda elektromagnit to'lqinlari, hamda plevra chandiqlari sodir bo'lishining oldini olish maqsadida davolash nafas mashqlari va ko'krak qafasini uqalash buyuriladi. Sanatoriya davolari quruq iqlimli mahalliy cho'l tumanlarida o'tkaziladi.

### **EKSSUDATLI PLEVRIT**

**Klinik ko'rinishi.** Ekssudatli plevrit rivojlanishida 3 davr farqlanadi: Suyuqlik yig'ilishi (ekssudatsiya), barqarorlashishi va suyuqlik so'rilishi (rezorbtziya). Kasallik ko'p hollarda o'tkir, ba'zida sekin-asta boshlanadi.

**Shikoyati.** Plevra bo'shlig'iga suyuqlik yig'ilishining boshlang'ich davrida yonboshda sanchiqli og'riq, quruq yo'tal, harorat ko'tarilishi bezovta qiladi. Suyuqlik to'planishi ortib borgan sari og'riq va yo'tal kamayib borib, xastalikning barqarorlashish davrida mutloq yo'qoladi. Bu vaqtda bemor yonboshda og'irlik hissi seziladi, hansirash kuchayib boradi, ba'zi bemorlarda umumiy zaharlanishning ifodalangan belgilari (bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi, qayt qilish, behollik, loqaydlik, ishtahaning pasayishi) kuzatiladi.

**Ko'zdan kechirish:** ko'krak qafasi asimmetrik - suyuqlik yig'ilgan tomon hajmi pastki yonbosh sohada birmuncha kattalashgan, nafas olganda orqada qoladi. Qovurg'alararo bo'shliq kengaygan va tekislashgan.

**Palpatsiyada** tovush titrashi suyuqlik yig'ilgan joyda juda susaygan, gohida umuman aniqlanmaydi.

**Perkussiya.**

- Ekssudat ustida bo'g'iqlik tovush aniqlanadi. U hamma vaqt orqa va qo'ltiq ostida joylashadi. Bo'g'iqlik tovushning yuqori chegarasi umurtqa pog'onasi bo'ylab yuqoriga ko'tariladi. Bo'g'iqlik tovushning yuqori chegarasi Damuazo egri chizig'ida hosil bo'ladi. Suyuqlik plevra bo'shlig'ining yon qismida to'planadi. Keyinchalik u plevra yorig'idan yuqoriga va yon tomonga yoysimon qiyshiq chiziq; hosil qilib tarqaladi.

- Sog'lom tomonda umurtqa pog'onasi bo'ylab ko'ks oralig'i a'zolarining siljishi hisobiga bo'g'iqlik tovush maydoni - Rauxfus - Grokk uchburchagi kuzatiladi.

- Shikastlangan tomonda umurtqa pog'onasi va ekssudat (Damuazo chizig'i) orasida ekssudat bilan siqilgan o'pka sohasida bo'g'iqlashgan timpanik tovush (Gorlyand uchburchagi) aniqlanadi.

**Auskultatsiya.**

- Ekssudat o'rnida nafas shovqinlari susaygan, agar suyuqlik ko'p bo'lsa mutlaqo eshitilmaydi.

- Ekssudat chegarasidan yuqorida siqilgan o'pka o'rnida bronx nafasi eshitiladi.

- Sog'lom tomonda siljigan ko'ks a'zolari sohasida nafas shovqinlari eshitilmaydi.

**Rentgen** tekshirishlari o'pkaning quyi sohalarida ustki chegarasi qiyshiq joylashgan va ko'ks oralig'ining sog'lom tomonga siljishi bilan kuzatiladigan katta qora dog'ni aniqlaydi; bemor holatini o'zgarishi soya konfiguratsiyasini o'zgartiradi. Kichik hajmdagi (300 ml dan kam) suyuqlikda rentgenogramma patologiyani aniqlay olmasligi mumkin.

**Ultratovush** (UT) tekshiruvi suyuqlik joylanishini aniq ko'rsatadi.

qonda deyarli ko'p bo'lmagan leykotsitoz, ba'zida eozinofiliya, ECHT oshishi kuzatiladi.

**Maxsus diagnostika muolajalari.**

- Plevra bo'shlig'ida suyuqlik borligi aniqlangach plevraga igna sanchish (punktsiya) tavsiya qilinadi.

- Suyuqlikni chiqarish va hajmini o'lchash lozim va bir qismini laboratoriya tekshiruviga yuboriladi.

- Laboratoriya tekshiruvi: umumiy oqsil miqdorini, laktatdegidrogenaza (LDG) faolligini, tsentrofuglangandan so'ng cho'kmani tsitologik va bakteriologik tekshirish, glyukoza va amilazani miqdorini aniqlash.

- Plevra punktsiyasini boshlang'ich davrida biopsiya tekshiruvini o'tkazish.

**Tashxisi.** Bemor shikoyati (yonboshdagi sanchiqli og'riq, yo'tal, harorat ko'tarilishi, hansirash), fizikal belgilar (tovush titrashining pasayishi yoki yo'qolishi, perkutor tovushning bo'g'iqlashgani, nafas shovqinlarining eshitilmasligi), rentgen ma'lumotlari (yuqori chegarasi qiya bo'lgan qora dog') asosida aniqlanadi.

**Qiyosiy tashxisi.** Laboratoriya ma'lumotlari plevra suyuqligining etiologiyasini aniqlashga yordam beradi.

- Laboratoriya tekshiruvlari ekssudat va transsudatni farqlashda ahamiyatli.

Ekssudatni tasdiqlovchi laboratoriya ma'lumotlari quyidagilar:

- Suyuqlikning nisbiy zichligi 1018 dan baland.

- Oqsil miqdori 3 g foizdan (2%) ko'p

- LDG faolligi yuqori.

- Rivolt sinamasi musbat.

- Plevra suyuqligi tarkibida ko'p miqdorda qon bo'lsa o'sma, o'pka infarkti yoki ko'krak qafasining shikastlanishidan darak beradi.

- Suyuqlikda amilaza fermentining faolligi baland bo'lsa, me'da osti bezi kasalligida kuzatiladi.

- Limfotsitlar soni haddan ziyod bo'lsa - sil yoki o'sma, neytrofillar ko'pligi zotiljam, abstsess rivojlanishidan dalolat beradi.

- Atipik hujayralar topilsa – o'sma borligini ko'rsatadi.

**Kechishi** asosiy kasallikka bogʻliq holda oʻtkir, yarim oʻtkir surunkali boʻladi.

Infeksion - allergik, shu jumladan, sil plevritida ekssudat 2-4 hafta davomida soʻrilib ketishi mumkin. Baʼzi hollarda ekssudatli plevritdan keyin plevra boʻshligʻida chandiqlar rivojlanishi, plevra varaqalarining bir-biriga yopishishi natijasida koʻkrak qafasi shaklini buzuvchi va harakatini chegaralovchi plevropnevmonsirrozo vujudga kelishi aniqlanadi. Kasallikning eng ogʻir kechishi qoʻshni aʼzolariga yorilib, oqma hosil qiladigan yiringli plevritlarda kuzatiladi. Boʻlaklar aro xaltalangan plevrit odatda ogʻriqsiz kechadi, chunki bunda parital varaqa jarayonga qoʻshilmagan boʻladi.

**Davosi.** Mazkur patologik jarayonni vujudga keltiruvchi kasalliklarga faol taʼsir qiluvchi omillarni oʻz ichiga oladi.

- Parhez taomlar vitaminlarga va oqsillarga boy boʻlishi kerak.
- Ch ekishni keskin cheklash kerak.
  - Infeksion-allergiyali plevritda antibakterial (antibiotiklar, sulfanilamidlar), desensibilizatsiyalovchi (suprastin, tavegil, tiosulfat-natriy).
  - Saraton etiologiyali plevritda kimyoterapiya.
  - Sil etiologiyali plevritda silga qarshi vositalar tavsiya qilinadi.
  - Plevra boʻshligʻiga koʻp suyuqlik yigʻilsa va u koʻks oraligʻi aʼzolarini sogʻlom tomonga siljitib, nafas va qon aylanishi buzilishini vujudga keltirsa, hamda ekssudat soʻrilishi kuzatilmasa plevra punktsiya qilinadi, ekssudat olib tashlanadi, soʻngra boʻshliq antiseptik aralashma bilan yuvilib tozalangach, plevralar orasiga antibiotik yuboriladi.
  - Zaharlanishda (intoksikatsiyada), ifodalangan hansirashda, yurak faoliyati buzilishida tomir ichiga plazma oʻrinbosari eritmalari (reopoliglyukin), kislorod (oksigen) ingalyatsiyasi, yurak glikozidlari qoʻllaniladi.
  - Ogʻriqni kamaytirish maqsadida koʻkrak qafasiga banka, xantal varaqasi, isituvchi kompresslar, yod toʻridan foydalaniladi.

**Fizioterapiya vositalari** - sollyuks, mahalliy isitgich lampalar vannasi, UVCH, ultratovush, hamda kaltsiy, yod, pankreatin elektrofarezi, induktotermiya.

Sanatoriya va kurort davolari mahalliy moslashgan sanatoriyalarda yilning issiq oylarida qoʻllaniladi.

**Prognosi (oqibati)** xastalikni vujudga keltirgan asosiy patologik jarayonga, hamda nafas va qon aylanish tizimi holatiga bogʻliq.

**Profilaktikasi**- plevritni sodir qiluvchi kasalliklarni oldini olish, oʻz vaqtida tashxis qoʻyish va sifatli davolashdan iborat.

### 3-mavzu : Oʻtkir revmatik isitma

#### Maʼruza mashgʻulotlarining taʼlim texnologiyasi.

|                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mashgʻulot vaqti -2 soat                                                                                                                                                                                        | Talabalar soni : 18-36 gacha                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Mashgʻulot shakli                                                                                                                                                                                               | Kirish-axborotli maʼruza.                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Maʼruza rejasi</b><br>1.Kasallikning etiologiyasi, patogenezi, patologik anatomiyasi<br>2. Kasallikning tasnifi, klinikasi<br>3. Kasallikning tekshirish usullari<br>4. Kasallikning davolash prinsiplari va | <b>Maʼruzaning qisqacha annotatsiyasi</b><br>Hozirgi vaqtda revmatik kasallilarini shu jumladan oʻtkir revmatik isitmani oʻrganish juda katta ahamiyatga ega, chunki u revmatik kasalliklari orasida koʻp uchraydi, hamda bemor hayoti uchun xafli boʻlgan asoratlar keltirib chiqarishi mumkin. |

|                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| profilaktikasi                                                                                                                                                                                                                         | Shuningdek hayot uchun muhim bo'lgan ichki a'zolari zararlashga ham sababchi bo'ladi.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>O'quv mashg'ulotning maqsadi:</b><br>Talabalarga kasallikning etiologiyasi, patogenezi, klinik simptomlarini, laborator- instrumental diagnostika va rasional terapiya, asoratlarni profilaktikasini, reabilitatsiyasini o'rgatish. | <b>Maqsadi yoritiladi</b><br><b>A) ta'limiy-</b> nazariy bilimlarni egallash va mustahkamlash:<br><b>B) tarbiyaviy-</b> shifokorlikka tayyorlashda jahon standartlari talab darajasida mutaxassislikka qiziqishini, mas'uliyat hissiyotlarini shakllantirish, o'z bilim darajasini kengaytirishga qiziqishini tarbiyalash, deontologik tarbiya darajasini shakllantirish, amaliy ishini bajarishda ehtiyotkorlik, aniqlik va mas'uliyatni his etishni shakllantirish.<br><b>S) rivojlantiruvchi-</b> talabalarda mustaqil fikrlashni va mustaqil mulohaza yuritishni shakllantirish, talabalarni mantiqiy fikrlashini rivojlantirish. |
| Ta'lim berish vositalari                                                                                                                                                                                                               | o'quv qo'llanma va adabiyotlar, ma'ruza matni, proektor, multimedia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Mashg'ulot uslubi                                                                                                                                                                                                                      | Axborotli, muammoli ma'ruza                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Ta'lim berish sharoiti                                                                                                                                                                                                                 | Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Monitoring va baholash.                                                                                                                                                                                                                | Og'zaki nazorat: savol-javob.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

#### Ma'ruza mashg'ulotining texnologik kartasi.

| Ish bosqichlari va vaqti.        | Ta'lim beruvchi                                                                                                                                                                                                | Ta'lim oluvchilar                                             |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Tayyorgarlik bosqichi (5 daqiqa) | 1. Mavzu bo'yicha o'quv materiallarni va auditoriyani tayyorlash.<br>2. Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot slaydalarini tayyorlash<br>3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | Talabalar                                                     |
| 1. Mavzuga kirish (10 daqiqa)    | 1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi<br>2. Mavzu bo'yicha savollar beradi.                                                                                                                          | Tinglaydilar<br>Talabalar berilgan savollarga javob beradilar |
| 2 – asosiy bosqich (55 daqiqa)   | 1. Mavzuni tushuntirib beradi, slaydalar namoyish qiladi<br>2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi<br>3. Multimediyadan foydalanadi                                                                           | Tinglaydilar<br>Tinglaydilar                                  |
| 3-yakuniy bosqich (10 daqiqa)    | 1. Yakunlovchi xulosa qiladi<br>2. Mustaqil ish beradi<br>3. Uyga vazifa beradi                                                                                                                                | Tinglaydi<br>Yozib oladi<br>Yozib oladi                       |
| Jami: 80min-2soat                |                                                                                                                                                                                                                |                                                               |

#### MAVZU BAYONI: O'TKIR REVMATIK ISITMA

**TARIFI.** O'tkir revmatik isitma (bod kasalligi) - umumiy infeksiyon-allergik kasallik bo'lib, biriktiruvchi to'qimaning tizimli yallig'lanishi bilan ifodalanadi aksariyat, yurak va qon tomirlarni shikastlaydi. Kasallik moyilligi bo'lgan kishilarda, A guruhga kiruvchi  $\beta$ -gemolitik streptokokk bilan bog'liq holda rivojlanadi.

O'tkir revmatik isitma hozirgi zamon rivojlanish mexanizmiga asoslanib Stollerman bo'yicha (1997) quyidagicha ta'riflanadi: **O'tkir revmatik isitma (O'RI)-** moyilligi bor kishilarda A-streptokokk etiologiyali faringitdan (anginadan) keyingi infeksiyon asorat sifatida

*sreptokokk etiotiplariga autoimmun javobni shakllanishidir va shunga mos holda inson to'qimalari etiotiplariga o'xshash (terida, bo'g'imlarda, yurakda va miyada) reaktivligini rivojlanishi.*

**TARQALISHI.** O'tkir revmatik isitma butun dunyo mamlakatlarida uchraydi. Bu kasallik bilan er kurrasi aholisining 2-4% xastalangan, iqtisodi tuban davlatlarda keng tarqalgan. Uning tarqalishi mamlakatning ekonomik rivojlanish darajasiga bog'liq. JSST (1989) ma'lumotiga ko'ra maktab yoshidagi bolalar orasida revmatizm etiologiyali yurak xastaliklarini tarqalishi turli mintaqalarda 1000 maktab o'quvchisiga 0,3 dan 18,6 taga to'g'ri keldi. O'tkir revmatik isitmaning birlamchi xuruji bolalik va o'smirlik davrlarda (7-15 yoshda) sodir bo'ladi, qariyalarda juda kam uchraydi. Ayollar erkaklarga nisbatan 2,5-3 marta ko'p kasallanadi. Oxirgi yillarda o'tkir revmatik isitma bilan xastalanish va uning qaytalanish soni kamaygan, buning sababi bemorlarni samarali dispanserizatsiya muolajalarini qo'llashdir.

**ETIOLOGIYASI.** O'RI ni keltirib chiqaruvchi sabab beta-gemolitik streptokokk (A serologik guruhi). Irsiy moy illik bo'lgan kishilarda streptokokk infeksiyasi autoimmun jarayonini vujudga keltiradi. Kasallik yuqori nafas yo'llaridagi o'tkir yoki surunkali burun-tomoq (faringit, angina) kasalliklaridan keyin revmatik yallig'lanish asorati ko'rinishida rivojlanadi. O'tkir revmatik isitma rivojlanishining streptokokk infeksiyasi bilan bog'liqligini tasdiqlovchi dalillar:

- O'tkir revmatik isitma oldidan burun-tomoq streptokokk infeksiyasining (angina, faringit, skarlatina) o'tkazilishi.

- Yuqori nafas yo'llarining o'tkir kasalliklari keng tarqalgan vaqtda o'tkir revmatik isitma bilan xastalanishning ko'payishi.

- O'tkir revmatik isitma bilan og'rigan bemorlarda streptokokka qarshi antitanalar (ASL-O, ASG, ASK) titrining ortishi.

- Streptokokk infeksiyasi o'chog'ini faol davolash va streptokokka qarshi profilaktika choralari qo'llash o'tkir revmatik isitma bilan xastalanishni va uning qaytalanishini kamayishiga olib keladi.

O'tkir revmatik isitmaning streptokokk infeksiyasi bilan chaqirilishi xastalikning klassik turiga (o'tkir davom etuvchi, jarayonda bo'g'inlar shikastlanishi) xos. Kasallikning cho'ziluvchan, yashirin, yoki uzluksiz qaytalanuvchi turlarida jarayonning streptokokk infeksiyasi bilan bog'liqligi aniqlanmagan.

- Streptokokk antitana titrining ko'tarilishi yuqori.

- O'tkir revmatik isitma qaytalanishida bitsillin profilaktikasi natijasiz.

Bu holatda o'tkir revmatik isitma allergik (streptokokk infeksiyasiga bog'liq bo'lmagan), infeksiyon-toksik yoki virusli tabiatda bo'ladi.

**PATOGENEZI.** O'RIni rivojlanish mexanizmida qo'yidagilar asosiy o'rin egallaydi: kasallik chiqaruvchisini xususiyatlari, A guruhga kiruvchi  $\beta$ -gemolitik streptokokkni organizmga ta'siri va kasallik rivojlanayotgan inson organizmining xususiyatlari.

**Allergiya nazariyasi** - immun buzulishi. Sensibilizatsiyalovchi agentlar (streptokokk va uning toksinlari, viruslar) organizmning xususiy oqsillari parchalanishini chaqiradi va ular o'z navbatda antigenga (autoantigenga) aylanadi. Organizmni antigenga nisbatan sensibilizatsiyasini oshishi allergik holatni rivojlantiradi. Antigenni organizmga tarqalishi autoantitana autoagressorlar hosil bo'lishini kuchaytiradi va ular o'zaro reaksiyaga kirishib immun birikmani (kompleksni) shakllantiradi. Immun birikma qon bilan aylanib, biriktiruvchi to'qimaga (endokard, miokard, bo'g'inlarga) cho'kadi, joylashadi va ularda giperergik yallig'lanish holatini vujudga keltiradi. Bu holat o'tkir revmatik isitma deb nomlanadi.

**Toksik-allergik nazariyasi** - streptokokk ko'p miqdorda kardiotoksik xususiyatli modda ishlab chiqaradi.

**Virus kontseptsiyasi** - virusli va streptokokkli karditlarning ko'pchilik klinik va morfologik ko'rinishlarining bir-biriga o'xshashligiga asoslangan.

**Gormonlar o'zgarishi** - miya ortig'i (gipofiz) va buyrak usti bezi faoliyatining buzilishi ahamiyatli - xastalik zo'riqqan davrda qonda gormonlar miqdori kamayadi, bunda

gormonlar bilan davolash yaxshi samara beradi.

**PATOMORFOLOGIYASI.** Qo'shuvchi to'qimada patologik jarayon rivojlanishi 4 bosqichda kechadi: 1) mukoidli bo'kish; 2) fibrinoidli bo'kish; 3) granulematoz (Ashof-Talalaev granulemasi hosil bo'lishi bilan); 4) skleroz va gialinoz.

*Birinchi fazada* mukolitik fermentlar aktivligini oshishi kuzatiladi, natijada qo'shuvchi to'qimaning asosiy moddasi glikozaminglikonlar parchalanadi va depolimerizatsiyasi boshlanadi. Hidrofil xususiyatga ega bo'lgan gialuron kislota yig'ilishi kuzatiladi va buning natijasida to'qima va hujayra o'tkazuvchanligi oshadi. To'qima va hujayra gidrofillik sababli bo'kadi. Bu bosqichdagi o'zgarishlar qaytar. Vaqtida olib boriladigan davo muolajalari natijasida qo'shuvchi to'qima strukturasi to'liq tiklanadi.

*Ikkinchi fazada* qo'shuvchi to'qima deorganizatsiyasi chuqurlashadi. Mukoidli bo'kish natijasida shikastlanayotgan to'qimaga zardob oqsillari va ular bilan fibrinogen o'ta boshlaydi. Amorf massa -fibrinoid hosil bo'lib to'qima ichida kollagen tolalar bilan qo'shib keladi. Shikastlanayotgan sohada nekroz o'choqlar hosil bo'lib kapillyarlar o'tkazuvchanligi oshadi. Ikkinchi fazada bo'lgan o'zgarishlar qaytmas xususiyatga ega.

*Uchunchi fazada* qo'shuvchi to'qima shikastlanishiga xos spetsifik reaksiya ko'rinishida fibrinoidli nekroz o'choqlari atrofida mahalliy qo'shuvchi to'qima proleferatsiyasi ashof-talalaev granulemmalari shakllanadi. Granulemma rezorbtiv xususiyatiga ega va qo'shuvchi to'qima parchalanishi mahsulotlarini so'rishga qaratilgan. Granulemmalari shakllanish davri 3-4 oyni tashkil etadi. Ular tomirlangan qo'shuvchi to'qimalarda miokard interstitsiyasida (asosan chap qorincha) so'rg'ichsimon mushaklar sohasida, bo'lmachalararo to'siqda, endokarda va tomirlar devori adventitsiyasida joylashadi. Revmokarditda revmatik granulemma maxsus morfologik belgi hisoblanadi, ammo oxirgi vaqtda ularni aniqlash holatlari kamaygan.

*To'rtinchi faza* revmatik yalliglanish natijasida qo'shuvchi to'qima dezorganizatsiyasi jarayonini yakunlanishi va granulemma evolyutsiyasini sklerozga o'tishi bilan xarakterlanadi. Yoki fibrinoidning natijasi gialinoz (birlamchi skleroz) chandiq shakllanishi bilan yakunlanadi.

Revmokarditda yurak zararlanishining boshqa morfologik o'zgarishi seroz qavatlar, bo'g'inlar va boshqa organlardagi nospetsifik hujayra reaksiyasiga o'xshash gistiolimfotsitar infiltratlar ko'rinishida bo'ladi. Bu reaksiyalar granulemmadan farqli biriktiruvchi to'qimaning hujayralararo moddasida diffuz joylashadi. O'tkir revmatik isitmada buyrak, o'pka, nerv sistemasining shikastlanishi asosida vaskulitlar va neyrovaskulitlar yotadi. Revmatik poliartritda bo'g'im to'qimalarida biriktiruvchi to'qima dezorganizatsiya jarayonlari, eksudativ yallig'lanish, vaskulit natijasida kuchsiz fibroz kuzatiladi.

O'tkir revmatik isitmada bosh miyaning donali qavati, miyachani molekulyar qavati, subtalamik hujayralar va qoramtir moddadagi nerv hujayralarini atrofik va distrofik o'zgarishi revmatik xoreyaga asos bo'lib, bosh miya tomirlari shikastlanishisiz paydo bo'lishi mumkin. Tomirdan tashqari o'zgarishlar revmatik xoreya ko'rinishi bilan namoyon bo'ladi.

**O'tkir revmatik isitma tasnifi** 1964 yilda o'tkir revmatik isitmaga qarshi xalqaro simpoziumda A.I.Nesterov tomonidan tavsiya etilgan va tasdiqlangan. Tasnifda revmatik jarayonning kechish davrlari, kliniko-anatomik xususiyatlari, a'zolar va a'zolar guruhining shikastlanishi, kechish xususiyatlari va yurak tomirlar tizimining ish bajarish faoliyati to'g'risidagi ma'lumotlar o'z aksini topgan. (jadval)

Revmatizmning ishchi tasnifi va nomenklaturasi (A. I. Nesterov, 1964 y.)

| O'tkir revmatik isitma nifazalari va aktivlik darajalari | Jarayonning kliniko -anatomik xarakteristikasi |                                                             | Jarayonni kechish xarakteri | Qon aylanish etishmasligi |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|
|                                                          | yurak                                          | Boshqa organ va sistemalar                                  |                             |                           |
| Faol                                                     | Birlamchi revmokardit klapanlar nuqsonisiz     | Poliartrit, serozit (plevrit, peritonit, abdominal sindrom) | O'tkir                      | qAE 0                     |
| Aktivlik                                                 | qaytalanuvchi                                  | Xoreya, entsefalit,                                         | O'tkir                      | qAE I                     |

|                       |                                                        |                                                                                                |                            |                      |
|-----------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------|
| darajalari I, II, III | revmokardit klapan nuqsoni bilan (qaysi)               | meningoentsefalit, tserebral vaskulit, nervno-psixik buzilishlar                               | osti                       |                      |
|                       | O'tkir revmatik isitma yurak o'zgarishsiz              | Vaskulitlar, nefritlar, gepatit, pnevmoniya, teri shikastlanishi, irit, iridotsiklit, tiroidit | CHO'zil uvchan             | qAE II a<br>qAE II b |
| Nofaol                | I.Revmatik miokardioskleroz<br>2.Yurak nuqsoni (qaysi) | Yurakdan tashqari organ va sistemalar shikastlanishlarining asoratlari                         | Zo'rayib boruvchi Yashirin | qAEIII               |

Hozirgi vaqtda revmatik jarayon bir qator xususiyatlarga ega: kasallikni kechishi bir muncha engil xarakterda, ko'proq kuchsiz va engil aktivlik darajalari kuzatilmoqda. Aktiv jarayon natijasida og'ir kardit, dimlanuvchi qon aylanish etishmovchiligi va turli vtseritlar kam hollarda rivojlanmoqda, yurak nuqsonlarini shakllanishi foiz hisobida kamaygan va nuqsonlar og'irligi pasaydi. Shuning uchun 1996 yilda Rossiya revmatologlar s'ezdida revmatik isitmaning hozirgi zamon xususiyatlari inobatga olingan holda (**jadval**) yangi ishchi tasnifi taklif etildi va 2003 yilda bu tasnif yana takomillashtirildi.

REVMATIK ISITMANING ISHCHI TASNIFI (Rossiya revmatologlar Assotsiatsiyasi 1996y.)

| Klinik sindromlar                |                   | Faollik darajasi | Kechishi   | Oqibat (nofaol faza) | Qon aylanish etishmovchiligi bosqichi |
|----------------------------------|-------------------|------------------|------------|----------------------|---------------------------------------|
| Asosiy                           | qo'shimcha        |                  |            |                      |                                       |
| <b>Revmokardit birlamchi</b>     | Halqasimon        | III              | O'tkir     | Yurak illatisiz      | 0                                     |
| <b>Revmokarditqaytalama</b>      | eritema           | II               | Cho'zilgan |                      | I                                     |
| - yurak illatisiz                | Revmatik          |                  |            |                      |                                       |
| - yurak illati                   | tugunalar         |                  |            |                      |                                       |
| fonida                           | Artalgiya         |                  |            |                      |                                       |
| Artrit                           | Abdominal         |                  |            |                      |                                       |
| - yurakning                      | sindrom va        | I                |            |                      |                                       |
| qo'shilishsiz                    | boshqa serozitlar |                  |            |                      |                                       |
| - yurak                          | Oldin keluvi      |                  |            |                      | IIa                                   |
| qo'shilishi bilan                | streptokokkli     |                  |            |                      |                                       |
| Xoreya                           | infektsiya        |                  |            |                      | IIb                                   |
| - yurakning                      |                   |                  |            | Yurak illati bilan   |                                       |
| qo'shilishsiz                    |                   |                  |            |                      |                                       |
| - yurak                          |                   |                  |            |                      |                                       |
| qo'shilishi bilan                |                   |                  |            |                      |                                       |
| Birinchi marta                   |                   |                  |            |                      |                                       |
| aniqlangan yurak revmatik illati |                   |                  | Yashirin   |                      | III                                   |

**Izoh:** Tashhis qo'yilayotganda iloji boricha ko'rsatilishi kerak: a) revmatik isitmani qaytalanish soni; b) birlamchi va qaytalanuvchi yurak nuqsonisiz revmokardit og'irlik darajasini; v) revmatik yurak nuqsoni turi; g) streptokokk infeksiyasidan keyinligining isboti (angina, skarlatina, faringit va bosh., shu bilan birga streptokokkga ta'luqli antitanalar titrlarini oshishi-ASL-O, ASK, ASG).

REVMATIK ISITMANING ISHCHI TASNIFI

| Klinik variantlar      | Klinik ko`rinishlar |                   | Natija              | qAE         |     |
|------------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------|-----|
|                        | Asosiy              | qo`shimcha        |                     | bosqichlari |     |
| O`tkir revmatik isitma | Kardit              | Isitma            | Sog`ayish           | 0           | 0   |
|                        | Artrit              | Artralgiya        | Surunkali yurak     | I           | I   |
|                        | Xoreya              | Abdominal sindrom | revmatik kasalligi  | IIA         | II  |
|                        | Halqasimon eritema  | Serozitlar        | Yurak nuqsoni bilan | IIB         | III |
| Qayta revmatik isitma  |                     |                   | Yurak nuqsonisiz    | III         | IV  |

**KLINIK KO`RINISHI.** O`RI ning klinik manzarasi turli tuman ko`p qirrali (polimorfli) – jarayon o`tkirligiga, shikastlangan a`zo va sistemalar soni va tabiatiga (xarakteriga), kasallik boshlanishidan bemorning tibbiy yordamga murojaat qilishigacha o`tgan davriga, davolash natijalariga bog`liq. Tipik hollarda O`RI streptokokk etiologiyali tomoq, burun infektsiyasi (angina, surunkali tonsillit, gaymorit) bilan kasallanishdan 1,5-4 hafta o`tgach boshlanadi. Kasallik rivojlangangacha bo`lgan davr yashirin davr deyiladi va bu davr simptomtsiz yoki tuzalish davrini cho`zilishi (darmonsizlik, kamquvvatlik, tana haroratini subfebril ko`tarilishi) belgilari bilan kechadi. Keyin kasallikni klinik avj olish davri boshlanadi. qayta xuruj qilishda (retsivida) bu muddat qisqa(1-2 kun) bo`ladi. Xastalik isitmalash (harorat ko`tarilishi aksariyat 37,5—38,5°S, kam hollarda 39-40°S), titroqsiz terlash bilan kuzatiladi. O`tkir revmatik isitmada eng ko`p zararlanadigan a`zo yurak hisoblanadi. Rvmatik jarayon yurakning hamma qavatini shikastlaydi, lekin asosan endomiokardit (revmokardit) tipida rivojlanadi. Revmokardit birlamchi (birinchi xuruj) va qaytalanuvchi (takrorlanuvchi xurujlar), shakllangan qopqoq nuqsonlari yoki ularsiz bo`ladi. Agar takror revmatik isitma oldin o`tkazilgan o`tkir revmatik isitma natijasida shakllangan yurak nuqsoni asosida rivojlansa, bunda qaytalanuvchi revmokardit yoki yurakning surunkali revmatik kasalligi asosida o`tkir revmokardit deb aytiladi.

Bolalarda birlamchi revmatik isitmada 79-83% hollarda kardit rivojlanadi, katta yoshdagilarda esa 90-93 % hollarda takror O`RI da kattalarda 100 % hollarda revmakardit shakllanadi. Revmakardit patologik jarayonga miokard, endokard, perikardni birin-ketin jalb etish bilan xarakterlanadi. Alohida diffuz yoki o`choqli miokardit, endomiokardit, pankardit rivojlanishi mumkin. Klinik revmokardit yurakni u yoki bu qavatini zararlanishi revmatik jarayonning umumiy aktivlik darajasi va kasallikni kechish xarakteriga mos holda namoyon bo`ladi. A.I.Nesterov revmokarditni uchta klinik namoyon bo`lish darajasiga bo`lishni taklif etgan: Yorqin (kuchli, yuqori), kuchsiz va sust namoyon bo`lishi. Kuchli revmokardit o`tkir va o`tkir osti kechuvchi birlamchi O`RI da asosan balog`at (18-21) yoshidagilarda aniqlanadi. Jarayonning morfologik asosini diffuz ko`proq miokardning ekssudativ jarohatlanishi tashkil etadi, bunda 1G`3 bemorlarda endokard zararlanishi, 10 % hollarda perikard shikastlanishi kuzatiladi.

Bemorlar fizik zo`riqishda va tinch holatda hansirashga, yurak tez urushi, yurak sohasidagi og`riqga shikoyat qiladi. Bemorni ob`ektiv tekshirganda tana haroratiga mos kelmaydigan taxikardiya kuchsiz gipotenziya, rangparlik, perkutor yurak chegarasini chapga yoki hamma tomonga kengayishi aniqlanadi. Eshitib ko`rilganda yurak tonlari bo`g`iqlashgan, I-ton susaygan, patologik III va IV tonlar Galop ritmi bilan aniqlanadi. Kuchli revmokarditda perikardit rivojlanishi bilan kechsa perikard ishqalanish shovqini eshivilishi mumkin.

Ko'krak qafasi organlari rentgenogrammasida yurak chegaralarini kengayganligini perikardit belgilarini aniqlash mumkin. EKG da qo'zg'alish funktsiyasi va repolyarizatsiya jarayonlarini buzilishi, A-V o'tkazuvchanlikni susayishi, elektrik sistolaning cho'zilishi va bo'lmacha kompleksining o'zgarishi kuzatiladi.

O'RI birlamchi endomiokardit bilan bemorning EKGsi. Gis tutamining o'ng oyoqchasi to'liqmas blokadas. I daraja atrioventrikulyar blokada. Repolyarizatsiyani diffuz buzilishi.

Exokardigrafik tekshirishda miokardning diffuz zararlanish belgilari bilan chap qorincha qisqarish funktsiyasini buzilishi, jarayonga endokard shikastlanishi qo'shilgan bo'lsa yurak nuqsonlariga xos o'zgarishlar aniqlanadi. Kuchsiz namoyon bo'lgan revmokarditda yurak mushaklaridagi yallig'lanishning eksudativ komponenti kuchsiz namoyon bo'ladi, miokard zararlanishida diffuz yallig'lanish xarakterli emas. Bemorlar yurak sohasidagi og'riqqa va tez urushiga shikoyat qiladi. Yurak chegaralari 1,0-1,5 sm chapga kengayadi. Eshitib ko'rilganda I-ton susaygan patologik III-ton aniqlanadi, sistolik va o'tib ketuvchi diastolik shovqin eshitiladi. EKG da sinusli aritmiya A-V o'tkazuvchanlikni va repolyarizatsiya jarayonlarining buzilishi. EXOKG da chap qorincha va chap bo'lmachani kuchsiz dilyatatsiyasi chap qorincha qisqarish funktsiyasining o'zgarishi.

Sust namoyon bo'lgan revmokardit kasallikni hamma turida birlamchi va keyingi O'RI xurujlarida ham kuzatilishi mumkin. Revmokarditni bu formasi bemorlarni doimiy kuzatuv va oldingi o'tkazilgan davo muolajalarni tahlili natijasida aniqlanadi. Bemorlar ko'pincha shikoyat qilmaydilar, ob'ektiv tekshiruvlarda yurak zararlanishi belgilari yurakdan tashqari belgilar birlamchi O'RI dagi revmatik jarayonning yuqori aktivligi yoki yurak nuqsonlari asosida takror O'RI dagi gemodinamik buzilishlar natijasida aniqlanmasligi mumkin.

Qaytalanuvchi revmokardit miokardio-kardioskleroz va oldin shakllangan yurak nuqsoni asosidagi takror O'RI jarayoni ko'pincha kattalar orasida (90-93%) va balog'at yoshida, kamroq-bolalarda uchraydi. Shuning uchun qaytalanuvchi revmokardit nuqsonlarni og'irlashuviga yoki qo'shma va kombinirlangan yurak nuqsonlarini shakllanishiga olib keladi.

Revmokarditning asosiy kriteriyasi endokarditdir, aniqrogi- val'vulit uning ishonchli belgisi yurak o'lchamlari o'zgarmaganda yangi shovqinlarni paydo bo'lishi yoki bor bo'lgan shovqinlarni o'zgarishi. Kardit borligini ko'rsatuvchi shovqinlarga kiradi:

- Yurak uchida kuchli sistolik shovqin (diastolik va mezodiastoliksiz) - yuqori tondagi puflovchi uzun shovqin, sistolani katta qismini egallaydi bu mitral klapan etishmovchiligini belgisi hisoblanadi. U yurak uchida juda yaxshi eshitilib, chap qo'ltiq osti sohasiga o'tkaziladi. Shovqin intensivligi o'zgarishsiz u gavda vaziyatini o'zgartirganda nafas olganda o'zgarmaydi. Bu shovqinni mitral klapan prolyapsidagi shovqindan farqlash zarur, bunda ochilish toni sistolani o'rtasida kuzatiladi, funktsional shovqindan farqi sistolani bir qismini egallaydi va gavda vaziyatini o'zgartirganda va nafas anti davomida o'zgaradi. Funktsional shovqinlar 2 tipda bo'ladi: o'pka arteriyasi ustida haydash shovqini va to'sh suyagi chap qirrasida past chastotali shovqin.

- Yurak uchida mezodiastolik shovqin mitral regurgitatsiya bor o'tkir revmokarditda paydo bo'ladi. Bemor chap va yonbosh yotganda nafas olishni nafas chiqarib saqlaganda bu shovqin yaxshi eshitiladi. Bu shovqinni yurak uchidagi past chastotali kuchayib boruvchi baland peresistolik shovqindan farqlash kerak. Keyinchalik mitral I-ton kuchayadi va mitral stenoz shakllanayotganligidan dalolat beradi, faqat o'tkir kardit emas.

Bazal diastolik shovqin - bu protodiastolik shovqin aortal regurgitatsiya uchun xarakterli. Shovqin yuqori chastotali puflovchi so'nib boruvchi xarakterda va eng yaxshi eshitish nuqtasi to'sh suyagini chap qirg'og'ida chuqur nafas chiqarganda (bemor oldinga egilgan holatda) eshitiladi. Shovqin doimiy bo'lmasligi mumkin, uni tugma 2 tabaqali aortal klapan nuqsonidagi shovqindan diffensatsiyalash zarur. Oxirgi yillar diagnostik doplerexokardiografiya ishlab chiqilgan.

**Revmatik** miokarditning klinik belgilari.

- **Hansirash** - engil, ko'pincha harakatda seziladi.
- **Kardialgiya** - yurak sohasida davomli kuchsiz sanchiqli, yoki simillovchi og'riqlar

bezovta qiladi. Og`riq hech qaerga tarqalmaydi.

- **Taxikardiya** - yurak o`ynashi, harakatda tezlashadi.

- **Kardiomegaliya** - Perkussiyada yurak chegarasining o`zgarishi aniqlanmaydi.

Rentgenografiyada ko`p hollarda yurak chegaralarining chapga, kam hollarda diffuzli kengayishi kuzatiladi.

**Auskultatsiyada** yurak tovushlari, ayniqsa yurak cho`qqida I ton susaygan (bo`g`iqlashgan), gohida III, yana kam holda IV ton eshitilishi aniqlanadi. Yurak cho`qqisida va mitral qopqog`i sohasida mushakli mayin sistolik shovqin eshitiladi.

**Arterial bosimi** me`yorda. Pul`s yumshoq, kichkina, gohida taxikardiya kuzatiladi.

**EKGda** R tishchasi va (QRS kompleksining kengayishi, yassilanishi, RQ oralig`ining uzayganligi, T tishchasining ikki davrligi va pastga qaraganligi aniqlanadi.

**Revmatik endokardit** belgilari.

- Yurak cho`qqisida mitral qopqog`i etishmovchiligi rivojlanishi natijasida dag`al, barqaror sistolik shovqin eshitiladi. U bemor holati o`zgarganda yoki jismoniy zo`riqishdan so`ng kuchayadi va qo`ltiq osti sohasiga yo`naladi.

- O`pka arteriyasida II ton kuchayadi.

- Yurak cho`qqisida mitral qopqog`i teshigi torayishi (stenoz) oqibatida diastolik shovqin eshitiladi.

**Revmatikli perikardit.** O`tkir revmatik isitmada kam kuzatiladi, asosan bolalarda va yoshlarda uchraydi. Perikardit yoki ekssudativli bo`ladi.

- **quruq perikardit**

- Yurak sohasida doimiy og`riq

- To`sh suyagining chap qirg`og`ida perikardning ishqalanish shovqini eshitiladi.

- EKG - kasallik boshida S-T oralig`i tepaga ko`tariladi, keyinchalik izoelektrik chizig`iga qaytadi. T tishchasi manfiy yoki ikki fazali.

**EKSSUDATLI perikardit** - quruq perikarditning rivojlanish davomi hisoblanadi va yurak xaltachasida seroz-fibrozli suyuqlik yig`iladi.

- Yurak sohasidagi og`riq yo`qoladi.

- Kuchayib boruvchi xansirash paydo bo`ladi.

- Ekssudat miqdori ko`p bo`lsa yurak sohasi bo`rtib chiqadi, qovurg`a oralig`i yassilanadi, cho`zdi urishi paypaslanmaydi.

- Perkussiyada yurak chegaralari har tomonga kengayadi.

- Auskultatsiyada yurak tovushlari va shovqinlari eshitilmaydi.

- EKG - quruq perikarditdek, QRS kompleksi voltaji pasaygan.

- UTD - yurak xaltachasida ekssudat borligini tasdiqlaydi.

**Revmatik vaskulit.** O`tkir revmatik isitma ta`sirida toj arteriyalar yallig`lanishi (revmatikli koronaritlar) mayda o`choqli miokard infarktini chaqirishi mumkin. Miya arteriyalarining o`tkir revmatik isitma bilan zararlanishi o`tkinchi parezlarni yoki meningoentsefalit sindromini vujudga keltirishi mumkin.

**Revmatik poliartrit** - tipik reaktivlik sinovit, bo`g`im bo`shlig`iga suyuqlik yig`ilishi, periartikulyar bo`g`im atrofidagi to`qimalarning shishishi va qizarishi, gohida kuchli og`rik natijasida bo`g`im harakatini qiyinlashganligi va cheklanganligi bilan kuzatiladi. Xarakterli belgilar:

- Yirik bo`g`imlar shikastlanishi - (tizza, to`piq, tirsak, elka, biroz kamroq - bilak - kaft bo`g`imi)

- Bo`g`imlar yallig`lanishi simmetrik.

- Ko`chib (uchib) yuruvchi xususiyatdagi artrit - shikastlanish bir bo`g`imda kamayib, boshqasida ko`payishi qayd qilinadi. Bo`g`imlardagi yallig`lanish jarayonining yo`qolishi bemorning sog`ayishini ko`rsatmaydi, poliartrit «yonib o`tadi», yangi tana haroratining ko`tarilishi bo`g`imlar zararlanishi bilan kuzatiladi, keyin tinchiydi va yana qaytalanadi, ba`zan bo`g`imlardagi yallig`lanish muolajalarsiz ham yo`qoladi.

- Bo'g'im sindromi butunlay orqaga qaytadi (yo'qoladi), rentgenogrammada anatomik o'zgarishlar aniqlanmaydi, bo'g'im faoliyati tiklanadi.
- O'tkir revmatik isitmada, ko'pincha qaytalanishida, bo'g'imlar shikastlanishi yallig'lanishsiz, faqat og'riq (artralgiya) bilan namoyon bo'ladi - poliartralgiya.

**Revmatikli miozit** - kam uchraydi, mushaklarda kuchli og'riq va holsizlik bilan kuzatiladi. Suyaklar o'zgarmaydi.

**Teri zararlanishi** - terida halqasimon, pushti rangli toshma (eritema) vujudga keladi. Ular og'rimaydi, qichishmaydi, teridan ko'tarilmaydi. eritema qo'lning ichki sathi, oyoq, qorin, bo'yin, ko'krak terisida joylashadi.

**Teri osti revmatikli tugunlar** - birlamchi o'tkir revmatik isitmaga xos, diametri 0,5-2 sm, qora rangli bo'lib, ko'pincha bo'g'imlarning tashqi tarafida paydo bo'ladi. Ular shakli dumoloqsimon, harakati chegaralangan, og'rimaydi, asosan tizza, umurtqalar atrofida joylashadi.

**Markaziy nerv sistemasi zararlanishi** - kichik xoreya ko'rinishida bolalarda kuzatiladi. Xastalikning klinik manzarasi qo'l-oyoqlarning va mimika mushaklarning xaotik extiyotsiz harakati bilan ifodalanadi, retsivlar (qaytalanishlar) bilan o'tishi mumkin, uyquda simptomlar mutlaqo kuzatilmaydi, lekin 17-18 yoshda asosan yo'qoladi.

**O'pka zararlanishi** - vaskulitlar atrofida vujudga keladi.

- Revmatikli pnevmonitlar va plevritlar ikki tomonlama.
- Balg'am tarkibida eozinofillar
- Antibiotikli davoga rezistentli (chidamli)
- O'tkir revmatik isitmaga qarshi dorilar yaxshi samara ko'rsatadi.

**Buyrak zararlanishi** - o'tkir revmatik isitma qo'zigan davrida proteinuriya va gematuriya bilan ifodalanadi, kam hollarda nefrit rivojlanadi.

#### **LABORATORIYA SINAMALARI.**

- Siydikda mikrogematuriya, proteinuriya.
- qonda ECHT ko'tariladi (50-70 mmG's), leykotsitoz polartritga xos, endokarditda esa o'zgarish aniqlanmaydi. Uzoq davom etuvchi va to'xtovsiz qaytalanuvchi shaklida gipoxromli anemiya.
- Disproteinemiya (gipoalbuminemiya, giperglobulinemiya, ayniqsa gammaglobulinlar oshadi).
- S-reaktivli oqsil paydo bo'lishi streptokokka qarshi antitanalar (antistreptomaluronidaza-ASG, antistreptokinaza-ASK, antistreptolizin-O -(ASL-O) titrining ko'tarilishi kuzatiladi.

**TASNIFI.** A.I.Nesterov (1964) bo'yicha o'tkir revmatik isitma kasalligi ikki fazaga bo'linadi: faol va faolsiz

• **O'tkir revmatik isitmaning faolsiz fazasi** bu holatda o'tkir revmatik isitma o'tkazgan bemorlarda klinik va laboratoriya tekshiruvlari yallig'lanish jarayoni yoki immunitet buzilishlari belgilarini aniqlanmaydi. Xastalikning faolsiz davrida bemorlar ish qobiliyati saqlanadi, gemodinamika buzilishi esa, agarda yurak nuqsoni shakllangan bo'lsa, jismoniy zo'rqiqlashdan so'ng kuzatiladi.

• **Xastalikning faol fazasi** kechishida 3 daraja tafovut qilinadi: 1-minimal (past), P-o'rtacha, Sh -maksimal(yuqori). Faollikni aniqlashda klinik ko'rinishi, hamda laboratoriya ko'rsatkichlari o'zgarishlari darajasi qo'llaniladi.

**Faollikning I darajasi** streptokokk infeksiyasi ta'sirida organizmning sensibilizatsiyalanishi natijasida yuzaga keladi va kardit belgilarining kam ifodalanishi bilan xarakterlanadi: hamma laboratoriya ko'rsatkichlari normada yoki birmuncha o'zgargan, qonda streptokokk antigeni topilishi, antitanalar titri oshishining aniqlanishi mumkin.

**Faollikning II darajasi** mujassamlashgan klinik simptomlar (revmatikli poliartrit, kardiit, xoreya va boshqalar) bilan kuzatiladigan giperergik reaksiya bilan xarakterlanadi. Yallig'lanish faolligi ko'rsatkichlari o'rtacha yoki ozgina o'zgargan.

**Faollikning III darajasi o'tkir** revmatik isitma jarayonining retsidivi (qaytalanishi) bilan xarakterlanadi. U biriktiruvchi to'qimada chuqur immunologik, yallig'lanish va distrofiya jarayonlarini aks ettiradi. Klinika-laboratoriya ko'rsatkichlarini dinamikada tekshirish faollik darajasini aniq belgilash imkonini beradi.

Tasnif faol revmatik jarayon joylashishi (kardiit, artritis, xoreya va boshqalar), rezidual ko'rinishlar (belgilar) xarakteri (miokardioskleroz va boshqalar), qon aylanish holati bo'yicha ham o'tkaziladi. Tasnifning «kechish xarakteri» grafasida kechishining asosiy variantlari ifodalangan, ularni aniqlash birlamchi revmatik jarayonning yoki uning qaytalanishining boshlanish o'tkirligi va kechishi davomatining klinik davriy printsipligiga asoslangan.

**O'tkir** shakli to'satdan isitmalash bilan boshlanishi, bo'g'imlardagi ko'chib yuruvchi og'riq va revmatik kardiitning tez rivojlanishi bilan farqlanadi. ECHT ko'tarilishi, leykotsitoz, ASL-O, alfa va gamma-globulinlar titri ko'payishi, tez va ko'pincha to'liq (2-Z oy mobaynida) yallig'lanishga qarshi davo samarasi kuzatiladi. EKG da atrioventrikulyar o'tkazuvchanligi ko'zg'alishining buzilishi, interval (oraliq)ning kengayishi, manfiy-T tishcha aniqlanadi.

**Yarim o'tkir shakli** klinik simptomlari rivojlanishi vaqt bo'yicha cho'zilganligi bilan xarakterlanadi. Ko'p hollarda xastalik 3-6 oy davom etadi. Jarayon aksariyat zo'rayishga, takrorlanishga moyil, antirevmatik davo samaradorligining aniq mezonini yo'q.

**Cho'ziluvchi - sust kechuvchi shakli** juda ko'p uchraydi, aksariyat yurak qopqoq nuqsonlari shakllangan muhitda takrorlanuvchi revmokatitli bemorlarda aniqlanadi. Revmokatit kechishi uzoq (6 oydan ortiq), ifodalangan zo'riqishsiz va to'liq remissiyasiz bo'ladi. Revmatik jarayon faolligi o'rtacha, klinik va laboratoriya simptomlaridynamikasi yakdeol aniqlanmaydi.

**Uzluksiz-takrorlanuvchi shakli** klinik manzarada shikastlangan to'qimalarda yallig'lanishning eksudatli komponenti ustunligi bilan ifodalanadi. Diffuzli miokatit aniqlanadi, og'ir holatlarda serozitlar, o'pka vaskuliti qo'shilishi bilan pankardiit rivojlanadi, bu holat yurak etishmovchiligiga va tromboemboliya asoratlariga sababchi bo'ladi.

**Latentli (subklinik, symptomsiz) shakli** ko'p tarqalgan. Kasallik boshlanishi va kechishi yashirin. Klinik manzarasi atipik: bemorlar bosh og'rig'iga, ishtaha yo'qolishiga, bo'g'imlarda kuchsiz og'riqqa, subfebril tana haroratiga shikoyat qiladilar. Yurak tovushlari bo'g'iq, taxikardiya kuzatilishi mumkin. Aniq diagnoz qopqoq nuqsonlari vujudga kelgandan so'ng qo'yiladi.

Oxirgi yillarda o'tkir revmatik isitmaning kechishi o'zgargan kasallikning yorqin klinik manzarali turlari miqdori keskin kamaygan. Revmatikli poliartritlar va poliserozitlar juda kam kuzatiladi. Yurak belgilari bilan kuzatiladigan cho'ziluvchan va uzluksiz qaytalanuvchi kechishli bemorlar soni ko'payib bormoqda.

Ishchi tasnifining oxirgi bo'limida qon aylanish faoliyatining holati Strajesko-Vasilenko bo'yicha qon aylanish etishmovchiligini I, II A, II B, III bosqichlarga bo'lib ko'rsatilgan.

Shunday qilib, o'tkir revmatik isitmaning ishchi tasnifi, o'tkir revmatik isitma fazasini baholash, klinik-morfologik ko'rinishi, hamda laboratoriya ko'rsatkichlari va yurak faoliyatining holati nuqtai nazaridan faolligini va prognozini aniqlash imkonini beradi.

**TASHXIS** qo'yish aksariyat qiyin. Buning sababi, O'Rining asosiy klinik belgilari bo'lmish kardiit va poliartrit o'tkir revmatik isitma uchun spetsifik emas. Xoreya, halqasimon eritema va revmatikli tugunlar katta diagnostik ahamiyatga ega, lekin ular juda kam uchraydi.

O'tkir revmatik isitma tashxisini qo'yish 1988 yilda BSST taklif qilgan Kisel-Djons Nesterevlar quyidagi mezonlariga asoslangan.

**Asosiy (katta) belgilari.**

**Kardit.** Yurak sohasida ogriq, yurak chegaralari kengayishi (kardiomegaliya), yurak choʻqqisida sistolik va distolik shovqinlar borligi, ekssudatli perikardit, perikarditning ishqalanish shovqini, EKGning xarakterli koʻrsatkichlari, boshqa sabablarsiz qon aylanishi etishmovchiligining rivojlanishi bilan ifodalanadi.

**Poliartrit** - boʻgʻimda ogʻriq, harakat chegaralanishi, shish, teri qizarishi, mahalliy issiqlikni sezish bilan namoyon boʻladi.

**Xoreya**-yuz mimik mushaklari va qoʻl-oyoqlarning ixtiyorsiz tortilishi (silkinishi) bilan kuzatiladi.

**Teri osti tugunlar** - kichik, zich (qattiq), ogʻriqsiz.

**Halqasimon eritema** - pushti rangli, halqa shaklida, notekis konturli qaytalanuvchi toshmalar, koʻkrakning yon sathida, boʻyinda, oyoqda joylashadi va issiq taʼsirida kuchayadi.

**Oʻtkir revmatik isitmaga xos anamnez** - kasallikni yaqinda oʻtkazilgan buruntomoqning streptokokkli infeksiyasi bilan bogʻliqligiga koʻrsatma, takrorlanuvchi anginalar yoki yuqori nafas yoʻli yalligʻlanish jarayonlari, oila aʼzolari orasida, qoʻshnilarda oʻtkir revmatik isitma kasalligining borligi.

3-5 kun davomida ex yuvantibus usulida oʻtkir revmatik isitmaga qarshi dorilar bilan davolash samaradorligi.

**qoʻshimcha (kichik) belgilar.**

**Umumiy.**

- Harorat koʻtarilishi.
- Holsizlik (adenamiya), tez charchashlik, jirtakilik, darmonsizlik.
- Teri qatlamining boʻzarishi.
- Terlash.
- Burundan qon ketishi.
- Abdominal sindromi.

**Maxsus** (laboratoriya koʻrsatkichlari).

- Leykotsitoz (neytrofilli).
- Disproteinemiya, ECHT oshishi.
- Patologik serologik koʻrsatkichlar: qonda streptokokkli antigen, ASLO-O. ASK, AST titrlarini koʻpayishi.
- Giperfibrinogenemiya.
- S-reaktivli ovqsilning paydo boʻlishi, alfa-2 va gammaglobulinlar, zardobli mukoproteidlar, glikoproteidlar miqdorining koʻpayishi.

Bemorlarda ikkita asosiy (xoreya, halqasimon eritema yoki revmatikli tugun) yoki bitta asosiy va ikkita qoʻshimcha mezonlar aniqlanishi oʻtkir revmatik isitma tashxisini ishonchli hisoblanadi.

Oʻtgan davrda koʻp marta «Oʻtkir revmatik isitma hurujini» oʻtkazganligiga qaramay yurak nuqsonlari boʻlmasa odatda oʻtkir revmatik isitma tashxisi inkor qilinadi.

**QIYOSIY TASHXIS** Oʻtkir revmatik isitmaning boshlangʻich bosqichlarida poliartrit va karditni aniqlashga asoslanadi. Kasallikni streptokokk infeksiyasi bilan bogʻliqligini, bemor yoshini, oilaviy revmatik anamnezini hisobga olish kerak. Lekin, revmatikli poliartritni reaktivli (iersinozli, salmonellezli) artrit, yuvenilli artrit, gemorragiyali vaskulit bilan qiyoslash darkor.

- Yuvenilli revmatoid artriti (YURA) deyarli har doim 16 yoshgacha boshlanadi va aksariyat umurtqa pogʻonasining boʻyin sohasida ogʻriq bilan kuzatiladi, keyinchalik boshqa boʻgʻimlar sohasida xastalikka chalinadi. Artrit YURAda turgʻun (barqaror), oʻtkir revmatik isitmada esa «koʻchib yuruvchi» tabiatda. Revmatikli poliartrit (7-10 kunda) karditning qoʻshilishi, streptokokka qarshi antitanalar titrining balandligi, aspirin samaradorligi xos.

- Gemorragiyali vaskulit klinikasi oʻtkir revmatik isitmaga oʻxshash poliartritdan boshlanishi mumkin, lekin abdominal belgilar bilan purpurlarni paydo boʻlishi, keyinchalik buyrak patologiyasining rivojlanishi toʻgʻri tashxis qoʻyishga yordam beradi.

- Birlamchi revmokatit rivojlanishini koʻp sonli norevmatik miokarditlar (virusli, bakteriyali va boshqalar) bilan taqqoslaydilar. Birlamchi revmokatit sindromi asoslariga quyidagilar kiradi:

- a. Kasallikni burun-tomoq streptokokk infeksiyasi bilan surunkali bogʻlanishi borligi;
- b. Revmokatitning birlamchi klinik belgilari bilan oʻtkazilgan streptokokk infeksiyasining tamom boʻlishi orasida latent davrning (2-4 hafta) borligi;
- v. Kasallik aksariyat 7-15 yoshda rivojlanadi;
- g. Kasallik boshlanishi oʻtkir yoki yarim oʻtkir;
- d. Kasallik boshlanishida koʻpincha poliartrit aniqlanadi;
- e. Yurak shikoyatlari passiv xarakterli;
- j. Miokardit, perikardit, valvulitlarning aksariyat birgalikda kuzatilishi;
- z. Oʻtkir revmatik isitma klinik koʻrinishlarining ifodalanishi bilan jarayon faolligining laboratoriya koʻrsatkichlari oʻrtasida aniq bogʻliqlik (korrelyatsiya) borligi.

**Norevmatik miokarditga xarakterli:**

- a. Virusli infeksiyalar va stress taʼsirlari bilan surunkali bogʻlanish.
- b. Oʻtkazilgan infeksiyadan soʻng latent davrining qisqarishi yoki umuman yoʻqligi.
- v. Miokarditning oʻrta yoki keksa yoshda rivojlanishi.
- g. Xastalikni sekin-asta rivojlanishi.
- d. Kasallik boshlanishida boʻgʻim sindromining yoʻqligi.
- e. Yurak sohasidagi shikoyatlarning faol emotsionalligi.
- j. Karditning klinik koʻrinishlarini yorqin ifodalanishi jarayon faolligini koʻrsatuvchi laboratoriya belgilari yoʻqligi yoki sezalarsiz (kuchsiz) ifodalanishi bilan kuzatiladi.
- z. Astenizatsiya va vegetativ distoniya simptomlari borligi.

**Qaytalanuvchi endokarditda** yurak nuqsonining shakllangan muhitida, aksariyat aorta nuqsonida, infeksiyon endokarditni inkor qilish kerak. U holda yaqin anamnezdagi bakteriyali infeksiyani-infitsirlangan jarohatlarni, yiringli infeksiyalarni va boshqalarni (inobatga) olish kerak. Infeksiyonli endokarditda bemorlar keskin holsizlikka, oriqlashga, et uvishishiga, suyaklarda va mushaklarda ogʻriqqa, kuchli artralgiya yoki koʻchib yuruvchi (migriruyugtsiy) artritga shikoyat qiladilar. Infeksiyon artritga quyidagi belgilar xos: et uvishib, terlash bilan uzoq davom etuvchi remittirli, gohida intermitterli isitma, teri qatlamlarini boʻzarishi, tirnoqlar soat oynasi, barmoqlar uchi esa «nogʻora choʻpi» shaklida oʻzgarishi, tromboemboliyalarga moyillik, diffuzli glomerulonefrit, vaskulitlar va gepatosplenomegaliya rivojlanishi, jadallashuvchi anemiya, revmatoid omillarni aniqlash, keskin gipergammaglobulinemiya, bakterimiya katta tashxisiy ahamiyatga ega.

**Sistemali qizil boʻricha (SQB) boshlanishi** davrida revmokatit simptomlariga oʻxshash koʻrinishda rivojlanadi. SKBni revmokatitdan farqlash uchun baʼzi ichki aʼzolar (boʻgʻimlar, yurak, perikard, oʻpka, buyrak, talokning spetsifik shikastlanishini inobatga olish lozim. SKBda Oʻtkir revmatik isitma dagi oʻzgarishlardan farqli oʻlaroq teri zararlanishi - «kapalak» simptomi, leykopeniya, anemiya, eCHT keskin oshishi, farmol sinamasi musbatli, LE -xujayralarni va antinuklear omillarni aniqlanishi, kartikosteroid davoning samaradorligi kuzatiladi.

**Baʼzi hollarda** qaytalanuvchi, koʻpincha, choʻziluvchan revmokatitni miokarditning ogʻir, jadallashuvchi Abramov-Fidler turi bilan farqlash kerak. Bunda teri qatlamlari boʻzargan, tsianotik kulrang, yuz kerikkan (salkigan). YURak sohasidagi doimiy kuchli ogʻriq, keskinlashuvchi hansirash, holsizlik, dori-darmonlar taʼsirining sa-marasizligi, jadallashuvchi qon etishmovchiligi bemorda vahima, qoʻrquv holatini vujudga keltiradi. Tekshirilganda taxikardiya, gipotoniya, yurak hajmining kattalash-ganligi, yurak tovushlarining boʻgʻiqlashganligi aniqlanadi. Mushakli sistolmk shovqin bilan bir qatorda baʼzi bemorlarda mezodiastolik shovqin, ot dupuri ritmi, ek-strasistoliya eshitiladi.

**DAVOSI.** 3 bosqichli boʻlishi kerak: statsionar, poliklinika, sanatoriya.

**Birinchi bosqich.**

O'tkir revmatik isitma ning faol davri davolash statsionar (kasalxona) sharoitida o'tkaziladi. Revmokarditga shubha tug'lsa bemor albatta o'rinda yotishi lozim (15-20 kun) va tarkibi vitaminlarga boy va tuzi kam bo'lgan ovqatlar iste'mol qilinadi.

- Antibiotiklar (penitsillin, eritromitsin) URIni davolashda samarasiz lekin 10-14 kun davomida qo'llaniladi, chunki mazkur xastalikka uchragan ko'pchilik bemorlarda surunkali streptokokk o'chog'i kuzatiladi.

- YAllig'lanishga qarshi dori-darmonlar O'tkir revmatik isitma , davosining asosi hisoblanadi. Bunda tez ta'sir qiluvchi yallig'lanishga qarshi nospetsifik dorilar (YAqND)va kortikosteroidlar qo'llaniladi.

- **Gormonlar birlamchi revmokarditda**, aksariyat yurak qopqoq nuqsonlari shakllanishiga xavf tug'ilishi yuqori bo'lganda, qaytalanuvchi revmokarditda valvulit jadallashuviga shubha tug'lganda, bemorlarda karditning birinchi belgilari namoyon bo'lgandi qo'llaniladi. Tavsiya qilinadigan gormon miqdori 1 kg tana vazniga (og'irli-giga) 1-3 mg prednizalonga nisbatan yuboriladi (tabletkalar maydalanib, ovqatdan keyin ko'p miqdordagi suyuqlik bilan ichiladi). Davolash davrida gormon miqdori asta-sekin kamaytiriladi. Gormon davo samarasi ishtaha yaxshilanishi, harorat pasayishi va bo'g'im belgilarining yo'qolishiga qarab belgilanadi.

**YAllig'lanishga qarshi nospetsifik dorilar (YAqND)** aspirin, butadion, indometatsin, voltaren, ortafen, reopirin va boshqalar prednizalon miqdori asta-sekin kamaytirilib, sutkada 10-15 mg ni tashkil qilganda tavsiya qilinadi (odatda bu holat bemorning kasalxonadan chiqishi oldi kunlariga to'g'ri keladi). O'tkir revmatik isitma jarayoni faolligining morfologik belgilari 3-4,5 oydan o'rtiq davom etishligi tasdiqlangan. SHuning uchun YAqND shu davr oralig'ida qabul qilinadi. Davolash samaradorligi bemor holatining yaxshilanishi, haroratning muximme'yorlanishi, kardialgiyani yo'qolishi, yurak tovushlari jarangdorligini tiklanishi va shovqinlarning yo'qolishi, jarayon faolligi belgilarining me'yorlashuvi, eKG va eXOkardiografiya ko'rsatkichlarining mo'tadillashuviga nisbatan baholanadi.

**YUrak etishmovchiligi** va boshqa a'zolar belgilari yoki hamkor xastaliklar kuzatilsa ularga mos (xos) davo beriladi.

#### **Ikkinchi bosqich.**

Sozlovchi davo poliklinika yoki mahalliy maxsus salomatlikni qayta tiklash markazida o'tkaziladi. Bu erda gormonlar iste'moli mutlaqo to'xtatiladi, YAqND qabul qilinishi nazoratda davom ettiriladi, miokard metabolizmini sozlaydigan vositalar buyuriladi. Vaqti-va'qti bilan qon tarkibini tekshirish, elektr va eXOkardiografiya tekshiruvlari o'tkaziladi.

#### **Uchinchi bosqich.**

Revmatologik markazda dispanser kuzatuvi va mahalliy sanatoriyada profilaktika choralari bajariladi.

**PROFILAKTIKASI** birlamchi va ikklamchi turlariga bo'linadi.

Birlamchi profilaktika aholining yashash sharoitini yaxshilashga, sog'liqni saqlash madaniyatini kuchaytirishga qaratilgan umumiy davlat ishi hisoblanadi. Uning maqsadi-sog'lom insonlarni O'tkir revmatik isitma ga duchor qilmaslik.

#### **Streptokokk infeksiyasi bilan kurashish.**

- infeksiya tashuvchilarni (olib yuruvchilarni) aniqlash (tomoq, burun infeksiyasida albatta bakteriologik tekshirish o'tkazilishi shart).

- streptokokkli tomoq-burun infeksiyasini antibiotiklar bilan davolash lozim.

- surunkali streptokokk infeksiyasi o'chog'ini tozalash (sog'lomlashtirish) kerak.

**Aholi** orasida ish olib borish, buning maqsadi - angina va faringitga chalingan bemorlarga albatta vrachga murojat qilishlikni tushuntirish.

**O'smir yoshda** kasallikning ko'payishi, bemorlar oilasi a'zolarida O'tkir revmatik isitma rivojlanishiga katta xavf tug'ilishi va streptokokk infeksiyasi qo'zishini hisobga olib, bolalar va o'smirlar kollektivida va O'tkir revmatik isitma li bemorlar bo'lgan aholi orasida yuqorida aytilgan profilaktika choralari o'tkazish ijobiy natija beradi.

Ikkilamchi profilaktika O'tkir revmatik isitma o'tkazgan bemorlarda jarayon qaytalanishi (retsdiv) oldini olish maqsadida o'tkaziladi. Bunda antibiotiklar asosiy o'rinni egallaydi. Yil mobaynida bitsillin profilaktikasi ijobiy natija beradi. (bitsillin-5 1,5 mln birlikda mushak orasiga 3-4 xaftada 1 marta yuboriladi). Ikkilamchi profilaktika muolajasini O'tkir revmatik isitma ning oxirgi ishonchli hurujidan keyin kamida 5 yil davomida o'tkaziladi. Har xil jarrohlik muolajalari (tish sug'urish, abort, tanzilloektomiya) qo'llanilishi oldidan antibiotikni qabul kilishlikni bemorlarga tavsiya qilinadi.

#### ASORATLARI.

- YUrak qopkoq nuqsonlarining shakllanishi.
- YUrak damlanish etishmovchiligining rivojlanishi.
- YUrak ritmining buzilishi.
- Tromboemboliya (aksariyat bo'lmacha fibrillyatsiyasi paydo bo'lganda).
- Septik endokarditning sodir bo'lishi.

**Xastalik oqibatini** birlamchi revmokardit va vujudga kelgan asoratlarni davolash samaradorligi aniqlaydi.

## 4-mavzu : Gipertoniya kasalligi

### Ma'ruza mashg'ulotlarining ta'lim texnologiyasi

|                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mashg'ulot vaqti -2 soat                                                                                                                                                                                                           | Talabalar soni : 18-36 gacha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Mashg'ulot shakli                                                                                                                                                                                                                  | Kirish-axborotli ma'ruza.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Ma'ruza rejasi</b><br>1.Kasallikning etiologiyasi, patogenezi,patologik anatomiyasi<br>2. Kasallikning tasnifi,klitikasi<br>3. Kasallikning tekshirish usullari<br>4. Kasallikning davolash prinsiplari va profilactikasi       | <b>Ma'ruzaning qisqacha annotastiyasi</b><br>Hozirgi vaqtda yurak kasallilarini shu jumladan stenokardiyalarni o'rganish juda katta ahamiytga ega, chunki u yurak tizimi kasalliklari orasida ko'p uchraadi, hamda bemor hayoti uchun xafli bo'lgan asoratlar keltirib chiqarishi mumkin. Shuningdek hayot uchun muhim bo'lgan ichki a'zolari zararlashga ham sababchi bo'ladi.                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>O'quv mashg'ulotning maqsadi:</b><br>Talabalarga kasallikning etiologiyasi, patogenezi, klinik simptomlrini, laborator- instrumental diagnostika va rasional terapiy, asoratlar profilacticasini, reobilitatsiyasini o'rgatish. | <b>Maqsadi yoritiladi</b><br><b>A) ta'limiy-</b> nazariy bilimlarni egallash va mustahkamlash:<br><b>B)tarbiyaviy-</b> shifokorlikka tayyorlashda jahon standartlari talab darajisida mutaxassislikka qiziqishini, masuliyt hissiytlarini shakilantirish, o'z bilim darajasini kengautirishga qiziqishini tarbiylash, deontalogik tarbiy darajasini shakilantirish, amaliy ishni bajarishda ehtiytkorlik, aniqlik va ma'suliytni his etishni shakilantirish.<br><b>S)rivojlantiruvchi-</b> talabalarda mustaqil ficirlashni va mustaqil mulohaza yritishni shakilantirish, talabalarni mantiqiy ficirlashini rivojlantirish. |
| Ta'lim berish vositalari                                                                                                                                                                                                           | o'quv qullanma va adabiyotlar,ma'ruza matni,proektor,multimedia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Mashg'ulot uslubi                                                                                                                                                                                                                  | Axborotli,muammoli ma'ruza                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Ta'lim berish sharoiti                                                                                                                                                                                                             | Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                         |                              |
|-------------------------|------------------------------|
| Monitoring va baholash. | Og'zaki nazorat:savol-javob. |
|-------------------------|------------------------------|

### Ma'ruza mashg'ulotining texnologik kartasi

| Ish bosqichlari va vaqti.        | Ta'lim beruvchi                                                                                                                                                                                              | Ta'lim oluvchilar                                             |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Tayyorgarlik bosqichi (5 daqiqa) | 1.Mavzu bo'yicha o'quv materiallarni va auditoriyani tayyorlash.<br>2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot slaydalarini tayyorlash<br>3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | Talabalar                                                     |
| 1. Mavzuga kirish (10 daqiqa)    | 1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi<br>2. Mavzu bo'yicha savollar beradi.                                                                                                                        | Tinglaydilar<br>Talabalar berilgan savollarga javob beradilar |
| 2 – asosiy bosqich (55 daqiqa)   | 1. Mavzuni tushuntirib beradi, slaydalar namoyish qilish<br>2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi<br>3. Multimediydan foydalanadi                                                                          | Tinglaydilar<br>Tinglaydilar                                  |
| 3-yakuniy bosqich (10 daqiqa)    | 1. Yakunlovchi xulosa qiladi<br>2. Mustaqil ish beradi<br>3. Uyga vazifa beradi                                                                                                                              | Tinglaydi<br>Yozib oladi<br>Yozib oladi                       |
| Jami:80min-2soat                 |                                                                                                                                                                                                              |                                                               |

### Gipertoniya kasalligi

**Mavzu bayoni:** Arterial gipertenziya – bu yurak minutlik xajmining oshishi yoki periferik karshilikning oshishi ba'zida 2 faktorning bir vaktida oshishi olib keladigan jarayon.

YUrak kon-temir kasalliklari orasida AG eng kup tarkalgan xastalik xisoblanadi va axolining 18 yoshdan katta kismi orasida urtacha xar turt kishining bitasida uchraydi. Anikrok aytiladigan bulsa, bu kasallik bilan ogrmngan kishilar 30 yoshigacha bulgan odamlar orasida 4 %, 506-60 yoshidagilar orasida – 44 %, 60-90 yoshidagilar orasida 54 %, 70 yoshidan oshganlar orasida esa 65 % ni tashkil kiladi.

### Arterial gipertoniyaning JSSTG`GXJ da kabul kilingan tasnifi (1999 yil)

| Darajasi                                                                                          | SAB<br>smb.ust.mm.                    | DAB<br>smb.ust.mm.                | Davri                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Optimal AKB<br>Normal<br>Normal AKB ning<br>YUkori darajasi                                       | <120<br><130<br>130-139               | <80<br><85<br>85-89               | I. Nishon organlari<br>zararganlaniga xos belgilar<br>yuk                                                                                                                         |
| I darajada («yumshok»<br>turi )<br>CHeklangan AG<br>guruxchasi<br>II darajada («urtacha»<br>turi) | 140-159<br><br>140-149<br><br>160-179 | 90-99<br><br>90-94<br><br>100-109 | II. nishon organlarining<br>zararganlariga xos<br>belgilardan loakal bittasi<br>mavjud bulgan xolat (2-<br>jadalning «Nishon<br>organlarning zararlanishi»<br>bulimiga karalsin). |

|                                                                     |            |         |                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------|------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| III darajada («ogir turi»)<br>CHegaralangan sistolik<br>gipertoniya | $\geq 180$ | $< 110$ | III. Nishon organlarining<br>zararlanib bulganiga xos<br>belgilar (SH2-jadvalning<br>«Xamrok klinik xolatlar»<br>bulimiga karalsin). |
| CHeklangan sistolik<br>gipertoniya                                  | $\geq 140$ | $< 90$  |                                                                                                                                      |
| gipertoniya guruxchasi                                              | 140-149    | $< 90$  |                                                                                                                                      |

Yoshi 60-65 dan oshgan kishilarning 50 foizda AKB, odatda, bir kadar kutarilgan buladi. 65 yoshdan keyin uchraydigan AG ning 70 foizini chegaralangan sistolik gipertoniya (CHSG) tashkil kiladi va u gipertoniya kasalligining maxsus turi xisoblanadi. SAB 80 yoshgacha DAB 60 yoshgacha oshib boradi. JSK dignozini kuyish uchun SAB simob ustuni xisobida 140mm lan yukori, DAB esa 90 mm past bulishi kerak. JSST ekspertlari CHSG ning oralik turi xam borgini ma`lum ilib, bunda SAB 140-149 mm atrofida DAB 90 mm dan past bulishi kerak deb xisoblaydilar

Xozirgi paytda CHSG ning 4 turi tafovut kilinadi:

- 1.engil-elastik turi soglom kariyalarda uchraydi;
- 2.sklerotik CHSG – aorta va shoxlarining kuchli aterosklerozida paydo buladi;
- 3.elastik-mushakka alokador CHSG – neyrotsekyulyartor distoniyali ba`zi bemorlarda uchraydi;
- 4.AG li bemorlarda fakat SAB oshib ketishi bilan utadigan xili – gipertoniya kasalligi bilan aorta aterosklerozi birga kechayotgan xollarda uchraydi.

Ma`lum bulishicha, 65-94 yoshdagi kishilarda CHST xisobiga SAB 180 mm bulgan va undan oshgan paytlarda (DAB 90 mm va undan past bulganda ) miokard infarkt iva insul't kabi asoratlar xavfi uch-turt barovar katta bulishi mumkin. SHuning uchun CHSG ning davolashga katta e`tibor berilishi kerak.

Keksa yoshidagi bemorlarda CHSG ning davosi, yoshlarda uchraydigan AG davosidan kuyidagilar bilan fark kiladi:

- 1) kekse bemorlarda AKB nig 140G`90 mm past tushirish kifoya, deb xisoblanadi, xolbuki, JSST ekspertlari urta yoshdagi bemorlarda AKB ni 140G`90 mm dan pastga tushirilsa, insul't, miokard infarkti boshlnishi yoki YUIK dan ulish xavfi keskin oshadi;
- 2) kariyalardan AKB oshishiga alokador bulmagan shikoyatlar: bosh ogrigi, bosh aylanishi, kulok shangillashi singari uzgarishlar bulishi mumkin. SHuning uchun bu bemorlarda AG ga kilinadigan davo kursatilgan shikoyatlarga asoslanmasligi kerak;
- 3) kariyalar uz xayot tarzlariga juda urganib kolgan buladilar. SHuning uchun xayot trzini uzgartiruvchi omillar (ya`ni dorisiz vositalar) ularga kupincha tugri kelmaydi. Lekin, shunga karamay, tuzni iste`mol kilishni kamaytirish ularda AKB ga ijobiy ta`sir kursatadi, chunki kariyalarda uchraydigan AG Osh tuziga sezgiriligi bilan ajralib turadi;
- 4) dorilarning nojuya ta`siri tez yuzaga chikadi va kup uchraydi. Masalan, diuretiklar gipokaliemiya va gipomagniemiya paydo kilib, bushashishga, oyok-kul mushaklarining tortishishiga, aritmiyaga sabab bulishi mumkin. kariyalarda Beta-adrenoblokatorlar esa, yurak etishmovchiligini kuchaytirib, xavf soladigan darajadagi bradikardiyaga, atrio-ventikulyar blokadaga olib borishi mumkin. Markaziy nerv sistemasiga ta`sir kiluvchi dorilar ( )rezepin, klofelin, metildopa) ogiz kurishi, giperglikemiya, kabziyat, uykuchanlik, bushashish va depressiyaga sabab bulishi mumkin.

Xozirgi paytda kariyalardagi AG ga davo kilishda diuretiklar, kal'tsiy antagonistlari, AUFI va antiotenzin retseptori antagonistlari xar tomonlama ijobiy ta`sir kilishi isbotlangan. Kariyalardan AG ga davo kilishda birinchi bulib tiazid diuretiklar va kal'tsiy antagonistlarini kullash tavsiya etiladi. Agar moneterapiyaning ta`siri etarli bulmasa, bu dorilarga boshka antigipertenziv dorilar kushib ishlatilishi mumkin.

Agar keksalarda AG dan tashkari xamrok kasalliklardan YUIK yoki infarktdan keyingi kardioskleroz bulsa, bu yoshdagilarda beta-adrenoblokatorlarning ta`siri kuchsizrok bulishiga karamay, shu dorilar va, ayniksa, ularning kardioselektiv turlari ishlatilishi kerak.

AG usmirlarda (14 yoshdan va 18 bulgan ugil-kizlarda) ularning yohiga karab turlicha uchraydi: 15 yoshda 0.6, 16 yoshda 1.4, 17 yoshda 2-4. 18 yoshda 3-6 foizga boradi. YOshlarda normal AKB kancha buladi degan masala xususida xar xil fikrlar aytilgan va turli sonlar

keltirilgan. YOshlarda AKB normasi kanchaligini aniklash uchun manna bu formuladan foydalanish mumkin: SAB q 102Q(0.6 x tulik yoshi), DAB q 63Q (0.4 x tulik yoshi). Jaxon Soglikni Saklash Tashkiloti eekspertlarining taklifiga kura usmirlarda uchraydigan AG ga davo kilish uchug alfa va beta-adrenoblokatorlar va diuretiklardan foydalanish zarur. Lekin bu dorilar kattalardagiga nisbatan kamrok dozada ishlatiladi va dozada ishlatiladi va gipogalemiyaning oldini olish uchun kaliy saklovchi diuretiklar xam kushib beriladi.

Xomilador ayollar orasida AG taxminan 10 foiz xollarda uchraydi. Xomiladorlar ayollar uchraydigan AG ning umumiy kabul kilingan tasnifi yuk. Gipertoniya buyicha xalkaro jamiyatining taklifiga kura. Xomiladorlar gipertaniyasi uch turtga bulinadi. Birinchi turi – xomiradorlar gipertenziyasi deyiladi. Bunda AG xomiladorlikning 20- xaftasidan keyin paydo buladi va bola tugilgach 6 xafta ichida barxam topib ketadi. Bunday gipertenziya kupincha xomiladorlik oxirida paydo Buli, AKB birozgina oshadi, siydika oksil bulmaydi va bola tugilgach, dastlabki xaftalarda yukoladi. Ona va bola sogligiga uncha ta`sir etmaydi. Lekin ba`zi xollarda gipertenziyaning bu turi proteinuriya (kuniga 300 mgdan kup) bilan kechadi, prieeklamsiya xolati deb shuni aytiladi, Preeklamsiyaning engil turida AKB 160G`110 gacha kutariladi va kamrok proteinuriya buladi. Preeklamsiyaning ogir turida proteenuriya kuniga 5 ga dan, AKB esa 160G`110 dan ortik buladi. Kupincha bosh miya, buyrak, jigar zararlanadi, upka shishuvi va tromblotsetopeniya boshlanadi. Preeklamsiya ona va bola sogligiga yomon ta`sir kursatib, ularning xayoti uchun xavf tugdirishi mumkin.

Ikkinchi turi xomiladorlarning surunkali gipertoiniyasi deyiladi. Bunda AG xomiladorliukning 20-xaftasiga etmasdan paydo buladi va bola tugilgach 6 xaftadan keyin xam davom etadi. Bosimning shu tarika yukori bulib turishiga xomiladorlarda avvaldan davom etib kelayotgan gipertoniya kasalligi, goxo buyrak va endokrin bezlari kasalligi sabab bulishi mumkin.Uchinchi turi xomiladorlarning noanik gipertenziyasi. Bunda AG va proteinuriya bulgan yoki bulmagani xomiladorlikning 20-xaftasigacha noma`llumligicha koladi.

Xomiladorlikda AG ga davo kilishda dorisiz vositalarga katta axamiyat beriladi. Kal`tsiyga boy maxsulotlarni iste`mol kilish, etib dam olish, tartibga rioya kilish juda foydalidir. Bemorlarga kuprok chap tomonga karab etish tavsiya kilinadi, chunki bunday xolatda bachadon-pdlatsenta kon aylanishi yaxshilanib, AKB pasayishga sabab buladi. Dori vositalaridan kuprok markaziy al`fa-2 adrenoretsptorlarning agonistlari (metildopa, dopegit, al`domit) ni xam tavsiya etish mumkin. Klonidin (klofelin, gemiton)ni xam tavsiya etish mumkin.Lkin bular kuprokk yukunchalikka, dipressiya va ogiz kurishiga sabab buladi, shuning uchun kamrok ishlatiladi. Bundan tashkari, bevosita vazodilyatatorlar (gidrolazin, apressin), selektiv beta-adrenoblokatorlar (atenolol, tenormin, metoprolol), al`fa-1-adrenoblokatorlar (prazosin, minipress, pratsiol) xam tavsiya etiladi. Kal`tsiy antagonistlridan amlodipinni ishlatish, xomiladorlikning 20-xaftasidan ketsyin esa infedepin, verapamilni ishlatish mumkin. Xomiladorlik davridagi AG ga davo kilish uchun diuretiklar, AUFI va selektivmas beta-adrenoblokatorlar tavsiya etilmaydi, Xomiladorlarda kon bosimining oshib ketishiga ba`zan tromboksan A2 ning kup mikdorda sintez kilinishi vash u tufayli umumiy vazokonstriksiya boshlanishi sabab bulishi mumkin. SHuning uchun bunday bemorlarga xomiladorlikning 20-xaftasidan keyin kuniga 75mg dan aspirin ichib turish tavsiya etiladi. IG`B oshishi turli xil etiologiyali faktorlar ta`siri okibatida yoki turli xil tugma va ortirilgan kasalliklar vujudga keladi 1 gi turi essentsial yoki birlamchi gipertoniya xos, 2 chisi simptomatik gipertoniya xos (ikkilamchi)

**Patogenezi:** Gipotalamus oxamili Gipotalamus organlari maslanuvchanligi aktiv ishtirok etadi. Gipotalamus orka yadrosining guzgalishi olib keladi MOK, Markaziy yadrosining kuzgalishi pereferik karshilik oshishiga olib keladi. Ventosmedil yadroning kuzgalishi pereferik karshilikni sabab buladi.

Nevrogen faktorlar ta`siri - Gipotalamus - gipofiz – uzunchokmiya - gipotolamo – Gipofizar - pressor aktivlining oshishi AITG buyrak usti ba`zi katexolaminlar gipersekretsiyasi (yurakdan otilib chikadigan, kon mikdori kupayishi - buyrak etishmovchiligi YUGA gipertrofiyasi, giperploziyasi-rening - Angiotenzin I angeotenziya II al`dosteron gipersekretsiyasi - gipertoniya.

Renin kolga chikib  $\alpha_2$  – globulin bilan birikib angiotenziya I ga aylanadi. Fermentlar ta'siri oshib angiotenzin II aylanadi.

Al'desteron kanallardan Na reabsorbsiyasini kuchaytiradi xama kismi asosan distal kislari Naorganizmlarda ushlab kinishi oshib gepofiz antidiuretin gormon kup mikdorida chikadi, natijada organizmda suv tuplanadi, konda plazma mikdori xujayradan tashkarida suyuqlik yigiladi, bu kon tomir devorining ishiga va tamir toraytiruvchi faktorlarga sezuv oshishiga sabab buladi.

Arterial gipertoniya mexanizmida konning minutlik xajmining perefirik karshilikka bulgan nisbati etadi.

SHu mexanizmga muvofik

- 1) Gemodinamikaning giperkinetik tipi (oshgan MOK normal engil pasaygan )
- 2) Gipoginetik tiplar normal yoki pasaygan (MOK va PS oshgan)
- 3) Aralash (MOK va PS oshgan)

Sistolik bosim-arteriya devoridagi maksimal bosim bulib, bu chap korinchadan chikadigan konning zarba xajmi, maksimal xaidashi va aortaning kengayishi olib kelib chikadi.

Norma: 100-139 mm sim.ust. Diastolik bosim – Arteriya devoridagi konda diastola oxiridagi bosimi norma: 60-80 mm.sim.ust

### **ASORATLARI**

Gipert krizis aorta anevrizmasi aorta erilishi miyaga va tur pordaga kon kuyilishi buyrakning 1 lamchi bujmayishi.

Gipertoniya kriz - birdaniga yukori darajada kutarilishi va bulgan tserebral va kardial simptomatikada kuchayishi bilan boglik.

Bu asorat gipertoniya kasalligini bir muvozanatda kechishidan farkli ularok miya, yurak, buyrak yoki boshiga a'zolda kon aylanishini xavfli buzilishi bilan belgilanadi. Gipertoniya krizni 2 klinik turi mavjud.

Adrenergik 1-chi turdagi kriz G.K boshlangich davrlarida kuzatiladi, 3-4 soat davom etadi va tegishli dori darmonlar yordamida bemorlarni kriz xolatidan nisbatan engil chikarib olish mumkin. Bu krizda katik bosh aylanishi titrash yurak atrofida ogrik kuzatiladi. Noradrenolinli turi II tip – kasalligida keyingi davrlarda kuzatilib, sekinlashi bilan boshlanadi. Bu krizda klinik belgilar bir tipdagi krizdagidan ammo yurak, bosh, miya jaroxatlanishi bilan udati.

### **SABABLARI:**

10-15 % xollarda stres gormonlarning kup mikdorlarda iG`ch (adrenolin) YUrak minut xajmi oshib kelib kutarilishiga olib keladi.

Psixik zurikishlar gipertoniyaning oshishiga asosiy sababchilardan xisoblanadi.

Kal'tsiyning konda oshib ketib ish gipertoniya shunday formasiga olib keladiki kasalda kon tomir devoridagi sillik muskullarning spazmiga sababchi bilib davleniyaning uzgarishiga olib keladi.

20-30 gipertonik kasalliklrd arteriyada sklerozlanishi natijada arteriya tnishlarida aterosklerotik blyashkalarning rivojlanishiga olib keladi. Bunda kon-tomir bushligi kiskarib kon t`minlanishining normal bulishiga xarakat karishi koni konda kun yurakning kuchli kiskarishi konda kun xaydalishi natijasida AD kutariladi. Buyrakda kon bilan ta`minlanishida kamayishi buyrakda aktif ta`sir kiladigan moddalar xosil bulib AD bundan xam yukori kutarilishi va uning davomiligiga sabab buladi. Ayrim dori vositalarida uzluksiz ta`siri AD kutarinishiga sabab buladi.

### **BULARDAN:**

- Ogiz kontratseftlari, yukori dozali garmonlarini
- Ishtaxani pasaytiruvchi
- Glyukokartikoidlar prednizalon, deksametazon

- YAlliglanishaga karshi preparat (indametoldin)  
Ba`zida 10 x xollar AD ktarilishi boshka kasalliklarda simptom sifatida bulishi mumkin.  
Bundaykaytlardan simptomatik (buyrakni, endokrinli genodinamikli) gipertenziya

### **REFRAKTERLI GIPERTONIYA**

SHunday xollarda kachonki medikamentli terapiyada 3 ta yoki undan ortikdori preparatllarining kullanilishi tasirida AD tushishi paylarida refraktirli yoki terapevtik davolash natijasiz bulgand aytishimiz mumkin.

Aytish joyiz ki bazida noanik refrakter giperotoinyasi kachonki terapevtik muolajalar notugri diagnostikada noanik tanlangan preparatlar yoki xakimning uzi yozgan muolajalari dek dori kabul kilish kerak.

Izolyatsiyalangan diastolik gipertoinya 6-9 % xollarda uchraydi

Refraktornaya gipertoniya. Davo, dori preparatlarga refraktorlik yoki rezistentlik paydo buladi. Bemor 3 va 10 ta ortik prep bilan davolanganda effekt yaxshi bulmaydi.

Ok xolat gipertoniyasi. Meditsina xodimi A.B ulchagan vaktida KG`B uy sharoitida bir necha marta ulchash yoki sutka davomida manitorlik urnatish yordamida aniklanadi.

### **OKIBATI:**

Kasallikda okibati va kechishi ularda bulgan kushimcha kasalliklarga boglik (YUIK, kandli diabet, buyrak kasallitklar, distsirklyator entsefolopatiya).

Agar kushimcha kasalligi bulsa metal'no`y isxod bulishi mumkin.

Insul't paydo bulishiga xavf: kuchayadi

- Giperreniyali AG da
- TSerebral shikoyatlar kompleksni bulganda
- gipertoniya aretrial krizis bulganda.

### **DAVO:**

I pogona

Monoterapiya  $\beta$ -adrenoblokatorlar (simptom nerv tuzilishi oshgan bemorlar): takikardiya 80dan pul's bulsa pul's bosim 50 mm sim.ust. kup bulsa (norma kup terlash, ekstrasistent yurak tez urishi bulganda Anaprilin 40-160 mg 4-10 mg yoki rezerpin 0,2-0,8 mg Monoterapiya diuretiklar bilan gipersimptomotoniya belgilar bulmagan bemorlarda: ya`ni brodikardiya pastaznost' yuzlarida va oyoklarida shish bulganda.

Gipoteozit 25-75 mg.

Triompur.1-3 tabletka

II pogona

Monoterapiya effektsiz bulganda

- 1) Diuretikning  $\beta$  – adrenoblokator 40-160 m
- 2) diuretikda APF ingibitori
- 3) V adrenoblokatorlar Ca antogonisti

III pogona 3 ta preparat v adrenQdiurQAPFogir formada AG

YUkoridagilarda kushimcha

Gidrolazat (Apressin) 25-100 mg Adel'fan – ezidltreks (tartbida) 10 mg

apressinda 0,1 mg rezerpin va gipotioziya 10 mg

Gipotenziv preparatlar:

JSST va GXJ GK davolashda kuyidagi gurux preparatlarini tavsiya

kilgan

- 1) Diuretiklar
- 2) V adrenoblokatorlar
- 3) Ca antogonisti
- 4) APF ingibitori
- 5)  $\alpha$ -adrenoblokatorlar

#### Kushimcha

- 1) Klanidin (klafilin 0,01 ml)
- 2) Meteldopa (aldamet 1-3 ml)
- 3) Guanfatsin (estulek)

#### II Simptomalitiklar

- 1) Guanetedin (izobarin 10-100 ml)
- 2) Rezerpin (rausedil 0,1- 0,25)

#### III Bevosita vazodilyatatorlar

- 1) gidralazin (apressin 50-300)
- 2) minoksidil 5-80 ml

#### IV Kaliy saklovch diuretiklar

- 1) Aminoriya (midomor 5-20)
- 2) Spiranalakton (verashpiron 50-150)

3) pogona utilganda 3 davo yaxshi ta'sir tutilmaganda kushimcha guruxdan preparat tanlab olinadi.

Xafakon kasaligini davolashga kupgina usullar birga olib boriladi.

Birinchiidan – kasallikni keltirib chikaruvchi a`zoga ta'sir etuvchi salbiy ta'sirlar yukotiladi, dam olish ovkatlanish tartiblashtiriladi, tuz va suv iste'mol kilishni cheklanadi.

Ikkinchiidan – nerv tuzumini tinglantirish uchun adativ dorilaridan: Bromidlar, valeriana, tranklizatorlarda (tazepan, elenium, rudatel') neyrogentik (aminozin, droperidol) antidepressant (amitriptilin)lardan foydalaniladi.

Uchinchidan Kon bosimini kaytiruvchi (gipotenziv) dorilardan foydalanish. Ular 4 guruxga bulinadi.

1. Simpato adrenalik tuzimini ishini susaytiruvchi dorilar:

- Klofelin (0,075 ml) – metildofo (0,25)- L stimulovchi 0,01% - 0,57 vG`m. PG`p vG`v Q 20 : NaCl

- Rezerpin – 0,1 – 0,25 pG`p
- Ratsiatin tsentr simpatolitik
- Okitadin 0,025
- Benzogeksanit 2,5 – 0,5 – 7,0 vG`p
- TSentamin 5% - 0,3-0,5 vG`v – 20,0 NaCl

#### 2.V – blokatorlar

- Anaprilin – 0,01 – 0,04 (obzidan inderal)
- Viksen 0,005 po 1t x 3
- Trazikor 0,020 po 1 t x 3 r
- L – blokatoro`
- Prazozin – 0,0005
- Pirroksan – 1% - 2 – 3,0 vG`m, pG`p
- Tabl. 0,015-0,03

3. Suv – tuz almashinuviga ta'sir etuvchi dorilar.

- Gipotiazid 25-50-100 sht. Brinaldiks 10-60 sht.
- Furosemid 40 sht
- Uregit
- Virashpiron, triamterin – 25 sht x 3 r - 50 – 100 sht

4.Kon tomirlarini kengaytiruvchi moddalar:

- Apresin s 10 – 25 sht. 100 – 200 sht.
- Mioksidil 2 – 40 sht.
- Antroprussid Na – 10 – 20 sht.
- Antogon Sa – fenigidin (korindar, kordarin, niridipin, adolat) verapamil, izoptin, finoptin – 40-80 sht.

5.Renin – angiotenzinga karshi moddalar.

- Kaptopril (kamoten, tenziomil) – 25 –50 sht.

I boskichda – 1ta dori, sekin – asta dozasi kutarilib boriladi.

II boskichda 2-3 dori kushib ishlatiladi.

III boskichda – 3ta va undan kup dorilar ishlatiladi.

Krizlarni davolashda – 1% - diabol – 4-6,0 vG`i yoki 0,01%-1,0-10 ml NaCL vG`i yoki 0,25% - 2,0 droperiodlo vG`i yoki 5% - 1,0 pentamin mG`o, vG`i Q 10,0 NaCL vG`i – furasemid 4-6,0-2%

Eufillin 2,4% - 10,0 vG`i

Nitroprusid Na – 50 mg – 500,0 , 5% glyukoza.

## 5-mavzu : YuIK. Stenokardiya

### Ma’ruza mashg’ulotlarining ta’lim texnologiyasi

|                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mashg’ulot vaqti -2 soat                                                                                                                                                                                                           | Talabalar soni : 18-36 gacha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Mashg’ulot shakli                                                                                                                                                                                                                  | Kirish-axborotli ma’ruza.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Ma’ruza rejasi</b><br>1.Kasallikning etiologiyasi, patogenezi,patologik anatomiyasi<br>2. Kasallikning tasnifi,klitikasi<br>3. Kasallikning tekshirish usullari<br>4. Kasallikning davolash prinsiplari va profilactikasi       | <b>Ma’ruzaning qisqacha annotastiyasi</b><br>Hozirgi vaqtda yurak kasallilarini shu jumladan stenokardiyalarni o`rganish juda katta ahamiytga ega, chunki u yurak tizimi kasalliklari orasida ko`p uchraadi, hamda bemor hayoti uchun xafli bo`lgan asoratlar keltirib chiqarishi mumkin. Shuningdek hayot uchun muhim bo`lgan ichki a`zolari zararlashga ham sababchi bo`ladi.                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>O`quv mashg`ulotning maqsadi:</b><br>Talabalarga kasallikning etiologiyasi, patogenezi, klinik simptomlrini, laborator- instrumental diagnostika va rasional terapiy, asoratlar profilacticasini, reobilitatsiyasini o`rgatish. | <b>Maqsadi yoritiladi</b><br><b>B) ta`limiy-</b> nazariy bilimlarni egallash va mustahkamlash:<br><b>B)tarbiyaviy-</b> shifokorlikka tayyorlashda jahon standartlari talab darajisida mutaxassislikka qiziqishini, masuliyt hissiytlarini shakilantirish, o`z bilim darajasini kengautirishga qiziqishini tarbiylash, deontalogik tarbiy darajasini shakilantirish, amaliy ishni bajarishda ehtiytkorlik, aniqlik va ma`suliytni his etishni shakilantirish.<br><b>S)rivojlantiruvchi-</b> talabalarda mustaqil ficirlashni va mustaqil mulohaza yritishni shakilantirish, talabalarni mantiqiy ficirlashini rivojlantirish. |
| Ta`lim berish vositalari                                                                                                                                                                                                           | o`quv qullanma va adabiyotlar,ma`ruza matni,proektor,multimedia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Mashg`ulot uslubi                                                                                                                                                                                                                  | Axborotli,muammoli ma`ruza                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Ta`lim berish sharoiti                                                                                                                                                                                                             | Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Monitoring va baholash.                                                                                                                                                                                                            | Og`zaki nazorat:savol-javob.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

### Ma’ruza mashg’ulotining texnologik kartasi

|                    |                 |                   |
|--------------------|-----------------|-------------------|
| Ish bosqichlari va | Ta`lim beruvchi | Ta`lim oluvchilar |
|--------------------|-----------------|-------------------|

|                                  |                                                                                                                                                                                                              |                                                               |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| vaqti.                           |                                                                                                                                                                                                              |                                                               |
| Tayyorgarlik bosqichi (5 daqiqa) | 1.Mavzu bo'yicha o'quv materiallarni va auditoriyani tayyorlash.<br>2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot slaydalarini tayyorlash<br>3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | Talabalar                                                     |
| 1. Mavzuga kirish (10 daqiqa)    | 1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi<br>2. Mavzu bo'yicha savollar beradi.                                                                                                                        | Tinglaydilar<br>Talabalar berilgan savollarga javob beradilar |
| 2 – asosiy bosqich (55 daqiqa)   | 1. Mavzuni tushuntirib beradi, slaydalar namoyish qilish<br>2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi<br>3. Multimediydan foydalanadi                                                                          | Tinglaydilar<br><br>Tinglaydilar                              |
| 3-yakuniy bosqich (10 daqiqa)    | 1. Yakunlovchi xulosa qiladi<br>2. Mustaqil ish beradi<br>3. Uyga vazifa beradi                                                                                                                              | Tinglaydi<br>Yozib oladi<br>Yozib oladi                       |
| Jami:80min-2soat                 |                                                                                                                                                                                                              |                                                               |

**Mavzu bayoni: Yurak ishemik kasalligi (YUIK)** - bu toj arteriyalar tizimidagi patologik jarayonlar natijasida miokardga qon kelishining kamayishi yoki to'xtashi sababli yurak mushagining o'tkir va surunkali zararlanishi. Patologik jarayon asosida miokardning qon bilan taminlanishiga talabi bilan shikastlangan arteriyalardan qonning mumkin bo'lgan miqdorining oqib kelishi o'rtasidagi muvozanatning buzilishi yotadi. Bu nomutanosiblik miokardni ma'lum darajada qon bilan ta'minlanishining saqlanishi, lekin miokard extiyojini keskin oshishi yoki qon bilan ta'minlanishining pasayishi natijasida vujudga kelishi mumkin.

2. etiologiyasi va patogenez. YUIK rivojlanishining asosiy sababi yurak toj arteriyalarini stenozlaydigan aterosklerotik zararlanishidir. SHu bilan birga toj arteriyalarda k;on aylanishning buzilishi patogenezida angiospastik omil va qon tomir ichida o'tkinchi trombotsitlar qorishmasining xosil bo'lishi muhim rol' o'ynaydi.

(1) Toj arteriyalar aterosklerozi. YUIK ga chalingan 95 foiz bemorlarning toj arteriyasida, aksariyat proksimal soxasida, ateroskleroz bilan shikastlanish aniqlangan. Ateroskleroz pilakchalarining shakllanishi ko'p bosqichli, bir necha yillar davom etadi.

Boshlanishida arteriya satxi deyarli o'zgarmaydi. Tomir devorlarida lipidlarning yigilishi natijasida endoteliy butunligi buziladi, yara va pilak fibroz k;obig'ining yorilishi, uning eritrotsitlar va fibrinlar bilan infiltratsiyalanishi vujudga keladi. Bu xolat trombotsitlar k;orishmalari va mikrotromblar xosil bo'lishiga olib keladi. Toj arteriyalarning organik stenozi turli xil ko'rinishda - tomir devori yuzasida zo'rga aniqlanadigan narsadan tomirning to'la okklyuziyasigacha (jipslashishigacha) o'zgarishi mumkin. Ko'pchilik bemorlarda YUIKning ilk klinik bel-gilari ateroskleroz pilakchalari toj arteriyasini faqat talaygina stenozlaganda (toraytirganda) ma'lum bo'ladi.

(2) Toj arteriyalar spazmi (sikilishi). Xozirgi davrda YUIKda selektiv koronarografiya yordamida toj arteriyalar spazmasining patogenetik roli aniqlangan. Spazm bilan chaqirilgan stenokardiya xuruji tinch xolatda miokardning kislorodga talabi oshmasdan vujudga keladi. Ateroskleroz arteriyalar reaktivligini buzadi. Toj arteriyalarning patologik angiospastik reaksiyalari asosida tashqi muxit omillari ta'siriga sezuvchanlikning oshishi yotadi. Ko'pchilik bemorlarda toj arteriyalar spazmi qon tomirlarning organik o'zgarishlari muxitida yuzaga keladi. Bu xolatda toj arteriyalar teshigining torayishi spazmning ifodalanishiga bogliq;. Agar spazm ta'sirida torayish 75 foizdan ortsa, bemorda zo'riqish stenokardiya belgilari paydo bo'ladi. Agar

spazm toj arteriyalar teshigini mutlaqo bekitsa, spazm muddatiga nisbatan spontan stenokardiya xuruji, miokard infarkti yoki to'satdan o'lish sodir bo'ladi.

(3) O'tkinchi trombotsitlar qorishmasi. Toj arteriyalarning angiospastik reaksiyalari vujudga kelishida araxidin kislotasi metabolitlari (prostoglandinlar va trom-boksanlar) orasidagi munosabat muxim o'rin egallaydi. qon tomir intemasida ishlab chiqariladigan prostatsiklin yavdol antiagregatsion (qoripshaga qarshi) faollikka ega va E2 prostoglandin bilan birgalikda toj arteriyalar dilatatsiyasini (kengayishini) chaqiradi. Trombotsitlar ishlab chiqaradigan tromboksan kuchli vazokonstriktor va trombotsitlar qorishmasi stimulyatori xisoblanadi. Normada prostotsiklin va tromboksan orasida muvozanat mavjud. SHikastlangan endoteliy soxasida mazkur muvozanat buzilganda trombotsitlar qorishmasi xosil bo'lishiga v;ulay sharoit vujudga keladi. Jismoniy yuklamaga toleranti (sezuvchanligi) past bo'lgan YUIKda (beqaror stenokardiya, miokard infarktida) qonda aylanib yuruvchi trombotsitlar qorishmasining soni ortadi. Patologik jarayon zo'rayishining tezligi tashqi va ichki muxit omillariga (xavf tug'diruvchi omillarga) bogliq: giperxolesterinemiya, chekish, arterial gipertoniya, gipodinamiya - kam xarakat xayot tarzi, semizlik, qand kasalligi, nasliy moy-illik, qonda siydik kislotasining yuqori miqtsori va xoka-zolar.

3. Tasnifi JSST ekspert qo'mitasi takliflari asosida Rossiyaning kardiologiya ilmiy markazi xodimlari tomoni-dan 1989 yilda yaratilgan. Tasnifni aniqlash klinik ma'lumotlarga, eKG natijalariga va fermentlar faolligi dalillariga asoslanadi. Mazkur tasnifga binoan YUIK 6 guruxga bo'linadi.

(1) To'satdan toj tomir o'limi (yurakning birlamchi to'xtashi) - miokardning kon bilan ta'minlanishining beqarorligi sababli vujudga keladi va qorinchalar fibrillyatsi-yasiga (yurak qorinchalari muskul tolalarining aloxida-aloxida, xar xil vaqtda va tartibsiz qisqarishiga) olib keladi. Agar reanimatsiya vositalari o'tkazilmagan bo'lsa yoki ular natijasiz bo'lgan bo'lsa, unda yurakning birlamchi to'xtashi to'satdan toj tomir o'limi sifatida ta'riflanadi. Bu o'lim guvoxlar ishtirokida bir zumda yoki yurak xuruji boshlanishidan 6 soat oralig'ida sodir bo'lgan o'lim deb ifodalanadi.

(2) **Stenokardiya** - ikki turi farqlanadi. **a. Zo'riqish stenokardiyasi** - ogir jismoniy mexnatda va emotsional xolatlarda (salbiy xis-xayajonlar) yoki miokardning metabolik extiyojlari kuchayishiga olib keluvchi boshqa omillar (arteriya bosimining ko'tarilishi, taxikardiya) ta'sirida to'sh suyagining orqasida og'riq xurujining vujudga kelishi bilan ifodalanadi. qonuniy tarzda og'riq tinchlikda yoki til ostiga nitroglitserin qabulidan so'ng tezda yo'qoladi. Zo'riqish stenokardiyasi birinchi marta paydo bo'lgan, barqaror, avj oluvchi turlarga bo'linadi.

**(a) Birinchi marta paydo bo'lgan zo'rmiqish stenokardiyasi** - xuruj paydo bo'lgan vaqtdan boshlab 1 oygacha davom etadi. U klinik kechishi va oqibatiga nisbatan polimorfli (ko'p shaklli): avj olishi, barqaror turga o'tishi yoki regressirlanishi (orqaga qaytishi) mumkin.

**(b) Barkaror zo'rikish stenokardiyasi.** Xurujlar paydo bo'lganiga 1 oydan ko'p vaqt o'tgan. Jismoniy yukla-malarni bajarishga nisbatan to'rtta funktsional sinf tafovut qilinadi.

**1-sinf yoki yashirin stenokardiya.** Xurujlar juda kam sodir bo'ladi. Odatdagi jismoniy xarakat, zinapoyadan ko'tarilish, tekis yo'lda yurishni bemorlar yaxshi ko'taradilar, og'riq xuruji vujudga kelmaydi. Ogriq sindromi kuchli jismoniy xarakatda yuzaga keladi. Bunday xurujlar miokard infarktini o'tkazgan be-morlarda kuzatilishi mumkin.

**11-sinf yoki stenokardiyaning engil darajasi.** Odatdagi jismoniy faollik ko'pgina chegaralangan. Stenokardiya xuruji tekis yo'lda odatdagi yurishda masofa 500 m dan ortgandan so'ng, bir qavatdan ko'proq yuqori ko'tarilishda, ovqatlangandan keyin yurishda, sovuq xavoda, shamolga karshiyurishda, xayajonlanishda yoki uyg'ongandan so'ng birinchi soatlarda paydo bo'ladi. Miokard infarktini o'tkazgan shaxslar bu guruxda, oldingiga nisbatan anchagina ko'p.

**SH-sinf yoki o'rtacha ogirlikdagi stenokardiya.** Bemorning kompensator-moslashish imkoniyatining pasayishi natijasida jismoniy faolligi sezilarli darajada chegaralangan.

Stenokardiya xuruji odatda me'yoriy tezlikda tekis yo'lda 100-150 m masofa yurilganda, zinapoyadan 1 qavatga ko'tarilganda vujudga keladi, ba'zan osoyishtalik stenokardiya xuruji aniqlanadi, ko'pchilik bemorlar anamnezida miokard infarkti qayd qilinadi.

**1U-sinf yoki ogir stenokardiya.** Og'riq xuruji ozgina jismoniy xarakatda, 100 m gacha bo'lgan tekis yo'lda yurilganda yuzaga keladi. Bunda zo'riqish stenokardiyasiga o'xshash miokardning kislorodga ehtiyojining ortishi (arterial bosim ko'tarilishi, yurak urishining tezlashishi) bemor horizontal xolatga o'tganda yurakka vena qonining ko'p tushishi sababli tinch turganda stenokardiya xurujining paydo bo'lishi xarakterlidir.

**(v) Avj oluvchi zo'riqish stenokardiyasi** bemorda odatdagi yuklamaga javoban stenokardiya xurujining tez-tez qaytalanishi, ogir kechishi, davom etishining cho'zi-lishi bilan xarakterlanadi.

**b. Spontan (maxsus) stenokardiya.** Og'riq sindromi osoyishtalik xolatda jismoniy zo'riqishsiz vujudga keladi. Bu-stenokardiyaning maxsus variantli yoki Printsmetal turi. Bunda, zo'riqish stenokardiyasiga nisbatan, anginoz sindromi anchagina davomli va kuchli, nitroglitserin ta'siri kam. Mazkur stenokardiyaning asosiy sababi yirik toj arteriyalar spazmi xisoblanadi. Spontan stenokardiya xurujida eKGda S-T segmentining o'tkinchi ko'tarilishi yoki T-tishchasining o'zgarishi aniqlanadi, lekin miokard infarktiga xos (QRS kompleksining o'zgarishi yoki qon zardobidagi fermentlar faolligi kuzatilmaydi.

**(3) Miokard infarkti.** O'tkir miokard infarkti tashxisi xastalikning klinik manzarasi, eKG o'zgarishlari va qon zardobi fermentlari faolligining oshishi asosida qo'yiladi. **a. Klinik ko'rinishi** - orir va davomli anginoz ogriqi xuruji mavjudligida tipik deb xisoblanadi. Ba'zi xollarda og'rik; o'rtacha jadallikda yoki mutlaqo bo'lmasligi ham mumkin, goxida boshqa simptomlar (yurak qicqarishining ritmining va impul's o'tkazilishining buzilishi, o'tkir yurak etishmovchiligi) namoyon bo'ladi.

b. eKGning patognomonik o'zgarishlariga patologik Q tishchasining yoki QRST kompleksining shakllanishi, hamda S-T segmenti yoki T tishchasi o'zgarishining o'ziga xos dinamikasi kiradi.

v. qon zardobi fermentlari faolligining dinamikasi, ya'ni boshlanishch faollikning ko'tarilishi (yuqori me'yoriy chegaradan 50 foizdan baland), keyinchalik pasayi-shi bilan kechishi miokard infarktiga patognomonik xisoblanadi.

(1) Yirik o'chogli (transmural) miokard infarkti. Tashxisi eKG yoki qon zardobida fermentlar faolligining patognomonik o'zgarishlari mavjudligida xatto notipik klinik ko'rinishida ham qo'yiladi.

(2) Mayda o'chogli (intramural) miokard infarkti. Tashxisi eKGda (QRS kompleksining patologik o'zgarishsiz S-T segmenti va T tishchasining dinamik o'zgarishlari asosida, kon zardobida fermentlar faolligining tipik o'zgarishlari mavjudligida aniqlanadi.

(4) Infarktdan keyingi kardioskleroz tashxisi miokard infarkti yuzaga kelganidan so'ng 2 oy o'tgach kuyiladi. Tashxisda surunkali yurak anevrizmasi mavjudligi, miokardning ichki yorilishi, yurakning papillyar mushaklari disfunktsiyasi, yurak ichi trombozi, yurak ritmi buzilishining xarakteri, yurak etishmovchiligining turi va bosqichi ko'rsatiladi. Agar eKGda miokard infarktining o'tmishda o'tkazganlik belgilari bo'lmasa, unda tashxis tibbiy xujjatlar asosida eKG yoki fermentlarning ilgarigi tipik o'zgarishlariga qarab qo'yilishi mumkin.

(5) YUrak ritmining buzilishi (shakli ko'rsatilgan xolda) -YUIKning aritmik varianti mustaqil xastalik xuquqiga shu vaqtda egaki, agar aritmiya YUIK-ning yagona belgisi xisoblansa. Tashxis koronografiya tekshirishi bilan tasdiqlanishi kerak.

(6) YUrak etishmovchiligi (shakli va bosqichi ko'rsatilgan xolda) - YUIKning xar xil turlari (miokard

infarkti, infarktdan keyingi kardioskleroz, yurak anevrizmasi) natijasida shakllanishi mumkin, lekin yurak etishmovchiligi agar YUIK belgilarisiz rivoj-lansa, bu xolatda mazkur jarayon asosiy kasallikning asorati ko'rinishida ifodalanishi kerak. YUIKning zamonaviy klink tasnifida xastalikning og'riqsiz turi ifodalanmagan. Bu YUIKning mutlaqo anginoz xurujisiz bo'lmaslikni anglatmaydi. Bunday xollar o'tkir miokard infarkti bilan orrgan bemorlarda ham kuzatiladi. Mazkur fenomen sabablari turlicha: ba'zilarida og'riq sezish chegarasi pasaygan, boshqalari esa o'zlarini stenokardiya xurujiga olib keladigan yuklama sezish chegarasiga duchor qilmaydilar.

## **STENOKARDIYA**

**1. Tarifi.** Stenokardiya miokardning k;on bilan ta'minlanishining o'tkir etishmasligi natijasida ko'krakda ogriq xurujining vujudga kelishi bilan ifodalanadi. YUrak mushaklarida anoksiya

rivojlanadi, buning natijasida fosfor, glyukoza almashinuvi, glikogen xosil bo'lish jarayoni buziladi, bu xolat ogrik; xuruji paydo bo'lishini yuzaga keltiradi. Jismoniy zo'riqish yoki emotsional stress katexolaminlar ishlab chiqarilishining kuchayishi va ularning miokardda yirilishi bilan kuzatiladi, bu xolat 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 majassamlashtiradi.

**2. Tarqalishi.** Stenokardiya 50yoshdagi xar 100 000 axoli soniga o'rta xisobda 150 nafardan to'g'ri keladi. erkaklar, ayollarga nisbatan, 5 marta ko'p xastalanadilar, ayollarda bu kasallik aksariyat menopauza davrida vujudga keladi.

### **3. etiologiyasi.**

- (1) Toj arteriyalar aterosklerozi.
- (2) Toj arteriyalar spazmi
- (3) Aorta og'zi stenozi.
- (4) Gipertrofik kardiomiopatiya.
- (5) Birlamchi o'pka arteriyasi gipertenziyasi.
- (6) Aorta kopkog'i etishmovchiligi.

### **4.Xavf turdiruvchi omillar.**

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

### **5.Klinik ko'rinishi.**

**(1)Barkaror stenokardiyaning** asosiy klinik belgisi og'riq xisoblanib, u to'sh suyagining orkasida seziladi. Og'rik; qo'lga, aksariyat chap qo'lga, ko'krak soxasiga, elkaga, kuraklar o'rtasiga, pastki jagga, bo'yinga, quloq uchiga tarqaladi. Ba'zan og'riq faqat qayd etilgan soxalarda joylashib, ko'krakda kuzatilmaydi. Og'riq siqilish, achishish, bosilish sezgisi xarakterida bo'lib, ogir mexnat qilganda, asabiy zo'riqishda, sovuq xavoda yurganda, ovqatlangandan so'ng paydo bo'ladi. Stenokardiya xuruji o'rtacha 2-5 daqiqa davomida kuzatiladi va xarakat to'xtatilsa yoki nitroglitserin qabul qilinsa og'riq kamayadi yoki yo'qoladi. Og'riq kishida xavotirlik, qo'rquv xolatini sodir qiladi, shu bois bemor og'rik; tarqalguncha qimirlamasdan o'z joyida o'tiradi. Xuruj oxirida kekirish, esnash, kaltirash, ko'p miqdorda peshob ajralishi kuzatiladi. Ayrim xollarda xarakat davrida stenokardiya ekvivalenti-xansirash yoki umumiy bexollik xolati paydo bo'ladi, xarakat to'xtatilgach yoki nitroglitserin kabulqilgandan so'ng noxush sezgilar tezda yo'qoladi.

**(a) 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 xisoblanadi. 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 soxalar (Zaxarin-Geda soxalari) aniqlanadi. Bu orqa miyaning VIII va 1-V ko'krak umurtqalari chegarasiga to'g'ri keladi.

**(2)Osoyishtalik stenokardiyasi** zo'rik;ish stenokardiyasidan farqli o'laroq to'satdan tinch xolatda, aksariyat tunda, vujudga keladi. Bu xolatda og'riq xuruji kuchli, davomli va nitroglitserin ta'sirida biroz kamayadi. Osoyishtalik stenokardiyasi bilan xastalangan ba'zi bir be-morlarda og'riq gorizontal xolatda, yurakka qon kelishining ko'payishi natijasida paydo bo'ladi. Stenokardiyaning mazkur turiga xuruj davrmda ko'pincha ritm buzili-shi xam xarakterli. Og'riq bosilayotgandek, kesilayotgandek, ezilayotganidek, tomoqni siodandek, ba'zan kuyishga o'xshash xususiyatda bo'ladi. Osoyishtalik stenokardiyasi xurujining paydo bo'lishiga arteriya bosimining tranzi-tor oshishi yoki paroksizmal taxikardiya xuruji, asabiy yoki ruxiy zo'riqish sababchi bo'lishi mumkin. **(3) Printsmetal stenokardiyasi** - osoyishtalik stenokardiyasining nomaqbul (yomon) turlaridan biri xisoblanadi. Xastalikning bu turi asosida yurak

mushakklarining ko'p qismida ishemiya rivojlanishini yuzaga keltiruvchi yirik toj arteriyaar spazmi yotadi. Printsmetal stenokardiyasida og'riq xurujlari 5-15 daqiqadan 30 daqiqagacha davom etadi, aksariyat kechasi yoki saxarda paydo bo'ladi. Uning farqlanadigan belgisi og'riqning tsiklik xarakterda bo'lishidir. eKGda xuruj paytida S-T oralishning izoelektrik chizig'idan o'tkinchi ko'tarilishi aniqlanadi, bu xolat miokardning subepikard qavati ishemiyasini ko'rsatadi.

**6.Kechishi** - xar 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 bermay-di 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 uzoqvaqt xastalangan bemorlarda kardioskleroz rivojlanadi, yurak ritmi buziladi, yurak etishmovchiligi belgilari paydo bo'ladi.

**7.Tashxisi** anamnez, klinik belgilar xususiyati, tipik soxalarda, ayniqsa to'sh suyagi orqasida joylashishi, elkaning ichki satxi, bilak teri giperalgeziyasi (og'riq sezishning zo'rayishi) asosida aniqlanadi. Agar stenokardiya atipik belgilar bilan ifodalansa, eKG va laboratoriya ma'lumotlari tinch xolatda 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.

#### **8. 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, mi-okard inarktida kollaps (yurak qon-tomir etishmovchiligi), shok (karaxt) kuzatiladi, kecha-kunduz davomida qon-da aminotransferazlar darajasi oshadi, hafta oxirida eCHT-tezlashadi, bu xolat stenokardiyada aniqlanmaydi. eKG ko'rsatkichlarining dinamikada o'zgarishi muxim ahamiyatga ega.

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

**(3)YUrak nuqsonlari** (mitral stenozi, aorta qopqog'i etishmovchiligi) da xam to'sh suyagi orqasida va yurak soxasida og'riq kuzatiladi. Bu xolatlarda xar bir illatning o'ziga xos belgilari namoyon bo'ladi. eKGda S-T segmenti izochi-zivdan surilmagan bo'ladi.

**(4)Miokarditning** qiyosiy tashxisi ma'lum qiyinchilikni tug'diradi. Mazkur xastalikda og'riq doimiy bo'lib, ko'pincha xansirash, ritm buzilishi, o'ng qorincha etishmovchiligi, xarorat ko'tarilishi bilan kuzatiladi, eng asosiysi esa, o'tkazilgan infektsiya bilan borlanishning mavjudligidir, rentgenda yurak konfiguratsiyasi va qonning xarakterli o'zgarishi (leykotsitoz, eCHT ortishi) YUIKni istisno qilishga imkon 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, xamda ko'krak bo'shlishda ichak shovqinlarining eshitilishi, rentgen tekshirishlarida churra aniqlanishi stenokardiyani istisno etadi va diafragmaning qizilo'ngach teshigi churrasi tashxisini tasdiqlaydi.

**(6)Perikarditda** to'sh suyagi orqasidagi og'riq o'tirgan xolatda kamayadi: auskul'tatsiyada - perikardning ishqalanish shovqini eshitiladi. Rentgenogrammada - perikard bo'shlig'ida suyuqlik yig'ilganda yurak chegarasining kengay-ganligi, exokardiografiyada esa-perikard bo'shlig'ida suyuqlik mavjudligi aniqlanadi.

**(7) Gipotalamik sindrom.** Stenokardiyada og'riqning vujudga kelishida jismoniy yoki ruhiy taranglashish, gipotalamik sindromda esa-infektsiya asosiy rol' o'ynaydi. Stenokardiyada og'rik, qonuniy ravishda, xurujsimon, kiska vaktli, to'sh suyagi orqasida joylashadi, o'ziga xos tarqalishga ega, nitroglitserin samarali ta'sir ko'rsatadi, gipotalamik sindromda esa - og'rik; davomli, doimiy, yurak cho'qqisida joylashadi, nitroglitserin og'rikni kamaytirmaydi. eKG ko'rsatkichlari o'zgarishlari stenokardiya xuruji boshlanishida chap ko'krak ulanishida, keyinchalik - xammasida aniqlanadi. Gipotalamik sindromda eKG o'zgarishining xarakterli

xususiyati T tishchasining inversiyasi (burilishi) va I ko'krak ulanishida S-T segmentining siljishi xisoblanadi. Inderal yoki kaliy xlor bilan sinab ko'rish stenokardiya da manfiy, gipotalamik sindromda esa musbat.

**9. Davosi.** Davolashning asosiy tamoyili kompleksli, davomli, patogenetik usul xisoblanadi.

**a.Kun tartibiga rioya qilishlik** - shoshmasdan yurish, tushlikdan so'ng ozgina dam olish, taomni me'yorida iste'mol qilish, uyqudan oldin ovqatlanmaslik, xayajonlanishdan 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** - ogriq xurujini to'xtatuvchi va oldini oluvchi asosiy davo vositalari xisoblanadi. Nitratlar miokard taranglashuvini 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 nitroglicerin 0,3-0,5 mg tabletkasi til ostiga qo'yiladi. Uning ta'siri 1-3 daqiqaga etadi. 10-15 daqiqa oralirida 2-3 marta qaytarish mumkin. Bir vaqtda *uzoq* ta'sir etadigan (prolongirlangan) nitromoddalarni qabul qilish mumkin. Ular ta'siri 1 soatdan so'ng vujudga keladi va 4-8 soat davom etadi. SHu maqsadda erinit til ostiga 0,02 dan 4 maxal, 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 davrda, nitranol 0,01 g dan kuniga 3 marta qabul qilinadi.

**(2)β - adrenoretseptorlar blokatorlari** ogriq xurujini to'xtatish, yurak faoliyatini va miokardning oksigen iste'mol qilishini kamaytirish, kollateral qon aylashini va miokardda qon oqimi taqsimlanishini yaxshilash ta'siriga ega. Klinikada keng qo'llaniladigan β-blokatorlar: atenolol 25-100 mg, nadolol (korgard)-40-100 mg dan sutkada 2 marta; konkor (5mg) 1G 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)Kaltsiy antagonistlari** kaltsiy 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 - heparin, neodikumarin, sinkumar, fenilin) va **antiagregantlar** (trombotsitlar qorishmalariga qarshi ta'sir qiluvchilar - dipiridamol, kurantil, persantin) bilan birgalikda qo'llaniladilar. Ular yurak uri-shini 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 xisoblanadi. U lipidlarning 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. Mikrotsirkulyatsiya jarayonini yaxshilash maqsadida prodektin (anginin, trental, nikotin kislotasi), nikotin ksantinoli (komplamin) gqabul qilinadi.

**(7)Stenokardiyaning kompleks davolashda psixofarmakologik moddalar-sedativ** (valeriana, bromidlar), trankvilizator (tazepam, nozepam, seduksen, elenium, librium), uxlatuvchi (lyuminal, barbamil, nembital), xamda giperbarik oksigenatsiya va gemosorbtziya vositalari qo'llaniladi.

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

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

#### **g. Fizioterapiya muolajalari.**

(1) No-shpa, papaverin, gangleron, platifillin elektroforezi toj arteriyalarni kengaytirish maqsadida qo'llaniladi.

(2) Sedativ va yurakka kuchsizlantiruvchi adrenergik ta'sir ko'rsatish uchun brom, barbamil, aminazin va magniy elektrofarezi buyuriladi. elektr uyqubilan birgalikda aeroterapiya va yokasoxasiga galvanizatsiya qo'yish xam katta ahamiyatga ega.

(3) Ogriq xurujini kamaytirish novakain, dionin, amidopirin, analgin elektroforezlarini qo'llash, yurak soxasining refleksogen zonalarini darsonvalizatsiyalash, xamda diadinamik va sinosoidal modulirlangan toklarning segmentar ta'siri yordamida amalga oshiriladi. **(4)** Kaliy, magniy, panangin, yod, piridoksin, geparip elektroforezi miokard metabolizmiga va faoliyatiga me'yorlashtiruvchi va antikoagulyant ta'sir ko'rsatadi.

#### **d. Xalq tabobati.**

**(1) Alomat choy** (repeynichesk aziatiskiy). Bu o'simlikning mayda to'g'ralgan o'ti yoki gullaridan 1 choy qoshiq olib, ustiga 1 stakan kaynoksuv quyiladida, sal qaynatib, keyin damlab qo'yiladi. Obdon dam eganilan keyin suzib olinib, ovqatdan yarim soat ilgari 1G`4 stakandan kuniga 3 marta ichiladi.

**(2) Arslonquyruq** (pustirnik). 2 osh qoshiq miqdordagi o't ustiga qaynab turgan 1 stakan suv solib, uy xaroratida sovuguncha damlab qo'yiladida, keyin suzib olib, 1-2 osh qoshiqdan 3 maxal ichiladi.

**(3) Devortagi o'ti** (shandra ocherednozubaya). quritilgan devortagi o'tini maydalab 2 osh koshikmiqdorida olinadida, ustiga 2 stakan sovuq suv quyib, og'zi berk idishda 2-3 soat qoldiriladi. Keyin suzib olib, 1G`4 stakandan kuniga 4 marta ichiladi.

**(4) Isirik (garmala, adraspan).** Maydalangan isiriq o'tidan 1 choy qoshiq olib, ustiga qaynoq suv quyiladida, 2 soat damlab qo'yiladi. Keyin suzib olib, 1 osh qoshiqdan kuniga 3 marta ichiladi.

**(5) Limon.** Kuniga 3 maxal bittadan limon eb turish buyuriladi.

**(6) Kichik bo'rigul** (barvinok mal'sh). Maydalangan bo'ri-gul o'tidan 1 osh qoshiq olib, ustiga qaynab turgan 1 stakan suv quyiladi va suv xammomiga qo'yib, 15 daqiqa qaynatiladi, sovugandan keyin suzib olinadi va 1G`3 stakandan 3 maxal ichiladi.

**(7) Lavlagi, kizilcha** (svekla). YAngi lavlagining qirib olingan suvidan 25 ml dan 3 maxal ichiladi.

**(8) qovoqni** kuniga 1-2 kg gacha qasqonda buglatib eyishkerak.

**(9) Na'matak** (shipovnik) mevalaridan 1 osh qoshiq miqdorida olib, ustiga qaynab turgan 2 stakan suv quyiladi, 10 dakikaqaynatib, 24 soat damlab qo'yiladi, keyin suzib olinib, ovqatdan ilgari 1G`2 stakandan kuniga 2 maxal ichiladi.

**(10) Rovoch** (reven'). 20 g miqdorda to'g'ralgan ildizlari ustiga 200 ml qaynoqsuv quyilib, 15-20 daqiqa qaynatiladi, keyin sovuguncha damlab ko'yiladi, suzib olinadi va 2 osh qoshiqdan kuniga 3-4 maxal ichiladi.

**(11) Sarimsoq piyoz** (chesnok). 100 g sarimsoqni mayda to'grab, eziladida ustiga 150 ml aroq quyiladi. 2 hafta turg'izib qo'yiladi. Ovqatdan 20 daqiqa oldin 25 tomchidan 3 maxal ichiladi (45 kun mobaynida) - oktyabr oyidan aprelgacha bo'lgan davrda.

**(12) Suli** (oves). 1 stakan suli doni ustiga qaynab turgan 1 l suv quyib, suvning yarmi qolguncha qaynatiladi, keyin suzib olinadida, qaynatma ustiga 2 stakan suv qo'shiladi va yana bir necha daqiqa qaynatiladi. Bu qaynatmani 2-3 bo'lib ichiladi.

**(13) Taxash** (pol'sh'). Kukun xolidagi o'tdan 1 osh qoshik; olib, termosga solinadida, ustiga 500 ml 'qaynoq suv quyib 10 soat davomida damlab qo'yiladi. Ovqatdan yarim soat oldin 1G`2 stakandan kuniga 3 maxal ichiladi.

(14) **YAntoq** (kolyuchka). Mayda yanchilgan yantoq o`tidan 2 choy koshiq miqdorida termosga solib, ustidan qaynab tur-gan 200 ml suv qo`yiladida, 2-3 soat damlab qo`yiladi. Suzib olinib, 1 osh qoshiqdan 3-4 maxal ichiladi.

(15) Kechqurun 15-20 dona o`rik turshagi ustiga qaynoq suv quyib, ertalabgacha ko`yiladi va naxorga ivitilgan o`rik eyiladi, ustidan damlamasi ichiladi (30-45 kun davomida).

#### 10. Profilaktikasi.

##### a.Birlamchi profilaktika:

- (1) Ateroskleroz, gipertoniya kasalligi, semirishni oldini olish;
- (2) Tabak chekishni va spirtli ichimliklar ichishni cheklash;
- (3) Osh tuzi va xolesteringa boy bo`lgan maxsulotlar (yog`, tuxum, yogli go`sht) iste`molini chegaralash.
- (4) Maxsus badantarbiya mashqlarini muntazam ravishda bajarish.

##### b.Ikkilamchi profilaktika:

- (1) Aterosklerozga qarshi gipolipidemik dorilarni qo`llash.
- (2) Ogriq sindromini, yurak urishi maromining buzilishini va yurak etishmovchiligini izchillik bilan davolash.

## 6-mavzu : Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalliklari

### Ma`ruza mashg`ulotlarining ta`lim texnologiyasi

|                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mashg`ulot vaqti -2 soat                                                                                                                                                                                                           | Talabalar soni : 18-36 gacha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Mashg`ulot shakli                                                                                                                                                                                                                  | Kirish-axborotli ma`ruza.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Ma`ruza rejasi</b><br>1.Kasallikning etiologiyasi, patogenezi,patologik anatomiyasi<br>2. Kasallikning tasnifi,klitikasi<br>3. Kasallikning tekshirish usullari<br>4. Kasallikning davolash prinsiplari va profilactikasi       | <b>Ma`ruzaning qisqacha annotastiyasi</b><br>Hozirgi vaqtda Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalliklari ni o`rganish juda katta ahamiytga ega, chunki u gastroentorologik kasalliklari orasida ko`p uchraadi, hamda bemor hayoti uchun xafli bo`lgan asoratlar keltirib chiqarishi mumkin. Shuningdek hayot uchun muhim bo`lgan ichki a`zolari zararlashga ham sababchi bo`ladi.                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>O`quv mashg`ulotning maqsadi:</b><br>Talabalarga kasallikning etiologiyasi, patogenezi, klinik simptomlrini, laborator- instrumental diagnostika va rasional terapiy, asoratlar profilacticasini, reobilitatsiyasini o`rgatish. | <b>Maqsadi yoritiladi</b><br><b>A) ta`limiy-</b> nazariy bilimlarni egallash va mustahkamlash:<br><b>B)tarbiyaviy-</b> shifokorlikka tayyorlashda jahon standartlari talab darajisida mutaxassislikka qiziqishini, masuliyt hissiytlarini shakilantirish, o`z bilim darajasini kengautirishga qiziqishini tarbiylash, deontalogik tarbiy darajasini shakilantirish, amaliy ishni bajarishda ehtiytkorlik, aniqlik va ma`suliytni his etishni shakilantirish.<br><b>S)rivojlantiruvchi-</b> talabalarda mustaqil ficirlashni va mustaqil mulohaza yritishni shakilantirish, talabalarni mantiqiy ficirlashini rivojlantirish. |
| Ta`lim berish vositalari                                                                                                                                                                                                           | o`quv qullanma va adabiyotlar,ma`ruza matni,proektor,multimedia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Mashg`ulot uslubi                                                                                                                                                                                                                  | Axborotli,muammoli ma`ruza                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Ta`lim berish sharoiti                                                                                                                                                                                                             | Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Monitoring va baholash.                                                                                                                                                                                                            | Og`zaki nazorat:savol-javob.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

### Ma'ruza mashg'ulotining texnologik kartasi

| Ish bosqichlari va vaqti.        | Ta'lim beruvchi                                                                                                                                                                                              | Ta'lim oluvchilar                                             |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Tayyorgarlik bosqichi (5 daqiqa) | 1.Mavzu bo'yicha o'quv materiallarni va auditoriyani tayyorlash.<br>2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot slaydalarini tayyorlash<br>3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | Talabalar                                                     |
| 1. Mavzuga kirish (10 daqiqa)    | 1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi<br>2. Mavzu bo'yicha savollar beradi.                                                                                                                        | Tinglaydilar<br>Talabalar berilgan savollarga javob beradilar |
| 2 – asosiy bosqich (55 daqiqa)   | 1. Mavzuni tushuntirib beradi, slaydalar namoyish qilish<br>2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi<br>3. Multimediydan foydalanadi                                                                          | Tinglaydilar<br>Tinglaydilar                                  |
| 3-yakuniy bosqich (10 daqiqa)    | 1. Yakunlovchi xulosa qiladi<br>2. Mustaqil ish beradi<br>3. Uyga vazifa beradi                                                                                                                              | Tinglaydi<br>Yozib oladi<br>Yozib oladi                       |
| Jami:80min-2soat                 |                                                                                                                                                                                                              |                                                               |

### Mavzu bayoni: Oshkozon va un ikki barmok ichakning yara kasalligi

Oshkozon(me`da) va un ikki barmok ichakning yara kasalligi- tsikl bilan davom etadigan surunkali kaslik bulib, oshkozon va un ikki barmok ichakda yara paydo bulishi bilan yuzaga chikadi.

Kasallik oshkozon va un ikki barmok ichak ish faoliyatining neyro gumoral va endokrin boshkarilinishining buzilishi tufayli paydo buladi. SHu sababli oshkozon shirasida pepsin va xlorid kislota kupaygani xolda undagi shillikning ximoya kilish xususiyati pasayadi va yara paydo bulishiga olib keladi. Bu kasallik xar xil eshda, ayniksa, 30-40 eshda axolining 5% da kup uchraydi. SHaxarliklar bu kasallik bilan kishlokdagi axoliga nisbatdan kup ogriydilar. erkaklarda bu kasallik aellarga nsibatan kup uchraydi(ayniksa un ikki barmok yarasi kasalligi).

**Etiologiyasi:** Kasllikning kelib chikish sabablari kup bulganligidan (40 tagacha) bu kasallik polietiologik xisoblanadi. Bular 2 ta katta guruxga bulinadi: asosiy va erdamchi sabablar. Asosiy sabablarga doir bir necha nazariyalar mavjud: A)mexanik nazariya: kattik, dagal, achchik,shur, emon.

CHaynalgan ovkatning oshkozon shillik kavatiga mexanik ta`siri natijasida yara paydo buladi.

V) nevrogen nazariya: asabiy-ruxan charchash, utki rva surunkali ruxiy kechinmalar, barotravma, bosh miyaning jaroxatlanishi tufayli oshkozon va 12 barmok ichak faoliyatining buzilishi natijasida yara paydo buladi;

D) peptik nazariya: bunga asosan oshkozon shirasida xlorid kislota va pepsin kupayada, shu bilan bir katorda oshkozon shirasidagi shillikning ximoya kilish xususiyati kamayib uz-uzini xazm kilishi kuzatiladi; E) infektsion nazariya: 1982 yilda aniklangan spiralsimon bakteriya xelikobakter pulori ning oshkozonda yara xosil bulishida ishtirok etishi ilmiy tekshirishlarda isbotlandi.

**Yordamchi sabablar:**

1. Odamning tuzilishi va irsiy xususiyatlari, oshkozonlarda erdamchi shillik bezlarning kupayishi, kon gruppasi, aloxida xususiyatlari.
  2. Tashqi sharoit ta'siri (namlik, havo bosimi, harorat).
  3. Tamaki chekish va ichkilik ichish.
- qushimcha kasalliklar (ovqat hazm qilish yuli kasalliklari, jigar tsirrozi va boshqalar).

**Kasallikning rivojlanishi.** Kasallikning rivojlanish jarayoni yaxshi urganilmagan. Har xil sabablar (asosiy va yordamchi sabablarning birgalikdagi ta'siri) natijasida miya qobig'i va gipotalamo – gipofiz tizimi faoliyatidagi uzgarish (kortikoliberinni kup ishlab chiqarish natijasida gipofizda AKTG gormonini ishlab chiqarish kupayishi) natijasida vegetativ nerv tizimi parasimpatik qismining faolligi oshadi.

Vagotoniya oshqozon va 12 barmoq ichak harakatini uzgartiradi va oshqozon shirasini oshiradi. Bu sabablar tananing irsiy-konstitutsional xususiyatlari bilan birga (oshqozon shirasi shirasi ishlab chiqaradigan hujayralarning kupayishi) kislota-peptik faoliyatining oshishiga olib keladi. Bunga buyrak usti bezining kortizol ishlab chiqarishi oshishi natijasida gastritning kupayishi (gipofiz oldingi bulagi faoliyatining oshishi oqibatida) ham sabab buladi. Yana buyrak osti bezi faoliyatining uzgarishi oshqozon shilliq pardasining kislota-peptik ta'siriga qarshilik faoliyatini pasaytiradi, buning natijasida shilliq pardaning regeneratsiya faoliyati pasayadi, shilliq kam ishlab chiqarilishi natijasida shilliqning xususiyati buziladi. Oshqozon harakatining buzilishi 12 barmoq ichak yarasida uning ovqat moddalaridan bushashining tezlashishi oshqozonda kup miqdorda nordon suyuqlikning 12 barmoq ichakka tushishiga olib keladi.

Oshqozon yarasida kasalligida xarakat va evakuatsiya faoliyati buzilishi natijasida oshkozondagi ovkat evakuatsiyasining pasayishi va 12 barmok ichak bushligidagi ovkat moddalarning oshkozonga utishi kuzatiladi. 12 barmok ichak yarasida oshkozonning kislota peptik faoliyatining oshishi va bushalishi tezlashishi axamiyatli bulsa, oshqozon yarasida esa regenerativ faoliyatning susayishi, oshqozon bushashishining sekinlashuvi sababli shillik moddasi ximoya faoliyatining susayishi katta axamiyatga ega.

**Patologik anatomiyasi.** Oshqozon va 12 barmok ichakdagi yaralar katta (diametri 6-8 sm gacha, gagant) va kichik (0,5-1,0 sm gacha) bulishi mumkin. 12 barmok ichak yaralari kupincha kichik buladi. Yana bita eki bir nechta bulishi, yangi yara enida eski yaradan chandik kuzatilishi mumkin. Yana aralar oddiy va kalliezli bulishi mumkin. Oddiy yaralar katta bulmagan, chetlari tekis, sillik buladi va bunday yaralar nisbatan kiska vakt ichida chandiklanadi. Kalliezli yaralar katta, chetlari kupol va kutarilgan buladi. Bunday yaralar tez chandiklanmaydi va kupincha usmaga aylanishi mumkin. Patologik anatomiyasida oshqozon va 12 barmokli ichakning yara kasalligi asoratlari (koneatgan kon tomir, perforatsiya, pentiratsiya, 12 barmok ichak stenoz iva malignizatsiyasi) aniklanishi mumkin.

#### **Kasallik turlari:**

1. klinik-morfologik belgilariga karab: oshqozon yara kasalligi va 12 barmok ichak yara kasalligi
  2. yaraning joylashishiga karab: me'daning kirish kismida, chikish kismida, kichik egrilik soxasida, katta egrilik soxasida, 12 barmok ichak soxasida v.x.
  3. kasallikning kechishiga karab: katytalanishi, pasayib kaytalanishi, pasayishi.
  4. kasallikning ogir engilligiga karab: engil kechadigan, surunkali (uzgarmaydigan), kuchayib boardigan bulshi mumkin.
- Engil kechadigan turida oshkozondagi yara kichik va chukur bulmay, kam kaytalanadi, asorati bulmaydi. Dorilar bilan davolash 1 oydan sung natija berali.
- Surunkali kechishida davoning natijasi kamrok bulib, 1 chi yilinig uzida kaytalanishi mumkin.
- Kuchayib boradigan turida davolash natijasi juda xam past asoratar buladi, tez-tez kaytalanadi.
5. kasallik asoratli asoratsiz bulishi mumkin.

**Asoratlari.** Oshkozondan kon ketishi, penitratsiya, oshkozonning perforattsiyasi, usmaga aylanishi, oshqozon va 12 barmok ichak stenoz.

**Kasallik belgilari** Ba'zida kasallik belgilarisiz kechadi va tasodifan rentgenda eki endoskopik tekshirishda aniklanadi. Ba'zi xalarda kasallik asoratlarning yuzaga kelishi (oshqozon perforattsiyasi, konashi) me'da yara kasalligi mavjudligi xakida uylashga majbur

kiladi. SHunga karamasdan, kup xollarda kasallikning kechishiga xo asosiy belgilari mavjud. Asoratlanmagan yara kasalligining asosiy belgisi ogrikdir. Kup bemorlarda me`da soxasidagi ogrik kuchli, kesuvchi, sanchikli bulsa, ba`zilarini kuchsiz va sikuvchi ogrik bezovta kiladi. Ogrik belgisining ifodalanligi yaraning chukurligiga, me`da xarakat faoliyatining buzilish darajasiga bemorning uziga xos sezuvchanligiga boglik. Ogrik belgisining paydo bulishi mavsumiy bulib, baxor va kuz oylarida kuprok kuzatiladi. Bu davrda kasallik kuprok kaytalanadi.

Kup bemorlarda me`da eki 12 barmok ichak soxasida ogrik bezovta kiladi. Ogrik xuruji davrida bemorlar majburiy xolatni (korniga etib, oeklarini korin tomonga bukib, odinga engashib) egallashga xarakat kiladilar va bunda ogrikning biroz pasayishiga erishadilar. yara kasalligida ogrik ma`lum darajada takrorlanib, kuninng turli vaktlarida kuzatiladi va ogrik ovkatlashga xam boglikdir. Ovkatlanish bilan boglik ogrikning erta, kech, och koringa va tungi turlari kuzatiladi. Ovkatlanishdan keyin kiska muddatda (20-3dakikada) paydo buladigan erta ogriklar me`da yara kasalligiga xos. Och koringa bezovta kiladigan, tungi va kech (ovkatlanishdan 1- ½ -3 soat utkach paydo buladigan) ogriklar 12 barmok ichak yara kasalligiga xos bulib, ovkatlanish ogrikning pasayishiga olib keladi. Natriy gidrokarbonat va boshka antatsit dorilarni kabul kilish xam ogrikrani kamaytiradi.

Kursatilgan ogrikning takrorlanishi kasallikning asoratlanmagan turiga xos. Yara kasalligi surunkali gastrit, surunkali duodenit, xolitsistit eki pankreatit bilan birga kechgnda, ogrik yukoridagi takrorlanishini yukotib, doimiy eki erta ogriklar rivojlanadi. Shu bilan birga, yara kasalligining ogriksiz turi mavjudligini xam edda saklash lozim.

Yara kalligidagi ogrik kator dispeptik belgilar: kungil aynishi, kusish, jigildon kaynashi, kekirishi va kabziyat bilan kechadi. Yara kasalligi bilan ogrigan bemorlarda ishtaxa yukolmaydi, ammo ovkatlanish bilan doimimiy takrorlanuvchi ogrik tufayli bemorlar ovkatlanishdan kurkadilar. SHu sababli, kasallik kaytalanish davrida bemorlar yana xam ozib ketadilar.

Bemorlar kuzdan kechirilganda ularning ozginligi asabiylashganligi, kup terlashga moyilligi, ifodalangan kizil, ba`zi bemorlarda ok dermografizm kuzatiladi. Til kuzdan kechirilganda uni krash koplagnanli erilishlari, trofik uzgarishlarni aniklash mumkin.

Me`da va 12 brmok ichak soxasi yuzaki va chukur paypaslanganda ogrik, korin oldi devori mushaklarining tarangllashuvi aniklanadi. Qator bemorlarda me`da soxasi perkussiya kilinganda ogrik-Mendel belgisi rivojlanadi.

Me`da shirasi kamayishi eki kupayishi mumkin. Runtgenda bariy sul`fat berib tekshirilganda yara kalligining asosiy belgisi- «tokcha» belgisi bemorlarning ¾ kismida aniklanadi. Engil, chukur bulmagan, kichik yara rentgenda aniklanmasligi mumkin. «tokcha» belgisi topilmaganda kasallikni aniklashda rentgen tekshirishdagi ba`zi belgilarga: kursatgich barmok belgisi, naxorda me`da shirasi kupligi, bariyning me`dada 6 soatdan kup saklanib kolishi, barmok bilan tekshirilganda ogrik paydo bulishiga asoslanish mumkin.

Yara kasalligini aniklashda gastroduodenofibroskop bilan tekshirishning axamiyati muxim.

Laboratoriya tekshirish usullaridan najasda yashirin koni muntazam (kaytalanish davrida xar 2-4 kunda) aniklash axamiyatli. Konashni aniklash (boshka extimoliy sabablar inkor kilinganda) yara kasalligi kaytalanligidan dalolat beruvchi belgi xisoblanishi mumkin.

**Tashxisi.** Tashxis kuyish uchun kasalning shikoyati, kasallik tarixi, turmush tarzi, oshkozonni rentgen nuri erdamida, gastrofibroskop vositasida tekshirish asos buladi.

**Qiyosiy tashxisi.** Oshkozon yarasi kasalligini gastrit, xolitsistit, oshkozon usmasi (polipi) va boshkalar bilan solishtiriladi.

**Davolash.** Oshkozoniyarasi bilan ogrigan bemorlar yara xuruji kchaygan bokichda kasalxonada davolanadilar. Kun tartibiga ovkatlanish tartibiga rioya kiladilar.

Parxez ovkatlar buyuriladi№1 (a, b,) parexzi.

Yara kasalligida oksil, eg, karbon suvlar, vitaminlar ,mikroelementlar fiziologik me`erida blishi shart. Yara kasalligining uta kuchayishi davrida kuzilungach, oshkozon va 12 barmok ichak shillik kavatini mexanik va kimeviy ta`sirlardan saklash zarur. Ovkatlanish kuniga 5 marta buyurilib, ovkatlar yaxshi kaynatilgan,maydalangan va bugda pishirilgan bulishi kerak.

Dorilar bilan davolash kuyidagi asosiy yunalishlarda olib boirladi:

1. Markaziy asab tizimini faoliyatini yaxshilovchi, tinchlantiruvchi, uyku chakiruvchi.
2. Ortikcha ishlab chikarilgan xlorid kislota va pepsinni neytrallash va biriktirib olish
3. Oshkozon va 12 barmok ichak xarakati va utkazuvchanligini yaxshilash
4. Shillik kavatning ximoya faoliyatni kupaytirish
5. Shillik kavat tukima elementlari regenerativ xususiyatni oshirish va distrofik yalliglanish jaraenini kamaytirish

6. Kampilobakter pilori ga karshi antibakteriyal davolash

m-xolinolitiklar (atropin,metatsin) tayinlanadi. Bu dori moddalari ogrikni koldirishga erdam beradi.0,1% li atropin eritmasidan 0,5-1 ml, 0,1% li metatsin eritmasidan 2ml, platifilini eritmasidan 1-2 ml kuniga 2-3 min ovkatdan 30-40 dakika din buyuriladi.

Gastrosepin xlorid kislota ishlab chikarilishini 10-12 soatga pasaytiradi. 1 sutkada75-10mg, kunida 2 marta buyuriladi, u 4-5 xaftada yaraning chndiklanishiga olib kelib boshka dori moddalari sngari noxush ta`sirga ega emas, shuning uchun yara kasalligi glaukoma, yurakning ishemik kasalligi, xafakon kasalligi, nevrosteniya va boshka kasalliklar bilan kechganda xam kullash mumkin.

Xlorid kislota netyrallash va bariktirish mksadida tarkibida allyumin va magniy saklagan dori moddalardan kullaniladi. Xolinolitiklar bilan birga kullanganda ularning ta`xsiri birmuncha oshadi. Kaytalanish davrining 2-3 xaftasida eruvchan magniy oksid, vikolin vikoir) va erimaydigan (almagel, fosfoliyugel, gelyusilak, gastal, peye-xoo, alugastrin) xlorid kislota ga karshi dorilar bilan birga ovkatdan 30-40 dakika oldin ichiladi. Tukima modda almashinuviga ta`sir etuvchi preparatlar natriy oksiferis-karbon (30-50 mg mushak orasiga), solkoseril (2-4 ml mushak orasiga) vinillin (uykudan oldin 3-5 ta) chakanda moyi (10 ml 2-3 marta iish uchun), natriy nukleinat(0,5g 3-4 marta ichish uchun) trixopol (0,5g 3-4 marta ichish uchun) vitamin U (0,05-0,01 g 3 marta ichish uchun) etaden (1% li eritma 10 ml 1 marta kuniga mushak orasiga), vitaminlar V1, V2, V6, V12, V15, S, A, kokarboksilaza, aloe ekstrakt iva boshka biogen kuchlantiruvchilar, oksilli gidrolizatlardan bir eki ikkitasi 20-30kunga buyuriladi.

Gistamin N2 retseptorlari sezuvchanligini kamaytirish maksadida simetidin, ranitidin va famotidin kullaniladi.

Simetidin 200 mg kuniga 3 marta ovkatdan keyin va 400 mg uykudan oldin beriladi. Ta`siri 3-4 kunda nomoen bulib, urta xisobda 4 xaftada yaraning chandiklanishiga olib keladi. Ranitidin 150 mg dan 2 marta, nonushtadan sung va uykdan oldin beriladi.Bu guruxdagi dorilarga gastrotsepin kushilib ishlatilsa maksadga muvofik buladi.

Oshkozon va 12 barmok ichak shillik kavatini tashki ta`sirlardan asrash maksadida tarkibida vismut saklagan de-nol buyuriladi. U oksil va aminokislotalar bilan birikib yara atrofida erimaydigan parda xosil kilib, uni ta`sirlanishdan saklaydi. Ovkatlanishdan 30-40 dakika avval 1-2 tab dan 3-4 marta, eritmasi esa 5-10-15 ml suv kushib iiladi, davolash muddati 28-30 kun.

Sukralfat 1 g dan kuniga 3-4 marta, ovkatlanishdan 30-40 dakika oldin 4-6 xafta davomida beriladi.

De-nol va sukralfat chekuvchi bemorlar uchun juda axamiyatlidir, chunki chekish gistamin N2 retseptorlarining sezuvchanligini kamaytiruvchi dorilar xususiyatini pasaytiradi.

Kampilobakter pilori aniklanganda oshkozon va ichakning yara kasalligida de-nol, metronidazol (trixopol), furazolidon, oksatsilin, eritromitsin kabilarni kullash tavsiya etiladi.

Fizioterapevtik davolash ususllari parxez va dori moddalari bilan davolash kushib olib boriladi.

Epigastral soxa va ung kovurgalar ostiga issiklik muolajalari (diatermiya, induktotermiya) kilinadi.

Past chastotali elektr toki erdamida uxlatib, detsimetr tulkinli tok bilan maxalliy ta`sir etish foyda beradi. Mineral suvlar bilan vanna kili shva ularni tarkibiga, oshkozonning kislotali xolatiga karab ichishga buyurish mumkin.

Fiziterapevtik muolajalar kullashda yara kasalligida kupincha uchrab turadigan onkologik xolatlarni xisobga olish maksadga muvofik.

Yara kasalligini endoskopik yul bilan davolashda ezofagogastroduodenoskop orkali gemostatik suyukliklar 95% li amino kapron kislota, 10% li kal'tsiy xlorid eritmasi, 5% li novokain va adrenalin) bilan muolaja utkaziladi.

Xozirgi vaktida endoskopik yul orkali lazer nurlari bilan yara kasalligini davolash keng kullanilmokda.

Kasallikning chandiklanish boskichida chekish, spirtli ichimliklar ichish, kofe, achchik ovkatlar mann etiladi. I shva dam olish tartibiga rioya kilish (suv bilan davolash, davolash gimnastikasi, sanatoriy-kurrtlarda davolanish, dispanser kuzatuvi, baxor va kuzda dori-darmonlar bilan davolash foyda beradi.

## 7-mavzu : Surunkali pielonefrit

### Ma'ruza mashg'ulotlarining ta'lim texnologiyasi

|                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mashg'ulot vaqti -2 soat                                                                                                                                                                                                           | Talabalar soni : 18-36 gacha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Mashg'ulot shakli                                                                                                                                                                                                                  | Kirish-axborotli ma'ruza.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Ma'ruza rejasi</b><br>1.Kasallikning etiologiyasi, patogenezi,patologik anatomiyasi<br>2. Kasallikning tasnifi,klitikasi<br>3. Kasallikning tekshirish usullari<br>4. Kasallikning davolash prinsiplari va profilacticasini     | <b>Ma'ruzaning qisqacha annotastiyasi</b><br>Hozirgi vaqtda buyrak kasalliklarini shu jumladan glomerulonefritlarni o'rganish juda katta ahamiytga ega, chunki u buyrak kasalliklari orasida ko'p uchraadi, hamda bemor hayoti uchun xafli bo'lgan asoratlar keltirib chiqarishi mumkin. Shuningdek hayot uchun muhim bo'lgan ichki a'zolari zararlashga ham sababchi bo'ladi.                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>O'quv mashg'ulotning maqsadi:</b><br>Talabalarga kasallikning etiologiyasi, patogenezi, klinik simptomlrini, laborator- instrumental diagnostika va rasional terapiy, asoratlar profilacticasini, reobilitatsiyasini o'rgatish. | <b>Maqsadi yoritiladi</b><br><b>A) ta'limiy-</b> nazariy bilimlarni egallash va mustahkamlash:<br><b>B)tarbiyaviy-</b> shifokorlikka tayyorlashda jahon standartlari talab darajisida mutaxassislikka qiziqishini, masuliyt hissiytlarini shakilantirish, o'z bilim darajasini kengautirishga qiziqishini tarbiylash, deontalogik tarbiy darajasini shakilantirish, amaliy ishni bajarishda ehtiytkorlik, aniqlik va ma'suliytni his etishni shakilantirish.<br><b>S)rivojlantiruvchi-</b> talabalarda mustaqil ficirlashni va mustaqil mulohaza yritishni shakilantirish, talabalarni mantiqiy ficirlashini rivojlantirish. |
| Ta'lim berish vositalari                                                                                                                                                                                                           | o'quv qullanma va adabiyotlar,ma'ruza matni,proektor,multimedia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Mashg'ulot uslubi                                                                                                                                                                                                                  | Axborotli,muammoli ma'ruza                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Ta'lim berish sharoiti                                                                                                                                                                                                             | Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Monitoring va baholash.                                                                                                                                                                                                            | Og'zaki nazorat:savol-javob.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

### Ma'ruza mashg'ulotining texnologik kartasi.

|                           |                 |                   |
|---------------------------|-----------------|-------------------|
| Ish bosqichlari va vaqti. | Ta'lim beruvchi | Ta'lim oluvchilar |
|---------------------------|-----------------|-------------------|

|                                     |                                                                                                                                                                                                              |                                                               |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Tayyorgarlik bosqichi<br>(5 daqiqa) | 1.Mavzu bo'yicha o'quv materiallarni va auditoriyani tayyorlash.<br>2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot slaydalarini tayyorlash<br>3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | Talabalar                                                     |
| 1. Mavzuga kirish<br>(10 daqiqa)    | 1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi<br>2. Mavzu bo'yicha savollar beradi.                                                                                                                        | Tinglaydilar<br>Talabalar berilgan savollarga javob beradilar |
| 2 – asosiy bosqich<br>(55 daqiqa)   | 1. Mavzuni tushuntirib beradi, slaydalar namoyish qilish<br>2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi<br>3. Multimediydan foydalanadi                                                                          | Tinglaydilar<br><br>Tinglaydilar                              |
| 3-yakuniy bosqich<br>(10 daqiqa)    | 1. Yakunlovchi xulosa qiladi<br>2. Mustaqil ish beradi<br>3. Uyga vazifa beradi                                                                                                                              | Tinglaydi<br>Yozib oladi<br>Yozib oladi                       |
| Jami:80min-2soat                    |                                                                                                                                                                                                              |                                                               |

### **Mavzu bayoni: SURUNKALI PIELONEFRIT**

Pielonefrit – buyrak kosachalari, jomlari va buyrak parenximasining yaliglanishi bilan birga kuprok interstitsial tukimani shikastlovchi jarayondir.

Amerika olimlari Uolter E. Stamm, Marvin Turk – surunkali interstitsial pielonefrit bakterial infektsiya okibatida kelib chikuvchi kasalikka surunkali pielonefrit deb atashadi (10 jildlik «Ichki kasalliklar» ma'lumotnomasi, muxarrir doktor T.X.Xarrison, 6 jild muxarriri E. Braunval'd. Vashington. 1987, Moskva. Meditsina. 1995, 341 saxifa)

Bu kasallik kupichna 40 yoshgacha bormagan ayollar, ularning kupchiligi xomiladorlik davrida kasallanishadi. Goxo u yosh bolalarda xam uchraydi. Kartaygan erkaklar ayollarga nisbatan kuprok kasallanishadi. Bu prostata adenomasining rivojlanishi tufayli siydikni turib kolishidan yuzaga keladi. Surunkali pielonefrit kupincha kandli diabet kasalligi kechishini ogirlashtiradi. U transport boshkaruvchilar, ogir sanoat dastgoxlarida ishlovchilarda tezrok rivojlanadi.

**TASNIF.** Pielonefritlarni kechishida bir necha tasniflar tavsiya kilingan. Bular Pelehuk A.P. (1983), Komarov F.I. (1990) va Po'tel' YA.A. (1997), SHul'tsev (1983) tavsiyasi IX kayta kurib chikilgan Xalkaro Kasalliklar tasnifi (XKT) asosida Bryuxovetskiy A.G. (1991) ishlab chikkan tasniflardir. Bular ichida Bryuxovetskiy tasnifi mukammalrok xisoblanadi.

### **SURUNKALI PIELONEFRIT TASNIFI**

Bryuxovetskiy A.G. (1991)

#### **SHIKASTLANISH YULI**

- birlamchi (gematogen)
- ikkilamchi (urinogen)

#### **JOYLASHISHI**

- bir tomonlama
- ikki tomonlama
- yakka buyrak pielonefriti

#### **KASALLIK FAZASI**

- zuraygan.

- bekaror tinchigan.
- tinchigan (remissiya).

### **KECHISHI**

- YAshirin (latent)
- kaytalanuvchi
- progredientli.

### **ASOSIY SINDROMLARI VA ASORATLARI**

- arterial gipertenziya
- srunkali buyrak etishmovchiligi (SBE)
- paranefrit.
- gidronefroz.
- urosepsis.
- distrofiya.
- kamkonlik.

Bu tasnifga binoan pielonefrit birlamchi yoki asoratsiz (gematogen) ikkilamchi asoratli (kutariluvchi) pielonefritlarga bulinadi. Birlamchi pielonefrit boshlanishidan oldin buyrak va siydik yullarida uzgarish bulmaydi. Ikkilamchida buyrak va siydik yullarida organik yoki funktsional jarayon yotadi. Birlamchi pielonefrit ancha kam uchraydi. Surunkali pielonefrit 75% ikki tomonlama buladi.

Pielonefrit asosida buyraklar aroodinamikasini buzilishi va yaliglanishini boshlanishi bilan buyrak tukimalarining infeksiona bulgan sezgirligining yukolishi yotadi.

Kuzgatuvchilarga: gram negativli batsillalar – koli, proteus klebsiella, psevdonomas, bakteriodes, gram negativli kokko batsillalar – korinebakterium, laktobatsillus, gram pozitivli kokklar – stafilokokkus epidermidis, stafilokokkus saprofitikus, streptokokkus fekali, streptokokkus agalaktitse, gram negativli kokklar – Neysseriya gonorreya, zamburuglar (kandida, xlamidiya traxomatis, ureoplazma ureolitikum, mikoplazma xominis) kiradi.

Gematogen yul bilan kuyidagi bakterial flora: enterokokkus koli, streptokokkus agalaktika, stafilokokkus aures, kandida, sil mikobakteriyalari, xar xil viruslar shistozamallari katnashishi mumkin.

Kasallikni kelib chikishda L shaklli bakteriyalarni katnashishi aniklangan. Infeksiya asbob-uskuna, jarroxlik amaliyoti va jinsiy aloka bilan utadi. SHu narsa anikli yashirin ashaddiy kuzgovchi uz joyida doimo fakat uroodinamika buzilishini va xujayiniga zarar keltirishni kutib turadi. Surunkali pielonefritda flora aralash buladi.

Pielonefrit keltirib chikaradigan omillardan siydik utishini buzilishi, keyinchalik ureostaz bilan (siydik nayini torayishi, kiyshayishi, nefroptoza, siydik yullari anomaliyasi) tashki ta'siroat tufayli siydik yulini bosilishi katta ahamiyatga ega.

Pielonefrit rivojlanishiga kandli diabet, podagra, nefrokal'tsinoz, kaliy mikdorini kamayishi, analgetiklarni suyiiste'mol qilish, buyrak tashkarisi yalliglanishlari (enterit, angina, zotiljam, yiringlashlar), urogenital tuzum yalliglanish kasalliklari (prostatit, tsistit, adneksit, vul'vovaginit va boshkalar) imkoniyat yaratadi.

Professor B.I. SHulutko raxbarligidagi Leningrad sanitariya-gigiena instituti fakul'tet terapiya kafedrasida gipotetik kontseptsiyasi mavjud.

Immun mexanizmlar ishtiroki unchalik anik va dadil bulmasada tukimaga mos NLABZ ziddi geniga bogliklik bor. Pielonefrit bemorlarining glomerulonefritga karshi siydigida karshi ziddi tana immun komplekslari aniklanadi.

Jomda dimlangan (turib kolgan) siydik infeksiyalangan buladi. Infeksiyalangan siydik surgich soxasiga kiradi va natijada tukimasini infeksiyalanishiga sharoit yaratadi. Keyin infeksiya naychalarga utib buyrak tukimasiga tarkalib koptokchalargacha etib boradi. Bunda interstitsional yalliglanish koptokcha tomirlarini ishemiyasiga kolib keladi va buning okibatida interstitsial skleroz rivojlanib koptokchalar chandiklanadi. Sung glomeruloskleroz rivojlanadi.

**Pielonefritli bemorlarning 67%ni ayollar tashkil kiladi, shular ichida 60-70% esa 20-40 yoshdagilardan iborat buladi.**

**PATANATOMIYASI.** Patanatomik uzgarishlar buyrakda yalliglangan va sklerozlangan uchoglar orasida uzgarmagan tukimlar uchraydi. Bunda ung va chap buyrak xar xil kattalikda bulib, jomlari kengaygan, devori kalinlashgan buladi.

Pielonefritda kuzatiladigan patologik jarayon 4 boskichda utadi:

**I boskich** – koptokchalar uzgarmagan, yiguvchi naychalar bir tekisda atrofiyalangan va oralik tukima infil'tratsiyalangan.

**II** – ba'zi koptokchalar gialinlashgan, naychalar jiddiy atrofiyalangan, yallig'li infil'tratsiya kamaygan va birlashtiruvchi tukima usib kupaygan.

**III** – koptokchalarning anchasi gialinlashgan va ulgan (nekrozga uchragan siydik naychalari farklanmagan epiteliy bilan koplangan va kolloid bilan tulgan)

**IV** – buyrakning yupkalangan pustlok kismi asosan limfotsitar infil'tratsiyaga lik tulgan siyraklashgan magizli birlashtiruvchi tukimadan iborat.

**KLINIK MANZARA.** Kasallik kupincha siydik yullarining utkir yallig'linish jarayoni – utkir tsistit yoki pielitlardan bir necha yil utgandan keyin aniklanadi. Ba'zida surunkali pielonefrit utkir pielonefrit davolanmasligi okibatida rivojlanadi, goxo kasallik boshlanishidan utkir alomatlarsiz kechadi. Kupincha boshlangich belgilari nixoyatda kam, ayniksa, boshlangich boskichlarida bemor boshka kasalligi buyicha siydigi tekshirilgandan keyin yoki buyrak etishmovchilik belgilari paydo bulganda, arterial gipertoniya aniklangan kishilarda topiladi. Utkir pielonefritni surunkaliga utishi tinchigan, lekin faol yallig'lanish uchogi, maxalliy sabablar xamda etarli davo kilinmagan yoki davoni erta tuxtatilganda yuzaga keladi.

Surunkali pielonefritli bemorlar xakimga kupincha tez charchash., kuvvatsizlik, bosh ogrigi, epigastral soxada ogrik, xaroratni subfebril bulishiga shikoyat kiladilar. Sababsiz boshlangich tsistit, siydik ajralishning buzilishi (dizuriya) alomatlari pielonefritni yashirin kechishdan dalolat berishi mumkin.

Surunkali pielonefritda ogir tumtok, doimiyliги bilan xususiyatli bulib, buyrak soxasida joylashib, yallig'lanish jarayoni zurayishida va buyrak soxasini ikki kul bilan (bimanul) tekshirganda kuchayadi. Tana xarorati siydik chikishga tusik paydo bulganda va zurayganda kutariladi.

Buyrakda yallig'lanish jarayoni zurayishi davrida yoki buyrak etishmovchiligi boskichida konda uzgarishlar ruy berishi mumkin: eCHT kupincha biroz kutariladi.

Surunkali pielonefrit uzok davom etadi, ayniksa, u bir tomonlama bulganda noanik isitma bilan kechganda davriy zurayadi, sung uzok vaktgacha bilinmaydi. Mumtazam va uzok davolanganda jarayon zurayishning oldi olinadi.

Surunkali pielonefrit bir necha xil shaklda kechadi.

- **Latent shaklda** klinik alomatlari juda kam. Bunda bemorlar xolsizlik, tez charchash, kamrok xaroratni subfebril bulishi mumkin. Ob'ektiv tekshirganda uziga xos belgilar bulmaydi. Ba'zi bemorlarda Pasternatskiy belgisi musbat buladi. Siydik kup ajraladi, uning solishtirma ogirligi pasaygan, biroz proteinuriya kuzatiladi. Goxo-goxo leykotsituriya, kamkonlik, arterial bosim biroz kutarilgan buladi.

- **Gipertonik (gipertenziv) shaklda** arterial bosim 50-60% bemorlar kutarilib, bunda kupincha bosh ogrigi, bosh aylanish, uykuni buzilishi, gipertonik kriz, yurak soxasida ogrik, xansirash, bugilish belgilari bilan namoyon buladi. Siydik sindromi (proteinuriya, leykotsituriya) yakkol emas. Bemorlar uzok vakt gipotenziv dorilar olib yurgan buladi. Gipertenziyaning xakikiy sababi aniklanmaydi.

- **Azotemik shakli** kupincha surunkali buyrak etishmovchilik rivojlanganda aniklanadi. Bunda bemorlarning azot ajratish funktsiyasi uzok vakt meyorda saklanib turadi. Bemorlarning kontsentratsiyalash kobiliyatini pasayishi ancha erta boshlanadi va u buyrukni miya katlamii yallig'lanishidan darak beradi.

Arterial bosimni kutarilishi buyrak etishmovchiligi bilan birga kelishi mumkin. Kon bosimi oshishi jarayonga buyrak arterialarini tortilishi tufayli buyrak ishemiyasi okibatida yuazaga keladi. Gipertoniyani kelib chikishida renin-angiotenzin mexanizmini ishga tushishi va

al'dosteronni kup mikdorda ishlab chikilishi katta axamiyatga ega. Kon bosimi kutarilishini kupchilik bemorlar deyarlik kiynalmay utkazishadi. Surunkali buyrak etmshovchiligida poliuriya, pollakiuriya, nikturiya kuzatiladi. Siydik tekshirilganda gipoizostenuriya, biroz proteinuriya, leykotsituriya buladi.

**DIAGNOSTIKA.** Diagnoz kuyishda bemorning anamnezi, laborator, rentgenologik, radioindikatsion, morfologik (biopsiya) tekshirish ma'lumotlari muxim axamiyatga egadir.

Umumiy siydik analizida biroz proteinuriya, mikrogematuriya aniklanadi. Piuriya doimiy yoki vakti-vakti bilan bulib-bulmay turadi. SHikastlangan buyrak bujmaya borishi bilan siydikda uzgarishlar kamayib boradi. Siydikni solishtirma ogirligi ikkinchi soglom buyrakning gipertrofiyalanishi tufayli meyorida buladi. Kasallikning oxirgi boskichida siydikda fakat oksilning izlarini aniklash mumkin. SHu boisdan gematuriya, leykotsituriya va tsilinduriya yukolib boradi.

Siydik chukmasida boshka elementlarga nisbatan leykotsitlar kuprok buladiki, ularni Kakovskiy-Addis va Nechiporenko sinamasi yordamida aniklash mumkin.

YAshirin (latent) kechuvchi pielonefritda kasallikni aniklash uchun prednizolon yoki pirogenal testlari yordam beradi. Prednizolon testida prednizolonni bemorga bergandan keyin 1 soat mobaynida olingan siydigida leykotsitlarning soni  $0,4 \cdot 10^9 G^{-1}$  va undan oshikcha aniklansa ijobiy (musbat) deyiladi.

Buyraklarning funktsional tekshirish usullari ichida xromotsistoskopiya va ekskretor urografiya yaxshi yordam beradi. Bunda, buyrak bir tomonlama shikastlangan bulsa shikastlangan buyrakni aniklash mumkin. Infuzion usulli ekskretor urogrammada yoki retrograd urografiya pielonefritni boshlangich boskichlaridayok buyrakni kontsentratsiyalash kobiliyatini pasayishi va rentgenokonstrast moddasini sekinlashishi, jom, kosacha va siydik yuli tonusini buzilishi, kosacha va jomlarini kengayishi, fornikslar shaklini buzilishi bilan aniklanadi.

Izotopli renografiya buyraklar va yukori siydik yullarining funktsional xolatini kaysi xolatdaligini aniklashga imkon beradi. Skanogrammada izotop tuplanishini kamayishi, uni notekis tarkalishi, buyraklar chegarasini noanikligini belgilab berishi mumkin.

Buyraklar biopsiyasi (teri orkali yoki yarim ochik) diagnostik kiyinchiliklar tugilganda, masalan, pielonefrit arterial gipertenziya bilan glomerulonefrit bilan birga kechishda foydalaniladi. Pielonefritda shikastlanish uchogli bulgani uchun biopsiya kilganda patologik uchogdan kerak bulgan kichik tukimani xamma vakt xam olib bulmaydi.

Ul'tratovush tekshiruvida kosacha-jom tuzumini zichlashganligi va kengayganligi, ularning nisbiy zichligini oshganligi aniklanadi. Kasallik oxirgi boskichlarida parenximaning akustik zichligini oshganligini va jom-kosacha tuzumi bilinmay kolish darajasigacha borishini belgilab beradi. Goxo buyrak angiografiyasini kilish lozim buladi. Surunkali pielonefritda buyrakning tomir arxitektonikasini bulizilishi ruy beradi.

**KECHISHI.** O'tkir pielonefritning quyidagi klinik shakllari tafovut qilinadi.

**Uta o'tkir turi** - klinik belgilari sepsis ko'rinishida ifodalanadi: bemorning umumiy holati ogir, harorati baland, badan uvishishi kuzatiladi. Xastalik belgilari kam.

**O'tkir turi** - mahalliy belgilar ko'prok; ifodalangan, badan titrashi bilan kuzatiladi hamda baland harorat, umumiy intoksikatsiya xastalikka xos.

**Yarim o'tkir yoki o'choqli turi** - umumiy simptomlar kam ifodalangan va oldingi o'rinda xastalikning mahalliy belgilari namoyon bo'ladi: shikastlangan buyrakda ogriq, siydik sindromi.

**Latent (yashirin) turi** - siydik sindromlari juda kam, ozgina proteinuriya va leykotsituriya, hamda umumiy belgilar bilan kuzatiladi, shuning uchun o'z vaqtida aniqlanmaydi.

#### **ASORATLARI.**

- urosepsis.
- buyrakda ko'pgina abstsesslar.
- pionefroza.
- paranefrit.

**TASHXISI.** Xastalikni aniqlashda yukori harorat, bel sohasidagi og`rik, siydik ajralishining buzilishidan tashqari siydik tarkibining o`zgarishi - piuriya, bakteriuriya, faol leykotsitlar mavjudligi, poliuriya, siydikning nisbiy zichligining balandligi, ba`zan tsilindruriya muhim o`rin egallaydi.

#### **QIYOSIY TASHXISI.**

**Utkir diffuzli (yoyilgan) glomerulonefritga** arteriya gipertenziyasi, boshda, yurak va bel sohasida ogriq, hansirash, vakti-vakti bilan yurak astma xuruji, shish, oliguriya, gematuriya xarakterli.

**Kollagenoz nefritida** xastalik turlariga ko`pincha qizil bo`richaga xos klinik ko`rinishi namoyon bo`ladi. Organizmning sistemli shikastlanishi, "kapalak" alo-mati, qonda LE xujayralari xarakterli belgi hisoblanadi.

**Buyrak sili** - bel sohasida simillovchi og`riq, dizuriya, subfebril harorat, antibakterial davoga chidamli turg`un siydikda sil mikobakteriyasi aniqlanadi. Rentgen tekshiruvida jomcha-kosacha sistemasi bilan qo`shiladigan kaverna (kovak) topiladi. Anamnezda boshkaa`zolar siliga ko`rsatma mavjud.

**OQIBATI.** O`tkir pielonefrit tashxisi erta aniqlanganda, o`z vaktida sifatli davolanganda, taxminan 60 foiz xastalik tuzalish bilan yakunlanadi.

**DAVOSI** - statsionar sharoitida o`rinda yotqizib o`tkaziladi. Ovqati vitaminlarga, oqsilga, yogga va uglevodlarga boy bo`lishi lozim. SHish bo`lmaganligi uchun suyuqlik va osh tuzi iste`moli chegaralanmaydi.

#### **Antibakterial terapiya.**

- **antibiotiklar** - penitsillin, eritromitsin, tetratsiklin, levomitsitin, tsiprolet.
- **sulfanilamidlar** - biseptol, etazol, urosulfan.
- **nitrofuran birikmalari** - furagin, furazolidan, niitroksolin, nevigramon, 5-nok.

#### **PROFILAKTIKASI.**

- Surunkali infeksiya o`chog`ini sanatsiyalash (tozalash).
- Siydik oqishiga xalaqit beruvchi sabablarni bartaraf qilish.

**FARKLI DIAGNOZ.** Kupincha surunkali pielonefritni surunkali glomerulonefrit, nefroskleroz va buyraklar amilgidozi, xafakon kasalligi, diabetik glomerulosklerozdan farklash lozimligi tugiladi.

#### **DIAGNOZNI SHAKLLANTIRISH.**

Surunkali pielonefrit, birlamchi (gematogen), ung tomonlama, zuraygan fazasi, kaytalanib kechuvchi, arterial gipertenziya, surunkali buyrak etishmovchiligi.

#### **DAVOLASH.**

**Parxez** – avvaylovchi taom kasallikni xamma shakli, xamma boskich, xamma fazalarida buyuriladi. Bunda ovkat moddalaridan utkir zirovarlar gusht, balik kaynatmasi, alkohol, kofe va kakao mumkin emas. Ovkat – taom etarli kaloriyaga ega, vitaminli, oksil, yog, karbon suvlar kerakli mikdorda bulishi kerak.

Ratsionga xamma sabzavot va xul mevalar, ayniksa kaliy eelementga mul bulgan (kartoshka, karom, savzi,, lavlagi, olxuri, urik, anjir), sut-katik maxsulotlari, tuxum, kaynatilgan balik, gusht, suyuqlik mikdori kecha-kunduzga 1,5-2l sharbatlar, kisel', kam mineralli suvlar. Siydik chikishi tutilganda ular biroz cheklanadi.

YAshirin pielonefritda tuz 8-12 g, gipertenziyada 2-4 g, buyraklar funktsiyasining pasayishi turgun bulgan gipertenziyada bushatish kulari (sabzavot, xul meva) tayinlash

maksadlidir. Kamkonlik sindromida temir va kobal'tga mul (kulupnay, olma, nok, anor), xamma shakllarda, uzum, kovun, tarvuz, kovok beriladi.

#### **DORILI DAVO.**

Antibakterial dorilar uxok muddatda beriladi. Bunda doriga ta'sirchansiz (turgun-rezistent), disbakterioz, dorini nojuya ta'siri va asoratlar berishini xisobga olish lozim.

Dorini berishdan oldin siydikni ekish, antibiotikogrammasini aniklash albatta katta ahamiyatlidir. Siydikda aniklanuvchi epidermal stafilokokk, protey uzok vakt yaliglanish sababchisi bulmasligi mumkin. Goxo umumiy kuvvat beruvchi dorilarni iste'mol kilganda bakteriuriya yukolishi mumkin. Bakteriuriya buyrak bujmayganda bulmaydi. Odamda oddiy uchraydigan meyoriy vegetatsiyalovchi mikroblarga karshi antibakterial davo dori ta'sir etmaslikka, kandidauriyaga olib kelishi mumkin. Baktritsid dorilar pielonefrit zurayish davrida tsikl bilan, bakteriostatiklarni yashirin davrda tuxtovsiz beriladi. Dorilarni 2 xaftadan ortik yoki kiska davr (2-4 kun) berilmasligi kerak. Kupincha eritromitsin, fanilamid, tetratsiklin, streptomitsinga rezistentlik uchraydi.

Kupchilik bemorlarga nitrofuran va sul'fanilamidlar beriladi. Keng ta'sir etuvchi antibiotiklarni yukoridagilar samara bermaganda, ayniksa utkir xamla va zurayishida foydalanish lozim.

Antibiotiklarni sul'fanilamidlar bilan birga berganda siydik fullarida kristallar tuplanishiga karshilik kiladi.

Antibakterial davo yillar davomida xar oyda 10 kun berilishi lozim. Agar bunda xam axvol yaxshilanmasa, siydikda mikroflora ekilsa, davo tuxtovsiz, ammo dorilar almashlab berilishi lozim.

Mikroflora virulentligini pasaytirish uchun siydik reaksiyasini xar 10-14 kunda aniklab turiladi, rNni pasaytirish uchun klyukva, bryusnika morsa, limon sharbati, urotropin, rN ni kutarish uchun bikarbonat natriy ishkori mineral suv beriladi.

Kamkonliklarda temir, foliy kislotasi, piridoksin, tsiankobalamik anabolik gormonlar, eritrotsitar massa, konni uzini kuyish lozim.

**JARROXLIK DAVO.** Siydik okish, uning utishi kiyinlashganda (toshlar, prostata adenomasini olish) bajariladi. Jarroxlik amaliyoti siydik stazini yaxshilash uchun ikki tomonlama pielonefritda xam kilish mumkin.

**SIXATGOX-KURORT.** Bunda kam mineralli suvlar ichish tavsiya kilinadi. Bal'neo-ichiriladigan kurortlardan Truskavets, Jeleznovodsk, Berezov mineral suvlari, Jermuk, Kuka (Baykal orti), mineral suv ichish, bal'nes-davo (umumiy vanna, suv ostida ichakni yuvish), fizioda (issik) beriladi. Uzbekistonda Buxoro yakinidagi Sitorai Moxi xosa Turkmanistondagi Bayram – Ali sixatgoxlari yaxshi foyda beradi.

Sixatgox-kurort davo yukori gipertenziya, jiddiy kamkonlik, urokinamikani buzilishi, buyrak etishmovchiligida mumkin emas.

Klimatologik kurortlarga bemorlar yuborilmaydi. Ular doimo dispanser kuzatuvida bulishlari lozim.

**Surunkali pielonefritning faolsiz fazasida UVCH, ul'tratovush, elektroforezdan foydalanish mumkin.**

**OKIBAT.** Ikki tomonlama pielonefrit okibati kasallik boskichiga boglik. erta boskichlarda bemorni badalli buyrak etishmovchiligida muvin mikdori bir meyorida, suv elektrolit buzilishlarsiz uzok muddatlab turish mumkin. Keyingi boskichlari nefroskleroz, surunkali glomerulonefritga karaganda deyarlik ogir emas.

Surunkali pielonefritni erta aniklash, uzok va astoydil davolash - sogayishga olib kelishi mumkin. Agar 2 yil davomida isitma, piuriya, shikoyatlar bulmasa bemor tuzaldi deyish mumkin. Bemorlar muddat ishlash kobiliyatlarini saklashlari mumkin. Ular olib borayotgan xizmatlarini davom ettirishlari mumkin, lekin ularga sovkotish, charchash mumkin emas. YUkuri, uzok davom ettiruvchi gipertenziya, surunkali buyrak etishmovchiligini kushilishi bemorlarni ishlash kobiliyatini pasayishga, yukotishga olib keladi.

**Oldini olish.** Surunkali pielonefritni oldini olish choralari uchun utkir pielonefrit bemorlarni sogaytirish, dispanser kuzatuvini yaxshi olib borishdan iborat. Turgun bakteriuriyani bartaraf qilish uchun koprostat, surunkali kolit, xolitsistitni davolash, ogiz va xalkum bushligi infeksiyasini oldini olish va mavjud infeksiyasini oldini olish va mavjud infeksiyada tozalash zarur. Xomiladorlarda xomiladorlik davrida bakteriuriyani yuqotish zarur.

Toshli pielonefrit rivojlanishining oldini olish uchun erta jarroxlik amaliyoti: konkrementlarni olish, infeksiyalarda (nefrostomiya) jomni bushatish. Siydik yullarini kateterizatsiya qilishni umuman kursatma buyicha qilish.

Umumiy gigienik choralar, tugri ovkatlanish, etarli miqdorda vitaminlar bilan, interkurrent infeksiyaning oldini olish, xar oyda 10 kundan muntazam antimikrob dorilarni kanda kilmasdan ichish.

## 8-mavzu : Revmatoidli artrit

### Ma'ruza mashg'ulotlarining ta'lim texnologiyasi

|                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mashg'ulot vaqti -2 soat                                                                                                                                                                                                             | Talabalar soni : 18-36 gacha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Mashg'ulot shakli                                                                                                                                                                                                                    | Kirish-axborotli ma'ruza.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Ma'ruza rejasi</b><br>1.Kasallikning etiologiyasi, patogenezi,patologik anatomiyasi<br>2. Kasallikning tasnifi,klitikasi<br>3. Kasallikning tekshirish usullari<br>4. Kasallikning davolash prinsiplari va profilactikasi         | <b>Ma'ruzaning qisqacha annotastiyasi</b><br>Hozirgi vaqtda revmatologik kasalliklarini shu jumladan revmatoidli artritlarni o'rganish juda katta ahamiytga ega, chunki u bo'g'im tizimi kasalliklari orasida ko'p uchraydi, hamda bemor hayoti uchun xafli bo'lgan asoratlar keltirib chiqarishi mumkin. Shuningdek hayot uchun muhim bo'lgan ichki a'zolari zararlashga ham sababchi bo'ladi.                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>O'quv mashg'ulotning maqsadi:</b><br>Talabalarga kasallikning etiologiyasi, patogenezi, klinik simptomlarini, laborator- instrumental diagnostika va rasional terapiya, asoratlar profilacticasini, reobilitatsiyasini o'rgatish. | <b>Maqsadi yoritiladi</b><br><b>A) ta'limiy-</b> nazariy bilimlarni egallash va mustahkamlash:<br><b>B)tarbiyaviy-</b> shifokorlikka tayyorlashda jahon standartlari talab darajasida mutaxassislikka qiziqishini, masuliyat hissiyatlarini shakillantirish, o'z bilim darajasini kengaytirishga qiziqishini tarbiylash, deontologik tarbiya darajasini shakillantirish, amaliy ishni bajarishda ehtiyotkorlik, aniqlik va masuliyatni his etishni shakillantirish.<br><b>S)rivojlantiruvchi-</b> talabalarda mustaqil fikrlashni va mustaqil mulohaza yuritishni shakillantirish, talabalarni mantiqiy fikrlashini rivojlantirish. |
| Ta'lim berish vositalari                                                                                                                                                                                                             | o'quv qullanma va adabiyotlar,ma'ruza matni,projektor,multimedia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Mashg'ulot uslubi                                                                                                                                                                                                                    | Axborotli,muammoli ma'ruza                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Ta'lim berish sharoiti                                                                                                                                                                                                               | Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Monitoring va baholash.                                                                                                                                                                                                              | Og'zaki nazorat:savol-javob.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

### Ma'ruza mashg'ulotining texnologik kartasi

|                    |                 |                   |
|--------------------|-----------------|-------------------|
| Ish bosqichlari va | Ta'lim beruvchi | Ta'lim oluvchilar |
|--------------------|-----------------|-------------------|

|                                |                                                                                                                                                                                                             |                                                               |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| vaqti.                         |                                                                                                                                                                                                             |                                                               |
| Tayyorgarlik bosqichi (5daqqa) | 1.Mavzu bo'yicha o'quv materiallarni va auditoriyni tayyorlash.<br>2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot slaydalarini tayyorlash<br>3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | Talabalar                                                     |
| 1. Mavzuga kirish (10 daqiqa)  | 1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi<br>2. Mavzu bo'yicha savollar beradi.                                                                                                                       | Tinglaydilar<br>Talabalar berilgan savollarga javob beradilar |
| 2 – asosiy bosqich (55 daqiqa) | 1. Mavzuni tushuntirib beradi, slaydalar namoyish qilish<br>2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi<br>3. Multimediydan foydalanadi                                                                         | Tinglaydilar<br>Tinglaydilar                                  |
| 3-yakuniy bosqich (10 daqiqa)  | 1. Yakunlovchi xulosa qiladi<br>2. Mustaqil ish beradi<br>3. Uyga vazifa beradi                                                                                                                             | Tinglaydi<br>Yozib oladi<br>Yozib oladi                       |
| Jami:80min-2soat               |                                                                                                                                                                                                             |                                                               |

### **Mavzu bayoni: REVMATOIDLI ARTRIT**

Biriktiruvchi tukimaning tizimli yalliglanish kasalligi bulib, surunkali jadallashuvchi eroziyal-destruktivli poliartrit bilan ifodalanadi.

ETIOLOGIYASI aniklanmagan kasallikning vujudga kelishida A va V gurux streptokokklarga, ichak va siydik infektsiyasiga, mikoplazmaga, V-limfotsitda joylashgan va immunoglobulinlar sintezini buzish kobiliyatiga ega bulgan ebshteyn-Barr virusiga axamiyat berilmokda.

Irsiy omillar

Bo`gimning yumshoq to`qimalaridagi eksudativ o`zgarishlar.

Jarayonga togay to`qimali bo`g`im oldi to`qimalar qo`shiladi, fibroz-sklerotik o`zgarishlar rivojlanadi, sinovial pardada granulyatsion biriktiruvchi to`qima (pannus) xosil bo`ladi va rivojlanadi. Pannus asta-sekin togay va suyak epifizini barbodlaydi, natijada yara (uzur), darcha, tirqich vujudga keladi. Bo`g`im bo`shligida yopishqoq loyqa sinovial suyuqlik aniqlanadi. oxirgi bosqichda torayning emirilishi bo`gim chiqishiga, yarim chiqishiga, ankiloz (harakatdan qolishi) va bo`g`imlar shaklining o`zgarishiga olib keladi. Revmatoid atritda bo`g`imlar shikastlanishi bilan birga doimo biriktiruvchi to`qimalar va a`zolarining dezorganizatsiyasi kuzatiladi. SHuning uchun mazkur xastalik tizimli kasallik sifatida izohlanadi.

TASNIFI. Bizning mamlakatda jarayonning klinik-anatomik tavsifini, kechishini, faollik darajasini, artriting rengenologik boskichini va bemorning funksional kobiliyatini hisobga oluvchi ishchi dastur (1980 yilda revmotologlar jamiyatining plenumida qabul kilingan) qo`llaniladi. Tasnifda xastalikning 4 klinik turi ifodalangan:

I - asosan bo`g`im shakli- poli-, oligo yoki monoartrit ko`rinishida;

II - bo`gim-vistserial shakli;

III - revmatoid atritning boshqa yoyilgan kasalliklar yoki bo`g`im kasalliklari bilan birga kelishi;

IV - yuvenil revmatoid artriti.

Patologik jarayonning rivojlanish sur`atiga ko`ra revmatoid artriting asta-sekin, tez va juda kam zo`rayadigan (xavfsiz) hillarini ajratish mumkin. Tasnifda kondava sinovial suyuqlikda RO mavjudligi yoki yo`qligiga karab (Vaalar-Rouza reaksiyasi va lateks-test yordamida aniklanadi) bemorning seropozitiv yoki seronegativligi to`rrisida bo`lim ajratilgan.

Klinik va laboratoriya belgilariga karab revmatoid artritining uchta faollik darajasi aniqlanadi:

- I - minimal,
- II - o'rta,
- III - yukori darajasi.

#### KLINIK KO`RINISHI.

Kasallikning boshlanishi har xil bo'lishi mumkin. Ko'pincha u asta-sekin, sust-prolongirlangan, lekin o'tkir yoki yarim o'tkir ko'rinishida rivojlanadi. Xastalikning klinik ko'rinishida muxim o'rinni bo'g'im sindromi - 85 foizgacha, kolgan 15 foizni bo'g'imdan tashkari (vistserial) turi tashkil qiladi. Vistserial turining ilk ko'rinishi kon tomirlar zararlanishining tarqashiga - (shikastlangan a'zo vaskulitiga) bogliq. Xastalikk boshlanishini qo'zg'atuvchi omillar: gripp, angina, yuqori fas yo'llari infeksiyasi, asabiy taranglashish, so'vqotish, insolyatsiya, bo'g'imning lat eyishi, dori moddalar salligi, xomiladorlik va tugish.

##### Bo'g'im sindromi

- Xastalik boshlanishidagi asosiy belgi - poliartralgiya - yalliglanishsiz ogriq - simmetrik joylashgan mayda (ko'proq bilak, kaft-panja va falangalararo) bo'g'imlar shikastlanishi (50%), qisman yirik bo'g'imlar (25%) va monoartrit (25%) vujudga keladi. Ogriq ertalab va kunning birinchi yarmida kuchlmroq bo'ladi, kechga borib kamayadi. Ogrik shikastlangan bo'g'imlarda o'zgarmas, doimiy bo'lib, kasallik rivojlangan sari sekin-asta kuchayib boradi.
- Bo'g'imlarda harakatning tangligi (siqikligi), ayniksa ertalab yoki davomli harakatsizlikdan so'ng, revmatoid artritining eng ilk va turgun belgilaridan biridir. Bo'g'imlarda harakat juda kiyinchilik bilan bajariladi. Bu belgi bo'g'im atrofidagi to'qimalar (periartikulyar) shishi, hamda konda endogen glyukokortikoidlar miqdorining kamligi bilan tushuntiriladi.
- Kasallik ba'zan isitma chikishi, ishtaxa pasayishi, tez charchashlik, darmonsizlik bilan kuzatiladi.
- Ko'zdan kechirganda shikastlangan bo'g'imlarning shishganligi aniqlanadi. Yalliglanish, aksariyat barmoqlarning proksimal falangalararo bo'g'imlarida urchuqsimon shaklda kuzatiladi. Bo'g'imlardagi eksudativ o'zgarishlarga proliferativ o'zgarishlar qo'shilganda ular shakli buziladi (deformatsiyalashadi). Panja bo'g'imlaridagi mazkur xastalikka xos o'zgarishlarni "tashrif kartasi" deb ham ataladi. Kaft-falanga bo'gimi bukilgan holda qotib qolishi (kontraktura), proksimal falangalararo bo'g'imlarning orqaga egilishi va distal falangalararo bo'g'im bukilishi natijasida vujudga keladigan o'zgarishlarni barmokning "Okkush bo'yni" shaklidagi o'zgarishi deyiladi. Panjafalanga bo'g'imlaridagi o'zgarishlar, bo'g'imlarning kisman chikishi sababli ular jimjiloq (ulnar) tomonga qiyshayib kaft shakli o'zgarganligi "ulnar deviatsiya" yoki "morj suzgichi kafti" deb aytiladi. Ulnar deviatsiya bilan birga falangalar kattalishishi, ularni qoplagan terining yupkalashib bujmayishi vujudga kelsa, kaftning bu o'zgarishini "lorinetli qo'l" deb ataladi. Bo'g'im suyaklarida ham o'zgarishlar ro'y beradi: suyaklarning bo'g'im ichidagi uchlari bir-biri bilan yopishib, bitib qoladi, shu sababli bo'g'im harakati yo'qoladi, ankiloz (bo'g'imning qotib qolishi) rivojlanadi.

REVMATOID ATRITINING BO'G'IMDAN TASHQARI (SISTEMLI) KO'RINISHLARI, shular qatorida ichki a'zolar shikastlanishi, kamdan kam yakkol ifodalangan bo'ladi. SHuning uchun ular sinchkovlik bilan izlanishni talab kiladi. Aksariyat teri osti tugunlari va polineyropatiya kuzatiladi.

- Revmatoid tugunchalari taxminan 10-20% bemorlarda aniqlanadi. Ko'pincha ular tirsak bo'g'imi atrofidagi teri osti to'qimasida, axilla paylari ostida joylashadilar. Tugunchalar kattaligi 0,5-1,5 sm bo'lib, xarakatchan, atrofdagi to'qimalarga yopishmagan ogriksiz va kattiq. Ular bitta yoki bir kanchabo'lishi mumkin, hech kachon yallig'lanmaydi va yiringlamaydi. Revmatoid tugunchalari xastalikning zo'rayish davrida paydo bo'lib, simmetrik joylashadi, remissiya davrida yo'qolib ketishi mumkin. Kasallikning erta bosqichida faol artrit rivojlangan davrda

shikastlangan bo`g`imlar harakatini bajarishda ishtirok etuvchi yaqin mushaklar atrofiyaga uchraydi, ba`zan mushaklarda mioziti kuzatish mumkin.

- Polyneyropatiya-periferik nervlarni oziklantiruvchi kon tomirlar vaskulitining ko`rinishi. Mazkur jarayonda nerv stvoli distal qismining shikastlanishi sezuvchanlikning buzilishi bilan kuzatiladi. Bemorlar oyoq-qo`llarning distal qismlarini uvishishiga, achishishiga, sovqotishiga shikoyat qiladilar. Paypaslaganda shikastlangan bo`gimda ogriq, zararlangan nerv sohasida sezuvchanlikning ortishi yoki pasayishi aniqlanadi. Onda-sonda harakat buzilishlari vujudga keladi.

- Xastalikning faol davrida ba`zi bemorlarda limfadenopatiya - limfa tugunchalarining (jag`osti, bo`yin va x.k.) kattalashganligi aniklanadi.

- Ichki a`zolarida (odatda yurak, o`pka, bo`yrak) revmatoid zararlanishining klinik belgilari kam xollarda kuzatiladi.

1. Kasallik yuqori faollik bilan kechganda revmatoid miokarditi, endokarditi va nixoyat perikarditi rivojlanishi mumkin. Ba`zi mitral qopkoklari etishmovchiligi shakllanadi va u nisbatan engil kechadi, gemodinamika buzilishlari deyarli kuzatilmaydi.

2. qon tomir devorlarida yallig`lanish holati (vaskulit) kuzatiladi. SHu sababli barmoklarning distal kismida mikroinfarkt, yirik qon tomirlarda esa Reyno sindromi belgilari paydo bo`ladi.

3. O`pka to`kimasining tugunchalar rivojlanishi bilan shikastlanishi, unda yana alveolit, o`pka vaskuliti, hamda plevrit uchrashi mumkin.

4. Revmatoid artritida buyraklar shikastlanishi nefrit, pielonefrit, buyrak amiloidozi va nefrotik sidromi ko`rinishida bo`lishi mumkin.

5. Jigar shikastlanishi revmatoid gepatiti, jigar amiloidozi tarzida ifodalanadi va 60-80% bemorlarda jigar faoliyati buzulishi bilan kechadi.

6. Me`da-ichak tizimida amiloidoz belgilari rivojlanishi mumkin.

7. Asab, endokrin tizimida va ko`zda ham revmatoid artritga xos o`zgarishlar kuzatiladi.

- qon sinamasida eCHT oshishi, S - reaktiv oqsil paydo bo`lishi, alfa-2 va gamma-globulinlar, hamda fibrinogen miqdori ko`payishi aniqlanadi. Xastalik og`ir kechib, ichki a`zolar shikastlanganda gipoxrom kam qonlik rivojlanadi, leykotsitlar va neytrofillar soni me`yoriy darajada bo`ladi.

- Immunologik o`zgarishlar xastalik boshlanishida sinovial suyuklikda bo`gim sinovial qobiqlarining plazmatik xujayralari ishlab chikaradigan va Vaaler-Rouze yoki lateks-test sinamali bilan autotanadigan revmatoid omili (RO) titri ko`tarilganligi bilan xarakterlanadi va patologik jarayonning faollik darajasi, kechishi, hamda bo`gimdan tashkari a`zolar shikastlanganligi holati bilan bevosita bogliq bo`ladi. Ba`zi (20%) bemorlarda xastalikning "seronegativ" turi bo`lib, RO topilmaydi.

- Bo`gimlar rentgen usuli bilan tekshirilganda suyak epifizining siyraklashishi (osteoporoz), bo`g`im tirkishlarining torayishi, bo`g`imlarning yarim yoki to`liq chikib ketishi, tog`ay va suyaklarning bo`g`imdagi yuzalari g`adir-budir bo`lib turgani va yaralanishi (uzuratsiya), bo`rim satxi chetida osteofit o`sishi bo`rimlarning keskin deformatsiyasi va bo`g`im tirqishlarining to`liq bitib ketishi (artrozlar) aniklanadi.

**TASHXISI.** Xastalikning patognomonik simptomlari yo`qligi sababli revmatoid artriti tashxisini aniqlashda klinik-rentgenologik tekshirishlar yig`indisiga karab yo`l tutmoq kerak.

Amerika revmatologlari uyushmasi taklifiga binoan kasallikning 11 belgisi tashxisiy (diagnostik) mezon hisoblanadi:

- Ertalabki bo`g`im harakatining chegaralanishi (tangligi);
- 3 yoki undan kup bugimlar artriti
- Kul panjalari bugimlari artriti
- Simmetrik artriti
- Revmatoid tugunchalar

- Revmatoid omil aniklanishi
- Rentgenologik uzgarishlar

### QIYOSIY TASHXIS

Podagra - odatda yoshi 30 dan yuqori bo'lgan erkaklarda, ko'pincha qo'zg'atuvchi omillar (ko'p mikdorda go'shtli, yogli ovqat, alkogol iste'moli, jismoniy zo'rikish, sovuqotish, jarohatlanish) ta'siridan so'ng rivojlanadi. Xastalik to'satdan boshlanadi, ko'pincha tunda, oyok yoki qo'llarning bitta bo'gimida, xususan bosh barmoq, boldir-panja, tizzada, qattik ogrik xuruji bilan yuzaga keladi. SHikastlangan bo'gimlar shishinkiragan, ustidagi terisi kizargan, tana harorati ko'tarilgan. Tashxis to'g'riligini konda siydik kislotasi miqdorining yuqoriligi (0,35 mmolG'l dan baland), ayniqsa, sinovial suyuqlikda yoki teri osti tugunlarida urat kristallari topilishi tasdiqlaydi.

O'tkir revmatizm - aksariyat yoshlarda (25 yoshgacha) uchraydi. Kasallik ko'pincha angina, surunkali tonzillit ko'zishidan 1-3 hafta o'tgach boshlanadi. Revmatik artritga jarayonning o'tkir boshlanishi, katta bo'gimlarning simmetrik shikastlanishi, bo'g'im shishi va harakatini chegaralanipgi, umumiy haroratning ko'tarilishi (38-40uS), artrit belgilarining bo'gimdan bo'gimga ko'chib yurishi va vaqt o'tishi bilan asoratsiz butunlay yo'olib ketishi xosdir. Ko'pincha revmokardit yoki yurak nuqsonlari, tegishli laboratoriya sinamalari (ASLO yukori titri) anigklanadi.

YUvenil revmatoid artriti doimo 16 yoshgacha bo'lgan bolalarda boshlanadi, asosan yirik bo'g'imlar shikastlanadi va umurtka pog'onasining bo'yin kismida ogriq, limfodenopatiya, ichki a'zolarining sistemli shikastlanishi (gepatosplenomegaliya, plevrit, perikardit), pushtirang dog ko'rinishidagi qichishmaydigan, beqaror toshma, konda antinuklear omil paydo bo'lishi bilan kuzatiladi.

PROFILAKTIKASI surunkali infektsiya o'choklarini bartaraf etish, organizmni chiniqtirib borish, organizmda allergik holatni yo'gkotish, xastalik kaytalanishi va zo'rayishining oldini olish, bo'gimlarning funktsional holatini va bemorning mehnat qobiliyatini tiklashdan iborat.

DAVOSI - patologik jarayon turi, bosqichi, faollik darajasini hisobga olgan holda kompleksli, davomli, shaxsga xos (individualli) bo'lishi va bosqichma-boskich statsionar-poliklinika-kurort sxemasi bo'yicha o'tkazilishi kerak. Kompleksli davo-surunkali infektsiya o'cholarini bartaraf qilishni, yalliglanishga qarshi tez ta'sir qiluvchi moddalarni, sekin, lekin uzoq ta'sir etuvchi ustivor dorilarni, fizioterapiya muolajalarini, davoli jismoniy tarbiyani va ukalashni qo'llash tadbirlarini o'z ichiga oladi. Ko'shimcha tarzda bo'g'im ichiga dori moddalarni yuborish mumkin. Bemorlarni davolash patologik jarayon faolligini va jadallashuvini susaytirish, konkraktura va ankilozlar rivojlanishining oldini olishga karatilishi lozim. Bo'gimga tushadigan ortiqcha yuklashni istisno qilib, avaylaydigan harakat tartibini joriy kilish kerak.

- YAlliglanishga karshi tez ta'sir qiluvchi nosteroid moddalar (YAqNM) - shaxsga mos holda turini va davolash me'yorini (dozasini) tanlab, kamida 7 kun davomida ovkatlangandan so'ng kabul qilinadi. Agar qo'llanilgan dori 3-4 kun davomida samara ko'rsatmasa, boshqa dori bilan almashtirilishi darkor.

*Arilpropion kislota xosilalari:*

1. Ibuprofen 0,8 g dan kuniga 3-4 marta.
2. Naproksen 500-700 mg dan kuniga 2 marta (ertalab va kechqurun).

*Ariluksus kislota xosilalari:*

1. Ortofen 25-50 mg dan kuniga 3 marta.
2. Voltaren - retard 100 mg dan kuniga 1-2 marta.

*Indoluksus kislota xosilalari:*

1. Indometatsin 25-50 mg dan kuniga 3 marta.
  2. Metindol - retard 75 mg dan kuniga 1-2 martadan.
- Z. Sulindak 200 mg dan kuniga 2 marta.

*Enolik kislota xosilalari:*

1. Piroksikam 10-20 mg dan kuniga 2 marta.

2. Meloksikam 7,5 mg sutkasiga.

*Salitsitlar:* aspirin 500 mg dan kuniga 3 marta. YAqNM ning ta'sir ko'rsatish mexanizmi yalliglanish mediatorlari (prostoglandinlar, ATF) sintezini tormozlash (sekinlashtirish), kapillyarlar va lizosom membranalari o'tkazuvchanligini me'yorlashtirish, proteolitik fermentlar faolligini susaytirish, trombotsitlar agregatsiyasining kamayishi natijasida yalliglanish o'chogida mikrotsirkulyatsiyaning yaxshilanishi bilan boglanadi. Yalliglanishga qarshi dori moddalar me'da-ichak devorlarini ta'sirleydilar va suyak ko'migining kon hosil qilish faoliyatini (granulotsitopeniya va agranulotsitoz) birmuncha susaytiradilar. Mazkur dorilar davolash jarayonida uzoq vakt ko'llanishligi sababli ularning noxush ta'sirlarini e'tiborga olish darkor.

Ustivor davo vositalari bemorning umumiy ahvoriga, kasallik turiga va kechishiga karab belgilanadi. Davomli ustivor davoning umumiy xususiyatlari ularning antiproliferativ ta'sir ko'rsatish (suyak va togayni barbod kiluvchi granulyatsion tukimarivojlanishini kamaytirish) va autoimmun reaksiyalarining avj olishini sekinlashtirishdan iboratdir.

Oltin preparatlari seropozitivli revmatoid artritda qo'llaniladi. Dori ta'siri 6-8 haftadan so'ng samara beradi. Davolanish davrasida 1,0-1,5g oltin olinadi.

1. Krizanol - oltinning kal'tsiy tuzi yorli qorishmasi – 5% 1ml krizanol tarkibida 17mg, 10 %da esa 34mg metalli oltin saqlanadi. Davolash davrasida metalli oltin mushak orasiga haftada 1 marta 10, 17, 34 va 50mg dan yuboriladi.

2. Tauredon - 1,2,3 in'ektsiya-10 mg dan; 4,5 6-20 mg dan, 7 dan-50 mg dan haftasiga 2 marta yuboriladi. Natijaga erishgach kuvvatlovchi doza-50 mg dan 2 haftada 1 marta beriladi.

3. Auranofin - 6 mg kuniga (1 marta yoki ikkiga bo'lib, ovqatlanish vaqtida ichiladi).

Oltin tuzlari immungloblinlarning ortiqcha mahsulotlarini, fermentlar faolligini, hamda xujayralarda oksidlanish jarayonlarini ingibirlab, immunpatologik reaksiyani, ya'ni jarayon avj olishini sekinlashtiradi. Krizoterapiya o'tkazilganda 20-30% bemorlarda teri toshmalari, stomatit, glomerulonefrit, agranulotsitoz kabi nojo'ya holatlar rivojlanadi. SHuning uchun dorilarni yuborishdan oldin xargal periferik kon tarkibini tekshirish kerak. Agar leykopeniya, trombotsitopeniya aniqlansa dorini kabul kilish to'xtatiladi. Oltin tuzlari oriqlash, vistseropatiya, vaskulitlar bilan kuzatiladigan revmatoid artritning og'ir kechishida, xomiladorlarda, emizikli ayollarda, hamda D-penitsillamin va tsitostatiklar bilan birgalikda ko'llash man etiladi.

- Immundepressantlar - revmatoid artritning ogir kechadigan faol turida, tizimli ko'rinishlarida ko'llaniladilar. Dori ta'siri 3-4 haftadan so'ng rivojlanadi.

1. Metotreksat 7,5 mg haftada 1 marta 3-6 oy davomida.

2. Azatioprin 50-450 mg dan kuniga.

3. Xlorbutin (leykeran) - 2-5 mg dan kuniga.

4. TSiklofosfan - 100-150 mg kuniga.

Immundepressantlar xujayra immun qismlarining xosil bo'lishini, rivojlanishini va faoliyatini sekinlashtiradi va antiproliferativ ta'sir ko'rsatadi.

- Kuprenil (penitsillamin) - Felti sindromida, o'pkaning revmatoidli zararlanishida ko'llash maksadga muvofiqdir. Boshlang'ich dozasi - 250 mg kuniga, miqdorini 750 mg gacha oshirish mumkin. Davolash kursi - 6-9 oy.

- Sulfanilamid xosilalari - revmatoid artritning tizimli bulmagan ko'rinishlarida ko'llaniladi.

1. Sulfasalazin (salazosulfapiridin) - 1 haftada 1,0 g dan kuniga; II haftada - 1,5 g dan kuniga, III -haftadan - 2,0 g dan kuniga. Dori ta'siri 4-6 oydan so'ng rivojlanadi.

2. Salazopiridazin - sulfasalozinga o'zshab qabul qilinadi.

- Aminoxinolin xosilalari - revmatoid artritning boshlang'ich davrida, past faollikda aksariyat, bo'gim turida yoki boshka dorilar bilan birgalikda ko'llaniladi., ta'siri 6-12 oydan keyin rivojlanadi.

1. Xloroxin, rezoxin, delagil - 0,25 g kuniga.

2. Plakvenil (gidroksixloroxin) 400 mg uyukudan oldin 2-3 oy davomida, keyinchalik - 200 mg dan. Davolash kursi odatda 6 oy.

Xinolin birikmalari plazmatik xujayralar faolligini sekinlashtiruvchi xususiyati tufayli kuchsiz immundepressiv ta'sirga ega, yalliglanishning proliferativ kismini ingibirlashi mumkin, hamda DNK depolimerizatsiyasini buzadi, shuningdek kollagen sintezini va etilishini sekinlashtiradi.

Uyg'unlashgan ustivor davo - oltin tuzlari va metoreksat aloxida yoki metotreksat va azatiopirin birga qo'shib beriladi.

- Glyukokortikoidlar. Prednizolonni kichik dozada (7,5-10 mg) kiska. vaktga YAKNPga va ustivor dorilarga qo'shimcha davo sifatida har kuni ko'llash joiz, yuqori (10 mg dan ortik) miqdorda esa har xil asoratlarni vujudga keltiradi. Metilprednizolon pul's terapiyasi (dorini katta miqdorda berish) asosan revmatoid vaskulitini davolashda ko'llaniladi.

- Glyukokortikoidlarni bo'g'im ichiga yuborish - bitta yoki bir nechta bo'g'implarda eksudativ holat rivojlansa, YAKNM davosi yaxshi samara ko'rsatmasa qo'llaniladi. In'ektsiyani ahyon-ahyonda qo'llash lozim, chunki gormon togay degeneratsiyasini chaqirishi mumkin. Preparatlar yirik bo'g'implarga - butun dozada, o'rta hajmdagi bo'g'implarga 50%, kichik bo'g'implarga – 20% yuboriladi.

1. Metipred (metilprednizolon) yoki depomedrol 40 mg (1-5 haftada bir marta).

2. Hidrokortizon gemisuktsinat - 125 mg dan haftasiga 1 marta.

DORI MODDALARSIZ DAVOLASH.

- Davo gimnastikasi - jismoniy tarbiya sistemasi mashqlari.
- Fizioterapiya - jarayonning past faolligida qo'llaniladi.
- Kurort va sihatgohlarda davolash - radonli, natriy xloridli, gidrosulfidli, karbonat-angidridli suvlar.

DORILARNING O'ZARO TA'SIRI.

- Antatsidlar YAKNP so'rilish tezligini va darajasini kamaytiradilar.
- Antikoagulyant qabul qilgan bemorlarda hamma YAKNP qon ketishi ehtimolini oshiradi.
- Aspirin, butadion tabletkalangan gipoglikemik moddalar ta'sirini kuchaytirishi mumkin.
- YAKNP diuretiklar, beta-blokatorlar, gidralizin, APF ingibitorlari ta'sirini pasaytiradi.
- YAKNP, ayniqsa indometatsin va diklofenak, qonda litiy preparatlari miqdorini oshiradi.
- Salitsilatlar metotreksatning buyrak orqali chiqishini sekinlashtiradi, bu holat uning miqdorini organizmda zaharlanishgacha ko'payishga olib keladi.

## 9-mavzu: Podagra

### Ma'ruza mashg'ulotlarining ta'lim texnologiyasi

|                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mashg'ulot vaqti -2 soat                                                                                                                                                                                                     | Talabalar soni : 18-36 gacha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Mashg'ulot shakli                                                                                                                                                                                                            | Kirish-axborotli ma'ruza.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Ma'ruza rejasi</b><br>1.Kasallikning etiologiyasi, patogenezi,patologik anatomiyasi<br>2. Kasallikning tasnifi,klirikasi<br>3. Kasallikning tekshirish usullari<br>4. Kasallikning davolash prinsiplari va profilactikasi | <b>Ma'ruzaning qisqacha annotastiyasi</b><br>Hozirgi vaqtda revmatologik kasallilarini shu jumladan revmatoidli artritlarni o'rganish juda katta ahamiytga ega, chunki u bo'g'im tizimi kasalliklari orasida ko'p uchraydi, hamda bemor hayoti uchun xafli bo'lgan asoratlar keltirib chiqarishi mumkin. Shuningdek hayot uchun muhim bo'lgan ichki a'zolari zararlashga ham sababchi bo'ladi. |
| <b>O'quv mashg'ulotning maqsadi:</b><br>Talabalarga kasallikning etiologiyasi, patogenezi, klinik simptomlrini, labarator- instrumental diagnostika va                                                                       | <b>Maqsadi yoritiladi</b><br><b>B) ta'limiy-</b> nazariy bilimlarni egallash va mustahkamlash:<br><b>B)tarbiyaviy-</b> shifokorlikka tayyorlashda jahon                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| rasional terapiy, asoratlar profilacticasini, reobilitatsiyasini o'rgatish. | standarlari talab darajisida mutaxassislikka qiziqishini, masuliyat hissiyatlarini shakillantirish, o'z bilim darajasini kengaytirishga qiziqishini tarbiylash, deontologik tarbiy darajasini shakillantirish, amaliy ishni bajarishda ehtiyotkorlik, aniqlik va masuliyatni his etishni shakillantirish.<br><b>S)rivojlantiruvchi</b> -talabalarda mustaqil fikirlashni va mustaqil mulohaza yuritishni shakillantirish, talabalarni mantiqiy fikirlashini rivojlantirish. |
| Ta'lim berish vositalari                                                    | o'quv qullanma va adabiyotlar,ma'ruza matni,proektor,multimedia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Mashg'ulot uslubi                                                           | Axborotli,muammoli ma'ruza                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Ta'lim berish sharoiti                                                      | Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Monitoring va baholash.                                                     | Og'zaki nazorat:savol-javob.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

### Ma'ruza mashg'ulotining texnologik kartasi

| Ish bosqichlari va vaqti.      | Ta'lim beruvchi                                                                                                                                                                                                | Ta'lim oluvchilar                                             |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Tayyorgarlik bosqichi (5daqqa) | 1.Mavzu bo'yicha o'quv materiallarni va auditoriyani tayyorlash.<br>2.Kirish ma'ruzasini uchun taqdimot slaydalarini tayyorlash<br>3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | Talabalar                                                     |
| 1. Mavzuga kirish (10 daqiqa)  | 1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi<br>2. Mavzu bo'yicha savollar beradi.                                                                                                                          | Tinglaydilar<br>Talabalar berilgan savollarga javob beradilar |
| 2 – asosiy bosqich (55 daqiqa) | 1. Mavzuni tushuntirib beradi, slaydalar namoyish qilish<br>2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi<br>3. Multimediydan foydalanadi                                                                            | Tinglaydilar<br>Tinglaydilar                                  |
| 3-yakuniy bosqich (10 daqiqa)  | 1. Yakunlovchi xulosa qiladi<br>2. Mustaqil ish beradi<br>3. Uyga vazifa beradi                                                                                                                                | Tinglaydi<br>Yozib oladi<br>Yozib oladi                       |
| Jami:80min-2soat               |                                                                                                                                                                                                                |                                                               |

### Mavzu bayoni: Podagra

**Podagra** — bo'g'imlarning kasalligi bo'lib, etiologiyasida modda almashinuvi buzilishi, purin birikmalari almashinuvida muvozanatning buzilishi va organizmda siydik kislotasining to'planishi yotadi. Surunkali podagraning belgilari bo'yicha birinchi ilmiy tavsif 1865 yilga borib taqaladi. 30 yil davomida bu kasallikdan azob chekkan Sindegam Tomas «Podagra qonunlari» degan kitob yozadi, kitobda podagra nima, podagraning surunkali bosqichining klinik belgilari, o'tkir podagra tavsifi batafsil yozib o'tilgan.

#### Turli yoshdagi insonlarda podagra

Podagradan odatda kattalar aziyat chekadi. Statistika ko'ra, sayyoramizdagi katta yoshdagi kishilarning 0,1% podagradan aziyat chekmoqda va rivojlangan mamlakatlarda (G'arbiy Evropa,

AQSh) podagradan aziyat chekayotgan odamlar soni 2% ga yaqin. Lekin mutaxassislar kasallikning haqiqiy surati statistik ma'lumotlardan farq qiladi deb hisoblashadi, chunki bemorlarning kech tashxislanishi statistikani to'liq o'rganishni murakkablashtiradi.

Tadqiqotchilar shuningdek, XX asrgacha ba'zi bir istisnolar bilan faqat erkaklarning kasalligi deb hisoblangan podagra kasalligi hozirgi vaqtda har ikki jinsda kuzatilishi mumkinligini ta'kidlashmoqda. Lekin bemor erkaklar va ayollar nisbati hali-hanuz bir xil emas: 20ta erkak bemorga 1 ta ayol bemor to'g'ri keladi. Ayollarda podagra tashxislanishi ortishining sababi hayot sifati yaxshilanishi hisoblanadi. Purin moddasiga boy oziq-ovqatlar muntazirligi va umumiy aholi o'rtasida alkogol iste'moli ko'payishi ham o'z ta'sirini ko'rsatmoqda.

Shuningdek podagra tashxisi «yosharishi» ham kuzatilmoqda: agar kasallik oldinlari 35-45 yoshli erkaklarda uchragan bo'lsa, hozirda ushbu chegara 30 yoshni tashkil etadi.

### **Erkaklardagi podagra**

Ayollarga nisbatan podagra erkaklarda ko'proq uchrashi ikki omil bilan tushuntiriladi:

- kasallikning qisman nasli surishi, u **X xromosoma** orqali nasldan-naslga uzatiladi, erkaklarda esa ushbu xromosoma bitta (XY) bo'lganligi tufayli boshqa variantlarning mavjud emasligi;
- Erkaklar uchun odatiy bo'lgan noto'g'ri ovqatlanish odatlari va spirtli ichimlik iste'moli. Erkaklardagi podagraning o'ziga xos xususiyati ushbu jins vakillarining shifokor huzuriga podagraning o'tkir xurujlari davrida yoki kasallik tashqi belgilari paydo bo'la boshlagach — bo'g'imlarning deformatsiyasi va tofuslar shakllangach borishidir.

### **Ayollarda podagraning xususiyatlari**

Ayollarda yumshoq to'qimalarda siydik kislotasi darajasining oshishi va uratlarning, tuz kristallari to'planib qolishi bilan kechadigan jarayonlar klimaks davriga xosdir. Ushbu davrda podagra xavfi sezilarli darajada ko'payadi, ayniqsa irsiy moyillik mavjud bo'lsa, shuning uchun ayollardagi podagra ko'pincha 50-55 yoshlik davrda tashxis qilinadi.

Shu bilan birga, ayollarning genetik moyilligi erkak jinsidan farqli o'laroq faqat ehtimolli bo'ladi. Purin birikmalarining metabolizmi uchun zarur bo'lgan fermentlarni ishlab chiqarish uchun mas'ul bo'lgan gen X xromosomada joylashgan bo'lib, bunday xromosomalar ayollarida ikkita bo'ladi (XX). Shuning uchun, agar xromosomadagi bir genga zarar yetkazilgan bo'lsa, uning funktsiyasi boshqa xromosomadagi genning intensiv faoliyati bilan qoplanadi.

Agar ikkala gen xam zararlangan bo'lsa, ayollarda podagra rivojlanish xavfi erkaklardagi bilan bir xil bo'ladi (deyarli 100%), kasallik boshlanish yoshi ham sezilarli darajada kamayadi.

### **Bolalarda podagra kasalligi**

Organizmدا siydik kislota darajasining oshishi — giperurikemiya bolalik davrida birlamchi holat yoki kasallik fonidagi ikkilamchi disfunktsiya hisoblanadi va bu irsiyat tufayli emas.

Bolalarda podagra hujayralarning faol nobud bo'lishi oqibatida yuzaga keladi, bu esa o'z navbatida ko'p miqdorda purin ishlab chiqarilishiga olib keladi. Hujayralarning ko'p nobud bo'lishi suvsizlanganda, och qolganda, buyrak yetishmovchiligi yoki buyraklarning boshqa patologiyasida, turli xildagi o'simtalarning mavjudligida yuz berishi mumkin

Shuningdek, bolalikdagi podagra etiologiyasida to'liq yoki qisman **gipoksantinguaninfosforiboziltransferaza** yetishmovchiligi va **fosforibozilpirofosfatsintetaza**ning o'ta faolligi ham mavjud.

### **Podagraning rivojlanishi sabablari**

Tananing yumshoq to'qimalarida tuz kristallari shakllanishi va yig'ilib qolishiga sabab bo'ladigan qonda siydik kislotasining barqaror oshib borishi — podagra rivojlanishining yagona sababidir. Giperurikemiyaning boshlang'ich bosqichi, ya'ni siydik kislota darajasining oshishi tuz kristallari shakllanishiga va yig'ilib qolishiga sabab bo'lmaydi, lekin modda almashinuvidagi jiddiy buzilishlardan dalolat beradi, bu esa ushbu kasallikning dastlabki belgisidir.

Siydik kislota konsentratsiyasining o'sishiga bir necha omillar ta'sir ko'rsatishi mumkin. Asosiylari — irsiy moyillik, organizmga oziq-ovqat bilan ko'p miqdorda purin birikmalari tushishi, purinlar katabolizmining (parchalanishining) ko'payishi, shuningdek, disfunktsional

yoki yosh bilan bog'liq siydik orqali siydik kislotasini chiqarib yuborish jarayonining sekinlashuvi hisoblanadi.

#### **Podagra rivojlanishi va siydik kislotasi konsentratsiyasining o'sishi o'rtasidagi bog'liqlik**

Oziq-ovqat bilan organizmga kirib keladigan purin asoslarini qayta ishlash yoki tana hujayralarining nobud bo'lishi natijasida siydik kislota hosil bo'ladi. Bu aralashma buyrak kanalchalarida filtrlanadi va odatda siydik bilan organizmdan chiqarib tashlanadi. Agar biron bosqichda buzilishlar yuz bersa (siydik kislotasini ko'p ishlab chiqarish, uni organizmdan chiqarib tashlay olmaslik) giperurikemiya rivojlanishi uchun sharoit paydo bo'ladi. Shuni yodda tutish kerakki, «giperurikemiya» tashxislanishi podagra mavjud degani emas, chunki siydik kislotasining oshishi boshqa kasalliklar bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Biroq giperurikemiya podagrani jarayonlarning rivojlanishiga sabab bo'lishi mumkin.

Podagrada siydik kislotasi kaltsiy, natriy, kaliy va boshqa elementlar bilan reaksiyaga kirishib, kristall birikmalar yoki uratlarga aylanadi. Uratlar asosan ikki hududdagi to'qimalarda to'planadi:

- Siydik ajratish a'zolarida (buyrakdagi toshlar, siydik yo'li toshlari);
- Bo'g'imlar yumshoq to'qimalari, bo'g'im atrofi to'qimalarida. Ushbu to'qimalarda qon aylanishining o'ziga xos xususiyatlari tufayli uratlar u yerga tushib, cho'kindi bo'lib to'plana boshlaydi.

#### **Podagrani rivojlantiruvchi omil sifatida purin nukleotidlarining sintezi tezligi**

Siydik kislota paydo bo'lishiga olib keladigan purin asoslarining parchalanishi odatda barqaror tezlik bilan kechadi, tezlikni ferment miqdori belgilaydi. Turli sabablarga ko'ra organizmdagi purin miqdorining ko'payishi kuzatilsa, sintez tezligi oshadi va qonda siydik kislotasi miqdori baland bo'lib ketadi.

Bu jarayon vaqtincha va qayta tiklanuvchi tabiatga ega bo'lishi yoki surunkali kasalliklar, ovqatlanish ratsionining barqaror emasligi tufayli uzoq davom etishi mumkin. Nuklein asoslar sintezining kuchayishiga sitostatiklarni uzoq vaqt qabul qilish, radio va kimyoterapiya, gemoliz usuli, jarrohlikning ayrim turlari ham sababchi bo'ladi.

#### **Siydik kislotasining organizmdan chiqarilish tezligi**

Podagra ikkilamchi kasallik sifatida buyrak faoliyati buzilishi fonida rivojlanadi. Buyrak naychalarida qayta ishlash va filtrlashdan keyin odatda siydik kislotasi tanadan siydik bilan birga chiqib ketadi. Surunkali buyrak kasalliklarida purin asoslari parchalanish jarayonida paydo bo'lgan mahsulotlarini chiqarib tashlash funktsiyasi buzilishi mumkin, bu esa qonda siydik kislotasi miqdorining oshishiga sabab bo'ladi. Siydik kislotaning chiqib ketishiga to'sqinlik qiluvchi asosiy omillar — yallig'lanish yoki biriktiruvchi to'qimalarning o'sishi natijasida buyrak kanalchalarining qisman yoki to'liq yopilib qolishidir.

#### **Purinlarni ortiqcha iste'mol qilish**

O'z-o'zidan puringa boy oziq-ovqatlarni ortiqcha iste'mol qilish podagra rivojlanishiga sabab bo'lmaydi, bu vaziyat purinlarni qayta ishlash funktsiyasi yoki uning mahsulotlarini chiqarib yuborish jarayoni buzilganda kasallik rivojlanishi uchun optimal sharoit yaratadi. Maxsus parhez podagrani davolashning bir qismi va uning rivojlanishi yoki kuchayishini oldini olish chorasi sifatida qaraladi, ayniqsa genetik moyillik yoki boshqa xavf omillari mavjud bo'lganda.

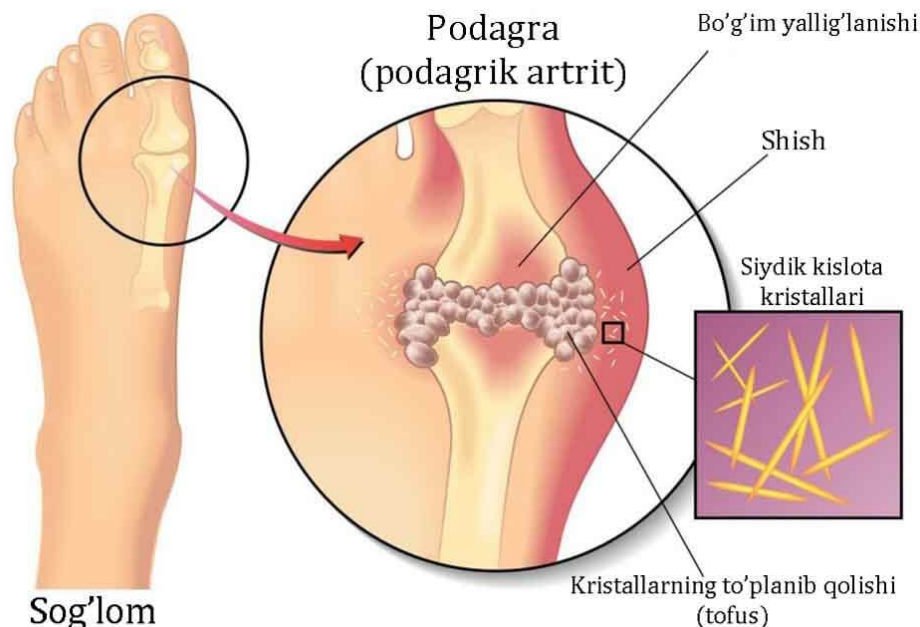
#### **Podagrani sababi sifatida genetik moyillik**

Purinlarni qayta ishlashni ta'minlovchi fermentlar, oqsillar guruhi insonda ba'zi genlar borligi tufayli sintez qilinadi. Fermentopatiyada organizm sintez jarayonini ta'minlash, turli birikmalarni qayta ishlash uchun fermentlarni kerakli miqdorda ishlab chiqara olmaydi. Purinlarni qayta ishlash va siydik kislotani tanadan chiqarib tashlashni boshqaradigan maxsus oqsil yetishmaganda, qonda zaharli birikmalar konsentratsiyasi oshadi va podagra rivojlanishiga olib keladi. Ushbu patologiya nasl surib, ota-onadan bolalarga o'tadi.

Podagraning turtki omili hisoblanadigan ferment yetishmovchiligi umumiy genetik metabolik sindromga kiradi, u ortiqcha vazn, qandli diabet, gipertoniya, giperlipedemiyaga ham sabab bo'ladi.

### **Podagraning alomatlari, rivojlanish bosqichlari va kasallik shakllari**

Qoida tariqasida ushbu kasallik aniq klinik tasvir, sezilarli belgilar va navbatma-navbat keladigan rivojlanish bosqichlari bilan tavsiflanadi. Biroq, ba'zi hollarda alomatlar yetarlicha aniq emas yoki boshqa kasalliklar belgilari ortida yashiringan bo'ladi.



To'g'ri tashxisni faqat mutaxassis qo'yishi mumkin va podagraning birinchi alomatlari namoyon bo'la boshlagach unga murojaat qilish lozim. Davolash olib borilmasa, oziq-ovqatlarda cheklovlar bo'lmasa, tashxis kechiktirilsa og'riq xurujlari tez-tez bo'lib turadi, yallig'lanish ortadi, bo'g'imlar deformatsiyalanadi, siydiktosh kasalliklari rivojlanishi, organizmning tizimli shikastlanishlari, sog'liqning yomonlashuvi, bemorning nogiron bo'lib qolishi uchun sharoit yaraladi.

### **Podagraning bosqichlari**

Podagraning bosqichlari quyidagi ko'rsatkichlarga qarab ajratiladi:

- Kasallikning ma'lum bosqichlariga xos bo'lgan klinik tasviri;
  - Qonda siydik kislotasi darajasi;
  - Qattiq uratlar, kristalli birikmalar mavjudligi.
- Ushbu ma'lumotlar asosida podagraning uch bosqichdan biri farqlanadi:
- **Boshlang'ich premorbid bosqich** — giperurikemiya bilan tavsiflanadi, qonning biokimyoviy tahlili natijasida aniqlanadi. Bo'g'imlar va siydik chiqarish tizimi shikastlanishi belgilari kuzatilmaydi, lekin nomaxsus belgilari bo'lishi mumkin: vazn olishga moyillik, ovqat hazm qilish tizimidagi buzilishlar (tez-tez qabziyat, defakatsiyadagi qiyinchiliklar), terining qichishi va boshqalar;
  - **Intermittilovchi yoki oraliq bosqich** — bo'g'im atrofidagi to'qimalarda tuz kristallarining paydo bo'lishi, kam hollarda buyrak to'qimalarida ham. Bu bosqich og'riq boshlanishi, bo'g'imlarning o'tkir yallig'lanishi, podagra xurujlari bilan xarakterlanadi. O'tkir og'riq o'zidan-o'zi yo'qoladi va remissiya (oraliq yaxshilanish davri) boshlanadi, xurujlar 3-7 kun davom etadi. Podagra xurujlari boshlanishiga suvsizlansih, alkogolli ichimliklar ichish, noto'g'ri ovqatlanish, och qolish, sovqotish, o'tkir yuqumli kasalliklar, jarrohlik aralashuvi kabilar turtki bo'lishi mumkin;
  - **Podagraning surunkali bosqichi** xurujlar va remissiya davrlarining almashinuvi bilan kuzatiladi. Bu bosqich interval tofuslar shakllanishi va kichik tuz kristallari birikishi bilan

tavsiflanadi. Kasallikka bo'lgan beparvolikka qarab tofuslar hajmi sezilarli darajada bo'lishi mumkin, og'riq berishi mumkin. Bu bosqich shuningdek shikastlangan bo'g'im sohasidagi terining qizarishi, bo'g'im harakatchanligining buzilishi, gipertermiya va mahalliy to'qimalardagi yallig'lanishni ham o'z ichiga oladi. Podagraning surunkali bosqichida ko'pincha siydiktosh kasalligi ham rivojlanadi.

#### ***Podagradagi og'riqning lokalizatsiyasi va xususiyatlari***

Intermittiv va surunkali bosqichlar o'tkir og'riqli xurujlar bilan kechadi. Ko'pincha og'riq kechki va tungi vaqtlarda boshlanadi, hududiyli esa shikastlangan bo'g'imdan tortib, to tana qismining oxirigacha tarqalishi mumkin. Yumshoq to'qimalarda yig'ilgan qattiq uratlar, kristallar bo'g'imlarni, pay birikmalarini jarohatlaydi va kuchli og'riqqa sabab bo'ladi, yana bunga yallig'lanish tufayli kelib chiqadigan og'riq ham qo'shiladi.

Xurujlar vaqtida og'riq qoldiruvchi preparatlar qabul qilish odatda samarasizdir. Og'riq jarohatlangan sohaga yengil bosilganda ham kuchayadi. Ko'pincha oyoq bosh barmog'ining bo'g'imlari — **plyusnefalanga** bo'g'imi shikastlanadi, bunga sabab ushbu sohaning o'ziga xos qon aylanishidir. Bunday joyda uratlarningning to'planishi podagra chalingan bemorlarning 50 foizidan ko'prog'ida qayd etiladi. Shuningdek qo'ldagi barmoqlar, bilak, tirsak, tovon, tizza, son va boshqa tana qismlari bo'g'imlari shikastlanishi ham mumkin.

#### **Podagra shakllari**

Podagra bilan og'rigan bemorlarning 60-80 foizida klassik og'ir xurujlar va yaqqol klinik belgilar aniqlanadi. Surunkali kasallikning remissiyasi fonida qattiq og'riq boshlanadi, xurujdan keyin remissiya davri qaytadan boshlanadi.

Xurujning davomiyligi bemorning umumiy holatiga, terapiya turlariga va kasallikning bosqichiga bog'liq. Jarohatlangan bo'g'im sohasidagi o'g'riqqa qo'shimcha ravishda umumiy sog'lik holatining buzilishi, holsizlik, bosh og'rig'i, subfebril darajadagi isitma, shish, qizarish, bo'g'im atrofidagi terining ko'karishi (sianoz) kuzatiladi.

Podagraning shunidek quyidagi shakllari farqlanadi:

- **O'tkir osti shakli** — sustroq namoyon bo'ladigan simptomatika bilan tavsiflanadi, yaqqol namoyon bo'ladigan og'riqlarsiz, shishlarsiz kechadi;
- **Psevdoflegmonoz shakli** — podagra xos klinik tasvirdan farqlanadi: periartikulyar (bo'g'im atrofi) to'qimalarning o'tkir yallig'lanishi, yuqori tana harorati (39 °C va undan baland), ahvolning yomonlashuvi, varaja, tananing umumiy intoksikatsiyasi alomatlarini kuzatiladi;
- **Revmatoidga o'xshash podagra** shaklida klinik tasvir revmatologik kasalliklariga o'xshash bo'ladi, masalan, surunkali artrit. Odatda bu shaklda alomatlar barmoqlar va bilaklarning bo'g'imlari hududida tez-tez uchraydi. Ushbu shakldagi podagra xurujlar davomiyligi bilan ajralib turadi, ular bir necha haftadan bir oygacha davom etadi;
- **Podagraning alohida shakli** infeksiya-allergik poliartrit bilan o'xshash alomatlar bilan birga keladi. Bemorlarning 5% da migratsiya qiluvchi poliartritning klinik ko'rinishi kuzatiladi, keyin tashxisga aniqlik kiritilgach, maxsus podagra deb ajratiladi;
- **Kam alomatli podagra** xira alomatlar, yengil og'riq, biroz shish, ta'sirlangan bo'g'im ustidagi terining qizarishi bilan kechadi.

Yuqoridagi shakllar podagra rivojlanishining dastlabki bosqichlariga xosdir.

#### **Podagraning bo'g'imlarda namoyon bo'lishi**

Turlicha nomlanuvchi — podagrik artrit yoki bo'g'imlar podagrasi turli xil tashqi belgilari bilan namoyon bo'ladi. Kasallikning o'tkir xurujida teri atrofi qizarishi kuzatiladi va u og'riq kuchayishi bilan yanada ko'proq qizarib boradi. Podagrik artritning boshqa belgilari mavjud:

- Bo'g'im atrofidagi yumshoq to'qimalarning yallig'lanishi tufayli ikkilamchi etiologiyali bursit, tendinit, tenosinovit;

- Ta'sirlangan bo'g'im harakatlanishi cheklanganligi, asosan, o'tkir xurujlar davrida namoyon bo'ladi, ammo remissiya davrida ayrim bemorlarda bu belgilar qayd etilgan;
- Yallig'langan sohaning mahalliy gipertermiyasi, mahalliy haroratni 1-2 °C ga oshishi. Kasallik rivojlanishining oxirgi bosqichlarida podagraning bo'g'implardagi o'ziga xos namoyon bo'lishi **tofuslar** — teri osti va teri ichidagi shakllanmalar bo'lib, ular siydik kisloatsining qattiq kristalli birikmalaridan iborat. Tofus shakllanishining o'rtacha davri siydik kislota o'sishi boshlanganidan 3-5 yil o'tgach boshlanadi, lekin ayrim hollarda tofuslarning tezqroq shakllanishi kuzatiladi.

Kasallikning rivojlanishi tofusning kattalashishiga — diametri bir necha santimetr bo'lishiga olib keladi. Kristall shakllanmalar tufayli qon aylanishining buzilishi teshikchalar paydo bo'lishiga, ulardan quyuq oq massa yoki kukun ajralib chiqishi kuzatilishi mumkin.

Tofus eng keng tarqalgan sohalarda bilak, tirsak, tizza, kaft va oyoq bosh barmog'i bo'g'implaridir, shuningdek quloq suprasi va qoshlar usti yoyi ham. Podagra qo'l barmoqlari va boshqa ko'p uchramaydigan sohalarni shikastlasa, tofuslar paydo bo'lishi sezilarli tezlashishi mumkin.

#### ***Podagra tashxis qo'yish usullari***

Podagra kasalligining asosiy alomati bu bo'g'implardagi og'riq bo'lganligi uchun ushbu kasallikni boshqa revmatologik kasalliklardan, jarohatlar va boshqa bo'g'im patologiyalaridan farqlash va tashxisni aniqlashtirish biroz qiyinchilik tug'dirishi mumkin.

Aniq tashxisni qo'yishda mutaxassis anamnezga tayanadi, shuningdek bu holatda o'tkaziladigan paraklinik tadqiqotlar va tahlillar (qonning biokimyoviy tahlili, umumiy siydik tahlili) yordam beradi. Tashxislashning vaqti va aniqligi kasallik darajasi, belgilarining yaqqolliigi, umumiy ahvolning holati, bemorning sog'lig'i, birgalikda kechuvchi kasalliklar va buzilishlar bor-yo'qligiga bog'liq. Faqat siydikni tahlil qilish samarasizdir, chunki uning ko'rsatkichlari siydik tizimi organlarining kasalliklari mavjudligi yoki yo'qligi bilan katta darajalarda o'zgarishi mumkin.

Podagra tashxisini qo'yish uchun qo'shimcha tadqiqotlar yordamida quyidagi alomatlar mavjudligi tekshiriladi:

- Giperurikemiya — venoz qonda siydik kislotasining barqaror ravishda ko'payishi, biokimyoviy tadqiqotlar usuli bilan aniqlanadi;
- Organizmdagi uratlarni mavjudligi va to'planish jarayonining bosqichi;
- Bo'g'im yon to'qimalariga bu kristallarning birikishi;
- O'tkir yallig'lanish jarayonlari, bo'g'implarning harakatchanligi darajasi.

Kasallik rivojlanavergach, buyrak faoliyatining buzilishlari, siydiktosh kasalliklari yuzaga keladi, shuning uchun podagrani davolash jarayonida ushbu holatlarni boshqarish kerak.

#### ***Kasallikni tashxislashda instrumental usullar***

Bo'g'im va bo'g'im atrofidagi to'qimalarning kasallikni namoyon qilish etiologiyasi diagnostika asboblari yordamida tekshiriladi. Shikastlangan bo'g'implar UTT, kompyuter tomografiya, radiografiya va vena ichiga pirofosfat texnetsiy yuborilib, sintigrafik tadqiqot yordamida baholanadi. Oxirgi usul kasallikning ham kech, ham erta bosqichlarida samarali bo'ladi.

Podagraning dastlabki bosqichida boshqa keng tarqalgan instrumental tadqiqotlar unchalik ham ko'p ma'lumot bermaydi, chunki podagraning dastlabki bosqichlarida bo'g'implar va ular atrofidagi to'qimalar hali sezilarli destruktiv alomatlar namoyon qilmaydi va ularni apparat diagnostika usullari bilan aniqlash mushkul. Biroq, ulardan foydalanish podagrik artritining boshqa turdagi revmatik kasalliklardan yuqori aniqlik bilan farqlashni ta'minlaydi.

#### ***Podagrani davolash va oldini olish usullari***

Organizm tomonidan ishlab chiqariladigan yoki oziq-ovqat bilan tushadigan purin asoslarining parchalanishi murakkab jarayondir va bir necha bosqichda amalga oshiriladi. Har qanday bosqichdagi buzilishlar siydik kislota to'planishiga va buzilish turiga qarab podagraning jadal yoki bosqichma-bosqich rivojlanishiga olib keladi. Yaqqol namoyon bo'ladigan alomatlar kasallikning o'tkir xurujlari davrida namoyon bo'ladi va ungacha bemor o'zida faoliyat buzilishlari, kasallik mavjudligi haqida bilmasligi mumkin.

Podagraning etiologiyasi davo tamoyillarini belgilaydi. Boshqa patologiyalar va kasalliklar tufayli yuzaga kelgan ikkilamchi etiologiyali podagrani faqat birlamchi kasallikni bartaraf etish orqali davolasa bo'ladi. Fermentopatiyalı (ferment yetishmasligi) irsiy podagra davolash alomatlarini bartaraf qilish uchun qaratilgan bo'ladi.

### **Podagra uchun ishlatiladigan preparatlar**

Podagrani davolash uchun dori vositalarini tanlashda shifokor kasallikning shakli, bosqichi va sababi to'g'risidagi ma'lumotlarga asoslanadi. Podagrani uy sharoitida mustaqil davolash yo'lidagi urinishlar salomatlikni jiddiy yomonlashuvi, kasallikning tez rivojlanib ketishi va boshqa muammolarga sabab bo'lishi mumkin.

Podagra uchun tanlangan birinchi dorilar guruhları podagra qarshi va yallig'lanishga qarshi preparatlardir.

Antipodagrik preparatlar (urikodepressantlar va urikozuriklar) purinlarni qayta ishlashni jadallashtirish va purin asoslari parchalanishi natijasida paydo bo'lgan mahsulotlarni tezroq yuvib chiqarishga qaratilgan. Ba'zi hollarda mutaxassis aralash ta'sirga ega preparatlarni buyurishi mumkin, masalan o'tkir podagra xuruji boshlanishida kolxitsin in'yektsiyasi.

O'tkir davrlarda bo'lgani kabi, remissiya davrida ham yallig'lanishga qarshi preparatlarni qo'llash maqsadga muvofiq bo'ladi. Podagra eng ko'p ishlatiladigan yallig'lanishga qarshi dorilarga nosteroid dorilar (Indametatsin, Fenilbutazon va boshqalar) va glyukokortikosteroidlar (ko'pincha Prednizolon) kiradi. Ushbu preparatlarni qo'llash shikastlanish joyida yallig'lanish, og'riq va to'qimalarning shishishini kamaytiradi.

Podagraning shakli va bosqichiga qarab fizioterapevtik muolajalar buyurilishi mumkin: ultrabinafsha nurlanish, elektroforez, parafin va ozokerit bilan qizdirish va hokazo.

### **Podagra ovqatlanish**

Podagra parhezga amal qilish faqat kasallik birlamchi etiologiyali bo'lganda samarali bo'ladi. Parhez boshlanishining birinchi kuni va qat'iy parhezga amal qilingandan bir hafta o'tib qonning biokimyoviy tahlili o'tkaziladi, bu qondagi siydik kislota miqdorini aniqlash uchun kerak. Bunday hollarda podagra asosiy etiologiyali bo'lsa, qonda siydik kislotasi darajasi kamayadi, bu kasallikning sababini tashxislash va podagrani samarali davolash strategiyasini ishlab chiqishga ham yordam beradi.

### **Podagra №6 parhez**

Podagradan aziyat chekuvchi barcha bemorlarga individual xususiyatlariga qarab kichik o'zgarishlar bilan Pivzner bo'yicha parhez tayinlanadi. Ushbu ratsionga rioya qilish purin metabolizmiga ta'sir qilishi va shu orqali siydik kislotasi darajasini kamaytirish mumkin. Bu esa o'z navbatida bo'g'imlar va boshqa to'qimalarda tuz kristallari shakllanishini oldini oladi. To'g'ri tanlangan parhezga amal qilinganda birlamchi etiologiyali podagrani bemorlarda uzoq muddatli remissiyalar, boshlang'ich bosqichlarda esa to'liq klinik sog'ayish kuzatiladi. Podagrik xurujlarning tez-tez kuzatilishi ovqatlanish ratsionidagi buzilishlar belgisidir.

№6 parhezga va shifokor tavsiyalariga rioya qilganda ham tez-tez xurujlar uchrab turishi kasallikni undaydigan boshqa omillar qo'shilganligini yoki shifokor kasallik sababini noto'g'ri tashxislaganini bildiradi.

6-raqamli parhezning asosiy qoidalari quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- Kunlik ovqatlanishni 4-6 qismga bo'lib, shuncha marta ovqatlanish;
- Go'sht, baliq, parranda go'shtini iste'mol qilishdan avval yaxshilab qaynatish, bu ularni maksimal miqdordagi purinlardan ozod qilishga olib keladi. Podagra bilan kasallangan, ayniqsa kasallikning og'ir darajalaridagi bemorlarga bulyonlar taqiqlanadi;
- Go'sht yoki baliq miqdori haftasiga 2-3 martalik iste'mol oralig'i bilan 150 g dan oshmasligi kerak;
- Har haftada bir kun faqat sut mahsulotlari, yangi meva va sabzavotlar bilan ovqatlanib, «yengillik» kunlarini tashkil etish kerak;
- Ichimlik rejimiga amal qilish, kundalik suyuqlik miqdori 2,5 litr bo'lishi kerak, yaxshisi toza suv ichgan ma'qul.

Podagra xurujlari davrida №6 parhezidan barcha hayvvon mahsulotlari (sut mahsulotlari bundan mustasno) chiqarib tashlanadi. Ratsion tarkibiga sabzavotli sho'rvalar, bo'tqalar, kompotlar, mevali ichimliklar, kissellar, sharbatlar kiradi. Bunday ovqatlanishni remissiya boshlanguniga qadar saqlash kerak.

#### **Podagra mahsulot tanlash**

Podagra chalingan bemorlar uchun oziq-ovqat tanlashni osonlashtirish uchun mutaxassis mahsulotlarni uch guruhga — purin miqdori yuqori, o'rtacha va kam bo'lgan mahsulotlar ro'yhatidan foydalanishni tavsiya qiladi.

- Birinchi, yuqori darajada purin saqlagan mahsulotlarga mol jigari, barcha dukkaklilar kiradi. Ularni iste'mol qilish qat'iy tavsifa etilmaydi.
- Ikkinchi, o'rtacha purin saqlagan mahsulotlar guruhiga barcha turdagi go'sht, qisqichbaqasimonlar (krevetkalar bundan mustasno) kiradi. Go'sht tanlashda qariroq hayvon go'shtini olgan ma'qul, yosh hayvonlar go'shtida purin miqdori ko'proq bo'ladi.
- Podagraning har qanday bosqichida ham iste'mol qilish taqiqlanmagan, kam purin nukleotidlari saqlovchi mahsulotlarga sut va sut mahsulotlari, yormalar, sabzavotlar, mevalar, tuxum, yong'oqlar, asal, baliq ikrasi kiradi.

#### **Podagra profilaktikasi**

Podagrani oldini olish bu kasallikning paydo bo'lishi va rivojlanishi uchun moyilligi yoki irsiy xavfi mavjud bo'lgan odamlar uchun ayniqsa muhim hisoblanadi. Birlamchi podagra qonda purin asoslari konsentratsiyasining oshishi fonida rivojlanadi, shuning uchun ovqatlanishdagi cheklovlarga amal qilish nafaqat kasallikni davolash, balki oldini olish chorasi sifatida ham qaraladi.

So'g'lom turmush tarzi va muntazam shifokor ko'rigidan o'tib turish ham podagrani oldini olish chorasidir. Podagra rivojlanishiga turki bo'luvchi xavf omillariga doimiy ochlik (vazn tashlash yoki sog'lomlashtirish uchun bo'lsa ham), tezda vazn yo'qotish, ba'zi preparatlarni qabul qilish (sitostatiklar, har qanday shakldagi siydik haydovchi preparatlar [tabletkalar, o'tlar, choylar]), ko'p alkogol ichimliklari ichish, jarohatlar, depressiya, yuqumli kasalliklar va boshqalar kiradi. Kasallik tashxisi mavjud bo'lganda ham ushbu profilaktik choralar kasallikni yengillashtirishi, rivojlanishini sekinlashtirishi yoki to'xtatishi, umumiy ahvolni yaxshilashi mumkin.

## II. Amaliy mashg'ulot materiallari

### 1-mavzu :O`tkir bronxit

#### Ta'lim berish texnologiyasining modeli

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mashg'ulot vaqti -4 soat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Talabalar soni : 8-9 gacha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Mashg'ulot shakli                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Kirish-axborotli ma'ruza.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Amaliy mashg'ulot rejasi:</b><br>1.O`tkir bronxit etiologiyasi, patogenezi, klinikasi,tekshirish usullari davolash prinsiplari va profilacticasibo`yicha nazariy bilimlarni mustahkamlash.<br>3. Mavzuga oid bemorlar kurasiysi.<br>4. Mavzuga oid vaziytli masalalar va testlar echish.<br>5. Mavzuni mustahkamlash.<br>6. Uyga vazifa. | <b>Amaliymashg'ulotning qisqacha annotasiyasi</b><br>Hozirgi vaqtda O`tkir bronxit kasallilarini o`rganish jo`da katta ahamiytga ega, chunki u nafas tizimi kasalliklari orasida eng oldingi o`rinlarni, hamda bemor hayoti uchun xafli bo`lgan asoratlar keltirib chiqarishi mumkin. Shuningdek haut uchun muhim bo`lgan ichki a`zolari zararlashga ham sababchi bo`ladi.                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>O`quv mashg'ulotning maqsadi:</b><br>Talabalarga kasallikning etiologiyasi, patogenezi, klinik simptomlrini, laborator- instrumental diagnostika va rasional terapiy, asoratlar profilacticasini, reobilitatsiyasini o`rgatish.<br>Pulmonologiyada tekshirish usullari bo`yicha amaliyot bilimlarini rivojlantirish                      | <b>Maqsadi yoritiladi.</b><br><i>Ta`lim maqsadi</i> – nazariy bilimlarni egallash va mustahkamlash:<br><i>Tarbiyviy maqsadi</i> – shifokorlikka tayyorlashda jahon standartlari talab darajisida mutaxassislikka qiziqishini, masuliyat hissiytlarini shakllantirish, o`z bilim darajasini kengaytirishga qiziqishini tarbiylash, deontologik tarbiy darajasini shakllantirish, amaliy ishni bajarishda ehtiytkorlik, aniqlik va ma`suliytni his etishni shakllantirish.<br><i>Rivojlantiruvchi maqsad</i> - talabalarda mustaqil ficirlashni va mustaqil mulohaza yritishni shakllantirish, talabalarni mantiqiy ficirlashini rivojlantirish. |
| Ta'lim berish usullari                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Ko`rgazmali ma'ruza, suhbat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Ta'lim berish shakllari                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Jamoaviy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Ta'lim berish vositalari                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | O`quv qo`llanma, darslik, ma'ruza matni,kompyuter, multimediyalar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Ta'lim berish sharoiti                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Monitoring va baholash.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Og`zaki nazorat:savol-javob.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

#### Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi

| Ish bosqichlari va vaqti.                         | Ta'lim beruvchi                                                                                                                                                 | Ta'lim oluvchilar |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)                     | 1.Auditoriya tozaligini nazorat qiladi<br>2.Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi<br>3.Davomatni nazorat qiladi                                   | Talabalar         |
| 1. O`quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (5 daqiqa) | 1.Mavzu bo`yicha o`quv mazmunini tayyorlash.<br>2.Kirish ma`ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash<br>3. Fanni o`rganishda foydalaniladigan adabiyotlar | Talabalar         |

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                      |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                   | ro'yxatini ishlab chiqish                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                      |
| 2 – asosiy bosqich<br>(20 daqiqa) | 1. Talabalarni kichik guruhlar bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi.<br><b>SWOT-tahlili usuli"</b><br><b>Usulning maqsadi:</b> mavzuda nazariy bilimlar va amaliy tajribalarni tahlil qilish, taqqoslash orqali muammoni hal etish yo'llarni topishga, bilimlarni mustahkamlash, takrorlash, baholashga, mustaqil, tanqidiy fikrlashni, nostandart tafakkurni shakllantirishga xizmat qiladi. Mazkur metod asosida muammo to'rt yo'nalishda ko'rib chiqib, muhokama qilinadi:<br><br>(strength) – kuchli tomonlari<br><br>(weakness) – zaif, kuchsiz tomonlari<br><br>(opportunity) – imkoniyatlari<br><br>(threat) – to'siqlar<br><br>2. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi<br>3. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi | Kichik guruhlar bo'linadilar<br>Tomosha qiladilar<br><br>Qatnashadilar<br>Tinglaydilar va savollarga javob beradilar |
| 10 daqiqa<br>10 daqiqa            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                      |
| 3. Klinik bosqich<br>(15 daqiqa)  | 1. Bemorlarni kuratsiya qilish uchun tayyorlanadi fonendoskop, tonometr maska tayyorlanadi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | So'rab surishtiradi<br>Muloqotda bo'ladi<br>Yozib oladi<br>Tinglaydi                                                 |
| (40 daqiqa)                       | 2. Bemordan anamnez yig'ish so'rab surishtirish obektiv ko'ruv fizikal tekshirishlarni o'tkazish                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                      |
| (30 daqiqa)                       | 3. Kasallik tarixi laborator va instrumental tahlillar natijalari muhokama qilinadi va mavzu bo'yicha xulosalar beriladi.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                      |
| (20 daqiqa)                       | 4. Klinik amaliyot bo'yicha bemorlar muhokama qilinadi va mavzu bo'yicha xulosalar beriladi.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                      |
| (5 daqiqa)                        | 5. Uyga vazifa beradi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                      |
| Jami: 160 minut -<br>4 soat       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                      |

### **Mavzu bayoni.** **O`TKIR BRONXIT**

**Tarifi.** Bronxitlar - bronx devorining yalliglanish jarayoni.

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

**Tasnifi.**

Bronxitlar kechishi vaqtiga qarab 2 turga blinadi: 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** yalliglanish jarayoni bronxlarda kechadi va boshqa sistema kasalliklariga bog'liq olmaydi;

**Ikkilamchi bronxitlar** esa xamrox kasalliklar (gripp, kkyo'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 farklanadi.

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, kkyo'tal va boshqa kasalliklar virusining bevosita bronxlarga ta'siri bilan bog'liq), zaharli (kim'yo moddalari ta'sirida), changlar (simlik, ma'dan va boshqa changlar), haroratli (yuqori va past harorat, radioaktiv nur energiyasi ta'sirida) turlarga blinadi.

**O'tkir bronxit** - bronx devorlarining O'tkir yallig'lanish jarayoni bo'lib, O'tkir kechishi va diffuzli tar'qali shi bilan ifodalanadi.

#### **Etiologiyasi:**

Viruslar - gripp, ko'kyo'tal, qizamiq, adenovirus lar 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 suiistimol qilish, kasb-koriga alogqador zararli omillar (sul'fid va nitrat kislata, fosgen, xlor bug'laridan nafas olish) ta'siri, yuqori nafas yillarida infektsiya chog'ining mavjudligi (sinusit, gaymorit), burun bilan nafas olishning buzulishi, ko'krak qafasishaklining o'zgarishi (qiyshiqlanishi).

#### **Patogenezi.**

Zararlovchi omillar traxeya va bronxlarga havo (aerogen), qon (gematogen) va limfa yllari (limfogen) orqali o'tadi. Bronxlarning O'tkir yallig'lanishi ba'zida bronxlar ylining torayishi - shishli yallig'lanish yoki bronxlarning ta'sirotda 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). Bronxitlarning bu turlari patogenezida asosan bronxlarning shilliq qavati yalliglanishi o'rniga ko'pincha arteriyali va venozli qizarish yotadi.

#### **Patologik anatomiyasi.**

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

#### **Klinik ko'rinishi.**

**Shikoyati** - kasallikning boshlanishida umumiy behollik, yuqori nafas yllarining O'tkir yallirlanishiga xos belgilar - tomoq va tish suyagi atrofida qichishish hissiyoti, tumov, tovushning bo'g'ilishi bezovta qiladi. YAllig'lanish bronxlarga tarqalgach xansirash, iztirobli dag'al quruk; yo'tal yoki juda oz miqdorda qiyin ajraluvchi sirachsimon (yopishqoq.) balg'am, ba'zan qonli balgam ajraladi. Ytaliq 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 kamaya boradi. 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 turi da esa, 38-39o`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.

**Ausku'tatsiyada** vezikulyar yoki kuchaygan (dag`al) vezikulyar nafas aniqlanadi. Bronxlarda yopishqoq sekret bo`lganida yoyilgan quruq xushtaksimon 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 neytrofilli xujayralar siljishi kuzatiladi.

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

**Tashqi nafas funktsiyasi** - o`pkaning xayotiy sig`imi va maksimal ventilyatsiyasi 15-20 foizga 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, ausku'tatsiyada 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 qayo`talangan davri yoki pnevmoniya). Tashhisni tasdiqlash uchun yuqorida krsatilgan klinik va laboratoriya sinamalaridan tashqari o`pkani rentgenoskopiya yoki rentgenografiya qilish kerak. Haqiqatda esa O`tkir bronxitda bu uslubning ahamiyati chegaralangandir. Bronx yillarini 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 rinkrpa xolatida davolash qoida tusiga kirgan. Ko`plab suyuqlik, asosan ishqoriy ma`dan suvlar ichish tavsiya qilinadi. Tamaki chekish umuman taqiqlanadi.

Kasallikning belgilariga qarshi muolaja buyuriladi.

**Haroratni tushiruvchi va og`rikni qoldiruvchi vo sitalar** -paratsetamol 0,2g dan kuniga 3 marta, analgin 0,5 dan 3 maxal, askorbin kislotasi 0,3 dan 3 maxal ovqatdan keyin qabul qilish mljallangan.

**Quruq yo`talga qarshi** - 0,015g kodein bilan 0,3g na triy gidrokarbanat aralashmasi, libeksin 2 tablet kadan, tusupreks va glauvent 1 tabletkadan kuniga 3 4 marta ichiladi, faliment va viks - 1 tabletkadan 5 6 marta til ostiga qyiladi.

**Balg`am ajralishini kuchaytirish** uchun termopsis va altey damlamasi, 3%li kaliy yod eritmasidan 1 osh koshiqqan 4 mahal, bromgeksin tabletkasidan 1 dona dan kuniga 4 maxal; bronx yli 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 kllaniladi. Bemorga uy sharoitida chalg`ituvchi vositalardan ko`krak qafasiga banka, xantal (gorchichnik), isituvchi kompreslar, oyoqqa issiq vannalar tavsiya qmlinadi. YOpishqok; balg`amni yumshatish uchun yod eritmalari (0,5%li kaliy yodid) yoki balg`amni yumshatuvchi (mukaltin) sifatida ta`sir qiluvchi (20%li mukotista - atsetiltsistin eritmasidan,) hamda proteofibrinolitik fermentlar -

tripsin (10-15mg), ximotripsin (5-10mg), pankreatin (0,25-0,5g) bufer eritmalari aerosollaridan foydalaniladi. Ko`krak qafasini solyuks va Minin lampasi, hamda infranur bilan tsh va kukrak oraliq soxasiga 20-25 daqiqa davomida kuniga 1-2 marta nurlantirish tavsiya qilinadi. Bronxlar tirishishida (bronxspazmda) bronxolitiklar bilan tldirilgan chntak ingolyatorlaridan (astmopent, berodual, berotek, sal`butamol) va antigistamin dorilari dan 1 sutkada 3-4 marta foydalaniladi. Kasallikning ogir kechadigan turida simptomatik davo 2-3 kun moboynda samarasiz qolsa, bemorlarga antibiotiklar va sul`fanilamid preparatlari (penitsillin 0,5-1g dan mushak orasiga 4 maxal, tsefoperazin 1,0-2,0 g mushak orasiga 2 marta, dalotsin-TS-klindomitsin 150-ZOOMg kapsulada ogiz orkali 4 marta, biseptol-480 2 tabletkadan 2 marta qabul kilinishi tavsiya qilinadi.

#### **Xalq tabobati vositalari. quruq yo`talni tinchlantiruvchilar.**

Bir osh qoshiq miqdordagi maydalangan ajgan ustiga qaynab turgan 200ml suv quyilib, 1 soat davomida turg`izib qyiladi, suzib olinib, ovqatdan 30 daqiqa ilgari 1G`4 stakandan 3 maxal ichiladi.

4 osh qoshiq anjir qoqisi talqonini 2 stakan sutda 5 dakiqa qaynatiladi. 1 soat davomida damlab qyiladi, qaynatmadan 1G`2 stakandan kuniga 2-4 marta iste`mol qilinadi.

Har kuni 1-2 choy qoshiq xren sharbatini shakarga yoki asalga aralashtirib qabul qilinadi.

2 osh qoshiq qaynatilgan sholgom sharbatini shakarga yoki asalga aralashtirib 2-4 marta ichiladi.

Turp yoki sabzi sharbatini teng miqdorda (1:1) sutga qshib, 1 osh qoshiqdan 6 marta ichiladi.

5-6 dona sarimsoq tishchasini yanchib, 1 stakan sutda 5 daqiqa sekin qaynatiladi va 1 soat dimlab quyiladi, kuniga 5-6 marta ichiladi.

ZO g shirinmiya ildizi kukuni va 15g ukrob kukunini 60g shakarga aralashtiriladi va 1G`2 choy qoshshqdan 2 maxal ichiladi.

Katta boshli osh piyozni qirgichdan tqazib, ROZ yog`i bilan aralashtiriladi, so`ngra qorishma uyqudan oldin ko`krakka, tomoqqa suriladi, naxorga 1 osh qoshiqni istemol qilinadi.

400g qng`ir eman pstlog`ni qaynatiladi, 4g achchiq toshni eritiladi va 60g asal qshiladi va tomoqni g`ar-g`ar qilib chayiladi.

Junli to`qima sirka, kunga boqar yog`i va kamfora yog`i aralashmasi bilan namlanadi va ko`krakka uyqudan oldin qyiladi. Byin orqasiga qirg`ichdan tkazilgan xren kompressi joylashtiriladi.

#### **Balgam yumshatuvchi va ko`chiruvchilar.**

Bexi uruglarini tozalab, bshligiga sariyog va asal qushib, qasqonda 40 daqiqa damlanadi va tungi uyquoldidan har kuni 1 donadan qaynoqxolda istemol qilinadi.

1 choy oshiq gulxayri guli ustiga 1 stakan qaynoqsuv quyib 2 soat damlab quyiladi, keyin suzib olinadi. Iliq holda 1 choy oshidan kuniga 3 mahal ichiladi.

Zig`ir urug`larini 1-3 choy qoshiqdankuniga 2-3 mahal iliq suv yoki sut bilan qabul qilinadi.

YAngi siqib olingan oq qandirmoq (kka) suvini 1 osh qoshiqdan3 maxal ichiladi.

Turp suviga 2-3 xissa qaynagan sut qshib, kechasi yotishdan oldin 1G`2 stakandan ichiladi.

15g sabzi sharbati dokadan g`oz yog`i, sariyog va asalni aralashtirib, aralashmaning 1 osh qoshig`ini1 stakan qaynoq sutga solib 2 maxal ichiladi.

#### **YAlliglanishga qarshi vositalar.**

2 choyqoshiqjka guli ustiga 2 stakan qaynoq suv solib 30 daqiqa damlanadi, suzib olib, iliq holda ovqqatdan oldin 1G`2 stakandan 2-3 marta ichiladi.

1 osh qoshiq bargizubning quruq bargiga 1 stakan qaynoq suv solib 2 soat damlanadi, tindiriladi, ov qatdan 20 daqiqa oldin 1osh qoshiqdan 4 maxal ichiladi.

YAngi uzilgan bymadron bargi sharbatidan kuniga 2 osh qoshiqdan 4 marta ichiladi.

O`tkir bronxit kechishi va taqdiridan qat`iy nazar ekstragenital kasalligigakiradi. Kasallik boshlangandan sng davolanganidan qat`iy nazar xomila paydo blish oldini olish zarur. Xomilaning birinchi choragida dorilarni qabul qilish tavsiya qilinmaydi.

Bronxit bronxospazm xurujlari bilan ogir kechadi, agar mazkur xomila 2 va undan keyingisi bo'lsagina, xomiladorlikni txtatish tavsiya qilinadi. Birinchi xomilada juda ehtiyotlik talab etiladi.

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

#### AUDTORIYAGA SAVOLLAR:

1. Bronxit kaslligining kiskacha ta'rifi.
2. O'tkir bronxit kasalligining tasnifi.
3. O'tkir bronxit kasalligini tashxislash usullari.
4. O'tkir va surunkali bronxitlar kasalligining kiyosiy tashxisi.
5. O'tkir bronxit kasalligini davolashning asosiy printsiplari.

| Talaba bilimini baxolash mezonlari                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Baxo |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Talaba mavzuning asosiy savollariga to'liq tayorlangan, muloqotda faol qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega. Kasallik ettiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differenseal diagnostikasi, davollash va profilaktikasi tog'risida ma'lumotga ega. Nazariybilimlarniamaliyotdaqo'llayoladi.                  | «5»  |
| Talabamavzuningasosiy savollarigatayorlangan, muloqotdaqatnashadivaerkinfikrlashqobiliyatigaega. Kasallik ettiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differenseal diagnostikasi, davollash va profilaktikasi tog'risida ma'lumotga ega. Nazariybilimlarniamaliyotdaqo'llayoladi.                                       | «4»  |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga to'liq tayorlanmagan, muloqotda sust qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyati past. Kasallik ettiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differenseal diagnostikasi, davollash va profilaktikasi tog'risida ma'lumotga ega emas. Nazariybilimlarniamaliyotdaqo'llashuchun qiynaladi. | «3»  |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga tayor emas, muloqotda qatnashmaydi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega emas. Kasallik ettiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differenseal diagnostikasi, davollash va profilaktikasini bilmaydi. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llay olmaydi.                                 | «2»  |

## 2-mavzu : Surunkali bronxit

### Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mashg'ulot vaqti -6 soat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Talabalar soni : 8-9 gacha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Mashg'ulot shakli                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Kirish-axborotli ma'ruza.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Amaliy mashg'ulot rejasi:</b><br>1.O'tkir bronxit etiologiyasi, patogenezi, klinikasi,tekshirish usullari davolash prinsiplari va profilacticasibo'yicha nazariy bilimlarni mustahkamlash.<br>3. Mavzuga oid bemorlar kurasiysi.<br>4. Mavzuga oid vaziytli masalalar va testlar echish.<br>5. Mavzuni mustahkamlash.<br>6. Uyga vazifa. | <b>Amaliymashg'ulotning qisqacha annotasiyasi</b><br>Hozirgi vaqtda O'tkir bronxit kasallilarini o'rganish jo'da katta ahamiytga ega, chunki u nafas tizimi kasalliklari orasida eng oldingi o'rnlarni, hamda bemor hayoti uchun xafli bo'lgan asoratlar keltirib chiqarishi mumkin. Shuningdek haut uchun muhim bo'lgan ichki a'zolari zararlashga ham sababchi bo'ladi. |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>O'quv mashg'ulotning maqsadi:</b><br>Talabalarga kasallikning etiologiyasi, patogenezi, klinik simptomlarini, laborator- instrumental diagnostika va rasional terapiya, asoratlar profilaktikasini, reabilitatsiyasini o'rgatish.<br>Pulmonologiyada tekshirish usullari bo'yicha amaliyot bilimlarini rivojlantirish | <b>Maqsadi yoritiladi.</b><br><i>Ta'lim maqsadi</i> – nazariy bilimlarni egallash va mustahkamlash:<br><i>Tarbiyaviy maqsadi</i> – shifokorlikka tayyorlashda jahon standartlari talab darajasida mutaxassislikka qiziqishini, mas'uliyat hissiyatlarini shakllantirish, o'z bilim darajasini kengaytirishga qiziqishini tarbiyalar, deontologik tarbiya darajasini shakllantirish, amaliy ishni bajarishda ehtiyotkorlik, aniqlik va mas'uliyatni his etishni shakllantirish.<br><i>Rivojlantiruvchi maqsad</i> - talabalarda mustaqil fikrlashni va mustaqil mulohaza yuritishni shakllantirish, talabalarni mantiqiy fikrlashini rivojlantirish. |
| Ta'lim berish usullari                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Ko'rgazmali ma'ruza, suhbat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Ta'lim berish shakllari                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Jamoaviy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Ta'lim berish vositalari                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | O'quv qo'llanma, darslik, ma'ruza matni, kompyuter, multimediyalar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Ta'lim berish sharoiti                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Monitoring va baholash.                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Og'zaki nazorat: savol-javob.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

### Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi

| Ish bosqichlari va vaqti.                          | Ta'lim beruvchi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Ta'lim oluvchilar                                                                                                       |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tayyorlov bosqichi (10 daqiqa)                     | 1. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi<br>2. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi<br>3. Davomatni nazorat qiladi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Talabalar                                                                                                               |
| 1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa) | 1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash.<br>2. Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot slaydalarini tayyorlash<br>3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Talabalar                                                                                                               |
| 2 – asosiy bosqich (60 daqiqa)                     | 1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi.<br><b>“Ijodiy fikr va klinik mushohada-tahlili usuli”</b><br><b>Usulning maqsadi:</b> Talabalarni vaziyatli ma'ruzaga mazmuniga ko'ra ijodiy fikrlashi va klinik mushohada o'rganish va baholash.<br>Bunda talabalarga mazkur mavzuga tegishli vaziyat masalalar va harorat egri chizig'i varaqalari tarqatiladi.<br>Talaba masala mazmunini chuqur o'rganib, klinik belgi va laboratoriyaviy ma'lumotlarni kuniga mos holda varaqada aks ettiradi, tashxis qo'yadi va davolash tadbirlarini belgilaydi.<br>2. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi<br>3. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi | Kichik guruhlariga bo'linadilar<br>Tomosha qiladilar<br><br>Qatnashadilar<br>Tinglaydilar va savollarga javob beradilar |
| 20 daqiqa<br>20 daqiqa                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                         |
| 3. Klinik bosqich (15 daqiqa)                      | 1. Bemorlarni kuratsiya qilish uchun tayyorlanadi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | So'rab surishtiradi<br>Muloqotda bo'ladi                                                                                |

|                          |                                                                                                                           |                          |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| (40 daqiqa)              | fonendoskop, tonometr maska tayyorlanadi.                                                                                 | Yozib oladi<br>Tinglaydi |
| (30 daqiqa)              | 2. Bemordan anamnez yig'ish so'rab surishtirish obektiv ko'ruv fizikal tekshirishlarni o'tkazish                          |                          |
| (30 daqiqa)              | 3. Kasallik tarixi laborator va instrumental tahlillar natijalari muhokama qilinadi va mavzu bo'yicha xulosalar beriladi. |                          |
| (5 daqiqa)               | 4. Klinik amaliyot bo'yicha bemorlar muhokama qilinadi va mavzu bo'yicha xulosalar beriladi.                              |                          |
| Jami: 200 minut - 6 soat | 5. Uyga vazifa beradi                                                                                                     |                          |

## SURUNKALI BRONXIT

**SURUNKALI BRONXIT** - bronxlarning diffuzli, jadallashuvchi yallig'lanishi bo'lib, ko'pincha z vaqtida davo qilinmagan va davosi oxirigacha olib borilmagan O'tkir bronxitning oqibati xisoblanadi yoki kasallik boshlanishidan asta-sekin surunkali bronxit ko'rinishida rivojlanadi.

**Tarqalishi.** Surunkali bronxit ko'p tarqalgan kasallik xisoblanadi. Hozirgi vaqtda sanoati rivojlangan davlatlarning va katta shaharning 3 foizidan 10 foizigacha bo'lgan aholisi ushbu patalogik jarayon bilan zararlangan deb hisoblanadi.

**Etiologiyasi.** Kasallikning asosiy sababchisi - bronxitning shilliq qavatiga uzoq vaqt davomida salbiy ta'sir qiluvchi omillar:

Tamaki tutuni.

Uy va ishlab chiqarish joylarida sodir bo'ladigan changlar va gazlar.

qayo'talanib turuvchi nafas yili infektsiyasi (respiratorli viruslar, pnevmokoklar, Pfeyfer tayokchasi).

Kasallikning vujudga keltiruvchi moyil omillar:

- o'pkaning surunkali yallig'lanishi va yiringli jarayoni.
- YUqori nafas yillarida surunkali infektsiya choqlari.
- Burundan nafas olishning buzilishi.
- Uzoq muddat sovuqotish.
- Spirtli ichimliklarni suyiistemol qilish.
- Organizm reaktivligining susayib ketishi.
- Naslning ma'lum darajada salbiy tasiri.

**Patogenezi.** Havo tarkibidagi har xil zaharli aralashmalar ta'sirida: bronxlar shilliq pardasining struktur-funksional belgilari zgaradi - bronx bezlarining gipertrofiyasi va giperfunkttsiyasi sodir bo'ladi, bu esa ko'p miqdorda shilliq ajralishini (giperkriniya) kuchaytiradi, shilliq tarkibi zgaradi, unda nordon mukopolisaxaridlar ko'payadi, natijada balg'am yopishqoqligi va elastikligi (diskriniya) oro'tadi. Bunday sharoitda kipriksimon epiteliy bronxlar satxidagi balgamni tashqariga chiqarib, bronx devorini tozalay olmaydi. Bu xolat shilimshiqli suyuqlikni bronxlar ichida dimlanishiga olib keladi. SHilliq parda bezlarining uzoq vaqt gipertrofiyasi bronxlar mukotsilliar apparatini holdan toydiradi, natijada kipriksimon epiteliy xujayralari distrofiya va atrofiyaga uchraydi.

Bronxlar tkazuvchanligi va drenaj faoliyati buziladi - obstruksiya (bronx yili torayishi)ning vujudga kelishida yallig'lanish shishi, mushak qavatining qisqarishi va bronx devorida shilimshiqli suyuqlikning ko'plab yig'ilib qolishi muxum ahamiyatga ega.

Bronxlar shilliq pardasi yallig'lanadi - bronxlarning shilimshiqli suyuqliqni tashqariga chiqarib tashlash (drenaj) faoliyati buzulishi natijasida chang tarkibidagi bakteriyalar shilliq pardaga yopishib qoladi va ikkilamchi infektsiya rivojlanishiga sababchi bo'ladi. Bronxlarning

surunkali yallig`lanishi oqibatida bronxlar devorining sklerozi, shilliq bezlar, mushaklar, elastik tolalar, tog`aylar atrofiyasi vujudga keladi.

**Patologik anatomiyasi.** Kasallikning boshlang`ich davrida bronxlar shilliq pardasi giperemiyasi va gipertrofiyasi kuzatiladi. Keyinchalik yallig`lanish shilliq osti va mushak qavatiga tarqaladi: ularning orada biriktiruvchi to`qima (chandi) sadi, shilliq qavat va tog`ay plastinkalari atrofiyaga uchraydi. Natijada bronxlar shakli zgaradi: bronx yillarining torayishi, ba`zi joylarda kengayishi (bronxoektaziya) bilan kuzatiladi. Jarayonga o`pka to`qimasi (peribronxial to`qima) ham qshilishi mumkin, natijada interstitsialli pnevmoniya, keyinchalik esa pnevmoskleroz va o`pka emfizemasi rivojlanadi.

**Klinik ko`rinishi** bronxlarda yallig`lanish jarayonining tarqalish xajmiga, bronxlar tkazuvchanligining buzulish darajasiga, bronxlar kalibriga va asoratlariga bog`liq. Kasallikning asosiy belgilari: yo`tal, balg`am kchi shi, xansirash.

Ytal kasallik boshlanishida asosan ertalab uyqudan turgandan keyin oz miqdorda balgam ajralishi bilan kechadi. Ytal yilning sovuq, nam-zax davrlarida kuchayadi, issiq, quruq kunlarda blmasligi ham mumkin. Vaqt o`tishi bilan yo`tal asta-sekin kuchayadi, ba`zan xuruj qilish kun davomida va kechasi bezovta qilib uyqusizlikka olib keladi. Bunday kam maxsulli yo`tal aksariyat qobirg`alararo va qorin trri mushaklari ta taranglashishi natijasida ko`krakda, qorin usti sohasida og`riq bo`lishi bilan kuzatiladi.

Balg`am ajralishi surunkali bronxitda katta ahamiyatga ega. Kasallik boshida balg`am juda kam miqdorda ajraladi, yopishqoq, shilimshiq yoki shilimshiq aralash yiringli tabiatga ega, ba`zida qon aralashmasi bilan kuzatiladi. Balgamning sutkali miqdori 50ml dan oshmaydi, agar yiringli bronxitda bronxoektaziyalar bo`lsa, miqdori oro`tadi.

Xansirash - kasallikning jadallashib borishi va jarayonga mayda bronxlarning qshilishi munosabati bilan o`pkaning havo almashtirish faoliyati buzilishi va bronxlar yli torayishi (obstruksiya) natijasida vujudga keladi, dastlab jismoniy harakat qilganda, keyincha lik esa tinch xolatda ham bezovta qila boshlaydi.

**Ko`zdan kechirganda,** ko`krak qafasi **paypaslaganda, perkussiya** qilinganda uzoq vaqt o`zgarishlar aniqlanmaydi, keyinchalik patologik jarayonning jadallashishi, o`pka emfizemasi va pnevmoskleroz rivojlanishi natijasida nafas olishda yordamchi mushaklarning faol ishtirokini, byin tomirlarining brtib chiqishini, teri qoplamlari va kzga krinib turadigan shilliq pardalarining kkimtir tusga kirgani, yuzning kerikib turganini krish mumkin. emfizema qshilishi tufayli ko`krak qafasi bochkasimon krinishda bo`ladi, perkussiyada qutichasimon tovush eshitiladi. Auskultatsiyada nafas chiqishining chzilganligi (eksperitor hansirash), dag`al vezikulyar yoki susaygan vezikulyar nafas muxitida aksariyat quriq, ba`zida esa nam xirillash eshitilishi mumkin.

Tana harorati asoratsiz surunkali bronxitda normal yoki xuruj qilganda subfebril bo`lishi mumkin.

**Rentgen tekshiruvda** ko`pchilik bemorlarda o`pkada o`zgarish blmasligi mumkin, faqatgina peribronxitda (bronxning tashqi devori yallig`langanda) mayda bronxlar yllari shilimshiq balg`am bilan tlganda bronxlarning diffuzli kuchaygan rasmini krish mumkin.

**Bronxoskopiya va bronxografiya** bronx shoxlarining shakli buzulgani, shilliq qavatini atrofiya va gipertrofiya krinishdagi o`zgarishlarini aniqlaydi.

**qonda** kasallik quzigan davrda leykotsitlar miqdori ko`payadi, eCHT tezlashadi. **Balg`amda** ko`p miqdorda neytrofilli leykotsitlar, eritrotsitlar, kklar florasi, balg`am yopishqoqligini oshiruvchi nordon mukopolisaxaridlarni kuzatish mumkin.

**Tashqi nafas faoliyati.** Surunkali bronxitda o`pka xayotiy sig`imining kamayishi, o`pka maksimal ventilyatsiyasining tezlashuvi kuzatiladi.

**Kechishi.** Surunkali bronxitning jadallashgan holda kechishi sifatli muolajadan, to`g`ri olib borilgan rehabilitatsiya ishlaridan sng txtashi va uzoq muddatli remissiya bilan almashishi mumkin. Kasallikning qayo`talanishi ko`pincha sovg`otish, har xil infektsiyalar, mehnat va kasbdagi salbiy omillar ta`sirida vujudga keladi.

**Asoratlari.** Kasallik jadallashib borgan sari o`pka emfizemasi, nafas etishmovchiligi kichik qon aylanish tizimida qonbosimining oshib keo`tishi (o`pka gipertenziyasi) va surunkali o`pkali yurak xolati rivojlanadi.

**Tashxisi.** Tashxis qo'yishda, mos davo tanlashda va uning samaradorligini, hamda oqibatini aniqlashda bronx obstruksiyasi simptomlari (jismoniy zriqishda va issiq xavodan sovuq xavoga chiqishda vujudga keladigan xansirash, uzoq va qiyinchilik bilan yo'talish natijasida balg'am ajralishi, nafas chiqarishda quruq xushtaksimon xirillashlarni sodir bo'lishi, nafas chiqarish davrining chzilishi va funktsional diagnostika uslub ma'lumotlari) asosiy mezon xisobo'lanadi.

**qiyosiy tashxisi.** Birlamchi surunkali bronxitni boshqa kasalliklarda (o'pka saratoni, bronxoektaziya, bronx astmasi, o'pka sili, surunkali pnevmoniyalar) uchraydigan uzoq muddatli yo'tal va xansirash bilan kuzatiladigan ikkilamchi bronxit bilan qiyoslash darkor.

Surunkali zotiljamdan farqli laroq surunkali bronxit diffuzli kasallik bo'lib, asta-sekin bronx obstruksiyasi, o'pka emfizemasi, nafas etishmovchiligi, o'pka gipertenziyasi, surunkali o'pkali yurakka duchor qiladi. Bu kasallikda rentgendagi o'zgarishlar asosan bronxlar daraxtidagi o'zgarishlar diffuzli bo'lib, bronxlar obstruksiyasi va obstruktiv emfizema bilan ifodalanadi.

Bronx astmasidan bg'ilish xurujlari blmasligi bilan farqlanadi.

Surunkali zotiljamda yallig'lanish jarayoni o'pka to'qimasining chegaralangan qismidagina aniqlanadi, hamda pnevmoskleroz va karnifikaqiya holatlari kuzatiladi.

o'pka sili bilan qiyoslashda: bemorda sil intoksikatsiyasi (zaharlanishi) belgilari, balg'amda sil mikobakteriyasi (tayoqchasi) borligiga, rentgen va bronxoskopiya tekshiruvlari ma'lumotlariga va tuberkulin sinamalarining natijalariga asoslanadi.

o'pka saratoni rivojlanishida doimiy sababsiz qattiq yo'tal, qon tufurish, ko'krak qafasi soxasida og'riqlar gumonsirash belgilar hisoblanadi va tezlik bilan rentgen hamda bronxografiya tekshirishlarini o'tkazish kerakligini talab qiladi. Bundan tashqari balg'am va bronxlar yuvilgan suvni, bronxdan olingan biopsiya materiallarini tsitologik tekshirish va atipik xujayralarni qidirish kerak bo'ladi.

Noobstruktivli va obstruktivli bronxitning qiyosiy tashxisi xansirash va spirogrammada aniqlanadigan tashqi nafas faoliyati holatini klinik baxolashga asoslangan: noobstruktiv bronxitda xansirash yq, tashqi nafas faoliyati me'yor atrofida, obstruktivda esa jismoniy zriqishda xansirash, o'pka ventilyatsiyasining turg'un obstruktivli buzilishi, jismoniy zriqishga tolerantlik (sezuvchanlik)ning pasayishi kuzatiladi.

Astmatik bronxitda xansirash karakterli emas, jismoniy zriqishga tolerantlik pasaymagan, obstruktiv buzilishlar tkinci karakterda bo'ladi.

**Davosi.** Kompleks holda dori-darmonlar, fizioterapiya muolajalari, endobronxial sanatsiyasi, davolash badantarbiyasi bilan birgalikda olib boriladi.

Kasallik obstruksiya, yiringli balg'am va tana harorati ko'tarilishi bilan kuzatilmasa simptomatik davo qlash kifoya qiladi.

Surunkali bronxit kuchaygan davrda uy sharoitida yarim krpa-tshak xolatida, ifodalangan obstruksiyada esa bemor kasalxonada davolanishi zarur.

Surunkali bronxit rivojlanishida salbiy ta'sir ko'rsatuvchi nospeqifik omillarni (chekish, changlar, ish joyi havosining ifloslanishi, sovqotish va alkagolni) umuman taqiqlash lozim, bemorga kun tartibini tushuntirish va parxez taomlarni buyurish kerak.

Dori-darmonlar infeksiyani yo'qotishga, balg'amni tez ajratishga, bronx yllarini qayta tiklashga qaratiladi.

Antibiotiklar balg'am mikroflarasi va uning antibiotiklarga nisbatan sezuvchanligini hisobga olgan holda tayinlanadi. Benzilpenitsillin 500.000 TB miqdori kunda 4-6 marta mushak orasiga, tetratsiklin, oletetrin, ampitsilin, levomitsetin 1,5-2,0g, rondonitsin 0,8-1,2g dan beriladi. Kasallikning og'ir kechishida morfotsiklinni 150.000 TB miqdorida 2 marta tomir ichiga yuboriladi.

Ta'siri uzaytirilgan sulfanilamid dorilari ham qlaniladi: Sulfodemitoksin kuniga 2,0g dan, baktrim (biseptol)-480 2 tabletkadan 2 mahal. Antibakterial davolash usuli 7-12 kun qlaniladi.

Bronx yllarini tozalash maqsadida balg'amni suyultiruvchi (yumshatuvchi) va kchiruvchi vositalar - termopsis va altey ildizi damlamalari 1-2 osh qoshiqqan 8-10 marta, bromgeksin, bronxolitin, mukoltin, bisolvon tabletkalari, proteolitik fermentlaridan tripsin, ximotripsin, ximopsin beriladi.

Holdan toydiruvchi quruq yoʻtalga qarshi kodein, libeksin, tusupreks, glauvent tavsiya qilinadi.

Bronx spazmi belgilari boʻlsa bronxolitik dori-darmonlar efedrin, efedrom, solutan buyuriladi; adrenoretseptorlarga taʼsir etuvchi simpatomimetik dorilar astmopent, alupent, berotek chntak ingalyatorlaridan foydalaniladi.

Bronxolitik dori-darmonlar taʼsirini kuchaytirish uchun desensibilizatsiyalovchi antigistamin vositalari: kaltsiy glyukonati, dimedrol, suprastin, pipolfen, tavegil, diazolin qllaniladi.

**Xalq tabobati** vositalari Oʻtkir bronxit davosida krsatilgan.

**Fizioterapiya** muolajalari ham bronx-oʻpka tizimida qon aylanishini yaxshilab, yalligʻlanishga qarshi kurashadi: UVCH, induktotermiya, SMT, DMT koʻkrak qafasining yuqori qismiga yoki ikki kurak oraligʻiga 10-15 daqiqadan 10 marta, yod yoki kaltsiy elektroforezini koʻkrak qafasiga qyiladi. Kasallikning tinchlangan (remissiya) davrida organizm qarshilik kuchini (reaktivligini) oshirish va yalligʻlanish xolati soʻrilishini tezlashtirish, toʻqimalar trofikasini yaxshilash va bronxlar spazmini kamaytirish maqsadida koʻkrak qafasiga umumiy ultrabinafsha (UB) nuri, askorbin kislatasi va aloe mushak oraligʻiga qyiladi.

**Profilaktikasi.** Kasallik qzishini oldini olish uchun bemor zararli odatlardan (tamaki chekish, alkogol isteʼmol qilishdan) voz kechishlari va jarayonni qzgʻatuvchi omillarni bartaraf etish kerak. Organizmni chiniqtirish maqsadida davolash badantarbiyasi, gidroterapiya va fizioterapiya muolajalari qllaniladi. Surunkali bronxitni oldini olish uchun yuqori nafas yllaridagi infektsiya choqlarini tozalash, gripp, qizamiq, zotiljam va boshqa kasalliklarni z vaqtida davolash katta ahamiyatga ega.

**Okibati.** Surunkali bronxit oqibati asosan ijobiy, lekin organizm kasallikdan butunlay tuzalib ketmaydi, chunki patologik jarayonning har bir qayoʻtalanishi (qzishi) bemor axvolini yanada ham yomonlashtirib boraveradi. Ikkilimchi surunkali bronxitda esa xastalik tavdiri asosan bronxitni sodir qilgan patologik jarayon xolatiga bogʻliq.

**Bemorning ish qobiliyati.** Kasallikning boshlangʻich davrida, hali oʻpka emfizemasi rivojlanmagan davrda ish qobiliyati saqlangan boʻladi. Nafas aʼzolarining taranglashishiga olib kelgan xolatlar, salbiy taʼsir qiluvchi meteorologik omillar, changni nafas orqali yutish bilan bevosita bogʻliq boʻlgan ish sharoitidan bemorlarni chetlashtirish lozim.

**Dispanserizatsiya.** Bemorlar yil davomida 2 marta: qon, peshob, balgʻam sinamalari, koʻkrak qafasini rentgenoskopiyasi, spirografiya, pnevmotaxometriya yordamida tliq klinik kruvdan tkaziladi. Kerak boʻlsa sanatoriya va kurortlarga yuborib salomatlik qayta tiklanadi.

### AMALIYOTDAN MISOLLAR:

Bemor 37 yoshda, gazokondensat zavodining ishchisi. Bir hafta ilgari tumov, kuruk yutal, keyin shillik balgam ajralishi, 2 xaftadan keyin esa tana xarorati 38gradusga kutarilgan, norsulʼfazol va «yutalga karshi» tabletkalarini kabul kilgan. Axvoli yaxshilanmagan kaltirash, terlash, bosh ogrigi, kukrak kafasining pastki kismlarida ogrik paydo buladi. ertalab shillik-yiringli balgam ajralishi boshlandi. Kuganda umumiy axvoli urta ogirlikda, teri koplamlari toza, nam, laboʻlarida gerpetik toshma. Auskulʼtatsiyada – ikki tomonlama susaygan nafas, kuchaytirilgan nafasda kuruk xijilovi xirillashlar eshitiladi. 2-3 minutdan keyin turli kalibrli mayda pufakchali nam xirillashlar eshitiladi. YUrak tonlari anik, maromli pulʼs 100ta 1 dakikada.

Kon taxlili eritrotsitlar 4mln, Hb125 gGʻl, RK 0,9 leykotsitlar 11300, ECHT 27 mmGʻs

Balgam shillik-yiringli, balgamning bakteriologik tekshiruvidan inflyuentse va Fredlendera tayokchasi. Rentgen –uoʻpka maydonlari toza, uoʻpka ildizi soyasi bir oz kengaygan.

**Vaziyatli masala:** Bemor A. 28 yosh kasalxona qabul boʻlimiga oʻzi murojat qilgan. SHikoyati: qiyin balgʻam ajraluvchi yoʻtalga, balgʻam shilliq yiringli, tana haroratining koʻtarilish (37,8<sup>0</sup>), nafas toʻymaslik, yurak tez urushi, kukrak qafasidagi ogʻriqlarga shikoyat qiladi.

Anamnezidan: bemorni 6 yildan beri yoʻtal bezovta qiladi. Oxirgi 2 yildan beri hansirash paydo boʻlgan. Regilyar ambulator kuzatuvda boʻlib 1 yilda 2 marta kasalxonada davolanadi. Kuzatganda umumiy ahvoli oʻrta ogʻirlikda, vaziyati aktiv, bemor bunda darmonsizlik sezadi, nafasni chiqarishda qiyinchilik sezadi. Koʻkrak qafasi koʻzdan kechirilganda oʻzgarishsiz. Perkussiyada oʻpka ustida perkutor oʻpka tovushi eshitiladi, auskulʼtatsiyada — koʻp miqdorda quruq xushtaksimom xirillashlar. YUrak chegaralari oʻzgarmagan. qGʻB 120gʻ80 mm.sim.ust.ga teng, YUrak tonlari boʻgʻiq. Pulʼs biroz tezlashgan, tarangligi oʻzgarmagan, 88 ta min.

EKGda yurak elektr oʻqining oʻnra siljishi, S tishining I uzatgichda chuqur, R tishcha III, avF da baland. S-T segmentni III, avF da inversiyasi kuzatiladi; R tishcha II, SH standart uzatmalarda baland, oʻtkir uchli, VI da manfiy R tish VI, V2 da, S-T segmentining inversiyasi; Rentgenologik tekshiruvda oʻpka ildizi surati kuchaygan, deformatsiyalangan oʻpka maydoni toza, havolik sigʻimi oshgan.

#### Savol:

1. Bemorda qanday kasallikni taxmin qildingiz ?
2. Klassifikatsiyaga mos holda tashhis qoʻying ?

#### AUDTORIYAGA SAVOLLAR:

1. Surunkali bronxit kasalligining tasnifi
2. Surunkali bronxit kasalligini tashxislash usullari.
3. Surunkali bronxit kasalligini davolashning asosiy printsiplari

| Talaba bilimni baxolash mezonlari                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Baxo |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Talaba mavzuning asosiy savollariga toʻliq tayorlangan, muloqotda faol qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega. Kasallik etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasi toʻgʻrisida maʼlumotga ega. Nazariy bilimlarni amaliyotda qoʻllay oladi.                  | «5»  |
| Talabamavzuning asosiy savollariga tayorlangan, muloqotda qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega. Kasallik etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasi toʻgʻrisida maʼlumotga ega. Nazariy bilimlarni amaliyotda qoʻllay oladi.                               | «4»  |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga toʻliq tayorlanmagan, muloqotda sust qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyati past. Kasallik etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasi toʻgʻrisida maʼlumotga ega emas. Nazariy bilimlarni amaliyotda qoʻllash uchun qiynaladi. | «3»  |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga tayor emas, muloqotda qatnashmaydi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega emas. Kasallik etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasini bilmaydi. Nazariy bilimlarni amaliyotda qoʻllay olmaydi.                                      | «2»  |

### 3-mavzu : Pnevmoniya

#### Taʼlim berish texnologiyasining modeli.

|                          |                              |
|--------------------------|------------------------------|
| Mashgʻulot vaqti -6 soat | Talabalar soni : 8-9 tagacha |
| Mashgʻulot shakli        | Kirish-axborotli maʼruza.    |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Amaliy mashg'ulot rejasi:</b><br>1. Krupoz zotiljam etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, davolash prinsiplari va profilactikasi.<br>2. Plevritlaretologiyasi, patogenezi, tasnifi, klinikasi, tekshirish usullari, davolash bo'yicha nazariy bilimlarni mustahkamlash.<br>3. Mavzuga oid bemorlar kurasiysi.<br>4. Mavzuga oid vaziyatli masalalar va testlar echish.<br>5. Mavzuni mustahkamlash.<br>6. Uyga vazifa. | <b>Amaliymashg'ulotning qsqacha annotastiyasi</b><br>Hozirgi vaqtda krupoz zotiljam, plevrit kasallilarini o'rganish jo'da katta ahamiyatga ega, chunki u nafas tizimi kasalliklari orasida eng oldingi o'rinlarni, hamda bemor hayoti uchun xafli bo'lgan asoratlar keltirib chiqarishi mumkin. Shuningdek haut uchun muhim bo'lgan ichki a'zolari zararlashga ham sababchi bo'ladi.                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>O'quv mashg'ulotning maqsadi:</b><br>Talabalarga kasallikning etiologiyasi, patogenezi, klinik simptomlrini, laborator- instrumental diagnostika va rasional terapiy, asoratlar profilacticasini, reobilitatsiyasini o'rgatish.<br>Pulmonologiyada tekshirish usullari bo'yicha amaliyot bilimlarini rivojlantirish                                                                                                   | <b>Maqsadi yoritiladi.</b><br><i>Ta'lim maqsadi</i> – nazariy bilimlarni egallash va mustahkamlash:<br><i>Tarbiyviy maqsadi</i> – shifokorlikka tayyorlashda jahon standartlari talab darajisida mutaxassislikka qiziqishini, masuliyt hissiytlarini shakilantirish, o'z bilim darajasini kengautirishga qiziqishini tarbiylash, deontalogik tarbiy darajasini shakilantirish, amaliy ishni bajarishda ehtiytkorlik, aniqlik va ma'suliytni his etishni shakilantirish.<br><i>Rivojlantiruvchi maqsad</i> - talabalarda mustaqil ficirlashni va mustaqil mulohaza yritishni shakilantirish, talabalarni mantiqiy ficirlashini rivojlantirish. |
| Ta'lim berish usullari                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Ko'rgazmali ma'ruza, suhbat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Ta'lim berish shakllari                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Jamoaviy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Ta'lim berish vositalari                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | O'quv qo'llanma, darslik, ma'ruza matni, kompyuter, multimediyalar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Ta'lim berish sharoiti                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Monitoring va baholash.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Og'zaki nazorat:savol-javob.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

### Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi

| Ish bosqichlari va vaqti.                         | Ta'lim beruvchi                                                                                                                                                                           | Ta'lim oluvchilar                                                         |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)                     | 1.Auditoriya tozaligini nazorat qiladi<br>2.Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi<br>3.Davomatni nazorat qiladi                                                             | Talabalar                                                                 |
| 1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (5 daqiqa) | 1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash.<br>2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash<br>3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | Talabalar                                                                 |
| 2 – asosiy bosqich (20 daqiqa)                    | 1.Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi.<br><b>Ishbilarmon uyin.</b><br>Butun guruxga topshirik beriladi.<br>masalan:                                   | Kichik guruhlariga bo'linadilar<br>Tomosha qiladilar<br><br>Qatnashadilar |

|                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 10daqiq<br>10daqiq                                                                                         | 1- Talaba – bemor.<br>2- Talaba – vrach.<br>3- Talaba – tez yrdam shifokori.<br>4- Talaba – qabul bo`limi shifokori.<br>5- Talaba – shifokorilaborant.<br>6- Talaba – реаниматор<br>7- Talaba – ekspert.<br>8- Talaba– allergolog<br>Xar bir talaba berigan rollarni bajardi va ularni ishlari ekspet va talabalar tomonidan baholanadi. Bunda talabalarning nazariy bilimlari amaliytda sinaladi.<br>1. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi<br>4. Davolash ishlarini olib boradi<br>5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi | Tinglaydilar va savollarga javob beradilar                           |
| 3.Klinik bosqich<br>(15 daqiqa)<br><br>(40 daqiqa)<br><br>(30 daqiqa)<br><br>(20 daqiqa)<br><br>(5 daqiqa) | 1. Bemorlarni kuratsiya qilish uchun tayyorlanadi fonendoskop, tonometr maska tayyorlanadi<br>2. Bemordan anamnez yig'ish so'rab surishtirish obektiv ko'ruv fizikal tekshirishlarni o'tkazish<br>3. Kasallik tarixi laborator va instrumental tachlilar natijalari muhokama qilinadi va mavzu bo'yicha xulosalar beriladi.<br>4. Klinik amaliyot bo'yicha bemorlar muhokama qilinadi va mavzu bo'yicha xulosalar beriladi.<br>5. Uyga vazifa beradi                                                                                                                                                                                 | So'rab surishtiradi<br>Muloqotda bo'ladi<br>Yozib oladi<br>Tinglaydi |
| Jami:160 minut –<br>4 soat                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                      |

## Pnevmoniya

**Ta`rifi.** Krupozli zotiljam - o`pkaning butun bo`lagi yoki uning 1-2 segmenti zararlanishi, tsikl 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.**

**Infektsion omillar:** pnevmokoklar, streptokoklar, stafilokoklar, Fridlender diplobatsillasi, Pfeyfer tayoqchalari, viruslar va h.k.

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

**Patogenezi.** Kasallik qo`zg`atuvchi omillar o`pka to`qimasiga bronx, qon va limfa yllaridan kiradi. Aksariyat mikroorganizmlar bronx orqali o`pka ildizi sohasidan o`pkaga kiradi va limfa tomirlariga 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), havosiz lanadi va uning «jigarlanishi» sodir bo`ladi.

Bu davrda ko'p miqdorda virulentli mikrobo'lar shikastlangan o'pkada yig'iladi, bag'lam bilan tashqariga chiqadi, qongao'tadi, shu bilan bir vaqtda antitanalar vujudga keladi. Antitanalar titri ma'lum darajaga etganda, mikrobo'lar 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 eritrotsitlar, kamroq - leykotsitlar to'planishi bilan ifodalanadi. o'pka hajmi kattalashadi, jigarga o'xshash qattiqlashadi. Davomiyligi 1-3 kun.

**Kulrang jigarlanish bosqichi** - eksudat tarkibida eritrotsitlar yqolishi o'rniaga ko'p miqdorda leykotsitlar 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, leykotsitlar parchalanishi kuzatiladi, natijada eksudat so'rila boshlaydi. Mazkur bosqich boshqalarga nisbatan ancha uzoqdavom etishi mumkin va uning davomati yallig'lanish jarayonining hajmiga, organizmning qarshilik kuchiga bog'liq. o'pka zararlanishi bilan bir vaqtda plevra varaqalari sathida fibrinsimon quyquli yig'ilishi bilan kuzatiladigan plevra o'zgarishi vujudga keladi.

**Klinik ko'rinishi.** Krupozli zotiljam to'stdan o'tkir boshlanadi.

**SHikoyati.** Xastalik qaltirash va tana haroratining ko'tarilishi (39-40o' gacha), hansirish bilan kuzatiladi. Nafas olganda, aksirganda, yo'talganda zararlangan ko'krak qafasida og'riq kuchayadi. Yo'tal avvaliga quruq, keyin yopishqoq, 26 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 yqolishi, 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 yoo'tadi. 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.

- Paypaslaganda ovoz titrashining kuchayishi aniqlanadi.
- Perkussiyada - bo'g'iqlik timpanik tovush eshitiladi.
- Auskultatsiyada - o'pka to'qimasi elastikligi va alveola devorlari taranglashishining pasayishi, hamda alveolalar ichida yallig'lanish eksudati to'planishi tufayli vezikulyar nafas susaygan.
- Nafas olish cho'qqisida boshlang'ich krepatatsiya (sgeritacio ipdux). sodir bo'ladi.
- Plevra varaqalarining ishqalanish shovqini eshitiladi.

**Kasallikning shakllangan (avj olgan) davri** patologoanatolik qizil va kulrang bosqichiga mos keladi.

- Paypaslaganda o'pkaning zararlangan sohasida tovush titrashi kuchayadi.
- Perkussiyada bo'g'iqlik tovush ifodalangan (yaqqollashgan).
- Auskultatsiyada - o'pka to'qimasi zichlashganligini ko'rsatuvchi bronx nafasi eshitiladi.

**Tuzalish davri - patalogoanatomik so`rilish boskichi** ekssudat suyuqlasha boshlashi bilan alveolalarga havo kirishi natijasida:

- Paypaslaganda tovush titrashi me`eriga keladi.
- Perkussiyada - bo`g`iq tovush pasayib, bilinar-bilinmas timpanik ohangda yaliglanish butunlay so`rilib ketganda o`pka tovushi eshitiladi.
- Auskultatsiyada -bronx nafas susayadi, keyinchalik vezikulyar nafasga o`tdi, oxirgi davrda krepitatsiya reduks (sgeritacio gedux) paydo bo`ladi, keyinchalik yo`qoladi, ekssudat so`rilishi natijasida mayda pufakchali jarangli nam xirillashlar eshitiladi.

YUrak va qontomiri tizimidagi o`zgarishlar mikroblar toksinlari ta`sirida vujudga keladi, yurak mushaklarida distrofik (degenerativ) o`zgarishlar va vazomotor markazining shikastlanishi natijasida o`tkir qontomir 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 gallyutsinatsiyalar bezovta qilishi mumkin.

**Perifirik konda** leykotsitlar tayoqsimon va bo`g`imiyadroli neytrofillar xisobiga ko`payadi, leykotsitar formulasini chapga siljishi mielotsit va yosh neytrofillar 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 eritrotsit va leykotsitlardan 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`stdan «kritik» yoki «litik» pasayadi. Kasallikni zi engil o`tdi. 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 sintezini susayishini, komplement tizimining zaiflashishini, fagotsitoz kamayishini o`z ichiga oladi. Bularning hammasi makroorganizmning infektsiyaga qarshi himoyasini kamaytiradi va yallig`lanish chog`ini «cho`zilib» xal bo`lishiga sharoit tug`diradi.

**o`pka abstsessi va gangrenasi** aksariyat zotiljam kasalligida sensibiliza-tsiyalashgan 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 ogirlashadi, 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 eshitiladi. o`pka abstsessi tashxisini aniqlashda rentgen va balgam tekshirishlari muhim ahamiyatga ega.

**Parapnevmonik va metopnevmonikli ekssudatli plevrit.** Krupozli zotiljamda quruq plevrit hamroh kasallik asoratga kirmaydi. Ammo serozli-fibrinozli yoki yiringli plevrit krupoz zotiljaming og`ir asoratlaridan hisoblanadi va kasallikning oxirida kuzatiladi. Rentgen tekshiruvi plevra varaqalari oralig`ida suyuqlik borligini ko`rsatsa, plevrani punktsiya qilish esa ishonchli ma`lumotlarni beradi.

**o`pka shishi** - yurak mushaklari va qon tomirlari devorlarining zaiflashishi natijasida rivojlanadi. Bemor ahvoli juda og`irlashadi, hansirash paydo bo`ladi, havo etishmaslik hissi va yo`tal kuchayadi, ko`piksimon balgam ajaralishi kuzatiladi. Bemor yuzi bzaradi, yurak tovushlari

bo'g'iqlashadi. Tomir urishi tezlashadi, tarangligi kamayadi. Arterial qon bosimi pasayadi. Bemor nafas olishitezlashadi, nafas shovqinli, uzoq masofadan eshitilib turadi. Auskultatsiyada o'pkada ko'p miqdorda har xil kalibrdagi nam xirillashlar eshitiladi.

**O'tkir tomir va yurak etishmasligi** - o'pkadan tashqaridagi asoratlardan hisoblanadi. Bu asoratlar keng tarqalgan yallig'lanish jarayonlarda, bemorni kechikib kasalxonaga yotqizilganda, davolash ishlarining samarasizligida, ko'pincha surunkali yurak-tomir tizimi xastaliklarida (YUIK, yurak nuqsonlari, xafaqonlik) vujudga keladi. O'tkir qon tomir etishmovchiligi (kollaps)da bemorning umumiy ahvoli to'stdan yomonlashadi, behollik, quloq shang'illashi, kz oldida qorong'ulik, teri rangining bzarishi, terlash vujudga keladi. Bu holatda tomir urishi tezlashadi, ipsimon; arterial qon bosimi pasaygan, yurak tovushlari bo'g'iqlashgan bo'ladi.

#### **Krupozli zotiljamning atipik turlari.**

*Markaziy zotiljam* - yallig'lanish jarayoni o'pkaning chuqur joyida, ko'pincha xilusda joylashadi va o'pkaning yuza qavatiga hech qaysi erdan yaqin kelmaydi, natijada perkussiya, auskultatsiya ma'lumotlari pnevmoniyani aniqlash imkonini bermaydi. YUqori tana harorati, ifodalgan balg'am, leykotsitoz, xansirash, lab va burun uchlaridagi uchuq bemorda krupozli zotiljamga gumon tug'diradi. Faqatrentgen ma'lumotlari aniq tashxis qo'yishga imkon beradi.

*Katta hajmdagi (massiv) zotiljam* - perkussiyada o'pkaning 2-3 bo'lagini egallagan katta hajmdagi va ifodalgan bo'g'iq tovush, auskultatsiyada nafas eshitilishi, zaif yoki mutlaqo eshitilmasligi, xirillashlar va krepitatsiyalarning yo'qligi bilan ajraladi va ekssudatli plevritni eslatadi. Lekin bo'g'iq tovush plevritga nisbatan kichik hajmda, ko'ks oraligi a'zolarining qarama karshi tarafga siljishi juda kam ifodalgan.

*Areaktivli (astenik) pnevmoniya* - ko'proq qariyalarda, yurak-qon tomir tizimi, buyrak, jigar kasalliklarida, kaxeziyada uchraydi. Organizm reaktivligining zaiflashishi tufayli kasallik asta-sekin rivojlanadi: darmonsizlik, deyarli yuqori bo'lmagan tana harorati, ishtaxani yqolishi kuzatiladi. Bemorning qon tomir urishi va nafas olishi tezlashadi. Perkussiyada deyarli ifodalanmagan bo'g'iq tovush, auskultatsiyada aniq bo'lmagan kuchsiz bronx nafasi va krepitatsiya eshitiladi. Nam xirillashlar oddiy zotiljamga nisbatan kam miqdorda va kam jaranglikda eshitiladi. qon sinamasida leykotsitlar miqdori deyarli o'zgarmagan yoki ozgina kamaygan, eCHT oshgan bo'lishi mumkin. Tashxisni tasdiqlash uchun rentgen tekshiruvlarini o'tkazish tavsiya qilinadi.

*Daydi zotiljam* - yallig'lanish jarayoni birlamchi zararlangan joydan sog'lom qo'shni sohaga o'tishi (o'pkaning yuqori bo'lagidan pastki bo'lagiga yoki aksincha) bilan ifodalanadi. Yallig'lanishning yangi sohaga o'tishi birlamchi qismdan yallig'lanish jarayonining so'rilish davrida sodir bo'ladi. SHuning uchun bunday zotiljamlar uzoq davom etishi bilan farqlanadi.

#### **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, qayo'talangan surunkali bronxit,uo'choqli zotiljam, ekssudatli plevrit, og'izsimon sil zotiljami, o'pka abtsessi 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 tekshiruvi va plevra punktsiyasi plevra bo'shlig'ida suyuqlik borligini anik krsao'tadi, gemogramma odatda zgarmaydi.

- **Og'izsimon sil zotiljami** bilan krupoz zotiljamining umumiy belgilari (tana haroratining ko'tarilishi, o'pkaning yuqoribo'laklari zararlanishi, intoksikatsiyaning ifodalganligi, zangsimon balg'am, bronx nafasi, nam xirillashlar) o'xshash. Ko'krak qafasini rentgen tekshiruvlari, balgamda Kox tayoqchasining topilishi va umumiy antibiotiklar davosining

samarasizligi og'izsimon silni tasdiqlaydi. Krupoz zotiljam nospetsifik davo vositalari ta'sirida 1,5 hafta ichida tuzalsa, sil jarayoni spetsifik davo ta'sirida ham bunday tezlikda tuzalmaydi.

- **o'pka infarktida** ko'krak qafasidagi og'riq, qon aralash balg'am ajralishi, perkutor tovushni bo'g'iqlashganligi, auskultatsiyada dagal vezikulyar yoki bronx nafasi, jarangli nam xirillash, plevraning ishqalanish shovqining eshitilishi krupoz zotiljamni eslatadi. Bunday xolatda rentgen tekshiruvi to'g'ri tashxis qyadi.

**DAVOLASH.** O'tkir zotiljam bilan og'rigan bemorlar davosi hozirjavobli va kompleksli bo'lib, o'z ichiga kun tartibini, ratsional ovqatlanish rejasini, farmako- va fizioterapiyani oladi. Davolash tadbirlari qo'zg'atuvchi omilni va infektsiya 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'zg'atuvchi 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 orasiga), **eritromitsin** (tabletkada bir kunda 3-4 mahal 250 mg dan ovqatdan sng), **oksatsillin** (0,25-0,5 g mushak ichiga), **tsefalosporinlar** (tsefamizin, 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), **oleandomitsin va sigmamitsin** (0,25 g tabletkada kuniga 4-6 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 levorin, nistatin, artoteriqin va amfogliukamin tavsiya qilinadi.

Turli xil etiologik shakllardagi zotiljamda ichiga tsefradur (5000 mg dan kuniga 2 marta), tarivid (1 tab letkadan 2 mahal), mushak orasiga azaktam (oztreonam 500 mg dan 2 marta), tsefatreksil (tsefapirin 500 mg dan kuniga 4 marta) qabul qilinadi.

- **Sulfanilamidlar** (sulfadimezin, etazol, metilsul fazin) 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 sulfanillamidlar (sulfadimetoksin, sulfamonometok sin 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, buo'tadion 0,15 dan 2-3 mahal; ichiladi.

- **Intoksikatsiyaga qarshi:** reopoliglyukin, gemodez, gidrolizin, aminopeptid, jelatinol 200-400 ml tomir ichiga tomchilab yuboriladi.

**Bronx yli tkazuvchanligini va drenaj faoliyatini yaxshilash.**

- Bronxspazmni yqotuvchilar: atropin, eufillin, ad renalin, bronxolitin.
- Balgam yumshatuvchi va ajratuvchilar: kaliy yod, mu kaltin, bromgeksin.
- Bronxlarni tozalovchilar: dezoksiribonukleaza, gialuronidaza.
- Lizotsim faolligini oshiruvchi: akseroftol.

**Makroorgannzmn himoyalovchi immun mexanizmlarini tiklash:**

- Bakteriyali immunmodulyatorlar: pirogenal, prodigiozin, betin, anabol, salmozan.

- Timus preparatlari: timozin, timalin, T-aktivin.

### **FIZIOTERAPIYA.**

Aerozol orkali antibiotiklar, sulfonilamidlar va aseptik vositalari yuboriladi, yallig'lanishni yqotuvchi va o'pkaning drenaj faoliyatini oshiruvchi.

FMT, SMT, IKV, ultratovush qllaniladi.

Ko'krak qafasini uqalash.

### **YAllig'lanishga qarshi vositalar.**

- Sirli kastyulga 1 stakan sut va 1 osh qoshiq maydalangan dorivor movrak bargi solinadi. Idish bilan bekitilib, aralashma qaynatiladi, tindirila di, suziladi, so'ngra yana isitilib uyqudan oldin ichiladi.
- 1 osh qoshiq tog rayxoni, 2 osh qoshiqdan oqqaldirmoq yaprog'i dorixona moychechagi, ledum ti olinib, maydalanadi, 2 osh qoshiq maydalangan aralashmaga 500 ml qaynoq suv solinadi 10 daqiqa qaynatiladi, 30 daqiqa damlanadi, suziladi va iliq holda 1G`3 stakandan 3 mahal ovqatlangandan sng qabul qilinadi.

### **PROFILAKTIKASI.**

- Tashqi muhitni tozalash.
- Kasbiy ziyonliklardan himoya qilish.
- Badantarbiya.

### **PLEVRITLAR**

**TARIFI.** Plevrit - plevra varaqalarining yallig'lanishi bo'lib, plevra sathida fibrinsimon nalet sodir bo'ladi yoki uning bo'shlig'ida ekssudat yig'iladi. U odatda ikkilamchi kasallik - o'pkadagi ko'pgina patologik jarayonlarning yoki kam hollarda plevra bo'shlig'iga yaqin turuvchi boshqa organ va to'qimalar (ko'krak qafasi, ko'ks oralig'i, diafragma, diafragma osti maydoni) kasalliklarning sindromi yoki asorati hisoblanadi. Birlamchi plevrit juda kam uchraydi va shikastlanish yoki plevra mezoteliomasi oqibati hisoblanadi. quruq (fibrinsimon) va ekssudatli (nam) plevritlar farqlanadi.

**TARqALISHI.** Plevritlar umum o'pka kasalliklarini 3,8-6,5 foizini tashkil qiladi, shundan 1,2-3,0 foizi para-pnevmonik va metapnevmonikli plevritlar.

**ETIOLOGIYASI.** Plevritlar yuqumli va yuqumsiz (aseptik) bo'ladilar.

- YUqumli plevritlar spetsifik (sil mikobakteriyalari, zahm spiroxetalari) va nospetsifik qzg'atuvchilar (pnevmokokklar, stafilokokklar, ichak tayoqchalari, viruslar, zamburug'lar va boshqa mikrobo'lar) ta'sirida vujudga keladi.
- Aseptik plevritlar ko'krak qavatining yopiq shikastlanishida, plevra varaqalari orasiga qon quyilganda, o'pka infarktida, me'da osti bezi fermentlarining ta'sirida (pankreatit), plevraning xavfli smasi bilan jarohatlanishida (kartsinomatozida), biriktiruvchi to'qimasining sistemali kasalliklarida (O'tkir revmatik isitma , kollagenozlarda), buyrak va jigar xastaliklarida kuzatiladi.

### **PATOGNEZI.**

- **Kontakt yli.** YUqumli plevritlarda kasallik qzg'atuvchi omillarning plevraga bevosita kirishi subplevral joylashgan o'pka to'qimasi choqlari (zotiljam, abstsess, bronxoektazlari, o'pka sili) orqali rivojlanadi.
- **Limfa yo'li** orqali infektsiyaning tarqalishi - to'qima suyuqligining retrogradli oqimi katta ahamiyatga ega.
- **qon yo'li** bilan infektsiyani plevraga tarqalishi deyarli ahamiyatga ega emas.
- Ko'krak qafasining ochiq shikastlanishida va operatsiyalarda mikroorganizmlar tashqi muhitdan plevraga bevosita tushishi mumkin.

Plevritning baʼzi bir turlari patogeneza, shaxsan sil kasalligida, patologik jarayon taʼsirida organizmning sensibilizatsiyalashishi natijasida oz miqdordagi infekt tezlikda tarqalgan ekssudatni vujudga keltiradi (infektsion - allergik plevrit).

Boʻlastomatozli plevrit rivojlanishida limfa tugunlari va tomirlarining sma metastazlari bilan qamal qilinishi ahamiyatli. YAlligʻlanish doimo zararlangan plevra kapillyarlari devorining tkazuvchanligini oshishi bilan kuzatiladi.

Fibrinsimon (quruq) plevritda ozgina ekssudat yigʻilishi va uning qoniqlik oqishi kuzatiladi, natijada ekssudatning suyuq qismi qayta tla soʻrilib, plevra pardalari sathida faqat ekssudatli chikkan fibrin qoladi. ekssudatli plevritda parietal plevraning yalligʻlanish infilʼtratsiyasi, uning sathidagi fibrinsimon surtmali chkmalar hamda plevra ichidagi yuqori bosim plevra lyuklari orqali koʻkrak qafasidagi limfa sistemasiga suyuqlik oqishini keskin buzadi va ekssudat yigʻilishini vujudga keltiradi. Sogʻayish davrida ekssudatning suyuq qismi soʻriladi, fibrinsimon chkmalar esa plevra shvartlarini va chandiqlarini vujudga keltiradi.

**PATOLOGIK ANATOMIYASI.** quruq plevritda plevra qalinlashgan, qizarin qiragan krinadi. Plevraning zgargan sathiga fibrin yigʻiladi va u gʻadir-budur boʻlib qoladi, qaytadan soʻrilishi natijasida chandiqlar hosil boʻladi. eks-sudatli plevrit plevra boʻshligʻiga suyuqlik yigʻilishi bilan ifodalanadi.

**TASNIFI.** 1984 yilda qabul qilingan Putov ishchi tasnifi patologik jarayon etiologiyasini, harakterini (tabiatini), suyuqlik borligini, joylashishini, kechishini hisobga oladi.

- **Etiologiyasi byicha** yuqumli va yuqumsiz (aseptik) plevritlar farqlanadi. YUqumlilari qzgʻatuvchi omil turiga, aseptiklari esa kasallik harakteriga qarab (shikastli, kartsinomatozli, revmatikli va hokazo) blinadilar.

- **YAlligʻlanish ekssudati tabiatiga kra:** fibrinsimon (quruq), serozli, qonli (gemorragik), yiringli, eozinofilli, xilezli turlarga ajraladi.

- **Kasallikning kechishi byicha** Oʻtkir, yarim (rtacha) Oʻtkir, surunkali turlari tafovut qilinadi.

- **Joylashuviga kra** diffuzli (total) va chegaralangan (xaltachasimon) boʻladi. Zotiljam bilan birgalikda rivojlangan plevritga parapnevmoniyali va zotiljamning tuzalish davrida vujudga kelganiga - metapnevmoniyali plevrit deb nom berilgan.

#### **qURUq PLEVRIT.**

**Klinik koʻrinishi.** Kasallik toʻstdan boshlanadi.

##### **SHikoyati.**

- **Asosiy belgisi ogʻriq.** Koʻkrak qafasining shikastlangan tarafining oldingi va yon bosh sohalarida joylashadi. Koʻpincha boʻyinga va elkaga qarab tarqaladi. CHuqur nafas olganda, yoʻtalganda, kuchanganda, sogʻ tomonga engashganda kuchayadi, jarohatlangan tomonga yon boshni bosib yotganda kamayadi.

- **Yoʻtal** quruq yoki juda kam miqdorda balgʻam ajralishi bilan kuzatiladi.

- **YAna et junjikishi,** tana haroratining koʻtarilishi, behollik, lohaslik, ishtaxa pasayishi bezovta qiladi.

**Koʻzdan kechirganda** teri qoplamlari bzarganligi, lab kkarishi, nafas olishning tezlashganligi, yuzakiligi, koʻkrak qafasining nafas harakatidan orqada qolishi qayd qilinadi.

**Paypaslaganda** zararlangan tomonda mushaklar ogʻrishi va tarangligi aniqlanadi.

**Perkussiyada** oʻpka toʻqimasida infilʼtratsiya blmasa oʻzgarish kuzatilmaydi.

**Auskulʼtatsiyada** xastalikning asosiy belgisi - plevraning ishqalanish shovqini aniqlanadi. Vezikulyar nafas yalligʻlanish sohasida susaygan.

**Rentgent** tekshirishida diafragmaning yuqori turishi va nafasdagi harakatining chegaralanganligi aniqlanadi.

**qon sinamasida** odatda oʻzgarishlar kuzatilmaydi, kam hollarda neytrofilli leykotsitoz, eCHT oroʻtadi.

**Kechishi.** quruq plevrit yoshlarda engil kechadi, odatda 1-3 xaftada sog`ayish bilan tugaydi. Gohida o`pkada sil jarayonining faolligini tasdiqlovchi retsidivlar kuzatilishi mumkin. Plevra bo`shlig`iga suyuqlik yig`ilsa, quruq plevrit ekssudatli turiga o`tadi.

**Tashxisi.** Ko`krak qafasida chuqur nafas olganda va yo`talganda kuchayadigan og`rikqa, plevranning ishqalanish shovqiniga asoslanib qiyiladi.

**qiyosiy tashxisi.** quruq plevrit krupozli zotiljam, spontanli pnevmotoraks, qobirg`alar aro nevralgia, neyromiozitar, perikardit, qorin bo`shlig`ining O`tkir kasalliklari (O`tkir xoletsistit, appenditsit) bilan farqlanadi. qURUq plevrit chap tomonda bo`lganda uni stenokardiya va miokard infarktidan ajratish kerak. Tashxis kasallikning klinik manzarasiga, eKG va laboratoriya belgilariga qarab qiyiladi. Kuruq plevrit diafragmaning usti sohasiga joylashganida diafragma osti abstsessi yoki appenditsitdan farqlash kerak. Takkoslaganda og`riqning nafas olish bilan bog`liqligi, tana haroratining va qon sinamasining deyarli o`zgarmaganligi, plevranning ishqalanish shovqinining eshtilishi quruq; plevritni tasdiqlaydi. Kks oralig`i plevrasing yallig`lanishida plevra ishqalanish shovqinini perikardning ishqalanish shovqinidan farqlash kerak. Perikard shovqini yurakning maromli qisqarishi bilan bog`likbo`lsa, plevranning ishqalanish shovqini esa nafas olish bilan bog`liqdir.

Kobirg`alararo nevralgiyadan va miozidan farqi quruq plevritda sog` tomonga engashganda, yallig`langan plevranning chzilishi hisobiga ogrik kuchayadi. qobirg`alar orasini paypaslaganda miozida va nevralgiyada og`riq kuchli, quruq plevritda esa rtacha.

**Oqibati.** Asosiy kasallikning davolash samaradorligiga bog`liq,yakuni asosan ijobiy.

**Davosi.** quruq plevrit ikkilamchi jarayon bo`lganligidan muolajalar asosiy xastalik (o`pka sili, O`tkir zotiljam, o`pka abstsessi, O`tkir revmatik isitma va boshqalar)ni tugatishga qaratilgan bo`lishi kerak. Davolash vositalari og`riqni va yo`talni yo`qotishga ynaltililadi. Buning uchun anal`gin yoki amidopirin kuniga 2g, butadyon 0,45g, aspirin 2-Zg, pirazonon qatoridagi preparatlar (indometatsin 0,025g 3-4 marta), glauvent (0,05g 2-3 marta), tusupreks (0,01-0,02g 3-4 marta).

**Fizioterapiya vositalari** - ko`krak qafasida qonva limfa aylanishini yaxshilash va og`riqni kamaytirish maqsadida zaralangan taraf terisini «sollyuks», Minin lampalarida nurlantiriladi, ul`trabinafsha (UB) nurlari kuchsiz eritemali dozada ta`sir qildiriladi. Tana harorati pasaygandan keyin kal`tsiy, yod, novakain, salitsilat elektroforezi beriladi. YAllig`lanish sohasiga eP-UVCH, induk-totermiya, detsimetr va santimetrli diapazonda elektromagnit tlqinlari, hamda plevra chandiqlari sodir bo`lishining oldini olish maqsadida davolash nafas mashqlari va ko`krak qafasini uqalash buyuriladi. Sanatoriya davolari quruq iqlimli mahalliy chl tumanlarida tkaziladi.

#### **EKSSUDATLI PLEVRIT**

**Klinik ko`rinishi.** ekssudatli plevrit rivojlanishida 3 davr farqlanadi: Suyuqlik yig`ilishi (ekssudatsiya), barqarorlashishi va suyuqlik so`rilishi (rezorbtisiya). Kasallik ko`p hollarda O`tkir, ba`zida sekin-asta boshlanadi.

**SHikoyati.** Plevra bo`shlig`iga suyuqlik yig`ilishining boshlang`ich davrida yonboshda sanchikli og`riq, quruq yo`tal, harorat ko`tarilishi bezovta qiladi. Suyuqlik to`planishi ortib borgan sari og`riq va yo`tal kamayib borib, xastalikning barqarorlashish davrida mutlok yo`qoladi. Bu vaqtda bemor yonboshda og`irlik hissi seziladm, hansirash kuchayib boradi, ba`zi bemorlarda umumiy zaharlanishning ifodalangan belgilari (bosh og`rig`i, ko`ngil aynishi, qayt kilish, behollik, loqaydlik, ishtaxaning pasayishi) kuzatiladi.

**Ko`zdan kechirish:** ko`krak qafasi asimmetrik - suyuqlik yig`ilgan tomon hajmi pastki yonbosh sohada birmuncha kattalashgan, nafas olganda orqada qoladi. qovurg`alararo bshliq kengaygan va tekislashgan.

**Palpatsiyada** tovush titrashi suyuqlik yig`ilgan joyda juda susaygan, gohida umuman aniqlanmaydi.

#### **Perkussiya.**

- Ekssudat ustida bugiktovush aniqlanadi. U hamma vaqt orqa va kultikostida joylashadi. Bo`g`iq tovushning yukorichegarasi umurtqa pog`onasi bylab yuqoriga ko`tariladi. Bo`g`iq tovushning yuqori chegarasi Damuazo egri chizig`ida hosil bo`ladi. Suyuqlik plevra

bo'shlig'ining yon qismida to'planadi. Keyinchalik u plevra yorig'idan yuqoriga va yon tomonga yoysimon kiyshik chizik; hosil kilibtarqaladi.

- Sog'lom tomonda umurtqa pog'onasi bylab ko'ks oralig'i a'zolarining siljishi hisobiga bo'g'iq tovush maydoni - Rauxfus - Grokk uchburchagi kuzatiladi.

- SHikastlangan tomonda umurtqa pog'onasi va ekssudat (Damuzo chizig'i) orasida ekssudat bilan siqilgan o'pka sohasida bo'g'iqlashgan timpanik tovush (Gorlyand uchburchagi) aniqlanadi.

#### **Auskultatsiya.**

- Ekssudat o'rnida nafas shovqinlari susaygan, agar suyuqlik ko'p bo'lsa mutlaqo eshitilmaydi.

- Ekssudat chegarasidan yuqorida siqilgan o'pka rnida bronx nafasi eshitiladi.

- Sog'lom tomonda siljigan ko'ks a'zolari sohasida nafas shovqinlari eshitilmaydi.

**Rentgen** tekshirishlari o'pkaning kuyi sohalarida ustki chegarasi qiyshiq joylashgan va ko'ks oralig'ining sog'lom tomonga siljishi bilan kuzatiladigan katta koradog'ni aniqlaydi; bemor holatini o'zgarishi soya konfiguratsiyasini zgartiradi. Kichik hajmdagi (300 ml dan kam) suyuqlikda rentgenogramma patologiyani aniqlay olmasligi mumkin.

**Ultratovush** (UT)tekshiruv suyuqlik joylanishini aniq krsao'tadi.

qonda deyarli ko'p bo'lmagan leykotsitoz, ba'zida eozinofiliya, eCHT oshishi kuzatiladi.

#### **Maxsus diagnostika muolajalari.**

- Plevra bo'shlig'ida suyuqlik borligi aniqlangach plevrage igna sanchish (punktsiya) tavsiya qilinadi.

- Suyuqlikni chiqarish va hajmini lchash lozim va bir qismini laboratoriya tekshiruviga yuboriladi.

- Laboratoriya tekshiruvi: umumiy oqsil miqdorini, laktatdegidrogenaza (LDG) faolligini, tsentrofuglangandan sng chkmani tsitologik va bakteriologik tekshirish, glyukoza va amilazani miqdorini aniqlash.

- Plevra punktsiyasini boshlang'ich davrida biopsiya tekshiruvini o'tkazish.

**Tashxisi.** Bemor shikoyati(yonboshdagi sanchiqli og'rik, yo'tal, harorat ko'tarilishi, hansirash), fizikal belgilar (tovush titrashining pasayishi yoki yqolishi, perkutor tovushning bo'g'iqlashgani, nafas shovqinlarining eshitilmasligi), rentgen ma'lumotlari (yuqori chegarasi kiya bo'lgan qora dog') asosida aniqlanadi.

**qiyosiy tashxisi.** Laboratoriya ma'lumotlari plevra suyuqligining etiologiyasini aniqlashga yordam beradi.

- Laboratoriya tekshiruvlari ekssudat va transsudatni farqlashda ahamiyatli.

Ekssudatni tasdiqlovchi laboratoriya ma'lumotlari quyidagilar:

- Suyuqlikning nisbiy zichligi 1018 dan baland.

- Oqsil miqdori 3 gG'foizdan (2%) ko'p

- LDG faolligi yuqori.

- Rivolt sinamasi musbat.

- Plevra suyuqligi tarkibida ko'p miqdirda qon bo'lsa sma, o'pka infarkti yoki ko'krak qafasining shikastlanishidan darak beradi.

- Suyuqlikda amilaza fermentining faolligi baland bo'lsa, me'da osti bezi kasalligida kuzatiladi.

- Limfotsitlar soni haddan ziyod bo'lsa - sil yoki sma, neytrofillar ko'pligi zotiljam, abstsess rivojlanishidan dalolat beradi.

- Atipik xujayralar topilsa - sma borligini krsao'tadi.

**Kechishi** asosiy kasallikka bog'liq holda O'tkir, yarim O'tkir surunkali bo'ladi.

Infektsion - allerik, shu jumladan, sil plevritida ekssudat 2-4 hafta davomida so'rilib keo'tishi mumkin. Ba'zi hollarda ekssudatli plevritdan keyin plevra bo'shlig'ida chandiqlar rivojlanishi, plevra varaqalarining bir-biriga yopishishi natijasida ko'krak qafasi shaklini buzuvchi va harakatini chegaralovchi plevropnevmonsirrooz vujudga kelishi aniqlanadi. Kasallikning eng og'ir kechishi qshni a'zolariga yorilib, oqma hosil qiladigan yiringli plevritlarda kuzatiladi. Bo'laklar

aro xaltalangan plevrit odatda og`riqsiz kechadi, chunki bunda parintal varaqa jarayonga qshilmagan bo`ladi.

**Davosi.** Mazkur patologik jarayonni vujudga keltiruvchi kasalliklarga faol ta`sir qiluvchi omillarni z ichiga oladi.

- Parhez taomlar vitaminlarga va oqsillarga boy bo`lishi kerak.
- CHekishni keskin cheklash kerak.
- Infeksion-allergiyali plevritda antibakterial (antibiotiklar, sulfanilamidlar), desensibilizatsiyalovchi (suprastin, tavegil, tiosulfat-natriy).
- Saraton etiologiyali plevritda kimyoterapiya.
- Sil etiologiyali plevritda silga qarshi vositalar tavsiya qilinadi.
- Plevra bo`shlig`iga ko`p suyuqlik yig`ilsa va u ko`ks oralig`i a`zolarini sog`lom tomonga siljitib, nafas va qon aylanishi buzilishini vujudga keltirsa, hamda eksudat so`rilishi kuzatilmasa plevra punktsiya qilinadi, eksudat olib tashlanadi, so`ngra bshliq antiseptik aralashma bilan yuvilib tozalangach, plevralar orasiga antibiotik yuboriladi.
- Zaharlanishda (intoksikatsiyada), ifodalangan hansirashda, yurak faoliyati buzilishida tomir ichiga plazma rinbosari eritmalari (reopoliglyukin), kislorod (oksigen) ingalyatsiyasi, yurak glikozidlari qllaniladi.
- Og`riqni kamaytirish maqsadida ko`krak kafasiga banka, xantal varaqasi, isituvchi kompresslar, yod tridan foydalaniladi.

**Fizioterapiya vositalari** - sollyuks, mahalliy isitgich lampalar vannasi, UVCH, ul`tratovush, hamda kal`tsiy, yod, pankreatin elektrofarezi, induktotermiya.

Sanatoriya va kurort davolari mahalliy moslashgan sanatoriyalarda yilning issiq oylarida qllaniladi.

**Prognosi (oqibati)** xastalikni vujudga keltirgan asosiy patologik jarayonga, hamda nafas va qon aylanish tizimi holatiga bog`liq.

**Profilaktikasi**- plevritni sodir qiluvchi kasalliklarni oldini olish, z vaqtida tashxis kuyishva sifatli davolashdan iborat.

#### **AMALIYOTDAN MISOLLAR:**

Bemor 41 yoshda. Sovuk kotishdan keyin kukrak kafasinig ung tomonida ogrik, keskin umumiy xolsizlik, tana xaroratining 39S kaltiral bilan, bosh ogrishi, bugimlardagi ogriklar bezovta kila boshladi. Uyda analgetiklar va isitma tushiruvchi vositalar kabul kilgan. Axvoli yaxshilanmadi. 5 kun keyin yutal va kam mikdorli balgam ajrala boshladi, shillik-yiringli xarkaterda, goxida zangsimon balgam. Tana xarorati pasaymadi, kukrak kafasidagi ogriklar kuchaydi. Bemor yashash joyi shifokoriga murojat kildi. Kukrak kafas rentgenografiyasi kilindi – unga o`pka pastki bulagida intensiv soyalanish aniklandi. Bemor ung tomnlama pastki bulak pnevmoniyasi Bilan kasalxonaga yotkizildi.

Ob`ektiv – axvoli urta ogirlikda. Xushida. Teri kavatlari rangpar, lablar tsianozi. Nafas aktida burun kanotlari ishtirok etadi. Lablarida gerpetik toshmalar bor. Kukrak kafas kurilganda nafas aktida ung tomon nafas olishda orkada koladi. Perkutor – anik o`pka tovushi, ung o`pka pastki bulaklaridagi bugiklashgan o`pka tovushi tulik bugiklashadi. Auskul`tatsiyada ung o`pka pastki bulaklari ustida bronxial nafas va jarangdor nam mayda pufakchali xirillashlar eshitildai.

1 Sizni taxminiy tashxisingiz?

2 Kushima kaysi tekshirish usulari tashxisni tasdiklash uchun kerak buladi?

**Vaziyatli masala:** Kasalda utkir zotiljam gumon kilinganda sizning taktikangiz.

A.Upka auskul`tatsiyasida utkir zotiljam bilan ogrigan bemorlarda aniklanadi

- a) xirrilashning yukligi va nafas olishning susayishi
- b) kuruk xirrilashlar
- v) katta kupikli xul xirrilash.
- g) mayda kupikli xul xirrilash.
- d) krepitirlanaetgan xirrilashlar

- e) yukorida aytib utilganlarning xammasi
- B.Zotiljam tashxisi kuyidagilar asosida kuyiladi
- a) kasallikning klinik simptomlari
  - b) fizikal tekshirishlar
  - v) upkaning rentgenologik tekshirish
  - g) laborator analizlar
  - d) yukorida aytib utilganlarning xammasi
- V.Agar upka rentgenotomografik tekshirishida nafas sistemasining illati bulmasa, bu kuyidagi xakida dalolat beradi
- a) zotiljam tashxisini inkor kiladi
  - b) zottiljamni inkor kilishga imkon bermaydi
  - v) diagnostik izlanishni davom etishga asos buladi

#### AUDTORIYAGA SAVOLLAR:

1. Krupoz zotiljamning umumiy kiskacha ta`rifi.
2. Krupoz zotiljam etiopatogenezi.
3. O`tkir zotiljam tasnifi.
4. Krupoz zotiljamni tashxislash usullari.
5. Krupoz zotiljamning kiyosiy tashxisi.
6. Krupoz zotiljamning kechishi, prognozi.
7. Plevritlar tasnifi.
8. Plevritlarning umumiy kiskacha ta`rifi.
9. Plevritlar etiopatogenezi.

| Talaba bilimini baxolash mezonlari                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Baxo |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Talaba mavzuning asosiy savollariga to`liq tayorlangan, muloqotda faol qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega. Kasallik ettiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differenseal diagnostikasi, davollash va profilaktikasi tog`risida ma`lumotga ega. Nazariybilimlarniamaliyotda qo`llayoladi.                  | «5»  |
| Talabamavzuningasosiy savollarigatayorlangan, muloqotdaqatnashadivaerkin fikrlashqobiliyatiga ega. Kasallik ettiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differenseal diagnostikasi, davollash va profilaktikasi tog`risida ma`lumotga ega. Nazariybilimlarniamaliyotda qo`llayoladi.                                     | «4»  |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga to`liq tayorlanmagan, muloqotda sust qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyati past. Kasallik ettiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differenseal diagnostikasi, davollash va profilaktikasi tog`risida ma`lumotga ega emas. Nazariybilimlarniamaliyotda qo`llashuchun qiynaladi. | «3»  |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga tayor emas, muloqotda qatnashmaydi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega emas. Kasallik ettiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differenseal diagnostikasi, davollash va profilaktikasini bilmaydi. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo`llay olmaydi.                                  | «2»  |

## 4-mavzu : O`tkir revmatik isitma

### Ta`lim berish texnologiyasining modeli

|                          |                            |
|--------------------------|----------------------------|
| Mashg`ulot vaqti -4 soat | Talabalar soni : 8-9 gacha |
| Mashg`ulot shakli        | Amaliy mashg`ulot .        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Amaliy mashg'ulot rejası:</b><br>1. O'tkir revmatik isitma kasalligini etiologiyasi, patogenezi, tasnifi, klinikasi, tekshirish usullari, davolash bo'yicha nazariy bilimlarni mustahkamlash.<br>2. Mavzuga oid bemorlar kurasiysi.<br>3. Mavzuga oid vaziytli masalalar va testlar echish.<br>4. Mavzuni mustahkamlash.<br>5. Uyga vazifa. | <b>Amaliymashg'ulotning qsqacha annotastiyasi</b><br>Hozirgi vaqtda o'tkir revmatik isitma kasallilarini o'rganish jo'da katta ahamiytga ega, chunki u yrak qon-tomir kasalliklari orasida eng oldingi o'rinlarni, hamda bemor hayoti uchun xafli bo'lgan asoratlar keltirib chiqarishi mumkin. Shuningdek haut uchun muhim bo'lgan ichki a'zolari zararlashga ham sababchi bo'ladi.                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>O'quv mashg'ulotning maqsadi:</b><br>Talabalarga kasallikning etiologiyasi, patogenezi, klinik simptomlrini, labarator- instrumental diagnostika va rasio4al terapiy, asoratlar profilacticasini, reobilitatsiyasini o'rgatish.                                                                                                             | <b>Maqsadi yoritiladi.</b><br><i>Ta'lim maqsadi</i> – nazariy bilimlarni egallash va mustahkamlash:<br><i>Tarbiyviy maqsadi</i> – shifokorlikka tayyorlashda jahon standartlari talab darajisida mutaxassislikka qiziqishini, masuliyt hissiytlarini shakilantirish, o'z bilim darajasini kengautirishga qiziqishini tarbiylash, deontalogik tarbiy darajasini shakilantirish, amaliy ishni bajarishda ehtiytkorlik, aniqlik va ma'suliytni his etishni shakilantirish.<br><i>Rivojlantiruvchi maqsad</i> - talabalarda mustaqil ficirlashni va mustaqil mulohaza yritishni shakilantirish, talabalarni mantiqiy ficirlashini rivojlantirish. |
| Ta'lim berish usullari                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Multimediya<br>Interaktivusul: "Ven diagrammasi".                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Ta'lim berish shakllari                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | jamoaviy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Ta'lim berish vositalari                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | O'quv qo'llanma, darslik, ma'ruza matni, kompyuter,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Ta'lim berish sharoiti                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Monitoring va baholash.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Og'zaki nazorat, savol-javob.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

#### Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

| Ish bosqichlari va vaqti.                         | Ta'lim beruvchi                                                                                                                                                                                     | Ta'lim oluvchilar                                                         |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)                     | 1.Auditoriya tozaligini nazorat qiladi<br>2.Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi<br>3.Davomatni nazorat qiladi                                                                       | talabalar                                                                 |
| 1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (5 daqiqa) | 1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash.<br>2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash<br>3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish           | talabalar                                                                 |
| 2 – asosiy bosqich (20 daqiqa)                    | 1.Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi.<br><b>"Ven diagrammasi".</b><br>bu usul tahlil oluvchilarda mavzuga nisbatan tahliliy yondashuv, ayrim kismalar negizida | Kichik guruhlariga bo'linadilar<br>Tomosha qiladilar<br><br>Qatnashadilar |

|                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 10 daqiqa<br>10 daqiqa                                                                                     | <p>mavzuning umumiy mohiyatini uzlashtirish kunikmalarini xosil qilishga yuqaltirilgan. Usul kichik guruxlarni shakllantirish asosida sxema buyicha amalga oshiriladi. Usul taxlil oluvchilar tomonidan uzlashtirilgan uzaro yaqin nazariy bilimlar, ma'lumotlar, dalillarni kiyosiy taxlil etishga yordam beradi. Ushbu usulni muayyan bulim yoki bobolar buyicha yakuniy darslarni tashkil etishda foydalanish yanada samaralidir. Butun guruxga topshirik beriladi. Bunda talabalarning nazariy bilimlari amaliytda sinaladi.</p> <p>1. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi<br/>2. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi</p> | Tinglaydilar va savollarga javob beradilar                           |
| 3.Klinik bosqich<br>(15 daqiqa)<br><br>(40 daqiqa)<br><br>(30 daqiqa)<br><br>(20 daqiqa)<br><br>(5 daqiqa) | <p>1. Bemorlarni kuratsiya qilish uchun tayyorlanadi fonendoskop, tonometr maska tayyorlanadi<br/>2. Bemordan anamnez yig'ish so'rab surishtirish obektiv ko'ruv fizikal tekshirishlarni o'tkazish<br/>3. Kasallik tarixi laborator va instrumental tachlilar natijalari muhokama qilinadi va mavzu bo'yicha xulosalar beriladi.<br/>4. Klinik amaliyot bo'yicha bemorlar muhokama qilinadi va mavzu bo'yicha xulosalar beriladi.<br/>5. Uyga vazifa beradi</p>                                                                                                                                                                                                                                                                        | So'rab surishtiradi<br>Muloqotda bo'ladi<br>Yozib oladi<br>Tinglaydi |
| Jami:160 minut –<br>4 soat                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                      |

### Mavzu bayoni: O`TKIR REVMATIK ISITMA

**TARIFI.** O`tkir revmatik isitma (bod kasalligi) - umumiy infeksiyon-allergik kasallik bo`lib, biriktiruvchi to`qimaning tizimli yallig`lanishi bilan ifodalanadi aksariyat, yurak va qon-tomirlarni shikastlaydi. Kasallik moyilligi bo`lgan kishilarda, A guruxga kiruvchi  $\beta$ -gemolitik streptokokk bilan bog`liq holda rivojlanadi.

O`tkir revmatik isitma hozirgi zamon rivojlanish mexanizmiga asoslanib Stollerman bo`yicha (1997) quyidagicha ta`riflanadi: **O`tkir revmatik isitma (O`RI)**- moyilligi bor kishilarda A-streptokokk etilogiyali faringitdan (anginadan) keyingi infeksiyon asorat sifatida streptokokk etiotiplariga avtoimmun javobni shakllanishidir va shunga mos holda inson to`qimalari etiotiplariga o`xshash (terida, bo`g`imlarda, yurakda va miyada) reaktivligni rivojlanishi.

**TARKALISHI.** O`tkir revmatik isitma butun dunyo mamlaktlarida uchraydi. Bu kasallik bilan er kurrasi axolisining 2-4% xastalangan, iqtisodi tuban davlatlarda keng tarqalgan. Uning tarqalishi mamlakatning ekanomik rivojlanish darajasiga bog`liq. JSST (1989) ma'lumotiga ko`ra maktab yoshidagi bolalar orasida revmatizm etilogiyali yurak xastaliklarini tarqalishi turli mintaqalarda 1000 maktab uquvchisiga 0,3 dan 18,6 taga to`g`ri keldi. O`tkir revmatik isitma ning birlamchi xuruji bolalik va o`smirlik davrlarda (7-15 yoshda) sodir bo`ladi,

qariyalarda juda kam uchraydi. Ayollar erkaklarga nisbatan 2,5-3 marta ko'p kasallanadi. Oxirgi yillarda O'tkir revmatik isitma bilan xastalanish va uning qaytalanish soni kamaygan, buning sababi bemorlarni samarali dispanserizatsiya muolajalarini qo'llashdir.

**ETIOLOGIYASI.** O'RI ni keltiri chiqaruvchi sabab beta-gemolitik streptokokk (A serologik guruxi). Irsiy moillik bo'lgan kishilarda streptokokk infektsiyasi autoimmun jarayonini vujudga keltiradi. Kasallik yuqori nafas yo'llaridagi o'tkir yoki surunkali burun-tomoq (faringit, angina) kasalliklaridan keyin revmatik yallig'lanish asorati ko'rinishida rivojlanadi. O'tkir revmatik isitma rivojlanishining streptokokk infektsiyasi bilan bog'liqligini tasdiqlovchi dalillar:

- O'tkir revmatik isitma oldidan burun-tomoq streptokokk infektsiyasining (angina, faringit, skarlatina) o'tkazilishi.

- YUqori nafas yo'llarining o'tkir kasalliklari keng tarqalgan vaqtda O'tkir revmatik isitma bilan xastalanishning ko'payishi.

- O'tkir revmatik isitma bilan og'rigan bemorlarda streptokokka qarshi antitanalar (ASL-O, ASG, ASK) titrining ortishi.

- Streptokokk infektsiyasi o'chog'ini faol davolash va streptokokka qarshi profilaktika choralari qo'llash O'tkir revmatik isitma bilan xastalanishni va uning qaytalanishini kamayishiga olib keladi.

O'tkir revmatik isitma ning streptokokk infektsiyasi bilan chaqirilishi xastalikning klassik turiga (o'tkir davom etuvchi, jarayonda bo'g'inlar shikastlanishi) xos. Kasallikning cho'ziluvchan, yashirin, yoki uzluksiz qaytalanuvchi turlarida jarayonning streptokokk infektsiyasi bilan bog'liqligi aniqlanmagan.

- Streptokokk antitana titrining ko'tarilishi yuq.

- O'tkir revmatik isitma qaytalanishida bitsillin profilaktikasi natijasiz.

Bu holatda O'tkir revmatik isitma allergik (streptokokk infektsiyasiga bog'lik; bo'lmagan), infeksiyon-toksik yoki virusli tabiatda bo'ladi.

**PATOGENEZI.** O'RIni rivojlanish mexanizmida qo'yidagilar asosiy o'rin egallaydi: kasallik chiqaruvchisini xususiyatlari, A guruxga kiruvchi  $\beta$ -gemolitik streptokokkni organizmga ta'siri va kasallik rivojlanayotgan inson organizmining xususiyatlari.

**Allergiya nazariyasi** - immun buzulishi. Sensibilizatsiyalovchi agentlar (streptokokk va uning toksinlari, viruslar) organizmning xususiyl oqsillari parchalanishini chaqiradi va ular o'z navbatda antigenga (autoantigenga) aylanadi. Organizmni antigenga nisbatan sensibilizatsiyasini oshishi allergik xolatni rivojlantiradi. Antigenni organizmga tarqalishi autoantitana autoagressorlar hosil bo'lishini kuchaytiradi va ular o'zaro reaksiyaga kirishib immun birikmani (kompleksni) shakllantiradi. Immun birikma qon bilan aylanib, biriktiruvchi tukimaga (endokard, miokard, bo'g'inlarga) cho'kadi, joylashadi va ularda giperergik yallig'lanish xolatini vujudga keltiradi. Bu xolat O'tkir revmatik isitma deb nomlanadi.

**Toksik-allergik nazariyasi** - streptokokk ko'p miqdorda kardiotoksik xususiyatli modda ishlab chiqaradi.

**Virus kontseptsiyasi** - virusli va streptokokkli karditlarning ko'pchilik klinik va morfologik ko'rinishlarining bir-biriga o'xshashligiga asoslangan.

**Gormonlar o'zgarishi** - miya ortig'i (gipofiz) va buyrak usti bezi faoliyatining buzilishi axamiyatli - xastalik zo'riqqan davrda qonda gormonlar miqdori kamayadi, bunda gormonlar bilan davolash yaxshi samara beradi.

**PATOMORFOLOGIYASI.** qo'shuvchi to'qimada patologik jarayon rivojlanishi 4 bosqichda kechadi: 1) mukoidli bo'kish; 2) fibrinoidli bo'kish; 3) granulematoz (Ashof-Talalaev granulemasi xosil bo'lishi bilan); 4) skleroz va gialinoz.

*Birinchi fazada* mukolitik fermentlar aktivligini oshishi kuzatiladi, natijada qo'shuvchi to'qimaning asosiy moddasi glikozaminglikonlar parchalanadi va depolimerizatsiyasi boshlanadi. Gidrofil xususiyatga ega bo'lgan gialuron kislata yig'ilishi kuzatiladi va buning natijasida to'qima va hujayra o'tkazuvchanligi oshadi. To'qima va hujayri gidrofillik sababli bo'kadi. Bu bosqichdagi o'zgarishlar qaytar. Vaqtida olib bariladigan davo muolajalari natijasida qo'shuvchi to'qima strukturasini to'liq tiklanadi.

*Ikkinchi fazada* qo'shuvchi to'qima deorganizatsiyasi chuqurlashadi. Mukoidli bo'kish natijasida shikastlanayotgan to'qimaga zardob oqsillari va ular bilan fibrinogen o'ta boshlaydi. Amorf massa -fibrinoid hosil bo'lib to'qima ichida kollagen tolalar bilan qo'shilib iladi. SHikastlanayotgan sohada nekroz uchoqlar hosil bo'lib kapillyarlar o'tkazuvchanligi oshadi. Ikkinchi fazada bo'lgan o'zgarishlar qaytmas xususiyatga ega.

*Uchunchi fazada* qo'shuvchi to'qima shikastlanishiga xos spetsifik reaksiya ko'rinishida fibrinoidli nekroz uchoqlari atrofida mahalliy qo'shuvchi to'qima proleferatsiyasi ashoff-talalaev granulemmalari shakllanadi. Granulemma rezorbtiv xususiyatiga ega va qo'shuvchi to'qima parchalanishi mahsulotlarini so'rishga qaratilgan. Granulemmalari shakllanish davri 3-4 oyni tashkil etadi. Ular tomirlangan qo'shuvchi tukimalarda miokard interstitsiyasida (asosan chap korincha) so'rg'ichsimon mushaklar sohasida, bo'lmachalararo to'siqda, endokarda va tomirlar devori adventitsiyasida joylashadi. Revmokarditda revmatik granulemma maxsus morfologik belgi hisoblanadi, ammo oxirgi vaqtda ularni aniqlash holatlari kamaygan.

*To'rtinchi faza* revmatik yallig'lanish natijasida qo'shuvchi to'qima dezorganizatsiyasi jarayonini yakunlanishi va granulemma evolyutsiyasini sklerozga o'tishi bilan xarakterlanadi. YOki fibrinoidning natijasi gialinoz (birlamchi skleroz) chandik shakllanishi bilan yakunlanadi.

Revmokarditda yurak zararlanishining boshqa morfologik o'zgarishi seroz qavatlar, bo'g'inlar va boshqa organlardagi nospetsifik hujayra reaksiyasiga o'xshash gistiolimfotsitar infil'tratlar ko'rinishida bo'ladi. Bu reaksiyalar granulemmadan farqli biriktiruvchi to'qimaning hujayralararo moddasida diffuz joylashadi. O'tkir revmatik isitma da buyrak, o'pka, nerv sistemasining shikastlanishi asosida vaskulitlar va neyrovaskulitlar yotadi. Revmatik poliartritda bo'g'im to'qimalarida biriktiruvchi to'qima dezorganizatsiya jarayonlari, ekssudativ yallig'lanish, vaskulit natijasida kuchsiz fibroz kuzatiladi.

O'tkir revmatik isitma da bosh miyaning donali qavati, miyachani molekulyar qavati, subtalamik hujayralar va qoramtir moddadagi nerv hujayralarini atrofik va distrofik o'zgarishi revmatik xoreyaga asos bo'lib, bosh miya tomirlari shikastlanishisiz paydo bo'lishi mumkin. Tomirdan tashqari o'zgarishlar revmatik xoreya ko'rinishi bilan namoyon bo'ladi.

**O'tkir revmatik isitma tasnifi** 1964 yilda O'tkir revmatik isitma ga qarshi xalqaro simpoziumda A.I.Nesterov tomonidan tavsiya etilgan va tasdiqlangan. Tasnifda revmatik jarayonining kechish davrlari, kliniko-anatomik xususiyatlari, a'zolar va a'zolar guruhining shikastlanishi, kechish xususiyatlari va yurak tomirlar tizimining ish bajarish faoliyati to'g'risidagi ma'lumotlar o'z aksini topgan. (jadval)

Revmatizimning ishchi tasnifi va nomenklaturasi (A. I. Nesterov, 1964 y.)

| O'tkir revmatik isitma nifazalari vaaktivlik darajalari | Jarayonning kliniko -anatomik xarakteristikasi         |                                                                                                | Jarayon ni kechish xarakteri | qon aylanish etishmasligi |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------|
|                                                         | yurak                                                  | Boshqa organ va sistemalar                                                                     |                              |                           |
| Faol                                                    | Birlamchi revmokarditklapanlar nuqsonisiz              | Poliartrit, serozit (plevrit, peritonit, abdominal sindrom)                                    | O'tkir                       | qAE 0                     |
| Aktivlik darajalari I, II, III                          | qaytalanuvchi revmokardit klapan nuqsoni bilan (qaysi) | Xoreya, entsefalit, meningoentsefalit, tserebral vaskulit, nervno-psixik buzilishlar           | O'tkir osti                  | qAE I                     |
|                                                         | O'tkir revmatik isitma yurak o'zgarishisiz             | Vaskulitlar, nefritlar, gepatit, pnevmoniya, teri shikastlanishi, irit, iridotsiklit, tiroidit | Cho'ziluvchan                | qAE II a<br>qAE II b      |
| Nofaol                                                  | I.Revmatik miokardioskleroz2. YUrak nuqsoni            | YUrakdan tashqari organ va sistemalar shikastlanishilari ning asoratlari                       | Zo'rayib boruvchi YAshirin   | qAEIII                    |

|  |         |  |  |  |
|--|---------|--|--|--|
|  | (qaysi) |  |  |  |
|--|---------|--|--|--|

Hozirgi vaqtda revmatik jarayon bir qator xususiyatlarga ega: kasallikni kechishi bir muncha engil xarakterda, ko'proq kuchsiz va engil aktivlik darajalari kuzatilmokda. Aktiv jarayon natijasida og'ir kardit, dimlanuvchi qon aylanish etishmovchiligi va turli vtseritlar kam hollarda rivojlanmoqda, yurak nuqsonlarini shakllanishi foiz hisobida kamaygan va nuqsonlar og'irligi pasaydi. SHuning uchun 1996 yilda Rossiya revmatologlar s'ezdida revmatik isitmaning hozirgi zamon xususiyatlari inobatga olingan holda (**jadval**) yangi ishchi tasnifitaklif etildi va 2003 yilda bu tasnif yana takomillashtirildi.

REVMATIK ISITMANING ISHCHI TASNIFI (Rossiya revmatologlar Assotsiatsiyasi 1996y.)

| Klinik sindromlar                |                   | Faollik darajasi | Kechishi  | Okibat (nafaol faza) | Kon aylanish etishmoviligi boskichi |
|----------------------------------|-------------------|------------------|-----------|----------------------|-------------------------------------|
| Asosiy                           | qo'shimcha        |                  |           |                      |                                     |
| <b>Revmokardit birlamchi</b>     | Xalkasimon        | III              | Utkir     | YUrak illatisiz      | 0                                   |
| <b>Revmokarditkaytalama</b>      | eritema           |                  |           |                      |                                     |
| - yurak illatisiz                | Revmatik          | II               | CHuzilgan |                      | I                                   |
| - yurak illati                   | tugunalar         |                  |           |                      |                                     |
| fonida                           | Artalgiya         |                  |           |                      |                                     |
| Artrit                           | Abdominal         |                  |           |                      |                                     |
| - yurakning                      | sindrom va        | I                |           |                      |                                     |
| qo'shilishsiz                    | boshka serozitlar |                  |           |                      |                                     |
| - yurak                          | Oldin keluvi      |                  |           |                      | IIa                                 |
| qo'shilishi bilan                | streptokokkli     |                  |           |                      |                                     |
| Xoreya                           | infektsiya        |                  |           |                      |                                     |
| - yurakning                      |                   |                  |           |                      | IIb                                 |
| qo'shilishsiz                    |                   |                  |           | YUrak illati bilan   |                                     |
| - yurak                          |                   |                  |           |                      |                                     |
| qo'shilishi bilan                |                   |                  |           |                      |                                     |
| Birinchi marta                   |                   |                  |           |                      |                                     |
| aniklangan yurak revmatik illati |                   |                  | YAshirin  |                      | III                                 |

Izoh: Tashhis qo'yilayotganda iloji boricha ko'rsatilishi kerak: a) revmatik isitmani qaytalanish soni; b) birlamchi va qaytalanuvchi yurak nuqsonisiz revmokardit og'irlik darajasini; v) revmatik yurak nuqsoni turi; g) streptokokk infeksiyasidan keyinligining isboti (angina, skarlatina, faringit va bosh., shu bilan birga streptokokkga ta'luqli antitanalar titirlarini oshishi-ASL-O, ASK, ASG).

REVMATIK ISITMANING ISHCHI TASNIFI  
(ARR, 2003Y)

| Klinik variantlar      | Klinik ko'rinishlar |            | Natija    | qAE         |   |
|------------------------|---------------------|------------|-----------|-------------|---|
|                        | Asosiy              | qo'shimcha |           | boskichlari |   |
| O'tkir revmatik isitma | Kardit              | Isitma     | Sog'ayish | 0           | 0 |

|                       |                   |                   |                     |     |     |
|-----------------------|-------------------|-------------------|---------------------|-----|-----|
|                       | Artrit            | Artralgiya        | Surunkali yurak     | I   | I   |
|                       | Xoreya            | Abdominal sindrom | revmatik kasalligi  | IIA | II  |
|                       | Halkasimon eritem | serozitlar        | YUrak nuksoni bilan | IIB | III |
| qayta revmatik isitma |                   |                   | YUrak nuksonisiz    | III | IV  |

**KLINIK KO`RINISHI.** URI ning klinik manzarasi turli tuman ko`p qirrali (polimorfli) – jarayon o`tkirligiga, shikastlangan a`zo va sistemalar soni va tabiatiga (xarakteriga), kasallik boshlanishidan bemorning tibbiy yordamga murojat qilishigacha o`tgan davriga, davolash natijalariga bog`liq. Tipik hollarda URI streptokokk etiologiyali tomoq, burun infeksiyasi (angina, surunkali tonsillit, gaymorit) bilan kasallanishdan 1,5-4 hafta o`tgach boshlanadi. Kasallik rivojlangangacha bo`lgan davr yashirin davr deyiladi va bu davr simptomtsiz yoki to`zalish davrini cho`zilishi (darmonsizlik, kamquvvatlik, tana haroratini subfebril ko`tarilishi) belgilari bilan kechadi. Keyin kasallikni klinik avj olish davri boshlanadi. qayta xuruj qilishda (retsdivda) bu muddat qisqa(1-2 kun) bo`ladi. Xastalik isitmalash (harorat ko`tarilishi aksariyat 37,5—38,5°S, kam hollarda 39-40°S), titroqsiz terlash bilan kuzatiladi. O`tkir revmatik isitma da eng ko`p zararlanadigan a`zo yurak hisoblanadi. Rевmatik jarayon yurakning hamma qavatini shikastlaydi, lekin asosan endomiokardit (revmokardit) tipida rivojlanadi. Revmokardit birlamchi (birinchi xuruj) va qaytalanuvchi (takrorlanuvchi xurujlar), shakllangan qopqoq nuqsonlari yoki ularsiz bo`ladi. Agar takror revmatik isitma oldin o`tkazilgan o`tkir revmatik isitma natijasida shakllangan yurak nuqsoni asosida rivojlansa, bunda qaytalanuvchi revmokardit yoki yurakning surunkali revmatik kasalligi asosida o`tkir revmakardit deb aytiladi.

Bolalarda birlamchi revmatik isitmada 79-83% hollarda kardit rivojlanadi, katta yoshdagilarda esa 90-93 % hollarda takror URI da kattalarda 100 % hollarda revmakardit shakllanadi. Revmakardit patologik jarayonga miokard, endokard, perikardni birin-ketin jalb etish bilan xarakterlanadi. Alohida diffuz yoki uchokli miokardit, endomiokardit, pankardit rivojlanishi mumkin. Klinik revmokardit yurakni u yoki bu qavatini zararlanishi revmatik jarayonning umumiy aktivlik darajasi va kasallikni kechish xarakteriga mos holda namoyon bo`ladi. A.I.Nesterov revmokarditni uchta klinik namoyon bo`lish darajasiga bo`lishni taklif etgan: YOrkin (kuchli, yuqori), kuchsiz va sust namoyon bo`lishi. Kuchli revmokardit o`tkir va o`tkir osti kechuvchi birlamchi URI da asosan balog`at (18-21) yoshdagilarda aniqlanadi. Jarayonning morfologik asosini diffuz ko`proq miokardning ekssudativ jarohatlanishi tashkil etadi, bunda 1G`3 bemorlarda endokard zararlanishi, 10 % hollarda perikard shikastlanishi kuzatiladi.

Bemorlar fizik zo`riqishda va tinch holatda hansirashga, yurak tez urushi, yurak sohasidagi og`riqqa shikoyat qiladi. Bemorni ob`ektiv tekshirganda tana haroratiga mos kelmaydigan taxikardiya kuchsiz gipotenziya, rangparlik, perkutor yurak chegarasini chapga yoki hamma tomonga kengayishi aniqlanadi. eshitib ko`rilganda yurak tonlari bo`g`iqlashgan, I-ton susaygan, patologik III va IV tonlar Galop ritmi bilan aniqlanadi. Kuchli revmokarditda perikardit rivojlanishi bilan kechsa perikard ishqalanish shovqini eshivilishi mumkin.

Kukrak kafasi organlari rentgenogrammasida yurak chegaralarini kengayganligini perikardit belgilarini aniklash mumkin. eKG da kuzgalish funktsiyasi va repolyarizatsiya jarayonlarini buzilishi, A-V utkazuvchanlikni susayishi, elektririk sistolaning chuzilishi va bulmacha kompleksining uzgarishi kuzatiladi

URI birlamchi endomiokardit bilan bemorning eKGsi. Gis tutamining o`ng oyoqchasi to`liqmas blokadasi. I daraja atrioventrikulyar blokada. Repolyarizatsiyani diffuz buzilishi.

Exokardigrafik tekshirishda miokardning diffuz zararlanish belgilari bilan chap qorincha qisqarish funktsiyasini bo`zilishi, jarayonga endokard shikastlanishi qo`shilgan bo`lsa yurak

nuqsonlariga xos o'zgarishlar aniqlanadi. Kuchsiz namoyon bo'lgan revmokarditda yurak mushaklaridagi yallig'lanishning eksudativ komponenti kuchsiz namoyon bo'ladi, miokard zararlanishida diffuz yallig'lanish xarakterli emas. Bemorlar yurak sohasidagi og'riqqa va tez urushiga shikoyat qiladi. YUrak chegaralari 1,0-1,5 sm chapga kengayadi. eshitib ko'rilganda I-ton susaygan patologik III-ton aniqlanadi, sistolik va o'tib ketuvchi diastolik shovqin eshitiladi. eKG da sinusli aritmiya A-V o'tkazuvchanlikni va repolyarizatsiya jarayonlarining buzilishi. eXOKG da chap qorincha va chap bo'lmachani kuchsiz dilyatatsiyasi chap qorincha qisqarish funksiyasining o'zgarishi.

Sust namoyon bulgan revmokardit kasallikni xamma turida birlamchi va keyingi URI xurujlarida xam kuzatilishi mumkin. Revmokarditni bu formasi bemorlarni doimiy kuzatuv va oldingi utkazilgan davo muolajalarni taxlili natijasida aniklanadi. Bemorlar kupincha shikoyat kilmaydilar, ob'ektiv tekshiruvlarda yurak zararlanishi belgilari yurakdan tashkari belgilar birlamchi URI dagi revmatik jarayonning yukori aktivligi yoki yurak nuksonlari asosida takror URI dagi gemodinamik buzilishlar natijasida aniklanmasligi mumkin.

Kaytalanuvchi revmokardit miokardio-kardioskleroz va oldin shakllangan yurak nuksoni asosidagi takror URI jarayoni kupincha kattalar orasida (90-93%) va balogat yoshida, kamrokbolalarda uchraydi. SHuning uchun kaytalanuvchi revmokardit nuksonlarni ogirlashuviga yoki kushma va kombinirlangan yurak nuksonlarini shakllanishiga olib keladi.

Revmokarditning asosiy kriteriyasi endokarditdir, anikrogi-val'vulit uning ishonchli belgisi yurak ulchamlari uzgarmaganda yangi shovkinlarni paydo bulishi yoki bor bulgan shovkinlarni uzgarishi. Kardit borligini kursatuvchi shovkinlarga kiradi:

- YUrak uchida kuchli sistolik shovkin (diastolik va mezodiastoliksiz)-yukori tondagi puflovchi uzun shovkin, sistolani katta kismini egallaydi bu mitral klapan etishmovchiligini belgisi xisoblanadi. U yurakuchida juda yaxshi eshitilib, chap kultik osti soxasiga utkaziladi. SHovkin intensivligi uzgarishsiz u gavda vaziyatini uzgartirganda nafas olganda uzgarmaydi. Bu shovkinni mitral klapan prolyapsidagi shovkindan farklash zarur, bunda ochilish toni sistolani urtasida kuzatiladi, funktsional shovkindan farki sistolani bir kismini egallaydi va gavda vaziyatini uzgartirganda va nafas anti davomida uzgaradi. Funktsional shovkinlar 2 tipda buladi: upka arteriyasi ustida xaydash shovkini va tush suyagi chap kirasida past chastotali shovkin.

- YUrak uchida mezodiastolik shovkin mitral regurgitatsiya bor utkir revmokarditda paydo buladi. Bemor chap va yonbosh yotganda nafas olishni nafas chikarib saklaganda bu shovkin yaxshi eshitiladi. Bu shovkinni yurak uchidagi past chastotali kuchayib boruvchi baland peresistolik shovkindan farklash kerak. Keyinchalik mitral I-ton kuchayadi va mitral stenoz shakllanayotganligidan dalolat beradi, fakat utkir kardit emas.

Bazal diastolik shovkin-bu protodiastolik shovkin aortal regurgitatsiya uchun xarakterli. SHovkin yukori chastotali puflovchi sunib boruvchi xarakterda va eng yaxshi eshitish nuqtasi tush suyagini chap kirgogida chukur nafas chikarganda (bemor oldinga egilgan xolatda) eshitiladi. SHovkin doimiy bulmasligi mumkin, uni tugma 2 tabakali aortal klapan nuksonidagi shovkindan diffensatsiyalash zarur. Oxirgi yillar diagnostik doplerexokardiografiya ishlab chikilgan

**Revmatik** miokarditning klinik belgilari.

- **Xansirash** - engil, ko'pincha xarakatda seziladi.
- **Kardialgiya** - yurak sohasida davomli kuchsiz sanchikli, yoki simillovchi og'riqlar bezovta qiladi. Og'riq hech qaerga tarqalmaydi.
- **Taxikardiya** - yurak o'ynashi, xarakatda tezlashadi.
- **Kardiomegaliya** - Perkussiyada yurak chegarasining o'zgarishi aniqlanmaydi.

Rentgenografiyada ko'p xollardayurak chegaralarining chapga, kam xollarda diffuzli kengayishi kuzatiladi.

**Auskultatsiyada** yurak tovushlari, ayniqsa yurak chukidaI ton susaygan (bo'g'iqlashgan), goxida III, yana kam holdaIV ton eshitilishi aniqlanadi. YUrak cho'qqisida va mitral kopkogi sohasida mushakli mayin sistolik shovqin eshitiladi.

**Arterialbosimi** me'yorda. Pul's yumshoq, kichkina, goxida taxikardiya kuzatiladi.

**EKGda** R tishchasi va (QRS kompleksining kengayishi, yassilanishi, RQ oralig'ining uzayganligi, T tishchasining ikki davrligi va pastga qaraganligi aniqlanadi.

**Revmatik endokardit** belgilari.

- YUrak cho'qqisida mitral qopqog'i etishmovchiligi rivojlanishi natijasida dag'al, barqaror sistolik shovqin eshitiladi. U bemor xolati o'zgarganda yoki jismoniy zo'riqishdan so'ng kuchayadi va qo'ltiq osti sohasiga yo'naladi.

- O'pka arteriyasida II ton kuchayadi.

- YUrak cho'kkisida mitral qopqog'i teshigi torayishi (stenoz) oqibatida diastolik shovqin eshitiladi.

**Revmatikli perikardit** O'tkir revmatik isitma da kam kuzatiladi, asosan bolalarda va yoshlarda uchraydi. Perikardit yoki ekssudativli bo'ladi.

- **qURUq perikardit**

- YUrak sohasida doimiy og'riq

- To'sh suyagining chap qirg'og'ida perikardning ishqalanish shovqini eshitiladi.

- EKG - kasallik boshida S-T oralig'i tepaga ko'tariladi, keyinchalik izoelektrik chizig'iga qaytadi. T tishchasi manfiy yoki ikki fazali.

**EKSSUDATLiperikardit** - quruq perikarditning rivojlanish davomi hisoblanadi va yurak xaltachasida seroz-fibrozli suyuqliq yig'iladi.

- YUrak sohasidagi og'riq yo'qoladi.

- Kuchayib boruvchi xansirash paydo bo'ladi.

- Ekssudat miqdori ko'p bo'lsa yurak sohasi bo'rtib chiqadi, qovurg'a oralig'i yassilanadi, cho'zdi urishi paypaslanmaydi.

- Perkussiyada yurak chegaralari har tomonga kengayadi.

- Auskultatsiyada yurak tovushlari va shovqinlari eshitilmaydi.

- EKG - quruq perikarditdek, QRS kompleksi voltaji pasaygan.

- UTD - yurak xaltachasida ekssudat borligini tasdiqlaydi.

**Revmatik vaskulit.** O'tkir revmatik isitma ta'sirida toj arteriyalar yallig'lanishi (revmatikli koronaritlar) mayda o'choqli miokard infarktini chaqirishi mumkin. Miya arteriyalarining O'tkir revmatik isitma bilan zararlanishi o'tkinchi parezlarni yoki meningoentsefalit sindromini vujudga keltirishi mumkin.

**Revmatik poliartrit** - tipik reaktivlik sinovit, bo'g'im bo'shlig'iga suyuqlik yig'ilishi, periartikulyar bo'g'im atrofidagi to'qimalarning shishishi va qizarishi, gohida kuchli og'rik natijasida bo'g'im xarakatini qiyinlashganligi va cheklanganligi bilan kuzatiladi. Xarakterli belgilar:

- Iirik bo'g'imlar shikastlanishi - (tizza, to'piq, tirsak, elka, biroz kamrok - bilak - kaft bo'g'imi)

- Bo'g'imlar yallig'lanishi simmetrik.

- Ko'chib (uchib) yuruvchi xususiyatdagi artrit - shikastlanish bir bo'g'imda kamayib, boshqasida ko'payishi qayd qilinadi. Bo'g'inlardagi yallig'lanish jarayonining yukolishi bemornikg sog'ayishini ko'rsatmaydi, poliartrit «yonib o'tadi», yangi tana xaroratining ko'tarilishi bo'g'imlar zararlanishi bilan kuzatiladi, keyin tinchidi va yana qaytalanadi, ba'zan bo'g'inlardagi yallig'lanish muolajalarsiz ham yo'qoladi.

- Bo'g'im sindromi butunlay orqaga qaytadi (yo'qoladi), rentgenogrammada anatomik o'zgarishlar aniqlanmaydi, bo'g'im faoliyati tiklanadi.

- O'tkir revmatik isitma da, ko'pincha qaytalanishida, bo'g'imlar shikastlanishi yallig'lanishsiz, faqat og'riq (artralgiya) bilan namoyon bo'ladi - poliartralgiya.

**Revmatikli miozit** - kam uchraydi, mushaklarda kuchli og'riq va xolsizlik bilan kuzatiladi. Suyaklar o'zgarmaydi.

**Teri zararlanishi** - terida xalqasimon, pushti rangli toshma (eritema) vujudga keladi. Ular og'rimaydi, qichishmaydi, teridan ko'tarilmaydi. eritema qo'lning ichki satxi, oyoq,

qorin, bo'yin, ko'krak terisida joylashadi.

**Teri osti revmatikli tugunlar** - birlamchi O'tkir revmatik isitma ga xos, diametri 0,5-1 sm, qora rangli bo'lib, ko'pincha bo'g'inlarning tashqi tarafida paydo bo'ladi. Ular shakli dumaloqsimon, xarakati chegaralangan, og'rimaydi, asosan tizza, umurtqalar atrofida joylashadi.

**Markaziy nerv sistemasi zararlanishi** - kichik xoreya ko'rinishida bolalarda kuzatiladi. Xastalikning klinik manzarasi qo'l-oyoqlarning va mimika mushaklarning xaotik extiyorsiz xarakati bilan ifodalanadi, retsidiylar (qaytalanishlar) bilan o'tishi mumkin, uyquda simptomlar mutlaqo kuzatilmaydi, lekin 17-18 yoshda asosan yo'qoladi.

**O'pka zararlanishi** - vaskulitlar atrofida vujudgakeladi.

- Revmatikli pnevmonitlar va plevritlar ikkitomonlama.
- Balg'am tarkibida eozinofillar
- Antibiotikli davogo rezistentli (chidamli)
- O'tkir revmatik isitma ga qarshi dorilar yaxshi samara ko'rsatadi.

**Buyrak zararlanishi** - O'tkir revmatik isitma qo'zigan davrida proteinuriya va gematuriya bilan ifodalanadi, kam xollarda nefrit rivojlanadi.

#### **LABORATORIYA SINAMALARI.**

- Siydikda mikrogematuriya, proteinuriya.
- qonda eCHT ko'tariladi (50-70 mmG's), leykotsitoz polartritga xos, endokarditda esa o'zgarish aniqlanmaydi. Uzoq davom etuvchi va to'xtovsiz qaytalanuvchi shaklida gipoxromli anemiya.
- Disproteinemiya (gipoalbuminemiya, giperglobulinemiya, ayniqsa gammaglobulinlar oshadi).
- S-reaktivli oqsil paydo bo'lishi streptokokka qarshi antitanalar (antistreptomaluronidaza-ASG, antistreptokinaza-ASK, antistreptolizin-O -(ASL-O) titrining ko'tarilishi kuzatiladi.

**TASNIFI.** A.I.Nesterov (1964) bo'yicha O'tkir revmatik isitma kasalligi ikki fazaga bo'linadi: faol va faolsiz

• **O'tkir revmatik isitma ning faolsiz fazasi** bu holatda O'tkir revmatik isitma o'tkazgan bemorlarda klinik va laboratoriya tekshiruvlari yallig'lanish jarayoni yoki immunitet buzilishlari belgilarini aniqlanmaydi. Xastalikning faolsiz davrida bemorlar ish qobiliyati saqlanadi, gemodinamika buzilishi esa, agarda yurak nuqsoni shakllangan bo'lsa, jismoniy zo'riqishdan so'ng kuzatiladi.

• **Xastalikning faol fazasi** kechishida 3 daraja tafovut qilinadi: 1-minimal (past), P-o'rtacha, SH-maksimal(yuqori). Faollikni aniqlashda klinik ko'rinishi, hamda laboratoriya ko'rsatkichlari o'zgarishlari darajasi ko'llaniladi.

**Faollikning I darajasi** streptokokk infeksiyasi tasirida organizmning censibilizatsiyalanishi natijasida yuzaga keladi va kardit belgilarining kam ifodalanishi bilan xarakterlanadi: hamma laboratoriya ko'rsatkichlari normada yoki birmuncha o'zgargan, qonda streptokokk antigeni topilishi, antitanalar titri oshishining aniqlanishi mumkin.

**Faollikning II darajasi** mujassamlashgan klinik simptomlar (revmatikli poliartrit, kardit, xoreya va boshqalar) bilan kuzatiladigan giperergik reaksiya bilan xarakterlanadi. Yallig'lanish faolligi ko'rsatkichlari o'rtacha yoki ozgina o'zgargan.

**Faollikning III darajasi** O'tkir revmatik isitma jarayonining retsidiyi (qaytalanishi) bilan xarakterlanadi. U biriktiruvchi to'qimada chuqur immunologik, yallig'lanish va distrofiya jarayonlarini aks ettiradi. Klinika-laboratoriya ko'rsatkichlarini dinamikada tekshirish faollik darajasini aniq belgilash imkonini beradi.

Tasnif faol revmatik jarayon joylashishi (kardit, artrit, xoreya va boshqalar), rezidual ko'rinishlar (belgilar)xarakteri (miokardioskleroz va boshqalar), qon aylanish holati bo'yicha ham o'tkaziladi. Tasnifning «kechish xarakteri» grafasida kechishining asosiy variantlari

ifodalan-gan, ularni aniqlash birlamchi revmatik jarayonning yoki uning qaytalanishining boshlanish o'tkirligi va kechishi davomatining klinik davriy printsiplarga asoslangan.

**O'tkir** shakli to'satdan isitmalash bilan boshlanishi, bo'g'imlardagi ko'chib yuruvchi og'riq va revmatik karditning tez rivojlanishi bilan farqlanadi. eCHT ko'tarilishi, leykotsitoz, ASL-O, alfa va gamma-globulinlar titri ko'payishi, tez va ko'pincha to'lik(2-Zoy mobaynida) yallig'lanishga qarshi davo samarasi kuzatiladi. eKG da atrioventrikulyar o'tkazuvchanligi ko'zg'alishining buzilishi, interval (oraliq)ning kengayishi, manfiy-T tishcha aniqlanadi.

**YArim o'tkir shakli** klinik simptomlari rivojlanishi vaqt bo'yicha cho'zilganligi bilan xarakterlanadi. Ko'p hollarda xastalik 3-6 oy davom etadi. Jarayon aksariyat zo'rayishga, takrorlanishga moyil, antirevmatik davo samaradorligining anik mezoni yo'k.

**CHo'ziluvchi - sust kechuvchi shakli** juda ko'p uchraydi, aksariyat yurak qopqoq nuqsonlari shakllangan muhitda takrorlanuvchi revmokarditli bemorlarda aniqlanadi. Revmokardit kechishi uzoq (6 oydan ortik), ifodalangan zo'riqishsiz va to'liq remissiyasiz bo'ladi. Revmatik jarayonfaolligi o'rtacha, klinik va laboratoriya simptomlaridynamikasi yakdeol aniqlanmaydi.

**Uzluksiz-takrorlanuvchi shakli** klinik manzarada shikastlangan to'qimalarda yallig'lanishning ekssudatli komponenti ustunligi bilan ifodalanadi. Diffuzli miokardit aniqlanadi, og'ir holatlarda serozitlar, o'pka vaskuliti qo'shilishi bilan pankardit rivojlanadi, bu holat yurak etishmovchiligiga va tromboemboliya asoratlariga sababchi bo'ladi.

**Latentli(subklinik, simptomsiz) shakli** ko'p tarqalgan. Kasallik boshlanishi va kechishi yashirin. Klinik manzarasi atipik: bemorlar bosh og'rig'iga, ishtaha yo'qoli-shiga, bo'g'imlarda kuchsiz og'riqqa, subfebril tana haroratiga shikoyat qiladilar. YUrak tovushlari bo'g'iq, taxikardiya kuzatilishi mumkin. Aniq diagnoz qopqoq nuqsonlari vujudga kelgandan so'ng qo'yiladi.

Oxirgi yillarda O'tkir revmatik isitma ning kechishi o'zgargan kasallikning yorokin klinik manzarali turlari miqdori keskin ka-maygan. Revmatikli poliartritlar va poliserozitlar juda kam kuzatiladi. YUrak belgilari bilan kuzatiladigan cho'ziluvchan va uzluksiz qaytalanuvchi kechishli bemorlar soni ko'payib bormoqda.

Ishchi tasnifining oxirgi bo'limida konaylanish faoliyatining holati Strajesko-Vasilenko bo'yicha qon aylanish etishmovchiligini I, II A, II B, III bosqichlarga bo'lib ko'rsatilgan.

SHunday qilib, O'tkir revmatik isitma ning ishchi tasnifi, O'tkir revmatik isitma fazasini baholash, klinik-morfologik ko'rinishi, hamda laboratoriya ko'rsatkichlari va yurak faoliyatining holati nuqtai nazaridan faolligini va prognozini aniqlash im-konini beradi.

**TASHXIS** qo'yish aksariyat qiyin. Buning sababi, URIning asosiy klinik belgilari bo'lmish kardit va poliartrit O'tkir revmatik isitma uchun spetsifik emas. Xoreya, halqasimon eritema va revmatikli tugunlar katta diagnostik ahamiyatga ega, lekin ular juda kam uchraydi.

O'tkir revmatik isitma tashxisini qo'yish 1988 yilda BSST taklif qilgan Kisel-Djons Nesterevlar quyidagi mezonlariga asoslangan.

#### **Asosiy (katta) belgilari.**

**Kardit.** YUrak sohasida ogriq, yurak chegaralari kengayishi (kardiomegaliya), yurak cho'qqisida sistolik va distolik shovqinlar borligi, ekssudatli perikardit, perikarditning ishqalanish shovqini, eKGning xarakterli ko'rsatkichlari, boshqa sabablarsiz konaylanishi etishmovchiligining rivojlanishi bilan ifodalanadi.

**Poliartrit** - bo'g'imda og'riq, harakat chegaralanishi, shish, teri qizarishi, mahalliy issiqlikni sezish bilan namoyon bo'ladi.

**Xoreya**-yuz mimik mushaklari va qo'l-oyoqlarning ixtiyorsiz tortilishi (silkinishi) bilan kuzatiladi.

**Teri osti tugunlar** - kichik, zich (qattiq), og'riqsiz.

**Halqasimon eritema**-pushti rangli, halqa shaklida, notekis konturli qaytalanuvchi toshmalar, ko`krakning yon sathida, bo`yinda, oyoqda joylashadi va issik ta`sirida kuchayadi.

**O`tkir revmatik isitma ga xos anamnez** - kasallikni yaqinda o`tkazilgan buruntomoqning streptokokkli infektsiyasi bilan bog`liqligiga ko`rsatma, takrorlanuvchi anginalar yoki yuqori nafas yo`li yallig`lanish jarayonlari, oila a`zolari orasida, qo`shnilarda O`tkir revmatik isitma kasalligining borligi.

3-5 kun davomida ex yuvantibus usulida O`tkir revmatik isitma ga qarshi dorilar bilan davolash samaradorligi.

**qo`shimcha (kichik) belgilar.**

**Umumiy.**

- Harorat ko`tarilishi.
- Holsizlik (adenamiya), tez charchashlik, jirtakilik, darmonsizlik.
- Teri qatlamining bo`zarishi.
- Terlash.
- Burundan qon ketishi.
- Abdominal sindromi.

**Maxsus** (laboratoriya ko`rsatkichlari).

- Leykotsitoz (neytrofilli).
- Disproteinemiya, eCHT oshishi.
- Patologik serologik ko`rsatkichlar: qonda streptokokkli antigen, ASLO-O. ASK, AST titrlarini ko`payishi.
- Giperfibrinogenemiya.
- S-reaktivli ovqsilning paydo bo`lishi, alfa-2 va gammaglobulinlar, zardobli mukoproteidlar, glikoproteidlar miqdorining ko`payishi.

Bemorlarda ikkita asosiy (xoreya, halqasimon eritema yoki revmatikli tugun) yoki bitta asosiy va ikkita qo`shimcha mezonlar aniqlanishi O`tkir revmatik isitma tashxisini ishonchli hisoblanadi.

O`tgan davrda ko`p marta «O`tkir revmatik isitma hurujini» o`tkazganligiga qaramay yurak nuqsonlari bo`lmasa odatda O`tkir revmatik isitma tashxisi inkor qilinadi.

**qIYOSIY TASHXIS** O`tkir revmatik isitma ning boshlang`ich bosqichlarida poliartrit va karditni aniqlashga asoslanadi. Kasallikni streptokokk infektsiyasi bilan bog`liqligini, bemor yoshini, oilaviy revmatik anamnezini hisobga olish kerak. Lekin, revmatikli poliartritni reaktivli (iersinozli, salmonellezli) artrit, yuvenilli artrit, gemorragiyali vaskulit bilan qiyoslash darkor.

- YUvenilli revmatoid artriti (YURA) deyarli har doim 16 yoshgacha boshlanadi va aksariyat umurtqa pog`onasining bo`yin sohasmda og`riq bilan kuzatiladi, keyinchalik bo`shqa bo`g`imlar sohasida xastalikka chalinadi. Artrit YURA-da turg`un (barqaror), O`tkir revmatik isitma da esa «ko`chib yuruvchi» tabiatda. Revmatikli poliartrit (7-10 kunda) karditning qo`shilishi, streptokokka qarshi antitanalar titrining balandligi, aspirin samaradorligi xos.

- Gemorragiyali vaskulit klinikasi O`tkir revmatik isitma ga o`xshash poliartritdan boshlanishi mumkin, lekin abdominal belgilar bilan purpurlarni paydo bo`lishi, keyinchalik buyrak patologiyasining rivojlanishi to`g`ri tashxis qo`yishga yordam beradi.

- Birlamchi revmokardit rivojlanishini ko`p sonli norevmatik miokarditlar (virusli, bakteriyali va boshqalar) bilan taqqoslaydilar. Birlamchi revmokardit sind-romi asoslariga quyidagilar kiradi:

- a. Kasallikni burun-tomoq streptokokk infektsiyasi bilan surunkali bog`lanishi borligi;
- b. Revmokarditning birlamchi klinik belgilari bilan o`tkazilgan streptokokk infektsiyasining tamom bo`lishi orasida latent davrning (2-4 hafta) borligi;
- v. Kasallik aksariyat 7-15 yoshda rivojlanadi;
- g. Kasallik boshlanishi o`tkir yoki yarim o`tkir;

- d. Kasallik boshlanishida ko`pincha poliartrit aniqlanadi;
- e. YUrak shikoyatlari passiv xarakterli;
- j. Miokardit, perikardit, valvulitlarning aksariyat birgalikda kuzatilishi;
- z. O`tkir revmatik isitma klinik ko`rinishlarining ifodalanishi bilan jarayon faolligining laboratoriya ko`rsatkichlari o`rtasida aniq bog`liqlik (korrelyatsiya) borligi.

#### **Norevmatik miokarditga xarakterli:**

- a. Virusli infeksiyalar va stress ta`sirlari bilan surunkali bog`lanish.
- b. O`tkazilgan infeksiyadan so`ng latent davrining kiskarishi yoki umuman yo`qligi.
- v. Miokarditning o`rta yoki keksa yoshda rivojlanishi.
- g. Xastalikni sekin-asta rivojlanishi.
- d. Kasallik boshlanishida bo`g`im sindromining yo`qligi.
- e. YUrak sohasidagi shikoyatlarning faol emotsionalligi.
- j. Karditning klinik ko`rinishlarini yorqin ifodalanishi jarayon faolligini ko`rsatuvchi laboratoriya belgilari yo`qligi yoki sezilarsiz (kuchsiz) ifodalanishi bilan kuzatiladi.
- z. Astenizatsiya va vegetativ distoniya simptomlari borligi.

**qaytalanuvchi endokarditda** yurak nuqsonining shakllangan muhitida, aksariyat aorta nuqsonida, infeksiyon endokarditni inkor qilish kerak. U holda yaqin anamnezdagi bakteriyali infeksiyani-infitsirlangan jarohatlarni, yiringli infeksiyalarni va boshqalarni (inobatga) olish kerak. Infeksiyonli endokarditda bemorlar keskin holsizlikka, oriqlashga, et uvishishiga, suyaklarda va mushaklarda og`rikka, kuchli artralgiya yoki ko`chib yuruvchi (migriruyugtsiy) artritga shikoyat qiladilar. Infeksiyon ar-tritga quyidagi belgilar xos: et uvishib, terlash bilan uzoq davom etuvchi remittirli, gohida intermitterli isitma, teri qatlamlarini bo`zarishi, tirnoqlar soat oynasi, barmoqlar uchi esa «nog`ora cho`pi» shaklida o`zgarishi, tromboemboliyalarga moyillik, diffuzli glomerulonefrit, vaskulitlar va gepatosplenomegaliya rivojlanishi, jadallashuvchi anemiya, revmatoid omillarni aniqlash, keskin gipergammaglobulinemiya, bakterimiya katta tashxisiy ahamiyatga ega.

**Sistemli kizil bo`richa (SKB)** boshalanishi davrida revmokardit simptomlariga o`xshash ko`rinishda rivojlanadi. SKBni revmokarditdan farqlash uchun ba`zi ichki a`zolar (bo`g`imlar, yurak, perikard, o`pka, buyrak, talokning spetsifik shikastlanishini inobatga olish lozim. SKBda O`tkir revmatik isitma dagi o`zgarishlardan farqli o`laroq teri zararlanishi - «kapalak» simptomi, leykopeniya, anemiya, eCHT keskin oshishi, farmol sinamasi musbatli, LE -xujayralarni va antinuklear omillarni aniqlanishi, kartikosteroid davoning samaradorligi kuzatiladi.

**Ba`zi hollarda** qaytalanuvchi, ko`pincha, cho`ziluvchan revmokarditni miokarditning og`ir, jadallashuvchi Abramov-Fidler turi bilan farqlash kerak. Bunda teri qatlamlari bo`zargan, tsianotik kulrang, yuz kerikkan (salkigan). YUrak sohasidagi doimiy kuchli og`riq, keskinlashuvchi hansirash, holsizlik, dori-darmonlar ta`sirining sa-marasizligi, jadallashuvchi qon etishmovchiligi bemorda vahima, qo`rquv holatini vujudga keltiradi. Tekshirilganda taxikardiya, gipotoniya, yurak hajmining kattalash-ganligi, yurak tovushlarining bo`g`iqlashganligi aniqlanadi. Mushakli sistolmk shovqin bilan bir qatorda ba`zi bemorlarda mezodiastolik shovqin, ot dupuri ritmi, ek-strasistoliya eshitiladi.

**DAVOSI.** 3 bosqichli bo`lishi kerak: statsionar, poliklinika, sanatoriya.

#### **Birinchi bosqich.**

O`tkir revmatik isitma ning faol davri davolash statsionar (kasalxona) sharoitida o`tkaziladi. Revmokarditga shubha tug`ilsa bemor albatta o`rinda yotishi lozim (15-20 kun) va tarkibi vitaminlarga boy va tuzi kam bo`lgan ovqatlar iste`mol qilinadi.

- Antibiotiklar (penitsillin, eritromitsin) URIn davolashda samarasiz lekin 10-14 kun davomida qo`llaniladi, chunkm mazkur xastalikka uchragan ko`pchilik bemorlarda surunkali streptokokk o`chog`i kuzatiladi.

- YAllig`lanishga qarshi dori-darmonlar O`tkir revmatik isitma , davosining asosi hisoblanadi. Bunda tez ta`sir qiluvchi yallig`lanishga qarshi nospetsifik dorilar (YAqND)va kortikosteroidlar qo`llaniladi.

- **Gormonlar birlamchi revmokarditda**, aksariyat yurak qopqoq nuqsonlari shakllanishiga xavf tug`ilishi yuqori bo`lganda, qaytalanuvchi revmokarditda valvulit

jadallashuviga shubha tugʻilganda, bemorlarda karditning birinchi belgilari namoyon boʻlgandi qoʻllaniladi. Tavsiya qilinadigan gormon miqdori 1 kg tana vazniga (ogʻirli-giga) 1-3 mg prednizalonga nisbatan yuboriladi (tabletkalar maydalanib, ovqatdan keyin koʻp miqdordagi suyuqlik bilan ichiladi). Davolash davrida gormon miqdori asta-sekin kamaytiriladi. Garmon davo samarasi ishtaha yaxshilanishi, harorat pasayishi va boʻgʻim belgilarining yoʻqolishiga qarab belgilanadi.

**YAlligʻlanishga karpsh nospetsifik dorilar (YAqND)** aspirin, butadion, indometatsin, voltaren, ortafen, reopirin va boshqalar prednizalon miqdori asta-sekin kamaytirilib, sutkada 10-15 mg ni tashkil qilganda tavsiya qilinadi (odatda bu holat bemorning kasalxonadan chiqishi oldi kunlariga toʻgʻri keladi). Oʻtkir revmatik isitma jarayoni faolligining morfologik belgilari 3-4,5 oydan oritq davom etishligi tasdiqlangan. SHuning uchun YAqND shu davr oraligʻida qabul qilinadi. Davolash samaradorligi bemor holatining yaxshilanishi, haroratning muximmeʻyorlanishi, kardialgiyani yoʻqolishi, yurak tovushlari jarangdorligini tiklanishi va shovqinlarning yoʻqolishi, jarayon faolligi belgilarining meʻyorlashuvi, eKG va eXOkardiografiya koʻrsatkichlarining moʻʼtadillashuviga nisbatan baholanadi.

**YUrak etishmovchiligi** va boshqa aʼzolar belgilari yoki hamkor xastaliklar kuzatilsa ularga mos (xos) davo beriladi.

#### **Ikkinchi bosqich.**

Sozlovchi davo poliklinika yoki mahalliy maxsus salomatlikni qayta tiklash markazida oʻtkaziladi. Bu erda gormonlar isteʼmoli mutlaqo toʻxtatiladi, YAqND qabul qilinishi nazoratda davom ettiriladi, miokard metabolizmini sozlaydigan vositalar buyuriladi. Vaqti-vaʼqti bilan qon tarkibini tekshirish, elektr va eXOkardiografiya tekshiruvlari oʻtkaziladi.

#### **Uchinchi bosqich.**

Revmotologik markazda dispanser kuzatuv va mahalliy sanatoriyada profilaktika choralari bajariladi.

**PROFILAKTIKASI** birlamchi va ikklamchi turlariga boʻlinadi.

Birlamchi profilaktika aholining yashash sharoitini yaxshilashga, sogʻliqni saqlash madaniyatini kuchaytirishga qaratilgan umumiy davlat ishi hisoblanadi. Uning maqsadi-sogʻlom insonlarni Oʻtkir revmatik isitma ga duchor qilmaslik.

#### **Streptokokk infeksiyasi bilan kurashish.**

- infeksiya tashuvchilarni (olib yuruvchilarni) aniqlash (tomoq, burun infeksiyasida albatta bakteriologik tekshirish oʻtkazilishi shart).

- streptokokkli tomoq-burun infeksiyasini antibiotiklar bilan davolash lozim.

- surunkali streptokokk infeksiyasi oʻchogʻini tozalash (sogʻlomlashtirish) kerak.

**Aholi** orasida ish olib borish, buning maqsadi - angina va faringitga chalingan bemorlarga albatta vrachga murojat qilishlikni tushuntirish.

**Oʻsmir yoshda** kasallikning koʻpayishi, bemorlar oilasi aʼzolarida Oʻtkir revmatik isitma rivojlanishiga katta xavf tugʻilishi va streptokokk infeksiyasi qoʻzishini hisobga olib, bolalar va oʻsmirlar kollektivida va Oʻtkir revmatik isitma li bemorlar boʻlgan aholi orasida yuqorida aytilgan profilaktika choralarini oʻtkazish ijobiy natija beradi.

Ikkilamchi profilaktika Oʻtkir revmatik isitma oʻtkazgan bemorlarda jarayon qaytalanishi (retsdiv) oldini olish maqsadida oʻtkaziladi. Bunda antibiotiklar asosiy oʻrinni egallaydi. Yil mobaynida bitsillin profilaktikasi ijobiy natija beradi. (bitsillin-5 1,5 mln birlikda mushak orasiga 3-4 haftada 1 marta yuboriladi). Ikkilamchi profilaktika muolajasini Oʻtkir revmatik isitma ning oxirgi ishonchli hurujidan keyin kamida 5 yil davomida oʻtkaziladi. Har xil jarrohlik muolajalari (tish sugʻurish, abort, tanzilloektomiya) qoʻllanilishi oldidan antibiotikni qabul qilishlikni bemorlarga tavsiya qilinadi.

#### **ASORATLARI.**

- YUrak qopkoq nuqsonlarining shakllanishi.
- YUrak damlanish etishmovchiligining rivojlanishi.
- YUrak ritmining buzilishi.

- Tromboemboliya (aksariyat bo'lmacha fibrillyatsiyasi paydo bo'lganda).
- Septik endokarditning sodir bo'lishi.

**Xastalik oqibatini** birlamchi revmokardit va vujudga kelgan asoratlarni davolash samaradorligi aniqlaydi.

## AUDTORIYAGA SAVOLLAR:

### Kontrol savollar

1. O'tkir revmatik isitma ning ta'rifi.
2. O'tkir revmatik isitma ning etiologiyasi.
3. O'tkir revmatik isitma ning patogenezi.
4. O'tkir revmatik isitma ning tasnifi.
5. O'tkir revmatik isitma ning klinik manzarasi: sub'ektiv ma'lumotlar.
6. O'tkir revmatik isitma ni tashxislash usullari.
7. O'tkir revmatik isitma ning kiyosiy tashxisi.
8. O'tkir revmatik isitma ning davolashning asosiy printsiplari

| Talaba bilimini baxolash mezonlari                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Baxo |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Talaba mavzuning asosiy savollariga to'liq tayorlangan, muloqotda faol qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega. Kasallik etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasi to'g'risida ma'lumotga ega. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llayoladi.                   | «5»  |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga tayorlangan, muloqotda qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega. Kasallik etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasi to'g'risida ma'lumotga ega. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llayoladi.                               | «4»  |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga to'liq tayorlanmagan, muloqotda sust qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyati past. Kasallik etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasi to'g'risida ma'lumotga ega emas. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llash uchun qiynaladi. | «3»  |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga tayor emas, muloqotda qatnashmaydi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega emas. Kasallik etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasini bilmaydi. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llay olmaydi.                                      | «2»  |

## 5-mavzu : Miokarditlar

### Ta'lim berish texnologiyasining modeli

|                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mashg'ulot vaqti -6 soat                                                                                                                                                                                                      | Talabalar soni : 8-9 gacha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Mashg'ulot shakli                                                                                                                                                                                                             | Amaliy mashg'ulot .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Amaliy mashg'ulot rejasini:</b><br>1. Gipertoniya kasalligini etiologiyasi, patogenezi, tasnifi, klinikasi, tekshirish usullari, davolash bo'yicha nazariy bilimlarni mustahkamlash.<br>2. Mavzuga oid bemorlar kurasiysi. | <b>Amaliy mashg'ulotning qisqacha annotatsiyasi</b><br>Hozirgi vaqtda miokardit kasalliklarini o'rganish jo'da katta ahamiyatga ega, chunki u yirik qon-tomir kasalliklari orasida eng oldingi o'rinlarni, hamda bemor hayoti uchun xafli bo'lgan asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin. Shuningdek, hali uchun muhim bo'lgan ichki a'zolari zararlashgan ham sababchi bo'ladi. |

|                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. Mavzuga oid vaziytli masalalar va testlar echish.<br>4. Mavzuni mustahkamlash.<br>5. Uyga vazifa.                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>O'quv mashg'ulotning maqsadi:</b><br>Talabalarga kasallikning etiologiyasi, patogenezi, klinik simptomlarini, laborator- instrumental diagnostika va rasional terapiya, asoratlar profilaktikasini, reabilitatsiyasini o'rgatish. | <b>Maqsadi yoritiladi.</b><br><i>Ta'lim maqsadi</i> – nazariy bilimlarni egallash va mustahkamlash:<br><i>Tarbiyaviy maqsadi</i> – shifokorlikka tayyorlashda jahon standartlari talab darajasida mutaxassislikka qiziqishini, mas'uliyat hissiyatlarini shakllantirish, o'z bilim darajasini kengaytirishga qiziqishini tarbiyalash, deontologik tarbiya darajasini shakllantirish, amaliy ishlarni bajarishda ehtiyoqkorlik, aniqlik va mas'uliyatni his etishni shakllantirish.<br><i>Rivojlantiruvchi maqsad</i> - talabalarda mustaqil fikrlashni va mustaqil mulohaza yuritishni shakllantirish, talabalarni mantiqiy fikrlashini rivojlantirish. |
| Ta'lim berish usullari                                                                                                                                                                                                               | Multimediya<br>Interaktivusul:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Ta'lim berish shakllari                                                                                                                                                                                                              | Jamoaviy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Ta'lim berish vositalari                                                                                                                                                                                                             | O'quv qo'llanma, darslik, ma'ruza matni, kompyuter,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Ta'lim berish sharoiti                                                                                                                                                                                                               | Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Monitoring va baholash.                                                                                                                                                                                                              | Og'zaki nazorat, savol-javob.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

### Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi

| Ish bosqichlari va vaqti.                                    | Ta'lim beruvchi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Ta'lim oluvchilar                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tayyorlov bosqichi (10 daqiqa)                               | 1.Auditoriya tozaligini nazorat qiladi<br>2.Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi<br>3.Davomatni nazorat qiladi                                                                                                                                                                                                                           | Talabalar                                                                                                            |
| 1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)           | 1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash.<br>2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash<br>3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish                                                                                                                                                                 | Talabalar                                                                                                            |
| 2 – asosiy bosqich (60 daqiqa)<br><br>20 daqiqa<br>20 daqiqa | 1.Talabalarni kichik guruhlar bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi.<br><b>“Klaster usuli”.</b><br>Bunda talabalar nazariy bilimlari amaliyda sinalladi.<br>1. Slaydlar, multimedialardan foydalanadi<br>2. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi | Kichik guruhlar bo'linadilar<br>Tomosha qiladilar<br><br>Qatnashadilar<br>Tinglaydilar va savollarga javob beradilar |
| 3.Klinik bosqich (15 daqiqa)                                 | 1. Bemorlarni kuratsiya qilish uchun tayyorlanadi fonendoskop, tonometr maska tayyorlanadi                                                                                                                                                                                                                                                              | So'rab surishtiradi<br>Muloqotda bo'ladi<br>Yozib oladi                                                              |

|                          |                                                                                                                           |           |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| (40 daqiqa)              | 2. Bemordan anamnez yig'ish so'rab surishtirish obektiv ko'ruv fizikal tekshirishlarni o'tkazish                          | Tinglaydi |
| (30 daqiqa)              | 3. Kasallik tarixi laborator va instrumental tahlillar natijalari muhokama qilinadi va mavzu bo'yicha xulosalar beriladi. |           |
| (30 daqiqa)              | 4. Klinik amaliyot bo'yicha bemorlar muhokama qilinadi va mavzu bo'yicha xulosalar beriladi.                              |           |
| (5 daqiqa)               | 5. Uyga vazifa beradi                                                                                                     |           |
| Jami: 240 minut - 6 soat |                                                                                                                           |           |

**Mavzu bayoni:** Miokarditlar – miokardning yallig'lanish jarayoni ustunlik qilgan zararlanishi bo'lib, miokardning qisqarish, qo'zg'aluvchanlik va o'tkazuvchanlik faoliyati buzilishi belgilari bilan namoyon bo'luvchi va ko'pincha perikardit qo'shilishi bilan kechuvchi patologik jarayon.

o'tkir miokardit bir qator holatlarda dilatatsion kardiomiopatiyaga shakllanishi mumkin.

**etiologiya :**

- viruslar
- bakteriyalar
- protozoilar
- parazitlar
- zamburug'lar
- riketsiyalar
- toksik, kimyoviy, fizik omillar
- idiopatik

**patogene z :**

1. Infektsiyaning miokardiotsitga kirishi, uning zararlanishiegi, lizosomal fermentlar chiqishi

2. Immunologik mexanizmlar –autoantigen-autoantitana reaksiyasi, immun komplekslar hosil bo'lishi, mediatrlar ajralishi va yallig'lanish rivojlanishi, lipidlar peroksidlanishi faollashuvi

**miokarditlar tasnifi (revmatik bo'lmagan) [ Paleev N.R. bo'yicha, 1982]**

**I. Etiologiyasi bo'yicha:** 1. virusli; 2. bakterial; 3. protozo; 4. zamburug'li 5. spiroxetoz; 6. riketsioz; 7. parazitlar; 8. fizik, kimyoviy, toksik omillar bilan chaqirilgan; 9. allergik; 10. transplantatsion; 11. idiopatik

**II. tarqalganligi bo'yicha –**

1. o'choqli; 2. diffuz

**III. Kechishi bo'yicha**

1. o'tkiry (davomiyligi 3 oygacha)
2. o'tkir osti (davomiyligi 3 oydan 6 oygacha)
3. surunkali (davomiyligi 6 oydan uzoq)

**IV. Klinik variantlari:** 1. dekompensatsiyalangan ( qae I, II, III dar.). 2. aritmik; 3. psevdoklapanli; 4. psevdokoronar; 5. tromboembolik; 6. kam simptomli; 7. aralash

**V. Kechishining og'irligi bo'yicha** 1. engil; 2. o'rtacha og'irlikda; 3. og'ir

**MKB. – 140. o'tkir miokardit. 141. Boshqa rubrikalarda tasniflangan kasalliklardagi miokardit . miokrditlar Klinik ko'rinishi**

- Infektsion-allergik miokardit simptomlari infektsiya fonida isitamalashtan keyin tezda boshlanib, ko'pincha cho'zilib ketgan gripp yoki O'RVI niqobi ostida kechadi.

- Biriktiruvchi to'qima diffuz kasalliklari bilan bog'liq miokarditlarda, virusli miokarditlarda ko'pchilik hollarda perikardit, ba'zan endokardit rivojlanadi.
- Kardiomegaliya rivojlanishi bilan kechuvchi idiopatik miokardit ayniqsa og'irroq kechishi bilan, ya'ni yurak ritmi va o'tkazuvchanligining buzilishi, yurak etishmovchiligi rivojlanishi, yurak bo'shliqlarida devorga yopishgan tromblar hosil bo'lishi va tromboemboliyalar bilan ajralib turadi.
- Barcha miokarditlar uchun umumiy bo'lgan simptomlar, (darmonsizlik, kuchsizlik, tez charchash, tana tu ko'tarilishi (37,5-38uS), yurak sohasida og'riq, bazan uzoq davom etuvchi (80%), hansirash, artralgiya va mialgiyalar, ko'p terlash, bosh og'rig'i, yurak tez uri ketishi va to'xtalishlar hissiyoti, yurak ritmi
- buzilishi — taxikardiya (55-80%), ekstrasistoliya, blokadalar, yurak chegaralari kengayishi, yurak tonlari susayishi, presistolik, keyingi bosqichlarida esa protodiastolik ot dupuri ritmi.
- Perikard ishqalanish shovqini, yurak cho'qqisida yoki Botkina-Erba nuqtasida sistolik shovqin va tonlarning bo'g'iqlashishi.
- YUrak etishmovchiligi belgilari.

#### L a b o r a t o r t a s h x i s

- qon umumiy tahlili • SRO • Sial kislotalari Proteinogramma • ACT, ALT, LDT, KFK fermentlar faollashuvi • RO aniqlanishi • TSIK va protivomiokardional Antitanalar hosil bo'lishi EKG –ST pasayishi, aritmiyalar

Ko'krak qafasi Rentgenogrammasi – yurak chegaralari kattalashishi, o'pkada dimlanish belgilari.

#### D i f f e r e n t s i a l t a s h x i s

- kardiomiopatiya • YUIK • miokardiodistrofiya • perikardit • giperterioz

#### d a v o l a s h

- gospitalizatsiya, yotoq rejim
- etiotrop davo
- YAqNV uzoq vaqt davomida qabul qilish
- yurak etishmovchiligida – yurak glikozidlari
- lozim bo'lganda diuretiki
- kaliy oratat
- V guruh vitaminlari
- delagil
- kasallik og'ir kechganda va immun yallig'lanish aniqlanganda GKS (20-30 mg)

**P e r i k a r d i t** – yurak tashqi qavatining infeksiyon yoki noinfeksiyon yallig'lanishi bo'lib, ularda fibrin to'planishi vaG'yoki plevra bo'shlig'ida suyuqlik yig'ilishi bilan kechadi

#### K l i n i k t a s n i f i

- O'tkir perikardit (6 haftadan kam) - • quruq (fibrinoz) • suyuqlik yig'ilishi bilan (ekssudativ) - yurak tamponadasi bilan (napryayonno`y) va tamponadasiz • Yiringli
- O'tkir osti ( 6 haftadan 6 oygacha) – suyuqlik bilan qisilgan•YOpishgan
- Surunkali perikardit (6 oydan uzoq) – • Suyuqlik bilan• suyuqlik bilan qisilgan• CHandiqli yopishgan (adgeziv) • CHandiqli qisilgan (konstriktiv) • «Zirxli» yurak (perikardning ohaklanishi).

#### K l i n i k k o ` r i n i s h i

- YUrak sohasida og'riq • YUrak cho'qqisi sohasidagi bir oz sanchikli og'riq va ko'krak qafasidagi diskomfortdan, chap elka, qo'lga o'tuvchi juda kuchli, chidab bo'lmaydigan bosuvchi xarakterdagi og'riqqayaa• Tana holati o'zgartirilganda og'riqning kamayishi yoki kuchayishi va nafas olish bilan bog'liqligi, bu esa bemorni nafas hajmini kamaytirishiga va og'riqni kamaytirish uchun majburiy holatda bo'lishiga majbur etadi• Og'riqning bir necha soat yoki sutka davomida monoton va doimiy bo'lishi xarakterli, yutinganda paydo bo'lishi yoki kuchayishi mumkin, buning oqibatida bemor eyish-ichishdan bosh tortishi mumkin. YUzaki nafas, to'liq nafas olishga qo'rqish, quruq yo'tal, ishtaha yomonlashishi va darmonsizlik chap

tomonlarga plevrit manzarasini eslatadi • Sil kasalligi, o'smalardagi va uremik perikardda kuzatilmasligi mumkin

➤ Perikard ishqalanish shovqini (sistolodiastolik, ba'zan g'ichirlovchi, tirnaluvi xarakterga ega) - • Yurakning absolyut to'ntoqlik sohasida eshitiladi va hech qargga o'tkazilmaydi • eksudat xakteri o'zgarishi yoki perikard qavatlarining suyuqlik bilan ajralishi natijasida bir necha soat yoki sutka davomida yo'qolishi mumkin • Ba'zan faqat sistola vaqtida eshitilib, yurak klapani faoliyati buzilgan deb qabul qilinishi mumkin

➤ Perikard bo'shlig'ida suyuqlik (*Perikardit vo'potoy*)

➤ Paradoksal pul's – eksudativ yoki konstruktiv perikarditli bemorlarda nafas olish vaqtida arterial pul'sning susayishi yoki yo'qolishi. Nafas olish vaqtida sistolik AqB juda pasayib ketishi aniqlanadi (me'yorda sistolik AqB ning inspirator pasayishi 10 mm sim. ust. dan oshmaydi).

#### L a b o r a t o r t e k s h i r u v l a r

• Leykotsitoz va eCHT oshishi • qon, perikard suyuqligi yoki bioplatini ekib tekshirish • Sil kasalligiga teri sinamalari • Gistoplazmozni aniqlash uchun testlar • ASLO titri • Viruslarga neytrallovchi antitanalarning aniqlanishi • DNK va RNK ga antitanalar aniqlanishi • qon zardobida kreatinkinaza, LDG, gamma-glutamiltanspeptidazalar, transaminazalar faolligining oshishi

#### m a x s u s t e k s h i r i s h u s u l l a r i

➤ Exo kardiografiya: perikardial suyuqlik aniqlanadi

➤ Perikarditning erta bosqichida eKG (1-2 sut) - • S-T segmentining deyarli barcha standart va ko'krak ulanishlarida ko'tarilishi • Bir necha kun davomida segment izoelektrik chiziqqa yaqinlashadi, bunda patologik Qtishcha shakllanmaydi, manfiy T tishcha esa S-T segmenti izoelektrik chiziqqa qaytgandan keyin paydo bo'ladi • Tishchalar amplitudasi pasayadi

➤ Rentgenografiya suyuqlik ko'p bo'gandagina malumot berishi mumkin: yurak soyasi o'lchamlarining kattalashishi, mitral konfiguratsiyadagi kabi yurak taliyasi silliqdashishi eksudativ perikarditning erta bosqichi uchun xarakterli. Surunkali eksudativ perikarditdayurak soyasi shakli uchburchakka yaqinlashib qoladi. Ba'zan perikardning ohaklanishi kuzatiladi

#### D i f f e r e n t s i a l t a s h x i s

• MI • Stenokardiya • O'RVI • quruq plevrit • Plevropnevmoniya • qovurg'alararo nevralsiya • Neyrotsirku-lyatornaya distoniya • TELA • Pnevmoarak • Aortaning qatlamlanishi • Pnevmediastinum • Pankreatit • Xoletsistit

#### d a v o l a s h ( D O R I - D A R M O N L A R B I L A N )

➤ Infektsionnom perikarditda - etiotrop terapiya (masalan, antibiotiklar, sul'fanilamid preparatlar, stafilokokka qarshi zardob, γ-globulin)

➤ YAqNV - • Aspirin (atsetilsalitsil kislota) 650 mg dan har 4 soatda 2 hafta davomida yoki • Ibuprofen 400 mg dan kuniga 3 maxal 2 hafta davomida, yoki • Indometatsin 25-50 mg dan har 6-8 soatda 2 hafta davomida • Fenilbutazon (butadion) 0,15 g dan kuniga 2-3 mahal 2 hafta davomida

➤ Glyukokortikoidlar, masalan prednizolon 20-60 mgG'sut kuniga bir necha marta bo'lib, 3-4 kun va asta-sekin 7-10 kun davomida kamaytiriladi (bir necha oy davom ettiriladi), - o'tkir perikarditning davoga bo'ysunishi qiyin bo'lgan holatlarida (masalan, *Dryosler* sindromida)

➤ Autoimmun yoki o'sma jarayonlaridagi perikarditlarda – asosiy kasallikni davolash.

e k s s u d a t i v p e r i k a r d i t – yurak xaltachasi bo'shlig'ida suyuqlik yig'ilishi bilan kechadigan perikardning o'tkir yoki surunkali yallig'lanishining avj olgan shakli. Agar suyuqlik jadallik bilan yig'lsa, 200 ml yig'lganda yurak tamponadasi belgilari yuzaga kelishi mumkin. eksudat asta-sekinlik bilan yig'lsa, katta hajmda bo'lsa ham klinik belgilari namoyon bo'lmasligi mumkin.

#### K l i n i k k o ` r i n i s h i

• Ko'krak qafasida og'riq (odatda bir necha kungacha cho'ziladi), nafas olganda , yo'talganda kuchayadi, chap elka, bo'yin, ba'zan epigastral sohaga o'tkaziladi; ko'pincha to'satdan boshlanadi, tana holati o'zgartirilganda kamayadi – oldinga egilganda yoki o'tirganda

- Perikard ishqalanish shovqini xarakterli emas
- Bo`yin venalari bo`rtib chiqishi
- Hansirash
- TSianoz
- YUarak nisbiy to`m`oqligi chegaralarining hamma tomonga qarab kengayishi
- YUarak cho`qqisi turtkisi pasayishi yoki yo`qolishia
- Arterial gipotenziya
- Isitmalash
- Potlivost`
- YUarak aritmii (ko`pincha o`tib ketuvchi), qorincha usti taxikardiyasi

**K o n s t r i k t i v   p e r i k a r d i t** – yallig`lanish jarayoni surunkali kechganda yurak xaltachasi bo`shlig`ining qisman yoki butunlay biriktiruvchi to`qima bilan bitishib qolishi. Fibroz to`qimadan tashkil topgan qalinlashgan, cho`zilmaydigan qobiq qorinchalarning diastolik to`lishini chegaralaydi va gemodinamikaning muqim buzilishini keltirib chiqaradi.

**K l i n i k   k o ` r i n i s h i**

• Klassik *Bek triadasi*: kichik sokin yurak, yuqori venoz bosim, astsit • hansirash (ortopnoening yo`qligi xarakterli) • TSianoz (YOtgan holda tsianoz va hansirashning kuchayishiga qaramay bemor boshini past qilib, yostiqsiz yotishni ma`qul ko`radi)) • Bo`yinturuq venalari bo`rtib chiqishi • *Kussmaul* belgisi – ekssudativ va konstriktiv perikarditda nafas olish vaqtida AqB ning paradoksal oshishi natijasida bo`yin venalari to`lishi fenomeni • Doimiy stabil taxikardiya, kech bosqichlarida xilpillovchi aritmiya (30% bemorlarda) • Tez charchash, ishtaxa yo`qolishi, ozib ketish • Jigar kattalashishi • erta, alohida (barvaqt) astsit, *Pik* psevdotsirrozi • Taloq kattalashishi (25% bemorlarda) • Paradoksal pul`s (30% bemorlar) - nafas olganda arterial pul`s amplitudasining va sistolik AqB ning 10 mm sim.ust. dan ortiqqa pasayishi

#### Vaziyatli masala

1. Bemor 20 yoshda, bulimga kuyidagi shikoyatlar bilan tushdi: biroz jismoniy xarakatdan sung xansirash, yurak soxasidagi sanchuvchi ogrik, tana xaroratining 37,8 gr. gacha kutarilishi. Kasallikni boshlanishini sovukda kolib ketish bilan boglaydi. Ob`ektiv: bemorning umumiy axvoli urtacha ogirlikda, teri koplamlari rangpar, lablari tsianotik. Upkalarida vezikulyar nafas eshitiladi. Perkutor yurak chegaralari ungga va chapga kengaygan. YUarak tonlari bugik, perikard ishkalanish shovkini eshitiladi. Pul`s 1 minutda 100 zarba. Jigar kattalashmagan, eKG da I, II, AVL da T manfiy . Umumiy kon analizida leykotsitoz, eCHT 30 mm G` s ga teng. Sizning tashxisingiz:

A) NTSD, kardial tipi

B) Utkir revmatik isitma

V) Infektsion-allergik miokardit. Perikardit\*

G) Tizimli kizil buricha, lyupus-kardit

Tashxisni tasdiklash uchun kanday kushimcha tekshiruv usullarini utkazish kerak?

ExoKS, kukrak kafasi rentgenoskopiya\*

2. Bemor, 25 yoshda, vrachga kuyidagi shikoyatlar bilan murojaat kildi: yurak urib ketishiga, yurak soxasidagi simillovchi ogrikarga, jismoniy zurikishdan sung xansirashga, tana xaroratining 37-38 gr. gacha kutarilishiga, keskin xolsizlikka. Kasallik boshlanishini utkazilgan virusli gepatit bilan boglaydi. Ob`ektiv: umumiy axvoli urta ogirlikda, teri rangpar, lablari tsianotik. YUarak chegaralari biroz ungga va chapga siljigan. YUarak tonlari bugiklashgan, ekstrasistoliya. Pul`s 96 zarba 1min. AKB 100G`70 mm sim. ust. teng. Kon analizi: leykotsitoz, chapga siljish bilan, eCHT 26 mmG`s. Siydik analizi uzgarishsiz. Sizning tashxis:

A) NTSD kardial tipda

B) Utkir revmatik isitma

V) Infektsion miokardit\*

G) TKB, lyupus-kardit

Tashxisni tasdiqlash uchun kanday kushimcha tekshiruvlarni utkazish kerak:

- A) Utkir fazali sinamalar, koagulogramma, kon ekmasi
- B) Kukrak kafasi rentgenoskopiyasi, kon bioximik analizi
- V) eKG, exoKS, utkir fazali sinamalar\*

3. Bemor 20 yoshda, bulimga kuyidagi shikoyatlar bilan tushdi: biroz jismoniy xarakatdan sung xansirash, yurak soxasidagi sanchuvchi ogrik, tana xaroratining 37,8 gr. gacha kutarilishi. Kasallikni boshlanishini sovukda kolib ketish bilan boglaydi. Ob`ektiv: bemorning umumiy axvoli urtacha ogirlikda, teri koplamlari rangpar, lablari tsianotik. Upkalarida vezikulyar nafas eshitiladi. Perkutor yurak chegaralari ungga va chapga kengaygan. YUrak tonlari bugik, perikard ishkalanish shovkini eshitiladi. Pul's 1 minutda 100 zarba. Jigar kattalashmagan, eKG da I, II, AVL da T manfiy . Umumiy kon analizida leykotsitoz, eCHT 30 mm G` s ga teng. Sizning tashxisingiz:

- A) NTSD, kardial tipi
- B) Utkir revmatik isitma
- V) Infeksion-allergik miokardit. Perikardit\*
- G) Tizimli kizil buricha, lyupus-kardit

Tashxisni tasdiqlash uchun kanday kushimcha tekshiruv usullarini utkazish kerak?

- A) exoKS, kukrak kafasi rentgenoskopiyasi\*
- B) Utkir fazali sinamalar, UTT
- V) Kukrak kafasi rentgenoskopiyasi, ALT, AsT, LDG

#### **Talabalarining bilim va ko'nikmalarini baholash mezonlari**

| Talaba bilimini baxolash mezonlari                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Baxo |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Talaba mavzuning asosiy savollariga to'liq tayorlangan, muloqotda faol qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega. Kasallik etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasi to'g'risida ma'lumotga ega. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llayoladi.                   | «5»  |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga tayorlangan, muloqotda qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega. Kasallik etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasi to'g'risida ma'lumotga ega. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llayoladi.                               | «4»  |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga to'liq tayorlanmagan, muloqotda sust qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyati past. Kasallik etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasi to'g'risida ma'lumotga ega emas. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llash uchun qiynaladi. | «3»  |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga tayor emas, muloqotda qatnashmaydi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega emas. Kasallik etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasini bilmaydi. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llay olmaydi.                                      | «2»  |

**Mustaqil ish:** Miokarditlarni internetda zamonaviy davolash usullarini o'rganish.

**Mavzu savollari**

1. Miokarditlarning etiologiyasi.
2. Miokarditlarning patogenezi
3. Miokarditlarning tasnifi
4. Miokarditlarning klinik variantlari
5. Miokarditlarning klinik kechishi
6. Miokarditlarda laborator tekshirishlardagi uzgarishlar
7. Miokarditlarning eKG belgilari
8. Miokarditlar kaysi kasalliklar bilan kiyoslanadi.

## 6-mavzu : Perikarditlar

### Ta'lim berish texnologiyasining modeli

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mashg'ulot vaqti -6 soat                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Talabalar soni : 8-9 gacha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Mashg'ulot shakli                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Amaliy mashg'ulot .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Amaliy mashg'ulot rejasi:</b><br>1. Gipertoniya kasalligini etiologiyasi, patogenezi, tasnifi, klinikasi, tekshirish usullari, davolash bo'yicha nazariy bilimlarni mustahkamlash.<br>2. Mavzuga oid bemorlar kurasiysi.<br>3. Mavzuga oid vaziytli masalalar va testlar echish.<br>4. Mavzuni mustahkamlash.<br>5. Uyga vazifa. | <b>Amaliy mashg'ulotning qisqacha annotatsiyasi</b><br>Hozirgi vaqtda miokardit kasalliklarini o'rganish jo'da katta ahamiyatga ega, chunki u yirik qon-tomir kasalliklari orasida eng oldingi o'rinlarni, hamda bemor hayoti uchun xafli bo'lgan asoratlar keltirib chiqarishi mumkin. Shuningdek hali uchun muhim bo'lgan ichki a'zolari zararlashga ham sababchi bo'ladi.                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>O'quv mashg'ulotning maqsadi:</b><br>Talabalarga kasallikning etiologiyasi, patogenezi, klinik simptomlarini, laborator- instrumental diagnostika va rasional terapiya, asoratlar profilaktikasini, reabilitatsiyasini o'rgatish.                                                                                                | <b>Maqsadi yoritiladi.</b><br><i>Ta'lim maqsadi</i> – nazariy bilimlarni egallash va mustahkamlash:<br><i>Tarbiyaviy maqsadi</i> – shifokorlikka tayyorlashda jahon standartlari talab darajasida mutaxassislikka qiziqishini, mas'uliyat hissiyatlarini shakllantirish, o'z bilim darajasini kengaytirishga qiziqishini tarbiyalar, deontologik tarbiya darajasini shakllantirish, amaliy ishlarni bajarishda ehtiyoqkorlik, aniqlik va mas'uliyatni his etishni shakllantirish.<br><i>Rivojlantiruvchi maqsad</i> - talabalarda mustaqil fikrlashni va mustaqil mulohaza yuritishni shakllantirish, talabalarni mantiqiy fikrlashini rivojlantirish. |
| Ta'lim berish usullari                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Multimediya<br>Interaktiv usul:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Ta'lim berish shakllari                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Jamoaviy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Ta'lim berish vositalari                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | O'quv qo'llanma, darslik, ma'ruza matni, kompyuter,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Ta'lim berish sharoiti                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Monitoring va baholash.                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Og'zaki nazorat, savol-javob.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

### Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi

| Ish bosqichlari va vaqti.              | Ta'lim beruvchi                                                                                                                  | Ta'lim oluvchilar |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Tayyorlov bosqichi (10 daqiqa)         | 1. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi<br>2. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi<br>3. Davomatni nazorat qiladi | Talabalar         |
| 1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi | 1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash.<br>2. Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot slaydlarini                                  | Talabalar         |

|                                   |                                                                                                                                                                                           |                                                             |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| (10 daqiqa)                       | tayyorlash<br>3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish                                                                                                 |                                                             |
| 2 – asosiy bosqich<br>(60 daqiqa) | 1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi.<br>“ <b>Venn diagrammasi</b> ”<br>Bunda talabalarning nazariy bilimlari amaliytda sinalladi.                  | Kichik guruhlariga bo'linadilar<br>Tomosha qiladilar        |
| 20 daqiqa<br>20 daqiqa            | 1. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi<br>2. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi | Qatnashadilar<br>Tinglaydilar va savollarga javob beradilar |
| 3. Klinik bosqich<br>(15 daqiqa)  | 1. Bemorlarni kuratsiya qilish uchun tayyorlanadi fonendoskop, tonometr maska tayyorlanadi                                                                                                | So'rab surishtiradi<br>Muloqotda bo'ladi                    |
| (40 daqiqa)                       | 2. Bemordan anamnez yig'ish so'rab surishtirish obektiv ko'ruv fizikal tekshirishlarni o'tkazish                                                                                          | Yozib oladi<br>Tinglaydi                                    |
| (30 daqiqa)                       | 3. Kasallik tarixi laborator va instrumental tahlillar natijalari muhokama qilinadi va mavzu bo'yicha xulosalar beriladi.                                                                 |                                                             |
| (30 daqiqa)                       | 4. Klinik amaliyot bo'yicha bemorlar muhokama qilinadi va mavzu bo'yicha xulosalar beriladi.                                                                                              |                                                             |
| (5 daqiqa)                        | 5. Uyga vazifa beradi                                                                                                                                                                     |                                                             |
| Jami: 240 minut - 6 soat          |                                                                                                                                                                                           |                                                             |

**Mavzu bayoni:** Miokarditlar – miokardning yallig'lanish jarayoni ustunlik qilgan zararlanishi bo'lib, miokardning qisqarish, qo'zg'aluvchanlik va o'tkazuvchanlik faoliyati buzilishi belgilari bilan namoyon bo'luvchi va ko'pincha perikardit qo'shilishi bilan kechuvchi patologik jarayon.

o'tkir miokardit bir qator holatlarda dilatatsion kardiomiopatiyaga shakllanishi mumkin.

e t i o l o g i y a :

- viruslar
- bakteriyalar
- protozoilar
- parazitlar
- zamburug'lar
- riketsiyalar
- toksik, kimyoviy, fizik omillar
- idiopatik

p a t o g e n e z :

3. Infeksiyaning miokardiotsitga kirishi, uning zararlanishiegi, lizosomal fermentlar chiqishi

4. Immunologik mexanizmlar –autoantigen-autoantitana reaksiyasi, immun komplekslar hosil bo'lishi, mediatrlar ajralishi va yallig'lanish rivojlanishi, lipidlar perekisli oksidlanishi faollashuvi

miokarditlar tasnifi (revmatik bo'lmagan) [Paleev N.R. bo'yicha, 1982]

I. Etiologiyasi bo'yicha: 1. virusli; 2. bakterial; 3. protozoy; 4. zamburug'li 5. spiroxetoz; 6. rikketsioz; 7. parazitlar; 8. fizik, kimyoviy, toksik omillar bilan chaqirilgan; 9. allergik; 10. transplantatsion; 11. idiopatik

II. tarqalganligi bo'yicha –  
1. o'choqli; 2. diffuz

III. Kechishi bo'yicha

- 4. o'tkiry (davomiyligi 3 oygacha)
- 5. o'tkir osti (davomiyligi 3 oydan 6 oygacha)
- 6. surunkali (davomiyligi 6 oydan uzoq)

IV. Klinik variantlari: 1. dekompensatsiyalangan ( qae I, II, III dar.). 2. aritmik; 3. psevdoklapanli; 4. psevdokoronar; 5. tromboembolik; 6. kam simptomli; 7. aralash

V. Kechishining og'irligi bo'yicha 1. engil; 2. o'rtacha og'irlikda; 3. og'ir  
MKB. – 140. o'tkir miokardit. 141. Boshqa rubrikalarda tasniflangan kasalliklardagi miokardit .  
m i o k r d i t l a r   K l i n i k   k o ` r i n i s h i

- Infektsion-allergik miokardit simptomlari infektsiya fonida isitamalashdan keyin tezda boshlanib, ko'pincha cho'zilib ketgan gripp yoki O'RVI niqobi ostida kechadi.
- Biriktiruvchi to'qima diffuz kasalliklari bilan bog'liq miokarditlarda, virusli miokarditlarda ko'pchilik hollarda perikardit, ba'zan endokardit rivojlanadi.
- Kardiomegaliya rivojlanishi bilan kechuvchi idiopatik miokardit ayniqsa og'irroq kechishi bilan, ya'ni yurak ritmi va o'tkazuvchanligining buzilishi, yurak etishmovchiligi rivojlanishi, yurak bo'shliqlarida devorga yopishgan tromblar hosil bo'lishi va tromboemboliyalar bilan ajralib turadi.
- Barcha miokarditlar uchun umumiy bo'lgan simptomlar, (darmsizlik, kuchsizlik, tez charchash, tana tu ko'tarilishi (37,5-38uS), yurak sohasida og'riq, bazan uzoq davom etuvchi (80%), hansirash, artralgiya va mialgiyalar, ko'p terlash, bosh og'rig'i, yurak tez uri ketishi va to'xtalishlar hissiyoti, yurak ritmi
- buzilishi — taxikardiya (55-80%), ekstrasistoliya, blokadalar, yurak chegaralari kengayishi, yurak tonlari susayishi, presistolik, keyingi bosqichlarida esa protodiastolik ot dupuri ritmi.
- Perikard ishqalanish shovqini, yurak cho'qqisida yoki Botkina-Erba nuqtasida sistolik shovqin va tonlarning bo'g'iqlashishi.
- YUrak etishmovchiligi belgilari.

L a b o r a t o r   t a s h x i s

• qon umumiy tahlili • SRO • Sial kislotalari Proteinogramma • ACT, ALT, LDT, KFK fermentlar faollashuvi • RO aniqlanishi • TSIK va protivomiokardional Antitanalar hosil bo'lishi EKG –ST pasayishi, aritmiyalar

Ko'krak qafasi Rentgenogrammasi – yurak chegaralari kattalashishi, o'pkada dimlanish belgilari.

D i f f e r e n t s i a l   t a s h x i s

• kardiomiopatiya • YUIK • miokardiodistrofiya • perikardit • giperterioz

d a v o l a s h

- gospitalizatsiya, yotoq rejim
- etiotrop davo
- YAQNV uzoq vaqt davomida qabul qilish
- yurak etishmovchiligida – yurak glikozidlari
- lozim bo'lganda diuretiki
- kaliy oratat
- V guruh vitaminlari
- delagil
- kasallik og'ir kechganda va immun yallig'lanish aniqlanganda GKS (20-30 mg)

**P e r i k a r d i t** – yurak tashqi qavatining infektsion yoki noinfektsion yallig'lanishi bo'lib, ularda fibrin to'planishi vaG'yoki plevra bo'shlig'ida suyuqlik yig'ilishi bilan kechadi

## Klinik tasnifi

- O'tkir perikardit (6 haftadan kam) - • quruq (fibrinoz) • suyuqlik yig'ilishi bilan (ekssudativ) - yurak tamponadasi bilan (napryajyonno`y) va tamponadasiz • Yiringli
- O'tkir osti (6 haftadan 6 oygacha) – suyuqlik bilan • YOpishgan
- Surunkali perikardit (6 oydan uzoq) – • Suyuqlik bilan • suyuqlik bilan qisilgan • CHandiqli yopishgan (adheziv) • CHandiqli qisilgan (konstriktiv) • «Zirxli» yurak (perikardning ohaklanishi).

## Klinik ko`rinishi

- YURak sohasida og`riq • YURak cho`qqisi sohasidagi bir oz sanchiqli og`riq va ko`krak qafasidagi diskomfortdan, chap elka, qo`lga o`tuvchi juda kuchli, chidab bo`lmaydigan bosuvchi xarakterdagi og`riqqayaa • Tana holati o`zgartirilganda og`riqning kamayishi yoki kuchayishi va nafas olish bilan bog`liqligi, bu esa bemorni nafas hajmini kamaytirishiga va og`riqni kamaytirish uchun majburiy holatda bo`lishiga majbur etadi • Og`riqning bir necha soat yoki sutka davomida monoton va doimiy bo`lishi xarakterli, yutinganda paydo bo`lishi yoki kuchayishi mumkin, buning oqibatida bemor eyish-ichishdan bosh tortishi mumkin. YUzaki nafas, to`liq nafas olishga qo`rqish, quruq yo`tal, ishtaha yomonlashishi va darmonsizlik chap tomonlama plevrit manzarasini eslatadi • Sil kasalligi, o`smalardagi va uremik perikardda kuzatilmasligi mumkin
- Perikard ishqalanish shovqini (sistolodiastolik, ba`zan g`ichirlovchi, tirnaluvchi xarakterga ega) - • YURakning absolyut to`mtollik sohasida eshitiladi va hech qaerga o`tkazilmaydi • ekssudat xarakteri o`zgarishi yoki perikard qavatlarining suyuqlik bilan ajralishi natijasida bir necha soat yoki sutka davomida yo`qolishi mumkin • Ba`zan faqat sistola vaqtida eshitilib, yurak klapani faoliyati buzilgan deb qabul qilinishi mumkin
- Perikard bo`shlig`ida suyuqlik (*Perikardit vo`potnoy*)
- Paradoksal pul's – ekssudativ yoki konstriktiv perikarditli bemorlarda nafas olish vaqtida arterial pul'sning susayishi yoki yo`qolishi. Nafas olish vaqtida sistolik AqB juda pasayib ketishi aniqlanadi (me`yorda sistolik AqB ning inspirator pasayishi 10 mm sim. ust. dan oshmaydi).

## Laborator tekshiruvlar

• Leykotsitoz va eCHT oshishi • qon, perikard suyuqligi yoki bioplatini ekib tekshirish • Sil kasalligiga teri sinamalari • Gistoplazmozni aniqlash uchun testlar • ASLO titri • Viruslarga neytrallovchi antiternalarning aniqlanishi • DNK va RNK ga antiternalar aniqlanishi • qon zardobida kreatinkinaza, LDG, gamma-glutamiltanspeptidazalar, transaminazalar faolligining oshishi

## maxsus tekshirish usullari

- Exo kardiografiya: perikardial suyuqlik aniqlanadi
- Perikarditning erta bosqichida eKG (1-2 sut) - • S-T segmentining deyarli barcha standart va ko`krak ulanishlarida ko`tarilishi • Bir necha kun davomida segment izoelektrik chiziqqa yaqinlashadi, bunda patologik Qtishcha shakllanmaydi, manfiy T tishcha esa S-T segmenti izoelektrik chiziqqa qaytgandan keyin paydo bo`ladi • Tishchalar amplitudasi pasayadi
- Rentgenografiya suyuqlik ko`p bo`gandagina malumot berishi mumkin: yurak soyasi o`lchamlarining kattalashishi, mitral konfiguratsiyadagi kabi yurak taliyasi silliqlashishi ekssudativ perikarditning erta bosqichi uchun xarakterli. Surunkali ekssudativ perikarditdayurak soyasi shakli uchburchakka yaqinlashib qoladi. Ba`zan perikardning ohaklanishi kuzatiladi

## Differentsial tashxis

• MI • Stenokardiya • O`RVI • quruq plevrit • Plevropnevmoniya • qovurg`alararo nevrалgiya • Neyrotsirku-lyatornaya distoniya • TELA • Pnevmotoraks • Aortaning qatlamlanishi • Pnevnomediastinum • Pankreatit • Xoletsistit

## davolash (D O R I - D A R M O N L A R B I L A N )

- Infektsionnom perikarditda - etiotrop terapiya (masalan, antibiotiklar, sul`fanilamid preparatlar, stafilokokka qarshi zardob, γ-globulin)
- YAqNV - • Aspirin (atsetilsalitsil kislota) 650 mg dan har 4 soatda 2 hafta davomida yoki • Ibuprofen 400 mg dan kuniga 3 maxal 2 hafta davomida, yoki • Indometatsin 25-50 mg

dan har 6-8 soatda 2 hafta davomida • Fenilbutazon (butadion) 0,15 g dan kuniga 2-3 mahal 2 hafta davomida

➤ Glyukokortikoidlar, masalan prednizolon 20-60 mgG`sut kuniga bir necha marta bo`lib, 3-4 kun va asta-sekin 7-10 kun davomida kamaytiriladi (bir necha oy davom ettiriladi), - o`tkir perikarditning davoga bo`ysunishi qiyin bo`lgan holatlarida (masalan, *Dryosler* sindromida)

➤ Autoimmun yoki o`sma jarayonlaridagi perikarditlarda – asosiy kasallikni davolash.

**ekssudativ perikardit** – yurak xaltachasi bo`shlig`ida suyuqlik yig`ilishi bilan kechadigan perikardning o`tkir yoki surunkali yallig`lanishining avj olgan shakli. Agar suyuqlik jadallik bilan yig`ilsa, 200 ml yig`ilganda yurak tamponadasi belgilari yuzaga kelishi mumkin. ekssudat asta-sekinlik bilan yig`ilsa, katta hajmda bo`lsa ham klinik belgilari namoyon bo`lmasligi mumkin.

#### Klinik ko`rinishi

- Ko`rak qafasida og`riq (odatda bir necha kungacha cho`ziladi), nafas olganda, yo`talganda kuchayadi, chap elka, bo`yin, ba`zan epigastral sohaga o`tkaziladi; ko`pincha to`satdan boshlanadi, tana holati o`zgartirilganda kamayada – oldinga egilganda yoki o`tirganda

- Perikard ishqalanish shovqini xarakterli emas
- Bo`yin venalari bo`rtib chiqishi
- Hansirash
- TSianoz
- YUarak nisbiy to`m`oqligi chegaralarining hamma tomonga qarab kengayishi
- YUarak cho`qqisi turtkisi pasayishi yoki yo`qolishia
- Arterial gipotenziya
- Isitmalash
- Potlivost`
- YUarak aritmii (ko`pincha o`tib ketuvchi), qorincha usti taxikardiyasi

**Konstruktiv perikardit** – yallig`lanish jarayoni surunkali kechganda yurak xaltachasi bo`shlig`ining qisman yoki butunlay biriktiruvchi to`qima bilan bitishib qolishi. Fibroz to`qimadan tashkil topgan qalinlashgan, cho`zilmaydigan qobiq qorinchalarning diastolik to`lishini chegaralaydi va gemodinamikaning muqim buzilishini keltirib chiqaradi.

#### Klinik ko`rinishi

- Klassik *Bek triadasi*: kichik sokin yurak, yuqori venoz bosim, astsit • hansirash (ortopnoening yo`qligi xarakterli) • TSianoz (YOtgan holda tsianoz va hansirashning kuchayishiga qaramay bemor boshini past qilib, yostiqsiz yotishni ma`qul ko`radi)) • Bo`yinturuq venalari bo`rtib chiqishi • *Kussmaul* belgisi – ekssudativ va konstruktiv perikarditda nafas olish vaqtida AqB ning paradoksal oshishi natijasida bo`yin venalari to`lishi fenomeni • Doimiy stabil taxikardiya, kech bosqichlarida xilpillovchi aritmiya (30% bemorlarda) • Tez charchash, ishtaxa yo`qolishi, ozib ketish • Jigar kattalashishi • erta, alohida (barvaqt) astsit, *Pik* psevdotsirrozi • Taloq kattalashishi (25% bemorlarda) • Paradoksal pul`s (30% bemorlar) - nafas olganda arterial pul`s amplitudasining va sistolik AqB ning 10 mm sim.ust. dan ortiqqa pasayishi

#### Vaziyatli masala

1. Bemor 20 yoshda, bulimga kuyidagi shikoyatlar bilan tushdi: biroz jismoniy xarakatdan sung xansirash, yurak soxasidagi sanchuvchi ogrik, tana xaroratining 37,8 gr. gacha kutarilishi. Kasallikni boshlanishini sovukda kolib ketish bilan boglaydi. Ob`ektiv: bemorning umumiy axvoli urtacha ogirlikda, teri koplamlari rangpar, lablari tsianotik. Upkalarida vezikulyar nafas eshitiladi. Perkutor yurak chegaralari ungga va chapga kengaygan. YUarak tonlari bugik, perikard ishkalanish shovkini eshitiladi. Pul`s 1 minutda 100 zarba. Jigar kattalashmagan, eKG da I, II, AVL da T manfiy . Umumiy kon analizida leykotsitoz, eCHT 30 mm G` s ga teng. Sizning tashxisingiz:

A) NTSD, kardial tipi

B) Utkir revmatik isitma

V) Infektsion-allergik miokardit. Perikardit\*

G) Tizimli kizil buricha, lyupus-kardit

Tashxisni tasdiklash uchun kanday kushimcha tekshiruv usullarini utkazish kerak?

ExoKS, kukrak kafasi rentgenoskopiya\*

2. Bemor, 25 yoshda, vrachga kuyidagi shikoyatlar bilan murojaat kildi: yurak urib ketishiga, yurak soxasidagi simillovchi ogriklarga, jismoniy zurikishdan sung xansirashga, tana xaroratining 37-38 gr. gacha kutarilishiga, keskin xolsizlikka. Kasallik boshlanishini utkazilgan virusli gepatit bilan boglaydi. Ob`ektiv: umumiy axvoli urta ogirlikda, teri rangpar, lablari tsianotik. YUrak chegaralari biroz ungga va chapga siljigan. YUrak tonlari bugiklashgan, ekstrasistoliya. Pul's 96 zarba 1min. AKB 100G`70 mm sim. ust. teng. Kon analizi: leykotsitoz, chapga siljish bilan, eCHT 26 mmG`s. Siydik analizi uzgarishsiz. Sizning tashxis:

A) NTSD kardial tipda

B) Utkir revmatik isitma

V) Infektsion miokardit\*

G) TKB, lyupus-kardit

Tashxisni tasdiklash uchun kanday kushimcha tekshiruvlarni utkazish kerak:

A) Utkir fazali sinamalar, koagulogramma, kon ekmasi

B) Kukrak kafasi rentgenoskopiya, kon bioximik analizi

V) eKG, exoKS, utkir fazali sinamalar\*

3. Bemor 20 yoshda, bulimga kuyidagi shikoyatlar bilan tushdi: biroz jismoniy xarakatdan sung xansirash, yurak soxasidagi sanchuvchi ogrik, tana xaroratining 37,8 gr. gacha kutarilishi. Kasallikni boshlanishini sovukda kolib ketish bilan boglaydi. Ob`ektiv: bemorning umumiy axvoli urtacha ogirlikda, teri koplamlari rangpar, lablari tsianotik. Upkalarida vezikulyar nafas eshitiladi. Perkutor yurak chegaralari ungga va chapga kengaygan. YUrak tonlari bugik, perikard ishkalanish shovkini eshitiladi. Pul's 1 minutda 100 zarba. Jigar kattalashmagan, eKG da I, II, AVL da T manfiy . Umumiy kon analizida leykotsitoz, eCHT 30 mm G` s ga teng. Sizning tashxisingiz:

A) NTSD, kardial tipi

B) Utkir revmatik isitma

V) Infektsion-allergik miokardit. Perikardit\*

G) Tizimli kizil buricha, lyupus-kardit

Tashxisni tasdiklash uchun kanday kushimcha tekshiruv usullarini utkazish kerak?

A) exoKS, kukrak kafasi rentgenoskopiya\*

B) Utkir fazali sinamalar, UTT

V) Kukrak kafasi rentgenoskopiya, ALT, AsT, LDG

### **Talabalarning bilim va ko'nikmalarini baholash mezonlari**

| Talaba bilimni baxolash mezonlari                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Baxo |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Talaba mavzuning asosiy savollariga to'liq tayorlangan, muloqotda faol qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega. Kasallik etiologyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasi to'g'risida ma'lumotga ega. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llayoladi.                   | «5»  |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga tayorlangan, muloqotda qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega. Kasallik etiologyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasi to'g'risida ma'lumotga ega. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llayoladi.                               | «4»  |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga to'liq tayorlanmagan, muloqotda sust qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyati past. Kasallik etiologyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasi to'g'risida ma'lumotga ega emas. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llash uchun qiynaladi. | «3»  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Talaba mavzuning asosiy savollariga tayor emas, muloqotda qatnashmaydi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega emas. Kasallik etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasini bilmaydi. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llay olmaydi. | «2» |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

1. Perikarditlarning etiologiyasi.
2. Perikarditlarning patogennezi
3. Perikarditlarning tasnifi
4. Perikarditlarning klinik variantlari
5. Perikarditlarning klinik kechishi
6. Perikarditlarda laborator tekshirishlardagi uzgarishlar
7. Perikarditlarning eKG belgilari
8. Perikarditlar kaysi kasalliklar bilan kiyoslanadi.
9. Perikarditlarni davolash

## 7-mavzu : Gipertoniya kasalligi

### Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mashg'ulot vaqti -3 soat                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Talabalar soni : 8-9 gacha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Mashg'ulot shakli                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Amaliy mashg'ulot .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Amaliy mashg'ulot rejasi:</b><br>1. Gipertoniya kasalligini etiologiyasi, patogenezi, tasnifi, klinikasi, tekshirish usullari, davolash bo'yicha nazariy bilimlarni mustahkamlash.<br>2. Mavzuga oid bemorlar kurasiysi.<br>3. Mavzuga oid vaziytli masalalar va testlar echish.<br>4. Mavzuni mustahkamlash.<br>5. Uyga vazifa. | <b>Amaliy mashg'ulotning qsqacha annotastiyasi</b><br>Hozirgi vaqtda gipertoniya kasallilarini o'rganish jo'da katta ahamiytga ega, chunki u yrak qon-tomir kasalliklari orasida eng oldingi o'rinlarni, hamda bemor hayoti uchun xafli bo'lgan asoratlar keltirib chiqarishi mumkin. Shuningdek haut uchun muhim bo'lgan ichki a'zolari zararlashga ham sababchi bo'ladi.                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>O'quv mashg'ulotning maqsadi:</b><br>Talabalarga kasallikning etiologiyasi, patogenezi, klinik simptomlrini, laborator- instrumental diagnostika va rasional terapiy, asoratlar profilacticasini, reobilitatsiyasini o'rgatish.                                                                                                  | <b>Maqsadi yoritiladi.</b><br><i>Ta'lim maqsadi</i> – nazariy bilimlarni egallash va mustahkamlash:<br><i>Tarbiyviy maqsadi</i> – shifokorlikka tayyorlashda jahon standartlari talab darajisida mutaxassislikka qiziqishini, masuliyt hissiytlarini shakilantirish, o'z bilim darajasini kengautirishga qiziqishini tarbiylash, deontologik tarbiy darajasini shakilantirish, amaliy ishni bajarishda ehtiytkorlik, aniqlik va ma'suliytni his etishni shakilantirish.<br><i>Rivojlantiruvchi maqsad</i> - talabalarda mustaqil ficirlashni va mustaqil mulohaza yritishni shakilantirish, talabalarni mantiqiy ficirlashini rivojlantirish. |
| Ta'lim berish usullari                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Multimediya<br>Interaktivusul:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Ta'lim berish shakllari                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Jamoaviy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Ta'lim berish vositalari                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | O'quv qo'llanma, darslik, ma'ruza matni, kompyuter,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Ta'lim berish sharoiti                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Monitoring va baholash.                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Og'zaki nazorat, savol-javob.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

### Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

| Ish bosqichlari va vaqti.                                                               | Ta'lim beruvchi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Ta'lim oluvchilar                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)                                                           | 1.Auditoriya tozaligini nazorat qiladi<br>2.Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi<br>3.Davomatni nazorat qiladi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Talabalar                                                                                                            |
| 1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (5 daqiqa)                                       | 1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash.<br>2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash<br>3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish                                                                                                                                                                                                                                                          | Talabalar                                                                                                            |
| 2 – asosiy bosqich (20 daqiqa)<br><br>10 daqiqa<br>10 daqiqa                            | 1.Talabalarni kichik guruhlar bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi.<br><b>“Klaster usuli”</b> .<br>Bunda talabalarning nazariy bilimlari amaliytda sinalladi.<br>1. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi<br>2. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi                                                                                     | Kichik guruhlar bo'linadilar<br>Tomosha qiladilar<br><br>Qatnashadilar<br>Tinglaydilar va savollarga javob beradilar |
| 3.Klinik bosqich (15 daqiqa)<br>(40 daqiqa)<br>(30 daqiqa)<br>(20 daqiqa)<br>(5 daqiqa) | 1. Bemorlarni kuratsiya qilish uchun tayyorlanadi fonendoskop, tonometr maska tayyorlanadi<br>2.Bemordan anamnez yig'ish so'rab surishtirish obektiv ko'ruv fizikal tekshirishlarni o'tkazish<br>3.Kasallik tarixi laborator va instrumental tahlillar natijalari muhokama qilinadi va mavzu bo'yicha xulosalar beriladi.<br>4. Klinik amaliyot bo'yicha bemorlar muhokama qilinadi va mavzu bo'yicha xulosalar beriladi.<br>5. Uyga vazifa beradi | So'rab surishtiradi<br>Muloqotda bo'ladi<br>Yozib oladi<br>Tinglaydi                                                 |
| Jami:160 minut - 4 soat                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                      |

### Gipertoniya kasalligi.

**Mavzu bayoni:** Arterial gipertenziya – bu yurak minutlik xajmining oshishi yoki pereferik karshilikning oshishi ba`zida 2 faktorning bir vaktida oshishi olib keladigan jarayon.

YUrak kon-temir kasalliklari orasida AG eng kup tarkalgan xastalik xisoblanadi va axolining 18 yoshdan katta kismi orasida urtacha xar turt kishining bitasida uchraydi. Anikrok aytiladigan bulsa, bu kasallik bilan ogrmgan kishilar 30 yoshigacha bulgan odamlar orasida 4 %, 506-60 yoshidagilar orasida – 44 %, 60-90 yoshidagilar orasida 54 %, 70 yoshidan oshganlar orasida esa 65 % ni tashkil kiladi.

### Arterial gipertoniyaning JSSTG`GXJ da kabul kilingan tasnifi (1999 yil)

| <b>Darajasi</b>                                                                                                     | <b>SAB<br/>smb.ust.mm.</b>    | <b>DAB<br/>smb.ust.mm.</b> | <b>Davri</b>                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Optimal AKB<br>Normal<br>Normal AKB ning<br>YUkori darajasi                                                         | <120<br><130<br>130-139       | <80<br><85<br>85-89        | I. Nishon organlari<br>zararganlaniga xos belgilar<br>yuk                                                                                                                         |
| I darajada («yumshok»<br>turi )<br>CHeklangan AG<br>guruxchasi<br>II darajada («urtacha»<br>turi)                   | 140-159<br>140-149<br>160-179 | 90-99<br>90-94<br>100-109  | II. nishon organlarining<br>zararganlariga xos<br>belgilardan loakal bittasi<br>mavjud bulgan xolat (2-<br>jadalning «Nishon<br>organlarning zararlanishi»<br>bulimiga karalsin). |
| III darajada («ogir turi»)<br>CHegarlangan sistolik<br>gipertoniya<br>CHeklangan sistolik<br>gipertoniya guruxchasi | ≥180<br>≥140<br>140-149       | <110<br><90<br><90         | III. Nishon organlarining<br>zararlanib bulganiga xos<br>belgilar (SH2-jadvalning<br>«Xamrok klinik xolatlar»<br>bulimiga karalsin).                                              |

YOshi 60-65 dan oshgan kishilarning 50 foizda AKB, odatda, bir kadar kutarilgan buladi. 65 yoshdan keyin uchraydigan AG ning 70 foizini chegaralangan sistolik gipertoniya (CHSG) tashkil kiladi va u gipertoiniya kasalligining maxsus turi xisoblanadi. SAB 80 yoshgacha DAB 60 yoshgacha oshib boradi. JSK dignozini kuyish uchun SAB simob ustuni xisobida 140mm lan yukori, DAB esa 90 mm past bulishi kerak. JSST ekspertlari CHSG ning oralik turi xam borgini ma`lum ilib, bunda SAB 140-149 mm atrofida DAB 90 mm dan past bulishi kerak deb xisoblaydilar

Xozirgi paytda CHSG ning 4 turi tafovut kilinadi:

- 5.engil-elastik turi soglom kariyalarda uchraydi;
- 6.sklerotik CHSG – aorta va shoxlarining kuchli ateroskleroziida paydo buladi;
- 7.elastik-mushakka alokador CHSG – neyrotseykulyartor distoniyali ba`zi bemorlarda uchraydi;
- 8.AG li bemorlarda fakat SAB oshib ketishi bilan utadigan xili – gipertoniya kasalligi bilan aorta aterosklerozi birga kechayotgan xollarda uchraydi.

Ma`lum bulishicha, 65-94 yoshdagi kishilarda CHST xisobiga SAB 180 mm bulgan va undan oshgan paytlarda (DAB 90 mm va undan past bulganda ) miokard infarkt iva insul't kabi asoratlar xavfi uch-turt barovar katta bulishi mumkin. SHuning uchun CHSG ning davolashga katta e`tibor berilishi kerak.

Keksa yoshidagi bemorlarda CHSG ning davosi, yoshlarda uchraydigan AG davosidan kuyidagilar bilan fark kiladi:

- 5) kekse bemorlarda AKB nig 140G`90 mm past tushirish kifoya, deb xisoblanadi, xolbuki, JSST ekspertlari urta yoshdagi bemorlarda AKB ni 140G`90 mm dan pastga tushirilsa, insul't, miokard infarkti boshlnishi yoki YUIK dan ulish xavfi keskin oshadi;
- 6) kariyalardan AKB oshishiga alokador bulmagan shikoyatlar: bosh ogrigi, bosh aylanishi, kulok shangillashi singari uzgarishlar bulishi mumkin. SHuning uchun bu bemorlarda AG ga kilinadigan davo kursatilgan shikoyatlarga asoslanmasligi kerak;
- 7) kariyalar uz xayot tarzlariga juda urganib kolgan buladilar. SHuning uchun xayot trzini uzgartiruvchi omillar (ya`ni dorisiz vositalar) ularga kupincha tugri kelmaydi. Lekin, shunga karamay, tuzni iste`mol kilishni kamaytirish ularda AKB ga ijobiy ta`sir kursatadi, chunki kariyalarda uchraydigan AG Osh tuziga sezgiriligi bilan ajralib turadi;
- 8) dorilarning nojuya ta`siri tez yuzaga chikadi va kup uchraydi. Masalan, diuretiklar gipokaliemiya va gipomagniemiya paydo kilib, bushashishga, oyok-kul mushaklarining tortishishiga, aritmiyaga sabab bulishi mumkin. kariyalarda Beta-adrenoblokatorlar esa, yurak etishmovchiligini kuchaytirib, xavf soladigan darajadagi bradikardiyaga, atrio-ventikulyar blokadaga olib borishi mumkin. Markaziy nerv sistemasiga ta`sir kiluvchi dorilar ( )rezerpin,

klofelin, metildopa) ogiz kurishi, giperglikemiya, kabziyat, uykuchanlik, bushashish va depressiyaga sabab bulishi mumkin.

Xozirgi paytda kariyalardagi AG ga davo kilishda diuretiklar, kal'tsiy antagonistlari, AUFI va antiotenzin retseptori antagonistlari xar tomonlama ijobiy ta'sir kilishi isbotlangan. Kariyalardan AG ga davo kilishda birinchi bulib tiazid diuretiklar va kal'tsiy antagonistlarini kullash tavsiya etiladi. Agar moneterapiyaning ta'siri etarli bulmasa, bu dorilarga boshka antigipertenziv dorilar kushib ishlatilishi mumkin.

Agar keksalarda AG dan tashkari xamrok kasalliklardan YUIK yoki infarktdan keyingi kardioskleroz bulsa, bu yoshdagilarda beta-adrenoblokatorlarning ta'siri kuchsizrok bulishiga karamay, shu dorilar va, ayniksa, ularning kardioselektiv turlari ishlatilishi kerak.

AG usmirlarda (14 yoshdan va 18 bulgan ugil-kizlarda) ularning yohiga karab turlicha uchraydi: 15 yoshda 0.6, 16 yoshda 1.4, 17 yoshda 2-4. 18 yoshda 3-6 foizga boradi. YOshlarda normal AKB kancha buladi degan masala xususida xar xil fikrlar aytilgan va turli sonlar keltirilgan. YOshlarda AKB normasi kanchaligini aniklash uchun manna bu formuladan foydalanish mumkin:  $SAB \text{ q } 102Q(0.6 \times \text{tulik yoshi})$ ,  $DAB \text{ q } 63Q(0.4 \times \text{tulik yoshi})$ . Jaxon Soglikni Saklash Tashkiloti eekspertlarining taklifiga kura usmirlarda uchraydigan AG ga davo kilish uchug alfa va beta-adrenoblokatorlar va diuretiklardan foydalanish zarur. Lekin bu dorilar kattalardagiga nisbatan kamrok dozada ishlatiladi va dozada ishlatiladi va gipogalemiyaning oldini olish uchun kaliy saklovchi diuretiklar xam kushib beriladi.

Xomilador ayollar orasida AG taxminan 10 foiz xollarda uchraydi. Xomiladorlar ayollar uchraydigan AG ning umumiy kabul kilingan tasnifi yuk. Gipertoniya buyicha xalkaro jamiyatining taklifiga kura. Xomiladorlar gipertaniyasi uch turtga bulinadi. Birinchi turi – xomiradorlar gipertenziyasi deyiladi. Bunda AG xomiladorlikning 20- xaftasidan keyin paydo buladi va bola tugilgach 6 xafta ichida barxam topib ketadi. Bunday gipertenziya kupincha xomiladorlik oxirida paydo Buli, AKB birozgina oshadi, siydika oksil bulmaydi va bola tugilgach, dastlabki xaftalarda yukoladi. Ona va bola sogligiga uncha ta'sir etmaydi. Lekin ba'zi xollarda gipertenziyaning bu turi proteinuriya (kuniga 300 mgdan kup) bilan kechadi, prieeklamsiya xolati deb shuni aytiladi, Preeklamsiyaning engil turida AKB 160G`110 gacha kutariladi va kamrok proteinuriya buladi. Preeklamsiyaning ogir turida proteenuriya kuniga 5 ga dan, AKB esa 160G`110 dan ortik buladi. Kupincha bosh miya, buyrak, jigar zararlanadi, upka shishuvi va tromblotsetopeniya boshlanadi. Preeklamsiya ona va bola sogligiga yomon ta'sir kursatib, ularning xayoti uchun xavf tugdirishi mumkin.

Ikkinchi turi xomiladorlarning surunkali gipertoiniyasi deyiladi. Bunda AG xomiladorliukning 20-xaftasiga etmasdan paydo buladi va bola tugilgach 6 xaftadan keyin xam davom etadi. Bosimning shu tarika yukori bulib turishiga xomiladorlarda avvaldan davom etib kelayotgan gipertoniya kasalligi, goxo buyrak va endokrin bezlari kasalligi sabab bulishi mumkin. Uchinchi turi xomiladorlarning noanik gipertenziyasi. Bunda AG va proteinuriya bulgan yoki bulmagani xomiladorlikning 20-xaftasigacha noma'llumligicha koladi.

Xomiladorlikda AG ga davo kilishda dorisiz vositalarga katta axamiyat beriladi. Kal'tsiyga boy maxsulotlarni iste'mol kilish, etib dam olish, tartibga rioya kilish juda foydalidir. Bemorlarga kuprok chap tomonga karab etish tavsiya kilinadi, chunki bunday xolatda bachadon-pdlatsenta kon aylanishi yaxshilanib, AKB pasayishga sabab buladi. Dori vositalaridan kuprok markaziy al'fa-2 adrenoretsptorlarning agonistlari (metildopa, dopegit, al'domit) ni xam tavsiya etish mumkin. Klonidin (klofelin, gemiton)ni xam tavsiya etish mumkin. Lkin bular kuprokk yukunchalikka, dipressiya va ogiz kurishiga sabab buladi, shuning uchun kamrok ishlatiladi. Bundan tashkari, bevosita vazodilyatatorlar (gidrolazin, apressin), selektiv beta-adrenoblokatorlar (atenolol, tenormin, metoprolol), al'fa-1-adrenoblokatorlar (prazosin, minipress, pratsiol) xam tavsiya etiladi. Kal'tsiy antogonistridan amlodipinni ishlatish, xomiladorlikning 20-xaftasidan ketsyin esa infedepin, verapamilni ishlatish mumkin. Xomiladorlik davridagi AG ga davo kilish uchun diuretiklar, AUFI va selektivmas beta-adrenoblokatorlar tavsiya etilmaydi, Xomiladorlarda kon bosimining oshib ketishiga ba'zan tromboksan A2 ning kup mikdorda sintez kilinishi vash u tufayli umumiy vazokonstriksiya boshlanishi sabab bulishi mumkin. SHuning uchun bunday bemorlarga xomiladorlikning 20-

xaftasidan keyin kuniga 75mg dan aspirin ichib turish tavsiya etiladi. IG`B oshishi turli xil etiologiyali faktorlar ta`siri okibatida yoki turli xil tugma va ortirilgan kasalliklar vujudga keladi 1 gi turi essentsial yoki birlamchi gipertoniya xos, 2 chisi simptomatik gipertoniya xos (ikkilamchi)

**Patogenezi:** Gipotalamus oxamili Gipotalamus organlari maslanuvchanligi aktiv ishtirok etadi. Gipotalamus orka yadrosining guzgalishi olib keladi MOK, Markaziy yadrosining kuzgalishi pereferik karshilik oshishiga olib keladi. Ventosmedil yadroning kuzgalishi pereferik karshilikni sabab buladi.

Nevrogen faktorlar ta`siri - Gipotalamus - gipofiz – uzunchokmiya - gipotolamo – Gipofizar - pressor aktivlining oshishi AITG buyrak usti ba`zi katexolaminlar gipersekretsiyasi (yurakdan otilib chikadigan, kon mikdori kupayishi - buyrak etishmovchiligi YUGA gipertrofiyasi, giperploziyasi-rening - Angiotenzin I angeotenziya II al`dosteron gipersekretsiyasi - gipertoniya.

Renin kolga chikib  $\alpha_2$  – globulin bilan birikib angeotenziya I ga aylanadi. Fermentlar ta`siri oshib anglatenzin II aylanadi.

Al`dosteron kanallardan Na reabsorbtsiyasini kuchaytiradi xama kismi asosan distal kismalari Naorganizmlarda ushlab kolinishi oshib gepofiz antidiuretin gormon kup mikdorida chikadi, natijada organizmda suv tuplanadi, konda plazma mikdori xujayradan tashkarida suyaklik yigiladi, bu kon tomir devorining ishiga va tamir toraytiruvchi faktorlarga sezuv oshishiga sabab buladi.

Arterial gipertoniya mexanizmida konning minutlik xajmining pereferik karshilikka bulgan nisbati etadi.

SHu mexanizmga muvofik

- 4) Gemodinamikaning giperkinetik tipi (oshgan MOK normal engil pasaygan )
- 5) Gipoginetik tiplar normal yoki pasaygan (MOK va PS oshgan)
- 6) Aralash (MOK va PS oshgan)

Sistolik bosim-arteriya devoridagi maksimal bosim bulib, bu chap korinchadan chikadigan konning zarba xajmi, maksimal xaidashi va aortaning kengayishi olib kelib chikadi.

Norma: 100-139 mm sim.ust. Diastolik bosim – Arteriya devoridagi konda diastola oxiridagi bosimi norma: 60-80 mm.sim.ust

### ASORATLARI

Gipert krizis aorta anevrizmasi aorta erilishi miyaga va tur pordaga kon kuyilishi buyrakning 1 lamchi bujmayishi.

Gipertoniya kriz - birdaniga yukori darajada kutarilishi va bulgan tserebral va kardial simptomatikada kuchayishi bilan boglik.

Bu asorat gipertoniya kasalligini bir muvozanatda kechishidan farkli ularok miya, yurak, buyrak yoki boshiga a`zolarida kon aylanishini xavfli buzilishi bilan belgilanadi. Gipertoniya krizni 2 klinik turi mavjud.

Adrenergik 1-chi turdagi kriz G.K boshlangich davrlarida kuzatiladi, 3-4 soat davom etadi va tegishli dori darmonlar yordamida bemorlarni kriz xolatidan nisbatan engil chikarib olish mumkin. Bu krizda katik bosh aylanishi titrash yurak atrofida ogrik kuzatiladi. Noradrenolinli turi II tip – kasalligida keyingi davrlarda kuzatilib, sekinlashi bilan boshlanadi. Bu krizda klinik belgilar bir tipdagi krizdagidan ammo yurak, bosh, miya jaroxatlanishi bilan udati.

### SABABLARI:

10-15 % xollarda stres gormonlarning kup mikdorlarda iG`ch (adrenolin) YUrak minut xajmi oshib kelib kutarilishiga olib keladi.

Psixik zurikishlar gipertoniyaning oshishiga asosiy sababchilardan xisoblanadi.

Kal`tsiyning konda oshib ketib ish gipertoniya shunday formasiga olib keladiki kasalda kon tomir devoridagi sillik muskullarning spazmiga sababchi bilib davleniyaning uzgarishiga olib keladi.

20-30 gipertonik kasalliklrd arteriyada sklerozlanishi natijada arteriya tnishlarida aterosklerotik blyashkalarining rivojlanishiga olib keladi. Bunda kon-tomir bushligi kiskarib kon t`minlanishining normal bulishiga xarakat karishi koni konda kun yurakning kuchli kiskarishi konda kun xaydalishi natijasida AD kutariladi. Buyrakda kon bilan ta`minlanishida kamayishi buyrakda aktif ta`sir kiladigan moddalar xosil bulib AD bundan xam yukori kutarilishi va uning davomiligiga sabab buladi. Ayrim dori vositalarida uzluksiz ta`siri AD kutarinishiga sabab buladi.

#### **BULARDAN:**

- Ogiz kontratseftlari, yukori dozali garmonlarini
- Ishtaxani pasaytiruvchi
- Glyukokartikoidlar prednizalon, deksametazon
- YAlliglanishaga karshi preparat (indametoldin)

Ba`zida 10 x xollar AD ktarilishi boshka kasalliklarda simptom sifatida bulishi mumkin. Bundaykaytlardan simptomatik (buyrakni, endokrinli genodinamikli) gipertenziya

#### **REFRAKTERLI GIPERTONIYA**

SHunday xollarda kachonki medikamentli terapiyada 3 ta yoki undan ortikdori peparatllarining kullanilishi tasirida AD tushishi paylarida refraktirli yoki terapevtik davolash natijasiz bulgand aytishimiz mumkin.

Aytish joyiz ki bazida noanik refrakter giperotoinyasi kachonki terapevtik muolajalar notugri diagnostikada noanik tanlangan preparatlar yoki xakimning uzi yozgan muolajalari dek dori kabul kilish kerak.

Izolyatsiyalangan diastolik gipertoinya 6-9 % xollarda uchraydi

Refraktornaya gipertoniya. Davo, dori preparatlarga refraktorlik yoki rezistentlik paydo buladi. Bemor 3 va 10 ta ortik prep bilan davolanganda effekt yaxshi bulmaydi.

Ok xolat gipertoniyasi. Meditsina xodimi A.B ulchagan vaktida KG`B uy sharoitida bir necha marta ulchash yoki sutka davomida manitorlik urnatish yordamida aniklanadi.

#### **OKIBATI:**

Kasallikda okibati va kechishi ularda bulgan kushimcha kasalliklarga boglik (YUIK, kandli diabet, buyrak kasallitklar, distsirklyator entsefolopatiya).

Agar kushimcha kasalligi bulsa metal'no`y isxod bulishi mumkin.

Insul't paydo bulishiga xavf: kuchayadi

- Giperreniyali AG da
- TSerebral shikoyatlar kompleksni bulganda
- gipertoniya aretrial krizis bulganda.

#### **DAVO:**

I pogona

Monoterapiya  $\beta$ -adrenoblokatorlar (simptom nerv tuzilishi oshgan bemorlar): takikardiya 80dan pul's bulsa pul's bosim 50 mm sim.ust. kup bulsa (norma kup terlash, ekstrasistent yurak tez urishi bulganda Anaprilin 40-160 mg 4-10 mg yoki rezerpin 0,2-0,8 mg Monoterapiya diuretiklar bilan gipersimpotimotoniya belgilar bulmagan bemorlarda: ya`ni brodikardiya pastaznost' yuzlarida va oyoklarida shish bulganda.

Gipoteozit 25-75 mg.

Triompur.1-3 tabletka

II pogona

Monoterapiya effektsiz bulganda

4) Diuretikning  $\beta$  – adrenoblokator 40-160 m

5) diuretikda APF ingibitori

6) V adrenoblokatorlar Ca antogonisti

III pogona 3 ta preparat v adrenQdiurQAPFogir formada AG

YUkoridagilarda kushimcha

Gidrolazat (Apressin) 25-100 mg Adel'fan – ezidlireks (tartbida) 10 mg

apressinda 0,1 mg rezerpin va gipotioziya 10 mg

Gipotenziv preparatlar:

JSST va GXJ GK davolashda kuyidagi gurux preparatlarini tavsiya

kilgan

6) Diuretiklar

7) V adrenoblokatorlar

8) Ca antogonisti

9) APF ingibitori

10)  $\alpha$ -adrenoblokatorlar

Kushimcha

1) Klanidin (klafilin 0,01 ml)

2) Meteldopa (aldamet 1-3 ml)

3) Guanfatsin (estulek)

II Simptomalitiklar

3) Guanetedin (izobarin 10-100 ml)

4) Rezerpin (rausedil 0,1- 0,25)

III Bevosita vazodilyatatorlar

3) gidralazin (apressin 50-300)

4) minoksidil 5-80 ml

IV Kaliy saklovch diuretiklar

3) Aminoriya (midomor 5-20)

4) Spiranalakton (verashpiron 50-150)

3) pogona utilganda 3 davo yaxshi ta'sir tutilmaganda kushimcha guruxdan preparat tanlab olinadi.

Xafakon kasaligini davolashga kuppina usullar birga olib boriladi.

Birinchidan – kasallikni keltirib chikaruvchi a'zoga ta'sir etuvchi salbiy ta'sirlar yukotiladi, dam olish ovkatlanish tartiblashtiriladi, tuz va suv iste'mol qilishni cheklanadi.

Ikkinchidan – nerv tuzumini tinglantirish uchun adativ dorilaridan: Bromidlar, valeriana, tranklizatorlarda (tazepan, elenium, rudatel') neyrogentik (aminozin, droperidol) antidepressant (amitriptilin)lardan foydalaniladi.

Uchinchidan Kon bosimini kaytiruvchi (gipotenziv) dorilardan foydalanish. Ular 4 guruxga bulinadi.

1. Simpato adrenalik tuzimini ishini susaytiruvchi dorilar:

- Klofelin (0,075 ml) – metildofo (0,25)- L stimulovchi 0,01% - 0,57 vG`m. PG`p vG`v Q

20 : NaCl

- Rezerpin – 0,1 – 0,25 pG`p
- Ratsiatin tsentr simpatolitik
- Okitadin 0,025
- Benzogeksanit 2,5 – 0,5 – 7,0 vG`p
- TSentamin 5% - 0,3-0,5 vG`v – 20,0 NaCl

2.V – blokatorlar

- Anaprilin – 0,01 – 0,04 (obzidan inderal)
- Viksen 0,005 po 1t x 3
- Trazikor 0,020 po 1 t x 3 r
- L – blokatoro`
- Prazozin – 0,0005
- Pirroksan – 1% - 2 – 3,0 vG`m, pG`p
- Tabl. 0,015-0,03

3. Suv – tuz almashinuviga ta'sir etuvchi dorilar.

- Gipotiazid 25-50-100 sht. Brinaldiks 10-60 sht.
- Furosemid 40 sht
- Uregit
- Virashpiron, triamterin – 25 sht x 3 r - 50 – 100 sht

4. Kon tomirlarini kengaytiruvchi moddalar:

- Apresin s 10 – 25 sht. 100 – 200 sht.
- Mioksidil 2 – 40 sht.
- Antroprussid Na – 10 – 20 sht.
- Antogon Sa – fenigidin (korindar, kordarin, niridipin, adolat) verapamil, izoptin, finoptin – 40-80 sht.

5. Renin – angiotenzinga karshi moddalar.

- Kaptopril (kamoten, tenziomil) – 25 – 50 sht.

I boskichda – 1ta dori, sekin – asta dozasi kutarilib boriladi.

II boskichda 2-3 dori kushib ishlatiladi.

III boskichda – 3ta va undan kup dorilar ishlatiladi.

Krizlarni davolashda – 1% - diabol – 4-6,0 vG'i yoki 0,01%-1,0-10 ml NaCL vG'i yoki 0,25% - 2,0 droperiodlo vG'i yoki 5% - 1,0 pentamin mG'o, vG'i Q 10,0 NaCL vG'i – furasemid 4-6,0-2%

Eufillin 2,4% - 10,0 vG'i

Nitroprusid Na – 50 mg – 500,0 , 5% glyukoza.

| Talaba bilimini baxolash mezonlari                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Baxo |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Talaba mavzuning asosiy savollariga to'liq tayorlangan, muloqotda faol qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega. Kasallik etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasi to'g'risida ma'lumotga ega. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llayoladi.                    | «5»  |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga tayorlangan, muloqotda qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega. Kasallik etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasi to'g'risida ma'lumotga ega. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llayoladi.                                | «4»  |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga to'liq tayorlanmagan, muloqotda sust qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyati past. Kasallik etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasi to'g'risida ma'lumotga ega emas. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llash uchun qiyinaladi. | «3»  |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga tayor emas, muloqotda qatnashmaydi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega emas. Kasallik etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasini bilmaydi. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llay olmaydi.                                       | «2»  |

#### AUDITORIYAGA SAVOLLAR:

Xafaqon kasalligiga olib keluvchi sabablar qanday?

Xafaqon kasalligining EKG belgilari?

Antiaritmik dori vositalari guruxlarini sanab berib.

## 8-mavzu : YuIK. Stenokardiya

### Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

| Ish bosqichlari va vaqti                          | Ta'lim beruvchi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Ta'lim oluvchilar                                                                                                          |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)                     | 1.Auditoriya tozaligini nazorat qiladi<br>2.Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi<br>3.Davomatni nazorat qiladi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | talabalar                                                                                                                  |
| 1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (5 daqiqa) | 1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash.<br>2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot slaydalarini tayyorlash<br>3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | talabalar                                                                                                                  |
| 2 – asosiy bosqich (20 daqiqa)                    | <b>1. «Keys-stadi» usuli.</b><br>«Keys-stadi» - inglizchaso'zbo'lib, («case» – aniqvaziyat, hodisa, «stadi» – o'rganmoq, tahlilqilmoq) aniqvaziyatlarnio'rganish, tahlilqilishasosida o'qitishni amalga oshirishga qaratilgan metod hisoblanadi<br>Usulni amalga oshirish bosqichlari:<br>1. Slaydlar va uning axborot ta'minoti bilan tanishtirish<br>2. Muammoli vaziyatni aniqlash-tirish va muammoli topshiriqni belgilash<br>3. Muammoli topshiriq yechimini izlash, hal qilish yo'llarini ishlab chiqish. Bunda talabalarning nazariy bilimlari amaliytda sinalladi.<br>4. Slaydlar, multimedialardan foydalanadi<br>5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi | Kichik guruhlariga bo'linadilar<br>Tomosha qiladilar<br><br>Qatnashadilar<br>Tinglaydilar<br>va savollarga javob beradilar |
| 3.Klinik bosqich (15 daqiqa)                      | 1. Bemorlarni kuratsiya qilish uchun tayyorlanadi<br>fonendoskop, tonometr maska tayyorlanadi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | So'rab surishtiradi<br>Muloqotda bo'ladi                                                                                   |
| (40 daqiqa)                                       | 2.Bemordan anamnez yig'ish so'rab surishtirish obektiv ko'ruv fizikal tekshirishlarni o'tkazish                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Yozib oladi<br>Tinglaydi                                                                                                   |
| (30 daqiqa)                                       | 3.Kasallik tarixi laborator va instrumental tahlillar natijalari muhokama qilinadi va mavzu bo'yicha xulosalar beriladi.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                            |
| (20 daqiqa)                                       | 4. Klinik amaliyot bo'yicha bemorlar muhokama qilinadi va mavzu bo'yicha xulosalar beriladi.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                            |
| (5 daqiqa)                                        | 5. Uyga vazifa beradi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                            |
| Jami:160 minut - 4 soat                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                            |

### YURAKNING ISHEM IK KASALLIGI

Yurakning ishem ik kasalligi bir q an ch a yurak xastaliklarini o 'z ic h ig a o ig a n k a s a llik d ir. Bu y u r a k k a s a l l i k l a r i , a s o s a n , to j arteriyalar tizim ida patologik ja ra y o n l a r t a 'sirida m iokardning qon b i l a n t a 'm in l a n i s h i b u z ilis h i y o k i b i r o r t o j a r t e r i y a s i d a q o n o q i s h i n i n g b u t u n l a y t o 'x t a b q o l i s h i n a t i j a s i d a y u z a g a k e l a d i.

Asosiy sababi yurak toj arteriyasida ateroskleroz p ilakchalarining Toj arteriyalarining asab zo'riqishi tufayli torayib, qon oqishining sekinlashishi ham y urakning ishem ik k asalligiga olib keladi. Bu kasallikning rivojlanishiga tashqi va ichki muhitning turli-tuman (xavf- xatar om illari, ja h o la t, ruhan ezilish, asabning qo 'zg 'alishi), qonda xolesterin, triglitserid, pre-, beta lipoproteidlarning yuqori zichligi (1,3 mmol/l) a s o s iy sababdir. A. N. K lim ov (1977)ning aytish ich a, lipoproteidlarsiz ateroskleroz rivojlanmaydi. Xafaqon kasalligi, chekish, spirtli ichimliklarni ko'p iste'mol qilish, kamharakatlik, semizlik, qandli diabet yurakning ishemik kasalligi rivojlanishiga sabab bo'ladi. Katta jismoniy harakat tufayli, yurak muskullarining ishi bilan uni kislorodga bo'lgan ehtiyoji o 'rtasida nomuvofiqlik bo'lishi ham yurakning ishemik kasalligiga olib keladi. Tojsimon qon tomir devorlarining yallig'lanishi, revmatizm kasalligi tufayli koronarit rivojlanishi, emboliya tufayli toj tom irida qon aylan ishin ing buzilishi, to 'satdan bo 'ladigan har xil emotsional stresslar yurak ishemik kasalligining sababi bo'lishi mumkin. 40 yoshgacha bo'lgan erkaklarda bu kasallik ayollarga nisbatan ko'proq uchraydi. 40-60 yoshdagi erkaklar yuragida toj tomirlarning ateroskleroz pilakchalaridan torayib qolishi ayollarga nisbatan 6 baravar ko'p. 70 yoshdan keyin yurakning ishemik kasalligi erkak va ayollarda baravar bo'ladi. Yurak ishem ik kasalligining tasnifi Rossiya Meditsina fanlari akademiyasi Kardiologiya ilmiy markazi hamda Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ekspertlari takliflari asosida (1983) ishlab chiqilgan.

1. Yurak toj tom irlari kasalligi sababli to'satdan o'lish (yurakning birlamchi to 'xtashi).

2. Stenokardiya.

2.1. Z o'riqish stenokardiyasi.

2.1.1. B irinchi marta paydo bo'lgan zo 'riqish stenokardiyasi.

2.1.2. B arqaror stenokardiya.

2.1.3. Avj olib boradigan stenokardiya.

2.1.4. Stenokardiyaning spontan (maxsus) turi.

3. M iokard infarkti.

Yirik o 'choqli (transmural), mayda o 'choqli.

4. M io k a rd infarktini o'tk a z ilg a n d a n keyingi k ard io sk lero z (postinfarkt kardioskleroz).

5. Yurak ritmi buzilishlari (turi ko'rsatilgan holda).

6. Yurak faoliyati yetishmovchiligi (turi va bosqichi ko'rsatilgan holda) rivojlanishidir.

## **STENOKARDIYA**

Yurak ishemik kasalligining bu turi yurak oldida bir necha soniyadan 20 daqiqagacha cho'ziladigan o 'tk ir xurujsimon og'riq b o iis h i bilan tavsiflanadi. Kasallikning mohiyati shundan iboratki, bunda toj tomirlar, ya'ni miokardni qon bilan ta 'm inlaydigan tomirlar bo'ylab qon oqishi buziladi, bu yurak sohasida yoki to 'sh orqasida og'riq paydo b o iishiga olib keladi.

Stenokardiya — yurak ishem ik kasalligining turlaridan biri. Uning boshqa xili infarktdan so'nggi chandiqli kardiosklerozdir. Kardioskleroz yurakning surunkali anevrizm asi bilan birga uchrashi m um kin. Toj tom irlar b o 'ylab qon oqishiga quyidagi ko'pgina om illar to 'sq in lik qilishi mumkin: toj tomirlar spazm i, aterosklerotik pilakchalar, katta jismoniy yoki asab zo'riqishlarida miokardning zo'r berib ishlashi, har xil ichki a 'z o la r tom onidan re f le k to r t a 'sir (z a rd o b x a lta sin in g yallig'lanishi, m e'da va o'n ikki barrnoq ichakning yara kasalligi). O 'pka k a s a llik la ri, d ie n se fa l-e n d o k rin b u z ilis h la rn in g s te n o k a rd iy a kasalligining kelib chiqishida aham iyati bor. Xafaqon kasalligida, qandli d ia b e td a , k ish i sp irtli ic h im lik la r n i k o 'p ic h g an d a , ch e k k a n d a stenokardiya rivojlanadi (24-jadval).

## **Z O 'RIQ ISH STEN O K A RD IY A SI**

K lin ik a si. O g'ir mehnat q ilg a n d a asabiy zo 'riqish, salb iy his- hayajonlar ta'sirida bemorda yurak sohasida yoki to'sh orqasida qattiq og'riq paydo boiadi. Og'riq kishida xavotirlik, qo'rquv holatini beradi.

Bemorda og'riq chap kurak ostida, yelkada, jang'da, chap qo'lda, bolyinda seziladi. Bemorning rangi oqaradi, badanidan sovuq ter chiqadi, siyish ko'payadi, yurak sohasidagi og'riq bosib turgandek bo'ladir. Og'riq zo'ridan kishiko'chaga chiqqanda, piyoda yurganda ham bo'ladir. Og'riq bo'lishi bilan kishi harakatlanishdan to'xtaydi. Shunda og'riq qoladi. Nitroglitserin tabletkasini til ostiga solsa va so'rsa, og'riq juda tez qoladi. Stenokardiya xurujida og'riq o'ng yelkaga, orqaga, qorinning yuqori qismiga, pastki jang'ga ham tarqalishi mumkin. Ba'zan bemorni ko'krak qisishi, hansirash, havo yetishmasligi kabi holatlar bezovta qiladi. Puls sekinlashadi, ba'zan tartibsiz urishi qayd qilinadi. Qon bosimi qisman ko'tarilishi mumkin. Yurakning surunkali ishlashida kasalligining kelib chiqishi Yurak tonlari sustlashadi. Stenokardiya xurujida bir kunda bir necha bor qaytalashi mumkin. Surunkali stenokardiya xurujida mavsum davridan keyin orqaga qaytib ancha vaqtgacha og'riq bo'lm asligi kuzatiladi.

Stenokardiya kasalligi 2-3 yil davom etadi, ba'zan 10-20 yilgacha o'zlashtiriladi.

Stenokardiyaning yengil turida yurak toj qon tom irida aterosklerotik o'zgarishlar kam bo'ladi. Stenokardiya xurujida tez-tez bo'lib turadigan kishilarda yurak toj qon tom irida arterioskleroz pilakchalarining ko'payishi kuzatiladi. Yurak toj qon tom irlarining hammasida ateroskleroz pilakchalarining ko'payib ketishi stenokardiya xurujining zo'rayishiga sabab bo'ladir. Birinchi marta paydo bo'lgan zo'riq ishlashida stenokardiya xurujida. Xuruj paydo bo'lgan vaqtdan boshlab bir oygacha davom etadi. Keling kechishi ko'paytirilishi, barqaror stenokardiya yoki avj olib boradigan stenokardiya o'tirishim mumkin.

Barqaror stenokardiya. Xurujlari paydo bo'lgan kamida 1 oy va ko'proq bo'lgan stenokardiya. Bu bemorlar jism oniy harakatlanish bajarish qobiliyatiga ko'ra 4 faol sinfga ajratiladi.

I sinf (yashirin stenokardiya). Bemor odatdagi jism oniy harakatni yaxshi bajara oladi.

Stenokardiya xurujlari faqat kuchli jism oniy harakat bo'lgan yuzaga chiqadi.

II sinf (stenokardiyaning yengil darajasi). Stenokardiya xurujlari tekis yo'ldan 500 m dan ko'proq yurilganda, 1-qavatdan 4-5-qavatgacha ko'tarilgan boshlanadi. Stenokardiya xurujlari sovuq havoga chiqqanda, salbiy his-hayajonlar ta'sirida kuchayishi mumkin.

III sinf (o'rtacha og'irlikdagi stenokardiya). Jismoniy harakatning sezilarli chegaralanishi kuzatiladi. Stenokardiya xurujlari tekis yo'ldan 100-500 m yurganda, 1-qavatgacha ko'tarilganda boshlanadi. Hatto bir marta qat'iyat bilan ish, sovuq shamol ta'siri, sovuq havoda stenokardiya xurujiga sabab bo'ladir.

IV sinf (og'ir stenokardiya). Stenokardiya xurujlari og'ir, o'zgaruvchan jismoniy ish bajarilganda, 100 m gacha bo'lgan tekis yo'ldan yurganda boshlanadi. Bunda tinch turilganda paydo bo'ladigan og'ir xurujlar xarakterli bo'lib, miokardning kislorodga ehtiyoji ortishini atijasida (arterial bosim ortishi, yurak urishining tezlashishi, bemor gorizontol holatga o'tganda yurakka venoz qonning ko'paytish) yuzaga keladi. Stenokardiya xurujida kishi uyda yurganida, yuvinayotganda, sovuq olayotganda, 2-3 kg yukni ko'targanda ham tutib qoladi.

Ba'zan bemor uyqusida nafas yetishmasligi, yurak sohasida og'riq bo'lishida bezovtalanadidir. Nitroglitserin bemorahvolini yengillashtiradi. Agar bemor ilgari miokard infarktini boshdan o'tkazgan bo'lsa, unda stenokardiya xurujida yurak astmasi bilan o'tadi.

Bunday holat yotgan kishi badanidagi suyuqlikning qon tom irlarga o'tirish tufayli qonda aylanib yurgan suyuqlik hajmining ortib ketib, yurakning ishiga ortiqcha yuk bo'lishi natijasida bo'ladi.

Avj olib boradigan stenokardiya osoyishtalik stenokardiyasi deyiladi. Yurak sohasida o'tkir og'riq xurujlari hatto tinch turganda ham kuzatiladi. Bu kasallikning og'irroq xiliga o'tganidan, tojsimon tomirda ateroskleroz pilakchalari tufayli tomirning siqilib qolgan joylari ko'pligidan dalolat beradi. Bemorda og'riq xurujlari kechasi uzoqroq, og'irroq, hansirash bilan o'tadi. Keling aynishi, yurak urishining tezlashishi, nafas qisish holatlari stenokardiya xurujida paytida uchraydi. EKG da ilgari kuzatilmagan o'zgarishlar aniqlanishi va uzoq vaqt saqlanishi mumkin. Og'riq xurujida to'xtagan davrda EKG da o'zgarish bo'lm asligi ham mumkin. Tinch holatdagi stenokardiya dan so'ng ko'pincha miokard infarkti rivojlanadi.

## STENOKARDIYA

**1. Tarifi.** Stenokardiya miokardning qon bilan ta'minlanishining o'tkir etishmasligi natijasida ko'krakda ogriq xurujining vujudga kelishi bilan ifodalanadi. YUrak mushaklarida anoksiya rivojlanadi, buning natijasida fosfor, glyukoza almashinuvi, glikogen xosil bo'lish jarayoni buziladi, bu xolat ogriq; xuruji paydo bo'lishini yuzaga keltiradi. Jismoniy zo'riqish yoki emotsional stress katexolaminlar ishlab chiqarilishining kuchayishi va ularning miokardda yirilishi bilan kuzatiladi, bu xolat miokardning oksigenga ehtiyojini oshiradi va gipoksiyaga olib keladi. Bunday buzilishlar oksidlanmagan maxsulotlarning yig'ilishini vujudga keltiradi, xemoretseptorlarni ta'sirlaydi, markazga intiluvchi yo'l orqali bosh miya po'stlog'iga yo'naladi va og'riqni majassamlashtiradi.

**2. Tarqalishi.** Stenokardiya 50yoshdagi xar 100 000 axoli soniga o'rta xisobda 150 nafardan to'g'ri keladi. erkaklar, ayollarga nisbatan, 5 marta ko'p xastalanadilar, ayollarda bu kasallik aksariyat menopauza davrida vujudga keladi.

### **3. etiologiyasi.**

- (1) Toj arteriyalar aterosklerozi.
- (2) Toj arteriyalar spazmi
- (3) Aorta og'zi stenozi.
- (4) Gipertrofik kardiomiopatiya.
- (5) Birlamchi o'pka arteriyasi gipertenziyasi.
- (6) Aorta kopkog'i etishmovchiligi.

### **4.Xavf turdiruvchi omillar.**

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

### **5.Klinik ko'rinishi.**

**(1)Barkaror stenokardiyaning** asosiy klinik belgisi og'riq xisoblanib, u to'sh suyagining orkasida seziladi. Og'rik; qo'lga, aksariyat chap qo'lga, ko'krak soxasiga, elkaga, kuraklar o'rtasiga, pastki jagga, bo'yinga, quloq uchiga tarqaladi. Ba'zan og'riq faqat qayd etilgan soxalarda joylashib, ko'krakda kuzatilmaydi. Og'riq siqilish, achishish, bosilish sezgisi xarakterida bo'lib, ogir mexnat qilganda, asabiy zo'riqishda, sovuq xavoda yurganda, ovqatlangandan so'ng paydo bo'ladi. Stenokardiya xuruji o'rtacha 2-5 daqiqa davomida kuzatiladi va xarakat to'xtatilsa yoki nitroglitserin qabul qilinsa og'riq kamayadi yoki yo'qoladi. Og'riq kishida xavotirlik, qo'rquv xolatini sodir qiladi, shu bois bemor og'rik; tarqalguncha qimirlamasdan o'z joyida o'tiradi. Xuruj oxirida kekirish, esnash, kaltirash, ko'p miqdorda peshob ajralishi kuzatiladi. Ayrim xollarda xarakat davrida stenokardiya ekvivalenti-xansirash yoki umumiy beqollik xolati paydo bo'ladi, xarakat to'xtatilgach yoki nitroglitserin kabalqilgandan so'ng noxush sezgilar tezda yo'qoladi.

**(a) 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 xisoblanadi. 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 soxalar (Zaxarin-Geda soxalari) aniqlanadi. Bu orqa miyaning VIII va I-V ko'krak umurtqalari chegarasiga to'g'ri keladi.

**(2)Osoyishtalik stenokardiyasi** zo'rik;ish stenokardiyasidan farqli o'laroq to'satdan tinch xolatda, aksariyat tunda, vujudga keladi. Bu xolatda og'riq xuruji kuchli, davomli va nitroglitserin ta'sirida biroz kamayadi. Osoyishtalik stenokardiyasi bilan xastalangan ba'zi bir be-morlarda og'riq gorizontal xolatda, yurakka qon kelishining ko'payishi natijasida paydo bo'ladi. Stenokardiyaning mazkur turiga xuruj davrmda ko'pincha ritm buzili-shi xam xarakterli. Og'riq bosilayotgandek, kesilayotgandek, ezilayotganidek, tomoqni siodandek, ba'zan kuyishga o'xshash xususiyatda bo'ladi. Osoyishtalik stenokardiyasi xurujining paydo bo'lishiga arteriya bosimining tranzi-tor oshishi yoki paroksizmal taxikardiya xuruji, asabiy yoki ruxiy zo'riqish

sababchi bo'lishi mumkin. **(3) Prints metal stenokardiyasi** - osoyishtalik stenokardiyasining nomaqbul (yomon) turlaridan biri xisoblanadi. Xastalikning bu turi asosida yurak mushaklarining ko'p qismida ishemiya rivojlanishini yuzaga keltiruvchi yirik toj arteriyaar spazmi yotadi. Prints metal stenokardiyasida og'riq xurujlari 5-15 daqiqadan 30 daqiqagacha davom etadi, aksariyat kechasi yoki saxarda paydo bo'ladi. Uning farqlanadigan belgisi og'riqning tsiklik xarakterda bo'lishidadir. eKGda xuruj paytida S-T oralishning izoelektrik chizig'idan o'tkinchi ko'tarilishi aniqlanadi, bu xolat miokardning subepikard qavati ishemiyasini ko'rsatadi.

**6.Kechishi** - xar 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 bermay-di 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 uzoqvaqt xastalangan bemorlarda kardioskleroz rivojlanadi, yurak ritmi buziladi, yurak etishmovchiligi belgilari paydo bo'ladi.

**7.Tashxisi** anamnez, klinik belgilar xususiyati, tipik soxalarda, ayniqsa to'sh suyagi orqasida joylashishi, elkaning ichki satxi, bilak teri giperalgeziyasi (og'riq sezishning zo'rayishi) asosida aniqlanadi. Agar stenokardiya atipik belgilar bilan ifodalansa, eKG va laboratoriya ma'lumotlari tinch xolatda me'yoriy ko'rsatkichlar darajasida bo'lsa, tashxisni tasdiqlash uchun qo'shimcha tekshirishlar (veloergometr, tredmil, Master sinamalari, dipiridamol (kurantil), izoprenalinni vena ichiga yuborib tekshirish, koronarografiya, angiografiya) asosida aniqlanadi.

Stenokardiyaning alohida turi. Prints metal stenokardiyasi. Bu xil stenokardiyada og'riq xurujlari 5-15 daqiqadan 30 daqiqagacha bo'ladi. Ko'pincha kechasi yoki saharda xuruj tuziladi. Og'riqning og'ir-ye ng illigi, uning joylashishi, tarqalish jihati dan Prints metal stenokardiyasi zo'riq ish stenokardiyasidan farq qilmaydi. Stenokardiyaning alohida turi da bemor sovuq qotganda, nitroglitserin ichishni birdan to'xtatib qo'yganda og'riq xuruji tutib qolishi mumkin. EKGda shu xil stenokardiyaga xos o'zgarish topiladi. ST segmenti ancha ko'tarilib, tezda joyiga qaytadi. ST segmentining ko'tarilishi 2 mm dan 20-30 mm gacha bo'lib, uning chiziqlari bir fazali chiziqqa o'xshab qoladi. ST ko'tarilishi 5-10 daqiqa ichida bo'lib, yana izoelektrik chiziqqa qaytadi. P tishchasi kengayib, uning voltaji kattalashishi mumkin. Oz vaqtda Q tishining paydobo'lishi hamda T tishchaning baland va manfiy bo'lishi kuzatiladi. Stenokardiyaning alohida turi bo'lgan 50% kasallarda yurak urishining maromi buziladi, ekstrasistoliya, paroksizmal taxikardiya uchraydi.

Koronaroangiografiya usuli bilan tekshirilganda alohida stenokardiyaxurujitug'an bemorlarning 10% ida toj qon tomiridaterosklerotik o'zgarish topilmaydi. Bunday holda toj qon tomirining siqilib torayishi alohida stenokardiya xurujiga sabab bo'ladi. Prints metal stenokardiyaning oqibati yomon. Miokard infarktining chandiqli davrida alohida stenokardiya xurujipaytida EKGda ST oralig'ining ko'tarilishi tashxisni qiyinlashtiradi.

Tashxisi. Stenokardiya tashxisida EKG (elektrokardiogramma) tekshiruvizarur. Bemorlarda stenokardiya xuruji shubhali bo'lsa, o'n ikki ulushda EKG qilish kerak. Osoyishtalikda olingan EKGdagi ST oralig'i va T tishchaning o'zgarishi faqat yurakning ishemik kasalligiga xos emas. Bunday o'zgarish yurakning boshqa kasalliklarida, yalligianish, distrofiya, zaharlanish, modda almashinuvi buzilishida bo'lishi mumkin. EKG ko'rsatkichini kasallikning klinik manzarasi bilan taqqoslash maqsadga muvofiq bo'ladi. Stenokardiya xuruji paytida EKG olinganda ST oralig'ining pastga siliigani, T tishchaning manfiy bo'lishi tashxisda ahamiyatlidir. Stenokardiyaning alohida turida EKGda ST oralig'ining o'tuvchan ko'tarilishi kuzatiladi. Stenokardiya tashxisida master usuli bilan sinab ko'rish, veloergometriya va tredmil yordamida tekshirish qo'llaniladi. Veloergometriya usuli yurakning surunkali ishemik kasalligi tashxisida keng amalga oshiriladi. Veloergometriyada har 3 daqiqada bemor bajarishi kerak bo'lgan ish ko'paytirib boriladi. Bunda bemor ahvoli kuzatiladi. EKG yoziladi, qon bosimi o'lchanadi, yurak urishi sanaladi. Agar bemorda tekshirish vaqtida stenokardiya xuruji tutsa, qon

bosimi boshlang'ich bosimdan 25-30% tushib ketsa yoki qon bosimi 230/130 simob ustuniga teng bo'lsa, hansirash, nafas qisish, holsizlik, bosh aylanishi, ko'ngil aynishi, bosh og'rig'i bo'lsa, kasal qo'rqa, veloergometriya usulida tekshirishni to'xtatish lozim. EKGda quyidagi o'zgarishlar:

1. ST o'ralig'ining 1 mm pastga tushishi. 2. STning 1 mm dan yuqoriga ko'tarilishi. 3. Tez-tez bo'ladigan ekstrasistoliya, paroksizmal taxikardiya, titroq aritmiya. 4. Atrioventrikulyar o'tkazuvchanlikning buzilishi. 5. QRS kompleksining o'zgarishi P tishchaning ancha past bo'lishi, bemor EKGsida ilgari bo'lgan QS ning chuqurlashishi, uning kengayishi, Q tishchaning QS ga o'tishi bo'lgan da veloergometriyadabemomni tekshirishni to'xtatish kerak. Veloergometriya iisuli bilan tekshirilganda:

1. Stenokardiya xuruji boshlansa.

2. Hansirash belgilari bo'lsa.

3. Qon bosimi pastga tushsa.

4. ST oralig'i 1 mm dan ko'pga pasaysa.

5. ST oralig'i 1 mm dan yuqoriga ko'tarilsa bemor toj arteriyasida ateroskleroz sababli siqilib torayishi bor deb hisoblanadi. Aniq stenokardiya xuruji bo'lgan bemorlarni veloergometriya usuli bilan tekshirilmaydi. Tredmil yo'lida yurish veloergometriyaga nisbatan oddiyoqdir. Uni tekshirish veloergometriya natijasiga o'xshash. Yurakning og'ng bo'M m achasini qizilo'ngacit o'rqa li e le k tro s t- imulyatsiya qilish. Yurakning ishemik kasalligini aniqlashda qizilo'ngachga yuboriladigan elektrostimulyatsiya orqali asta-sekin ko'payib boradigan tok o'ng bo'lm achaga beriladi. Har daqiqadagi impuls keyinchalik 15 im pulsga ko'p ay tirib boriladi. Yurak miokardida ishem iyaning elektrokardiografik belgilari paydo bo'lguncha bu tekshirish davom ettiriladi. Keyinchalik stimulyatsiya 2 daqiqadan ko'p bo'lmaydi.

Yurak ishemik kasalligi tashxisida yurak toj qon tomirini rentgenda koronaro-angiografiya qilishning ahamiyati katta. Rentgenokorona- roangio-grafiyada tojsimon tomiming ateroskleroz bilan qisilib, torayib qolish darajasi 4 xil bo'ladi: I. 50% gacha. II. 75% gacha. III. 75% dan ko'p. IV. Okklyuziya (bekilib qolishi). I xilida 50% gacha torayib qolgan toj qon tomiri stenokardiya xos og'riq xurujini bermaydi.

Yurakning chap qorinchasi angio-grafiyasi (ventrikulografiya). Chap qorincha ichiga rentgen nurini ushlab qoluvchi 50-70 ml modda yuboriladi. Keyin rentgenda yurakning rasmi olinadi. Ventrikulografiya chap qorincha umumiy faoliyatini hamda segmentlar ishini aniqlaydi.

Yurak muskulining qon bilan kam ta'minlangan joyi ventrikulografiyada harakatsiz bo'Mib ko'rinadi (akineziya). Stenokardiya kasalligida akineziya tojsimon qon tomir teshigining torayishiga bog'liq, 50-70% toraygan qon tomirida yurak muskulining koinetziya si ko'pchilik kasallarda ko'rinadi. Ventrikulografiya metodi yurak ishemik kasalligini aniqlashda ko'pincha yordam beruvchi omildir. 99 mTs — pirofosfat bilan yurak muskulini ssintigrafiya qilganda stenokardiya xurujidan keyin yurak muskulida 99 mTs pirofosfatning 1-3 kungacha davom etadigan yig'ilishi ko'riladi. Bu usulning musbat bo'lishi yurak muskulida qon kamligi tufayli gistologik o'zgarishlarga bog'liq.

Qiyosiy tashxisi. Stenokardiya kasalligini bir qancha boshqa yurak kasalliklaridan ajrata bilish kerak. Bular jumlasiga miokardit, perikardit, yurak illa ti, kardio-patologiya. O'pka, plevrit, kassallig ham stenokardiya o'xshagan belgilarni berishi mumkin. Masalan, quruq va eksudatli plevrit, o'tkir pnevmoniya. Yurak sohasida stenokardiya og'rig'iga o'xshagan og'riqni bo'yin, ko'krak umurtqalari spondilyozi, ko'krak qafasi mioziti, qovurg'alararo nerv tolalarining shamollashida ham kuzatiladi. Tashxis qo'yishda shu kasalliklar bemorlarda bor-yoqligini aniqlash lozim. B'zanza yarasi, o'tpufagi, oshqozon osti bezi yalliglanishidagi og'riqlar yurak sohasiga og'riq berib stenokardiyaning klinikasini eslatishi mumkin.

Davolash. Barqaror (stabil) zo'riqish stenokardiya davolashning asosiy maqsadi kasallik oqibatini yaxshilash (MI, to'satdan oiimning oldini olish)dir. Shu maqsadda kasallik xavfli omillarini bartaraf qilish: Dislipidimiyani va tana vaznini kamaytirish uchun parhez ovqat

ta y in lash , chekishni to 'x ta tis h , qarshi k o 'rsa tm a la r b o im a g a n d a jism o n i y faollikni m aro m ig a y etk azish ta v siy a q ilin ad i. B undan tashqari, uglevodlar almashinuvining buzilishlarini nazorat qilish zarur.

Barqaror (stabil) zo'riqish stenokardiyasi belgilarini kamaytirish yoki y o 'q o tish uchun uch g u ru h d o rila r: n itra tla r, B aB lar va k alsiy antagonistlari qo'llaniladi (25-jadval).N itra tla r yurakka q o n o q ib k e lish in i q is q a r tiru v c h i, y u rak bo'limlaridagi bosimni pasaytiradigan va miokardning taranglashuvini k a m a y tira d ig a n tizim li v a z o d ily a ts iiy a g a o lib k e la d i. Bu esa miokardning ishemiyadan shikast topgan, birinchi galda subendokardial qavatida qon aylanishini yaxshilashini ta'minlaydi. Bundan tashqari, y irik toj arteriy alarin in g k en g ay ish i va k o lla te ra l qon aylanishi ko 'payishi ro'y beradi. Nitratlarning ta'siri qon tom iri endoteliysida azot oksidi (NO) ning m iq d o rin i k o 'payishi, g u a n ila ts ik la z n in g fa o lla s h is h i, d av riy guanozinm onofasfatning k o 'payishi, silliq m ushaklarining birinchi galda, qon tom irlari h u ja y ra la ri ichi k alsiy io n la rin in g m iqdori kamayishi bilan namoyon bo'ladi. Bu guruh dorilar qisqa ta'sir qiluvchi nitratlar (nitroglitserin) va uzoq ta'sir qiluvchi nitrat (izosorbid dinitrat va izosorbid m ononitrat)larga bo 'linadi. Stenokardiya xurujlarini to'xtatish uchun nitroglitserin tabletkalari 0,3-0,6 mg dan til ostiga (sublingval) qo'yiladi. Aerosol xili (sprey) 0,4 mg sublingval sepiladi. O g'riq 1-5 daqiqadan so'ng to 'xtaydi. 5 daqiqadan so 'ng to 'xtamasa yana q o 'llash mumkin (26-jadval).

25-jadval S tab il zo'r iq is h stenokardiyasining I-IV funksional sinfiga davo qilish

I. Yur akning i s h e m i k kasalligi; olib k e l ad ig an omillarga ta'sir o't k a z i s h

2. Hayot tarzini o'zgartirish

3. Dorilar q o'llash :

S t e n o k a r d i y a I-II f.s.( xur u j h a f t a s i g a 1-3 m a r t a ) S t e n o k a r d i y a 111 - I V f.s.

A r t e r i a l g i p e r t o n i y a n i d a v o l a s h , t a n a d a g i o r t i q c h a v a z n n i

k a m a y t i r i s h , t a m a k i c h e k i s h n i t o ' x t a t i s h , j i s m o n i y t a r b i y a b i l a n

s h u g ' u l l a n i s h , m o l y o g i , q a n d i s t e ' m o l i n i k e s k i n k a m a y t i r i s h .

P a r h e z n i s a q l a s h , k e c h q u r u n k o p o v q a t i s t e ' m o l q i l m a s l i k , e r t a l a b z o ' r i q i b i s h q i l m a s l i k , j i s m o n i y t a r b i y a b i l a n m u n t a z a m s h u g ' u l l a n i s h (v r a c h n a z o r a t i d a )

1. A s p i r i n n i 125 -3 25, 50-1 00 mg d a n k u n i g a 1 m a r t a q a b u l q i l i s h .

2. T i l o s t i g a n i t r o g l i t s e r i n , i z o k e t q o ' y i s h y o k i j i s m o n i y z o ' r i q i s h d a n o l d i n 10 m g n i t r o s o r b i d , n i t r o n g , s u s t a k , s u s t a n i d , m o n o s a n q a b u l q i l i s h .

1. N i t r i t l a r , N i t r o s o r b i d k u n i g a 5-40 m g d a n , s u s t a k , n i t r o n g , n i t r i t , m o n o s a n , p e r l i n g a n i t , i z o k e t q a b u l q i l i s h . 2. S e k i n l a s h g a n k a l s i y k a n a l l a r i b l o k a t o r l a r i a n t a g o n i s t l a r i :

a d a l a t 3 0 - 4 0 m g / k u n . , o s m o - a d a l a t 30 -6 0 m g / k u n . , n i t r o k a r d i n i n 6 0 - 1 2 0 m g / k u n , v e r a p a m i l 120- 4 8 0 m g / k u n , d i l t i z e m 60-1 20 m g / k u n , n o r v a s k n i

5-10 m g / k u n d a n q a b u l q i l i s h . 3. B e t a - b l o k a t o r l a r , o b z i d a n , a n a p r i l i n 4 0 - 120 m g / k u n , a t e n o l o l 5 0 - 1 0 0 m g / k u n , k o n k o r 5 - 1 0 m g / k u n , k o r d a n u m n i 5 0 - 10 0 m g / k u n d a n q a b u l q i l i s h .

4. K o m b i n a t s i y a l a n g a n d a v o

Y u r a k i s h e m i k k a s a l l i g i ( s t e n o k a r d i y a , o ' t k i r k o r o n a r s i n d r o n i , m i o k a r d i n f a r k t i ) d a q o ' U a n i l a d i g a n n i t r o g l i t s e r i n d o r i l a r i n i n g t u r i a r i , d o z a l a r i T u r i a r i D o z a S t e n o k a r d i y a t u r i a r i N i t r o g l i t s e r i n 0 , 3 - 0 , 6 m g , t i l H a m m a x i l i d a , k e r a k o s t i g a b o ' l s a . P e r l i n g a n i t 0 , 1 % - 10ml, v / i M l d a , o ' t k i r k o r o n a r s i n d r o m d a l z o s o r b i d d i n i t r a t 2 , 5 - 1 0 m g , v / i 10 - O ' t k i r k o r o n a r 4 0 m g v / i 4 0 - 1 2 0 s i n d r o m d a , n o s t a b i l m g i c h i s h g a , s t e n o k a r d i y a d a , t e r i g a , y u r a k s t e n o k a r d i y a n i n g 11I-IV s o h a s i g a s e p i s h g a F K s i d a K a r d i k e t k a p s u l a , 120 mg, 1 m a h a l S t e n o k a r d i y a n i n g 1 - 11 n i t r o s o r b i t t a b l e t k a s i , i c h i s h g a F K s i d a I z o d i n i t , I z m a k , l z o k e d r e t a r d l z o s o r b i t - 5 - m o n o n i t r a t 4 0 - 1 0 0 m g M l , s t e n o k a r d i y a n i n g i c h i s h g a 11I-IV F K s i d a X i l l a r i : E f o k s , 50 m g 1-2 m a h a l N o s t a b i l m o n o c h i n i k v e r e t a r d , i c h i s h g a s t e n o k a r d i y a d a 0 ' t k i r M o n o n i t M o n o m i k k o r o n a r s i n d r o m d a d e p o , O l i k a r d r e t a r d P e k t r o l i c h i s h g a 2 4 0 - 3 6 0 m g g a c h a S t e n o k a r d i y a x u r u j i n i i c h i s h g a o l d i n i o l i s h d a X u r u j l a m i n g o l d i n i o l i s h u c h u n i z o s o r b i d d i n i t r a t 10-20 m g d a n k u n i g a 2-4 m a h a l , j i s m o n i y z o ' r i q i s h d a n 30-40 d a q i q a o l d i n q a b u l

qilinadi. Izosorbid dinitrat retard 40-120 mg dan kuniga 1-2 mahal, jism oniy zo'riqishdan 30-40 daqiqa oldin qabul qilinadi. Izosorbid mononitrat 10-40 mg dan kuniga 2-4 mahal, retard xili 40-120 mg dan kuniga 1-2 mahal, jism oniy zo'riqishdan 30-40 daqiqa oldin qabul qilinadi. Nitratlar bosh miya venalarini kengaytirib boshog' rishiga olib kelishi, taxlikardiy arterial gipotenziya, quloqlar shang'illashi, ko'ngil aynishi, qusish rivojlanishi mumkin. BaB larning taxsiri yurak qisqarish sonlarini miokard qisqarishi, kamaytirib miokardni kislorodga muhtojligini kamaytirish bilan bog'liq.

Stenokardiyani davolash uchun selektiv  $\beta^1$  adrenergik blokatorlar (yurakni  $\beta_1$ -adrenoreseptorlariga taxsir qiladilar) va neselektiv BaB lar (yurakni  $\beta_2$ -adrenoreseptorlarga taxsir qiladilar) qo'llaniladi. Neselektiv BaBlardan propranolol 10-40 mg dan kuniga 4 mahal, nadolol 20-160 mg dan kuniga 1 mahal beriladi. Kardioselektiv BaB lardan atenolol kuniga 25-200 mg, betaksolol kuniga 1 mahal 10-20 mg, metoprolol kuniga 25-200 mg (2-3 ga bo'lib), bisoprolol 5-25 mg dan kuniga 1 mahal qo'llaniladi. Oxirgi vaqtda periferik tomirlarni kengaytiruvchi BaBlar (karvedilol) qo'llaniladi.

BaB larning noxush taxsiri: taxlikardiy, yurak blokadasi, bronxospazm, arteriial gipotoniya, karbonyl va lipid lar almashinuvining buzilishi, bosh aylanishi, uyquning buzilishi, charchash, depressiya, ish qobiliyatining pasayishi, xotiraning yomonlashuvi. Sekinlashgan kalsiy kanallari blokatorlarini antianginal taxsiri o'rtacha ifodalangan vazodilyatatsiya (shu jumladan, toj tomirlarda ham), miokardni kislorodga ehtiyojini kamaytirish (veropamil, diltiazem) yoki bilan sodir bo'ladi. Nifedipin ni stenokardiyada 30-90 mg dan kuniga 1 mahal, veropamilni 80-120 mg dan kuniga 2-3 mahal, diltiazemni 30-90 mg dan kuniga 2-3 mahaldan beriladi. Monoterapiyaning natijasi qoniqarli bo'lsa, dorilar qo'shib beriladi: nitratlar BaBlar, sekinlashgan kalsiy kanallari blokatorlari (nifedipin) bilan beriladi.

Proflaktikasi. Aspirinni 75-325 mg kuniga berilsa, MI va to'satdan olinib rivojlanishi xavfi kamayadi. Aspirin oshqozon-ichak yara kasalligi, jigar xastaligi, qon oqishiga moyillik boim aganda beriladi. Beqaror nostabil stenokardiyani davolash: bemor zudlik bilan shifoxonaga yotqiziladi. Og'riqni qoldirish uchun nitroglitserin til ostiga beriladi yoki izoket sprej til ostiga 3 marta sepiladi. Beqaror nostabil stenokardiyada nitroglytsin (nitroglytsin, perlinganit) 3-4 kun v/i yuboriladi. Arterial gipotenziyaning oldini olish uchun nazorat qilinadi. Keyin nitratlar (izosorbid dinitrat yoki izosorbid mononitrat) ichishga beriladi. Bundan tashqari, BaBlar, kalsiy kanallari blokatorlari beriladi.

Monoterapiyaning natijasi qoniqarli boimasa, kompleks davo beriladi. Beqaror nostabil stenokardiyani davolashda albatta antikoa-gulyantlar: geparin 5000-10000 TB dan v/i tomchilab 1-2 kun, keyin 5000 TB dan teri ostiga yuboriladi. Qon ivishi omillari (tromboplastin vaqti) tekshirib turiladi. Kichik molekulali geparinlar (daltaparin natriy, fraksiparin, nadroparin kalsiy, reviparin natriy, enoksaparin)ni teri ostiga kuniga 1-2 mahal berish mumkin.

Antiagregantlar: Aspirin 75-325 mg/kungacha ichishga beriladi. Yangi antiagregantlar — glikoprotein IIb/IIIa reseptorlari blokatorlari (tirofiban) qo'llanilishi mumkin.

Davolash to'g'ri o'tkazilganda ko'pchilik bemor (80 foiz)larda 24-48 soatda og'riq to'xtaydi, ahvoli yaxshilanadi, Dorilar bilan davolashdan natija qoniqarli bo'lmasa, jarrohlik usuli (koronar angioplastika-ballonli dilatatsiya, stentirlash yoki aorta koronar shuntlash) qo'llaniladi.

Stenokardiyaning alohida turi (Prinsmetals stenokardiyasi)da nitroglitserin til ostiga, taxsir vaqti uzaytirilgan izosorbid mononitrat 10-40 mg dan kuniga 2-4 mahal, retard xili 40-120 mg dan kuniga 1-2 mahal qo'llaniladi. Sekinlashgan kalsiy kanallari blokatorlari - taxsir vaqti uzaytirilgan nifedipin (10-30 mg dan), verapamil (kuniga 480 mg dan), diltiazem (kuniga 360 mg dan) tavsiya qilinadi. Nitratlar bilan sekinlashgan kalsiy kanallari blokatorlari birga qo'llanilishi ham mumkin. Stenokardiyaning bu xilida adrenergik blokatorlar, amidaron, guanitidin, klonidin ham ijobiy natija berishi mumkin.  $\beta$ -blokatorlar prinsmetal stenokardiyasida tavsiya qilinmaydi, chunki ular og'riqni davomlilikini uzaytirib yuborishi mumkin. Mlini profilaktika qilish maqsadida aspirin beriladi.

0 'T K IR KORONAR SIN D R O M. Yurak ishemik kasalliklari klinik ko'rinishlari stabil stenokardiya, miokard infarkti, miokard infarktidan keyingi kardiosk le ro z aritmiyalari, yurak yetishmovchiligi va to 'satdan o ii m hisoblanadi.

Nostabil stenokardiya k o 'p y illar d av o m id a surunkali stab il (barqaror) stenokardiya bilan o 'tkir miokard infarkti o 'rtasidagi oraliq holatni ifoda etuvchi mustaqil sindrom deb qaralgan.

0 'tkir koronar sindrom (nostabil ste n o k a rd iy a va riv o jlan ish i mumkin b o ig a n miokard infarkti) asosida um um iy bir xil anatomik substrat yotadi.

Patomorfologik, angiografik va biologik tekshiruvlar natijalari k o 'rsa tish ic h a , n o s ta b i l ste n o k a rd iy a va m io k a rd in fark ti b itta patofiziologik jarayonning — yorilgan aterosklerotik pilakcha ustidagi yoki endoteliy eroziyasida sodir bo'ladigan har xil darajada ifodalangan tro m b o z va k e y in g i d is ta l tro m b o e m b o liy a la rn in g tu rli k lin ik k o 'rinishidir. Shu sabab nostabil stenokardiya va rivojlanayotgan miokard infarkti hozirgi vaqtda o 'tkir koronar sindrom termini bilan birlashtiriladi.

Bu terminni klinik amaliyotga kiritilishi avvalambor amaliyot nuqtai nazaridan zarur: birinchidan, bu holatlarni bir-biridan tez ajratish qiyin, ikkinchidan, davolashni erta, oxirgi tashxisot aniqlanguncha boshlash lozim.

0 'tkir koronar sin d ro m i «ish» tashxisi sifatida shifoxonagacha b o 'lgan davrda a n iq la sh bemor va shifokor o 'rtasid ag i eng yaxshi yechim hisoblanadi.

Miokardga kislorod yetkazilishining o 'tkir va o 'rta o 'tkir buzilishi k am ay ish i va o 't k i r k o ro n ar sin d ro m riv o jla n ish i trom boz, vasokonstriksiya v a m i kroem boliyaga olib keluvchi aterosklerotik pilakchani yorilishi bilan bog'liq.

Patologik an a to m iy a si. Miokardning patomorfologik o'zgarishlari har xil bo'lishi kuzatiladi. Nostabil stenokardiya miokardda o'zgarish y o 'qligi yoki har x il darajada ifodalangan nekroz borligi aniqlanishi mumkin. B a'zi bem o r lard a miokardning shikastlangan arteriya qon bilan ta 'm in lay d ig an y erlarida kardiomiotsitlarning fokal nekrozi aniqlanadi.

K lin ik a si. B em o r larn i k o 'krak qafasida ishem iya bilan bog'liq o'ziga xos og'riq bezovta qiladi. Yurak ishem ik kasalligi kechishida qaytalanishining b ir necha xil klinik variantlari tafovut qilinadi: tinch holatda cho'zilgan (> 20 daqiqa) anginoz og'riq, birinchi marta paydo bo'lgan og'ir stenokardiya (Kanada yurak-tomir kasalliklari tasnifiga ko'ra III sinf), m avjud bo'lgan stabil stenokardiya stabiligining buzilishi (avj olib boradigan stenokardiya). Cho'zilib kechuvchi og'riq xurujlari 80 foiz b e m o r lard a , b irin ch i m arta paydo b o 'lgan yoki avj olib boradigan stenokardiya 20 foiz bemorlarda aniqlanadi. 0 'tkir koronar sindrom i atip ik k o 'rin ish lari, ayniqsa, y oshlarda (25-40 yosh) vaqariyalarda (> 75 yoshdan yuqori), qandli diabet kasalligida, ayollarda uchraydi. Nostabil stenokardiyaning atipik k o 'rin ish lari tinch holatda paydo b o 'ladigan o g 'riq n i, epigastral so h a d a bo'ladigan og'riqni, hazm qilishning buzilishlarini, ko'krak qafasidagi sanchiqli og 'riqni, plevra kasalligiga xos o g 'riqni, hansirashning kuchayishini o 'z ichiga oladi.

B em o r um um iy te k s h irilg a n d a , k o 'k rak q a fa s i k o 'rilg a n d a , p a lp a tsiy a q ilin g an d a , a u s k u lta tsiy a d a , y u ra k q is q a r is h son lari o 'lchanganda o'zgarishlar topilm aydi. N ostabil koronar k a s allig in in g E K G dagi ish o n c h li b elg isi ST segmentining siljishi va T tishining o 'zgarishidir. ST segmentini ikki va undan ko'proq qo'shni yo 'nalishlarda > 1 mm dan depressiya bo'lishi va T tishining P tishi yuqori b o 'lgan yo'nalishlarda > 1 mm inversiyasi bo'lish i k asallik n in g k lin ik b e lg ila ri m avjud b o 'lg a n d a nostabil stenokardiya borligi ehtimolini k o 'rsatadi. EKGda oldingi k o 'krak yo'nalishlarida T tishining chuqur simmetrik inversiyasi chap koronar arteriyani oldingi pastga tushuvchi tarmog'ining ifodalangan proksimalstenoz borligini ko'rsatadi. B a 'zida ishemiya xurujlarida Giss tutami oyoqchalarining o'tkinchi blokadalari ko'rinadi. Infarktga xos belgilar bor bemorlarda EKG o'zgarmagan, me'yorida b o iish i o 'tkir koronar sindrom borligini inkor qilolmaydi.

E K G da ST segm entini k o 'ta rilish i koro n ar o k k ly u z iy a sabab m iokard ishem iyasi borlig in i k o 'rsatadi. ST seg m en tin i barqaror ko'tarilishi rivojlanayotgan m iokard infarktga xosdir. ST segmentini o 'tkinchi ko'tarilishi o 'tkir koronar sindromi va ayniqsa, Prinsmetal stenokardiyasi bor bemorlarga xosdir. K o'krak qafasida qaytalangan o g 'riq epizodlari bor vaqtda ST segmentini o 'zgarishlarini aniqlash (yoki inkor etish) yoki og'riqsiz

(soqov) ishemiyani aniqlash uchun ST segmentini holatini ko'p kanalli EKG apparatida monitorlash maqsadga muvofiqdir. Nekroz markerlari bo'lgan T va I yurak troponinlari ko'rsatkichlari oshishi miokard hujayralari nekrozini yurak fermentlari KFK va uning izofermenti MV KFKdan ham ko'ra ko'proq aks ettiradi. Yurak troponinlarining qonida oshishi miokard infarkti boshlangandan 3-4 soat o'tgandan keyin kuzatiladi va ularning sitozolqismining ozod bo'lishi bilan bog'liq. 6-12 soatdan keyin qayta aniqlash kerak. Troponin 1-2 hafta davomida yuqori bo'lishi mumkin va bu qaytalangan infarktni tashxislashni murakkablashtiradi. Troponin va MV KFK dan ilgari mioglobini miqdori oshishi kuzatiladi. Tashxisi. O'tkir koronar sindromni tashxislash uchun: 1. Tinch holatda EKG tekshiruvini o'tkazib va ST segmentini uzoq vaqt ko'p kanalli EKG apparatida nazorat (monitoring) qilish, agar monitorlash mumkin bo'lmasa EKGni tez-tez yozib turish lozim bo'ladi. 2. Mioglobini va KFKni MV fraksiyasining kasallik belgilari yaqin vaqt ichida (6 soatdan kamroq vaqtda) paydo bo'lgan bo'lsa va bemorlarda yaqindagina (2 haftadan kamroq vaqt oldin) sodir bo'lgan miokard infarktidan so'ng qaytalangan ishemiya bo'lsa aniqlanadi. O'tkir koronar sindrom kasallik asosida yotgan koronar aterosklerozni tarqalganligi va ifodalanganligi har xil bo'lganligi sabab turli klinik ko'rinishlari bo'lgan kasallikni o'z ichiga oladi. Bemorda o'tkir "trombotik" xavf darajasi, ya'ni yaqin vaqt ichida miokard infarkti rivojlanishi xavfi borligidan dalolat beradi. Yoshi kattaroq erkaklarda kasallik rivojlanishi va oqibati xavfli bo'lish holatlarini ko'proq uchraydi. Og'ir va uzoq davom etadigan stenokardiya, avval o'tkazilgan miokard infarkti ham yomon oqibatlarga sabab bo'ladi. Avval qayd etilgan chap qorincha faoliyati buzilishi, yurak yetishmovchiligi, arterial gipertenziya va qandli diabet ham xavf omillaridandir. EKG ko'rsatkichlari faqatgina tashxislash uchun emas, balki kasallik oqibatini aniqlash uchun hal qiluvchi rol o'ynaydi. EKGda ST segmenti depressiya bo'lgan bemorlarda koronar asoratlar xavfi faqat T tishining inversiyasi bo'lgan bemorlarga qaraganda yuqori. Tinch holatda olingan standart EKG koronar tromboz va miokard ishemiyasining dinamik rivojlanishi holatini to'la aks ettira olmaydi. Nostabil stenokardiyasi bor bemorlarning uchdan ikki qismida ishemiya epizodlari "soqov" bo'ladilar, demakki, odatdagi EKG yordamida aniqlanmaydi. EKGni 12 standart yo'nalishda uzluksiz kompyuter qo'llab monitirlash perspektiv (ilg'or) usul hisoblanadi. Uzluksiz tekshirilgan dastlabki no stabil stenokardiyasi bor bemorlarda ST segmentini tranzitor siljishi aniqlanadi. Qonda nekroz markerlari — yurak troponinlarining paydo bo'lishi va oshishi miokard infarkti rivojlanishi va o'lim xavfiga sabab bo'ladi. C-reaktiv oqsil paydo bo'lishi esa, asosan, o'lim xavfi borligini ko'rsatadi. EKGda ishemiya rivojlangan paytda chap qorincha devorida lokal gipokineziya yoki akineziya borligi va ishemiya tarqagandan so'ng qisqarish qobiliyatining tiklanishi aniqlanadi. Koronarografiya koronar kasallik borligi va og'irligi to'g'risida muhim ma'lumot beradi. Angiografiya yordamida koronar arteriyada stenozning joylashishi va siqilishi darajasi, tromb borligi aniqlanadi.

Kasallik xavfini baholash uchun tavsiyanomalar:

1. To'g'ridan-to'g'ri trombonik xavf markerlari:
  - a) Ko'krak qafasidagi og'riqlarning qaytalanishi;
  - b) EKGda ST segmenti depressiyasi;
  - d) ST segmenti dinamik siljishlari;
  - e) yurak troponinlari ko'rsatkichining oshishi;
  - f) Angiografiyada tromb.
2. Kasallik asosida yotgan markerlar, ya'ni uzoq vaqtdan keyingi xavf.

Klinik markerlari:

- a) yosh;
- b) anamnezda miokard infarkti;
- d) anamnezda og'ir stenokardiya;
- e) Qandli diabet.

Biologik markerlar:

C-reaktiv oqsil miqdori.

2B. Angiografik markerlar:

a) chap qorincha disfunktsiyasi;

b) koronar kasallikni ifodalanganligi darajasi.

Davolash usullari.

Davolash uchun quyidagi dorilar qo'llaniladi:

1. Antiishemik dorilar.

2. Antitrombotsitar agentlar.

3. Fibrinolitiklar.

4. Koronar arteriyalar revaskulyarizatsiyasi.

Antiishemik dorilar miokardni kislorod ishlatishini (yurak qisqarishi sonlarini kamaytirish, arterial bosimini pasaytirish, chap qorinchaning qisqarishini kamaytirish hisobiga) kamaytiradi. B blok atrolar. Nostabil stenokardiya da blokatorlarni ta'siri reseptorlarni bloklab, miokardni kislorodga bo'lgan ehtiyojini kamaytirishga asoslangan. O'tkir koronar sindrom da blokatorlar atriovenotrikulyar blokadasi bor, bronxial astmada, yurakning chap qorinchasi o'tkir disfunktsiyasi bo'lgan bemorlarga berilmaydi.

Nitratlar. Nitratlar periferik va koronar tomirlarga ta'sir qilib, yurakka yurakda oqib o'tadigan oqimni va venodagi oqimni pasaytirishga asoslangan. Shu sababdan, miokardni kislorodga bo'lgan ehtiyojini pasayadi. Bundan tashqari, nitratlar me'yorida bo'lgan va ateroskleroz bilan shikastlangan koronar arteriyalarini kengaytirib, kollatera! koronar arteriyalarda qon oqimini ko'paytiradi, trombotsitlar agregatsiyasini kamaytiradi.

Nitratlar qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa, o'tkir koronar sindromda vena ichiga yuboriladi.

Kalsiy antagonislari natriy kanalini qon tomirlarini kengaytiradi. B a'zolari atriioventrikulyar o'tkazuvchanlikka va yurak qisqarish soniga to'g'ridan-to'g'ri ifodalangan ta'sir ko'rsatadi.

Kalsiy antagonistlari guruhida kimyoviy va farmakologik xususiyatlari bo'yicha farqlanadigan uchta sinf bor: digidropiridin (nifedipin va unga o'xshash dorilar), benzodiazepin (diltiazem va unga o'xshash dorilar), fenilalkilaminlar (verapamil va boshqalar). Ular bir-biridan vazodilyatatsiya natijasi ifodalanishi darajasi va atriioventrikulyar o'tkazuvchanlikni sekinlashtirishi bo'yicha farqlanadi. Fenilalkilaminlar atriioventrikulyar blokadan, nifedipin va amlodipin diltiazemga nisbatan ko'proq ifodalangan periferik arterial vazodilyatatsiyani chaqiradi. Hamma sinf dorilari bir-biriga o'xshash koronar arteriyalarning kengayishini ta'minlaydi. Kalsiy antagonistlari blokatorlarni qo'llash mumkin bo'lmagan bemorlarda va variant stenokardiya qo'llaniladi. Nifedipin va boshqa digidropiridinlarni bloklab atrolar bilan birga qo'llaniladi. Kalsiy antagonislari chap qorincha faolligini o'zgartirishlari va atriovenotrikulyar o'tkazuvchanlik buzilishlari bo'lgan bemorlarga berilmaydi.

Trombolizatsiya hosil bo'lishini kamaytiradigan va ulami eritadigan trombinni bevosita (girusin) va bilvosita (fraksiyalanmagan geparin yoki kichik molekulali geparin) ingibitorlari, antitrombotsitar agentlar (aspirin, tiklopidin IIb/IIa glikoprotein reseptorlari bloklab atrolari), fibrinolitik dorilar qo'llaniladi.

O'tkir koronar sindromni davolash taktikasi EKGda ST segmenti barqaror ko'tarilgan yoki GIS tutam ichida oyoqchasining "yangi" blokadasi bor bemorlarda tezda reperfuziyani amalga oshirish kerak. Bemorlarda o'tkir koronar sindromi borligiga shubha bo'lsa (EKGda ST segmenti depressiyasi T tishi inversiyasi, T tishi o'zgarmaganiga shubha bo'lsa, EKG o'zgarmagan bo'lsa), davolashni 25-500 mg aspirin, geparin, beta-blokatorlar tavsiya qilishdan boshlash kerak. Ko'krak qafasidagi og'riq davom etayotgan bo'lsa yoki qaytalansa qo'shimcha nitratlar ichishga yoki vena ichiga beriladi. Beta blokatorlarga qarshi ko'rsatmalar bo'lsa, yoki bemor ulami ko'tara olmasa, o'miga kalsiy antagonistlari berish mumkin. Kuzatuv davrining birinchi 8-12 soatida ko'krak qafasi orqasidagi og'riqning qayta tiklanishiga alohida ahamiyat berish va EKGni yozib turish kerak. Gemodinamik nostabillik belgilari paydo bo'lsa (gipotenziya, o'pkada xirillashlar) o'z vaqtida davolash lozim. Miokard ishemiyasini nazorat qilish uchun uzoq vaqt EKGni ko'pkanalli EKG apparatida monitorlash va troponinlarni qayta aniqlash kerak.

### Talabalarning bilim va ko'nikmalarini baholash mezonlari

| Talaba bilimni baxolash mezonlari                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Baxo |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Talaba mavzuning asosiy savollariga to'liq tayorlangan, muloqotda faol qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega. Kasallik etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasi to'g'risida ma'lumotga ega. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llayoladi.                   | «5»  |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga tayorlangan, muloqotda qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega. Kasallik etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasi to'g'risida ma'lumotga ega. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llayoladi.                               | «4»  |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga to'liq tayorlanmagan, muloqotda sust qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyati past. Kasallik etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasi to'g'risida ma'lumotga ega emas. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llash uchun qiynaladi. | «3»  |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga tayor emas, muloqotda qatnashmaydi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega emas. Kasallik etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasini bilmaydi. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llay olmaydi.                                      | «2»  |

#### Mavzu savollari

1. YUIK, stenokardiyaning etiologiyasi.
2. YUIK, stenokardiyaning patogenezi
3. YUIK, stenokardiyaning tasnifi.
4. YUIK, stenokardiyaning klinik manzarasi.
5. YUIK, stenokardiyaning EKG diagnostikasi
6. YUIK, stenokardiyaning davolashning asosiy printsiplari.
7. YUIK, stenokardiyaning kechishi, prognozi.

### 9-mavzu : Qizilungach va oshqozon funksional kasalliklari. Surunkali gastrit.

#### Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mashg'ulot vaqti -6 soat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Talabalar soni : 8-9 gacha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Mashg'ulot shakli                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Amaliy mashg'ulot .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Amaliy mashg'ulot rejasini:</b><br>1. Qizilungach va oshqozon funksional kasalliklari, ezofagitlar, surunkali gastrit kasalligini etiologiyasi, patogenezi, tasnifi, klinikasi, tekshirish usullari, davolash bo'yicha nazariy bilimlarni mustahkamlash.<br>2. Mavzuga oid bemorlar kurasiysi.<br>3. Mavzuga oid vaziyatli masalalar va testlar echish. | <b>Amaliy mashg'ulotning qisqacha annotatsiyasi</b><br>Hozirgi vaqtda Qizilungach va oshqozon funksional kasalliklari, ezofagitlar, surunkali gastrit kasalliklarini o'rganish jo'nda katta ahamiyatga ega, chunki u ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari orasida eng oldingi o'rinlarni, hamda bemor hayoti uchun xafli bo'lgan asoratlar keltirib chiqarishi mumkin. Shuningdek haut uchun muhim bo'lgan ichki a'zolari zararlashga ham sababchi bo'ladi. |

|                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4. Mavzuni mustahkamlash.<br>5. Uyga vazifa.<br>Oshkozon va 12 barmokli ichak yara kasalliklari.                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>O'quv mashg'ulotning maqsadi:</b><br>Talabalarga kasallikning etiologiyasi, patogenezini, klinik simptomlrini, labarator- instrumental diagnostika va rasional terapiy, asoratlar profilacticasini, reobilitatsiyasini o'rgatish. | <b>Maqsadi yoritiladi.</b><br><i>Ta'lim maqsadi</i> – nazariy bilimlarni egallash va mustahkamlash:<br><i>Tarbiyviy maqsadi</i> – shifokorlikka tayyorlashda jahon standartlari talab darajisida mutaxassislikka qiziqishini, masuliyt hissiytlarini shakilantirish, o'z bilim darajasini kengautirishga qiziqishini tarbiylash, deontalogik tarbiy darajasini shakilantirish, amaliy ishni bajarishda ehtiytkorlik, aniqlik va ma'suliytni his etishni shakilantirish.<br><i>Rivojlantiruvchi maqsad</i> - talabalarda mustaqil ficirlashni va mustaqil mulohaza yritishni shakilantirish, talabalarni mantiqiy ficirlashini rivojlantirish. |
| Ta'lim berish usullari                                                                                                                                                                                                               | Multimediya<br>Interaktivusul: <b>“Kim ko'proq kim tezroq”.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Ta'lim berish shakllari                                                                                                                                                                                                              | Jamoaviy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Ta'lim berish vositalari                                                                                                                                                                                                             | O'quv qo'llanma, darslik, ma'ruza matni, kompyuter,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Ta'lim berish sharoiti                                                                                                                                                                                                               | Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Monitoring va baholash.                                                                                                                                                                                                              | Og'zaki nazorat, savol-javob.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

### Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

| Ish bosqichlari va vaqti.                          | Ta'lim beruvchi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Ta'lim oluvchilar                                                                                                       |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tayyorlov bosqichi (10 daqiqa)                     | 1.Auditoriya tozaligini nazorat qiladi<br>2.Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi<br>3.Davomatni nazorat qiladi                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Talabalar                                                                                                               |
| 1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa) | 1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash.<br>2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash<br>3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish                                                                                                                                                                                                                                          | Talabalar                                                                                                               |
| 2 – asosiy bosqich (60daqiqa)                      | 1.Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi.<br><b>"Kim ko'proq, kim tezrok?" ish uyini.</b><br>Ish uchun zarur:<br>1. Mavzu bo'yicha savollar yozilgan kartochkalar ( kartochkalarning soni guruxdagi talabalar soniga teng; xar bir kartochkada 5 tadan savol bor).<br>2. Sekundomer.<br>Ishning borishi:<br>1.O'yin og'zaki tarzda o'tkaziladi<br>2.Talabalar navbat bilan savolli kartochkalarni | Kichik guruhlariga bo'linadilar<br>Tomosha qiladilar<br><br>Qatnashadilar<br>Tinglaydilar va savollarga javob beradilar |

|                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 20 daqiqa<br>20 daqiqa                                                                                    | <p>to`plamdan sug`urib oladilar.</p> <p>3.Xar bir talaba 3 daqiqa davomida kartochkada yozilgan savollar to`plamiga (5) og`zaki javob beradi.</p> <p>4.O`qituvchi to`g`ri javoblar sonini xisoblaydi.</p> <p>5.O`yinda barcha talabalar qatnashadilar</p> <p>6.O`yinning umumiy vaqti - 45 daqiqa</p> <p>7.To`g`ri javoblar berilmagan savollar muxokama qilinadi.</p> <p>8.Talabalarning javoblari quyidagi shaklda baxolanadi:</p> <p>5 ta to`g`ri javob - 100 ball</p> <p>4 ta to`g`ri javob - 80 ball</p> <p>3 ta to`g`ri javob - 60 ball</p> <p>2 ta to`g`ri javob - 40 ball</p> <p>1 ta to`g`ri javob - 20 ball</p> <p>0 ta to`g`ri javob - 0 ball</p> <p>9. Talabalar olgan ball mashg`ulotning joriy baxosini qo`yishida xisobga olinadi.</p> <p>10. Jaridaning pastki bo`sh qismida ish o`yinining o`tkazilganligi xaqida ma`lumot gurux sardorining imzosi bilan belgilanadi.</p> <p>2. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi</p> <p>3. Mavzular asosida berilgan ma`lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag`batlantiradi va umumiy baholaydi</p> |                                                                      |
| 3.Klinikbosqich<br>(15 daqiqa)<br><br>(40 daqiqa)<br><br>(30 daqiqa)<br><br>(20 daqiqa)<br><br>(5 daqiqa) | <p>1. Bemorlarni kuratsiya qilish uchun tayyorlanadi fonendoskop,tonometr maska tayyorlanadi</p> <p>2.Bemordan anamnez yig`ish so`rab surishtirish obektiv ko`ruv fizikal tekshirishlarni o`tkazish</p> <p>3.Kasallik tarixi laborator va instrumental tachlilar natijalari muhokama qilinadi va mavzu bo`yicha xulosalar beriladi.</p> <p>4. Klinik amaliyot bo`yicha bemorlar muhokama qilinadi va mavzu bo`yicha xulosalar beriladi.</p> <p>5. Uyga vazifa beradi</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | So`rab surishtiradi<br>Muloqotda bo`ladi<br>Yozib oladi<br>Tinglaydi |
| Jami:240 minut - 6 soat                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                      |

### **Mavzu bayoni: Surunkali gastritlar.**

Kizilungachning nevrozi juda kup uchraydi. Nevrozlar klinik kartinasiga uxshash, uning diagnostik ahamiyati xamjuda yukoriki, koidadagidek disfagiya, bemorlarning ovkat eishi xoxlamasligi, ozishi, rak yoki yara kasalligiga tez-tez taxmin kilishga undashi bilan xarakterlanadi.

Kizilungachning xamma funksional buzilishlari bemorlarda bir xil shikoyatlarni chakiradi. Ovkatni tula yutaolmaslikda disfagiya, tush orkasida bosilishni sezish, kusish.

Kizilungachning nevrozi

1. Sezuvchi,

2. Xaraktlantiruvchiga bulinadi.

Sezuvchi nevrozlar – tush orkasida ochishish sezgisini parasteziyasi bilan klinik ifodalanadi, ba`zida kizilungachda ovkat lukmasini sezish bilan ifodalanadi. Rentgen va eGDFS normada.

Davolash: brom, mminal bilan nerv – psixik tinchlik berish, olivkali moy bilan kizilungachga surtish.

Odatda kizilungach tanasining xarakat motor nevrozlari spastik xolatga ega kizilungach spazmi, tanasini diffuz kengayishi bilan buladigan kardiospazm, kardiya etishmovchiligi kuzatiladi.

Yutishning buzilishi bilan uzok kurgun spastik kontraktsiya chakiruvchi – kizilungachning spazmi uning yukori yoki pastki kismilarida joylashishi mumkin.

ETIOLOGIYA – nevrapatik konstitutsiya, miningit utkazgan, MNS tosik shikastlanishi, kokshol, strixnin bilan zaxarlanish va b.k.

KLINIKA VA DIAGNOSTIKA. YUtishning imkoni yukligi va ogrikli disfagiya, kurkuvni sezish va yutalish bilan kuzatiladi. YUtishning buzilishi yukolishi mumkin va yana paydo bulishi mumkin – bu esa bemorning psixikasiga yomon ta`sir etadi.

DIAGNOSTIKA – ezofagaskop va rentgen tekshirish.

DAVOLASH: chukurlashtirilgan uzok psixoterapiya, suvli issik muolajalar – vannalar, atropin, papaverin kabi antispastik vositalar bilan diatermiya.

KARDIYA SPAZMI – kardiya axialaziyasi deb xam nomlanadi, kizilungachning idiopatik kengayishi, megaezofagus va b.k. U butun kizilungachning uziga xos diffuz kengayishiga olib keladi va kuprok 30 yoshdan 50 yoshgacha uchraydi.

Patogenez – kardiospazm nerv-mushak apparatining tugma etishmovchiligi bulib, kardiya va kizilungachning uziga xos diskineziyasini keltirib chikaradi, okibatda kardiya yopiladi, birinchi navbatda ezofagus muskulaturasining kuchli kiskarishidan uz navbatida kizilungach kengayadi.

Xozirgi paytda tarkibida eng kup ganglit xujayralari degeneratsiyasi bilan Auerbax chigali intramural shikastlanishi nazariyasi yotadi.

Klinika va diagnostika – ogrik, disfagiya, kekirish. Rentgendan kengaygan kizilungachda kontrast moddaning ushlanishi aniklanadi.

Davolash – adrenalin simpatik nervni ta`sirlaydi, Vagusning antogonsti xisoblanadi. 5-10 ta tomchi kuniga 1 necha marta ovkatdan oldin, atropin va ganglioblakator – kardiya mushak xalkasini turgun kengaytirgan dilyatatorlar tonusini pasaytirish maksadida. 10 Ed insulin – ishtaxani kuzgatish uchun, psixoterapiya – boshida gipnoz bilan.

Operativ davolash miotamiya.

KIZILUNGACHNING ATONIYA YOSA PAREZI uta yuklanishdan, yoki shikastlanganda uchraydi, yoki rekurentes, larinks deftiriyada, bulbar usmalarda, sklerotik va boshka shikastlanishlarda buladi.

Klinika va diagnostika – yutishda ogrikli disfagiya, ayniksa kattik ovkatlarda, suyukliklarni yutishda kiynalish kaysiki kuchli shovkin bilan oshkozonga utuvchi. Rentgen tekshirishda kizilungachning katta kengayishlari aniklaniladi.

Davolash: Kizilungachning atoniya yoki parezini keltirib chikaruvchi asosiy kasallikni davolash, medikamentoz davolash: kafein, strixnin, gal`vonoterapiya.

KARDIYA ETISHMOVCHILIGI – oshkozon bushligida bosimni oshishida ovkat regurgitatsiyasi yuzaga keladi, yara, sil, ezovagit nevrosteniklarida kuzatiladi. Rentgen tekshirishlarda kardiyaning tusiksiz utkazishi aniklanadi.

Davolash:

Utkir ezofagit rivojlanganadi:

a) bir necha infektsion kasalliklardan keyin kaysiki infektsion jarayon yutishda pastki kism'larga tarkalishi mumkin bulgan;

- b) yod jismlar bilan mexanik jaroxatlanishda;  
v) uta sovuk yoki uta issik ovkatlar bilan shillikning ta`sirlanishidan.  
Klinika – disfagiya, tush orkasida ogrik ba`zida kusish.  
Ezofagoskop shillik kavatning giperemiyasini kursatadi.

SURUNKALI eZOFAGIT – venoz dimlanish asosidagi aktinomikozda yara kasalligida sekin, utkir, lekin birlamchi rivojlanishi mumkin.

KORROZIV eZOFAGIT – ta`sirlovchi moddalar, ishqorlar, uksus kislota va b.k. bilan kimyoviy kuyish okibatida rivojlanadi. Korroziv moddalar bukishi, oksillar koagulyatsiyasi bilan kuyishni chikaradi.

Klinika – yutishda kuchli ogriklik tush orkasida kuydiruvchi ogrik, konli, shillikli kusish, temperatura, utkir yiringli mediastenit.

Davolash – parxezli fizioterapevtik, medikamentozli.

SURUNKALI GASTRIT – oshkozon shillik kavatinig surunkali yalliglanishi bulib, strukturasining kayta tuzilishi va sekretor, motor, inkretor funktsiyalarining buzilishi bilan oshib boruvchi atrofiyalanishi bilan xarakterlanadi.

Xozirgi vaktida surunkali gastritning tarkalgan klassifikatsiyasini (1973) kaysini surunkali gastritning A tipi – autumimunli va surunkali gastritning V tip – katta kismi kompilobakteriya bilan infektsiyalanishga boglik – infektsionli turlari kabul kilingan.

Surunkali gastrit A – bu autoimmun gastrit. Kuprok V 12 defitsiti anemiya uchun xarakterli klassik autoimmun kasallik oshkozon shillik kavatidagi koplovchi xujayralarga autoantitello ishlab chikarish bilan namoyon buladi. V 12 – defitsit anemiya bilan boglik bulmasligi xam mumkin. A gastrit turida gastrin ishlab chikaruvchi 6 – xujayralar soni oshadi. Oshkozon shirasida va konda gastritntng oshishi oshkozon shillik kavatinig NS 1 bilan atrofiyalanishini bildiradi. Gastrit produktsiyasi oshishining koida buyicha kayta boglanishi yuk.

Surunkali gastrit V – kuprok pilorik kompilobakteriyalar bilan infektsiyalanishiga boglik. U antral kismini zaralaydi, keyinchalik yundao kismiga jarayon tarkalishi mumkin. V gastritning 2 ta formasi ajratiladi: - kasallikning antral erta boskichi, sekretor etishmovligisiz va diffuz, kechki boskichi sekretor etishmovchiligi bilan.

Surunkali gastrit klassifikatsiyasi (T.YA. Grigor'ev, e.P. Vdovenko (1990)

I. Morfologiya:

1. Surunkali gastrit A tipi.
2. Surunkali gastrit V tipi.

Antral formasi, diffuz formasi.

3. Surunkali gastrit, aralash AQV atrofiyali.

II. Kislota xosil kiluvchi funktsional xolati:

1. Surunkali gastrit yukori va normal sekretsiyasi bilan.
2. Surunkali gastrit sekretsiya etishmovchiligi bilan

1. urtacha

2. umuman

III. Kasallik fazasi –

1. Kuzish.
2. Remissiya

SURUNKALI GASTRITNING KLASSIFIKATSIYA (S.M. Ro'ss. (1974), A.L. Greben' (1981)

1. Etiologik belgisi

A) birlamchi ekzogenli (alimentar zararliklar – alkogol' ichish va chekish, kasb zararliklari),

B) ikkilamchi endogenli – reflektor. Neyroendokrin, toksikometabolik, metabolik.

II MORFOLOGIK BELGISI:

- 1.YUza - atrofiyasiz, bezlar shikastlanishi Bilan
  - 2.Atrofik.
  - 3.Gipertrofik.
  - III. JOYLASHISHI:
    - tarkalgan
    - chegarali
  - IV. FUNKTSIONAL BELGISI:
    - sekretiya saklangan yoki oshgan:
    - sekretiya etishmovchiligi bilan:
    - urtacha ifodalangan.
  - V. KLINIK BELGISI:
    - A) Kompensatsiyali:
    - B) dekompensatsiyali
  - VI. ALOXIDA FORMALARI:
    - rigidli,
    - gigantli,
    - gipertrofik,
    - polipozli,
    - erozivli.
  - VII. SURUNKALI GASTRITNING BOSHKA KASALLIKLARI BILAN BIRGA KELISHI.
- 1990 yil Sidneydagi gastroenterologlar xalkaro kongressida surunkali gastritning quyidagi klassifikatsiyasi kabul kilindi:
- 1.ENDOSKOPIK BULIM: eritematozli ekssulativli gastrit – shillik kavatida dogsimon giperemiya. Silik eroziv gastrit – eroziyalarning kurinishi, atrofik gastrit, ichak metapoaziyasi bulishi mumkin, gemorragik, giperplastik.
  - II. GISTOLOGIK BULIMI: shillik uzgarishlari, yalliglanish tipi, atrofiya aktivligi, kompilobakteriya ishtirokidagi ichak metaplaziyasi baxolanadi.
  - III. TOPOGRAFIK BULIM:
    - antrumda.
    - tanada joylashishi.
  - IV. ETIOLOGIYA- autoimmun kampilobakteriyalar aloxida formasi.

#### ETIOLOGIYA.

Ekzogen faktorlar: ovkatlanish rejimining buzilishi, juda issik, sovuk, mexanik va ximik ta`sirlovchi ovkatlarni iste`mol qilish, chekish, alkogol iste`mol qilish, ovkatni yomon aralashishi, oshkozonni ta`sirlovchi dorilarni uzok iste`mol qilish. Nosteroid yalliglanishga karshi vositalarni, glyukokortikoidlar, silga karshi vositalar kabul qilish. Kasb zararlilari, nerv-psixik stress, ovkat allergiyasi, davolanmagan utkir gastrit.

Endogen faktorlar: korin a`zolari kasalliklari, burun xalkum sur, infektsiyasi, endokrin sistemasi kasalliklari, moddda almashinuvinin buzilishi, podagra, semirish, temir defitsiti, tukima gipoksiyaga olib keluvchi surunkali upka-yurak, ixtiyoriy genezli kon aylanish etishmovchiligi, autointoksikatsiya, ketoatsitozli kandli diabet, SBE, genetik faktr.

#### KLINIKA VA DIAGNOSTIKA,

Surunkali gastrit sekret etishmovchiligi bilan. Ogirlik taranglashish, korin soxasida bugik ogrik, kungil ayrishi, pioreksiya, ogizda yokimsiz xid, sassik kekirish, korin guldurashi, ich ketish, stomatit, soch tukilishi, tilning namlanishi, poli- gipo vitaminoz simptomlari, terining kurukligi, tirnoklarda trofik uzgarishlar, ozish, demping – sindromining kuchsiz ifodasi, kup terlash, sutni yomon utkazilishi, tez-tez pankreatit, ikkilamchi gepatit, xoletsistit, enterokolit. Oshkozon shirasi – bazal sekretiya NCL 0,8 mmol`G`s, maksimal gistaminli sekretiya 10 mmol`G`s gacha. Rentgen tekshirishda shillik kavat rel`efi silliklashgan, tonus va peristal`tikasi sust, oshkozon tarkibi evakuatsiyasining oshishi aniklanadi.

FGDS: shillik kavatning diffuz uchokli yupkalashishi, rangi okligi, konli tomirlar kurishgan xolatda.

## DAVOLASH:

Etiologik davolash, rejimni va ovkatlanish xarakterini, MNSsi funktsional xolatini normallashtirish, kasb zararliliklarini yuqotish, korinadigan kasalliklarini davolanish.

Patogenetik davolash.

1. Oshkozonning uzgargan shillik kavatiga ta'sis etish.
2. Oshkozon sekretsiyasi buzilishini korrupsiyalash.
3. Buzilgan motor funktsiyasini korrupsiyalash.
4. Buzilgan ichak ovkat xazm kilishini korrupsiyalash.

## PATOGENEZ.

### ASOSIY PATOGENETIK FAKTORLAR.

- YAlliglanish jarayoni rivojlanishi bilan oshkozon shilli kavati va bezlarning shikastlanishi.
- Differentsiatsiya jarayoni ustidan proliferatsiya jarayoni ustun bulishi bilan oshkozon epiteliysi regeneratsiya jarayonining buzilishi, SG da xujayralar kotib koladi, tez uladi. Uzining maxsus xususiyatlarini yuqotadi, NS, pepsin ishlab chikarish xususiyatidan maxrum buladi (bezli xujayralar soni kamayadi).
- Prostoglandin metabolizmi va gastrointestinal gormon ishlab chikarilishi buzilishi bilan bogliq bez sekretsiyasining regulatsiya uzgarishi.
- Maxalliy mikrotsirkulyatsiyani buzilishi.
- Oshkozonda duodenal tarkib regulatsiyasining, motor-evakuator funktsiyasi regulatsiyasining buzilishi.
- ONT (JKT) shillik kavati xujayralariga autoantitelo paydo bulishi bilan immunologik buzilishi, HCL ishlab chikarishi SG ning A tipi uchun xos.

## KLINIKA VA DIAGNOSTIKA

Surunkali gastrit normal yoki oshgan sekretsiya, kuyish nordan kekirish, ogirlik. Ovkatlangach korinda bugik ogrik. Ba'zida ochlikda, tungi, kabziyatga moyillik, korinda pal'patsiyada ogrik.

OSHKOZON SHIRASI: HCL bazal sekretsiyasi normal yoki 10 mmol'G's gacha oshgan, maksimal gistaminli seketsiya 35 mmol'G's gacha.

RENTGEN TEKSHIRISH – gipersekretsiya belgilari zichlashgan katlamda bilan shillik kavat rel'ning tarkalgan kayta kurilishi tonus va peristaltikasining buzilishi.

FGDS – kizarish, katamlar gipertrofiyasi, shish, shillik borligi.

## OSHKOZONNING FUNKSIONAL KASALLIKLARI

Organizm biligi va oshkozon funktsiyaning MNS va vegetiv nerv sistemasi bilan uzaro bogliqligidan, funktsional kasalliklar – oliy nerv faoliyati buzilishidan va vegetiv nerv sistemasi buzilishidan kelib chikadi.

Oshkozoning funktsional kasalligi – kuprok boshlangich morfologiya uzgarishlar bilan yoki gastritning ifodalangan klinik simptomlariga asta-sekin utishi bilan yoki yara kasalligi bilan kushilib keladi.

Kuyidagi funktsional xolatlar va oshkozon faoliyatining buzilishi farklanadi:

Gastroptoz.

1. Xarakat funktsiyasining buzilishi motorli nevrozlar, gipoatoniya, gastro yoki pilorspizm xarakat funktsiyasining kuchayishi.
2. Sekretor funktsiyasining buzilishi oshishi yoki kamayishi.
2. Oshkozon dispepsiyasi.

GASTROPTOZ - oshkozonning tushishi – konstitutsion yoki orttirilgan tushishi, bunda katta egrilikning yukori kismini bir necha barmok pastga tushadi.

Ayniksa umumiy vistseropatoz astenik tipdagi kishilar, kuprok kizlar, usmirlar, kup tuguvchilarda uchraydi.

Gastroptoz tushunchasi utgan asr oxirida Glenar mustakil kasalligi sifatida aniklangan edi.

Patogenez - birdan ozish tufayli organlar atrofida yog tuplanishi kamayadi, uni tutib turuvchi boylashlari bushatadi, utiruvchi xayot timsoli, lordoz skolioz borligi, uta ogirlik kutarish, oshkozon tonusining pasayishi okibatida psevdogastroptoz kelib chikadi.

Klinika: tashki tonus va motorika.

Funksional belgilari – ogirlik sezish, va epigastriyning taranglashishi. Korin pastki kismini burtib chikishi, meteorizm, guldurashi, aerofagiya, ovkatdan keyin bosim va tuliklik sezish, kamrok kuyish va nordon kekirishlar bulishi, «Ortostatik sindromga» epigastriyda ogrik, ogirlik kuloklarda shovkin xarakterli. Kelishgan ozgin, baland buyli kishilar ortostatik kollapsa moil buladi. Ozish ba`zida progressiv xarakterda buladi. YOtgan xolatda ballotirlash yuli bilan pal`patsiya kilinganda shaloplash eshitiladi. Glenard gastroptozning diagnostik belgilarini yozadi: vrach orkali bilan tik turgan bemorni kuchoklab, ikki kuli bilan kornini ustini bosadi va birdan kullarini oladi. Xakikiy ptozda bemorlar korin yukorisini bosganda engillik sezadi va tusatdan kullarini olganda ogirlik va ogrik sezadi. Kupincha bemorlar gastroptozda korin aortasining noxush sezgili urushiga shikoyat kiladilar. Bemorlarning kismida giperxlogidriya buladi.

Rentgen - ptoz, rentgenogrammada karmoksimon, xar doim kardiya diaframa ostida odatdan joyida joylashadi. Privratnik va 12 barmok ichak oshkozon tubi bilan bir vaktida tushadi, keyin birmuncha aralashish yuzaga keladi, okibatda 12 barmok ichak piyozchasi uzadi va ulchami oshganligi uchun oshkozon bushatiligi buziladi, ba`zida sust peristal`tika bulishidan ovkat ushlanishi simptomlari asosan ichaklarda bulishi kuzatiladi, kuprok yugon ichak spastik kisilishi kuzatiladi va girlyandsimon osilib turadi.

Gastroptoz kechishi va prognozi – yaxshi, agarda tadbirlar vaktida kilinsa, massani oshirish va massaj, davolovchi mashklar yordamida korin pressini asta-sekin jismoniy zichlash.

Differentsial diagnoz: privratnik stenozi, oshkozon ikkilashchi kengayishi, oshkozon paralichi, dolixo va megagastradan, normal va xarakatganligida, lekin nisbatan yukori joylashgan xolatidan farklash kerak.

Davolash: ovkatlanishning kuchaytirilgan rejimi, maxsus keng elastik bandajlar takishni rekomendaiya kilish.

OSHKOZON XARAKAT FUNKTSIYASINING BUZILISHI – oshkozon funktsiyasining oshishish yo kamayishi bilan xarakterlanuvchi funksional bulishi:

- oshkozonning utkir paralichi yoki oshkozonning utkir kengayishi, bu narkozda yukori doza morfiy yuborilgan korin bushligidagi operatsiyalardan keyin kuzatiladi.

- Oshkozon gipotoniyasi yoki atoniyasi – nerv – mushak apparati kuchsizligi asosida yuzaga keluvchi oshkozonning parez xolati. Pilorostenoz dekompensatsiyasida, operatsiyadan keyin, menstruatsiyadan oldin, kaxeziyada kuzatiladi.

Klinika- oshkozonning burtishi, ogirlik sezish, korin tuliklik, ogrik.

Davolash: yarim och parxezda bir necha kun, yotok rejim. Xolin strixnin preparatlari.

OSHKOZONING SEKRETOR FUNKTSIYASINING BUZILISHI - oshgan gipersekretiya va pasaygan giposekretiya va axlorgidriya kiradi.

- gipersekretiya – ayniksa kechasi krizli, juda kup shirali kusish kuzatiladi.

Klinika: kuchli nordon kekirish, korinda ochishish, tush orkaida agishish, kusish, kungil aynishi, xikichok tutishi, nordon reaksiya kusik massalari.

GIPERSEKRETIYA – ovkatdan keyin, kovurilgan piyozdan keyin, sarimsok, kavatli piroglar, tuzli pishloklardan keyin kuzatiladi. Gipersekretiya xurujli bulishi mumkin, kaysiki, ovkatdan dagal bulganda, psixik jaroxatdan keyin kechkurun kuzatilib, azob beradigan kuyish, kusish bilan kechadi, ba`zida ovoz boylamlarini reflektor spazmi natijasida bugilish xolati kelib chikadi. Bu sindrom yoki paroksizmol gipersekretiya 12 barmokli ichak yara kasalligining bir simptomlaridan xisoblanadi. Diagnostika rentgenografiya, endoskopiya.

Davolash: - 1 A, 1 B stol parxezi, MNS sini tinglantirish – brom, vagolitik preparatlar, atropin, natriy bikarbonat, vismut tuzi v akaliy.

- giposekretsiya yoki axiliya – surunkali gastritning simptomi yoki konstitutsion xarakterda bulishi mumkin. Bez apparatining funktsional pasayishi asosida yoki oshkozon sekretsiasining tuxtashi avitaminoz asosida rivojlanishi mumkin.

Etiologiya – chuchish, kurkov, gam, psixogen faktorlari ma`lum darajada oshkozon sekretsiasining kamayishi. Deyarli xamma infeksiyon kasalliklar oshkozon sekretsiasini kamaytiradi.

Funktsional va organik axiliya farklanadi.

Klinika:- shikoyatlar bulmasligi mumkin, axlorgidrid tulik yukolmaydi, umumiy nevrozga ishlashni xoxlamaslik. Tez charchash, depressiyaga xos xarakterli belgilar. Axiliya asosida rivojlanuvchi ob`ektiv simptomlar kuprok kuzatiladi – juda toza, sillik, kizil til, axiliyada gunterov glossiti, ogiz burchaklarida yoriklar, ogizda achishish, kekirish. Tekshirganda shirasini giposekretsiya, shira shillikka, oksilga bakteriyaning xujayra elementlariga boy, anemiya buladi.

Organik axiliyada rentgenografik tekshirishda kupol rel`ef, donardorlik yoki ma`lum darajada konterining buzilishi, kup poliqlar bulishi uchraydi.

Davolash – kompensatsiya xolatida bemorlar davolanishlari zarur, kaysiki dispeptik buzilishlar, kekirish, kusish, taranglashish sezgisi bilan ich ketish, meva, sabzavotlarni, osillarni parxez kilish, katta mikdor oksillarni birdan kabul kilish mumkin emas – toza sut, gusht, tuxum, surilish va pargolanishini chegaralash kerak.

Kuchsiz sekretsiali kuzgatuvchilar: javxar, sirka, limon shirasi ishtaxani kizgatadiganlar deb kursatiladi.

Tuzning chirilgan dispensiyasida ishkoriya reaksiyaga ega, uglevodni ovkatlarning ochigan dispensiyasida bir kancha vakt oksilli ovkatlarni chegaralsh zarur. Pankreatit va fermentlar kuchli ich ketishi borligida mis, kumir, bur, adsorgen tavsiya kilinadi. Ming yoshlik, romashka kabi oshkozon sekretsiasini kizgatadigan eritmalar tavsiya etiladi.

OSHKOZON DISPENSIYASI – bu funktsional xolat bulib, anik morfologik ifodali uzgarishlari yuk bulganda, kurinishidan oddiy funktsional buzilishi xisoblanadi. Agar buzilish oshkozon kasalligi asosida bulsa-birlamchi dispensiya, agar organik va funktsional kasallik asosida bulsa – ikkilamchi dispensiya buladi.

Ikkilamchi dispensiya – juda eski dispensiya tushunchasi. Gipokrat aytadiki, bu ovatning nuksonli yoki tulikmas aralashishi oshkozon dispensiyasi – ogirlik sezish, asabiy kishilarda oshkozon soxasida ogrik bilan xarakterlanadi. Bu xolatda oshkozon turli xil sekretsia va kislotali oshishi yoki kamayishi, ogrik sezish xolatiga sezuvchanlikni kuzayishi, atoniyaga tushish yoki spazm xolatiga oshkozon motorikasi va tonusining oshishi. evakuatsiyaning oshishish va sekinlashishi.

Klinika - ogrik-ovkatdan keyin va turli xil uzak. Bugik, bexavotirlik sezish bilan, korinda ogir kuchlanishi, proksimal ogrik bilan kechishi, ikkilamchi nevr-vegativ distoniya kuzatilishi mumkin. Kup sulak ajratishi, kul-oyok oxirlarida oshgan issik tulkin paydo bulishi ifodasi bilan tomir reaksiyasi, bradikardiya, ekstrakstoliya va aritmiya.

Davolash – uyku, MNSsini tinchlantirish, trankvilizitorlar, fizioterapiya, parxez, achchik, tuzlangan ovkatlar chegaralanishi, nikotin, alkogolllar man`etish kerak.

### **Surunkali gastrit**

**1. Ta`rifi.** Surunkali gastrit- me`da epiteliyasi regene-ratsiyasining fiziologik buzilishi bilan ifodolanadigan shilliq pardaning surunkali yallig`lanishi, buning nati-jasida parda atrofiyasi, me`daning sekretor, motor, go-xida inkretor faoliyatining o`zgarishi kuzatiladi.

**2. Tarqalishi.** Surunkali gastrit- ko`p uchraydigan kasal-lik, aksariyat erkaklarda. Er kurrasining balog`atga etgan axolisining yarmidan ko`pi mazkur xastalikka chalingan, lekin faqat ulardan 10-15 foizi muntazam ravishda ka-sallik bilan bog`liq bo`lgan shikoyatlarni bayon qiladilar, qolganlarida esa, xastalik belgisiz yoki juda kam belgi (epigastriya soxasida simillovchi og`riq) bilan kuzatiladi.

**3. Tasnifi.** Surunkali gastritning xalqaro Sidney tas-nifi asosida etiopatogenetik tamoil yotadi. etiologiyasi, patogenezi va patomorfologik xususiyatlariga qarab su-runkali gastrit quyidagi tiplarga bo`linadi:

**(1) Autoimmunli** surunkali gastrit (A tipi)- etiologiya-si noma'lum, xastalik a"sosida me`da kislotasi va ichki omil ishlab chiqaruvchi shilliq pardaning parietal xu-jayralariga nisbatan qonda autoantitana xosil bo`ladi. Mazkur xujayralarning atrofiyasi natijasida axlor-gidriya va tashqi omil so`rilishining buzilishi, vita-min V etishmovchiligi anemiyasi rivojlanadi. Lekin uzoq vaqt Davomida me`daning pepsin xosil qilish faoliyati buzilmay saqlanadi. Autoimmunli surunkali gastrit oshqozonning fundal bo`limida (tubida) va tanasida joy-lashadi. Surunkali gastritning A tipiga keskinlashib bo-ruvchi atrofiya jarayonining erta boshlanishi xarakte-rili, yallig`lanish xolati ikkinchi o`ringa o`tadi. Bunda antral bo`limning shilliq pardasi odatda o`zgarmay (in-takt) qoladi. Gipergastrinemiya aniqlanadi.

**(2) Xelikobakterli** surunkali gastrit (V tipi)- surun-kali gastritlar orasida eng ko`p xastalik (80 foizgacha) xeliko bakter pilori (NR) bakteriyasi bilan chaqirila-di, faol yallig`lanish bilan xarakterlanadi va yara ka-salligi patogenezining muxim qismi xisoblanadi. NR-gramm manfiy burama shakldagi bakteriya, me`daning nor-don muxitida yashaydi, antral bo`limi epiteliya xujay-ralarida joylashadi. Oshqozonga tushganda uzoq vaqt saq-lanadi, ko`payadi, epiteliyani shikastlaydi va shilliq pardada epiteliya regeneratsiyasi va metaplaziyasi bilan kuzatiladigan o`ziga xos yallig`lanish rivojlanishiga olib keladigan immun reatsiyasini chaqiradi va oxirida shil-liq pardaning uchoqli atrofiyasi bilan yakunlanadi. Xas-talikning bu turini boshlang`ich davrida asosan me`da-ning antral bo`limi shikastlanadi, lekin vaqt o`tishi bilan, davo qo`llanilmasa, jarayon jadallashuvi nati-jasida yallig`lanish me`daning xamma qismiga tarqaladi (pangastrit), xatto o`n ikki barmoq ichak shilliq parda-siga xam o`tadi, natijada, surunkali xelikobakterli du-odenit (gastroduodenit) rivojlanadi. Surunkali gast-ritning V tipi, A tipidan farqi, yoshlik chog`larida ri-vojlantiradi, bunda me`daning sekretor faoliyati aksa-riyat buzilmaydi, goxida kuchayishi mumkin, me`daning parietal xujayralariga va ichki omilga nisbatan anti-tanalar sodir bo`lmaydi, me`da tanasining shilliq par-dasi o`zgarmagan bo`lishi mumkin, gipoxlorgidriya gi-pergastrinemiyasiz kuzatiladi.

**(3) Surunkali reflyuks gastrit (S tipi)**- kimyoviy-tok-sik tabiatli bo`lib, o`tning oshqozonga tushishi (reflyuk-si) natijasida vujudga keladi. Gastritning bu turi ko`pincha me`da rezektsiyasi oqibatida rivojlanadi. Xelikobakter me`da shilliq pardasiga 3 yo`l bilan joy-lashadi: I- klassik yo`l- shilliqning normal xolatida xelikobakter birinchi galda antral bo`limda joylashadi va ma`lum o`zgarishlarni vujudga keltiradi: limfotsit-lar ko`p shaklli, neytrofilli, soni ko`payadi. Xastalik zo`rayganda patologik jarayon kichik egrilik orqali me`-da tanasiga tarqaladi. II yo`l- mavjud bo`lgan A tipli surunkali gastritda NR oldin me`da tanasi tubida za-rarlangan shilliq pardada joylashadi, keyinchalik ant-rumni shikastlaydi. III yo`l- surunkali gastritning V tipiga A tipi qo`shilib bir-biriga bog`liq bo`lmagan xol-da 2 xastalik kechishi kuzatiladi. Me`daning kislota ishlab chiqarish faoliyatiga qarab su-runkali gastrit 2 turga ajraladi: 1) Oshqozon shirasi-ning kislotaligi oshgan (giperatsidli) va saqlangan (normal) surunkali gastrit: 2) oshqozon shirasi kislotaligi pasaygan (gipoatsidli yoki anatsidli) surunkali gastrit.

**4. Klinik ko`rinishi** xastalikning zo`rayish davrida umu-miy va maxalliy belgilar bilan ifodalanadi. Maxalliy simptomlar orasida me`da dispepsiyasi etakchi o`rinni egallaydi va xar xil ko`rinishda ifodalanadi:

**(1) A tipida** - kekirish, og`izda kakra ta`m sezilishi, ayniqsa ertalab, ishtaxa pasayishi, ovqatlangandan so`ng qorinning yuqori qismida ogirlik va bosim sezish, to`lib ketish xissi, ko`ngil aynishi, qusish bezovta qiladi. Ko`pincha ichak dispyopsiyasi (qorin g`uldirashi, meteorizm, najas ajralishining buzilishi- ich ketish qabziyat bi-lan almashinishi) qo`shiladi.

**(2) B tipida** - taomni iste`mol qilgandan so`ng jig`il-don qaynashi va epigastriya soxasida simillovchi og`riq bezovta qiladi, ich buzilishi, aksariyat, qabziyat bilan ifodalanadi.

Surunkali gastritda bemorning umumiy xolati deyarli o`zgarmaydi, lekin ba`zi xollarda darmonsizlik, tajan-glanish, tana uvishishi, terlash, yurak faoliyati o`zgari-shi (kardialgiya, aritmiya, arteriya gipotoniya-si), aste-no-nevrotik sindrom kuzatiladi. Ko`zdan kechirishda xa-stalikning tashqi belgilari ko`pincha aniqlanmaydi, kam xollarda xazm va so`rilish etishmovchiligi sindromi fa-qat autoimmunli surunkali gastritda va atrofik panga-stritda oriqlash, teri rangi bo`zarishi, gipovitaminov belgilari (og`iz bichilishi, milk qonashi, giperkeratoz tirnoqlarni mo`rtlashib sinishi) bilan kuzatiladi. Til satxi oq yoki oq-sariq karash bilan

qoplangan. Palpatsiya-da qorin odatda yumshoq, goxida ozgina-kepchigan; auto-immunli surunkali gastritda va atrofik pangastritda qorinning yuqori qismida tarqalgan og'riq, xelikobakterli turida esa- piloroduodenal soxada maxalliy og'riq aniqlanadi.

Surunkali gastrit turli xil sekretor va motor-evakua-tor o'zgarishlar bilan ifodalanadi. Me'da kislotasi ajralish darajasi bilan parietal xujayralar miqdori o'rtasida uzviy bog'liqlik aniqlangan. Me'daning sekretor faoliyatini qo'zg'atish maqsadida gistamin (0,025 mgG`kg), pentagastrin (6 mgG`kg) qo'llaniladi. Bunda aniqlanadigan anatsid xolat, me'da polipi va saratonini inkor etgan xolda autoimmunli surunkali gastrit tashxisini qo'yishga imkon tug'diradi.

Rentgenda antral gastritning boshlang'ich davrida shilliq parda qati (burmalari)ning notekis qalinlashgan-ligi, qiyshiq yoki ko'ndalang joylashishi aniqlanadi. Uning tonusi oshgan, peristaltikasi susaygan. Keyin-chalik jarayon jadallashuvi va me'da devorining xamma qatlamlarini shikastlanishi natijasida antral qismg`ning torayishi va kaltalanishi vujudga keladi, peristaltika yo'qoladi, shilliq parda satxi silliqlashadi. Gastroskopiya ba'zan eroziya, petexiyali qontalashlar aniqlanadi.

**5. Tashxisi** - xar xil tipdagi surunkali gastritning tashxisini aniqlashda endoskopik va gistologik tekshirishlar xal qiluvchi ahamiyatga ega. epiteliyalarda masofa-ning xujayralar infiltratsiyasi xarakteri va ifodalanishi, bezlarning atrofiya darajasi va ichak epiteliya-sining metoplaziyasi, NR borligi yoki yo'qligiga qarab surunkali gastritning turi, joylanishi va faolligi aniqlanadi.

**6. Kechishi** odatda uzoq vaqt davom etadi, xastalik zo'rayishi remissiya bilan almashinib turadi. Me'da sekreti kamayganda, jarayonning jadallashuvli kechishida ko'pincha ovqat xazm qilish kompensatsiyasi buziladi, ich surishi (oriqlash, gipovitaminoz) qo'shiladi.

**7. Davosi.** Surunkali gastrit bilan og'rigan bemorlarni davolashda kasallik turini va ogirlik darajasini, klinika bosqichini, me'daning sekretor va motor-evakuator faoliyati xususiyatlarini e'tiborga olish lozim. Bemor chekishga va alkogolga chek qo'yishi kerak.

#### **a. Parxez taomlar.**

Surunkali gastritni davolashda parxez ovqatlarni is-te'mol qilishlik kasallikning zo'rayishi davrida sekretor buzilishining tabiatidan qat'iy nazar me'da shilliq pardasini avaylash tamoyiliga (printsipiga) asoslanadi: oz-oz, tez-tez (5-6 marta) ovqatlanish buyuriladi; taom me'yoriy xaroratda, mexanik yaxshi tayyorlangan bo'lishi kerak (pyure, shilliq sho'rva, buglangan kotleta). Me'da shilliq pardasini keskin ta'sirlovchi taomlar (sho'r, achchiq, dudlangan, qovurilgan go'sht, baliq, o'tkir ziravorlar, sirka) ovqatlanishdan olib tashlanadi. Sekretor etishmovchiligi bo'lgan bemorlarga ichakda achish ja-rayonini chaqiradigan oziq-ovqatlarni (sut, uzum, qovun) iste'mol qilishlik man qilinadi. Me'da shirasi ko'p ajraladigan xolatda sokogon ichimliklarni (pivo, gazli suv, kofe), ekstrakt moddalarga boy bo'lgan ovqatlarni (go'sht va baliq qaynatma sho'rvasi) iste'mol qilishlik chekla-nadi. Me'da o'tkir yallig'lanish jarayoni so'nishi davrida parxez taomlarni buyurishda me'daning sekretor faoliyatini xisobga olish kerak. Surunkali gastritning xamma turida xam iste'mol qilinadigan ovqat tarkibi-da etarli miqdorda oqsil, yog` va vitaminlar bo'lishini ta'minlash kerak. Surunkali gastritning A turi bilan og'rigan bemorlarga yallig'lanishni yo'qotilishi borasida oshqozonni mexanik avaylaydigan va ta'sirlovchi ovqat bilan fundal bezlarni kimyoviy stimullovchi (kuchaytiruvchi) parxezga o'tkaziladi. Ratsionga kofe, kakao, go'sht, baliq va sabzavot qaynatma sho'rvalari qo'shiladi, qatiq, kefir, tvorog, pishloqni iste'mol qilishlik tavsiya qilinadi. Davo kursi tamom bo'lgach bemorlarga tarkibi oqsil va vitaminlarga boy bo'lgan sifatli taomlarni is-te'mol qilishlik buyuriladi.

#### **b. Farmakoterapiya. (a) Xelikobakterli surunkali gastrit davosi:**

(1) antibakterial dorilar bakteriyalarni yo'qotish-ga, gastrit rivojlanishini to'xtatishga va xastalik belgilarini tugatishga qaratilgan: De-nol (1-2 tab-letkadan 3 maxal ovqatlanishdan 30 daqiqa oldin), tinidazol, trixopol (0,25 dan 4 maxal 10-14 kun) yoki furazolidon (0,1 g dan 4 maxal 2 xafta) bilan birga-likda qo'llaniladi.

(2) **Antixolinergik moddalar** - og'riq va dispepsiya buzilishlarida periferik ta'sirga ega: in'ektsiyada metatsin (0,1 foizli eritmadan 1 ml), platifillin (0,2 foizli eritmadan 1-2 ml), gastrotsepin (0,01 foizli eritmadan 1 ml); ichishga ovqatlanishdan 15-30 daqiqa oldin kuniga 2-3 marta 2-3 xafta mobaynida metatsin (0,002 g), platifillin (0,005 g), gastrosizen (0,04g), gastrotsepin (0,025 g) buyuriladi.

**(3) O`raboluvchi va burishtiruvchi dorilar** - alma-gel, almagel A (1-2 miqdoriy qoshiqda ovqatlanishdan yarim soat oldin), fosfalyugel (16 ml ovqatlanishdan oldin), vikalin yoki vikair (1-2 tabletkadan ovqat-langandan 1,5-2 soat o`tgach 3 maxal va tunda).

**(b) Autoimmunli surunkali gastrit davosi.**

**(1) O`rinbosar terapiya** - 1 osh qoshiq me`da shirasi yoki 1-2 tabletkada atsidopepsin yarim stakan qaynatil-gan iliq suvda aralashtirilib ovqat bilan birga is-te`mol qilinadi.

**(2) YArim ferment preparatlari:** abomin, festal, di-gestal, panzinorm, mezin-forte, pankurmen 1 tab-letkadan 3 marta ovqatlanish o`rtasida yutiladi.

**(3) Me`da sekretor faoliyatini kuchaytirish** maqsa-dida fosfodiesteraza faolligini ingibirlovchi (pa-saytiruvchi), tsAMF ni parchalovchi **eufillin** (1 tab-letkadan kuniga 3 marta ovqatlanishdan 20-30 daqiqa oldin) beriladi.

**(4)** Mikrotsirkulyatsiyani, oqsil ajralishini va repa-rativ jarayonlarni kuchaytirib, me`da shilliq par-dasi trofikasini yaxshilovchi dori moddalar qo`lla-niladi: nikotin kislotasi preparatlari (nikotina-mid, nikoshpan, komplamin 1 tabletkadan, metilura-tsil 0,5g dan, askorbin kislotasi 0,2 g dan 3 maxal ovqatdan keyin), solkyuseril (2-5 ml dan mushak ora-siga kuniga 1-2 marta).

**(5) Dispepsiyaga qarshi** - metaklopramid (tserukal, reglan - tarkibida 10 mg bo`lgan 2 ml eritmani kuniga 2 marta mushak orasiga), sulpirid (eglonil, dogmatil - 5 foizli eritmadan 2 ml mushak orasiga yoki ichishga 50-100 mg kuniga 2-3 marta).

**(6)** Og`riqqa qarshi spazmolitiklar: no-shpa (2 foizli eritmadan 2 ml mushak orasiga yoki ichishga 0,08 g dan kuniga 2-3 marta), galidor (2,5 foizli eritmadan 2 ml mushak orasiga yoki ichishga 0,1-0,2 g dan 2-3 marta).

## AMALIYOTDAN MISOLLAR:

Poliklinikaga 42 yoshli bemor kelib bir yildan buyon oshkozini soxasida ogrik sezishdan, ba`zi ovkatlarni iste`mol kilganda kuchli zarda kaynashidan shikoyat kiladi. Keyingi 3-4 kun ichida ertalab va kechkurun oshkozoni soxasida kuchli ogrik bulishidan kiynalayotganini aytgan. Ish kobiliyatini yukotmagan. Ogrik iste`mol sodasi ichagandan va ovkat egandan keyin bosilgan. Ba`zan kechasi turib ovkat egan. Vazni sezirarli darajada kamaygan.

### Vaziyatli masala

1. Bemor, 35 yosh, to`sh ortidagi achishish xissiga, ovqatni yutayotganda og`riqqa, jig`ildon qaynashiga, oldinga engashganda va gorizontal xolatda qayt qilishga shikoyat bildiradi. Ob`ektiv: to`ladan kelgan. Tili nam, karashlangan. qorin pal`patsiyada yumshoq, og`riqsiz. Jigar va taloq kattalashmagan. Ich kelishi regulyar.

I.Sizning diagnoz:

A.surunkali giperatsid gastrit

B.oshqozon yara kasalligi

V.surunkali ezofagit\*

G.surunkali gipoatsid gastrit

II. Tashxisni tasdiqlash uchun qanday tekshiruv o`tkazish kerak:

A.EGDFS\*

B.me`da-ichak trakti rentgenoskopiyasi

V.UTT

G. me`da shirasi taxlili

2. Bemor K., 25 yoshda, klinikaga yutishning qiyinlashuviga, ovqat egandan 10-15 minut so`ng qayt qilishga, to`sh ortidagi ogriklarga shikoyat qilib keldi. Disfagiya belgilari stressdan keyin boshlanadi. MIT bariy bilan rentgenoskopiyasida kontrast moddaning o`tishi qiyinlashuvi kuzatiladi. Och qoringa me`daning to`laligi, qizilo`ngachning kengayishi va S – simon qiyshayishi aniqlangan. Ob`ektiv: MIT patologiyasi aniqlanmagan.

I. Sizning diagnoz:

A. kardiya axalaziyasi

B. ezofagospazm\*

V. qizilo'ngach distal qismining chandiqli strikturasi

G. surunkali ezofagit

II. Sizning davolash taktikangiz:

A. pnevmokardiodilyatatsiya

B. xirurgik davo

V. spazmolitiklar\*

G. vitaminlar.

3. Bemor R., 28 yosh, yutish qiyinlashuviga, ovqat egandan so'ng, psixoemotsional zo'riqishdan so'ng to'sh ortidagi siqilish xissiga shikoyat qiladi. Bu belgilar o'z-o'zidan yoki iliq suyuqlik ichilgandan so'ng yo'qoladi. eKG da patologiya yo'q. MIT rentgenoskopiyasida "shtoporsimon qizilo'ngach" (Barshon-Teshendorf sindromi) aniqlanadi.

I. Sizning tashxis:

A. ezofagospazm\*

B. kardiya axalaziyasi

V. surunkali ezofagit

G. ezofagit

II. To'g'ri davolash taktikasini tanlang:

A. antibiotiklar, spazmolitiklar

B. spazmolitiklar, sedativ vositalar\*

V. sedativ vositalar, anal'getiklar

G. sedativ vositalar

4. Bemor R., 25 yoshda. Vrachga ovqat qabul qilgandan 1 necha minut o'tgach xanjarsimon o'siq ostidagi og'riqlarga, nordon kekirishga, jig'ildon qaynashiga shikoyat qilib keldi. Bemorni so'rab-surishtirganda uning jaxldorligi, psixoemotsional labilligi aniqlangan. Ob'ektiv: bemor astenik tana tuzilishiga ega. YUrak tonlari bo'g'iqlashgan, taxikardiya. Pul's labilligi bor. qorin yumshoq, epigastriy soxasida og'riqli. Ich kelishi ich ketishi bilan almashinib turadi. Me'da shirasi analizida kislotalik oshgan. MIT rentgenoskopiyasida gipertonus, segmentlanuvchi peristal'tika, pilorospazm aniqlanadi.

I. Sizning tashxis

A. surunkali giperatsid gastrit

B. giperstenik tip bo'yicha oshqozon funktsional buzilishi\*

V. oshqozon yara kasalligi

5. Bemor S. 28 yoshda, shikoyatlari: epigastral soxada ogirlik, ayniksa yogli va kovurilgan ovkatdan so'ng, kekirishga, ishtaxa pasayganiga. Bemor ikki yildan beri kasal. Ob'ektiv: umumiy axvoli nisbatan qoniqarli. Teri shilliq qavatlari okimtir. Tili kul rang, okimtir karash bilan koplangan. Korin paypaslab kurilganda epigastral soxasida og'riq aniqlandi.

I. Taxminiy tashxis kuying:

A. surunkali gastrit A tipi\*

B. surunkali gastrit V tipi

V. surunkali gastrit S tipi

G. gastroduodenit

D. reflyuks ezofagit

II. Davolash rejangiz:

A. parxez, atsidinpepsin\*

B. pirimidin katori preparatlari

V. antatsidlar

G. xolinoblokatorlar

D. metronidazol

6. Bemor shifoxonaga epigastral soxasidagi og`riqqa, ko`ngil aynashiga, nordon kekirishga, jigildon kaynashiga shikoyat qilib keldi. Bemor o`zini 3 yildan beri kasal, kasalligini vaktida ovkat emasligidan deb biladi.

I. qaysi kasallik xaqida so`z bormokda:

A. surunkali gastrit V tipi\*

B. autoimmun gastrit

V. surunkali gastrit S tipi

G. gastroduodenit

II. Davolash rejangiz:

A. ranitidin, platifillin, solkoseril\*

B. atsidinpepsin, betatsid

V. metronidazol, mezim-forte

G. pirozalon katori preparatlari

D. yalliglanishga karshi nosteroid dori vositalari

7. Bemor oshkozon shirasini naxorda tekshirilganda kup mikdorda xira shilliq aniqlandi.

Kechkurungi ovkat koldiklari xam bor.

I. Bu xolat qanday kasallikda uchraydi:

A. surunkali gastrit A tip\*

B. surunkali gastrit V tip

V. 12-barmoq ichak yara kasalligi

G. me`da yarasi

D. surunkali gastrit S tip

II. qaysi parxez stolini tavsiya qilish kerak?

A. №4

B. №5

V. №1\*

G. №6

8. Bemor me`da shirasini naxorda tekshirilganda ko`p mikdorda shilliq aniqlandi, eGDFSda me`da shilliq qavatining atrofiyasi, burmalarining silliqlashganligi va ozgina qizarganligi aniqlandi.

I. Bu xolat qaysi kasallikda uchraydi:

A. autoimmun gastrit\*

B. surunkali gastrit V tipi

V. surunkali gastrit S tipi

G. gastroduodenit

D. reflyuks gastrit

II. qaysi parxez stolni qo`llash lozimi?

A. №1\*

B. №4

V. №6

#### **AUDTORIYAGA SAVOLLAR:**

1. Surunkali gastrit oshkozon va kizilungachning funktsional kasalliklariga olib keluvchi sabablar qanday?

2. Surunkali gastrit oshkozon va kizilungachning funktsional kasalliklarini davolash.

Surunkali gastrit kasalligini qisqacha ta`rifi.

Surunkali gastrit kasalligini etiologiyasi.

Surunkali gastrit kasalligini patogenezi.

Surunkali gastrit kasalligini tasnifi.

Surunkali gastrit kasalligini klinikasi.

Surunkali gastrit kasalligini qiyosiy tashxisi.

Surunkali gastrit kasalligini asoratlari.  
 Surunkali gastrit kasalligini davolashning asosiy printsiplari.  
 Surunkali gastrit kasalligini kechishi, prognozi.

| Talaba bilimini baxolash mezonlari                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Baxo |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Talaba mavzuning asosiy savollariga to'liq tayorlangan, muloqotda faol qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega. Kasallik etiologyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasi to'g'risida ma'lumotga ega. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llayoladi.                    | «5»  |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga tayorlangan, muloqotda qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega. Kasallik etiologyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasi to'g'risida ma'lumotga ega. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llayoladi.                                | «4»  |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga to'liq tayorlanmagan, muloqotda sust qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyati past. Kasallik etiologyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasi to'g'risida ma'lumotga ega emas. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llash uchun qiyinaladi. | «3»  |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga tayor emas, muloqotda qatnashmaydi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega emas. Kasallik etiologyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasini bilmaydi. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llay olmaydi.                                       | «2»  |

## 10-mavzu : Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalliklari

### Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mashg'ulot vaqti -4 soat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Talabalar soni : 10-12 gacha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Mashg'ulot shakli                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Amaliy mashg'ulot .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Amaliy mashg'ulot rejasini:</b><br>1.Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligini etiologyasi, patogenezi, tasnifi, klinikasi, tekshirish usullari, davolash bo'yicha nazariy bilimlarni mustahkamlash.<br>2. Mavzuga oid bemorlar kurasiysi.<br>3. Mavzuga oid vaziyatli masalalar va testlar echish.<br>4. Mavzuni mustahkamlash.<br>5. Uyga vazifa. | <b>Amaliy mashg'ulotning qisqacha annotatsiyasi</b><br>Hozirgi vaqtda Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalliklarini o'rganish jo'nda katta ahamiyatga ega, chunki u ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari orasida eng oldingi o'rinlarni, hamda bemor hayoti uchun xafli bo'lgan asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin. Shuningdek haut uchun muhim bo'lgan ichki a'zolarni zararlashga ham sababchi bo'ladi. |
| <b>O'quv mashg'ulotning maqsadi:</b><br>Talabalarga kasallikning etiologyasi, patogenezi, klinik simptomlarini, laborator- instrumental diagnostika va rasional terapiya, asoratlarni profilaktikasini, reabilitatsiyasini o'rgatish.                                                                                                                       | <b>Maqsadi yoritiladi.</b><br><i>Ta'lim maqsadi</i> – nazariy bilimlarni egallash va mustahkamlash:<br><i>Tarbiyaviy maqsadi</i> – shifokorlikka tayyorlashda jahon standartlari talab darajasida mutaxassislikka qiziqishini, mas'uliyat hissiyatlarini shakillantirish, o'z bilim darajasini kengaytirishga qiziqishini tarbiyalash, deontologik tarbiya                                                         |

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                          | darajasini shakilantirish, amaliy ishni bajarishda ehtiytkorlik, aniqlik va ma`suliytni his etishni shakilantirish.<br><i>Rivojlantiruvchi maqsad</i> - talabalarda mustaqil ficirlashni va mustaqil mulohaza yritishni shakilantirish, talabalarni mantiqiy ficirlashini rivojlantirish. |
| Ta'lim berish usullari   | Multimediya<br>Interaktivusul: <b>“Uch bosqichli intervyou”</b> .                                                                                                                                                                                                                         |
| Ta'lim berish shakllari  | Jamoaviy                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Ta'lim berish vositalari | O'quv qo'llanma, darslik, ma'ruza matni, kompyuter,                                                                                                                                                                                                                                       |
| Ta'lim berish sharoiti   | Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Monitoring va baholash.  | Og'zaki nazorat, savol-javob.                                                                                                                                                                                                                                                             |

### Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

| Ish bosqichlari va vaqti.                                                               | Ta'lim beruvchi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Ta'lim oluvchilar                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)                                                           | 1.Auditoriya tozaligini nazorat qiladi<br>2.Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi<br>3.Davomatni nazorat qiladi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Talabalar                                                                                                            |
| 1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (5 daqiqa)                                       | 1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash.<br>2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash<br>3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Talabalar                                                                                                            |
| 2 – asosiy bosqich (20 daqiqa)<br><br>10 daqiqa<br>10 daqiqa                            | 1.Talabalarni kichik guruhlar bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi.<br><b>“Uch bosqichli intervyou”</b> .<br>Xar bir talaba berigan rollarni bajardi va ularni ishlari ekspet va talabalar tomonidan baholanadi. Bunda talabalarning nazariy bilimlari amaliytda sinaladi.<br>1. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi<br>2. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi | Kichik guruhlar bo'linadilar<br>Tomosha qiladilar<br><br>Qatnashadilar<br>Tinglaydilar va savollarga javob beradilar |
| 3.Klinik bosqich (15 daqiqa)<br>(40 daqiqa)<br>(30 daqiqa)<br>(20 daqiqa)<br>(5 daqiqa) | 1. Bemorlarni kuratsiya qilish uchun tayyorlanadi fonendoskop, tonometr maska tayyorlanadi<br>2.Bemordan anamnez yig'ish so'rab surishtirish obektiv ko'ruv fizikal tekshirishlarni o'tkazish<br>3.Kasallik tarixi laborator va instrumental tahlillar natijalari muhokama qilinadi va mavzu bo'yicha xulosalar beriladi.<br>4. Klinik amaliyot bo'yicha bemorlar muhokama qilinadi va mavzu bo'yicha xulosalar beriladi.                                                   | So'rab surishtiradi<br>Muloqotda bo'ladi<br>Yozib oladi<br>Tinglaydi                                                 |

|                         |                       |  |
|-------------------------|-----------------------|--|
|                         | 5. Uyga vazifa beradi |  |
| Jami:160 minut - 4 soat |                       |  |

### **Mavzu bayoni:Oshqozon va un ikki barmok ichakning yara kasalligi.**

Oshqozon(me`da) va un ikki barmok ichakning yara kasalligi- tsikl bilan davom etadigan surunkali kaslik bulib, oshqozon va un ikki barmok ichakda yara paydo bulishi bilan yuzaga chikadi.

Kasallik oshqozon va un ikki barmok ichak ish faoliyatining neyro gumoral va endokrin boshkarilinishining buzilishi tufayli paydo buladi. SHu sababli oshqozon shirasida pepsin va xlorid kislota kupaygani xolda undagi shillikning ximoya kilish xususiyati pasayadi va yara paydo bulishiga olib keladi. Bu kasallik xar xil eshda, ayniksa, 30-40 eshda axolining 5% da kup uchraydi. SHaxarliklar bu kasallik bilan kishlokdagi axoliga nisbatdan kup ogriydilar. erkaklarda bu kasallik aellarga nsibatan kup uchraydi(ayniksa un ikki barmok yarasi kasalligi).

**Etiologiyasi:** Kasllikning kelib chikish sabablari kup bulganligidan (40 tagacha) bu kasallik polietilogik xisoblanadi. Bular 2 ta katta guruxga bulinadi: asosiy va erdamchi sabablar. Asosiy sabablarga doir bir necha nazariyalar mavjud: A)mexanik nazariya: kattik, dagal, achchik,shur, emon.

CHaynalgan ovkatning oshqozon shillik kavatiga mexanik ta`siri natijasida yara paydo buladi.

V) nevrogen nazariya: asabiy-ruxan charchash, utki rva surunkali ruxiy kechinmalar, barotravma, bosh miyaning jaroxatlanishi tufayli oshqozon va 12 barmok ichak faoliyatining buzilishi natijasida yara paydo buladi;

D) peptik nazariya: bunga asosan oshqozon shirasida xlorid kislota va pepsin kupayada, shu bilan bir katorda oshqozon shirasidagi shillikning ximoya kilish xususiyati kamayib uz-uzini xazm kilishi kuzatiladi; E) infektsion nazariya: 1982 yilda aniklangan spiralsimon bakteriya xelikobakter pulori ning oshqozonda yara xosil bulishida ishtirok etishi ilmiy tekshirishlarda isbotlandi.

#### **Erdamchi sabablar:**

4. odamning tuzilishi va irsiy xususiyatlari, oshqozonda erdamchi shillik bezlarning kupayishi,kon gruppasi, aloxida xususiyatlari.

5. Tashqi sharoit ta`siri(namlik, havo bosimi, harorat).

6. Tamaki chekish va ichkilik ichish.

qushimcha kasalliklar(ovqat hazm qilish yuli kasalliklari, jigar tsirrozi va boshqalar.

**Kasallikning rivojlanishi.** Kasallikning rivojlanish jarayoni yaxshi urganilmagan.Har xil sabablar (asosiy va yordamchi sabablarning birgalikdagi ta`siri) natijasida miya qobig`i va gipotalamo – gipofiz tizimi faoliyatidagi uzgarish(kortikoliberinni kup ishlab chiqarish natijasida gipofizda AKTG gormonini ishlab chiqarish kupayishi) natijasida vegetativ nerv tizimi parasimpatik qismining faolligi oshadi.

Vagotoniya oshqozon va 12 barmoq ichak harakatini uzgartiradi va oshqozon shirasini oshiradi.Bu sabablar tananing irsiy-konstitutsional xususiyatlari bilan birga (oshqozon shirasi shirasi ishlab chiqaradigan hujayralarning kupayishi) kislota-peptik faoliyatining oshishiga olib keladi. Bunga buyrak usti bezining kortizol ishlab chiqarishi oshishi natijasida gastritning kupayishi(gipofiz oldingi bulagi faoliyatining oshishi oqibatida) ham sabab buladi.YAna buyrak osti bezi faoliyatining uzgarishi oshqozon shilliq pardasining kislota-peptik ta`siriga qarshilik faoliyatini pasaytiradi, buning natijasida shilliq pardaning regeneratsiya faoloyati pasayadi, shilliq kam ishlab chiqarilishi natijasidda shilliqning xususiyati buziladi.Oshqozon harakatining buzilishi 12 barmoq ichak yarasida uning ovqat moddalaridan bushashining tezlashishi oshqozonda kup miqdorda nordon suyuqlikning 12 barmoq ichakka tushishiga olib keladi.

Oshkozon yarasi kasalligida xarkat va evakuatsiya faoliyati buzilishi natijasida oshkozondagi ovkat evakuatsiyasining pasayishi va 12 barmok ichak bushligidagi ovkat moddalarining oshkozonga utishi kuzatiladi. 12 barmok ichak yarasida oshkozonning kislota peptik faoliyatining oshishi va bushalishi tezlashishi axamiyatli bulsa, oshkozon yarasida esa regenerativ faoliyatning susayishi, oshkozon bushashishining sekinlashuvi sababli shillik moddasi ximoya faoliyatining susayishi katta axamiyatga ega.

**Patologik anatomiyasi.** Oshkozon va 12 barmok ichakdagi yaralar katta (diametri 6-8 sm gacha, gagant) va kichik (0,5-1,0sm gacha) bulishi mumkin. 12 barmok ichak yaralari kupincha kichik buladi. YAra bita eki bir nechta bulishi, yangi yara enida eski yaradan chandik kuzatilishi mumkin. YAaralar oddiy va kalliezli bulishi mumkin. Oddiy yaralar katta bulmagan, chetlari tekis, sillik buladi va bunday yaralar nisbatan kiska vakt ichida chandiklanadi. Kaliezli yaralar katta, chetlari kupol va kutarilgan buladi. Bunday yaralar tez chandiklanmaydi va kupincha usmaga aylanishi mumkin. Patologik anatomiyasida oshkozon va 12 barmokli ichakning yara kasalligi asoratlari (konaetgan kon tomir, perforatsiya, pentiratsiya, 12 barmok ichak stenoz iva malignizatsiyasi) aniklanishi mumkin.

**Kasallik turlari:**

6. klinik-morfologik belgilariga karab: oshkozon yara kasalligi va 12 barmok ichak yara kasalligi

7. yaraning joylashishiga karab: me`daning kirish kismida, chikish kismida, kichik egrilik soxasida, katta egrilik soxasida, 12 barmok ichak soxasida v.x.

8. kasallikning kechishiga karab: katyrtalanishi, pasayib kayrtalanishi, pasayishi.

9. kasallikning ogir engilligiga karab: engil kechadigan, surunkali(uzgarmaydigan), kuchayib boardigan bulshi mumkin.

Engil kechadigan turida oshkozondagi yara kichik va chukur bulmay, kam kayrtalanadi, asorati bulmaydi. Dorilar bilan davolash 1 oydan sung natija berali.

Surunkali kechishida davoning natijasi kamrok, 1 chi yilinig uzida kayrtalanishi mumkin.

Kuchayib boradigan turida davolash natijasi juda xam past asoratar buladi, tez-tez kayrtalanadi.

10. kasallik asoratli asoratsiz bulishi mumkin.

**Asoratlari.** Oshkozondan kon ketishi, penitratsiyabulib, oshkozonning perforattsiyasi, usmaga aylanishi, oshkozon va 12 barmok ichak stenoz.

**Kasallik belgilari** Ba`zida kasallik belgilarisiz kechadi v tasodifan rentgenda eki endoskopik tekshirishda aniklanadi. Ba`zi xolarda kasallik asoratlarining yuzaga kelishi (oshkozon perforattsiyasi, konashi) me`da yara kasalligi mavjudligi xakida uylashga majbur kiladi. SHunga karamasdan, kup xollarda kasallikning kechishiga xo asosiy belgilari mavjud. Asoratlanmagan yara kasalligining asosiy beligisi ogrikdir. Kup bemorlarda me`da soxasidagi ogrik kuchli, kesuvchi, sanchikli bulsa, ba`zilarini kuchsiz va sikuvchi ogrik bezovta kiladi. Ogrik belgisining ifodalanlanligi yaraning chukurligiga, me`da xarakat faoliyatining buzilish darajasiga bemorning uziga xos sezuvchanligiga boglik. Ogrik belgisining paydo bulishi mavsumiy bulib, baxor va kuz oylarida kuprok kuzatiladi. Bu davrda kasallik kuprok kayrtalanadi.

Kup bemorlarda me`da eki 12 barmok ichak soxasida ogrik bezovta kiladi. Ogrik xuruji davrida bemorlar majburiy xolatni (korniga etib, oeklarini korin tomonga bukib, odinga engashib) egallashga xarakat kiladilar va bunda ogrikning biroz pasayishiga erishadilar.

YAra kasalligida ogrik ma`lum darajada takrorlanib, kuninng turli vaktlarida kuzatiladi va ogrik ovkatlashga xam boglikdir. Ovkatlanish bilan boglik ogrikning erta, kech, och koringa va tungi turlari kuzatiladi. Ovkatlanishdan keyin kiska muddatda (20-3dakikada) paydo buladigan erta ogriklar me`da yara kasalligiga xos. Och koringa bezovta kiladigan, tungi va kech (ovkatlanishdan 1- ½ -3 soat utkach paydo buladigan) ogriklar 12 barmok ichak yara kasalligiga xos bulib, ovkatlanish ogrikning pasayishiga olib keladi. Natriy gidrokarbonat va boshka antatsit dorilarni kabul kilish xam ogriklrani kamaytiradi.

Kursatilgan ogrikning takrorlanishi kasallikning asoratlanmagan turiga xos. YAra kasalligi surunkali gastrit, surunkali duodenit, xolitsistit eki pankreatit bilan birga kechgnda, ogrik yukoridagi takrorlanishini yukotib, doimiy eki erta ogriklar rivojlanadi. SHu bilan birga, yara kasalligining ogriksiz turi mavjudligini xam edda saklash lozim.

YAra kalligidagi ogrik kator dispeptik belgilar: kungil aynishi, kusish, jigildon kaynashi, kekirishi va kabziyat bilan kechadi. YAra kasalligi bilan ogrigan bemorlarda ishtaxa yukolmaydi, ammo ovkatlanish bilan doimimy takrorlanuvchi ogrik tufayli bemorlar ovkatlanishdan kurkadilar. SHu sababli, kasallik kaytalanish davrida bemorlar yana xam ozib ketadilar.

Beomrlar kuzdan kechirilganda ularning ozginligi asabiylashganligi, kup terlashga moyilligi, ifodalangan kizil, ba`zi bemorlarda ok dermografizm kuzatiladi. Til kuzdan kechirilganda uni krash koplagnli erilishlari, trofik uzgarishlarni aniklash mumkin.

Me`da va 12 brmok ichak soxasi yuzaki va chukur paypaslanganda ogrik, korin oldi devori mushaklarining tarangllashuvi aniklanadi. Kator bemorlarda me`da soxasi perkussiya kilinganda ogrik-Mendel belgisi rivojlanadi.

Me`da shirasi kamayishi eki kupayishi mumkin. Runtgenda bariy sul`fat berib tekshirilganda yara kalligining asosiy belgisi- «tokcha» belgisi bemorlarning  $\frac{3}{4}$  kismida aniklanadi. Engil, chukur bulmagan, kichik yara rentgenda aniklanmasligi mumkin. «tokcha» belgisi topilmaganda kasallikni aniklashda rentgen tekishirishdagi ba`zi belgilarga: kursatgich barmok belgisi, naxorda me`da shirasi kupligi, bariyning me`dada 6 soatdan kup saklanib kolishi, barmok bilan tekshirilganda ogrik paydo bulishiga asoslanish mumkin.

YAra kasalligini aniklashda gastroduodenofibroskop bilan tekshirishning axamiyati muxim. Laboratoriya tekshirish usullaridan najasda yashirin koni muntazam (kaytalanish davrida xar 2-4 kunda) aniklash axamiyatli. Konashni aniklash (boshka extimoliy sabablar inkor kilinganda) yara kasalligi kaytalaniganligidan dalolat beruvchi belgi xisoblanishi mumkin.

**Tashxisi.** Tashxis kuyish uchun kasalning shikoyati, kasallik tarixi, turmush tarzi, oshkozonni rentgen nuri erdamida, gastrofibroskop vositasida tekshirish asos buladi.

**Kiesiy tashxisi.** Oshkozon yarasi kasalligini gastrit, xolitsistit, oshkozon usmasi (polipi) va boshkalar bilan solishtiriladi.

**Dvaolash.** Oshkozonyarasi bilan ogrigan bemorlar yara xuruji kchaygan bokichda kasalxonada davolanadilar. Kun tartibiga ovkatlanish tartibiga rioya kiladilar.

Parxez ovkatlar buyuriladi№1 (a, b,) parexzi.

YAra kasalligida oksil, eg, karbon suvlar, vitaminlar ,mikroelementlar fiziologik me`erida blishi shart. YAra kasalligining uta kuchayishi davrida kuzilungach, oshkozon va 12 barmok ichak shillik kavatini mexanik va kimeviy ta`sirlardan saklash zarur. Ovkatlanish kuniga 5 marta buyurilib, ovkatlar yaxshi kaynatilagan,maydalangan va bugda pishirilgan bulishi kerak. Egli gusht, balik, shurva , sabzavot va kuzikorining kuyuk kaynatmalari, pishirilmagan, maydalanmagan va shur ta`mli sabzavot mevalar, tuzlangan va dudlangan meva va gusht maxsulotlari, achitki amr maxsulotlari, kora non,ichimliklar , muzkaymok, tarkibida kup mikdorda SO<sub>2</sub> saklangan mineral suvlarni iste`mol kilish takiklanadi.

Dorilar bilan davolash kuyidagi asosiy yunalishlarda olib boirladi:

7. Markaziy asab tizimini faoliyatini yaxshilovchi, tinchlantiruvchi, uyku chakiruvchi.
8. ortikcha ishlab chikarilgan xlorid kislota va pepsinni neytrallash va biriktirib olish
9. oshkozon va 12 barmok ichak xarakati va utkazuvchanligini yaxshilash
10. shillik kavatning ximoya faoliyatni kupaytirish
11. shillik kavat tukima elementlari regenerativ xususiyatni oshirish va distrofik yalliglanish jaraenini kamaytirish
12. kampilobakter pilori ga karshi antibakteriyal davolash

m-xolinolitiklar (atropin,metatsin) tayinlanadi. Bu dori moddalari ogrikni koldirishga erdam beradi.0,1% li atropin eritmasidan 0,5-1 ml, 0,1% li metatsin eritmasidan 2ml, platifilini eritmasidan 1-2 ml kuniga 2-3 min ovkatdan 30-40 dakika din buyuriladi.

Gastrosepin xlorid kislota ishlab chikarilishini 10-12 soatga pasaytiradi. 1 sutkada75-10mg, kunida 2 marta buyuriladi, u 4-5 xaftada yaraning chndiklanishiga olib kelib boshka dori moddalari sngari noxush ta`sirga ega emas, shuning uchun yara kasalligi glaukoma, yurakning ishemik kasalligi, xafakon kasalligi, nevrosteniya va boshka kasalliklar bilan kechganda xam kullash mumkin.

Xlorid kislotani netyrallash va bariktirish mksadida tarkibida allyumin va magniy saklagan dori moddalardan kullaniladi. Xolinolitiklar bilan birga kullanganda ularning ta`xsiri birmuncha oshadi. Kaytalanish davrining 2-3 xaftasida eruvchan magniy oksid, vikolin vikoir) va erimaydigan (almagel, fosfolyugel, gelyusilak, gasta, peye-xoo, alugastrin) xlorid kislotaga karshi dorilar bilan birga ovkatdan 30-40 dakika oldin ichiladi. Tukima modda almashinuviga ta`sir etuvchi preparatlar natriy oksiferis-karbon (30-50 mg mushak orasiga), solkoseril (2-4 ml mushak orasiga) vinillin (uykudan oldin 3-5 ta) chakanda moyi (10 ml 2-3 marta iish uchun), natriy nukleinat(0,5g 3-4 marta ichish uchun) trixopol (0,5g 3-4 marta ichish uchun) vitamin U (0,05-0,01 g 3 marta ichish uchun) etaden (1% li eritma 10 ml 1 marta kuniga mushak orasiga), vitaminlar V1, V2, V6, V12, V15, S, A, kokarboksilaza, aloe ekstrakt iva boshka biogen kuchlantiruvchilar, oksilli gidrolizatlardan bir eki ikkitasi 20-30kunga buyuriladi. Gistamin N2 retseptorlari sezuvchanligini kamaytirish maksadida simetidin, ranitidin va famotidin kullaniladi.

Simetidin 200 mg kuniga 3 marta ovkatdan keyin va 400 mg uykudan oldin beriladi. Ta`siri 3-4 kunda nomoen bulib, urta xisobda 4 xaftada yaraning chandiklanishiga olib keladi. Ranitidin 150 mg dan 2 marta, nonushtadan sung va uykdan oldin beriladi. Bu guruxdagi dorilarga gastrotsepin kushilib ishlatilsa maksadga muvofik buladi.

Oshkozon va 12 barmok ichak shillik kavatini tashki ta`sirlardan asrash maksadida tarkibida vismut saklagan de-nol buyuriladi. U oksil va aminokislotalar bilan birikib yara atrofida erimaydigan parda xosil kilib, uni ta`sirlanishdan saklaydi. Ovkatlanishdan 30-40 dakika avval 1-2 tab dan 3-4 marta, eritmasi esa 5-10-15 ml suv kushib iiladi, davolash muddati 28-30 kun. Sukralfat 1 g dan kuniga 3-4 marta, ovkatlanishdan 30-40 dakika oldin 4-6 xafta davomida beriladi.

De-nol va sukralfat chekuvchi bemorlar uchun juda axamiatlidir, chunki chekish gistamin N2 retseptorlarining sezuvchanligini kamaytiruvchi dorilar xususiyatini pasaytiradi.

Kampilobakter pilori aniklanganda oshkozon va ichakning yara kasalligida de-nol, metronidazol (trixopol), furazolidon, oksatsilin, eritromitsin kabilarni kullash tavsiya etiladi.

Fizioterapevtik davolash usullari parxez va dori moddalari bilan davolash kushib olib boriladi. Epigastral soxa va ung kovurgalar ostiga issiklik muolajalari (diatermiya, induktotermiya) kilinadi.

Past chastotali elektr toki erdamida uxlatib, detsimetr tulkinli tok bilan maxalliy ta`sir etish foyda beradi. Mineral suvlar bilan vanna kili shva ularni tarkibiga, oshkozonning kislotali xolatiga karab ichishga buyurish mumkin.

Fiziterapevtik muolajalar kullashda yara kasalligida kupincha uchrab turadigan onkologik xolatlarni xisobga olish maksadga muvofik.

YAra kasalligini endoskopik yul bilan davolashda ezofagogastroduodenoskop orkali gemostatik suyukliklar 95% li amino kapron kislota, 10% li kal'tsiy xlorid eritmasi, 5% li novokain va adrenalin) bilan muolaja utkaziladi.

Xozirgi vaktida endoskopik yul orkali lazer nurlari bilan yara kasalligini davolash keng kullanilmokda.

Kasallikning chandiklanish boskichida chekish, spirtli ichimliklar ichish, kofe, achchik ovkatlar mann etiladi. I shva dam olish tartibiga rioya kilish (suv bilan davolash, davolash gimnastikasi, sanatoriy-kurrtlarda davolanish, dispanser kuzatuvi, baxor va kuzda dori-darmonlar bilan davolash foyda beradi.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Talaba bilimini baxolash mezonlari                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Baxo |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga to'liq tayorlangan, muloqotda faol qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega. Kasallik etimologiyasi, patogenezini, diagnostikasi, klinikasi, differentsial diagnostikasi, davolash va profilaktikasi to'g'risida ma'lumotga ega. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llayoladi. | «5»  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Talabamavzuningasosiy savollarigatayorlangan, muloqotdaqatnashadivaerkinfikrlashqobiliyatigaega. Kasallik ettiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differenseal diagnostikasi, davollash va profilaktikasi tog`risida ma`lumotga ega. Nazariybilimlarniamaliyotdaqo`llayoladi.                                       | «4» |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga to`liq tayorlanmagan, muloqotda sust qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyati past. Kasallik ettiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differenseal diagnostikasi, davollash va profilaktikasi tog`risida ma`lumotga ega emas. Nazariybilimlarniamaliyotdaqo`llashuchun qiynaladi. | «3» |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga tayor emas, muloqotda qatnashmaydi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega emas. Kasallik ettiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differenseal diagnostikasi, davollash va profilaktikasini bilmaydi. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo`llay olmaydi.                                 | «2» |

Nazorat uchun savollar

1. oshkozon va 12 barmokli ichak yara kasalligini etiologiyasi
2. oshkozon va 12 barmokli ichak yara kasalligini patogenezi
3. oshkozon va 12 barmokli ichak yara kasalligini tasnifi
4. oshkozon va 12 barmokli ichak yara kasalligini asoratlari
5. oshkozon va 12 barmokli ichak yara kasalligini davolashning asosiy printsiplari

## 11- mavzu. Surunkali xolesistit

### Ta`lim berish texnologiyasining modeli

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mashg`ulot vaqti -4 soat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Talabalar soni : 8-9 gacha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Mashg`ulot shakli                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Amaliy mashg`ulot .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Amaliy mashg`ulot rejasi:</b><br>1.Surunkali hepatit kasalliklari, ezofagitlar, surunkali gastritkasalligini etiologiyasi, patogenezi, tasnifi, klinikasi, tekshirish usullari, davolash bo`yicha nazariy bilimlarni mustahkamlash.<br>2. Mavzuga oid bemorlar kurasiysi.<br>3. Mavzuga oid vaziytli masalalar va testlar echish.<br>4. Mavzuni mustahkamlash.<br>5. Uyga vazifa. | <b>Amaliymashg`ulotning qsqacha annotastiyasi</b><br>Hozirgi vaqtda Surunkali hepatit kasallilarini o`rganish jo`da katta ahamiyatga ega, chunki u ovqat hazm qilish tizmi kasalliklari orasida eng oldingi o`rinlarni, hamda bemor hayoti uchun xafli bo`lgan asoratlari keltirib chiqarishi mumkin. Shuningdek haut uchun muhim bo`lgan ichki a`zolari zararlashga ham sababchi bo`ladi.                                                                 |
| <b>O`quv mashg`ulotning maqsadi:</b><br>Talabalarga kasallikning etiologiyasi, patogenezi, klinik simptomlrini, laborator- instrumental diagnostika va rasional terapiy, asoratlari profilaktikasini, reobilitatsiyasini o`rgatish.                                                                                                                                                  | <b>Maqsadi yoritiladi.</b><br><i>Ta`lim maqsadi</i> – nazariy bilimlarni egallash va mustahkamlash:<br><i>Tarbiyviy maqsadi</i> – shifokorlikka tayyorlashda jahon standartlari talab darajisida mutaxassislikka qiziqishini, masuliyat hissiytlarini shakillantirish, o`z bilim darajasini kengaytirishga qiziqishini tarbiylash, deontologik tarbiy darajasini shakillantirish, amaliy ishni bajarishda ehtiytkorlik, aniqlik va ma`suliytni his etishni |

|                          |                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                          | shakilantirish.<br><i>Rivojlantiruvchi maqsad</i> - talabalarda mustaqil ficirlashni va mustaqil mulohaza yritishni shakilantirish, talabalarni mantiqiy ficirlashini rivojlantirish. |
| Ta'lim berish usullari   | Multimediya<br>Interaktivusul: <b>"Assesment usuli"</b>                                                                                                                               |
| Ta'lim berish shakllari  | Jamoaviy                                                                                                                                                                              |
| Ta'lim berish vositalari | O'quv qo'llanma, darslik, ma'ruza matni, kompyuter,                                                                                                                                   |
| Ta'lim berish sharoiti   | Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.                                                                                                                                              |
| Monitoring va baholash.  | Og'zaki nazorat, savol-javob.                                                                                                                                                         |

### Amaliy mashg'ulining texnologik kartasi.

| Ish bosqichlari va vaqti.                                                                                  | Ta'lim beruvchi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Ta'lim oluvchilar                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tayyorlov bosqichi<br>(5 daqiqa)                                                                           | 1.Auditoriya tozaligini nazorat qiladi<br>2.Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi<br>3.Davomatni nazorat qiladi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Talabalar                                                                                                            |
| 1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi<br>(5 daqiqa)                                                       | 1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash.<br>2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash<br>3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish                                                                                                                                                                                                                                                          | talabalar                                                                                                            |
| 2 – asosiy bosqich<br>(20 daqiqa)<br><br>10 daqiqa<br>10 daqiqa                                            | 1.Talabalarni kichik guruhlar bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi.<br><b>"Assesment usuli"</b><br>Bunda talabalarining nazariy bilimlari amaliytda sinalladi.<br>1. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi<br>2. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi                                                                                    | Kichik guruhlar bo'linadilar<br>Tomosha qiladilar<br><br>Qatnashadilar<br>Tinglaydilar va savollarga javob beradilar |
| 3.Klinik bosqich<br>(15 daqiqa)<br><br>(40 daqiqa)<br><br>(30 daqiqa)<br><br>(20 daqiqa)<br><br>(5 daqiqa) | 1. Bemorlarni kuratsiya qilish uchun tayyorlanadi fonendoskop, tonometr maska tayyorlanadi<br>2.Bemordan anamnez yig'ish so'rab surishtirish obektiv ko'ruv fizikal tekshirishlarni o'tkazish<br>3.Kasallik tarixi laborator va instrumental tahlillar natijalari muhokama qilinadi va mavzu bo'yicha xulosalar beriladi.<br>4. Klinik amaliyot bo'yicha bemorlar muhokama qilinadi va mavzu bo'yicha xulosalar beriladi.<br>5. Uyga vazifa beradi | So'rab surishtiradi<br>Muloqotda bo'ladi<br>Yozib oladi<br>Tinglaydi                                                 |
| Jami:160 minut - 4 soat                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                      |

## Mavzu bayoni: Surunkali gepatit

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.

SG ning nomenkulaturasi

| Klinik                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Morfologik                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- surunkali aktiv gepatit</li><li>- surunkali autoimmun gepatit</li><li>- surunkali gepatit V,S,D</li><li>- surunkali dorli gepatit</li><li>- kriptogen SG</li><li>- surunkali persislovchi gepatit</li><li>- surunkali lobulyar gepatit</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- surunkali aktiv gepatit</li><li>- zinapoyali nekroz</li><li>- kupriksimon nekroz</li><li>- mul'tilobulyar nekroz</li><li>- surunkali persislovchi gepatit</li><li>- portal gepatit</li><li>- periportal gepatit</li><li>- lobulyar gepatit</li><li>- surunkali lobulyar gepatit</li><li>- shakllanmagan gepatit</li><li>- jigar tsirrozi (aktiv, noaktiv)</li></ul> |

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 kullanilayotgan 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
- patogenezi
- 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. ( $\alpha$ -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 tomonidan 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 tsirrozi kelib chikadi va uning natijasida gepatotselyular kartsinoma 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 infektsiyalarida virus replikatsiyasi (zararlanishi) jigarda va undan tashkarida (uning genotiplari va gepotip mutatsiyalari) joylashadi. Tugri tsitopatik effekti-immunologik buzilishlar; organ va tukimalarning immun uzgarishi bilan kechadi.

HVV va HCV gepatitlarda infektsiyani jigarda, shu bilan birga jigardan tashkarida replikatsiyalanishi xarakterli ekanligini aniklash xozirgi zamon gepatologiyasining yangiliklaridan xisoblanadi. Virus konda mononukliar xujayralarda (limfotsitlar, makrofaglar), suyak kumigida, limfa tugunlarida, talokda joylashib virusdan ximoyalanishni 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 patogenezini analizida «nishon»ga javoban konda (spetsifik, nospetsifik) va xujayra immunitetida javob turlicha. HVV infektsiyaga maxsus gumaral immunitet tomonidan tsirkulyatsiyalovchi va xujayra antigenlari virusga karshi (HbsAg, HVCaAg, HDeAg) va jigarda maxsus lipoproteinlar bilan javob beradi. NVS infektsiyada esa virus epitopi va GDR-epitopi xosil buladi. Gumoral nospetsifik immun javob HVV va HSV infektsiyalarda konda zardobida immunoglobulinlar mikdorini oshishi, yadroga karshi antigen xosil bulishi va sillik mushakga karshi antitela, revmatik faktorni, NSV-infektsiyada bulardan tashkari I-tip antitelalarni jigar va buyrak mikrosomalarga karshi xosil bulishi bilan namoyon buladi.

Surunkali gepatit V va S dagi nospetsifik morfologik markerlar.

| Gepatit V                                                    | Gepatit S                                                     |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| - gidropik distrofiya gepatotsitlarda                        | -yogli va gidropik distrofiyaning birga kelishi               |
| - atsidofil tanachalar (Kaunsil'man)                         | - atsidofil tanachalar (Kaunsil'man)                          |
| - gepatotsitlarda nekroz uchoklari                           | - gepatotsitlarda nekroz uchoklari                            |
| - limfogistiotsitar infil'tratsiya                           | -limfoidli folikulalar portal traktda va intralobulyar soxada |
| - portal trakt fibrozi                                       | - sinusoidal xujayralar faollanishi                           |
| -«bur shisha» kurinishidagi gepatotsitlar (HbsAg markerlari) | -«zanjirli» limfotsitlar sinusoid-larda                       |
| - «kumli yadrolar» (HbsAg markerlari)                        | -ut yullari zararlanishi prolefe-ratsiyasi                    |

Surunkali autoimmun hepatit.

Bu gurxdagi hepatitlar 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 hepatitda V,S,D hepatitdagi 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 membranasiga antigenlar, antimitoxondral antitela va boshkalar).

Autoimmun hepatitlarning asosiy kriteriyalariga kortikosteriodlar va immunodepressiv terapiyaning tez samara berishi, shu bilan virusli surunkali hepatitlardan farkanadi. Autoimmun hepatitlarni 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), tsitoxromga karshi (R-450 11 D-6)
- 3 chi tipida- namoyon bulishi kiyin, jigar antigenlarida eruvchi (SLA) antitelar bu tipda ANA va anti- LKM bulmaydi.

Surunkali dorili hepatitlar. Bu hepatitlarga 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 hepatit virusli yoki autoimmun hepatitga uxshash kechishi mumkin. Autoimmun turida dori vositasini berish tuxtatilgandan keyin yalliglanish jarayoni tez yukoladi. Morfologik uzgarishlar gepatotsitlardagi fokal nekroz, granulematoz mononuklear eozinofilli infil'tratsiya xolestaz va boshkalar bilan xarakterlanadi.

Surunkali kriptogen hepatit ekspertlar fikricha surunkali hepatitga xos belgilar morfologik uzgarishlari virusli autoimmun va dori etiologiyali hepatitlarni 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 kursatgich 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 farklari aniklanadi.

Gistologik jarayonni aktivlik indeksi GAI va surunkali hepatit diagnozi

| GAI (birinchi 3 ta komponent inobatga olingan) | Diagnoz                                           | Kabul kilingan morfologik nomenklatura buyicha diagnoz          |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 1-3                                            | Surunkali hepatit minimal aktivlik jarayoni bilan | Surunkali lobulyar hepatit surunkali persislovchi hepatit       |
| 4-8                                            | Kuchsiz namoyon bulgan surunkali hepatit          | Ogir surunkali lobulyar hepatit SPG kuchsiz namoyon bulvchi SPG |
| 9-12                                           | Kuchsiz urta namoyon bulgan surunkali hepatit     | Kuchsiz urta surunkali aktiv hepatit                            |
| 13-18                                          | Ogir surunkali hepatit                            | Ogir surunkali aktiv hepatit kuprik simon nekroz bilan          |

Surunkali hepatitlarni 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 hepatotsitlar distrofiyasi- «0» dan 4 ballgacha
3. portal traktidagi yalliglanish infiltrati- «0» dan 4 ballgacha

1 dan 3 ballgacha gistologik jarayon aktivligi-minimal surunkali hepatit  
4-8 ball engil kompensirlangan SG  
9-12 ball urta ogirlikdagi SG  
13-18 ball ogir SG deb baxolanadi.

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

Klinikasi. Surunkali hepatitning klinik manzarasi uning shakli (surunkali faol hepatit,autoimmun persistirlovchi yoki xolestatik), bosqichi (qo`zg`alish yoki remissiya), klinik sindromlarining ifodalan-ganligiga bog`liq bo`ladi.Surunkali faol hepatit 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 tekislangan (atrofik) bo`ladi, qo`l kaftining ichki yuzasi, muskullarustidagi terisi silliqalanib 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, protrombin, 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

silliqlik muskul tolalari, mitoxon-driylarga qarshi antitanalar paydo bo`ladi. qonda komplement titri, lim-fotsitlar 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, glutamattranspeptidazalar 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 funktsional 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 faol hepatit.

Surunkali faol hepatitda har xil darajada ifodalangan astenovegetativ, dispeptik, sitolitik, mezenximal-yallig`lanish, xolestatik sindromlar rivojlanadi. Surunkali faol hepatit sabablari ichida eng ko`p tarqalgani o`tkir virusli hepatitdir. Kasallik xuruj qilganda bemorlar o`ng qovurg`a ostida og`irlik va doimiy simillaydigan og`riq, madorsizlik, tez charchash, hissiyotning yomonligi, ko`ngil aynishi, ishtaha pasayganligi, ichkilikni ko`tara olmasligi, ichak faoliyati buzilganligidan shikoyat qiladi. Bundan tashqari, kasallik xuruj qilgan davrda terida sariqlik, qichishish, harorat ko`tarilishi, bo`g`imlarda va muskullarda og`riq paydo bo`ladi. Ob`ektiv tekshirilganda bemorda teri, shilliq pardalarning sarg`ayganligi, qichish o`rinlari, ozganlik, soch to`kilganligi, tirnoqlar o`zgarganligi, kaft terisi rangining qizarganligi (palmar eritema), qon tomir "yulduzcha"lari, erkaklarda ginekomastiya belgilari kuzatiladi. Paypaslab ko`rilganda jigar kattalashganligi, qattiqlashganligi, og`riq borligi aniqlanadi. Jigarning pastki qirrasi o`tkirlashadi. Ba`zi bemorlarda taloq kattalashadi. qon analizida eritrotsitlarning cho`kish tezligi oshganligi, kamqonlik, leykotsit va trombotsitlarning kamayganligi (gipersplenizm sindromi) aniqlanadi.

qonni biokimyoviy usul bilan tekshirilganda albuminlar kamayishi, gamma-globulinlar ko`payishi bilan namoyon bo`ladigan giperproteinemiya, qondagi oqsil cho`kish sinamallari (timol, sulema va boshqa sinamalar) musbatligi aniqlanadi. qonda bilirubin glyukuronid (bog`langan bilirubin), ALT, AST miqdori ko`payadi, siydikda urobilin miqdori oshadi. Aspartat va aminotransferaza, laktatdegidrogenaza va uning izofermentlari - LDG4, LDG5 faolligi 4-8 martagacha ko`tariladi. Bromsulfalein klirensi buzilib, u plazmada uzoq vaqt ushlanib qoladi. Bundan tashqari, sitoliz belgisi bo`lgan maxsus (spetsifik) jigar fermentlari (aldolaza, fruktoza-1-fosfataldolaza, sorbitdegidrogenaza) va mitoxondriyalarda joylashgan hepatotsitlarga (organospetsifik) fermentlar (glutamatdegidrogenaza, suksinat degidrogenaza) faolligi oshganligi aniqlanadi. Xolinesterazaning kamayganligi jigar hujayralari etishmovchiligi rivojlanayotganligini ko`rsatadi. Xolestaz sindromi giperbilirubinemiya dan tashqari giperxolesterinemiya (xolestaz bo`lmaganda surunkali faol hepatitda hepatotsitlar shikastlanganligiga gipoxolesterinemiya xos) va ishqorli fosfataza faolligi ko`tarilganligi bilan namoyon bo`ladi.

Immunologik tekshirishlar IgS ni, IgM konsentratsiyasi ko`payganligi, yadroga qarshi antitanalar, kamroq hollarda chiziqsiz silliq muskul to`qimasiga qarshi antitanalar paydo bo`lganligini ko`rsatadi. Immunologik gomeostaz buzilganligi T-limfotsitlar sonining kamayganligi, limfotsitlar blasttransformatsiyasi, leykotsitlar migratsiyasi reaksiyasining chegara-langani bilan xarakterlanadi, Avstraliya antigeni topilishi surunkali hepatit aktiv virus ta`sirida rivojlanganligini ko`rsatadi. I- 131 bilan nishonlangan pushti bengal bo`yog`ini jigar hepatotsitlari qondan ajratib olibtanadan chiqarib yuborish xususiyati

kamayadi. Jigar biopsiya usuli bilan tekshirilganda yallig'lanishning gepatotsitlarga tarqalganligi, portal va periportal maydonlarda chandiqlar hosil bo'lganligi, jigar bo'lakchalari orasida fibroz o'zgarishlar rivojlanganligi, gepatotsitlarda distrofik o'zgarishlar kuzatiladi. Jigar bioptati elektron mikroskopda tekshirilganda gepatotsitlar shikastlanganligi darajasi aniqlanadi.

Autoimmun gepatit. Gepatitning bu turi autoimmun jarayonni o'ziga xos o'ta faol rivojlanganligi bilan xarakterlanadigan, jigardagi yallig'lanish distrofik o'zgarishlar yuqori darajada faollashgan hamda boshqa ichki a'zolar va tizimlarning autoimmunshikastlanishi bilan kechadigan surunkali kasallik hisoblanadi. Autoimmun gepatitning klinik manzarasi o'ziga xos bo'lib, surunkali jigar kasalliklarida uchraydigan belgilarning yaqqol ifodalanishi (mezenximal yallig'lanish, sitologik va jigar hujayralari etishmovchiligi, astenovegetativ, dispeptik, xolestatisindromlar rivojlanganligi) va jigardan tashqari belgilarning ko'pligi (harorat ko'tarilishi, oyoq-qo'llar og'rishi, gemorragiyalar paydo bo'lishi, har xil a'zolarida yallig'lanishlar, ichki sekretiya bezlari faoliyatining o'zgarishlari va boshqalar) bilan kechadi. Kasallik ko'pincha 10-30 yosh orasidagi ayollarda uchraydi. Autoimmun gepatitning boshlanishi har xil bo'lishi mumkin:

1) o'tkir virusli gepatitga o'xshab boshlanadigan xili (kasallik boshida kamquvvatlilik, anoreksiya, siydik rangining to'qlashishi kuzatiladi), keyin o'ta sarg'ayish, bilirubin miqdorining 171-225 mkmolgacha (10-15 mg%) va aminotransferazalarning 200 birlikkacha oshishi kuzatiladi. Ba'zan shunday bemorlarni o'tkir virusli gepatit tashxisi bilan yuqumli kasalliklar shifoxonasiga yotqiziladi;

2) faqat jigardan tashqari belgilari va harorat ko'tarilishi bilan boshlanadigan autoimmun gepatit. Bunday hollarda ko'p yillar davomida sistem qizil volchanka, revmatoid artrit, vaskulit, miokardit tashxislari qo'yilishi mumkin. Autoimmun gepatit rivojlanishining oxirgi bosqichlarida jigar shikastlanganligining har xil klinik sindromlari va jigardan tashqari belgilar to'liq rivojlanadi. Autoimmun gepatitda juda ko'p klinik belgilar va yuqori isitma bo'lishiga qaramay, bemorlarning umumiy holati surunkali gepatitlarning boshqa xillaridan farqli o'laroqqoniqarli bo'lishi mumkin.

Terida vaskulitning har xil ko'rinishlari (qaytalovchi purpura, gemorragik ekzantema, tugunchali eritema va b.) endokrin o'zgarish belgilari (husnbuzar, girsutizm va b.) allergik o'zgarish belgilari (eshakyem) paydo bo'ladi. Ko'pincha teri, jigardan tashqari belgilari: qon tomir "yulduzcha"lari, palma eritema ginekomastiya uchraydi. Sarg'ayish goh ko'payib, goh kamayib turadi. Katta bo'g'imlarda artralgiya, plevrit, peri-kardit, pnevmonit, miokarditlar ba'zi hollarda rivojlanadi. Limfadenopatiya va splenomegaliya har doim ham bo'lmaydi. Jigar kattalashadi, o'rtacha qattiqlikda bo'lib, paypaslaganda og'riy-autoimmun gepatitda ko'p ichki a'zolar har xil darajada shikastlanadi (Pielonefrit gemolitik anemiya).

Immunologik tekshirishlar o'tkazilganda qonda Le-hujayralar, revmatoid omil, hujayra yadrolari va chiziqsiz muskul to'qimalariga qarshi antitanalar topiladi. Ko'proq immunoglobulin G, kamroq IgM va IgA miqdori ko'payganligi, Vasserman sinamasi soxta musbat bo'lishi, komplement titri kamayganligi aniqlanadi. Kasallik qo'ziganda ALT va AST fermentlarining faolligi surunkali gepatit boshqa xillaridan ko'ra ko'proq (me'yoridan 5-10 marta ko'proq) oshadi. Bog'langan bilirubin miqdori, G -globulinlar (35-45% gacha), eritrotsitlarning cho'kish tezligi (soatiga 40-50 mm) ko'tariladi. Jigar bioptatida jigar to'qimasiga ko'p miqdorda yallig'lanishga xos hujayralar, asosan plazmatik hujayralar sizilib kirgani, jigar to'qimasi orasidagi chegara plastinkalarining buzilganligi, jigar parenximasida distrofik va emirilish o'zgarishlari kuzatiladi. Kasallikning oxirgi bosqichlarida jigar bo'laklari ichida va portal yullarida fibroz vabo'lakchalarning tuzilishi buzilganligi aniqlanadi.

Autoimmun gepatit beto'xtov kuchayib, zo'rayib uzluksiz, deyarli remissiya (xurujning to'xtash davri)siz kechadi va o'limga olib keladi.

Surunkali persistirlovchi gepatit. Surunkali persistirlovchi gepatitning klinik belgilari kam va juda yaqqol bo'lmaydi. Bemorlarda kamquvvatlilik, charchash, ko'ngil aynishi, jig'ildon qaynashi, o'ng qovurg'aning tagida og'irlik va og'riq paydo bo'ladi. Ob'ektiv tekshirilganda teri sarg'ayganligi, teri o'zgarishlari, harorat ko'tarilishi deyarli uchramaydi. Jigar paypaslanganda biroz kattalashganligi va qattiqroq bo'lib qolganligi aniqlanadi. Remissiya davrida qonda

o'zgarishlar bo'lmaydi, bilirubin miqdori va fermentlar faolligi oshmaydi. Jigardagi morfologik o'zgarishlar engil o'tadi, jigar bo'lakchalarining tuzilishi buzilmaydi. Kasallikning xuruj davrida aminotransferazalar faolligi qisman oshishi, albuminlarning biroz kamayishi va gamma-globulinlarning oshishi bilan namoyon bo'ladigan giperproteinemiya bemorlarning yarmidakuzatiladi. Ayrim hollarda qonda bog'langan va bog'lanmagan bilirubin bir oz oshishi mumkin. Bromsulfalein sinamasi ba'zi bemorlarda bir oz o'zgarishi mumkin. Kasallikning xuruj davrida jigar biopsiya qilib tekshirilganda jigar portal yo'lga yumaloq hujayralarning sizilib kirganligi, yallig'lanishning jigar hujayralariga tarqalganligi, gepatotsitlarning o'rtacha ifodalangan distrofik o'zgarishlari kuzatiladi. Nekrotik o'choqlar deyarli bo'lmaydi. Bo'lakchalar arxitektonikasi buzilmaydi.

Surunkali xolestatik gepatit. Surunkali xolestatik gepatit jigar ichidagi o't yo'llarida o'tyig'ilib qolishi (xolestaz) sababli rivojlanadigan kasallikdir. Jigarda o't yig'ilib qolishi jigarning o't ishlab chiqarish faoliyatining o't mitsellalari hosil qilib buzilishi sababli pasayishi va mayda o't yo'llarining jarohatlanishi natijasida ro'y beradi. Ikkilamchi xolestaz ham bo'lishi mumkin. Kasallik xuruj davrida bemorlar terisida qichishish, sarg'ayish, keyinchalik ichakda yog'da eriydigan vitaminlar so'rilishi buzilganligi sababli ko'z xiralashishi, milklarda va terida gemorragiya belgilari, artralgiya paydo bo'ladi. Ob'ektiv tekshirilganda terida sariqlik, pigmentatsiya, ksantelazmalar, qichish o'rinlari ko'rinadi. Jigardan tashqari belgilari (palmar eritema, qon tomir "yulduzchalari") deyarli uchramaydi. Jigar bir oz kattalashadi, qattiqlashadi, pastki qirrasi silliq bo'ladi. qonda ishqoriy fosfataza, Y- glutamattanspeptidaza, xolesterin, fosfolipidlar, betta-lipoproteidlar, o't kislotasi, bilirubin (asosan, bog'langan bilirubin hisobiga) oshganligi, siydikda urobilin kamayganligini aniqlash mumkin. Aminotransferazalar faolligi biroz oshishi mumkin.

qon immunologik tekshirilganda jigar ichi xolestazining serologik markeri bo'lgan mitoxondrial antitanalar topiladi. Jigar ichi va jigardan tashqari xolestazni aniqlash maqsadida jigar, o't pufagi va oshqozon osti bezi exografiyasi o'tkaziladi. Jigardan tashqaridagi xolestazni aniqlash

uchun yana retrograd pankreatoxolangiografiya tekshiruvini o'tkazish lozim.

Biopsiya qilib tekshirilganda gepatotsitlarning biliar qutbida o't pigmenti donachalarining to'planganligini, pigment donachalarining iriklashganligini va ularning o't yo'llarida paydo bo'lganligini, kengaygan o't kapillyarlarida o't quyuqlashib, o't tromblari paydo bo'lganligini aniqlash mumkin. Jigardan tashqari o't yo'llari xolestaziga bo'lakchalararo o't yo'llarining kengayishi, epiteliysining silliqlashishi, keyinchalik o't o't yo'llarida va gepatotsitlarda o't komponentlarining to'planishi xosdir.

Butun dunyo gepatologlari assotsiatsiyasi tavsiya etgan surunkali gepatitlarning (SG) yangi tasnifi Los-Anjeles - 1994-y.

I. etiologiyasiga ko'ra:

- Autoimmun gepatit,
- Surunkali gepatit B ,
- Surunkali gepatit D,
- Surunkali gepatit C.

Etiologiyasi aniq bo'lmagan surunkali virusli gepatit (G, F, T ).

- Kriptogen surunkali gepatit.
- Dorilar chaqiruvchi surunkali gepatit.
- Birlamchi biliar jigar tsirrozi.
- Birlamchi sklerozlovchi xolangit. Vilson-Konovalov kasalligi.
- Birlamchi antitripsin etishmovchiligi.
- Jigarning alkogoldan shikastlanishi.

II. Faollik darajasiga ko'ra (gepatotsitlar nekrozi bo'yicha)

|                 |                  |
|-----------------|------------------|
| Faollik indeksi | Faollik darajasi |
|-----------------|------------------|

|       |            |
|-------|------------|
| 1-3   | Minimal SG |
| 4-8   | YUmshoq SG |
| 9-12  | O`rtachaSG |
| 13-18 | Og`ir SG   |

### III. Surunkali gepatit bosqichini aniqlash (fibroz bo`yicha)

| Kasallik bosqichlari ko`rsatgichi | Ma`lumot        | Belgillari                        |
|-----------------------------------|-----------------|-----------------------------------|
| 0-bosqich                         | Fibroz yo`q     | Fibroz yo`q                       |
| I-bosqich                         | YUmshoq fibroz  | Periportal fibroz                 |
| II-bosqich                        | o`rtacha fibroz | Porto-portal septalar             |
| III-bosqich                       | Og`irfibroz     | Porto-tsentrall septalar TSirrozi |
| IV-bosqich                        | TSirrozi        |                                   |

Bu tasnifga ko`ra surunkali gepatit tashxisi 3 ta belgi, ya`ni, kasallik etiologiyasi, uning faollik darajasi va bosqichiga asoslanib qo`yiladi.

Masalan, SG-B, o`rtacha faollik va og`ir fibroz bilan;

SG-C, kam faollik va engil fibroz bilan;

SG-D, yuqori faollik va o`rtacha fibroz bilan;

autoimmun gepatit yuqori faollik va kuchli tsirrozi bilan.

Morfologik tekshirishlar o`tkazishning imkoni bo`lmaganda transaminazalarning oshishi darajasiga qarab faollik darajasini aniqlash mumkin. Transaminazalar soni 3 tadan to nol`gacha bo`lsa kuchsiz faollik, 3 tadan 10 tagacha - o`rtacha faollik, 10 tadan ortiq bo`lsa yuqori faollik hisoblanadi.

### SURUNKALI GEPATITLAR V, D, C NING KLINIK KECHISHI

Surunkali virusli gepatitlar(surunkali gepatit V, surunkali gepatit C, surunkali gepatit D) surunkali persistik gepatit (SPG) yoki surunkali faol gepatit (SFG) ko`rinishida kechishi mumkin. Delta-superinfektsiyada esa asosan surunkali faol gepatit D (SFGD)rivojlanadi.Surunkali gepatit V (SPGV) engil xilining kechishi. So`nggi ma`lumotlarga asosan surunkali gepatitlarning 90% viruslar sabab rivojlanishi mumkinligi aniqlangan. Bu kasallik nisbatan kam alomatlar bilan ko`pincha engil va o`rtacha hamda og`irlikda og`ir kechadi. Taxminan 20-30% bemorda bu kasallik belgisiz kechadi va u biror kasallik tufayli tekshirilganda aniqlanadi. Agar bunday kasallarga delta-virus yoki tananing immunologikmuvozanatini buzuvchi ayrim kasalliklar qo`shilmasa, SPGVda uzoq vaqt remissiya bo`lishi mumkin.

Kasallikning xuruji rivojlanganda bemorda asteno vegetativ, dispepsik sindrom, hepatomegaliya, jigar sohasidagi og`riq va qonda biokimyoviy o`zgarishlar rivojlanadi. Bemorlarning 40-50% i bir oz ko`ngil aynishi, og`izda achchiq tam paydo bo`lishi, kekirishdan shikoyat qiladilar. eng ko`p uchraydigan belgilaridan biri jigar sohasidagi og`riqdir. Bu og`riq ko`pincha og`ir jismoniy harakat qilish va parhezni buzish oqibatida kuchayadi. Buning sababi o`t yo`llarining diskineziyasi yoki yallig`lanishidir. Astenovegetativ sindrom taxminan 20-30% bemorda uchraydi. Jigarining kattalashishi 80-85% holda kuzatiladi, 15-20% bemorda jigar qovurg`a sohasidan pastga tushmaydi, o`rtacha qattqlikda, qirrasi o`tkir, yuzasi tekis bo`ladi, paypaslaganda og`riq kuchayadi. 10-15% bemorda o`tpufagi sohasida og`riq kuzatiladi va ko`p hollarda Ul`tratovush metodi bilan tekshirganda o`t pufagining yallig`lanishi - xoletsistit kuzatiladi.

Taloqning kattalashishi 5% bemorlarda kuzatiladi va u chap qovurg`a yoyidan Q0,5Q1,0Q1,5 sm pastga tushishi mumkin. Kasallik xuruji davrida 10% bemorda sariqlik kuzatiladi, lekin u kuchli bo`lmaydi va 7-10 kun ichida normallashadi. SHuni aytish kerakki, jigar faoliyati chuqur buzilganligini ko`rsatuvchi belgilar, ya`ni gemorragik sindrom, teleangio-

ektaziyalarbu kasallik uchun xos emas. Kasallikning remissiya davrida birorta ham belgi bo'lmashligi yoki sezilarsiz bo'lishi mumkin.

Periferik qon umumiy tahlil qilinganda ko'p hollarda hech qanday o'zgarish bo'lmaydi, lekin ba'zan leykotsitoz, eCHTning oshishi kuzatilishi mumkin. Undan tashqari, umumiybilirubin, AST va ALT fermentlarining bir oz oshishi kuzatiladi, ammo bu ko'rsatkichlar ko'pincha 7-10 kun davomida asl holiga kelishi mumkin.

#### SURUNKALI FAOL GEPATIT V NING KLINIK KECHISHI.

Bu kasallik ko'pincha o'rtacha og'ir va og'ir turda kechadi. Taxminan 20-30% holatlarda kasallik jigar tsirroziga o'tib ketishi mumkin. Xuruj davrida kuchli astenovegetativsindrom rivojlanib, u quvvatsizlik, tez charchash, terlash, kayfiyatning buzilishi, ish qobiliyatining pasayishi bilan namoyon bo'ladi. Ayrim hollarda quvvatsizlik shunchalik kuchli bo'ladiki, bemorlar hatto ish jarayonida dam olishga majbur bo'ladilar. Ko'pchilik bemorlar vaznlarini yo'qota boshlaydilar. Kasallik xuruji davrida 100% bemorda dispeptik sindrom rivojlanadi. Bu sindrom ko'p hollarda kuchli va doimiy ko'ngil aynishi, qayt qilish, yog'li ovqatlarni ko'rganda yoki ularning hididan ko'ngil aynishi, ishtaha yo'qolishi (anoreksiya) bilan namoyon bo'ladi. Bemorlarda ob'ektiv ko'rganda hepatomegaliya, palmar eritema, tomircha yulduzchalari erkaklarda ginekomastiya sariqlik, ozish kuzatiladi. Lekin, ayrim hollarda bu sindrom juda kuchsiz bo'lishi mumkin. 70-75% bemor xuruj vaqtida jigar sohasidagi og'riqdan shikoyat qiladi, bu og'riq jismoniy harakat va parhezni buzish hollarida paydo bo'ladi. Og'riq har xil xususiyatga ega bo'lib, ko'pincha doimiy bo'ladi. Ba'zi hollarda esa bemorlar jigar sohasida paydo bo'ladigan og'irlikdan, "bir narsa osilib turgandek" tuyuladigan sezgidan shikoyat qiladilar. Ozigina ovqat iste'mol qilingandan keyin ham oshqozon sohasida og'irlik paydo bo'ladi.

Kasallikning og'ir turida uyquchanlik, burun va milklarning qonashi, sariqlikning kuchayishi va astsit paydo bo'lishi mumkin. Taxminan 20-30% bemorda bo'g'imlarda og'riq (katta va kichik bo'g'imlarda), tana haroratining ko'tarilishi (aseptik harorat) aniqlanadi. 10-30% holatlarda terida mayda yoki yirik toshmalar paydo bo'ladi, ko'pincha u qichiydi. 1-3% bemorda bu toshmalar kasallikning birinchi belgisi hisoblanadi. 30-50% xolatlarda SFGV uchun xos bo'lgan o'zgarishlar palmar eritema va teleang ektaziyalar kuzatiladi. Kasallik xuruji davrida bu elementlar kuchayib, remissiya holatida ular kamayishi mumkin. 100% bemorda jigar kattalashishi hepatomegaliya kuzatiladi. Jigarni paypaslaganda qattiqroq bo'lib, 3-5 sm qovurg'a yoyi ostidan chiqib turadi, qirasi o'tkir, yuzasi tekis bo'ladi. 30-40% holda taloqning kattalashishi (gepatosplenomegaliya) kuzatiladi.

Ayrim hollarda kasallik xolestatik sindrom shaklda kechib, u qichishish, sariqlik, qonda xolesterin va ishqorli fosfatazaning ko'payishi bilan namoyon bo'ladi. SFGVni minimal, o'rtacha va kuchli darajadagi faollik bilan kechuvchi shakllari mavjud. SFGV jadal kechganda tezda jigar tsirrozi rivojlanishi mumkin. Kasallikning oqibatlarini aniqlashda uning kuchli faollik bilan kechuvchi turiga alohida ahamiyat berish kerak. SHu maqsadda aspiratsion jigar punksiyasini qo'llash maqsadga muvofiq bo'ladi.

SFGV to'xtovsiz holda yoki xuruj va remissiyalarning almashishi bilan kechishi mumkin. Birinchi holatda kasallik bir necha oy yoki 1-1,5 yil davomida to'xtovsiz rivojlanishi mumkin, bu ko'pincha jigar tsirroziga olib boradi. Ikkinchi holatda xurujlar remissiya davri bilan almashib turadi, lekin bunda ham xurujlar tez qaytalanib tursa va og'ir kechsa, kasallikning oqibati salbiy bo'ladi.

Periferik qonda 30-40% bemorda gemoglobinning pasayishi, eritrotsitlarning kamayishi, 10-15% bemorda trombotsitlarning pasayishi kuzatiladi. Umumiy bilirubin, AST va ALT fermentlari ko'tariladi, timol ko'rsatkichi oshadi, sulema ko'rsatkichi esa kamayadi. SFGV uchun xos bo'lgan qondagi o'zgarishlardan biri - bu disproteinemiya, ya'ni umumiy oqsil uncha o'zgarmagani holda albumin miqdorining kamayishi va gamma-globulin fraksiyasining ko'payishidir. Undan tashqari, qonda SFGVning markerlari HbsAg, anti-HbsAg, IgM va IgG jigar to'qimasida esa HbsAg, gepatotsit yadrosida esa HbsAg elektron mikroskop yordamida aniqlanadi.

## SURUNKALI FAOL GEPATITNING KLINIKASI

SFGD asosan delta virus bilan superinfeksiyalangan surunkali HbsAg tashuvchilarda rivojlanadi. Bunda avvalo o'tkir hepatit D rivojlanib, keyin u surunkali hepatit D ga aylanadi. Bu holda deltavirusning to'g'ridan-to'g'ri hepatotsitni shikastlashi ahamiyatga ega. Morfologik nuqtai nazardan kasallikning bu turi faol hepatitga to'g'ri keladi, bu esa o'z navbatida shu kasallik uchun xos bo'lgan ma'lum klinik belgilar bilan keladi. SFGD uchun bir yil mobaynida 2-3-5 marta qaytalanadigan xurujlar xos bo'lib, bu xurujlar tana haroratining 37,5-38,5 darajaga ko'tarilishi, bir oz sovuqotish, mushaklar va suyaklarda og'riq, keyin esa sariqlik rivojlanishi bilan kechadi. 100% bemorda kuchli astenovegetativ va dispepsik sindrom rivojlanadi, taxminan 70% hollarda gemorragik sindrom kuzatiladi va u asosan burundan sababsiz qon ketishi, milk qonashi bilan namoyon bo'ladi, 13,8% bemorda oyoqlarning shishishi va qorinda astsit suyuqligi to'planishi kuzatiladi. 48,2% bemorda hepatolienal sindrom rivojlanadi. Kasallik tez avj olib, septal jigar tsirroziga aylanishi mumkin.

Kasallikning bu turida jigarining funksional ko'rsatkichlari SFGV ga qaraganda birmuncha kuchli rivojlanadi, yaqqol disproteinemiya kuzatiladi. SFGD bilan og'rigan bemorlar qonida HbsAg, anti-HbsAg, antidelta-IgM va IgG kabi markerlar aniqlanadi. Undan tashqari, hepatotsitlar yadrosida delta-antigen elektron mikroskop yordamida aniqlanadi. SFGDda delta virus to'g'ridan-to'g'ri hepatotsitlarni shikastlaydi. SHunga mos ravishda gistologik o'zgarishlar ya'ni portal traktida juda kuchli gistolinfotsitar infiltratsiya, terminal plastinkaning yorilishi va hujayra infiltratsiyasining jigar parenximasiga yorib kirishi, hepatotsitlarning kuchli nekrozi kabi o'zgarishlar kuzatiladi. Ko'pchilik hollarda biriktiruvchi to'qimaning tez o'sishi xarakterlidir. Ayniqsa, kollagenning IY turi va fibronektin ning kengaygan periportal sohada paydo bo'lishi bu kasallik uchun xosdir.

## SURUNKALI GEPATIT C NING KECHISHI

Surunkali hepatit C (SGC) ko'pincha katta yoshdagi kishilarda uchraydi. 50-85% bemorlarda o'tkir hepatit C o'tkazgandan keyin rivojlanadi. SGC ko'pincha alkogolizm bilan kasallanganlarda uchraydi. Hepatit C ni virusi hepatotsitlarga to'g'ridan-to'g'ri tsitopatik ta'sir ko'rsatadi. SHu sabab uning hepatotsitdagi persistentsiyasi va replikatsiyasi jigardagi patologik jarayonning faolligi va kuchayibborishi bilan kechadi. SGC ning klinika- sida astenovegetativ sindrom: tez charchash, bo'shashlik, ishqobiliyatining pasayishi, uyquning buzilishi kuzatiladi. Jigar bir oz (Q1,5 Q 2 sm) kattalashib zichlashadi. Subfebril harorat kuzatilishi, nim sariqlik bo'lishi mumkin. SGC uzoq vaqt klinik-laborator remissiya bilan kechadi. qondagi biokimyoviy ko'rsatkichlar me'yorida bo'ladi. Kasallikning remissiya davri xuruj bilan almashinganda aminotransferazalar faolligi bir oz oshadi. Kasallik uzoq vaqt, 20-30 yil yashirin (latent) kechib jigar tsirroziga olib kelishi mumkin, 40-50% bemorlarda SGC jigardan tashqaridagi ko'rinishlari (SHegren sindromi, autoimmun tireoidit, artralgiyalar, mialgiyalar) va immun buzilishlari (antinuklear, revmatoid omil, silliq mushaklarga qarshi antitanalar, krioglobulinemiya) bilan kechadi. O'tkir GC ning ko'pincha surunkali turga o'tishi va bu jarayonning minimal klinik belgilar bilan kechishi bu kasallikni erta aniqlashda qayta jigar biopsiyasini o'tkazishni taqozo qiladi, lekin ko'pchilik bemorlarda shikoyatning yo'qligi, kasallik belgilarining kamligi bu muolajani keng ko'lamda o'tkazishni qiyinlashtiradi.

## DORILAR CHAQIRUVCHI SURUNKALI GEPATITLAR

Dorilar jigar hujayralariga to'g'ridan-to'g'ri yoki immun mexanizmlar orqali ta'sir ko'rsatib, surunkali hepatitga olib kelishi mumkin. Hepatit- ning klinik manzarasi asosiy kasallikning belgilari bilan bo'ladi. Tibbiyot amaliyotida quyidagi dorilar qo'llanganda surunkali hepatit rivojlanadi: merkazolil, 6-merkaptopurin, metiltestosteron, levomitsetin, furodonin, 5-NOK, kordaron. Agar 2-3 xil dorilar birga berilsa, ularning zaharlash kuchi yanada oshadi. Surunkali hepatit dorilarni iste'mol qilgandan keyin bir necha kundan yoki bir necha oydan keyin rivojlanishi mumkin.

Klinik manzarasi: dorilarni iste'mol qilish davrida umumiy holsizlik, ko'ngil aynishi, o'ng qovurg'a tagida og'irlik, sariqlik, terining qichishi kuzatiladi. Jigar kattalashadi. Ba'zan

badandagi o'zgarishlar bo'lmay, faqat qonda bioximik o'zgarishlar bo'ladi. Bilirubin normadan ko'payadi, transaminazalar faolligi, ishqoriy fosfataza, oqsilning globulin fraksiyasi me'yoridan ko'payadi.

#### SURUNKALI GEPATIT V, D, C TASHXISI

SG tashxisi klinik belgilar, laboratoriya tahlillari, jigarining morfologik o'zgarishlari, ul'tratovush tekshiruv, jigarining Au 198 yordamida stsintigrafiyasi, radioizotop  $Te^{99}$  yordamida o'tkazilgan gepato- grafiya asosida aniqlanadi. Bundan tashqari, tashxis qo'yishda bemorning epidemiologik anamnezi, ya'ni ilgari boshdan o'tkazgan o'tkir virusli hepatitning 6 oydan uzoq muddatga cho'zilganligi yordam beradi. Lekin, bemorning anamnezida o'tkir virusli hepatitning yo'qligi surunkali hepatitni inkor etmaydi, chunki, 30-40% bemorlar kasallikning engil, sariqsiz turini boshdan o'tkazadi va asosan shu engil turi ko'proq surunkali turga o'tib ketadi. Tashxisni aniqlashda SVG ga xos bo'lgan quvvatsizlik, tez charchash, dispepsik o'zgarishlar, jigarining kattalashishi va qattiqlashishi, qora taloqning holati kabi belgilarga e'tibor berish kerak. Biokimyoviy ko'rsatkichlardan asosan disproteinemiya, gipoalbuminemiya va gipergammaglobulinemiyaga ahamiyat bermoq lozim. Bundan tashqari, fermentlarning faolligi, timol va sulema ko'rsatkichlari hamda protrombin miqdorining ham ahamiyati kattadir. Fermentlar va timol sinamasi qancha yuqori bo'lsa, shunga mos ravishda sulema va protrombin ko'rsatkichi past bo'lsa, jigarda ketayotgan o'zgarishlar shuncha chuqur bo'ladi. Surunkali virusli hepatit etio- logiyasini aniqlashda virusli hepatitlarning markerlarini o'rganish katta yordam beradi.

Surunkali VGV tashxisini qo'yishda bemorning qonidagi HbsAg anti HbsAg kabi markerlarni aniqlash yordam beradi. Jigar to'qimasida HbsAg joylashgan hepatotsitlar xira oynasimon ko'rinishda, HbsAg hepatotsitlar yadrosida "qum sochilgan yadro" ko'rinishida namoyon bo'ladi. Bu morfologik o'zgarishlar, asosan, elektron mikroskop yordamida aniqlanadi.

SVGD uchun xos bo'lgan markerlar - bu NV A, anti- NVs-anti deltadir. Bundan tashqari, bu xil hepatitda jigar hujayralarining yadrosida immunoferment usuli (IFA) bilan delta-antigen aniqlanadi. SVGC tashxisini qo'yishda ham bemorning epidemiologik anamnezi, ya'ni uning ilgari qon va uning preparatlarini qabul qilgan-qilmaganligi, kasallikning nisbatan engil o'tishi, eng asosiysi bemorda boshqa virusli hepatit markerlari topilmaganligi, unda anti- Hbs, antitanalar aniqlanishi yordam beradi.

qiyosiy tashxislash. Surunkali hepatit va uning alohida xillarini (surunkali hepatit V, D, C, autoimmun hepatit, xolestatik hepatit, dorilar chaqiruvchi surunkali hepatit) o'zaro va o'tkir hepatit, birlamchi biliar jigar tsirrozi, birlamchi sklerozlovchi xolangit, Uilson-Konavalov kasalligi, jigarining alkogoldan shikastlanishidan qiyosiy tashxislash kerak. qiyosiy tashxislash kasallikning klinikasi, qonning umumiy analizi, biokimyoviy immunologik tekshiruvlar ko'rsatkichlari, jigar biopstatidagi morfologik o'zgarishlar, jigar va o't yo'llari holatini asboblari yordamida tekshirish natijalar o'rganilib o'tkaziladi. Uilson-Konavalov kasalligini qon zardobida tseruloplazmin topilishi, ko'zning muguz pardasida Kayzer-Flyaysher halqasining

bo'lishinitasdiqlaydi. Birlamchi biliar jigar tsirrozini qon zardobida mitoxondriya antitanalarning ko'p bo'lishi, jigar biopsiyasidagi gistologik o'zgarishlar tasdiqlaydi. Birlamchi sklerozlovchi xolangit kasalligi tashxisini qo'yish uchun retrograd pankreatoxolegrafiya usuli orqali tekshirish o'tkaziladi. Autoimmun hepatit bilan qiyosiy tashxis qilinganda bu kasallikdagi endokrin buzilishlar, maxsus antitanalarni, Le hujayralarning hamda qon zardobida virusli hepatitlarning markeri bo'lmashligi ahamiyatlidir. Autoimmun hepatit ko'proq yosh ayollarda avj olib, shiddat bilan kechadi, qon zardobida aminotransferozalar 10 barobar ko'p bo'ladi. Jigar etishmovchiligi rivojlanadi.

#### SURUNKALI VIRUSLI GEPATITLARNI DAVOLASH

SVG ni davolash kasallikning faolligiga, etiologiyasiga hamda jigar faoliyatining qay darajada buzilganligiga qarab olib boriladi. SPGV bilan og'rigan bemorlarga engillashtirilgan kun tartibi o'rnatilishi kerak, bu holda jismoniy va asabiy qo'zg'alishlar bo'lmashligi kerak, uyqu tinch va chuqur bo'lmog'i lozim. Kasallikning remissiya davrida bemorlarga 15-stol tayinlanishi

mumkin. Kasallik xuruji davrida bemorlar shifoxonaga yotqiziladi, ularga Pevzner bo'yicha 5a parhez stoli buyuriladi.

Bemorda intoksikatsiya belgilari bo'lsa dezintoksikatsion eritmalar: 5% li glyukoza eritmasi, gemodez, reomakrodeks, fiziologik eritmalar venaga yuboriladi. Agar intoksikatsiya kuchli bo'lmasa, ko'ngil aynishi, qusish kuzatilmasa, suyuqliklar (kompot, Toshkent mineral suvi, ko'k choy)ni ko'p ichish mumkin. Dezintoksikatsion terapiya 3-5 kun davomida o'tkaziladi. Kasallik xuruji paytida jigar hujayralari membranasini mustahkamlovchi preparatlar - gepatoprotektorlarni qo'llash ham maqsadga muvofiqdir. Bu preparatlardan essensial forte (2 kapsuladan 3 mahal ichishga), essensial (15-10 ml dan venaga), lipostabil (5-10 ml dan venaga), karsil (1-2 tabletkadan 3 mahal ichishga) keng qo'llaniladi. Fosfotliv dorisi 2 kapsuladan 4 mahal 6 oy davomida ichishga beriladi. O't ajralishi ni yaxshilash maqsadida bemorga LIV-52, levomitsetin (1-2 tabletkadan 3 mahal), 5% li magneziiy sulfat eritmasini berish tavsiya etiladi. Turli o't haydovchi damlamalar ham berish mumkin.

Bemorning o'ng qovurg'asi ostida kuchli og'riq bo'lib, ECHT yuqori bo'lsa, u holda antibiotiklar, og'riqni qoldiruvchi spazmolitiklar -papaverin, platifillin, no-shpa kabi preparatlar ishlatiladi. SHuni aytish lozimki, SVG da hatto xuruj davrida glyuko-kortikosteroidlarni ishlatish maqsadga muvofiq emas. Remissiya davrida SVG bilan og'riq bemorlarni davolash shart emas, chunki har xil muolajalar o'tkazish bemorga delta-virusni tushirishi mumkin, bu holda SVGV SFDG ga aylanishi mumkin. SFGVni davolash. Bu murakkab jarayon bo'lib, ayrim hollarda juda uzoqqa cho'ziladi. Jigar faoliyatini yaxshilashda kun tartibining ahamiyati katta. Bemorlarga jismoniy ish hamda asab tizimini qo'zg'atuvchi ishlarni bajarish mumkin emas. Ish jarayonida bir oz dam olish maqsadga muvofiq. Bemorlar asosan parhezda bo'ladilar. Kasallik xuruji davrida esa shifoxonada davolanadilar. SHuni aytish lozimki, shu vaqtgacha kasallikka qarshi, ya'ni viruslarga samarali ta'sir qiluvchi preparatlar topilmagan. Jumladan, sinab ko'rilganvirazol, ribavirin, atsiklovir, sianidanol-3, izoprinozin preparatlari uncha yaxshi ta'sir ko'rsatmaydi.

Bemor shifoxonada yotganda unga dezintoksikatsion terapiya o'tkaziladi (albatta siydikning rangiga e'tibor berish kerak). Bu holda 5-10% li glyukoza, gemodez, reomakrodeks, reopoliglyukin eritmaları tavsiya etiladi. Ular kasallikning belgilari, asosan intoksikatsiya sezilarli darajada kamayguncha o'tkaziladi. Bundan tashqari, intoksikatsiyani kamaytirish va oqsil etishmasligi oldini olish maqsadida tomiriga 200-300 ml plazma, albumindan (haftasiga 2 marta) yuboriladi. Tayyor aminokislotalar yig'indisidan tashkil topgan eritmalar - alvezin, poliamin, vamin, trofamin, neframin ham oqsil sintezini yaxshilaydi hamda dezintoksi- katsioon ta'sir ko'rsatadi. Bu preparatlar 400-800 ml dan venaga yuboriladi. Kasallik kuchli intoksikatsiya bilan o'tayotgan hollarda bemorga ornipetil eritmasini 250 ml dan venaga yuborish mumkin. SFGB ni davolashda gepatoprotektorlarning ham ahamiyati katta. Ulardan essensial, essensial-forte ko'proq ishlatiladi. Lekin ularning samaradorligi ayrim olimlar tomonidan tan olinmagan. Preparatning ta'sirini kuchaytirish maqsadida bir vaqtning o'zida ham essensial (5-10 ml dan tomiriga 5-10 kun davomida), hamda essensial-forte (kuniga 2 kapsuladan 3 mahal)ni qo'llash maqsadga muvofiqdir. SHu bilan birga, lipokislota berish ham preparatning ta'sirini kuchaytiradi.

Ma'lumki, kasallikning rivojlanishi va tsitolitik sindromning kelib chiqishida gepatotsit membranasidagi lioproteidlarning perok-sidlanishi kuchayishi katta ahamiyatga ega. SHu jarayonni pasaytirishda antioksidant preparatlarni qo'llash ham ijobiy natija beradi. Bular ichida ko'proq vitamin ishlatiladi. Preparatning 10% li eritmasi 1,0 ml dan mushakka yuboriladi (10 kun davomida).

Jigar hujayralarining energetik resurslarini kuchaytirish maqsadida riboksin ishlatish ham yaxshi natija beradi. Bu preparatlar ichishga 0,2 g 4 mahal beriladi (2 hafta - 1 oy mobaynida), venaga esa 4-10 ml dan 1-15 kun davomida buyuriladi. Bemorlarga vitamin V ( V6, V12 ) hamda vitamin C berish ham zarur. Ko'p hollarda ana shu davo muolajalarini qo'llash yaxshi natija beradi. Ammo ayrim hollarda bu davodan yaxshi natija bo'lmaydi, tsitolitik sindrom kamaymaydi, shu hollarda glyukokortikosteroidlarga (GKS) o'tishga majbur bo'linadi.

GKS lar jigar hujayralariga anabolik ta'sir ko'rsatadi, bunda albuminlar miqdori ko'payadi. Bundan tashqari, GKS immunodepressiv xususiyatga ega, oqibatda limfotsitlar va plazmotsitlarning etilishi pasayadi va natijada jigardagi morfologik o'zgarishlar ham kamayadi. Prednizolon 20-30 mg dan ichishga beriladi. Sezilarli natija olingach, kechki dozasi 2,5 mg dan (yarim tabletkadan) har 3 kunda kamaytirib boriladi. Ayrim hollarda preparat 5-10 mg dan bir necha haftadan bir necha oygacha bo'lgan muddat davomida berib turiladi. So'nggi yillarda interferon preparatlari - feron, reaferonlar yaxshi natija berayotgani haqida ma'lumotlar bor. Jumladan, al'fa-interferon va referonni 2,5-5 mln TB dan haftasiga 3 marta teri ostiga yuborish yaxshi natija beradi. Lekin bu davo 3-6 oy davomida o'tkazilishi kerak. Virus sabab rivojlangan surunkali faol hepatitlarni davolashda so'nggi yillarda virusga qarshi dori - al'fa-interferon qo'llanilmoqda.

Surunkali faol hepatit V (SFGV) da al'fa-interferon 5 mln TB dan har kuni teri ostiga yuboriladi yoki 10 mln, TB dan haftasiga 3 marta 4-6 oy davomida teri ostiga yuboriladi. Davolash natijasida 40-50% bemorlarning ahvoli yaxshilanadi, aminotransferazalar faolligi pasayadi. qon zardobidan Hbs Ag yo'qoladi. Agar kasallik qaytalansa, al'fa-interferon bilan davolash qaytariladi. al'fa-interferon bilan davolashdan oldin aminotransferazalar miqdori kam bo'lsa, a-interferon bilan davolash boshlanguncha prednizolon bilan davolanadi. 6 oy ichida prednizolonni sxema bo'yicha: 2 hafta 60 mg G`kun, 2 hafta 40 mg G`kun, 2 hafta 20 mg G`kundan, ikki haftadan keyin 5 mln. TB dan haftasiga 3 marta 3 oy davomida al'fa-interferon beriladi. Prednizolon bilan davolagandan keyin immun mexanizm faollashadi, endogen interferonni hosil bo'lishi kuchayadi, infeksiyaga uchrab shikastlangan hepatotsit hujayralarini eritib chiqarib yuborishi kuchayadi.

Surunkali hepatit C ni davolashda a-interferonni 3 mln. TB dan haftasiga 3 marta 12 oy davomida teri ostiga yuboriladi. Surunkali hepatit C ni davolashda a-interferon bilan birgalikda ribaverin 1000-1200 ml dan har kuni 12 oy davomida yuborilsa, 50% bemorlarda davolash samarali bo'ladi.

Surunkali hepatit D virusga qarshi a-interferonga juda chidamli bo'lgani uchun a-interferonni 9-10 mln. TB dan haftasiga 3 marta 12-18 oy davomida yuboriladi. 25% kasallarda dorining samarasi sezilarli dara-jada yaxshi bo'ladi. a-interferon dorisini qo'llaganda gripp kasaliga o'xshagan asorat bo'lishi mumkin. Birinchi in'eksiyadan keyin 75-90% bemorlarda haroratni ko'tarilishi, mialgiya, artralgiya kuzatiladi. Keyinchalik 2-3 haftadan so'ng bu holatlar bo'lmaydi. Ba'zi bemorlar qonida aminotransferaza faolligi oshganligi kuzatiladi, bu hol a-interferon ta'sirida infeksiyaga yo'liqqan hepatotsit hujayralarining emirilishiga bog'liq. Kasallikning monoton, past fermentlar bilan o'tayotgan shakllarida bemorlarga immunostimulyatorlar - T-aktivin, timotropin, timalin kabi timus bezi gormonlari ham (albatta, immunogrammani nazorat qilgan holda) ijobiy natija berishi mumkin. So'nggi paytlarda endogen interferon miqdorini ko'paytirish uchun amiksin preparati tavsiya etilayapti. Surunkali hepatitni davolashning asosiy yo'llari:

1. Ruhiy va jismoniy osoyishta kun tartibiga rioya qilish.
2. Parhez saqlash (Pevzner bo'yicha 5-parhez stoli), ya'ni quvvatni to'la ta'minlaydigan, ekstraktiv va xolesteringa boy mahsulotlar chegaralangan, oson hazm bo'ladigan vitaminli ovqatlarni iste'mol qilish.
3. Surunkali hepatit qo'zishiga olib keluvchi barcha omillarni bartaraf qilish.
4. Surunkali hepatitning klinik turi, faolligi va klinik sindromlari-ning ifodalanganligiga qarab dorilar bilan davolash.

Surunkali faol va autoimmun hepatitda dorilarning ikkita asosiy guruhifal qo'llaniladi. Jigar hujayralarida modda almashinuvini yaxshilovchidorilar (gepatoprotektorlar): V1; V6, V12, C vitaminlari, lipoid kislotasi yokilipamid (ovqatdan keyin 0,025-0,05 g dan kuniga 3-4 mahal), essensial-forte (kuniga 3-6 kapsuladan ichishga yoki 5-10 ml dan glyukozaningizotonik eritmasida venaga tomchilab) 30-60 kun beriladi. Ko'rsatilgandorilar xuddi shu tartibda bemorga yiliga 2-3 marta beriladi. Nekroznitoxtatish, regeneratsiyani kuchaytirish, lipotrop ta'sir

o`tkazish maqsadida aminokislotalar (glutamin kislotasi), oqsil gidrolizatlari (aminopeptid, albumin, aminokrovin va boshqalar) bilan venaga yuboriladi.

Yallig`lanishga qarshi va immun tizimi faoliyatini yaxshilash maqsadidagi glukokortikoidlar (prednizolon, triamsinolon va boshqalar sxemabo`yicha), aminoxinolin hosilalari (kuniga 0,25-0,5 g dan delagil 10-15mg prednizolon bilan birga), tsitostatiklar (kuniga 50-100 mg dan azatioprin 5-10 mg prednizolon bilan birga, 6-merkaptopurin) beriladi. TSitostatiklar surunkali gepatit yuqori faollik bilan kechganda, avtoim- mun gepatitda qo`llaniladi. Kasallikning boshlang`ich davrlarida yaxshiroq natija beradi. Ko`rsatilgan dorilar xili va miqdori, davolash kurslari har bir bemor uchun o`ziga xos bo`ladi. Davolash uzoq muddat davom etadi.

Surunkali persistirlovchi gepatitda xuruj davrida asosan jigar hu- jayralarida modda almashuvini yaxshilovchi dorilar (vitaminlar, legalon - jigar hujayrasi membranasini mustahkamlaydi, jigar gidrolizatlari- sirepar, aminokislotalar) qo`llaniladi. Davolash 30-40 kunlik kurslar bilan olib boriladi. Kasallikning qo`zigan davrida aminotransferazalar miqdori oshsa, 20-40 kun davomida kuniga 0,25-0,5 g dan delagil ham beriladi.

Surunkali xolestatik gepatitda jigar hujayralarida modda almashi- nuvinini yaxshilovchi dorilar bilan birga, immunodepressantlar, yallig`lanish- ga qarshi, xolestaz sindromini bartaraf qiluvchi dorilar beriladi. o`tkis- lotasini bog`lash uchun ko`pincha kuniga 10-16 g dan 1-2 oy davomida xolestiramin (miqdori asta-sekin kamaytirilib boriladi) beriladi. A, D, E va K vitaminlari (xolestaz sababli so`rilishi buzilganligi uchun) beriladi. Glyukokortikoidlar 4-6 oydan 1 yilgacha xolesterin va bilirubin miqdori kamayguncha (prednizolonning boshlang`ich dozasi 25-30 mg, asta-sekin kamaytirib boriladi) beriladi. Glyukokortikoidlar bilan davolash yaxshi natija bermaganda tsitostatiklar (azatioprin kuniga 50-100 mg dan 2 oydan 1 yilgacha) yoki tsitostatiklarni kichik dozadagi glyukokortikoidlar bilan birga berish mumkin.

Profilaktikasi. o`tkir kechadigan gepatitning oldini olish, faol gepatitda dispanserizatsiya qilish, har xil dorilar va zaharli moddalardan zararlanishdan saqlanish, parhezga amal qilish zarur.

**AUDITORIYAGA SAVOLLAR.** Ma`ruzada kasallikni tushuntirish paytida talabalarni tulik tushunishi uchun har xil savollar berib, birgalikda javob topish va kushimcha ma`lumotlar berib mavzuni mustaxkamlash zarur.

| Talaba bilimini baxolash mezonlari                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Baxo |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Talaba mavzuning asosiy savollariga to`liq tayorlangan, muloqotda faol qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega. Kasallik etiologyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasi to`g`risida ma`lumotga ega. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo`llayoladi.                   | «5»  |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga tayorlangan, muloqotda qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega. Kasallik etiologyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasi to`g`risida ma`lumotga ega. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo`llayoladi.                               | «4»  |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga to`liq tayorlanmagan, muloqotda sust qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyati past. Kasallik etiologyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasi to`g`risida ma`lumotga ega emas. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo`llash uchun qiynaladi. | «3»  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Talaba mavzuning asosiy savollariga tayor emas, muloqotda qatnashmaydi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega emas. Kasallik etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasini bilmaydi. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llay olmaydi. | «2» |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

## 12-mavzu : Surunkali pielonefrit

### Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mashg'ulot vaqti -4 soat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Talabalar soni : 8-9 gacha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Mashg'ulot shakli                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Amaliy mashg'ulot .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Amaliy mashg'ulot rejasi:</b><br>1. Pielonefrit kasallikgi, ezofagitlar, surunkali gastritkasalligini etiologiyasi, patogenezi, tasnifi, klinikasi, tekshirish usullari, davolash bo'yicha nazariy bilimlarni mustahkamlash.<br>2. Mavzuga oid bemorlar kurasiysi.<br>3. Mavzuga oid vaziytli masalalar va testlar echish.<br>4. Mavzuni mustahkamlash.<br>5. Uyga vazifa. | <b>Amaliymashg'ulotning qsqacha annotastiyasi</b><br>Hozirgi vaqtda pielonefrit kasallikgi o'rganish jo'da katta ahamiytga ega, chunki u buyrak kasalliklari orasida eng oldingi o'rinlarni, hamda bemor hayoti uchun xafli bo'lgan asoratlar keltirib chiqarishi mumkin. Shuningdek haut uchun muhim bo'lgan ichki a'zolari zararlashga ham sababchi bo'ladi.                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>O'quv mashg'ulotning maqsadi:</b><br>Talabalarga kasallikning etiologiyasi, patogenezi, klinik simptomlrini, laborator- instrumental diagnostika va rasional terapiy, asoratlar profilacticasini, reobilitatsiyasini o'rgatish.                                                                                                                                            | <b>Maqsadi yoritiladi.</b><br><i>Ta'lim maqsadi</i> – nazariy bilimlarni egallash va mustahkamlash:<br><i>Tarbiyviy maqsadi</i> – shifokorlikka tayyorlashda jahon standartlari talab darajisida mutaxassislikka qiziqishini, masuliyt hissiytlarini shakilantirish, o'z bilim darajasini kengautirishga qiziqishini tarbiylash, deontologik tarbiy darajasini shakilantirish, amaliy ishni bajarishda ehtiytkorlik, aniqlik va ma'suliytni his etishni shakilantirish.<br><i>Rivojlantiruvchi maqsad</i> - talabalarda mustaqil ficirlashni va mustaqil mulohaza yritishni shakilantirish, talabalarni mantiqiy ficirlashini rivojlantirish. |
| Ta'lim berish usullari                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Multimediya<br>Interaktivusul: <b>FSMU- usuli</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Ta'lim berish shakllari                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Jamoaviy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Ta'lim berish vositalari                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | O'quv qo'llanma, darslik, ma'ruza matni, kompyuter,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Ta'lim berish sharoiti                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Monitoring va baholash.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Og'zaki nazorat, savol-javob.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

### Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

| Ish bosqichlari va vaqti. | Ta'lim beruvchi                         | Ta'lim oluvchilar |
|---------------------------|-----------------------------------------|-------------------|
| Tayyorlov                 | 1. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi | Talabalar         |

|                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| bosqichi<br>(5 daqiqa)                               | 2.Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi<br>3.Davomatni nazorat qiladi                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                      |
| 1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi<br>(5 daqiqa) | 1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash.<br>2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash<br>3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish                                                                                                                                                              | Talabalar                                                                                                            |
| 2 – asosiy bosqich<br>(20 daqiqa)                    | 1.Talabalarni kichik guruhlar bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi.<br><b>FSMU- usuli</b> Bunda talabalarining nazariy bilimlari amaliytda sinalladi.<br>1. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi<br>2. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi | Kichik guruhlar bo'linadilar<br>Tomosha qiladilar<br><br>Qatnashadilar<br>Tinglaydilar va savollarga javob beradilar |
| 10daqiqa<br>10daqiqa                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                      |
| 3.Klinik bosqich<br>(15 daqiqa)                      | 1. Bemorlarni kuratsiya qilish uchun tayyorlanadi fonendoskop,tonometr maska tayyorlanadi                                                                                                                                                                                                                                                              | So'rab surishtiradi<br>Muloqotda bo'ladi                                                                             |
| (40 daqiqa)                                          | 2.Bemordan anamnez yig'ish so'rab surishtirish obektiv ko'ruv fizikal tekshirishlarni o'tkazish                                                                                                                                                                                                                                                        | Yozib oladi                                                                                                          |
| (30 daqiqa)                                          | 3.Kasallik tarixi laborator va instrumental tahlillar natijalari muhokama qilinadi va mavzu bo'yicha xulosalar beriladi.                                                                                                                                                                                                                               | Tinglaydi                                                                                                            |
| (20 daqiqa)                                          | 4. Klinik amaliyot bo'yicha bemorlar muhokama qilinadi va mavzu bo'yicha xulosalar beriladi.                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                      |
| (5 daqiqa)                                           | 5. Uyga vazifa beradi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                      |
| Jami:160 minut - 4 soat                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                      |

### Mavzu bayoni: Surunkali pielonefrit va glomerulonefritlar

Pielonefrit – buyrak kosachalari, jomlari va buyrak parenximasining yaliglanishi bilan birga kuprok interstitsial tukimani shikastlovchi jarayondir.

Amerika olimlari Uolter E. Stamm, Marvin Turk – surunkali interstitsial pielonefrit bakterial infektsiya okibatida kelib chikuvchi kasallikka surunkali pielonefrit deb atashadi (10 jildlik «Ichki kasalliklar» ma'lumotnomasi, muxarrir doktor T.X.Xarrison, 6 jild muxarriri E. Braunval'd. Vashington. 1987, Moskva. Meditsina. 1995, 341 saxifa)

Bu kasallik kupichna 40 yoshgacha bormagan ayollar, ularning kupchiligi xomiladorlik davrida kasallanishadi. Goxo u yosh bolalarda xam uchraydi. Kartaygan erkaklar ayollarga nisbatan kuprok kasallanishadi. Bu prostata adenomasining rivojlanishi tufayli siydikni turib kolishidan yuzaga keladi. Surunkali pielonefrit kupincha kandli diabet kasalligi kechishini ogirlashtiradi. U transport boshkaruvchilar, ogir sanoat dastgoxlarida ishlovchilarda tezrok rivojlanadi.

**TASNIF.** Pielonefritlarni kechishida bir necha tasniflar tavsiya kilingan. Bular Pelehuk A.P. (1983), Komarov F.I. (1990) va Po`tel' YA.A. (1997), SHul'tsev (1983) tavsiyasi IX kayta kurib chikilgan Xalkaro Kasalliklar tasnifi (XKT) asosida Bryuxovetskiy A.G. (1991) ishlab chikkan tasniflardir. Bular ichida Bryuxovetskiy tasnifi mukammalrok xisoblanadi.

## **SURUNKALI PIELONEFRIT TASNIFI.**

Bryuxovetskiy A.G. (1991).

### **SHIKASTLANISH YULI**

- birlamchi (gematogen)
- ikkilamchi (urinogen)

### **JOYLASHISHI**

- bir tomonlama
- ikki tomonlama
- yakka buyrak pielonefriti

### **KASALLIK FAZASI**

- zuraygan.
- bekaror tinchigan.
- tinchigan (remissiya).

### **KECHISHI**

- YAshirin (latent)
- kaytalanuvchi
- progredientli.

### **ASOSIY SINDROMLARI VA ASORATLARI**

- arterial gipertenziya
- srunkali buyrak etishmovchiligi (SBE)
- paranefrit.
- gidronefroz.
- urosepsis.
- distrofiya.
- kamkonlik.

Bu tasnifga binoan pielonefrit birlamchi yoki asoratsiz (gematogen) ikkilamchi asoratli (kutariluvchi) pielonefritlarga bulinadi. Birlamchi pielonefrit boshlanishidan oldin buyrak va siydik yullarida uzgarish bulmaydi. Ikkilamchida buyrak va siydik yullarida organik yoki funktsional jarayon yotadi. Birlamchi pielonefrit ancha kam uchraydi. Surunkali pielonefrit 75% ikki tomonlama buladi.

Pielonefrit asosida buyraklar arokinamikasini buzilishi va yaliglanishini boshlanishi bilan buyrak tukimalarining infektsiona bulgan sezgirligining yukolishi yotadi.

Kuzgatuvchilarga: gram negativli batsillalar – koli, proteus klebsiella, psevdonomas, bakteriodes, gram negativli kokko batsillalar – korinebakterium, laktobatsillus, gram pozitivli kokklar – stafilokokkus epidermidis, stafilokokkus saprofitikus, streptokokkus fekali, streptokokkus agalaktitse, gram negativli kokklar – Neysseriya gonorreya, zamburuglar (kandida, xlamidiya traxomatis, ureoplazma ureolitikum, mikoplazma xominis) kiradi.

Gematogen yul bilan kuyidagi bakterial flora: enterokokkus koli, streptokokkus agalaktika, stafilokokkus aures, kandida, sil mikobakteriyalari, xar xil viruslar shistozamaları katnashishi mumkin.

Kasallikni kelib chikishda L shaklli bakteriyalarni katnashishi aniklangan. Infektsiya asbob-uskuna, jarroxlik amaliyoti va jinsiy aloka bilan utadi. SHu narsa anikli yashirin ashaddiy kuzgovchi uz joyida doimo fakat urodinamika buzilishini va xujayiniga zarar keltirishni kutib turadi. Surunkali pielonefritda flora aralash buladi.

Pielonefrit keltirib chikaradigan omillardan siydik utishini buzilishi, keyinchalik ureostaz bilan (siydik nayini torayishi, kiyshayishi, nefroptoza, siydik yullari anomaliyasi) tashki ta'siroat tufayli siydik yulini bosilishi katta ahamiyatga ega.

Pielonefrit rivojlanishiga kandli diabet, podagra, nefrokal'tsinoz, kaliy mikdorini kamayishi, analgetiklarni suyiiste'mol qilish, buyrak tashkarisi yalliglanishlari (enterit, angina, zotiljam, yiringlashlar), urogenital tuzum yalliglanish kasalliklari (prostatit, tsistit, adneksit, vul'vovaginit va boshkalar) imkoniyat yaratadi.

Professor B.I. SHulutko xabarligidagi Leningrad sanitariya-gigiena instituti fakul'tet terapiya kafedrasida gipotetik kontseptsiyasi mavjud.

Immun mexanizmlar ishtiroki unchalik anik va dadil bulmasada tukimaga mos NLABZ ziddi geniga bogliqlik bor. Pielonefrit bemorlarining glomerulonefritga karshi siydigida karshi ziddi tana immun komplekslari aniklanadi.

Jomda dimlangan (turib kolgan) siydik infeksiyalangan buladi. Infeksiyalangan siydik surgich soxasiga kiradi va natijada tukimasini infeksiyalanishiga sharoit yaratadi. Keyin infeksiya naychalarga utib buyrak tukimasiga tarkalib koptokchalargacha etib boradi. Bunda interstitsional yalliglanish koptokcha tomirlarini ishemiyasiga kolib keladi va buning okibatida interstitsial skleroz rivojlanib koptokchalar chandiklanadi. Sung glomeruloskleroz rivojlanadi.

**Pielonefritli bemorlarning 67%ni ayollar tashkil kiladi, shular ichida 60-70% esa 20-40 yoshdagilardan iborat buladi.**

**PATANATOMIYASI.** Patanatomik uzgarishlar buyrakda yalliglangan va sklerozlangan uchoglar orasida uzgarmagan tukimalar uchraydi. Bunda ung va chap buyrak xar xil kattalikda bulib, jomlari kengaygan, devori kalinlashgan buladi.

Pielonefritda kuzatiladigan patologik jarayon 4 boskichda utadi:

**I boskich** – koptokchalar uzgarmagan, yiguvchi naychalar bir tekisda atrofiyalangan va oralik tukima infil'tratsiyalangan.

**II** – ba'zi koptokchalar gialinlashgan, naychalar jiddiy atrofiyalangan, yallig'li infil'tratsiya kamaygan va birlashtiruvchi tukima usib kupaygan.

**III** – koptokchalarning anchasi gialinlashgan va ulgan (nekrozga uchragan siydik naychalari farklanmagan epiteliy bilan koplangan va kolloid bilan tulgan)

**IV** – buyrakning yupkalangan pustlok kismi asosan limfotsitar infil'tratsiyaga ega tulgan siyraklashgan magizli birlashtiruvchi tukimadan iborat.

**KLINIK MANZARA.** Kasallik kupincha siydik yullarining utkir yalliglanish jarayoni – utkir tsistit yoki pielitlardan bir necha yil utgandan keyin aniklanadi. Ba'zida surunkali pielonefrit utkir pielonefrit davolanmasligi okibatida rivojlanadi, goxo kasallik boshlanishidan utkir alomatlarisiz kechadi. Kupincha boshlangich belgilari nixoyatda kam, ayniksa, boshlangich boskichlarida bemor boshka kasalligi buyicha siydigi tekshirilgandan keyin yoki buyrak etishmovchilik belgilari paydo bulganda, arterial gipertoniya aniklangan kishilarda topiladi. Utkir pielonefritni surunkaliga utishi tinchigan, lekin faol yalliglanish uchogi, maxalliy sabablar xamda etarli davo kilinmagan yoki davoni erta tuxatilganda yuzaga keladi.

Surunkali pielonefritli bemorlar xakimga kupincha tez charchash., kuvvatsizlik, bosh ogriqi, epigastral soxada ogrik, xaroratni subfebril bulishiga shikoyat kiladilar. Sababsiz boshlangich tsistit, siydik ajralishning buzilishi (dizuriya) alomatlari pielonefritni yashirin kechishdan dalolat berishi mumkin.

Surunkali pielonefritda ogir tumtok, doimiyliги bilan xususiyatli bulib, buyrak soxasida joylashib, yaliglanish jarayoni zurayishida va buyrak soxasini ikki kul bilan (bimanul) tekshirganda kuchayadi. Tana xarorati siydik chikishga tusik paydo bulganda va zurayganda kutariladi.

Buyrakda yalliglanish jarayoni zurayishi davrida yoki buyrak etishmovchiligi boskichida konda uzgarishlar ruy berishi mumkin: eCHT kupincha biroz kutariladi.

Surunkali pielonefrit uzok davom etadi, ayniksa, u bir tomonlama bulganda noanik isitma bilan kechganda davriy zurayadi, sung uzok vaktgacha bilinmaydi. Mumtazam va uzok davolanganda jarayon zurayishning oldi olinadi.

Surunkali pielonefrit bir necha xil shaklda kechadi.

- **Latent shaklda** klinik alomatlari juda kam. Bunda bemorlar xolsizlik, tez charchash, kamrok xaroratni subfebril bulishi mumkin. Ob`ektiv tekshirganda uziga xos belgilar bulmaydi. Ba`zi bemorlarda Pasternatskiy belgisi musbat buladi. Siydik kup ajraladi, uning solishtirma ogirligi pasaygan, biroz proteinuriya kuzatiladi. Goxo-goxo leykotsituriya, kamkonlik, arterial bosim biroz kutarilgan buladi.

- **Gipertonik (gipertenziv) shaklda** arterial bosim 50-60% bemorlar kutarilib, bunda kupincha bosh ogrigi, bosh aylanish, uykuni buzilishi, gipertonik kriz, yurak soxasida ogrik, xansirash, bugilish belgilari bilan namoyon buladi. Siydik sindromi (proteinuriya, leykotsituriya) yakkol emas. Bemorlar uzok vakt gipotenziv dorilar olib yurgan buladi. Gipertenziyaning xakikiy sababi aniklanmaydi.

- **Azotemik shakli** kupincha surunkali buyrak etishmovchilik rivojlanganda aniklanadi. Bunda bemorlarning azot ajratish funktsiyasi uzok vakt meyorda saklanib turadi. Bemorlarning kontsentratsiyalash kobiliyatini pasayishi ancha erta boshlanadi va u buyrukni miya katlamii yalliglanishidan darak beradi.

Arterial bosimni kutarilishi buyrak etishmovchiligi bilan birga kelishi mumkin. Kon bosimi oshishi jarayonga buyrak arterialarini tortilishi tufayli buyrak ishemiyasi okibatida yuazaga keladi. Gipertoniyani kelib chikishida renin-angiotenzin mexanizmini ishga tushishi va al`dosteronni kup mikdorda ishlab chikilishi katta axamiyatga ega. Kon bosimi kutarilishini kupchilik bemorlar deyarlik kiynalmay utkazishadi. Surunkali buyrak etishmovchiligida poliuriya, pollakiuriya, nikturiya kuzatiladi. Siydik tekshirilganda gipoizostenuriya, biroz proteinuriya, leykotsituriya buladi.

**DIAGNOSTIKA.** Diagnoz kuyishda bemorning anamnezi, laborator, rentgenologik, radioindikatsion, morfologik (biopsiya) tekshirish ma`lumotlari muxim axamiyatga egadir.

Umumiy siydik analizida biroz proteinuriya, mikrogematuriya aniklanadi. Piuriya doimiy yoki vakti-vakti bilan bulib-bulmay turadi. SHikastlangan buyrak bujmaya borishi bilan siydikda uzgarishlar kamayib boradi. Siydikni solishtirma ogirligi ikkinchi soglom buyrakning gipertrofiyalanishi tufayli meyorida buladi. Kasallikning oxirgi boskichida siydikda fakat oksilning izlarini aniklash mumkin. SHu boisdan gematuriya, leykotsituriya va tsilinduriya yukolib boradi.

Siydik chukmasida boshka elementlarga nisbatan leykotsitlar kuprok buladiki, ularni Kakovskiy-Addis va Nechiporenko sinamasi yordamida aniklash mumkin.

YAshirin (latent) kechuvchi pielonefritda kasallikni aniklash uchun prednizolon yoki pirogenal testlari yordam beradi. Prednizolon testida prednizolonni bemorga bergandan keyin 1 soat mobaynida olingan siydigida leykotsitlarning soni  $0,4 \cdot 10^9 G^{-1}$  va undan oshikcha aniklansa ijobiy (musbat) deyiladi.

Buyraklarning funktsional tekshirish usullari ichida xromotsistoskopiya va ekskretor urografiya yaxshi yordam beradi. Bunda, buyrak bir tomonlama shikastlangan bulsa shikastlangan buyrakni aniklash mumkin. Infuzion usulli ekskretor urogrammada yoki retrograd urografiya pielonefritni boshlangich boskichlaridayok buyrakni kontsentratsiyalash kobiliyatini pasayishi va rentgenokonstrast moddasini sekinlashishi, jom, kosacha va siydik yuli tonusini buzilishi, kosacha va jomlarini kengayishi, fornixlar shaklini buzilishi bilan aniklanadi.

Izotopli renografiya buyraklar va yukori siydik yullarining funktsional xolatini kaysi xolatdaligini aniklashga imkon beradi. Skanogrammada izotop tuplanishini kamayishi, uni notekis tarkalishi, buyraklar chegarasini noanikligini belgilab berishi mumkin.

Buyraklar biopsiyasi (teri orkali yoki yarim ochik) diagnostik kiyinchiliklar tugilganda, masalan, pielonefrit arterial gipertenziya bilan glomerulonefrit bilan birga kechishda foydalaniladi. Pielonefritda shikastlanish uchogli bulgani uchun biopsiya kilganda patologik uchogdan kerak bulgan kichik tukimani xamma vakt xam olib bulmaydi.

Ul'tratovush tekshiruvida kosacha-jom tuzumini zichlashganligi va kengayganligi, ularning nisbiy zichligini oshganligi aniklanadi. Kasallik oxirgi boskichlarida parenximaning akustik zichligini oshganligini va jom-kosacha tuzumi bilinmay kolish darajasigacha borishini belgilab beradi. Goxo buyrak angiografiyasini kilish lozim buladi. Surunkali pielonefritda buyrakning tomir arxitektonikasini bulizilishi ruy beradi.

**FARKLI DIAGNOZ.** Kupincha surunkali pielonefritni surunkali glomerulonefrit, nefroskleroz va buyraklar amilgidozi, xafakon kasalligi, diabetik glomerulosklerozdan farklash lozimligi tugiladi.

#### **DIAGNOZNI SHAKLLANTIRISH.**

Surunkali pielonefrit, birlamchi (gematogen), ung tomonlama, zuraygan fazasi, kaytalanib kechuvchi, arterial gipertenziya, surunkali buyrak etishmovchiligi.

#### **DAVOLASH.**

- **Parxez** – avvaylovchi taom kasallikni xamma shakli, xamma boskich, xamma fazalarida buyuriladi. Bunda ovkat moddalaridan utkir zirovarlar gusht, balik kaynatmasi, alkogol, kofe va kakao mumkin emas. Ovkot – taom etarli kaloriyaga ega, vitaminli, oksil, yog, karbon suvlar kerakli mikdorda bulishi kerak.

Ratsionga xamma sabzavot va xul mevalar, ayniksa kaliy eelementga mul bulgan (kartoshka, karom, savzi,, lavlagi, olxuri, urik, anjir), sut-katik maxsulotlari, tuxum, kaynatilgan balik, gusht, suyuklik mikdori kecha-kunduzga 1,5-2l sharbatlar, kisel', kam mineralli suvlar. Siydik chikishi tutilganda ular biroz cheklanadi.

YAshirin pielonefritda tuz 8-12 g, gipertenziyada 2-4 g, buyraklar funktsiyasining pasayishi turgun bulgan gipertenziyada bushatish kulari (sabzavot, xul meva) tayinlash maksadlidir. Kamkonlik sindromida temir va kobal'tga mul (kulupnay, olma, nok, anor), xamma shakllarda, uzum, kovun, tarvuz, kovok beriladi.

#### **DORILI DAVO.**

Antibakterial dorilar uxok muddatda beriladi. Bunda doriga ta'sirchansiz (turgun-rezistent), disbakterioz, dorini nojuya ta'siri va asoratlar berishini xisobga olish lozim.

Dorini berishdan oldin siydikni ekish, antibiotikogrammasini aniklash albatta katta axamiyatlidir. Siydikda aniklanuvchi epidermal stafilokokk, protey uzok vakt yaliglanish sababchisi bulmasligi mumkin. Goxo umumiy kuvvat beruvchi dorilarni iste'mol kilganda bakteriuriya yukolishi mumkin. Bakteriuriya buyrak bujmayganda bulmaydi. Odamda oddiy uchraydigan meyoriy vegetatsiyalovchi mikroblarga karshi antibakterial davo dori ta'sir etmaslikka, kandidauriyaga olib kelishi mumkin. Baktritsid dorilar pielonefrit zurayish davrida tsikl bilan, bakteriostatiklarni yashirin davrda tuxtovsiz beriladi. Dorilarni 2 xaftadan ortik yoki kiska davr (2-4 kun) berilmasligi kerak. Kupincha eritromitsin, fanilamid, tetratsiklin, streptomitsinga rezistentlik uchraydi.

Kupchilik bemorlarga nitrofurani va sul'fanilamidlar beriladi. Keng ta'sir etuvchi antibiotiklarni yukoridagilar samara bermaganda, ayniksa utkir xamla va zurayishida foydalanish lozim.

Antibiotiklarni sul'fanilamidlar bilan birga berganda siydik fullarida kristallar tuplanishiga karshilik kiladi.

Antibakterial davo yillar davomida xar oyda 10 kun berilishi lozim. Agar bunda xam axvol yaxshilanmasa, siydikda mikroflora ekilsa, davo tuxtovsiz, ammo dorilar almashlab berilishi lozim.

Mikroflora virulentligini pasaytirish uchun siydik reaksiyasini xar 10-14 kunda aniklab turiladi, rNni pasaytirish uchun klyukva, bryusnika morsa, limon sharbati, urotropin, rN ni kutarish uchun bikarbonat natriy ishkorli mineral suv beriladi.

Kamkonliklarda temir, foliy kislotasi, piridoksin, tsiankobalamik anabolik gormonlar, eritrotsitar massa, konni uzini kuyish lozim.

**JARROXLIK DAVO.** Siydik okish, uning utishi kiyinlashganda (toshlar, prostata adenomasini olish) bajariladi. Jarroxlik amaliyoti siydik stazini yaxshilash uchun ikki tomonlama pielonefritda xam kilish mumkin.

**SIXATGOX-KURORT.** Bunda kam mineralli suvlar ichish tavsiya kilinadi. Bal'neo-ichiriladigan kurortlardan Truskavets, Jeleznovodsk, Berezov mineral suvlari, Jermuk, Kuka (Baykal orti), mineral suv ichish, bal'nes-davo (umumiy vanna, suv ostida ichakni yuvish), fizioda (issik) beriladi. Uzbekistonda Buxoro yakindagi Sitorai Moxi xosa Turkmanistondagi Bayram – Ali sixatgoxlari yaxshi foyda beradi.

Sixatgox-kurort davo yukori gipertenziya, jiddiy kamkonlik, urokinamikani buzilishi, buyrak etishmovchiligida mumkin emas.

Klimatologik kurortlarga bemorlar yuborilmaydi. Ular doimo dispanser kuzatuvida bulishlari lozim.

**Surunkali pielonefritning faolsiz fazasida UVCH, ul'tratovush, elektroforezdan foydalanish mumkin.**

**OKIBAT.** Ikki tomonlama pielonefrit okibati kasallik boskichiga boglik. erta boskichlarda bemorni badalli buyrak etishmovchiligida muvinu mikdori bir meyorida, suv elektrolit buzilishlarsiz uzok muddatlab turish mumkin. Keyingi boskichlari nefroskleroz, surunkali glomerulonefritga karaganda deyarlik ogir emas.

Surunkali pielonefritni erta aniklash, uzok va astoydil davolash - sogayishga olib kelishi mumkin. Agar 2 yil davomida isitma, piuriya, shikoyatlar bulmasa bemor tuzaldi deyish mumkin. Bemorlar muddat ishlash kobiliyatlarini saklashlari mumkin. Ular olib borayotgan xizmatlarini davom ettirishlari mumkin, lekin ularga sovkotish, charchash mumkin emas. YUkuri, uzok davom ettiruvchi gipertenziya, surunkali buyrak etishmovchiligini kushilishi bemorlarni ishlash kobiliyatini pasayishiga, yukotishiga olib keladi.

**Oldini olish.** Surunkali pielonefritni oldini olish choralariga utkir pielonefrit bemorlarni sogaytirish, dispanser kuzatuvini yaxshi olib borishdan iborat. Turgun bakteriuriyani bartaraf kilish uchun koprostaz, surunkali kolit, xolitsistitni davolash, ogiz va xalkum bushligi infektsiyasini oldini olish va mavjud infektsiyasini oldini olish va mavjud infektsiyada tozalashzarur. Xomiladorlarda xomiladorlik davrida bakteriuriyani yukotish zarur.

Toshli pielonefrit rivojlanishining oldini olish uchun erta jarroxlik amaliyoti: konkrementlarni olish, infektsiyalarda (nefrostomiya) jomni bushatish. Siydik yullarini kateterizatsiya kilishni umuman kursatma buyicha kilish.

Umumiy gigienik choralar, tugri ovkatlanish, etarli mikdorda vitaminlar bilan, interkurrent infektsiyaning oldini olish, xar oyda 10 kundan muntazam antimikrob dorilarni kanda kilmasdan ichish.

**TARIFI.** YOyilgan (diffuzli) glomerulonefrit - buyrak kalavachasi qon-tomirlari, hamda kanalchalar va oraliq to'qimalarning jarohatlanishi bilan kuzatiladigan umumiy immun-yallig'lanish kasalligi. Xastalikning o'tkir, yarim o'tkir va surunkali turlari tafovut qilinadi.

**O'tkir glomerulonefrit** - buyrak xastaliklari orasida keng tarqalgan, aksariyat 20-40 yoshlardagi erkaklarda kuzatiladi

#### **ETIOLOGIYASI.**

##### **• Infektsion omillar.**

**Streptokokk**, asosan, beta-gemolitik XII- tipi, A-guruhi, hamda streptokokk infektsiyasi bilan bog'liq kasalliklar (angina, murtak, surunkali tonzillit, otit, gaymorit, skarlatina, saramas).

**Viruslar** - gepatit, uchuq toshmasi, qizilcha, adenoviruslar.

• **Noinfektsion omillar.**

qon zardobini va vaksinalarni (emlanadigan moddalar) takroran yuborish.

Ba`zi dori-darmonlarni nefrotoksik ta`siri.

Toksik moddalar (alkogol, organik erituvchilar, simob va hokazo) ta`siri.

**PATOGENEZI** asosida immun-allergik nazariya yotadi.

- O`tkir glomerulonefrit odatda infeksiyon kasalliklar zo`rayishi davrida sodir bo`lmay, balki xastalik tuzalishidan 2-3 hafta o`tgach rivojlanadi; bu davrda buyrak to`kimalaridan streptokokkni topish imkoni bo`lmaydi. O`tkir glomerulonefritning vujudga kelishi mexanizmini infeksiya davrida mikroblilik oksilli antigenlarning qonga tushishi va bunga javoban qonda antitanalar hosil bo`lishi bilan bog`laydilar. Ko`pchilik bemorlar qonida antistreptolizin, streptokokk anti-gialuronidazasi, ba`zan beta-streptokokkka qarshi pretsipitin titrining baland topilishi buning isboti hisoblanadi. Mazkur antitanalar xujayralar parchalanishining mahsuloti bo`lishi mumkin. Antitana qonda aylanib yurib, kalavacha kapillyarlari endoteliyasi tomonidan ushlanadi va bu erda xujayra ichidagi antigen bilan ko`shiladi, natijada antigen-antitana immun kompleksi hosil bo`ladi. Mazkur birikma kapillyarlarning bazal giperergik yalliglanish jarayoni rivojlanishiga olib keladi.

- Kalavacha shikastlanishida koagulyatsiya tizimining buzilishi muhim rol o`ynaydi. Bu xolat immun kompleksi ta`sirida komplement (immun reaksiyalari qismlari) faollashuvi, trombositlar jipslashuvi, qon ivishida ishtirok etuvchi XII omil faollashuvi natijasida sodir bo`ladi. XII omil zardob kallekreinogenini faollashtirib, kinin miqdorini ko`paytiradi; bundan tashqari trombositlarning III va IV omillari ajralib chiqadi. Natijada kapillyarlar devoriga fibrin o`tirib oladi. Bunga javoban mezoteliya va endoteliya, xujayralari ko`payib fibrinni qoplab oladi. TTTu tariqa gialin substansiyasining tomir devoriga cho`kishini tezlashadi.

O`tkir glomerulonefritda patologik jarayon oldin ik-kala buyrak kalavachalari kapillyarlarida joylashadi, keyin organizmning hamma kapillyarlariga tarqaladi. SHunday qilib, glomerulonefrit umumiy qon tomirlar zararlanishi ko`rinishida bo`ladi.

**KLINIK KO`RINISHI.** O`tkir yoyilgan glomerulonefrit uchta asosiy alomat bilan ifodalanadi: tanada shish paydo bo`lishi, qon bosimining oshishi va siydikdagi o`zgarishlar. Xastalik, aksariyat, o`tkir, keskin boshalanadi, o`tkazilgan angina yoki o`choqli streptokokk infeksiyasi bilan aniq bogliq. Bemorlar bosh og`rishiga, darmonsizlikka, umumiy loxastlikka, ishtaxa pasayishiga, ko`ngil aynishiga, hansirashga, yurakning tez urishiga, yurak va bel sohalarida ogriqqa, diurez kamayishiga va siydik rangining o`zgarishiga shikoyat qiladilar.

**SHish** xastalikning dastlabki va doimiy belgilaridan biri hisoblanadi. U 80-90 foiz bemorlarda kuzatiladi. SHish ertalab yakdeollashadi va yuzda, ayniqsa ko`z qovogida va ostida joylashadi, ko`z yumilib ketadi, keyinchalik tananing hammasiga va oyoqlarga tarqaladi. Suyuqlik ko`pincha bo`shliqlarga (plevra, qorin va perikard bo`shligiga) yigiladi. Tana vazni k;isk;a vaqt ichida 15-20 kg ga oshadi. YAshirin shishlar ham bo`lishi mumkin. Bunday bemorlar organizmida suyuqlik yig`ilishini muntazam ravishda bemorni tarozda tortish hamda bir kecha-kunduzda ichilgan suyuqlik va ajratilgan siydik miqdorlarini solishtirish orqali aniqlanadi. Ko`p hollarda xastalik kechishi ijobiy yakunlanadi, shishlar 2-3 xaftadan so`ng yo`qoladi. SHish belgilarini vujudga keltiruvchi sabablar:

- kalavacha filtratsiya faoliyatining pasayishi;
- kanalchalarda natriy va suvning reabsorbtsiyasini (kaytaso`rilishini) kuchayishi;
- kapillyarlar o`tkazuvchanligining oshishi;
- onkotik bosimning pasayishi;
- ikkilamchi giperaldosteronizm va antidiuretik gormon ko`payishi.

**Arteriya bosimining oshishi** ham o`tkir glomerulonefritning erta paydo bo`ladigan belgilaridan hisoblanadi va 70-90 foiz bemorlarda arteriya bosimi o`rtacha ko`payadi: 140-160 mm simob ustuni sistolik bosim, 95-110 mmsim. ust. - atrofida diastolik bosim, kam hollarda yuqori darajaga - 220G`115 - 230-130 mm sim. ust. ko`tariladm. Odatda o`tkir

glomerulonefritdagi gipertenziya uzok vakt saqlanmaydi, 2-3 hafta mobaynida me'yorgacha pasayadi. Gipertenziyani vujudga keltiruvchi sabablar:

- Natriy tuzi bilan suvning badanda to'planishi natijasida aylanib yuruvchi qon hajmining ko'payishi - gipervolemiya;
- qon tomirlarining periferik karshiligini ortishi;
- Buyrak kalavachalarining shikastlanishi natijasida renin-angiotenzin-aldosteron tizimi faolligining kuchayishi;
- Buyrakning depressor (tomir tarangligini pasaytirish) faoliyatining pasayishi.

Arteriya qon tomirlarida bosimning keskin ortib ketishi natijasida yurak zo'riqib ishlaydi va o'tkir yurak(ko'pincha chap qorincha) etishmovchiligiga olib keladi. Tekshirishda yurakning nisbiy chegarasi chapga kengayganligi aniklanadi. Yurak tonlari bo'g'iqlashgan, ko'pincha yurak cho'qqisida funktsional sistolik shovqin eshitiladi, o'pka arteriyasida va aortada II tonni kuchayishi, gohida ot dupuriga o'xshash tovush paydo bo'lishi mumkin. Tomir urishi tarang, sekin. O'pkalarda quruq va nam xirillashlar eshitiladi. eKG standart ulamalarida R va T tishchalari o'zgarishi, qo'pincha (T tishi chuqur va QRS kompleksi voltaji pasayganligi aniqlanadi).

**Siydik o'zgarishlari.** Siydik miqdori bir kecha-kunduzda 400-700 mlgacha kamayadi (oliguriya), ba'zan anuriya kuzatiladi. Siydik ajralishining kamayishi asosan buyrak kalavachalarining yalliglanishi oqibatida - fil'tratsiyasining susayishi bilan bog'liq, bunda siydikning nisbiy zichligi deyarli o'zgarmaydi. O'tkir glomerulonefritda siydik sindromi - proteinuriya, tsilindruriya, makro va mikrogematuriya bilan ifodalanadi.

**Proteinuriya** - kalavachalar kapillyarlari o'tkazuvchanligining ortishi natijasida vujudga keladi, bunda qondan kapsulaga (g'ilofga) mayda dispersli al-buminlardan tashqari globulinlar va fibrinogenlar ham ajralib chiqadi. Siydikda oqsillar soni 1 foizdan 10 foizgacha, ba'zan 20 foizgacha ko'payib ketishifaqat dastlabki 7-10 kunlar mobaynida saqlanadi. Deyarli katta bo'lmagan proteinuriya ba'zan xastalikning boshlanishidayoq sodir bo'ladi va uzok vaqt saqlanishi mumkin, faqat 3-4-6, ba'zida 9-12 oydan so'ng umuman yo'qoladi.

**Gematuriya** - xastalikning doimiy belgisi xisoblanadi. 13-15 foiz bemorlarda makrogematuriya (siydik go'sht seli rangida), boshqa hollarda mikrogematuriya (siydik cho'kmasida eritrotsitlar miqdori ko'rish maydonida 10-15 tacha) kuzatiladi.

**TSilindruriya** - o'tkir glomerulonefritda kuzatilmasligi ham mumkin. Faqat 75 foiz bemorlarning siydik cho'kmasida juda oz mikdorda gialin va donali tsi-lindrlar topiladi.

**Leykotsitlar** miqdori siydik cho'kmasida juda kam, bazan 20-30 gacha uchraydi.

qon tarkibida gemoglobin va eritrotsitlar miqdorining kamayishi (anemiya) kuzatiladi. Bu holat kon shishi (gidremiya), hamda xastalik rivojlanishiga sabab bo'lgan infektsiya ta'siri natijasida vujudga keladi. eCHT-oshadi (20-50 mmG's) va ma'lum darajada patologik jarayon faolligining ko'rsatgichi hisoblanadi va oqsil bo'lakchalari o'zgarishini aks ettiradi. eozinofillar miqdori ham ko'payadi.

**KECHISHI.** O'tkir glomerulonefritning 3 xil ko'rinishda kechishi tafovut qilinadi.

**I - tsiklli (tipik) turi** - keskin boshlanishi, ogir kechishi bilan ifodalanib, buyrak va buyrakdan tashqari belgilar (shish, hansirash, bosh ogrigi va bel og'rish, siydik miqdorining kamayishi, siydik tarkibida oqsil va qon bo'lishi, arteriya bosimining ko'tarilishi) bilan namoyon bo'ladi. SHish 2-3 hafta davomida kuzatiladi, so'ngra xastalik kechishida burilish vujudga keladi: shish kamayishi natijasida siydik miqdori ko'payadi, arteriya bosimi pasayadi, lekin oz mikdorda proteinuriya (0,03-0,1 gG'l) va qoldiq mikrogematuriya uzoq vaqt kuzatilishi mumkin.

**II - cho'ziluvchan turi** - xastalikning asta-sekin rivojlanishi, shishning sust kuchayishi (gohida istisxogacha), arteriya gipertenzijasini va gemoturiyani kam ifo-dalanishi, nefrotik sindromining klinik laboratoriya belgilari ustunligi bilan ifodalanadi. Xastalik kechishi davomli (6-12 oydan ortshfoq), ko'pincha surunkali glomerulonefritga o'tishi bilan yakunlanadi.

**III - yashirin** (siyqalangan, atipik) turi - ko'pincha surunkali nefritga o'tadi. Xastalik asta-sekin boshlanadi, sezilar-sezilmas hansirash va shish paydo bo'lishi bilan ifodalanadi.

Kasallikning yagona tashxisiy belgisi - mikroproteinuriya va mikrogematuriya ko`rinishidagi o`rta miyona va kuchsiz ifodalangan siydik sindro-midir.

Agar o`tkir glomerulonefritning hamma belgilari bir yil davomida mutlaqo yo`qolmasa, surunkali turiga o`tdi deb hisoblash kerak.

### **ASORATLARI.**

- O`tkir buyrak etishmovchiligi - anuriya, azotemiya, giperkaliemiya.
- O`tkir yurak etishmovchiligi (chap qorincha yoki yalpi-total, o`pka shishi).
- Eklampsiya (xush yo`qolishi, mushaklarning klonik va tonik tirishishi).
- Bosh miyaga k;on quyilishi.
- Ko`z ko`rishining o`tkir buzilishi - to`r pardasining qisqarishi yoki shishi tufayli o`tkinchi ko`rlik (so`qirlik).

**TASHXISI.** Xastalik anamnezi tipik bo`lsa, klinik belgilari yaqqol ko`zga tashlansa, ayniqsa yoshlarda uchrasa, streptokokk infeksiyasi bilan bogliqligi aniklansa o`tkir yoyilgan glomerulonefrit tashxisini kuyishdeyarli qiyinchilik tugdirmaydi.

### **QIYOSIY TASHXISI.**

**Utkir yurak etishmovchiligi** - hansirash, shish, yurak astmasi bilan kuzatiladi. O`tkir nefrit tashxisini aniqlashda xastalikning keskin rivojlanishi, yurak xas-taligining ustunligini ko`rsatuvchi belgilar yo`qligi, siydik sindromining mavjudligi, ayniqsa gematuriya, hamda bradikardiyaga moyillik muhim ahamiyatga ega.

**O`tkir pielonefrit.** O`tkir glomerulonefritda yukori leykotsituriya, bel sohasida shiddatli og`riq, badan uvishishi bilan ifodalangan yuqori harorat juda kam uchraydi, o`tkir pielonefritda shish sindromi va yurak astmasi kuzatilmaydi, onda-sonda yaqqol proteinuriya.

**Surunkali yoyilgan glomerulonefritning** zo`rayish davrida o`tkir turidan farqlash qiyinchilik tugdiradi. Bu erda infeksiyon kasallik boshlanishidan nefritning o`tkir ko`rinishi namoyon bo`lguncha vaqtning qisqarishi axamiyatiga ega. Bu muddat o`tkir glomerulonefritda 10-20 kun, surunkali nefritning qaytalanishida esa 1-2 kunni tashkil qiladi. Siydik sindromi bir xil bo`lishi mumkin, lekin siydik solishtirma ogirligining 1015 dan quyiga turgun pasayishi, siydikning fil`tratsion faoliyatining zaiflashishi, arteriya gipertenzijasining barqarorlashishi, yurakning chap qorinchasi gipertrofiyasi, to`r parda arteriyasini torayishi surunkali glomerulonefrit zo`rayishiga ko`proq xos.

**OqIBATI** - ma`lum darajada nefritni erta aniqlashga va to`gri davolashga bogliq. O`lim-xastalikning o`tkir davrida kam uchraydi (0,1 foizdan oshmaydi), ko`pincha o`tkir yurak va o`tkir buyrak etishmovchiligi bilan bogliq. Butunlay sog`ayish 50-70 foiz bemorlarda kuzatiladi. Samarali davolanganda sog`ayish 2-4 hafta yoki 2-3 oy ichida kuzatiladi. Kasallik qaytarilmasligi uchun organizmdagi infeksiya o`choqlarini yo`qotish kerak. Bemor yil davomida sovqotish, ayniqsa, nam sovuq ta`siri bilan bog`liq bo`lgan ishlardan o`zini asrashi lozim.

**DAVOSI** O`tkir geomerulonefritga chalingan bemorlar kasalxonaga yotqiziladi va quruq, illiq xonada 2-4 hafta mobaynida o`rin-ko`rpa tartibi saqlanadi. Osh tuzi (1,5-2 g sutkada) va suyuqlik (600-800 ml) chegaralangan maxsus parhez taomlar tavsiya qilinadi. Boshlangich kunlari 400-500 g qand, 500-600 ml meva sharbatini buyuriladi. Oqsil mahsulotlaridan tvorog, tuxum oqlig`ini iste`mol qilish yaxshiroq. Kaltsiy va kaliyga boy osh tuzisiz barcha taomlar (guruchli, meva-guruchli, meva-sabzavotli, kartoshkali) beriladi. Keyinchalik ovqat tarkibidagi osh tuzi va suyuqlik miqdori diurez hajmiga, arteriya bosimi darajasiga, shish mavjudligiga qarab aniqlanadi, lekin yana kamida 2-3 oy kam tuzli (6-8 gG`sut) taom tavsiya qilinadi.

- Simptomatik dori-darmonlar.

**Arteriya gipertenziasiga** karshi gipotenziv moddalar - rezerpin, raunatin, klofelin, adelfan, enam, kristepin, kapoten, ednit qabul qilinadi. Agar qon bosimi deyarli yuqori bo'lmasa spazmolitiklar (dibazol, paraverin, eufillin) bilan chegaralanadi.

**Nefrotik sindromga** qarshi diuretiklar - siydik haydovchilar: furosemid, gipotiazid, uregit, veroshpiron qo'llaniladi. SHiddatli nefrotik shishlarda to-mir ichiga plazma, albumin, osmouretiklar - mannitol, poliglyukin eritmaları yuboriladi.

**O'tkir yurak etishmovchiligida** - qon olish (400-500 ml), keyinchalik tomir ichiga yurak glikozidlari, eufillin, diuretiklarni yuborish maqsadga muvofiq.

**Eklampsiyada** - gipotenziv va sedativ ta'sir etadigan dorilar, hamda miya shishiga qarshi tomir ichiga eufillin, dibazol, laziks, magniy sulfat, xloral-gidrot 0,5-1,0 g 100 ml suvda eritib xo'qna orqali yuboriladi. Og'ir holatlarda bel umurtqalari orasidan nina sanchib orqa miya suyuqligi olinadi, venadan qon chiqariladi.

- Desensibilizatsiyalovchilar - dimedrol, pipolfen, fenkarol, suprastin, tavegil, diazolin, klaretin.

- Antibiotiklar: buyrakka ziyon qilmaydigan penitsillin, ampitsillin, eritromitsin, oleandomitsin faqat o'tkir nefrit biror streptokokk infeksiya bilan birga kelgan taqdirdagina 10-14 kun davomida optimal (eng qulay) miqdorda beriladi. Lekin antibiotiklar kasallik kechishini zo'raytirishi ham mumkin, chunki ular allergen hisoblanadi, bemor organizmi esa sensibilizatsiyalashgan.

- Patogenetik dori-darmonlar xastalikning autoimmun geneziga bog'liqligiga qarshi ko'llaniladi.

- Kortikosteroid gormonlari - prednizalon, triamtsinolon, deksametazon, polkortolon nefrotik sindromida hamda kasallikning cho'ziluvchan kechishida va simptomatik davo samarasiz bo'lganda buyuriladi.

- Immundepressantlari - imuran, azatioprin, tsiklofosfamid, leykeran xastalikning steroidlarga chidamli turlarida, gormonlar qo'llanishiga qarshilik mavjudligida va ularni kabul qilishda noxush holatlar rivojlanganda istemol k;ilinadi.

- Antikoagulyantlar- ko'pincha bevosita (geparin) va kam hollarda bilvosita (fenilin) ta'sir ko'rsatuvchilar ko'llaniladi. Geparin aksariyat nefrotik sindromda qo'llaniladi, chunki uning patogenezi kalavachalarda fibrinni qatlamlanishi bilan kuzatiladigan tomir ichidagi koagulyatsiyaning ko'payishi va mikrotsirkulyatsiyaning buzilishi katta rol' o'ynaydi.

- Antiagregantlar- kurantil, dipiridamol - trombotsitlar yopishishini kamaytiradi, tomir ichida kon uvishini pasaytiradi, buyrak kavaklaridagi mikro-tsirkulyatsiyani yaxshilaydi. O'tkir glomerulonefritda sutkali miqdori 200-400 mg 6-8 hafta, keyinchalik kuvvatlovchi miqdorda (75-100 mg) ambulatoriya sharoitida 6-12 oygacha buyuriladi.

- Fizioterapiya muolajalari: bel sohasiga (elektrik isitqich, sallgoks lampasi kuniga 2 marta 30-40 dakikadan, induktotermiya, detsimetrli va santimetr-li to'lqin ham UVCH-ul'tra yukori tezlikdagi terapiya).

### **PROFILAKTIKASI.**

O'tkir yuqumli kasalliklardan saqlanish va ularni o'z vaqtida davolash.

O'choqli infeksiyalarni bartaraf qilish.

Davomli va kuchli sovuq ta'siridan saqlash.

Allergik kasalliklarga chalingan bemorlarga, emlash man qilinadi.

**YARIM O'TKIR GLOMERULONEFRIT** (xatarli ekstrakapillyarli) nefrotik va gipertenziya sindromlarining tez rivojlanishi, jadallashuvli kechishi, buyrak etishmovchiligining barvaqt (bir necha haftadan bir necha oygacha) vujudga kelishi va o'lim oqibati bilan (1 yilgacha) ifodalanadi. Xususan 15-30 yoshlarda uchraydi.

### **ETIOLOGIYASI** – to'liq aniqlanmagan.

- Streptokokk infeksiyasi.

- Dori-darmonlarni o`zlashtira olmaslikka javob reaksiyasi sifatida.
- gemorragik kapillyarotoksikoz oqibati sifatida.
- Virusli infektsiyalar.
- Bakterial endokardit.
- Sistemli qizil bo`richa.
- Kimyoviy moddalar ta`siri.
- Noma`lum etiologiyali xatarli idiopatik nefrit.

**PATOGENEZI.** YArim o`tkir glomerulonefritning streptokokk kasalliklaridan keyin vujudga kelishi yoki birlamchi (ilgarigi kasallarsiz) bo`lishiga nisbatan uning 2 turi tafovut qilinadi:

**O`tkir streptokkdan so`nggi glomerulonefritning** xatarli turi sifatida baholanadi autoimmun kasalligi sifatida.

**KLINIK KO`RINISHI.** Ko`p hollarda xastalik shish, gipertenziya va siydik sindromlari bilan keskin boshalanadi. Salmovdor proteinuriya eng ko`p ifdalangan. Aksariyat bu holat plevra va perikard bo`shliqlariga suyuqlik igilishi bilan kuzatiladi. Diurez kamaygan, siydikning nisbiy zichligi yuqori, gematuriya ko`p. Siydik cho`kmasida eritrotsitlardan tashqari har xil miqdorda leykotsitlar, tsilindrlar va lipoidlar topiladi. Arteriya bosimi tezda ko`tariladi. qonda oqsil miqdori kamayadi, xolesterin va leykotsitlar esa - ko`payadi.ECHT-tezlashadi. O`tkir va zo`raygan surunkali nefritdan farqi, yarim o`tkir turida klinika va laboratoriya belgilari kamaymaydi, tezda jadallashadi. Proteinuriya, shishlar va gipertenziya qat`iy kuchayadi. Buyrakning kontsentratsionqobiliyati pasayadi, gipo so`ngra izostenuriya rivojlanadi. qon zardobida siydikchil va kreatin miqdori keskin ortadi. Azotemiya bilan bir vaqtda anemiya ham rivojlanadi. Arteriya bosimining ko`tarilishi yurakning gipertrofiyasiga va dilatatsiyasiga, yurak etishmovchiligi rivojlanishiga olib keladi.

#### **qIYOSIY TASHXISI.**

**O`tkir glomerulonefritdan** farqi xastalik jadalashuvchi, xatarli tabiatga ega bo`lib, barkaror oliguriya, giperazotemiya, anemiya bilan ifodalanadi, davo choralari samarasiz.

**Surunkali glomerulonefritning** zo`rayishi tashhisida xastalikning uzoq vakt davom etishi, bemorning bir necha bor kasalxonada davolanganligi, birorta sindromning (siydik yoki nefrotik) yakkolifodalanishi muhim ahamiyatga ega. Gipertoniya surunkali nefritda yarim o`tkir turiga nisbatan kam keskinlashadi. Surunkali nefritda buyrak faoliyati uzoq vaqt kompensatsiyalanadi, yarim o`tkir nefritda esa tezda buyrak etishmovchiligi vujudga keladi.

**DAVOSI** - odatda samarasiz. Immundepressantlar, glyukokortikosteroidlar va antikoagulyantlar umid hosil qiladigan natija bermaydilar.

**OqIBATI** - doimo nomaqbul.

**SURUNKALI GLOMERULONEFRIT** – uzok vaqtdavom etuvchi ikki tomonlama immun-yallig`lanishli buyrak kasalligi bo`lib, kalavachalarning to`xtovsiz nobud bo`lishi, buyrak faoliyatining pasayishi, arteriya gipertenziyasi va buyrak etishmovchiligi rivojlanishi bilan ifodalanadi. Surunkali nefrit hamma terapevtik kasalliklarining 1-2 foizini tashkil qiladi.

#### **ETIOLOGIYASI**

• Ko`pincha to`lik davolanmagan yoki o`z vaqtida tashxisi aniqlanmagan o`tkir glomerulonefrit oqibati. Lekin ba`zan bemorlar anamnezida o`tkir nefrit bilan kasal bo`lganliklari hakida ko`rsatma bo`lmaydi. Bu holatda surunkali nefrit oz belgilar bilan kechuvchi o`tkir nefritning yashirin turi natijasi hisoblanadi.

- Takroran sovg`otish, ayniqsa nam sovg`uk ta`siri.
- O`choqli infektsiya mavjudligi.
- Turmush va ishlash sharoitining noqulayligi.
- Alkogolni suiiste`mol kilish.

- qon zardobi, vaktsinalar, ovkat antigenlari, turli zaharli moddalar ta`siri.

## PATOGENEZI

Surunkali nefrit shakllanishida giperergik reaksiya, ayniqsa autoimmun buzilishlari bilan namoyon bo`ladigan makroorganizm reaktivligining o`zgarmshlari muhim rol` o`ynaydi. Mazkur kasallikning autoimmun genezligini tasdiqlovchi dalillar: bemor konida buyrakka qarshi autoantitana topilishi, glyukosteroidli gormonlar va immundepressantlar ko`llanilishining samaradorligi, hamda kalava bazal membranalarini shikastlanishini va yallig`lanish reaksiyasini chakiradigan A va M immunglobulinlaridan tashkil topgan kalava kapillyarlarining bazal membranalarida depozit ko`rinishidagi immun komplekslarini ajralib chiqishining mavjudligi.

Noimmun omillardan giperkoagulyatsiya, tomir ichida qon ivishi, kalava kapillyarlariga fibrin va uning parchalanish mahsulotlarining tushishi, hamda qonda kinin, gistamin, serotonin, renin va prostoglandinlar miqdorlarining ko`payishi.

Gemostaz va fibrinoliz tizimidagi buzilishlar.

**KLINIK KO`RINISHI** xastalikning zo`rayishida o`tkir glomerulonefrit belgilari bilan ifodalanadi. Remissiya davrida surunkali nefritning klinik ko`rinishi, kechishi xastalikning turiga bog`liq. Mazkur patologik jarayonning 5 xil turi tafovut qilinadi.

**YAshirin (latent) turi** - engil kechadi, siydikda o`zgarishlar siyrak (o`rta miyona proteinuriya, ozgina eritrotsituriya va leykotsituriya), shish bo`lmaydi, qon bosimi ko`tarilmaydi. Bemorlar uzoq yillar davomida ish qobiliyatlarini yo`qotmaydilar, xastaliklarini sezmaydilar. Ko`pincha kasallik dispanserizatsiya vaqtida yoki bemor boshqa kasallik bo`yicha murojaat qilganda siydikdagi o`zgarishlar (gematuriya, proteinuriya, solishtirma og`irlik pasayishi, nikturiya), konbosimining bir oz oshganligi asosida aniqlanadi. Ba`zan eCHTning tezlashgan, gipoproteinemiya, giperxolesterinemiya aniklanadi. Aksariyat yashirin kechuvchi surunkali glomerulonefrit buyrak faoliyati buzilib, etishmovchilik rivojlanganda aniqlanadi. Bu holatda qonda qoldiq azot, siydik chil miqdorining oshishi kuzatiladi. Xastalikning mazkur turi uzoq vaqt (20-40 yillar) davom etadi va yakunida uremiyaga olib keladi.

**Nefrotik turi** - siydik orqali ko`p miqdorda oqsil ajralishi (proteinuriya-sutkada 3,5 g dan ortik), gipo- va disproteinemiya (qonda oksilmoddasi, ayniqsa al`bumin miqdorining kamayishi), giperxolesterinemiya (600-800 mg %), diurez kamayishi va bemor badanida gipoproteinemiya natijasida shishlar paydo bo`lishi bilan kuzatiladi. SHish sindromi asta-sekin rivojlanadi. Odatda shish ertalab yuzda, ayniqsa qovoqlarda, ko`z ostida namoyon bo`ladi. Keyinchalik shish tanaga tarqaladi va barqaror bo`lib qoladi. Surunkali glomerulonefritning nefrotik ko`rinishida, lipidli nefritdan farqi, nefrotik sindrom buyrakning yallig`lanish belgilari (ozgina gematuriya, buyrak fil`trlash faoliyatining pasayishi) bilan birga namoyon bo`ladi. qon bosimi xastalikning boshlang`ich davrida oshmaydi, lekin keyinchalik patologik jarayonning to`xtovsiz rivojlanishi natijasida buyrakning azot chiqarish faoliyati buziladi va arteriya bosimi balandlashadi.

**Gipertoniya turi.** Kasallikning etakchi belgisi - gipertenziya, siydikning ozgina o`zgarishi va shishning yo`qligi bilan ifodalanadi. Arteriya bosimi ko`pincha deyarli yuqori ko`tarilmaydi (160G`100 mm sim. ust., kam hollarda 180G`110 mm sim. ust. gacha, lekin ba`zan 200G`115 va undan yuqori ko`tarilishi mumkin). qon bosimi xasta-likning boshlanishida doimiy bo`lmaydi, aksariyat sovuq va asab buzilishi ta`sirida kechga tomon ko`tariladi. Vaqt o`tishi bilan buyrak faoliyati pasaygach bosim muntazam oshib boradi va turg`unlashadi. Klinik, rentgen va eKG tekshirishlari chap qorinchaning gipertrofiya belgilarini aniqlaydi. Ko`z tubida arteriya torayishi, ilon izi shaklini olishi, ko`rish nervi gardishining va to`r pardasining shishi, kon quyilish xodisasi ham uchraydi; xastalikning boshlangich davrlarida retinopatiya vujudga keladi.

**Aralash (shish-gipertoniya) turi** - qon bosimining balandligi va nefrotik sindromning mavjudligi bilan ifodalanadi. Kasallikning mazkur turi jadallashuvli kechish xususiyatiga ega, kiskavaqtda (2-5 yil) buyrak etishmovchiligi rivojlanadi, steroidlar va immundepressantlar ijobiy samarani kam ko`rsatadilar.

**Gematuriya turi** - muttasil talaygina va sabotli gematuriya, ko`pincha makrogematuriya, bir ozgina proteinuriya bilan ifodalanadi; shish va gipertenziya kuzatilmaydi. Surunkali

nefritning gematuriya ko`rinishi tashxisi gematuriyaga sababchi bo`ladigan boshqa kasalliklar (buyrak va siydik pufagi o`smasi, buyrak infarkti, buyrak tosh kasalligi, nefroptoz va hokazo) inkor etilgandagina qo`yiladi.

**KECHISHI.** Surunkali glomerulonefrit kechishida 2 bosqich tafovut qilinadi:

**Buyrak kompensatsiyasi boskichi** - azot ajratish faoliyati saqlangan, siydik belgilari yaqqol ko`rinib turadi;

**Buyrak dekompensatsiyasi bosqichi** - azot ajratish faoliyatining etishmovchiligi vujudga keladi. Bu bosqichda siydik belgilari kam ifodalanishi mumkin, shish ozgina, arteriya gipertenziyasi, hamda poliuriya bilan birga gipostenuriya kuzatiladi, azotemik uremiya, ya`ni ikkilamchi buyrak bujmayishi rivojlanishi bilan yakunlanadi.

**TASHXISI.** Agar bemor ilgari o`tkir nefrit o`tkazgan bo`lsa, hamda surunkali nefritning hamma klinik manzarasi yavdol ifodalansa, tashxis qo`yish qiyin emas. Lekin surunkali nefrit yashirin kechsa yoki gipertoniyali turi bo`lsa, tashxisni aniqlash bir oz mushkullashadi.

### **QIYOSIY TASHXISI.**

**Xafaqon kasalligi** bilan solishtirganda siydik belgilarining arteriya gipertenziyasi rivojlanishiga nisbatan paydo bo`lish vaqtini aniqlash muhim ahamiyatga ega. Surunkali nefritda siydik belgilari arteriya gipertenziyasidan ancha ilgari yoki bir vaqtda vujudga keladi. Surunkali glomerulonefritga yana yurak gipertrofiyasining kam ifodalanishi, gipertoniya kriziga moyillikning ozligi, aterosklerozning onda-sonda rivojlanishi xosdir.

**O`tkir glomerulonefrit**, surunkali turidan farki keskin boshlanadi, bel sohasida og`riq, yuzda shish, yurak astmasi belgilari bilan ifodalanadi. Buyrak faoliyati surunkali nefritga nisbatan kam darajada buziladi, shuning uchun o`tkir glomerulonefritda uremiya komasi xavf tug`dirmaydi.

**Xolis siydik sindromi** bilan kuzatiladigan surunkali nefrit (yashirin turi) ko`pincha o`choqli nefrit sifatida noto`gri baxolanadi. O`choqli nefritda (shish va gipertenziya yo`qligida) siydikda kuzatiladigan eng kam o`zgarishlar surunkali o`choqli streptokokk infeksiyasi muhitida paydo bo`ladi va ularni konservativ yoki jarrohlik usulida sanatsiya (tozalash) qilgandan so`ng yo`qoladi. Agar infeksiya o`chogini radikal (keskin choralar) yo`l orkali davolangandan so`ng siydikdagi patologik o`zgarishlar 6-12 oy davomida saqlansa, surunkali nefritni yashirin turini tasdiqlaydi.

**Surunkali pielonefrit** yashirin kechishida surunkali nefritga o`xshash ozgina siydik belgilari bilan ifodalanadi. Bemor anamnezida tsistit, pielit, prostata bezi adenomasi, siydik tosh kasalliklariga ko`rsatmalar, hamda vakti-vakti bilan dizuriya holatlari, subfebril harorat surunkali pielonefrit borligidan dalolat beradi. Tashxis qo`yishda Kakovskiy-Addis va Nechiporenko usullarida siydikni tekshirish ma`lumotlari (pielonefritda leykotsituriya eritrotsituriyadan ko`p), faol leykotsitlar aniqlanishi katta ahamiyatga ega. Pielonefrit tashxisini tasdigushshda ekskretor urografiya ma`lumotlari: buyrak hajmining har xilligi, ular rivojlanishidagi anomaliyalar (buyrak shaklining takasimon bo`lishi yoki hajmining 2 hissa oshishi), nefroptoz, atoniya, hamda bitta buyrak faoliyati pasayishini, ikkinchisiga nisbatan, aniqlashga imkon beruvchi radioizotopli renografiya natijalari muhim o`rin egallaydi.

**Diabet glomerulosklerozi** - surunkali glomerulonefrit singari siydik belgilari, gipertenziya va ko`pincha nefrotik sindrom bilan ifodalanadi. Diabet glomerulosklerozi foydasiga diabet mavjudligi, retinopatiya belgilari, ko`z tubida mikroanevrizmlar va hol-hol qon quyilishlari, hamda polinevrit paydo bo`lishi dalolat beradi.

**OQIBATI.** Surunkali glomerulonefrit onda-sonda (tonzillektomiyadan so`ng, steroidli gormonlar qo`llanilganda) tuliksog`ayish bilan yakunlanadi. Ko`p hollarda surunkali buyrak etishmovchiligi va uremiya rivojlanishi bilan ifodalanadigan ikkilamchi buyrak bujmayishi xastalik oqibati sanaladi.

## PROFILAKTIKASI.

- Bemor badanidagi patogen omillar o`chogini aniqlash va bartaraf qilish.
- Sovqotish va shamollash oldini olish.
- O`tkir glomerulonefritli bemorlarni tuzalguncha davolash.

**DAVOSI.** Xastalikning o`ziga xos davosi hozirchalik yo`q. Davolash asosan kasalxonada o`tkaziladi, o`rin-to`shakka yotqazilib, parhez taom va dori-darmonlar qo`llaniladi. To`shakda davolash rejasi xastalikning zo`rayishi belgilari ifodalanishiga, buyrak faoliyati holatiga bog`lik; va 2-4 haftadan 2-3 oygacha davom etadi.

**Parhez taomlar bilan davolash** uzoq vaqtga mo`ljallanadi. Boshlang`ich 2-3 kun davomida tuzsiz ovqat (kartoshka, olma, tarvuz, kompot, qovok, kefir) kunlari tavsiya qilinadi. SHish belgilari yo`qolishi va arteriya bosimi pasayishi bilan tarkibida ekstraktiv moddalar bo`lmagan va osh tuzi chegaralangan taom buyuriladi. Xastalikning nefrotik va aralash turida ovqatda osh tuzi miqdori bir kecha - kunduzda 1,5-2,5 g gacha kamaytiriladi, oqsil miqdori etarli darajada (2,0-2,5 g1 kg vaznga). Gipertoniya turida osh tuzi chegaralanishi ozgina (5 gG`sut). Ovqat tarkibida oqsil miqdori faqat buyrak faoliyati pasaygandagina kamaytiriladi.

### **Dori-darmonlar bilan davolash.**

- **Antibakterial davo** glomerulonefrit bilan infeksiya orasida bevosita boglanish aniqlangandagina qo`llaniladi, masalan, cho`ziluvchan septik endokardit, surunkali tonzillit.

### **Patogenetik davo.**

- **Kortikosteroidlar** - prednizolon odatda bir kecha kunduzda 15-20 mg dan buyuriladi, ehtiyoj bo`lganda miqdorini 60-80 mgG`sut ga oshiriladi, keyin asta-sekin pasaytiriladi.

- **Immunedpressantlar (tsitostatiklar)** - kortikosteroidlar qo`llanishiga qarshi sabablar bo`lganda (jadallashuvli azotemiya) yoki xastalikning gematuriya va yashirin turida qo`llanilgan davo samarasiz bo`lganda tavsiya qilinadi. Immunedpressantlar bilan davolanayotgan bemorlar qonida leykotsitlar va neytrofillar soni tekshirib turiladi.

- **Nosteroidli yallig`lanishga karshi moddalar** - metindol, indometatsin, brufen proteinuriya bilan kuzatiladigan xastalikning hamma turida qabul qilinadi. Gipertenziya va buyrak etishmovchiligi bilan kechuvchi bemorlarga NYAKMlar buyurilmaydi.

- **Antikoagulyant va antiagregantlar** - glomerulonefritning gipertenziya va aralash turida, hamda xastalikning zo`rayishida va yuqorida tso`llanilgan davo choralari yordam qilmasa beriladi. Buyrak kalavachalari va arteriolalari devorlarida fibrin cho`kishini va qon zardobidagi fibrin miqdorini kamaytirish maqsadida teri ostiga (kuniga 4 mahal 5-10 ming o`lchov birligida) yoki vena ichiga geparin yuboriladi. Geparin bilan davolash davrida kurantil, trental buyurish maqsadga muvofiqdir.

### **Simptomatik davo.**

- **Siydik haydovchi dorilar** - badanda shish kamaymasa buyuriladi (furosemid, gipotiazid, uregit, brinaldiks), aldosteron antagonistlari (veroshpiron), onko-osmodiuretiklar (poliglyukin, mannitol) tarkibida kaliy bo`lgan preparatlar (kaliy xlorati, panangin yoki asparkam) bilan birgalikda.

- **qon bosimini pasaytirish maqsadida** rezerpin, dopegit, enam, enap, adelfan, ednit qo`llaniladi.

- **Gematuriyada** - qon tomir devorini mutahkamlaydigan modda (askorbin kislotasi, kvertsetin, rutin) beriladi.

- **Yurak etishmovchiligida** - yurak glikozidlari (strofantin, korglikon) vena ichiga yuboriladi.

- **Atsidozda**, qonda azot chiqindilari ko`payganda qonni ishqorlash maqsadida vena ichiga tomchilab kun ora natriy karbonatining 3-5 foizli eritmasidan 100-150 ml, lespenefril 30 mg 100 ml fiziologik erima-da, 200 ml gemodez tavsmya qilinadi.

- **Xomiladorlarda** - glomerulonefritni davolash maqsadida gipotenziv, siydik haydovchi, mikrotsirkulyatsiyani sozlovchi, antianemik dori-darmonlar miqdori ozgina kamaytirgan holda keng qo'llaniladi.

**Fizioterapiya muolajalari** - xastalikning zo'rayish davrida o'tkir glomerulonefritga o'xshash. Teri qichishishi bilan kuzatiladigan buyrak etishmovchiligida (yurak faoliyati va miya kon aylanishi buzilmagan holatda) xvoyli vanna ham qabul qilinadi. Surunkali nefritning remissiya davrida iqlim sharoitidan foydalanib davolanish tavsiya qilinadi: quruq va issiq cho'l iqlimi sharoitida bo'lish teri va nafas chiqarish orqali tanadan osh tuzi va suv ajralishini kuchaytiradi, buyrak qon aylanishini va kalavacha fil'tratsiyasini oshiradi, qon bosimini pasaytiradi, siydik belgilarini kamaytiradi. Bizning respublikada bunday shutim zonasi Buxoroda (Sitorai Mohi-Xossa) mavjud.

## SAVOLLAR

1. YOyilgan glomerulonefrit sodir bo'lishida ishtirok etadigan asosiy va ko'maklovchi omillarni ifodalang.
2. Xastalikning rivojlanish mexanizmlarini yoritadigan nazariyalarni izohlang.
3. Xastalikka xos klinik belgilarni ayting.
4. Jarayon kechishida qanday asoratlar kuzatiladi.

**KECHISHI.** O'tkir pielonefritning quyidagi klinik shakllari tafovut qilinadi.

**Uta o'tkir turi** - klinik belgilari sepsis ko'rinishida ifodalanadi: bemorning umumiy holati ogir, harorati baland, badan uvishishi kuzatiladi. Xastalik belgilari kam.

**O'tkir turi** - mahalliy belgilar ko'prok; ifodalangan, badan titrashi bilan kuzatiladi hamda baland harorat, umumiy intoksikatsiya xastalikka xos.

**YArim o'tkir yoki o'choqli turi** - umumiy simptomlar kam ifodalangan va oldingi o'rinda xastalikning mahalliy belgilari namoyon bo'ladi: shikastlangan buyrakda ogriq, siydik sindromi.

**Latent (yashirin) turi** - siydik sindromlari juda kam, ozgina proteinuriya va leykotsituriya, hamda umumiy belgilar bilan kuzatiladi, shuning uchun o'z vaqtida aniqlanmaydi.

## ASORATLARI.

- urosepsis.
- buyrakda ko'pgina absstesslar.
- pionefroz.
- paranefrit.

**TASHXISI.** Xastalikni aniqlashda yukori harorat, bel sohasidagi og'rik, siydik ajralishining buzilishidan tashqari siydik tarkibining o'zgarishi - piuriya, bakteriuriya, faol leykotsitlar mavjudligi, poliuriya, siydikning nisbiy zichligining balandligi, ba'zan tsilindruriya muhim o'rin egallaydi.

## QIYOSIY TASHXISI.

**Utkir diffuzli (yoyilgan) glomerulonefritga** arteriya gipertenziyasi, boshda, yurak va bel sohasida ogriq, hansirash, vakti-vakti bilan yurak astma xuruji, shish, oliguriya, gematuriya xarakterli.

**Kollagenoz nefritida** xastalik turlariga ko'pincha qizil bo'richaga xos klinik ko'rinishi namoyon bo'ladi. Organizmning sistemli shikastlanishi, "kapalak" alo-mati, qonda LE xujayralari xarakterli belgi hisoblanadi.

**Buyrak sili** - bel sohasida simillovchi og'riq, dizuriya, subfebril harorat, antibakterial davoga chidamli turg'un siydikda sil mikobakteriyasi aniqlanadi. Rentgen tekshiruvida jomcha-kosacha sistemasi bilan qo'shiladigan kaverna (kovak) topiladi. Anamnezda boshkaa'zolar siliga ko'rsatma mavjud.

**OqIBATI.** O`tkir pielonefrit tashxisi erta aniqlanganda, o`z vaktida sifatli davolanganda, taxminan 60 foiz xastalik tuzalish bilan yakunlanadi.

**DAVOSI** - statsionar sharoitida o`rinda yotqizib o`tkaziladi. Ovqati vitaminlarga, oqsilga, yogga va uglevodlarga boy bo`lishi lozim. SHish bo`lmaganligi uchun suyuqlik va osh tuzi iste`moli chegaralanmaydi.

**Antibakterial terapiya.**

- **antibiotiklar** - penitsillin, eritromitsin, tetratsiklin, levomitsitin, tsiprolet.
- **sulfanilamidlar** - biseptol, etazol, urosulfan.
- **nitrofuran birikmalari** - furagin, furazolidan, niitroksolin, nevigramon, 5-nok.

**PROFILAKTIKASI.**

- Surunkali infeksiya o`chog`ini sanatsiyalash (tozalash).
- Siydik oqishiga xalaqit beruvchi sabablarni bartaraf qilish.

| Talaba bilimini baxolash mezonlari                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Baxo |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Talaba mavzuning asosiy savollariga to`liq tayorlangan, muloqotda faol qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega. Kasallik ettiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differenseal diagnostikasi, davollash va profilaktikasi tog`risida ma`lumotga ega. Nazariybilimlarniamaliyotda qo`llayoladi.                   | «5»  |
| Talabamavzuning asosiy savollariga tayorlangan, muloqotda qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega. Kasallik ettiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differenseal diagnostikasi, davollash va profilaktikasi tog`risida ma`lumotga ega. Nazariybilimlarniamaliyotda qo`llayoladi.                                | «4»  |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga to`liq tayorlanmagan, muloqotda sust qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyati past. Kasallik ettiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differenseal diagnostikasi, davollash va profilaktikasi tog`risida ma`lumotga ega emas. Nazariybilimlarniamaliyotda qo`llash uchun qiynaladi. | «3»  |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga tayor emas, muloqotda qatnashmaydi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega emas. Kasallik ettiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differenseal diagnostikasi, davollash va profilaktikasini bilmaydi. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo`llay olmaydi.                                   | «2»  |

**SAVOLLAR**

1. YOyilgan glomerulonefrit sodir bo`lishida ishtirok etadigan asosiy va ko`maklovchi omillarni ifodalang.
2. Xastalikning rivojlanish mexanizmlarini yoritadigan nazariyalarni izohlang.
3. Xastalikka xos klinik belgilarni ayting.
4. Jarayon kechishida qanday asoratlar kuzatiladi.

**AUDTORIYAGA SAVOLLAR:**

1. Surunkali pielonefritga olib keluvchi sabablar qanday?
2. Surunkali pielonefritning tasnifi?
3. Surunkali pielonefritni davolash.
1. Utkir va surunkali glomerulonefritga olib keluvchi sabablar qanday?
2. Utkir va surunkali glomerulonefritning ta`snifi?
3. Utkir va surunkali glomerulonefritni davolash.

**Mustaqil ish**

### AMALIYOTDAN MISOLLAR:

Bemor 16 yoshda bosh ogrigi, yuzdagi, badandagi shishlarga, xansirash, peshob mikdorining kamayishiga. 20 kun oldin sovuk kotishdan keyin, tana xarorati  $38-39^{\circ} 5$  kun davomida kutarilgan, yutal tumov, tomogda ogriklar bulgan. Antibiotiklar Bilan davolangandan sung axvoli yaxshilandi. 5 kun avval tusatdan siydik rangi kizardi, kuz pastki kovoklarida shish. 2 kun ichida shishlar koringa, belga tarkaldi, peshob mikdori 300 ml sutkagaa kamaydi, bosh ogrigi, xansirash paydo buldi.

Ob`ektiv: yuzi oysimon, rangpar. Korin old devorida, belda shishlar. Upkaning pastki kismilarida perkutor tumtok tovush, auskul`tattsiyada: keskin susagan. YUarak chegaralir chapga 1-2 sm kengaygan. YUarak tonlari bugiklashgan, bradikardiya, aortada II ton aktsenti. Pul's 56 minutada, ritmik. AD 140G`110. Korin bushligida kindikdan 2 smdan pasrokda suyaklik aniklanadi. Jigar kattalashmagan, buyraklar paypaslanmaydi. Peshob taxlili: gusht yuvindisi rangi, nisbiy ogirligi 1030, oksil 9,9%. er 40-50G`1 uzgargan. Leyk 5-8G`1 tsilindrlar gialinli 2-3G`1, donado 3-4G`1. Zimnitskiy buyia peshob taxlili nisbiy ogirligi 1026-1034. Sutkali diurez 500 ml.

## 13-mavzu : Revmatoidli artrit

### Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mashg'ulot vaqti -4 soat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Talabalar soni : 8-9 gacha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Mashg'ulot shakli                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Amaliy mashg'ulot .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Amaliy mashg'ulot rejasi:</b><br>1.Revmatoidli artrit kasallikgi, ezofagitlar, surunkali gastritkasalligini etiologiyasi, patogenezi, tasnifi, klinikasi, tekshirish usullari, davolash bo'yicha nazariy bilimlarni mustahkamlash.<br>2. Mavzuga oid bemorlar kurasiysi.<br>3. Mavzuga oid vaziytli masalalar va testlar echish.<br>4. Mavzuni mustahkamlash.<br>5. Uyga vazifa. | <b>Amaliymashg'ulotning qsqacha annotastiyasi</b><br>Hozirgi vaqtda Revmatoidli artrit kasallikgi o`rganish jo`da katta ahamiytga ega, chunki u revmatologik kasalliklari orasida eng oldingi o`rinlarni, hamda bemor hayoti uchun xafli bo`lgan asoratlar keltirib chiqarishi mumkin. Shuningdek haut uchun muhim bo`lgan ichki a`zolari zararlashga ham sababchi bo`ladi.                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>O'quv mashg'ulotning maqsadi:</b><br>Talabalarga kasallikning etiologiyasi, patogenezi, klinik simptomlrini, labarator- instrumental diagnostika va rasional terapiy, asoratlar profilacticasini, reobilitatsiyasini o`rgatish.                                                                                                                                                  | <b>Maqsadi yoritiladi.</b><br><i>Ta'lim maqsadi</i> – nazariy bilimlarni egallash va mustahkamlash:<br><i>Tarbiyviy maqsadi</i> – shifokorlikka tayyorlashda jahon standartlari talab darajisida mutaxassislikka qiziqishini, masuliyt hissiytlarini shakilantirish, o`z bilim darajasini kengautirishga qiziqishini tarbiylash, deontologik tarbiy darajasini shakilantirish, amaliy ishni bajarishda ehtiytkorlik, aniqlik va ma`suliytni his etishni shakilantirish.<br><i>Rivojlantiruvchi maqsad</i> - talabalarda mustaqil ficirlashni va mustaqil mulohaza yritishni shakilantirish, talabalarni mantiqiy ficirlashini rivojlantirish. |
| Ta'lim berish usullari                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Multimediya<br>Interaktivusul: <b>“Keys study”</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                          |                                                     |
|--------------------------|-----------------------------------------------------|
| Ta'lim berish shakllari  | Jamoaviy                                            |
| Ta'lim berish vositalari | O'quv qo'llanma, darslik, ma'ruza matni, kompyuter, |
| Ta'lim berish sharoiti   | Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.            |
| Monitoring va baholash.  | Og'zaki nazorat, savol-javob.                       |

### Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

| Ish bosqichlari va vaqti.                                                 | Ta'lim beruvchi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Ta'lim oluvchilar                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)                                             | 1.Auditoriya tozaligini nazorat qiladi<br>2.Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi<br>3.Davomatni nazorat qiladi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | talabalar                                                                                                               |
| 1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (5 daqiqa)                         | 1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash.<br>2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot slaydalarini tayyorlash<br>3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | talabalar                                                                                                               |
| 2 – asosiy bosqich (20 daqiqa)<br><br>10daqiqa<br>10daqiqa                | 1.Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi.<br><b>Keys study</b> Butun guruhga topshirik beriladi. masalan:<br>9- Talaba – bemor.<br>10- Talaba – vrach.<br>11- Talaba – tez yrdam shifokori.<br>12- Talaba – qabul bo'limi shifokori.<br>13- Talaba – shifokorilaborant.<br>14- Talaba – реаниматор<br>15- Talaba – ekspert.<br>16- Talaba– allergolog<br>Xar bir talaba berigan rollarni bajardi va ularni ishlari ekspet va talabalar tomonidan baholanadi. Bunda talabalarning nazariy bilimlari amaliytda sinaladi.<br>2. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi<br>3. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi | Kichik guruhlariga bo'linadilar<br>Tomosha qiladilar<br><br>Qatnashadilar<br>Tinglaydilar va savollarga javob beradilar |
| 3.Klinik bosqich (15 daqiqa)<br>(40 daqiqa)<br>(30 daqiqa)<br>(20 daqiqa) | 1. Bemorlarni kuratsiya qilish uchun tayyorlanadi fonendoskop, tonometr maska tayyorlanadi<br>2.Bemordan anamnez yig'ish so'rab surishtirish obektiv ko'ruv fizikal tekshirishlarni o'tkazish<br>3.Kasallik tarixi laborator va instrumental tahlillar natijalari muhokama qilinadi va mavzu bo'yicha xulosalar beriladi.<br>4. Klinik amaliyot bo'yicha bemorlar muhokama qilinadi va mavzu bo'yicha xulosalar beriladi.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | So'rab surishtiradi<br>Muloqotda bo'ladi<br>Yozib oladi<br>Tinglaydi                                                    |

|                         |                       |  |
|-------------------------|-----------------------|--|
| (5 daqiqa)              | 5. Uyga vazifa beradi |  |
| Jami:160 minut - 4 soat |                       |  |

## Mavzu bayoni: REVMATOID ARTRIT

Biriktiruvchi tukimaning tizimli yalliglanish kasalligi bulib, surunkali jadallashuvchi eroziyali-destruktivli poliartrit bilan ifodalanadi.

ETIOLOGIYASI aniklanmagan kasallikning vujudga kelishida A va V gurux streptokokklarga, ichak va siydik infektsiyasiga, mikoplazmaga, V-limfotsitda joylashgan va immunoglobulinlar sintezini buzish kobiliyatiga ega bulgan ebshteyn-Barr virusiga axamiyat berilmokda.

Irsiy omillar

Bo`gimning yumshoq to`qimalaridagi eksudativ o`zgarishlar.

Jarayonga togay to`qimali bo`g`im oldi to`qimalar qo`shiladi, fibroz-sklerotik o`zgarishlar rivojlanadi, sinovial pardada granulyatsion biriktiruvchi to`qima (pannus) xosil bo`ladi va rivojlanadi. Pannus asta-sekin togay va suyak epifizini barbodlaydi, natijada yara (uzur), darcha, tirqich vujudga keladi. Bo`g`im bo`shligida yopishqoq loyqa sinovial suyuqlik aniqlanadi. oxirgi bosqichda torayning emirilishi bo`gim chiqishiga, yarim chiqishiga, ankiloz (harakatdan qolishi) va bo`g`imlar shaklining o`zgarishiga olib keladi. Revmatoid atritda bo`g`imlar shikastlanishi bilan birga doimo biriktiruvchi to`qimalar va a`zolarining dezorganizatsiyasi kuzatiladi. SHuning uchun mazkur xastalik tizimli kasallik sifatida izohlanadi.

TASNIFI. Bizning mamlakatda jarayonning klinik-anatomik tavsifini, kechishini, faollik darajasini, artriting rengenologik boskichini va bemorning funktsional kobiliyatini hisobga oluvchi ishchi dastur (1980 yilda revmotologlar jamiyatining plenumida qabul kilingan) qo`llaniladi. Tasnifda xastalikning 4 klinik turi ifodalangan:

I - asosan bo`g`im shakli- poli-, oligo yoki monoartrit ko`rinishida;

II - bo`gim-vistserial shakli;

III - revmatoid atritning boshqa yoyilgan kasalliklar yoki bo`g`im kasalliklari bilan birga kelishi;

IV - yuvenil revmatoid artriti.

Patologik jarayonning rivojlanish sur`atiga ko`ra revmatoid artriting asta-sekin, tez va juda kam zo`rayadigan (xavfsiz) hillarini ajratish mumkin. Tasnifda kondava sinovial suyuqlikda RO mavjudligi yoki yo`qligiga karab (Vaalar-Rouza reaksiyasi va lateks-test yordamida aniklanadi) bemorning seropozitiv yoki seronegativligi to`rrisida bo`lim ajratilgan.

Klinik va laboratoriya belgilariga karab revmatoid artriting uchta faollik darajasi aniqlanadi:

I -minimal,

II - o`rta,

III - yukori darajasi.

### KLINIK KO`RINISHI.

Kasallikning boshlanishi har xil bo`lishi mumkin. Ko`pincha u asta-sekin, sust-prolongirlangan, lekin o`tkir yoki yarim o`tkir ko`rinishida rivojlanadi. Xastalikning klinik ko`rinishida muxim o`rinni bo`gim sindromi - 85 foizgacha, kolgan 15 foizni bo`gimdan tashkari (vistserial) turi tashkil qiladi. Vistserial turining ilk ko`rinishi kon tomirlar zararlanishining tarqashiga - (shikastlangan a`zo vaskulitiga) bogliq. Xastalikk boshlanishini qo`zg`atuvchi omillar: gripp, angina, yuqori fas yo`llari infektsiyasi, asabiy taranglashish, sovqotish, insolyatsiya, bo`gimning lat eyishi, dori moddalar salligi, xomiladorlik va tugish.

Bo`gim sindromi

- Xastalik boshlanishidagi asosiy belgi - poliartralgiya - yalliglanishsiz ogriq - simmetrik joylashgan mayda (ko`proq bilak, kaft-panja va falangalararo) bo`gimlar shikastlanishi (50%), qisman yirik bo`gimlar (25%) va monoartrit (25%) vujudga keladi. Ogriq ertalab va kunning

birinchi yarmida kuchlmroq bo`ladi, kechga borib kamayadi. Ogrik shikastlangan bo`gimlarda o`zgarimas, doimiy bo`lib, kasallik rivojlangan sari sekin-asta kuchayib boradi.

- Bo`gimlarda harakatning tangligi (siqikligi), ayniksa ertalab yoki davomli harakatsizlikdan so`ng, revmatoid artritining eng ilk va turgun belgilaridan biridir. Bo`gimlarda harakat juda kiyinchilik bilan bajariladi. Bu belgi bo`gim atrofidagi to`qimalar (periartikulyar) shishi, hamda konda endogen glyukokortikoidlar miqdorining kamligi bilan tushuntiriladi.

- Kasallik ba`zan isitma chikishi, ishtaxa pasayishi, tez charchashlik, darmonsizlik bilan kuzatiladi.

- Ko`zdan kechirganda shikastlangan bo`g`imlarning shishganligi aniqlanadi. YAlliglanish, aksariyat barmoqlarning proksimal falangalararo bo`gimlarida urchuqsimon shaklda kuzatiladi. Bo`gimlardagi eksudativ o`zgarishlarga proliferativ o`zgarishlar qo`shilganda ular shakli buziladi (deformatsiyalashadi). Panja bo`gimlaridagi mazkur xastalikka xos o`zgarishlarni "tashrif kartasi" deb ham ataladi. Kaft-falanga bo`gimi bukilgan holda qotib qolishi (kontraktura), proksimal falangalararo bo`gimlarning orqaga egilishi va distal falangalararo bo`g`im bukilishi natijasida vujudga keladigan o`zgarishlarni barmokning "Okkush bo`yni" shaklidagi o`zgarishi deyiladi. Panjafalanga bo`g`imlaridagi o`zgarishlar, bo`gimlarning kisman chikishi sababli ular jimjiloq (ulnar) tomonga qiyshayib kaft shakli o`zgarganligi "ulnar deviatsiya" yoki "morj suzgichi kafti" deb aytiladi. Ulnar deviatsiya bilan birga falangalar kattalishishi, ularni qoplagan terining yupkalashib bujmayishi vujudga kelsa, kaftning bu o`zgarishini "lornetli qo`l" deb ataladi. Bo`g`im suyaklarida ham o`zgarishlar ro`y beradi: suyaklarning bo`gim ichidagi uchlari bir-biri bilan yopishib, bitib qoladi, shu sababli bo`g`im harakati yo`qoladi, ankiloz (bo`gimning qotib qolishi) rivojlanadi.

REVMATOID ATRITINING BO`G`IMDAN TASHqARI (SISTEMLI) KO`RINISHLARI, shular qatorida ichki a`zolar shikastlanishi, kamdan kam yakkol ifodalangan bo`ladi. SHuning uchun ular sinchkovlik bilan izlanishni talab kiladi. Aksariyat teri osti tugunlari va polineyropatiya kuzatiladi.

- Revmatoid tugunchalari taxminan 10-20% bemorlarda aniqlanadi. Ko`pincha ular tirsak bo`g`imi atrofidagi teri osti to`qimasida, axilla paylari ostida joylashadilar. Tugunchalar kattaligi 0,5-1,5 sm bo`lib, xarakatchan, atrofdagi to`qimalarga yopishmagan ogriksiz va kattiq. Ular bitta yoki bir kanchabo`lishi mumkin, hech kachon yallig`lanmaydi va yiringlamaydi. Revmatoid tugunchalari xastalikning zo`rayish davrida paydo bo`lib, simmetrik joylashadi, remissiya davrida yo`qolib ketishi mumkin. Kasallikning erta bosqichida faol artrit rivojlangan davrda shikastlangan bo`g`imlar harakatini bajarishda ishtirok etuvchi yaqin mushaklar atrofiyaga uchraydi, ba`zan mushaklarda miozitrni kuzatish mumkin.

- Polyneyropatiya-periferik nervlarni oziklantiruvchi kon tomirlar vaskulitining ko`rinishi. Mazkur jarayonda nerv stvoli distal qisminig shikastlanishi sezuvchanlikning buzilishi bilan kuzatiladi. Bemorlar oyoq-qo`llarning distal qismlarini uvishishiga, achishishiga, sovqotishiga shikoyat qiladilar. Paypaslaganda shikastlangan bo`gimda ogriq, zararlangan nerv sohasida sezuvchanlikning ortishi yoki pasayishi aniqlanadi. Onda-sonda harakat buzilishlari vujudga keladi.

- Xastalikning faol davrida ba`zi bemorlarda limfadenopatiya - limfa tugunchalarining (jag` osti, bo`yin va x.k.) kattalashganligi aniklanadi.

- Ichki a`zolarida (odatda yurak, o`pka, bo`yrak) revmatoid zararlanishining klinik belgilari kam xollarda kuzatiladi.

1. Kasallik yuqori faollik bilan kechganda revmatoid miokarditi, endokarditi va nixoyat perikarditi rivojlanishi mumkin. Ba`zi mitral qopkoklari etishmovchiligi shakllanadi va u nisbatan engil kechadi, gemodinamika buzilishlari deyarli kuzatilmaydi.

2. qon tomir devorlarida yallig`lanish holati (vaskulit) kuzatiladi. SHu sababli barmoklarning distal kismida mikroinfarkt, yirik qon tomirlarda esa Reyno sindromi belgilari paydo bo`ladi.

3. O'pka to'kimasining tugunchalar rivojlanishi bilan shikastlanishi, unda yana alveolit, o'pka vaskuliti, hamda plevrit uchragishi mumkin.

4. Revmatoid artritida buyraklar shikastlanishi nefrit, pielonefrit, buyrak amiloidozi va nefrotik sindromi ko'rinishida bo'lishi mumkin.

5. Jigar shikastlanishi revmatoid gepatiti, jigar amiloidozi tarzida ifodalanadi va 60-80% bemorlarda jigar faoliyati buzulishi bilan kechadi.

6. Me'da-ichak tizimida amiloidoz belgilari rivojlanishi mumkin.

7. Asab, endokrin tizimida va ko'zda ham revmatoid artritga xos o'zgarishlar kuzatiladi.

- qon sinamasida eCHT oshishi, S - reaktiv oqsil paydo bo'lishi, alfa-2 va gamma-globulinlar, hamda fibrinogen miqdori ko'payishi aniqlanadi. Xastalik og'ir kechib, ichki a'zolar shikastlanganda gipoxrom kam qonlik rivojlanadi, leykotsitlar va neytrofillar soni me'yoriy darajada bo'ladi.

- Immunologik o'zgarishlar xastalik boshlanishida sinovial suyuqlikda bo'g'im sinovial qobiqlarining plazmatik xujayralari ishlab chikaradigan va Vaaler-Rouze yoki lateks-test sinamallari bilan autotanadigan revmatoid omili (RO) titri ko'tarilganligi bilan xarakterlanadi va patologik jarayonning faollik darajasi, kechishi, hamda bo'g'imdan tashkari a'zolar shikastlanganligi holati bilan bevosita bog'liq bo'ladi. Ba'zi (20%) bemorlarda xastalikning "seronegativ" turi bo'lib, RO topilmaydi.

- Bo'g'imlar rentgen usuli bilan tekshirilganda suyak epifizining siyraklashishi (osteoporoz), bo'g'im tirkishlarining torayishi, bo'g'imlarning yarim yoki to'liq chikib ketishi, tog'ay va suyaklarning bo'g'imdagi yuzalari g'adir-budir bo'lib turgani va yaralanishi (uzuratsiya), bo'rim satxi chetida osteofit o'sishi bo'rimlarning keskin deformatsiyasi va bo'g'im tirqishlarining to'liq bitib ketishi (artrozlar) aniqlanadi.

**TASHXISI.** Xastalikning patognomonik simptomlari yo'qligi sababli revmatoid artriti tashxisini aniqlashda klinik-rentgenologik tekshirishlar yig'indisiga karab yo'l tutmoq kerak.

Amerika revmatologlari uyushmasi taklifiga binoan kasallikning 11 belgisi tashxisiy (diagnostik) mezon hisoblanadi:

- Ertalabki bo'g'im harakatining chegaralanishi (tangligi);
- 3 yoki undan ko'prog'i bugimlar artriti
- Kul panjalari bugimlari artriti
- Simmetrik artrit
- Revmatoid tugunchalar
- Revmatoid omil aniqlanishi
- Rentgenologik o'zgarishlar

### QIYOSIY TASHXIS

Podagra - odatda yoshi 30 dan yuqori bo'lgan erkaklarda, ko'pincha qo'zg'atuvchi omillar (ko'p mikkordda go'shtli, yogli ovqat, alkogol iste'moli, jismoniy zo'rikish, sovuqotish, jarohatlanish) ta'siridan so'ng rivojlanadi. Xastalik to'satdan boshlanadi, ko'pincha tunda, oyok yoki qo'llarning bitta bo'g'imida, xususan bosh barmoq, boldir-panja, tizzada, qattik og'rik xuruji bilan yuzaga keladi. SHikastlangan bo'g'imlar shishinkiragan, ustidagi terisi kizargan, tana harorati ko'tarilgan. Tashxis to'g'riligini konda siydik kislotasi miqdorining yuqoriligi (0,35 mmolG'l dan baland), ayniqsa, sinovial suyuqlikda yoki teri osti tugunlarida urat kristallari topilishi tasdiqlaydi.

O'tkir revmatizm - aksariyat yoshlarda (25 yoshgacha) uchraydi. Kasallik ko'pincha angina, surunkali tonzillit ko'zishidan 1-3 hafta o'tgach boshlanadi. Revmatik artritga jarayonning o'tkir boshlanishi, katta bo'g'imlarning simmetrik shikastlanishi, bo'g'im shishi va harakatini chegaralanipgi, umumiy haroratning ko'tarilishi (38-40uS), artrit belgilarining bo'g'imdan bo'g'imga ko'chib yurishi va vaqt o'tishi bilan asoratsiz butunlay yo'kolib ketishi xosdir.

Ko`pincha revmokardit yoki yurak nuqsonlari, tegishli laboratoriya sinamalari (ASLO yukori titri) anigklanadi.

YUvenil revmatoid artriti doimo 16 yoshgacha bo`lgan bolalarda boshlanadi, asosan yirik bo`g`imlar shikastlanadi va umurtka pog`onasining bo`yin kismida ogriq, limfodenopatiya, ichki a`zolarining sistemli shikastlanishi (gepatosplenomegaliya, plevrit, perikardit), pushtirang dog ko`rinishidagi qichishmaydigan, beqaror toshma, konda antinuklear omil paydo bo`lishi bilan kuzatiladi.

PROFILAKTIKASI surunkali infektsiya o`choklarini bartaraf etish, organizmni chiniqtirib borish, organizmda allergik holatni yo`gkotish, xastalik kaytalanishi va zo`rayishining oldini olish, bo`gimlarning funktsional holatini va bemorning mehnat qobiliyatini tiklashdan iborat.

DAVOSI - patologik jarayon turi, bosqichi, faollik darajasini hisobga olgan holda kompleksli, davomli, shaxsga xos (individualli) bo`lishi va bosqichma-boskich statsionar-poliklinika-kurort sxemasi bo`yicha o`tkazilishi kerak. Kompleksli davo-surunkali infektsiya o`cholarini bartaraf qilishni, yalliglanishga qarshi tez ta`sir qiluvchi moddalarni, sekin, lekin uzoq ta`sir etuvchi ustivor dorilarni, fizioterapiya muolajalarini, davoli jismoniy tarbiyani va ukalashni qo`llash tadbirlarini o`z ichiga oladi. Ko`shimcha tarzda bo`g`im ichiga dori moddalarni yuborish mumkin. Bemorlarni davolash patologik jarayon faolligini va jadallashuvini susaytirish, konkraktura va ankilozlar rivojlanishining oldini olishga karatilishi lozim. Bo`gimga tushadigan ortiqcha yuklashni istisno qilib, avaylaydigan harakat tartibini joriy kilish kerak.

- YAlliglanishga karshi tez ta`sir qiluvchi nosteroid moddalar (YAqNM) - shaxsga mos holda turini va davolash me`yorini (dozasini) tanlab, kamida 7 kun davomida ovkatlangandan so`ng kabul qilinadi. Agar qo`llanilgan dori 3-4 kun davomida samara ko`rsatmasa, boshqa dori bilan almashtirilishi darkor.

*Arilpropion kislota xosilalari:*

1. Ibuprofen 0,8 g dan kuniga 3-4 marta.
2. Naproksen 500-700 mg dan kuniga 2 marta (ertalab va kechqurun).

*Ariluksus kislota xosilalari:*

1. Ortofen 25-50 mg dan kuniga 3 marta.
2. Voltaren - retard 100 mg dan kuniga 1-2 marta.

*Indoluksus kislota xosilalari:*

1. Indometatsin 25-50 mg dan kuniga 3 marta.
  2. Metindol - retard 75 mg dan kuniga 1-2 martadan.
- Z. Sulindak 200 mg dan kuniga 2 marta.

*Enolik kislota xosilalari:*

1. Piroksikam 10-20 mg dan kuniga 2 marta.
2. Meloksikam 7,5 mg sutkasiga.

*Salitsitlar:* aspirin 500 mg dan kuniga 3 marta. YAqNM ning ta`sir ko`rsatish mexanizmi yalliglanish mediatorlari (prostoglandinlar, ATF) sintezini tormozlash (sekinlashtirish), kapillyarlar va lizosom membranalarini o`tkazuvchanligini me`yorlashtirish, proteolitik fermentlar faolligini susaytirish, trombotsitlar agregatsiyasining kamayishi natijasida yalliglanish o`chogida mikrotsirkulyatsiyaning yaxshilanishi bilan boglanadi. YAlliglanishga qarshi dori moddalar me`da-ichak devorlarini ta`sirlaydilar va suyak ko`migining kon hosil qilish faoliyatini (granulotsitopeniya va agranulotsitoz) birmuncha susaytiradilar. Mazkur dorilar davolash jarayonida uzoq vakt ko`llanishligi sababli ularning noxush ta`sirlarini e`tiborga olish darkor.

Ustivor davo vositalari bemorning umumiy ahvoriga, kasallik turiga va kechishiga karab belgilanadi. Davomli ustivor davoning umumiy xususiyatlari ularning antiproliferativ ta`sir ko`rsatish (suyak va togayni barbod kiluvchi granulyatsion tukimarivojlanishini kamaytirish) va autoimmun reaksiyalarining avj olishini sekinlashtirishdan iboratdir.

- Oltin preparatlari seropozitivli revmatoid artritda qo`llaniladi. Dori ta`siri 6-8 xaftadan so`ng samara beradi. Davolanish davrasida 1,0-1,5g oltin olinadi.

1. Krizanol - oltinning kal'tsiy tuzi yorli qorishmasi – 5% 1ml krizanol tarkibida 17mg, 10 %da esa 34mg metalli oltin saqlanadi. Davolash davrasida metalli oltin mushak orasiga xaftada 1 marta 10, 17, 34 va 50mg dan yuboriladi.
2. Tauredon - 1,2,3 in`ektsiya-10 mg dan; 4,5 6-20 mg dan, 7 dan-50 mg dan xaftasiga 2 marta yuboriladi. Natijaga erishgach kuvvatlovchi doza-50 mg dan 2 xaftada 1 marta beriladi.
3. Auranofin - 6 mg kuniga (1 marta yoki ikkiga bo`lib, ovqatlanish vaqtida ichiladi).

Oltin tuzlari immungloblinlarning ortiqcha mahsulotlarini, fermentlar faolligini, hamda xujayralarda oksidlanish jarayonlarini ingibirlab, immunpatologik reaksiyani, ya`ni jarayon avj olishini sekinlashtiradi. Krizoterapiya o`tkazilganda 20-30% bemorlarda teri toshmalari, stomatit, glomerulonefrit, agranulotsitoz kabi nojo`ya holatlar rivojlanadi. SHuning uchun dorilarni yuborishdan oldin xargal periferik kon tarkibini tekshirish kerak. Agar leykopeniya, trombositopeniya aniqlansa dorini kabul kilish to`xtatiladi. Oltin tuzlari oriqlash, vistseropatiya, vaskulitlar bilan kuzatiladigan revmatoid artritning og`ir kechishida, xomiladorlarda, emizikli ayollarda, hamda D-penitsillamin va tsitostatiklar bilan birgalikda ko`llash man etiladi.

- Immundepressantlar - revmatoid artritining ogir kechadigan faol turida, tizimli ko`rinishlarida ko`llaniladilar. Dori ta`siri 3-4 xaftadan so`ng rivojlanadi.

1. Metotreksat 7,5 mg xaftada 1 marta 3-6 oy davomida.
2. Azatioprin 50-450 mg dan kuniga.
3. Xlorbutin (leykeran) - 2-5 mg dan kuniga.
4. TSiklofosfan - 100-150 mg kuniga.

Immundepressantlar xujayra immun qismlariing xosil bo`lishini, rivojlanishini va faoliyatini sekinlashtiradi va antiproliferativ ta`sir ko`rsatadi.

- Kuprenil (penitsillamin) - Felti sindromida, o`pkaning revmatoidli zararlanishida ko`llash maksadga muvofiqdir. Boshlang`ich dozasi - 250 mg kuniga, miqdorini 750 mg gacha oshirish mumkin. Davolash kursi - 6-9 oy.

- Sulfanilamid xosilalari - revmatoid atritining tizimli bulmagan ko`rinishlarida ko`llaniladi.

1. Sulfasalazin (salazosulfapiridin) - 1 xaftada 1,0 g dan kuniga; II xaftada - 1,5 g dan kuniga, III -xaftadan - 2,0 g dan kuniga. Dori ta`siri 4-6 oydan so`ng rivojlanadi.
2. Salazopiridazin - sulfasalozinga o`zshab qabul qilinadi.

- Aminoxinolin xosilalari - revmatoid artritining boshlang`ich davrida, past faollikda aksariyat, bo`gim turida yoki boshka dorilar bilan birgalikda ko`llaniladi., ta`siri 6-12 oydan keyin rivojlanadi.

1. Xloroxin, rezoxin, delagil - 0,25 g kuniga.
2. Plakvenil (gidroksixloroxin) 400 mg uyukudan oldin 2-3 oy davomida, keyinchalik - 200 mg dan. Davolash kursi odatda 6 oy.

Xinolin birikmalari plazmatik xujayralar faolligini sekinlashtiruvchi xususiyati tufayli kuchsiz immundepressiv ta`sirga ega, yalliglanishning proliferativ kismini ingibirlashi mumkin, hamda DNK depolimerizatsiyasini buzadi, shuningdek kollagen sintezini va etilishini sekinlashtiradi.

Uyg`unlashgan ustivor davo - oltin tuzlari va metoreksat aloxida yoki metotreksat va azatiopirin birga qo`shib beriladi.

- Glyukokortikoidlar. Prednizolonni kichik dozada (7,5-10 mg) kiska. vaktga YAKNPga va ustivor dorilarga qo`shimcha davo sifatida har kuni ko`llash joiz, yuqori (10 mg dan ortik) mikdorda esa har xil asoratlarni vujudga keltiradi. Metilprednizolon pul`s terapiyasi (dorini katta mikdorda berish) asosan revmatoid vaskulitini davolashda ko`llaniladi.

- Glyukokortikoidlarni bo`gim ichiga yuborish - bitta yoki bir nechta bo`gimlarda eksudativ holat rivojlansa, YAKNM davosi yaxshi samara ko`rsatmasa qo`llaniladi. In`ektsiyani ahyon-ahyonda qo`llash lozim, chunki gormon togay degeneratsiyasini chaqirishi mumkin. Preparatlar yirik bo`gimlarga - butun dozada, o`rta hajmdagi bo`gimlarga 50%, kichik bo`gimlarga – 20% yuboriladi.

1. Metipred (metilprednizolon) yoki depomedrol 40 mg (1-5 xaftada bir marta).

2. Hidrokortizon gemisuktsinat - 125 mg dan xaftasiga 1 marta.

**DORI MODDALARSIZ DAVOLASH.**

- Davo gimnastikasi - jismoniy tarbiya sistemasi mashqlari.
- Fizioterapiya - jarayonning past faolligida qo'llaniladi.
- Kurort va sihatgohlarda davolash - radonli, natriy xloridli, gidrosulfidli, karbonat-angidridli suvlar.

**DORILARNING O'ZARO TA'SIRI.**

- Antatsidlar YAKNP so'rilish tezligini va darajasini kamaytiradilar.
- Antikoagulyant qabul qilgan bemorlarda hamma YAKNP qon ketishi ehtimolini oshiradi.
- Aspirin, butadion tabletkalangan gipoglikemik moddalar ta'sirini kuchaytirishi mumkin.
- YAKNP diuretiklar, beta-blokatorlar, gidralizin, APF ingibitorlari ta'sirini pasaytiradi.
- YAKNP, ayniqsa indometatsin va diklofenak, qonda litiy preparatlari miqdorini oshiradi.
- Salitsilatlar metotreksatning buyrak orqali chiqishini sekinlashtiradi, bu holat uning miqdorini organizmda zaharlanishgacha ko'payishga olib keladi.

**Mavzuni asoslash:** Bizning mamlakatda jarayonning klinik-anatomik tavsifini, kechishini, faollik darajasini, artrit-ning rengenologik bosqichini va bemorning funktsional kabi-liyatini xisobga oluvchi ishchi dastur (1980 yilda revmoto-loglar jamiyatining plenumida qabul kilingan) qo'llaniladi. Tasnifda xastalikning 4 klinik turi ifodalangan.

## **AMALIYOTDAN MISOLLAR:**

Bemor N., 35 yoshda, kul kaftining mayda bugimlarida, bilak-panja va boldir-tovon bugimidagi shishga va ogrikka, ertalabki karxtlik 1 soat davom eitishiga, kuvvatsizlikka shikoyat kilib keldi. Anamnezidan: 10 yildan beri kasal, kaallikni boshlanishi sovuk kotish Bilan boglaydi – ushanda kul mayda bugimlarida ogrik bulgan. 15kundan keyin bu belgilar utib ketdi, lekni utkazgan anginadan sung aytilgan bugimlarda yana ogrik, shish va ertalabki karaxtlik paydo buldi. Bemor bir necha marotaba statsionar va ambulator davo olgan. Oxirgi 3 yilda bilak-kaft va boldir-tovon bugimlarida ogrik va xarakatning cheklanishi paydo buldi.

Ob`ektiv: teri koplamlari rangpar, teri turgori pasaygan. Kul panja bugimlari deformiratsiyalashgan, pal'patsiyada ogrik, xarakat cheklangan. Bilak-kaft va boldir-tovon bugimlarida shish, maxalliy xarorat bor. Upkada vezikulyar nafas. YUrak tonlari susaygan. Pul's 80 marta 1dakikada, ritmik. Jigar kattalashmagan, Pasternatskiy sinamasi ikki tomonlama manfiy.umumiy kon taxlilida - anemiya, leykopeniya, ROE tezlashgan, utkir sinamali probalar musbat, RF «Q», disproteinemiya

## **DEMONSTRATION MATERIAL:**

Mavzu buyicha mul'timediyada slaydlar, rentgen suratlari kursatiladi.Mavzu buyicha 1 ta bemor taxlil kilindi.

**Vaziyatli masala:**Bemor S. 35 eshda bir necha yildan beri revmatoid artrit bilan ogriydi. Bemor shifoxonaga buyrak soxasidagi ogrik, oyok kullarida shish, xolsizlik shikoyati bilan murojat kilgan. Kon bosimi pasaygan. Laborator natijalar kuyidagicha: konda lipidlar, xolesterin mikddori oshgan, eCHT tezlashgan, anemiya rivojlangan. Siydikda oksil, tsilindr, leykotsit, eritrotsitlar topildi. Tugri ichak shillik pardasidan punktsion biopsiya olinganda murakkab oksil polisaxarid kopmleksi topilgan .

Savol:

1.Sizning tashxisingiz?

2.Qo'llaydigan davo chorangiz?

### AUDTORIYAGA SAVOLLAR:

Revmatoid artritga olib keluvchi sabablar kanday?

Revmatoid artrit tashxis mezonlari

Revmatoid artritning bazis davosi.

| Talaba bilimini baxolash mezonlari                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Baxo |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Talaba mavzuning asosiy savollariga to'liq tayorlangan, muloqotda faol qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega. Kasallik etiologyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasi to'g'risida ma'lumotga ega. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llayoladi.                    | «5»  |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga tayorlangan, muloqotda qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega. Kasallik etiologyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasi to'g'risida ma'lumotga ega. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llayoladi.                                | «4»  |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga to'liq tayorlanmagan, muloqotda sust qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyati past. Kasallik etiologyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasi to'g'risida ma'lumotga ega emas. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llash uchun qiyinaladi. | «3»  |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga tayor emas, muloqotda qatnashmaydi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega emas. Kasallik etiologyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasini bilmaydi. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llay olmaydi.                                       | «2»  |

## 14-mavzu: Shakl buzuvchi osteoartroz.

Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mashg'ulot vaqti -6 soat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Talabalar soni : 10-12 gacha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Mashg'ulot shakli                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Amaliy mashg'ulot .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Amaliy mashg'ulot rejasini:</b><br>1.Shakl buzuvchi osteoartroz kasallikgi, ezofagitlar, surunkali gastrit kasalligini etiologyasi, patogenezi, tasnifi, klinikasi, tekshirish usullari, davolash bo'yicha nazariy bilimlarni mustahkamlash.<br>2. Mavzuga oid bemorlar kurasiysi.<br>3. Mavzuga oid vaziyatli masalalar va testlar echish.<br>4. Mavzuni mustahkamlash.<br>5. Uyga vazifa. | <b>Amaliy mashg'ulotning qisqacha annotatsiyasi</b><br>Hozirgi vaqtda Shakl buzuvchi osteoartroz kasallikgi o'rganish jo'nda katta ahamiyatga ega, chunki u revmatologik kasalliklari orasida eng oldingi o'rinlarni, hamda bemor hayoti uchun xafli bo'lgan asoratlar keltirib chiqarishi mumkin. Shuningdek haut uchun muhim bo'lgan ichki a'zolarni zararlashga ham sababchi bo'ladi. |
| <b>O'quv mashg'ulotning maqsadi:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Maqsadi yoritiladi.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Talabalarga kasallikning etiologiyasi, patogenezi, klinik simptomlarini, laborator- instrumental diagnostika va rasional terapiy, asoratlar profilaktikasini, reabilitatsiyasini o'rgatish. | <p><i>Ta'lim maqsadi</i> – nazariy bilimlarni egallash va mustahkamlash:</p> <p><i>Tarbiyaviy maqsadi</i> – shifokorlikka tayyorlashda jahon standartlari talab darajasida mutaxassislikka qiziqishini, mas'uliyat hissiyatlarini shakillantirish, o'z bilim darajasini kengaytirishga qiziqishini tarbiylash, deontologik tarbiy darajasini shakillantirish, amaliy ishni bajarishda ehtiyotkorlik, aniqlik va ma'suliyatni his etishni shakillantirish.</p> <p><i>Rivojlantiruvchi maqsad</i> - talabalarda mustaqil fikrlashni va mustaqil mulohaza yuritishni shakillantirish, talabalarni mantiqiy fikrlashini rivojlantirish.</p> |
| Ta'lim berish usullari                                                                                                                                                                      | Multimediya<br>Interaktiv usul: <b>Uch bosqichli intervyu usuli</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Ta'lim berish shakllari                                                                                                                                                                     | Jamoaviy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Ta'lim berish vositalari                                                                                                                                                                    | O'quv qo'llanma, darslik, ma'ruza matni, kompyuter,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Ta'lim berish sharoiti                                                                                                                                                                      | Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Monitoring va baholash.                                                                                                                                                                     | Og'zaki nazorat, savol-javob.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

### Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

| Ish bosqichlari va vaqti.                                          | Ta'lim beruvchi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Ta'lim oluvchilar                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tayyorlov bosqichi (10 daqiqa)                                     | 1.Auditoriya tozaligini nazorat qiladi<br>2.Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi<br>3.Davomatni nazorat qiladi                                                                                                                                                                                                                                           | talabalar                                                                                                            |
| 1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)                 | 1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash.<br>2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash<br>3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish                                                                                                                                                                                 | talabalar                                                                                                            |
| 2 – asosiy bosqich (60 daqiqa)<br><br>20 daqiqa<br>20 daqiqa       | 1.Talabalarni kichik guruhlar bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi.<br><b>“ Uch bosqichli intervyu usuli.</b> Bunda talabalarning nazariy bilimlari amaliyda sinalladi.<br>1. Slaydlar, multimedialardan foydalanadi<br>2. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi | Kichik guruhlar bo'linadilar<br>Tomosha qiladilar<br><br>Qatnashadilar<br>Tinglaydilar va savollarga javob beradilar |
| 3.Klinik bosqich (15 daqiqa)<br><br>(40 daqiqa)<br><br>(30 daqiqa) | 1. Bemorlarni kuratsiya qilish uchun tayyorlanadi fonendoskop, tonometr maska tayyorlanadi<br>2.Bemordan anamnez yig'ish so'rab surishtirish obektiv ko'ruv fizikal tekshirishlarni o'tkazish<br>3.Kasallik tarixi laborator va instrumental tahlillar natijalari muhokama qilinadi va                                                                                  | So'rab surishtiradi<br>Muloqotda bo'ladi<br>Yozib oladi<br>Tinglaydi                                                 |

|                         |                                                                                                                                    |  |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| (30 daqiqa)             | mavzu bo'yicha xulosalar beriladi.<br>4. Klinik amaliyot bo'yicha bemorlar muhokama qilinadi va mavzu bo'yicha xulosalar beriladi. |  |
| (5 daqiqa)              | 5. Uyga vazifa beradi                                                                                                              |  |
| Jami:200 minut - 6 soat |                                                                                                                                    |  |

### **Mavzu bayoni**

Tarifi. Osteoartroz - bo'g'im tog'ayi (kemirchagi)ning va yondosh suyak to'qimasining birlamchi degeneratsiyasi bilan ifodalanib, bo'g'im yonidan suyak o'siqlari (osteofitlar) ri-vojlantiradi, sinovial parda qalinlashadi, vorsinkalar ancha kattalashadi va bo'g'im shakli buziladi. Xastalik rivojlanishida yallig'lanish va suyak eroziyasi belgilarining ko'pincha aniqlanishi tufayli "Osteoartrit" atamasi keng tarqalgan "osteoartroz" va "shakl buzuvchi osteoartroz" atamasi-ni asta-sekin siqib chiqarmoqda.

2. Tarkalishi. Er kurrasining 20 foiz axolisi osteoartrozdan jafo chekadi. Mazkur xastalik katta (40-60) yoshda, ayniqsa ayollarda (2:1) ko'proq uchraydi. Osteoartrozning rentgen belgilari 50 foiz kishilarda 55 va undan yuqori yoshda aniqlanadi.

3. etiologiyasi.

(1) Bo'g'im tog'ay satxining mikrojaroxatlanishi, ayniqsa surunkali zararlanishi, tog'ay to'qimasini mexanik yuk lashga *tsarshi* turish qobiliyatini kamaytiradi va togai degeneratsiyasiga olib keladi.

#### **(2)Bemor yoshining xususiyatlari**

**a.Proteoglikonlar agregatsiyasi (yopishqoqligi)ning ka-mayishi.** Xondriotsitlarning miqdori va faoliyat imkoniyatlari yoshga bogliq emas, lekin bunda proteoglikop larning agregatsiya nuqsonlari ko'payadi, bu xolat bo'g'im ning amortizatsiya xususiyatini juda zaiflashtiradi.

**b.II tipdagi kollagenning g'ovaklanishi** - tog'ayning qay talanuvchi mexanik shikastlanishi kollagen karkasining tolalarga ajralishiga olib keladi, IX tipdagi kolla-gen nuqsonlarining mavjudligi II kollagen magizidap tuzilgan kollagen tolalari govaklanishini vujudga keltiradi.

#### **(3)Irsiy omillar.**

**a.Eroziyal osteoartrit.** Distal va proksimal barmok;-lararo bo'g'imlarning eroziyal osteoartritining rivojlanishi ko'p darajada bilvosita irsiy xolatga bog'liq. Osteoartritning mazkur turi ayollarda 10 marta ko'p uchraydi, bu xolat belgini ayollarda autosomdominantli, erkaklarda esaretsessivli nasllanish bilan tushuntiriladi.

b. YAqinda topilgan **II tip kollagen geni illati** uning degeneratsiyasiga olib keladi.

**(4)YAlliglanish.** Bo'g'im tog'ayi satxiga joylashadigan immunglobulinlarni va komplementni aniqlash antigen xususiyati shikastlangan bo'shmning yallig'lanish reaksiyasi-ni chaqirish qobiliyatiga ega ekanligini tasdiqlaydi.

**(5)Semirish** - bo'ringa, ayniqsa tizzaga, tushadigan yukni oshiradi.

**(6)Nevropatiyalar.** Bo'g'im faoliyatini ko'proq yaqin turgan mushaklar tonusi saqlaydi. Propriotseptiv impulsatsiyaning buzilishi mushak tonusining pasayishiga, bo'g'im-ga yuklamaning ko'payishiga va osteoartrozga olib keladi.

#### **4. Patogenezi.**

(1) YUqorida qayd qilingan birlamchi sabablar xondrotsitlar zararalanishini, neytral proteazlar (elastaza va kollagenazlar) ajralib chiqishini va tog'ay satxi degradatsiyasini sodir k'iladi.

**(2)Tiklanish jarayonlari.** Tog'ay shikastlanishi xondrotsitlar proliferatsiyasiga va proteoglikonlar sintezini ko'payishiga turtki beradi. **Traisformatsinlaydigap (o'zgartiradigan) o'sish omili va fibroblastlarning o'sish omili** anabolik jarayonlar mediatorlari xisoblanadi, xondrotsitlar zararlanganda ajraladigan metallprotqi-nazlarning ingibitorlari esa, tog'ayning fermentativ de-struktsiyasi oldini oladi.

**(3)Jadallashuvchi shikastlanish.** Tiklanish jarayonlari ko`pincha kollagen degradatsiyasining oldini olmaydi, na-tijada togay emirilishiga va uning tarkibida proteoglikanlar miqdorining kamayishiga olib keladi.

**(4)Mexanik omillar.**

**a.Proteoglikonlar yo`qolishi** togay elastikligining kamayishiga va mexanik yuklashni xondrotsitlarga ko`chirish-ga olib keladi.

**b.Subxondral osteoskleroz** xam mexanik yuklashni xon-drotsitlarga ko`chirishni vujudga keltiradi.

**5. Patologik anatomiyasi. a. Togay o`zgarishi.**

(1) Osteoartrozning boshlang`ich bosqichida proteoglikan-lar yo`qolishi oqibatida **togay rangining o`zgarishi (mo-viydan sariqqa)** qayd qilinadi.

(2)**Togayning mahalliy yumshash zonasi** - osteoartroz-ning eng erta belgisi.

(3)**Togayni bo`laklarga va tolalarga bo`linishi** kasal-likning ifodalangan bosqichmga xos.

(4) Tog`ayning vertikal darz ketishi jarayon jadalla-shuvidan darak beradi.

(5)**Eroziyalanish** togayni yupqalanishiga olib keladi. **b. Suyak o`zgarishi.**

(1)**YAngi paydo bo`lgan suyak to`qimasi.** Rentgenda subxondral soxada ko`pincha osteoskleroz uchastkasi, bo`g`im oraliq tirqichida esa- osteofit, suyak satxida-suyak o`simtalari aniqlanadi.

(2) Mexanik yuklamaning togaydan suyakka ko`chishi natijasida suyakning bo`shm satxida subxondral kistalar (pufaklar) vujudga keladi, *tson* bilan ta`minlanishning etishmasligi uning so`rilishini qiyinlashtiradi.

**6. Klinik ko`rinishi** shikastlangan bo`gimlar soniga va ka-sallikning og`irlik darajasiga bogliq. Osteoartrozda, aksariyat, xarakat davrida ortiqcha yuk tushadigan chanoq-son, tizza, boldir-panja bo`g`imlari shikastlanadi. Kasallik se zilmasdan, zimdan boshlanadi.

(1)**Ogriq** xastalikning ko`p uchraydigan belgisi bo`lib, xarakatda, jismoniy yuk tushganda kuchayadi va tinch xolatd,-! kamayadi (ogriq "mexanik" tabiatga ega).

**a."Hozirlanish" ogriqi** xastalikka xos bo`lib, xarakat boshlanishida paydo bo`ladi va shikastlangan togay sat-xining ishqalanishi bilan bog`liq. Osteoartrozli bemorlarga zinapoyadan tushish ayniqsa qiyin. Ogriqning pay-do bo`lishi, shuningdek, osteofitlar ta`sirida sodir) bo`ladigan mushak kontrakturalari, reflektorli spazm, bo`g`im yaqinida joylashgan mushaklar to`plamining toli-tsishi, xamda tendobursit bilan kuzatiladigan reaktiv-li sinovit bilan xam bog`liqdir.

**b.Bo`g`im "tsamali" (blokadasi)** xam osteoarozga xos bel-gidir. YUrish paytida to`satdan kuchli ogriq paydo bo`la-di va zararlangan bo`gimda xarakat to`xtaydi. Bu ogriq nekrozlashgan tog`ay parchalarining qisilib qolishi bi-lan ifodalanadi ("Bo`shm sichqoni"). Bir necha daqiqadan so`ng mazkur detrit Bo`g`im bo`shligiga sirgalib tushadi va ovriq to`satdan to`xtaydi.

**v.Ertalabki xarakat tangligi** bo`gimlarning yalligla-nish kasalliklaridan farqli o`larogq uzoq cho`zilmaydi (30 daqiqacha davom etadi).

(2) Bo`g`imlarda passiv xarakat bajarilayotganda bo`g`im sat-xining nokongruentligi tufayli **bo`gimlarda qirsillash** seziladi va xattoki eshitiladi.

(3)"**Gel fenomeni**" - davomli xarakatsizlanishdan so`ng bo`g`imda shish paydo bo`lishi mumkin.

(4) Bo`g`im ustida **mahalliy harorat ko`tarilishi** osteoartrozga xarakterli emas, lekin kasallik zo`rayganda vu-judga kelishi mumkin.

(5)**Bo`g`imlar kattalanishi** ko`pincha proliferativ o`zga-rishlar (osteofitoz) xisobiga xosil bo`ladi, lekin bo`gim oldi to`kimalar shishi natijasida xam sodir bo`lishi mum-kin.

(6)**Deformatsiyalar (shakl buzilishlari). Varusli (medial) yoki valgusli (lateral) qiyyshayishlar**, xamda bo`gimlarning **yarim chiqishi** xastalikning oxirgi bosqichlarida kuzatiladi.

**a.Gsberden tugunchalari** - distal barmoqlararo bo`gimlar kattalanishi.

**b.Bushar tugunchalari** - proksimal barmoqlararo Bo`gimlar kattalanishi.

(7) **Rentgen tekshirishlari** (27-rasm) - bo`g`imlararo tir-qichning torayishi, pay osti (subxondral) osteoskleroz, bo`gim yuzalari shaklining o`zgarishi (bo`gim togayining ko`p qismi

emiriladi), chekkali osteofitlar (yon tomonlama) 60 foiz xolatda distal barmoqlararo va tizza bo'gimlarining xoldor kaltsifikatsiyasi (gidroksiapatitlarning qatlamlash belgisi).

**(8) Laboratoriya tekshi-rishlari.**

a. qon-ECHT me'yorda, revmatoid omil - aniqlanmaydi.

**b. Sinovial suyuqligi** -yopishqoqligi yuqori, leykotsitlar 1 mkl da 2000 dan kam, neytrofillar 25 fo-izdan ozroq.

**7. Tashxisi** kasallikning rivojlanish tarixi (anamnez), fizikal, laborator-osteofitlar; rentgen tekshirishlari bilan sinchikovlik tanishishga asoslangan.

**8. qiyosiy tashxisi.**

**a. Monoartrit.**

**(1) Bo'g'im oldi to'qimalar kasalliklari.** Bemorlar bo'gim soxasidagi og'rik; k; a shikoyat qilishlari mumkin, bunda ogriq paylarni, pay xaltachasini yoki boylamalarning zararlanishi tufayli sodir bo'ladi.

**(2) Boshka sabablar.** Birgina bo'gim shikastlanganda doimo bakterial yoki mikrokristallik etiologiyali kasal-liklarni nazarda tutishlik tavsiya qilinadi. **b. Poliartritlar** reaktivli sinovit va ozgina eCHT orti-shi bilan kuzatilsa, osteoartrozni **revmatoid artriti** bilan qiyoslash lozim. Bunda revmatoid artritiga xos bel-gilar (xastalikning o'tkir boshlanishi va uning tezda avj olishi, maxalliy faol yalliglanish xolati, eratalabki bo'gimlar xarakatining davomli tangligi, revmatoid tu-gunchalari, ankilozlar, tana xaroratining ko'tarilishi, eCHTning anchagina balandligi, bo'rimning rentgen o'zgarish-lari xususiyatlari) yo'qligini e'tiborga olish darkor. **v. Metabolik artritlar (podagra va xondrokaltsinoz)** kli-nik ko'rinishi o'xshash bo'lgan ikkilamchi artroz rivojlanishiga sababchi bo'lishi mumkin. Bu xastaliklardan *farts*-li o'laroq birlamchi osteoartroz oyoqning bosh barmogi bo'ri-mining shikastlanishi bilan kuzatiladigan xarakterli artrit xuruji va podagra tugunlari (tofuslar) yo'qligi, giperurikemiya, buyrak shikastlanishi, bo'gim yuzasining deformatsiyasi, sinovial suyuqligida mikrokristallar, bo'gim rentgenogrammasida tog'ay kaltsifikatsiyasi bilan ajraladi.

**g. Psoriatik artrit** ikkilamchi osteoartrit bilan asoratlanishi mumkin. Bunday xolatda psoriatik artritning klinik belgilari (xarakterli teri zararlanishi, ayniqsa boshning sochli qismi, ko'psonli faol artrit, goxida barmoqlar shaklining urchiqsimon o'zgarishi, bo'g'imlar xarakatining chegaralanishi) dan tashqari rentgenogrammada xam yalliglanish, xam degenerativ xastaliklar belgilari kuzatiladi

**. 9. Davosi. a. Umumiy tavsiyalar.**

**(1)** Bo'gim togayi yuzasiga tushadigan yukni ozaytirish maq-sadida ogir yuk ko'tarmaslik, piyoda yurish, suvda suzish, ortiqcha tana vaznini kamaytirish lozim.

**(2)** Bo'gimni jaroxatlanishdan saqlash uchun "xamrox" kasalliklarni davolash kerak.

**(3)** Bo'gim paylari beqarorlashgan ikkilamchi osteoart-ritda tizza bo'gimiga bandaj yoki braslet taqiladi.

**(4)** Osteoartroz kasalligida tinchlikda ogrigqning yo'kolishini xisobga olib, vaqti-vaqti bilan kun orasida yotib yoki o'tirib, bo'gimga dam berish maksadga muvofik bo'ladi.

**b. Farmakoterapiya.** Zamonaviy davolashning asosiy tamoyillari etiologik omillarni, davolash muddatini va muntazamligini xisobga olib, kompleks tadbirlarni qo'llash-dan iboratdir.

**(1)** Og'riq sindromini va salgina ifodalangan yalligla-nishni kamaytirish uchun yallirlanishga qarshi nosteroid moddalar (YAqNM) : butadion 0,45-0,6 gG`sut, indometatsin, voltaren - 75-100 mgG`sut, naprosen - 750-1000 mgG`sut, brufen - 600-1200 mg buyuriladi. Zaiflangan bo'gim yuzasiga vipratoks, viprasal, fastum gel, dolgitning yogli surtmalarini surkash xam foyda keltiradi. Agar xastalik reaktivli sinovat belgilari bilan kuzatilsa uzoq vaqt (3-6 oy) aminoxinolin preparatlari (delagil 0,25 g yoki plakvenil - 0,2-0,4 gG`sut) beriladi.

**(2)** Mushak tutamlari spazmasi tufayli vujudga kelgan orriqni kamaytirish uchun miorelaksan (skutamil-TS) yoki midnokalm (1 tabletkadan kuniga 3 marta ovqatdan ke-yin 2-3 xafta davomida) qo'llaniladi.

**(3)** qon tomir tonusiga ta'sir qilish maqsadida novokain (2 foizli eritmadan 5 ml dan mushak orasiga 10-15 marta), papaverin (2 foizli eritmadan 2 ml dan mushak orasiga) buyuriladi.

(4) Bo`gim torayida va butun organizmda modda almashinuvi jarayonini yaxshilash, xondrotsitlar faoliyatini kuchaytirish, fermentlar faolligini pasaytirish, re-parativ jarayonlarni yuksaltirish mak; sadida patogenetik ta`sir qiluvchi bazis davo vositalaridan rumalon (1 ml dan kun aro 25 marta), artemeron (1 ml dan haftasiga 2 marta 3 hafta davomida), mukartin (1 ml dan kun aro 10 marta, keyin haftasiga 2 marta, jami 25-30 in`-ektsiya), gumizol, aloe, ATF (1-2 ml dan xar kuni mushak orasiga 30 marta) tavsiya qilinadi.

(5) Uzoq vaqt davom etadigan osteoartritda davo vosi-talari suyakning tayanch vazifasini kuchaytirishga qara-tilishi darkor. SHu maqsadda xar yili anabolik stero-idlar - nerabol, retabolil qo`llaniladi.

(6) Kortikosteroidlar artrozli togayning modda alma-shinuvi-ga salbiy ta`sir qiladilar, shu sababli osteo-artrozni davolashda qo`llanilmaydi. Lekin jarayon zo`ray-ganda ularni oz muddatga bo`gim ichiga yuborish yordam be-rishi mumkin.

(7) Kuchli ogriq sindromi va reaktivli sinovit belgila-ri bilan kuzatiladigan osteoartrozda bo`rim bo`shligiga **antifermentlar** - trasilol (kontrikal), gordoks (25,000 birl), artemeron (0,005 g) 1G`2, 1, 2, 4, 6, 8, 12 hafta oralatib (jami 15 marta) yuborish foydali natija ko`rsa-tadi.

**v.Fizioterapiya:** ozokerit, tibbiy *balchts*, parafin applikatsiyalari, novokain, ronidaza elektrofarezi, ul`tratovush, diadinamik toklar, gidrokortizon fonofarezi, maxalliy sixatgoxlarda vodorod-sulfidli, rodonli, yod-bromli va boshqa ma`dan suvlar vannalari buyurila di.

**g.Jarrohlik davosi.** Zararlangan bo`gim faoliyatining ortiqcha buzilishi, og`rik; sindromining turgunlashuvi bilan cho`zilib ketgan osteoartrozda chanoq-son yoki tizza bo`g`i-mi osteoartrozida bo`g`imlarni protezlash og`riqni yo`qo-tishga va bo`g`im faoliyatini tiklashga olib keladi.

## 10. Profilaktikasi.

**(1)Birlamchi profilaktika** tash`qi xatarli omillar bilan kurashishga: (bo`gimlarni doimiy mikroshikastlanish-dan va ular faoliyatining davomli yuk ta`sirida zararlanishidan saqlanishga, tana vaznining me`yorlashuviga erishishlikka) qaratiladi.

**(2)Ikkilamchi profilaktika** mexnat va dam olish reja-larini tartibga solish orqali jarayon zo`rayishining oldini olishga asoslanadi.

a. Osteoartrozda shikastlangan bo`gim yuzasiga tushadigan yukni kamaytirish kerak.

b. Mexnat bilan to`g`ri ta`minlash muxim ahamiyatga ega. Osteoartrozli bemorlarga ogir jismoniy mexnat, yomon meteorologik (tebranish va gipoksiya) sharoitda, uzoq vaqt oyoqda tik turib ishlash man etiladi

## Mavzu savollari

1. Osteoartroz kasalliginingqisqacha ta`rifi.
2. Osteoartroz kasalligining etiologiyasi.
3. Osteoartroz kasalligining patogenezi.
4. Osteoartroz kasalligining tasnifi.
5. Osteoartroz kasalligining klinik manzarasi: sub`ektiv ma`lumotlar, umumiy ko`rik.
6. Osteoartroz kasalliginingrentgen diagnostikasi.
7. Osteoartroz kasalliginingqiyosiy tashxisi.
8. Osteoartroz kasalligining davolashning asosiy printsiplari.
9. Osteoartroz kasalligining kechishi, prognozi.

## Talabalarning bilim va ko`nikmalarini baholash mezonlari

| Talaba bilimni baxolash mezonlari                                                                                                                                                                                                                                                                              | Baxo |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Talaba mavzuning asosiy savollariga to`liq tayorlangan, muloqotda faol qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega. Kasallik ettiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differenseal diagnostikasi, davolash va profilaktikasi tog`risida ma`lumotga ega. Nazariybilimlarniamaliyotdaqo`llayoladi. | «5»  |
| Talabamavzuningasosiy savollarigatayorlangan, muloqotdaqatnashadivaerkinfikrlashqobiliyatigaega. Kasallik ettiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differenseal diagnostikasi, davolash va                                                                                                         | «4»  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| profilaktikasi tog`risida ma`lumotga ega.<br>Nazariy bilimlarni amaliyotda qo`llayoladi.                                                                                                                                                                                                                                           |     |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga to`liq tayorlanmagan, muloqotda sust qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyati past. Kasallik etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasi tog`risida ma`lumotga ega emas. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo`llash uchun qiynaladi. | «3» |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga tayor emas, muloqotda qatnashmaydi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega emas. Kasallik etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasini bilmaydi. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo`llay olmaydi.                                     | «2» |

## 15-mavzu : Podagra

### Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mashg'ulot vaqti -4 soat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Talabalar soni : 8-9 gacha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Mashg'ulot shakli                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Amaliy mashg'ulot .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Amaliy mashg'ulot rejası:</b><br>1.Podagra kasallikgi, ezofagitlar, surunkali gastritkasalligini etiologiyasi, patogenezi, tasnifi, klinikasi, tekshirish usullari, davolash bo'yicha nazariy bilimlarni mustahkamlash.<br>2. Mavzuga oid bemorlar kurasiysi.<br>3. Mavzuga oid vaziytli masalalar va testlar echish.<br>4. Mavzuni mustahkamlash.<br>5. Uyga vazifa. | <b>Amaliy mashg'ulotning qisqacha annotatsiyasi</b><br>Hozirgi vaqtda Podagra kasallikgi o`rganish jo`da katta ahamiyatga ega, chunki u revmatologik kasalliklari orasida eng oldingi o`rinlarni, hamda bemor hayoti uchun xafli bo`lgan asoratlar keltirib chiqarishi mumkin. Shuningdek haut uchun muhim bo`lgan ichki a`zolari zararlashga ham sababchi bo`ladi.                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>O'quv mashg'ulotning maqsadi:</b><br>Talabalarga kasallikning etiologiyasi, patogenezi, klinik simptomlarini, laborator- instrumental diagnostika va rasional terapiy, asoratlar profilaktikasini, reabilitatsiyasini o`rgatish.                                                                                                                                      | <b>Maqsadi yoritiladi.</b><br><i>Ta'lim maqsadi</i> – nazariy bilimlarni egallash va mustahkamlash:<br><i>Tarbiyaviy maqsadi</i> – shifokorlikka tayyorlashda jahon standartlari talab darajisida mutaxassislikka qiziqishini, masuliyat hissiytlarini shakillantirish, o`z bilim darajasini kengaytirishga qiziqishini tarbiylash, deontologik tarbiy darajasini shakillantirish, amaliy ishni bajarishda ehtiyotkorlik, aniqlik va ma'suliyatni his etishni shakillantirish.<br><i>Rivojlantiruvchi maqsad</i> - talabalarda mustaqil fikrlashni va mustaqil mulohaza yritishni shakillantirish, talabalarni mantiqiy fikrlashini rivojlantirish. |
| Ta'lim berish usullari                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Multimediya<br>Interaktiv usul: <b>Insert usuli</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Ta'lim berish shakllari                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Jamoaviy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Ta'lim berish vositalari                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | O'quv qo'llanma, darslik, ma'ruza matni, kompyuter,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Ta'lim berish sharoiti                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Monitoring va baholash.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Og'zaki nazorat, savol-javob.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

### Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

| Ish bosqichlari va vaqti.                                                               | Ta'lim beruvchi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Ta'lim oluvchilar                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)                                                           | 1.Auditoriya tozaligini nazorat qiladi<br>2.Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi<br>3.Davomatni nazorat qiladi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | talabalar                                                                                                            |
| 1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (5 daqiqa)                                       | 1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash.<br>2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash<br>3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish                                                                                                                                                                                                                                                          | talabalar                                                                                                            |
| 2 – asosiy bosqich (20 daqiqa)<br><br>10 daqiqa<br>10 daqiqa                            | 1.Talabalarni kichik guruhlar bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi.<br>“ <b>Insert usuli</b> ”. Bunda talabalarning nazariy bilimlari amaliytda sinalladi.<br>1. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi<br>2. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi                                                                                        | Kichik guruhlar bo'linadilar<br>Tomosha qiladilar<br><br>Qatnashadilar<br>Tinglaydilar va savollarga javob beradilar |
| 3.Klinik bosqich (15 daqiqa)<br>(40 daqiqa)<br>(30 daqiqa)<br>(20 daqiqa)<br>(5 daqiqa) | 1. Bemorlarni kuratsiya qilish uchun tayyorlanadi fonendoskop, tonometr maska tayyorlanadi<br>2.Bemordan anamnez yig'ish so'rab surishtirish obektiv ko'ruv fizikal tekshirishlarni o'tkazish<br>3.Kasallik tarixi laborator va instrumental tahlillar natijalari muhokama qilinadi va mavzu bo'yicha xulosalar beriladi.<br>4. Klinik amaliyot bo'yicha bemorlar muhokama qilinadi va mavzu bo'yicha xulosalar beriladi.<br>5. Uyga vazifa beradi | So'rab surishtiradi<br>Muloqotda bo'ladi<br>Yozib oladi<br>Tinglaydi                                                 |
| Jami:160 minut - 4 soat                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                      |

### Mavzu bayoni: Podagra

Kasallikning klinik belgilarini birinchi marta T.Sidengam (1785 yilda yozib koldirgan chunki uning uzi bu kasallik bilan og'rikan edi. 1848 yilda A.Garrod birinchi bulib, podagraning giperurikemiya bilan bog'lig'ini, Fred'dvellar (1899 y.) esa podagraning utkir xuruji davrida bugim suyukligida urat kristallari mavjudligini aniklagan. A.Garrod birinchi bulib, podagrani revmatizmdan farklay oldi va uning sababi buyrak kasalligi natijasi, degan nazariyani tashkil etdi.Uzok vakt davomida podagrani yaxshi ta'minlangan oilalar kasalligi deb, xisoblangan, tarixdan ma'lumki, bu kasallik bilan kup mash'ur kishilar: Aleksandr Makedonskiy, Darwin, Gyote, Kant, N'yuton va kupgina odamlar og'rikan.

Podagra kuprok turmush darajasi yukori bulgan mamlakatlarda kuprok tarkalgan bulib, purin asoslariga boy bulgan ovkatlarni iste'mol qilishi natijasida (gusht, parranda, gusht

maxsulotlari) natijasida yuzaga keladi deyilsada, lekin kishida fizik aktivlikning pasayishi xamda dorilarni nazoratsiz iste'mol qilishlik ?am urikemiya darajasini oshiradi. Axolining turmush darajasining oshishi, urbanizatsiya munosabati bilan kasallik soni oshganligi ma'lum. Gipertoniya, kandli diabet, podagralar kabilar soni oshdi, binobarin kasallikning yuzaga chikishida genetik moyillik, etnik va geografik sharoitlar, ovkatlanishi turmush tarzi muxim rol' uynaydi.

Podagra bilan kupincha erkaklar ogriydi (80% ARA buyicha), kuzatishlar podagraning "yosharayotganini" kayd kilishmokda. Kasallikning kup uchrashi oldingi 50 yosh davri urniga endi 30-40 yoshni tashkil kilmokda. Bundan tashkari podagrik tugunchalarning tukimada va suyakda tashkil topish davri kiskardi. Agar ular oldinlari 10-20 yildan keyin xosil bulgan bulsa, u 5-10 yilga kiskardi. Buning xammasiga xozirda tashki muxitdagi uzgarishlar sababchi, deb xisoblanadi..M.G.Astapenko ma'lumoticha, kasallikning birinchi yilida tugri tashxis fakat 7% kasallarda kuyilgan. T.S.Soliev ma'lumoti buyicha 50% kasallarda "podagra tashxisi" fakatgina 6-12 yildan keyin kuyilgan.

Podagra surunkali kasallik bulib, organizmda siydik kislotasining almashinuvining buzilishi bilan boglik, konda uning mikdori oshib ketadi va siydik kislota kristallari natriyli tuzlari (uratlar) tukimalarga utiradi. Uning klinik belgilari kaytalanuvchi (rekidivlanuvchi) utkir artrit va podagrik tugunchalarning(tofus) xosil bulishi bilan xarakterlanadi.

Podagraning kuprok yukori darajada rivojlangan mamlakatlarda uchrashi kup mikdorda tarkibida purin asoslari (gusht, balik) bulgan ovkatlarni va spirtli ichimliklarni iste'mol kilinganligi bilan tushuntiriladi.

Podagra bilan asosan erkaklar ogriydi, uning birinchi xurujlari kupincha, 40 yoshdan oshgandan keyin sodir buladi. Kuzatilishlarga karaganda, oxirgi vaktlarda podagraning rivojlanishi yoshlar orasida (20-30 yoshda) kupayayotganligi kayd kilinmokda. Ayollar orasida podagra odatda klimakterik davrda boshlanadi.

Siydik kislotasining normadagi almashinuvi

Soglom odam organizmda siydik kislotasi purinlar parchalanishining oxirgi maxsuloti xisoblanadi. Normada siydik kislotasi organizmda 1000 mg bulib, sutkada 650 mg kayta yangilanib turadi, ya'ni shunchasi organizmdan chikarilib, yana kayta xosil bulib turiladi. Siydik kislotasining xosil bulish manbai organizmdagi purin birikmalari bulib, ular organizmga ovkatlar tarkibida tushadi, xamda nukleotidlarning modda almashinuvi jarayoni natijasida sodir buladi. Konning plazmasida siydik kislotasi erkin natriy urati xolatida bulib, erkaklarda 0,3 mmol/G'l. ni, ayollarda esa 0,24 mmol/G'l. ni tashkil etadi. Erkaklarda uning yukori chegarasi normada 0,42 mmol/G'l., ayollarda 0,38 mmol/G'l deb kabul kilingan. Uning mikdorini bundan oshib ketishini "giperurikemiya" deyiladi va podagrani rivojlanishi uchun xavfli omil xisoblanadi. Giperurikemiyaning etiologiyasi va patogenezi

Normada siydik kislotasi sintezi va uning organizmdan ajralishi muvozanatlashgan buladi. Giperurikemiyaning sabablari bulishi mumkin siydik kislotasi mikdorining oshib ketishi, uning siydik orkali ajralishini kamayishi va ikkala omil kushilib xam kelishi mumkin. Giperurikemiyaning patogenetik tiplari: birlamchi giperurikemiya - podagraning eng kup sababchisi buladi. Uning sabablari:

1. Endogenli purinlar sintezini kupayishi - metabolik tipli giperurikemiya. Bu urikozourianing yukoriligi va siydik kislotasi klirensi normalligi bilan xarakterlanadi (eng kup sababchisi).
2. Buyrak orkali siydik kislotasining ajralishining buzilishi-buyrak tipli giperurikemiya; bu siydik kislotasi klirensining pasayishi bilan boglik buladi.
3. Ikkala sababning kushilib kelishi - giperurikemiyaning aralash tipi, uratlar mikdorining normal yoki past bulishi, siydik kislota klirensi normada buladi.

Podagraning patogenezida asosiy rolni genetik kamchilik asosida fermentlar sistemasidagi buzilishlar tashkil kiladi; birinchi navbatda purinlardagi nukleotidlarni resintez kilishda katnashuvchi fermentlarning etishmovchiligi yuzaga keladi.

Ikkilamchi giperurikemiyaning eng kup sababchisi buyrak etishmovchiligi xisoblanadi, konning ayrim kasalliklari - essenkialli politsitemiya, surunkali mieloleykoz, surunkali gemolitik anemiya, perninkiozli anemiya, mielom kasalligi xam sababchi bulib xisoblanadi. Bunda xujayra

yadrolarining parchalanishi, xujayra nukleotidlari kuchaygan katabolizmi jarayonida giperurikemiya vujudga keladi.

Podagraning asosiy mexanizmi bu- uzok vakt giperurikemiya rivojlanishidir. Uning ta'sirida organizmda javob sifatida turli moslanish reaksiyalari yuzaga keladi, ya'ni uning kondagi mikdorini kamaytirish maksadida buyrak orkali ajralishini oshirish, xamda uratlarni tukimalarga tuplanishi sodir buladi. Uratlar (natriy siydik kislotasi) tanlangan bugimlarga ularning kinlariga, bursalariga, teri buyraklarga yigiladi va uning tukimasida morfologik uzgarishlarga olib keladi. Siydik kislotasining buyrakda tuplanishi muxim axamiyatga ega.

"Podagrik nefropatiya" - terma tushuncha bulib, podagradagi buyrakdagi uzgarishlarga aytiladi: buyrak parenximasida tofuslarni mavjudligi, urat toshlari, interstikial nefrit, glomeruloskleroz, arteriosklerozni nefrosklerozga olib kelishi 50% kasallarda kanalchalarda tofuslar va 10-15% da, esa buyrak jomlarida toshlar kuzatiladi. Ikkala jarayon siydik yullarining infekkiyalanishiga olib keladi. Podagraning uziga xos belgilaridan biri, buyrakning shikastlanishi - interstikialli nefritdir. Uning sababi buyrakning oralik tukimasiga uratlarning tuplanishidir. Podagrada urikozuriyaning darajasiga kura uch tipi farkanadi:

1. Metabolik tipi (60% bemorlarda uraturiya yukori darajada (13,6 mmol/G`l sutkada) va siydik kislota klirensi normada buladi.
2. Buyrak tipi (10% bemorlarda uraturiya past darajada (1,8 mmol/G`l dan kam) va siydik kislotasi klirensi pasaygan (3,0-3,5 mmol/G`l) buladi.
3. Aralash tipda (30% bemorlarda) uraturiya normal yoki kamaygan va siydik kislotasi klirensi normada buladi.

Soglom kishilarda siydik kislotasi klirensi 6-7 mlG`min., sutkadagi uraturiya 1,8-3,6 mmol/G`l. (300-600 mg) ni tashkil kiladi.

Podagraning utkir xurujining patogenezi

Podagraning utkir xuruji odatda mutlak va kup yillik giperurikemiyadan sung kuzatiladi. Xurujning paydo bulishida bir kator tezlashtiruvchi omillar mavjud bulib, ular asosan siydik kislotasini buyrak orkali ekskrekiasini uzgartiradi, ma'lum bulishicha utkir xuruj natriy urat kristallarini bugim bushligiga tuplanishi (chukishi) natijasida yuzaga kelib, sinovial pardada yalliglanish reaksiyasini vujudga keltiradi. Ninasimon natriy urat mikrokristallarini polyarizakiiyalangan yoruglikda sinovial suyuklik ichida doimo uchratish mumkin. Ular podagraning utkir xuruji davrida erkin yoki leykokitlar kitoplazmasida joylashgan buladi. Podagraning klinikasi

Podagraning birinchi klinik belgisi utkir artritning xuruji bulib, u tusatdan guyoki, tula soglom organizm xolatida sodir buladi. Ba`zan 1-2 kun avval ayrim, dastlabki belgilari bulishi mumkin: umumiy xolsizlik, bugimlarda noxushlik, asabiylashish, dispepsiya, isitmalash, uykusizlik, sovuk kotishlik kabilar. Utkir xurujni tezlashtiruvchi omil bulib, kupincha ovkatlanish tartibini buzish, ya'ni, uta tuyi6 ovkatlanish, ayniksa tarkibida puringa boy bulgan ovkatlarni (gushtli shurva, kovurilgan gushtlar, parranda gushtlari va b.) yoki al'kogolni iste'mol kilishdan iborat.

Kasallik 7 xil kurinishda boshlanishi mumkin:

1. Kasallikni utkir xurujini klinikasining klassik shakli juda uziga xosdir. Xuruj tusatdan, odatda tezda boshlanib, kuchli ogrik bilan seziladi, ayniksa ogrik oyokning I panja barmok (plyusnefalang) va uning shishi, terining kizarishi keyinchalik yukori kavatining kuchishi (pust tashlashi) bilan xarakterlanadi. Bu belgilar tez kuchayadi va birinchi soat davomida maksimumga etadi va isitmasi kutariladi (ba`zan temperatura 40 gradusgacha oshadi) kaltirash, konda esa leykokitoz, 3CHT ning ortishi kuzatiladi. Bugimdagi azob beruvchi ogrikni xatto choyshab tegishi xam keskin kuchaytiradi, bu esa oyok bilan xarakatning tulik tuxtatishga olib keladi. 5-6 kun utgach, yalliglanish belgilari asta-sekin pasayadi va 5-10 kundan keyin bemor uzini soglom xis etadi. Keyingi xurujlar turli interval bilan kaytarilishi va kuplab kul-oyok bugimlarini uz ichiga olishi mumkin.

Kasallik uzok vakt davom etganda, klinik belgilari 3 ta sindromdan iborat buladi: bugimlarni shikastlanishi, tofuslarning paydo bulishi va ichki organlarning shikastlanishidir, bu davrda bugim sindromi eng yakkol klinik kurinishda buladi.

2. Kasallikning nim utkir kechuvchi turi monoartrit shaklida bulib, I panja barmok bugimida sodir buladi, undagi ogrik va ekssudakiya belgilari urtacha rivojlanishi buladi. Yoshlarda nim utkir kechuvchi, katta, urtacha bugimlarda mono-oligoartrit tarzida namoyon bulishi mumkin.
3. Kasallikni revmatoidga uxshash shaklida tipik bugimlarni bilak-kaft bugimlarini yoki mono-oligoartrit tipida xurujning chuziluvchan xolatga utishi kuzatiladi.
4. Pseudoflegmanozli shakli- monoartritning turli joylanishi kurinishida kuzatiladi, bugim va tukima keskin va yakkol yalliglanishi belgilari xamda temperaturaning baland bulishi, kaltirash, leykokitoz, ЭСНТ ning oshishi bilan flegmonani eslatadi.
5. Podagraning allergik poliartrit (5%) tipidagi shakli kuchib yuruvchi poliartritga uxshab, yalliglanish belgilari tezda orkaga kaytadi.
6. Kam belgili shakli- jarayon kupincha paylarda kechib, kasallik belgilari kam namoyon buladi.
7. Periartrik shakli- jarayon kupincha paylarda, bursalarda, ayniksa tovon osti paylarining shikastlanishi bilan utadi.

#### **Diagnostic mezonlari:**

1. Bugim suyukligida xarakterli urat kristallarining mavjudligi.
2. Tarkibida urat kristallari bulgan tofuslarning bulishi va ularning kimyoviy tekshirishda va polyarizakiyalashgan mikroskopiyada tasdiklanishi.
3. Pastda kursatilgan 12 ta belgilardan 6 tasining mavjud bulishi:
  - 1) Anamnezida utkir artrit xurujining bir martadan ortik bulishi.
  - 2) Birinchi sutkaning uzidayok bugim yalliglanishining uziga xos joylashishi.
  - 3) Artritning monoartritli xarakterda bulishi.
  - 4) Bugim yuzasidagi terining giperemiyasi.
  - 5) I oek panja barmok bugimining ogrishi va shish.
  - 6) Oyok panjasi gumbazi bugimlarining bir tomonlama shikastlanishi.
  - 7) Tofuslarga uxshash tugunchalarning xosil bulishi.
  - 8) Giperurikemiya.
  - 9) Bir tomonlama I panja barmok bugimining shikastlanishi.
  - 10) SHikastlangan bugimlarda assimetrik shishlarning bulishi.
  - 11) Rentgenogrammada eroziyasiz subkortikal kistalarning bulishi.
  - 12) Bugim suyukligida bakterial floraning bulmasligi.
- 6 va undan ortik belgilarning kombinakiyasi tashxisni tasdiklaydi.

Podagra uzak vakt kechganda shikastlangan bugimlar soni va jarayonning joylashishi uzgaradi. Asta sekin bugimlarning deformakiyasi va xarakatlanish dagalligi paydo buladi, bular uratlar ta'sirida bugimlarning parchalanishi impraginakiyasi natijasida ikkilamchi osteoartrozni rivojlanishi xisobiga sodir buladi. Uratlar bilan bugim tukimasining infil'trakiyasi, bugim atrofida tukimaning doimiy yalliglanishli reakkiyasini yuzaga keltiradi va surunkali tofusli artrit rivojlanadi, buni "uratli artropatiya" deyiladi. Podagrik tofusda eng ogir klinik belgilar rivoj topgan buladi: bir necha oy davomida artritning deyarli tuxtovsiz intensiv xuruji bir yoki bir necha bugimlarda davom etadi va bugimlarda doimo uratcha rivojlangan yalliglanish jarayoni kuzatiladi.

Surunkali podagrali bemorlar uzak vakt uz ish kobiliyatini saklab koladi. Uratli artropatiyada kaysiki bugimlarda kuplab destrukkiya va ikkilamchi artroz yuzaga kelganda, bemorning ish kobiliyati vaktincha yoki butkul yukotiladi.

Podagraning ikkinchi xarakterli belgisi- uratlarning teri ostiga tuplanib, kattik anik chegaralangan va teri yuzasiga burtib chikkan podagrik tuguncha va tofuslaridan iboratdir. Ular podagraning birinchi xurujidan urtacha 6 yil utgach, xosil buladi. Ayirim xollarda ular ancha erta 2-3 yil davomida vujudga kelishi mumkin, ayirim xollarda tofuslar bulmasligi mumkin. Ularning kattaligi xar xil tugnogich boshidan to olma kattaligidek bulishi mumkin, aloxida tofuslar kushilib, konglomeratlarni tashkil kiladi. Ular asosan kulok suprasida, bugim atrofida kupincha tirsak bugimida xamda tizzada, oyok panjasida (bosh barmok, panja yuzasida, tovonda) kul panjasida (mayda bugimlar atrofida, barmoklarning yumshok kismida) bundan tashkari tovon paylarda, yuzadagi paylarda va sinovial kopchalarda bulishi mumkin. Tofuslar kasallikning uzak vaktan ekanligini va siydik kislotasi almashinuvining ogirlik darajasini kursatadi.

Podagra kasalligi klinikasida boshka organ va tizimlar xam shikastlanishi kuzatiladi (viskeral podagra). Bulardan eng ogiri podagrik nefropatiyadir (podagrik buyrak). Bu bemorning takdirini xal kiladi. Podagrik nefropatiyaning rivojlanishi buyrak koptokchalarida tofuslarning xosil bulishi, jomlarda urat toshlarini bulishida, buning natijasida interstikial nefrit va siydik yullarida infektiyaning rivojlanishiga sharoit yaratilganligi tushuniladi. SHu bilan bir vaktning uzida tomir va buyrak shikastlanadi (glomeruloskleroz, nefroskleroz) AG`B ortishi bilan, buyrak funkkiyasining etishmovchiligi kuzatiladi, kupchilik olimlarning ma`lumotiga kura podagrik, buyrak 25-41% xolda bemorlarning ulimiga sababchidir.

Rentgenografiya: Bugimlar rentgenografiyasi dastlabki boskichi podagra uchun xos bulgan birorta xarakterli belgisini kursatmaydi. Surunkali uratli artropatiya mavjud bulganda, rentgenogrammada suyak-togay destrukkiyasi - bugim oraligini torayishi kuzatiladi, bu togayning parchalanishi natijasida suyak tukimasining epifizida dumalok shaklda anik chegarali nuksonlarni aniklash mumkin. Bular subxondral suyakdagi tofuslar bulib, bugim yuzasiga ochilishi bilan bugim yuzasida eroziyalarni tashkil kiladi.

Surunkali podagrik artritda bir necha rentgenologik boskichlar farklanadi:

- 1.Subxondral suyakda va eng chukurroq kavatlarda katta kistalar, (tofuslar) ba`zan yumshok tukimaning kattiklanishi.
- 2.Bugim atrofida katta kistalar, bugim yuzasida mayda eroziyalar va bugim atrofida ba`zan kal'kifikatlar xam uchraydi.
- 3.Katta eroziyalar bulishi, bugim yuzasining 1G`3 kismini tashkil kiladi: epifiz osteolizi, bugim yumshok tukimasining kattiklanishi va unga oxakning tuplanishi.

### **Laborator tekshirishlar:**

Tashxis kuyish va davolashda eng axamiyatlisi siydik kislotasi almashinuvini tekshirishdir: kon zardobida siydik kislotasining mikdori va uning sutkalik siydikdagi mikdori xamda siydik kislotasi klirensini aniklashdir. Podagra xuruji davrida konda urtacha mikdorda leykokitoz bulishi SRO ni va boshka utkir boskichida yalliglanish kursatkichlarining oshishi kuzatiladi. Xurujlararo davrida bu kursatkichlar normal bulishi, lekin ular "uratli artropatiya" mavjud bulganda kuchsiz musbat bulishi mumkin. Tashxis: kasallik klassik kurinishda, ya`ni jarayon tipik lokalizakiyada bugimning I panja - barmok bugimida utkir artrit simptomlarini tez rivojlanishi va bir necha kundan keyin jarayonning tamom orkaga kaytishiga asoslanib kuyiladi. Xurujning dastlabki davrida 1-2 marta kaytarilganligi ayniksa erkak kishilarda buning kuzatilishi podagra diagnoziga "shubxa" tugdiradi. Giperurikemiyaning topilishi, kolxikin bilan xurujning tezda tuxtatilishi, natriy urat kristallarining sinovial suyuklikda topilishi, tashxisni tasdiklaydi. 1963 yilda Rim shaxrida revmatologik kasalliklarning diagnostikasiga bagishlangan xalkaro anjumanda podagraning diagnostik, kuyidagi mezonlari ishlab chikilgan:

**Davolash:** davolashda kuyidagi maksadlar kuzlanadi.

- 1.Yalliglanishga karshi preparatlar yordamida xurujni sundirish.
  - 2.Utkir xuruj takrorlanishini daf kilish. Agar xuruj uta kiska xar kuni bulsa kolxikinni profilaktik tarzida kullash.
  - 3.Ntriy urat kristallarini bundan keyin organ va tʻʻimlarda tuplanishini tuxtatish, mavjud tofuslarni yukotish. Bu urat koncentrakiyasini organ suyukliklarida pasaytirish orkali amalga oshiriladi. Buyrakning shikastlanishini oldini olish suyak eroziyasi va bugim togayining shikastlanishi natijasida nogironlikning oldini olish. Maxsus terapiya kasallik boskichi va kasallik ogirligini aniklaydi bundan tashkari, podagra yondosh bulgan gipertenziya, giperlipidemiya va semizlikni davolash.
- Podagraning utkir xurujlarini davolash: odatda yakkol davolash samarasini kolxikin beradi. Bugimdagi ogrik 12 soat oraligida boshlanib davolash boshlangandan sung 36-48 soatdan sung utib keta boshlaydi. Kolxikin 1mg dan xar 2 soatda ichiladi (xuruj utgunga kadar, kungil aynishi eki kusish boshlangunga kadar), ogir xurujlarda kolxikin 4-7mgG`sut., beriladi (urtacha 3mg) uni 48 soat davomida 7mg., dan ortik berish tavsiya etilmaydi. Preparat kupincha diareyaga olib keladi: bu xolatda opiy-benzoy eritmasida xar 2-4 soatdan 5mg., dan ichishga tavsiya etiladi. Kolxikin me`da-ichak traktida kuchli salbiy ta`sir kursatgan takdirda uni vG`i ga yuborish

mumkin bu vaktida uni 1mg 0,9% li natriy xlorda eritilib vG`i ga yuboriladi. Sutkalik dozasi 2mg., dan oshmasligi kerak, agar bemor vG`i ga yuborilganda, bevosita profilaktika maksadida xam kolxikin ichgan bulsa, kon ishlab chikarish keskin buzilishi natijasida ulim yuz berishi mumkin. Kolxikin ta`sirida ich ketishi, elektrolitlar muvozanatining buzilishi natijasida (kuprok yoshi katta kishilarda) xayotiga xavf tugdirishi mumkin, kasallikning utkir xurujida nospekifik yalliglanishga karshi preparatlar samara beradi. Bu preparatlar indometakin, ibuprofen, naproksen, piroksikam, diklofenaklardir, ularning tulik sutkalik dozasi ovkat eyish paytida 2 kun davomida beriladi. Bemorlarda buyrakdagi zararlanish prostaglandin E ga asosan boglik bulsa, bu preparatlarni kullash giperkalimeyaga, giporeninli gipoaldosteronizmga olib kelib, bemor xayotiga xavf tugdiradi, bu ayniksa, anamnezida buyrak kasalligi bulgan, suvsizlangan bemorlar uchun kuchli xavf tugdiradi. Bu asoratlar fakatgina podagrani davolashdagina emas, balki, podagrik artritda sinovial suyuklikning ichiga kortikosteroid efirlarini yuborilganda xam kuzatiladi. Bugim ichiga yuborish maksadda prednizolon tabletkasi bugimning razmeriga karab, 10-50mg mikdorda kullaniladi, kortikosteroid (AKTG) 80 ed mG`o ga yuborish xam yaxshi samara beradi, uni kupincha bemorlarga operakiya utkazgandan sung buyuriladi, ba`zida uni ichish imkonyati bulmasa, ba`zan turli preparatlarning kombinakiyasi ishlatiladi. Bundan tashkari bemorga xotirjamlik va kuplab suyuklik ichish tavsiya etiladi, chunki suyuklik uratlarni buyrakka utirib kolishini oldini olishda zarur. Anal'geziya maksadida kupgina xollarda anal'gin (30-60mg) mepiridin (50-100mg) xar 4 soatda ichiladi, vaktincha shikastlangan bugimni immobilizakiya kilish xam yordam beradi. Bugimda utkir xurujni belgilarii utgunga kadar siydik kislotasi kondagi koncentrakiyasini kamaytiruvchi dorilarni berish tuxtatib turiladi.

**Xurujlararo davolash:** utkir xuruj sonini kolxikindan 1 dan 4 gacha (0,6mg); birinchi xurujning biror belgisi paydo bulishi bilan 1-2mg kolxikin ichish bilan xurujni tuxtatish mumkin. Kolxikin bugimlarda tofus xosil bulishini tuxtatmaydi. Buni konda siydik kislotasi metabolizmini mutlok normallashtirish uratlar ekskrekiasini urikozourik preparatlar erdamida oshirish orkali yoki siydik kislotasi sintezini allopurin yordamida kamallash yuli bilan maksadga erishish mumkin. Tofuslar yakkol bulganda ikkala tipdagi dorilardan foydalanish mumkin. Kondagi siydik kislotasi darajasini pasaytirish usuli tofuslar bulganda uning kondagi mikdori mutlok kup bulganda (9% dan ortik), bugimlar shikastlanishi keskin bulganda (garchi nisbat ozgina giperurikemiya bulsada) yoki buyrak funkkiyasi buzilgan takdirda tavsiya etiladi. Kondagi siydik kislotasini pasaytiruvchi dorilar fakat utkir xuruj jarayoni utgandan keyin kullaniladi (kolxikinni kunda kabul kilib turgan xolatda) buning sababi gipourikemik dorilarni birinchi xaftalarda kullash podagrik xurujga olib kelishi mumkin. Bu xurujlar konda siydik kislotasi pasaygan paytga tugri keladi, kolxikinni uzok vakt kullash nefropatiya yoki miopatiyaga, anemiyaga, leykopeniyaga olib kelishi mumkin. Salbiy ta`siri: kungil aynish, doimiy ich ketish. Kullanilishi mumkin emas: YuE, SBE, me`da ichak yara kasalligi, xomiladorlik. Giperurikemik terapiya davrida vakti-vakti bilan siydik kislotasi darajasini aniklab turish, davolashni nazoratlash lozim buladi. Anik preparatni topish va uni dozalash, konda uning koncentrakiyasini pasaytirishga imkon beradi, tofuslarning surilishi oylar va yillarni talab kiladi. Urikozourik dorilardan probinemid (0,5 tabl.) yoki sul'finpirazon (100mg tabl.) kullaniladi. Kondagi siydik kislotasi mikdorini normada saklash uchun optimal dozasi tayinlanadi. Startli dozasi ? tabl. 1 kunda 2 marta, asta sekin uni kupaytirib 1-2 kunda 4 tabl., gacha beriladi. Sul'fourozol kuchli urikozourik xususiyatga ega (probinemidga nisbatan). Salikilatlarining yarim dozasi ikkala preparatning urikozourik ta`siriga karshi ta`sir kursatadi shuning uchun ular kulanilmaydi. Anal'getik sifatida aketonikofen kullaniladi. Siydik kislotasini sintezini kamaytirish uchun allopurinol 200-600mgG`sut., da kullaniladi. U konda siydik kislota mikdorini pasaytiradi. Allopurinol ksantinoksidaza fermentini kamallashdan tashkari, u siydik kislota sinteziga javobgar bulib, uning sintezlanishini pasaytiradi. Buni tosh kasalligining (uratlarni buyrakdan tuplanishiga) kelib chikishida va buyrak funkkiyasining buzilishida katta axamiyati bor, allopurinol yordamida urat toshlarini eritishga erishish mumkin uning salbiy ta`siri: engil darajali me`da- ichak funkkiyasining buzilishi, terida toshma va leykopeniya. Davolash natijasida maksadga erishilgan takdirda, ekstrokorporal ul'tratovushli litotripsiyadan foydalanish mumkin.

Kushimcha davolash usullari: Bir kunda 3 l., gacha suyuklik ichish xamma bemorlar uchun foydali, ayniksa siydik yullarida tosh xosil bulishiga moyillik bulgan kishilar uchun bunday xolatlarida siydikda natriy bikarbonat yoki tripotrit kitrat (5 g., dan kuniga 3 marta) dan foydalanish mumkin gipourikemik moddalar samarali siydik kislotasi, mikdorini konda pasaytirilganligi munosabati bilan purinli ovkatlarni keskin chegaralanishi talab kilinmaydi. Xurujlararo davrida semiz bemorlarga vaznini kamaytirish tadbirlari kuriladi. Katta tofuslar xirurgik usul bilan olib tashlanadi, boshkalari adekvatli profilaktik terapiya sababli asta-sekin surilib ketadi.

Idiopatik giperurikemiya belgisiz- giperurikemiya, (ya`ni podagrasiz) ni spekiifik davolash usuli urganilgan emas xar kuni probenimid eki sul'finpirozoni kullash fakat mutlok giperurikemiya ( $>9\text{mg}\%$ ) li 40 yoshgacha bulgan kishilarda tavsiya etiladi. Bu xolatda uratlarni sutkalik ekskrekiiyasi siydikda normada bulishi kerak. Agar ortik bulsa, allopurinol tavsiya etiladi. Oxirgi yillarda adabiyotda podagrani davolashda kal'kiy antagonistlari tugrisida yozilmokda. Bulardan korinfar, siydik kislotasini siydik orkali ajralishini kuchaytiradi, bu buyrak tomirlar tonusi kanchalik past bulsa, shunchalik kupni tashkil etadi. chikarilishiga yordam berishdan iborat. Ular bugimlarda kon aylanishini, modda almashinuvini yaxshilaydi, ogrikni koldiradi xamda bugim xarakatini kengaytiradi.

Fermentativ sistema modda almashinuvi va immunologik jarayonlarni stimulyakiya kiladi. Uzbekiston xududida kuyidagi mineral manbalar joylashgan.

- 1.Fargona viloyati- CHimyon (kuchli serovodorodli suv).
- 2.Samarkand viloyati- Nagornoe (radonli minerallashgan suv).
- 3.Toshkent shaxri- Semashko nomli fizioterapevtik tiklanish markazi. (Reabilitakion markaz).
- 4.Buxoro viloyati -Moxixosa oromgoxi (kushma xlorid sul'fatli suv).
- 5.Namangan viloyati- CHortok (yodli, yukori minerallashgan kal'tsiyli-natriyli suv).

Xozirgi paytda podagrani davolashda usimlik dorilaridan foydalanish ?am tavsiya etiladi. Ular organizmda kupaygan siydik kislotasi va siydik kislota tuzlarini chikarishga erdam beradi. Uzbekistonda dorivor usimliklarning 577 turi mavjud bulardan podagrani davolash uchun kuyidagilardan foydalaniladi: belana, geremixa, achchik kalampir, tomirdori krushina, sel'drey, poxugetputanol', xren, uzum kurtaklari va boshkalar ularni kushimcha yordamchi sifatida parxezga kushib beriladi, ular podagrani urta ogirligi, ichki organlar shikastlanmagan xamda mustakil ravishda kasallikning engil davrida ishlatiladi.

Antipodagrik dorilarni differenkiallashgan xolda kullash: Ular 3 guruxga bulinadi:

- 1.Urikodepressiv preparatlar (ksantinoksidaza fermentini ingibitorlash yuli bilan siydik kislota ekskrekiiyasini oshirishni kuchaytiradi).
- 2.Urikozourik preparatlar (buyrakda siydik kislota ekskrekiiyasini, uratlar reabsorbkiyasini pasaytirish yuli bilan ularni buyrakda sekrekiiyasini kupaytiradi shu bilan birga siydik kislota ekskrekiiyasini xam oshiradi).
- 3.Aralash dorilar - giperurikemiya tiplarini differenkiallash uchun testlar (Nosova V.A.) bemorga 7 kun davomida purinlar chegaralangan va alkogoldan tulik man etilgan parxez stoli tavsiya etiladi 6 va 7 hafta davomida sutkalik siydik aloxida yigilib, unda siydik kislotasi mikdori aniklanadi, xamda uning xar sutkada urtacha chikarilgan siydik kislota mikdori aniklanadi. Muljal kilish mumkin masalan 24 soat davomida 600 ml ( $3,6\text{ mmol'}$  eki kuprok siydik kislotasi) ajralgan bulsa, podagra uratlarni giperprodukkiiyasi xisobiga rivojlanadi agar chikarish 300 mg bulsa, ekskrekiiyani pasayishi xisobiga buladi. Siydik kislota normal ajralishi ( $1,8-3,6\text{ mmol'G}^{-1}$  eki  $300-600\text{ mgG}^{-1}\text{ sut.}$ ) sodir bulgan kishilarda podagra giperprodukkiya bilan gipoekskrekiiyasi xisobiga rivojlanadi, bunday xollarda urikozouriklar tavsiya etiladi ( agar sutkada 450 mg dan kam ajralsa va ingibitorlar 450 mg dan kup bulsa).

Urikodepressiv dorilar: allopurinol ferment ksantooksidazani ingibitori, uning ta`sirida gipoksantinining kupayishiga va keyinchalik siydik kislotasiga aylanishi buziladi. Bu konda siydik kislotasi mikdorini kamaytirishi bilan birga urikozourik ta`sirga ega, shu sababli urat toshlari xosil bulishi xavfi yukdir. Preparatni buyrak etishmovchiligida xam kullash mumkin. Tavsiya kilinadi:

- 1.Birlamchi, ikkilamchi podagra (kon kasalliklari bilan boglik bulganda).

2. Birlamchi, ikkilamchi giperurikemik nefropatiyada (podagra belgilari mavjud yoki bulmasligi xam mumkin).
  3. Buyrakda kaytalanuvchi uratli toshlar bulganda.
  4. Urat birikmalarini urolitiaz (leykopeniya va limfopeniyalarning) xosil bulishining oldini olish maksadida. Allopurinol dastlabki dozasi 100mg 1 sutkada, keyinchalik engil shaklida 300 mg., gacha oshiriladi, siydik kislotasi darajasi 7-10 kunlari normaga tushadi. Davolash uzok yillar olib boriladi. SBE da preparatning dozasi kamaytiriladi. KF 10mlG`min., bulganda 200mgdan beriladi, allopurinolni siydik kislotasi urikoeleminatorlari bilan kombinakiyalash maksadga muvofikdir (oksiipurinol, allopurinol metaboliti, ksantooksidaza ingibikiyasi pasayadi. Kullash man etiladi: yosh bolalarda, SBE, jigar funkkiyasi buzilishi, xomiladorlikda. Giopurinol, allopurinol maxsuli tabletkada 0,1 g gepatokotolaza, koramol jigaridan tayyorlangan, siydik kislotasi sintezini samarali pasaytiradi, kolerok 10-25000 ed, mG`o ga 2-3 marta xaftasiga yuboriladi, orotat kislotasi kam samarali 1 tabl., 3 maxal, tanafus 43-20 kun. Urikozourik dorilar: buyrak kasalliklarida uratlar reabsorbkiyasini kamaytiradi podagraning buyrak tipida kullaniladi (yakkol podagrik nefropatiya bulmagan takdirda, aralash tipida- siydik kislotasi ekskrekiiyasi 450mg., dan kam bulgan xolatda). Allopurinolni kutara olmaslik xolatlarida ishkoriy mineral suvlarni katta xajmda iste`mol kilinganda kullaniladi. Salikilatlar urikozourik effektga ega, agar sutkasiga 5,0-10,0 dozada kullanilganda, ular kichik dozada konda siydik kislotasi darajasini oshiradi, siydikda esa kamaytiradi. Bekemid benzoy kislotasining maxsuli bulib, dastlab 0,5g dan 2 marta beriladi, sutkada 2,0g., dan oshmasligi kerak: protenekid 0,25g, 1 kunda 2 marta tavsiya etiladi. Arsturin, tabl., da 0,1g sutkada 0,3-0,4g. Etamid - 0,35g dan 4 marta ovkatdan keyin 10-12 kun davomida beriladi. Tamaferus 7 kun, ikkinchi kurs 7-10 kun yiliga 3-4 marta utkaziladi. Uradon, ketazon, sul`finpirazon siydikda ph bemorda mutlok past bulgan takdirda uni tozalash uchun natriy nitratlari birikmalari kullaniladi. Aralash ta`sirli antipodagrik dorilar: allomaron - asosan allopurinoldan iborat 100 eki 200mg benzomaron 1 tabl. sutkada ba`zan 2-3 tabl., gacha.
- Dispanserizakiiya:** Podagrall bemorlarni dispanser (D) xisobiga oladi, poliklinikadagi dispanserlashda kuyidagi tadbirlar amalga oshiriladi:
1. Olib borilayotgan davolash ishlarini, antipodagrik dorilar dozasini korrekkiya kilishni nazoratlash. SHy maksadda siydik kislotasi mikdorini 3 oy davomida kamida 1 marta aniklash zarur.
  2. NYaKP ni sutkalik va kursli dozalarini ishlab chikarish lozim.
  3. Fizioterapevtik davolash: DFK va ukalash kabi muolajalarni bajarish lozim.
  4. Soglom turmush omillarini targib kilish xamda tartibli ovkatlanish va dam olishni tashkil kilish.
  5. Buyrakni shikastlanishini aniklash, siydik chukmasini tekshirish, buyrakni UTT da tekshirish.
  6. Yondosh kasalliklarini davolash.
  7. Kayta kasalxonaga yotkizish va sanator- kurortda davolash masalasini xal etish, Essentuki, Sochi, Pyatigorsk, CHortok, CHimyon va boshkalar.

### Mavzu savollari

1. Podagra kasalligining qisqacha ta`rifi.
2. Podagra kasalligining etiologiyasi.
3. Podagra kasalligining patogenezi.
4. Podagra kasalligining tasnifi.
5. Podagra kasalligining klinik manzarasi: sub`ektiv ma`lumotlar, umumiy ko`rik.
6. Podagra kasalligining rentgen diagnostikasi.
7. Podagra kasalligining qiyosiy tashxisi.
8. Podagra kasalligining davolashning asosiy printsiplari.
9. Podagra kasalligining kechishi, prognozi.

| Talaba bilimini baxolash mezonlari                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Baxo |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Talaba mavzuning asosiy savollariga to'liq tayorlangan, muloqotda faol qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega. Kasallik etiologyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasi to'g'risida ma'lumotga ega. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llayoladi.               | «5»  |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga tayorlangan, muloqotda qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega. Kasallik etiologyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasi to'g'risida ma'lumotga ega. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llayoladi.                           | «4»  |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga to'liq tayorlanmagan, muloqotda sust qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyati past. Kasallik etiologyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasi to'g'risida ma'lumotga ega emas. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llash uchun qiyin. | «3»  |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga tayor emas, muloqotda qatnashmaydi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega emas. Kasallik etiologyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasini bilmaydi. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llay olmaydi.                                  | «2»  |

# **Mustaqil ish nizomi**

## **Fakultet va gospital terapiya kafedrasida talaba mustaqil ishini tashkil etish, nazorat qilish va baxolash tartibi to`grisida**

### **NIZOM**

#### **1.Umumiy qoidalar**

1.1.Mazkur nizom institutda talaba mustaqil ishini tashkil etish,nazorat kili shva baxolash tartibini belgilash uchun ishlab chikildi.

1.2.Talabani mustaqil ishi o`quv rejasida muayyan fanni uzlashtirish uchun belgilangan o`quv ishlarining ajralmas kismi bulib,u uslubiy va axborot resurslari jixatidan ta`minlanadi,xamda bajarilishi reyting tizimi talablari asosida nazorat kilinadi.

1.3.O`quv semestri yakunida talabani mustaqil ishi bo`yicha to`plangan reyting ballari bilan birgalikda gurux reyting qaydnomasida, talabani reyting daftarchasida qayd etiladi.

#### **2.Talaba mustaqil ishining maqsad va vazifalari**

2.1.Talaba mustaqil ishining asosiy maqsadi-o`qituvchining rahbarligi va nazorati ostida talabada muayyan o`quv ishlarini mustaqil ravishda bajarish uchun zarur bulgan bilim va ko`nikmalarini shakllantirish va rivojlantirish

2.2.Talaba mustaqil ishining vazifalari kuyidagilardan iborat:

- yangi bilimlarini mustaqil tarzda puxta uzlashtirish va ko`nikmalarga ega bo`lish
- kerakli ma`lumotlarni izlab topish qulay usullari va vositalarini aniqlash
- axborot manbalari va manzillardan samarali foydalanish
- an`anaviy o`quv va ilmiy adabiyotlar va me`yoriy hujjatlar bilan ishlash
- elektron o`quv adabiyotlar va ma`lumotlar banki bilan ishlash
- internet tarmogidan maksadli foydalanish
- berilgan topshirikning rastional echimini belgilash
- ma`lumotlar bazasini taxlil etish
- ish natijalarini ekspertizaga tayyorlash va ekspert xulosasi asosida qayta ishlash
- topshiriklarni bajarishda tizimli va ijodiy yondoshish, ishlab chikilgan echim, loyixa yoki g`oyani asoslash, mutaxasislar jamoasida ximoya qilish.

#### **3. Talaba mustaqil ishining tashkiliy shakllari .**

3.1.Talaba mustaqil ishinitashkil etishda YuNESKO «Shark tabobati»kafedrasida fanning xususiyatlarini, shuningdek xar bir talabani akademik uzlashtirish darajasi va kobiliyatini xisobga olgan xolda ibn Sino ta`limoti fanidan kuyidagi shakllaridan foydalaniladi:

- ayrim nazariy mavlarni o`quv adabiyotlari yordamida mustaqil uzlashtirish
- berilgan mavzu bo`yicha axborot (referat) tayyorlash
- seminar va amaliy mashg`ulot larga tayyorgarlik kurish
- nazariy bilimlarini amaliyotda kullash
- ilmiy makola,anjumanga ma`ruza va tezislarni tayyorlash
- krassvord va testlar tuzish multimediya tayyorlash

O`qitilayotgan fanning xususiyatlaridan kelib chiqqan xolda ,talaba mustaqil ishini tashkil etishda boshqa shakllaridan xam keng foydalanish mumkin.

3.2.Talaba mustaqil ishi uchun ajratilgan xar bir fan uchun fakultet terapiy fanidan davolash va tibbiy pedagogika talabalari uchun 93 soat ajratilgan mavzular, shakllari, topshiriklar variantlari ishlab chikilgan va kafedra, fakultet ilmiy-uslubiy kengashida tasdiqlangan.

3.3.Mustaqil ishni bajarish uchun fanlar bo`yicha talabalarga zaruriy metodik kullanma, ko`rsatma va tavsiyalar ishlab chiqilgan.

#### **4.Talaba mustaqil ishining axborot ta`minoti**

4.1.Mustaqil ishni bajarish uchun talabaga axborot manbasi sifatida darslik va o`quv kullanmalar,metodik kullanma va kursatmalar,ma`lumotlar tuplami va banki,ilmiy va ommaviy

davriy neshrlar, internet tarmogidagi tegishli ma'lumotlar, berilgan mavzu bo'yicha avval bajarilgan ishlar va boshkalar xizmat qiladi.

4.2. Kafedra mudiri va tegishli fakultet dekani takdimnomasi sifatida institut xabarxizmati talabalarga mustaqil ishlarni bajarish uchun zaruriy axborot manbaa va vositalarni belgilaydi, talabalarga turli kutubxonlar, tarmoq muassasalari va korxonalaridan mustaqil ish uchun zaruriy ma'lumotlar tuplash yuzasidan so'rovnomalar, xatlarini rasmiylashtirib beradi.

4.3. Kafedra tomonidan talabalarga mustaqil ishlarini uz vaqtida bajarish uchun kompyuter texnikasi va internet tarmogidan samarali foydalanish uchun shart-sharoitlar yaratib beriladi.

#### **5. Talaba mustaqil ishini nazorat qilish va baxolash.**

5.1. Talaba mustaqil ishi bo'yicha konsultatsiya soatlari guruh jurnalida qayd etib boliladi.

5.2. Talaba mustaqil ishini nazorat qilish o'quv mashg'ulotlarini bevosita olib boruvchi o'qituvchi tomonidan amalga oshiriladi.

5.3. Talaba reyting ko'rsatkichlari, shu jumladan mustaqil ishi bo'yicha an'anaviy guruh jurnalida yoritilib boriladi.

5.4. Mustaqil ish bo'yicha belgilangan maksimal reyting balining 55%dan kam to'plagan talaba fan bo'yicha Yakuniy nazoratga qo'yilmaydi.

5.5. Fanlar kesimda talabalarining mustaqil ishlari bo'yicha uelashtirishi muntazam ravishda talabalar guruhlarida, kafedra yig'ilishlarida va fakultet ilmiy kengashida muxokama etib boriladi.

5.6. Talaba mustaqil ishi kafedra arxivida ruyxatga olinadi va o'quv yili mobaynida saklanadi.

#### **Mustaqil ishlarni tashkil etishning shakli va mazmuni**

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

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

Tavsiya etilayotgan mustaqil ishlarning mavzulari:

Fakultet terapiya

Dasturning informatsion-uslubiy ta'minoti

Mazkur fanni o'qitish jarayonida ta'limning zamonaviy metodlari, pedagogik va axborot-kommunikatsiya texnologiyalari qo'llanilishi nazarda tutilgan.

- barcha mavzular bo'yicha ma'ruza mashg'ulotlarida zamonaviy komp'yuter texnologiyalari yordamida prezentatsion va elektron didaktik texnologiyalarni;

- fanning umumiy va xususiy bo'limlariga tegishli mavzularida o'tkaziladigan amaliy mashg'ulotlarda aqliy hujum, qora quti, o'rgimchak ini, guruhli fikrlash pedagogik texnologiyalarini qo'llash nazarda tutiladi.

#### **Talaba mustaqil ishi tematik mavzusi**

| №<br>Mavzu | TMI mavzusi                                                                                                        | Soatlar |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 1.         | Pnevmoniyalar etiologiyasi, patogenezi, tasnifi, klinik ko'rinishi va shakllari. Tekshirish usullari va asoratlari | 4       |
| 2.         | O'pka infarkti                                                                                                     | 4       |
| 3.         | O'pka tuberkulyozi                                                                                                 | 4       |
| 4.         | Yurak mushaklarining fiziologik vazifalari                                                                         | 4       |
| 5.         | Miokardit va miokardiodistrofiyalar                                                                                | 4       |
| 6.         | Gipotenziv dori vositalari tasnifi                                                                                 | 4       |
| 7.         | YuIK etiologiyasi, patogenezi, tasnifi, klinik ko'rinishi va davolash usullari                                     | 4       |
| 8.         | Disfagiya                                                                                                          | 4       |
| 9.         | Yara kasalligi kliniko-laborator mezonlari                                                                         | 4       |
| 10.        | Oshqozon-ichak kasalliklarida farmakoterapiya                                                                      | 4       |
| 11.        | Buyrakning yallig'lanish va immun yallig'lanish kasalliklari                                                       | 4       |
| 12.        | Revmatizm kasalligining diagnostik mezonlari                                                                       | 3       |
| 13.        | Revmatoidli artrit kasalligining diagnostik mezonlari                                                              | 3       |
| Jami:      |                                                                                                                    | 50      |

## 9. Amaliy ko'nikmalar ro'yxati

1. Nozologiyalarda pikfloumetriya
2. Nozologiyalarda EKG tahlili
3. Nozologiyalarda arterial qon bosim o'zgarishlari tahlili
4. Bo'g'ilish xurujida ingalyatorlarni qo'llash
5. Bo'g'ilish xurujida birinchi yordam ko'rsatish

## Glossaria

emfizema, alveola, epiteliy, bronxoektaz, drenaj, apnoye, taxepnoye, aritmiya, hilpillash, titrash, lyupus, defarmatsiya, kontraktura, ankilos, proteinuriya, anuriya, lipiduriya, giperxolesterinemya, giperbilirubinemiya

Kreatorea- hazm bo'lmagan muskul tolalari  
Steatorea – najasda yog' tomchilari  
Anoreksiya – ishtahaning yo'qolishi  
Polidipsiya– ko'p chanqash  
Dispepsiya –hazm sistemasidagi buzilishlar  
Xolelitiaz – o't qopida tish bo'lishi  
Xolestaz – o'tning dimlanishi  
Bulemiya-ko'p ovqat iste'mol qilish  
Emfizema – alveolalarda havoning to'planishi  
Apnoe – nafasning to'xtashi  
Akrosianoz – tananing distal qismining gipoksiyadan ko'karib qolishi  
Atelektaz –o'pka alveolasining bujmayishi  
Ekstrosistoliya – yurakning navbatdan tashqari qisqarishi  
Aritmiya – ritmning buzilishi  
Blokada- yurakda impuls o'tmasligi  
Regurgitatsiya – yurakka ma'lum qon hajmining qaytishi  
Kardialgiya – yurak sohasida davomli kuchsiz sanchiqli yoki simmilovchi ogriq  
Kardiomegaliya – yurak hajmining kattalashib ketishi  
Bigiminiya-eksrtosistoliyaning davriy almashib kelishi  
Trigiminiya – ikkita ketma-ket keluvchi sinus ritmiga bitta eksrtosistolia  
Kvadregemeniya- bitta sinus ritmiga uchta ketma-ket keluvchi ekstrosistolia  
Enurez – tunda to'shakda siyib qo'yish  
Anuriya – siydikning umuman bo'lmasligi  
Gidronefroz – buyrakda suvning to'planishi  
Ureterogidronefroz-siydik yo'llari va buyrakning kattalashib ketishi  
Gemoglobinuriya – siydikda Hb chiqishi  
Gemoturiya – siydikda eritrotsitlarning ko'p miqdorda bo'lishi  
Artralgiya – bo'g'imning yallig'lanishiAnkilos- bo'gimlarning qotishi  
Kontraktura – bo'g'im deformatsiyas

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI  
ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI BUXORO DAVLAT TIBBIYOT  
INSTITUTI FAKULTET VA GOSPITAL TERAPIYA KAFEDRASI**

O‘quv bo‘limi  
tomonidan ro‘yxatga  
olindi № 3/3-2a  
«24» 08 2020 y.

“**EASDIQI AYMAN**”  
O‘quv ishlarini boshqaruvchi  
t.f.n., dots. Farida Kasinova  
“24” 08 2020 y.



**ICHKI KASALLIKLAR  
FANI BO‘YICHA ISHCHI O‘QUV DASTUR**

**Ta’lim yo‘nalishi**

|                           |                |                                                        |
|---------------------------|----------------|--------------------------------------------------------|
| <b>Bilim sohasi:</b>      | <b>500000</b>  | <b>- Sog‘liqni saqlash va ijtimoiy ta’minot</b>        |
| <b>Ta’lim sohasi:</b>     | <b>510000</b>  | <b>– Sog‘liqni saqlash</b>                             |
| <b>Ta’lim yo‘nalishi:</b> | <b>5510100</b> | <b>- Davolash ishi (5511100 – Professional ta’lim)</b> |

|                          |            |
|--------------------------|------------|
| <b>Kurs</b>              | <b>3</b>   |
| <b>Soat hajmi</b>        | <b>138</b> |
| <b>Shu jumladan:</b>     |            |
| <b>Ma’ruza</b>           | <b>18</b>  |
| <b>Amaliy mashg‘ulot</b> | <b>26</b>  |
| <b>Klinik mashg‘ulot</b> | <b>44</b>  |
| <b>Mustaqil ish</b>      | <b>50</b>  |

**Buxoro - 2020**

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

**Tuzuvchi:**

**Axmedova N.Sh.** – PhD, Fakultet va gospital terapiya kafedrasi mudiri

Maxmudova L.I. – Fakultet va gospital terapiya kafedrasi assistenti

Umurova N.M. - Fakultet va gospital terapiya kafedrasi assistenti

**Taqrizchilar:**

**Nurboev F.E.**- Xalq tabobati, reabilitatsiya, kasb kasalliklari, fizioterapiya, sport tibbiyoti, madaniyati va sport kafedrasi t.f.d. dotsenti

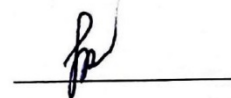
**Badriddinova M.N.**–Ichki kasalliklar va Endokrinologiya kafedrasi mudiri t.f.n. dotsent

Ushbu ishchi dastur o'quv dasturi va o'quv reja asosida 5511100- Tibbiy pedagogika yo'nalishi bo'yicha tuzilgan va kafedra yig'ilishida muhokama qilingan va tasdiqlangan.

Bayonnoma № 21 “25” iyun 2020 y.

Kafedra mudiri: PhD

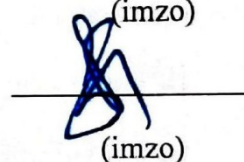
Axmedova N. Sh.



(imzo)

FUK raxbari: T.f.d.

Obloqulov A.R.



(imzo)

Ushbu ishchi dastur o'quv dasturi va o'quv reja asosida 5511100- Tibbiy pedagogika yo'nalishi bo'yicha tuzilgan va Buxoro davlat tibbiyot instituti markaziy uslubiy kengashida muhokama qilingan va tasdiqlangan.

Bayonnoma № 1 “24” ok 2020 y.

O'quv bo'limi uslubchisi:



(imzo)

## KIRISH

Ichki kasalliklar – 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 layoqatlilikini bilish, davolash asoslarini o`rgatadigan fan bo`lib, umumiy amaliyot shifokori-bakalavr mutaxassisligiga oid tafakkur va dunyoqarashni shakllantirishda katta ahamiyatga egadir. Talaba tibbiy yordam ko`rsatish bo`yicha zamonaviy davolash usullari bilan davolashning asosiy ko`nikmalarini hosil qilib amaliy va nazariy bilim olishga mo`ljallangan. Asosiy vaqt ekstremal holatlardazamonaviy davolash usullarini qo`llab, malakani oshirishga qaratilgan.

Ushbu dastur Davlat ta`lim standarti va umumiy amaliyot shifokorini tayyorlash dasturi asosida tuzilgan, tibbiyot oliy o`quv yurtlarining pediatriya fakultetining talabalariga ichki kasalliklar fanidan ta`lim berish uchun mo`ljallangan.

### **Fanning maqsadi va vazifalari**

#### ***Fanning maqsadi.***

Keng tarqalgan ichki kasalliklarni tashxis qilish va davolash ko`nikmalarini rivojlantirish.

#### ***Fanning vazifalari:***

Ichki kasalliklar etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, tasnifi, klinik ko`rinishlari, asoratlari, davosi va profilactikasi bo`yicha bilimlarni shakllantirish;

- \* Sistemalar bo`yicha bemorlardan anamnez yigish va tekshirishlar utkazish malakasini rivojlantirish;
- \* Kasallik asosiy klinik mezonlarini anqqlashni o`rganish;
- \* Dastlabki klinik tashxis qo`yishni o`rgatish;
- \* Tekshirish rejasi, vrach taktikasini tuzatish va kompleks davo buyurishga o`rgatish;
- \* Laborator va instrumental tekshirish usullari natijalarini interpretastiya qilishga o`rgatish;
- \* Differenstial tashxis va yakuniy tashxis qo`yishtamoyillaribo`yichabilimlarnishakllantirish;
- \* ba`zi shoshilinch xolatlarda tez yordam berish malakasini rivojlantirish;
- \* asosiy tibbiy xujjatlarni o`qitish;
- \* tibbiyot hamshirasini nazorat qilishgao`rgatish;

### **Ichki kasalliklar fani bo`yicha talabalar bilimi, malakasi va ko`nikmalariga quyiladigan talabalar.**

#### ***Talabalar bilishi lozim.***

- \* Eng ko`p tarkalgan ichk a`zolar kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, asoratlari, davolash usullarini;
- \* Tekshirish rejasini bilishi va amaliyotda bajarishi, xamda vrachlik taktikasini egallashi, kompleks davolash ishlarini bajara olishi;
- \* Asosiytibbiyotxujjatlarnibilishi;

#### ***Talabalarbajarishilozim:***

- \* Bemorni anamnezini yig`a bilish, sistemalar bo`yicha tekshirishni bilish, diagnostika mezonlarini aniqlay olish;
- \* Tekshirish natijalarini taxlil qila olishni bilish;
- \* Differenstial diagnostika va yakuniy tashxis qo`yish prinstiplarini bilish va bajara olish;

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

Ichki kasalliklar 6 semestrda o'qitiladi. Dasturni amalga oshirish o'quv rejasida rejalashtirilgan anatomiya, gistologiya, embriologiya va sitologiya bilan birgalikda, biologiya, tibbiy genetika, biofizika va informatika, normal fiziologiya, mikrobiologiya, patanatomiya, patofiziologiya, topografik anatomiya, operativ xirurgiya, tuberkulyoz, farmakologiya, rentgenologiya va tibbiyot radiologiyasi, ichki kasalliklar propedevtikasi, fakul'tet terapiya, fizioterapiya, LFK, endokrinologiya, gematologiya XDT bilan, kasb kasalliklari fanlardan etarli bilim va ko'nikmalarga ega bo'lishlik talab etiladi.

### **Sog'liqni saqlash tizimidagi o'rni**

Ichki kasalliklar fani zamonaviy tibbiyot amaliyotida muhim o'rin tutadi. Xozirgi vaqtda axoli orasida pnevmoniya, o'pkaning surunkali obstruktiv kasalliklari, bronxial astma, yurak ishemik kasalligi, revmatik isitma, yurak illatlari, oshqozon va 12 barmoq ichak yara kasalligi, gepatit va jigar tsirrozi, revmatoid artrit kabi kasalliklar ko'rsatkichi oshib bormoqda. Ayniqsa yuqoridagi kasalliklar asorati oqibatida o'lim ko'rsatkichi oshib bormoqda. SHu nuqtai nazardan olib qaralganda ichki kasalliklar fani UASH faoliyatida muxim o'rin egallaydi. Ichki kasalliklar va xalq tabobati fani amaliyotda uchraydigan kasalliklarni erta tashxislash, ularni samarali davolash usullarini takomillashtirish va profilaktika choralarini o'rgatishni o'z oldiga maqsad qilib qo'yyadi. Bu fanni chuqur o'qitilishi UASH uchun xam nazariy xam amaliy ahamiyat kasb etadi.

#### **Fanning ilm-fan va ishlab chiqarishdagi o'rni**

Ichki kasalliklar fani oliy ma'lumotli shifokorlar tibbiy bilimlar asosini shakllantirishda muhim ahamiyatga ega. U boshqa zaminiiy fanlar bilan birgalikda eng ko'p uchraydigan ichki kasalliklarida bemorlarga parvarishni ilmiy asoslangan holda bajarish to'g'risida yaxlit ma'lumot berish, shu bilan birga talabada klinik fikr yuritishni rivojlanishini ta'minlaydi.

### **Fanni o'qitishda zamonaviy axborot va pedagogik texnologiyalar**

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

“Ichki kasalliklar” fanini loyihalashtirishda quyidagi asosiy konseptual yondoshuvlardan foydalaniladi:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**“Ichki kasalliklar”** fanini o'qitish jarayonida kompyuter texnologiyasidan, o'rgatuvchi kompyuter dasturlaridan foydalaniladi, mavzular bo'yicha tarqatma materiallar tayyorlanadi. Talabalar bilimni baholash og'zaki, kompyuterli test shakllarida amalga oshiriladi.

Fanni o'zlashtirishda darslik, o'quv va uslubiy qo'llanmalar, ma'ruza matnlari, tarqatma materiallar, kompyuter dasturlari, elektron materiallardan foydalaniladi. Ma'ruza va amaliy darslarda mos ravishdagi ilg'or pedagogik texnologiyalar qo'llaniladi.

### **Ven diagrammasi**

Ushbu usul tahlil oluvchilarda mavzuga nisbatan tahliliy yondashuv, ayrim kismlar negizida mavzuning umumiy mohiyatini uzlashtirish kunikmalarini xosil qilishga yuqaltirilgan. Usul kichik guruxlarni shakllantirish asosida sxema buyicha amalga oshiriladi. Usul taxlil oluvchilar tomonidan uzlashtirilgan uzaro yaqin nazariy bilimlar, ma'lumotlar, dalillarni kiyosiy taxlil etishga yordam beradi. Ushbu usulni muayyan bulim yoki bobolar buyicha yakuniy darslarni tashkil etishda foydalanish yanada samaralidir.

### **«SWOT-tahlil» usuli.**

**Usulning maqsadi:** mavjud nazariy bilimlar va amaliy tajribalarni tahlil qilish, taqqoslash orqali muammoni hal etish yo'llarni topishga, bilimlarni mustahkamlash, takrorlash, baholashga, mustaqil, tanqidiy fikrlashni, nostandart tafakkurni shakllantirishga xizmat qiladi. Mazkur metod asosida muammo to'rt yo'nalishda ko'rib chiqib, muhokama qilinadi:

S – (strength) – kuchli tomonlari

W – (weakness) – zaif, kuchsiz tomonlari

O – (opportunitu) – imkoniyatlari

T – (tnreat) – to‘siqlar

### «FSMU» texnologiyasi.

**Texnologiyaning maqsadi:** Mazkur texnologiya ishtirokchilardagi umumiy fikrlardan xususiy xulosalar chiqarish, taqqoslash, qiyoslash orqali axborotni o‘zlashtirish, xulosalash, shuningdek, mustaqil ijodiy fikrlash ko‘nikmalarini shakllantirishga xizmat qiladi.

Mazkur texnologiyadan ma’ruza mashg‘ulotlarida, mustahkamlashda, o‘tilgan mavzuni so‘rashda, uyga vazifa berishda hamda amaliy mashg‘ulot natijalarini tahlil etishda foydalanish tavsiya etiladi.

Texnologiyani amalga oshirish tartibi:

- tinglovchilarga mavzuga oid bo‘lgan yakuniy xulosa yoki g‘oya taklif etiladi;

-Har bir ishtirokchiga FSMU texnologiyasining boskichlari yozilgan qog‘ozlarni tarqatiladi

F – fikringizni bayon eting.

S – fikringizni bayoniga sabab ko‘rsating.

M – ko‘rsatgan sababingizni isbotlab misol keltiring.

U – fikringizni umumlashtiring.

Ishtirokchilarning munosabatlari individual yoki guruhliy tartibda taqdimot qilinadi. FSMU tahlili tinglovchilarda kasbiy-nazariy bilimlarni amaliy mashqlar va mavjud tajribalar asosida tezroq va muvaffaqiyatli o‘zlashtirilishiga asos bo‘ladi.

### «Xulosalash» (Yelpig‘ich) texnologiyasi.

**Texnologiyaning maqsadi:**Bu texnologiya murakkab, ko‘ptarmoqli, mumkin qadar, muammoli xarakteridagi mavzularni o‘rganishga qaratilgan. Texnologiyaning mohiyati shundan iboratki, bunda mavzuning turli tarmoqlari bo‘yicha bir xil axborot beriladi va ayni paytda, ularning har biri alohida aspektlarda muhokama etiladi. Masalan, muammo ijobiy va salbiy tomonlari, afzallik, fazilat va kamchiliklari, foyda va zararlari bo‘yicha o‘rganiladi. Bu pedagogik texnologiya tanqidiy, tahliliy, aniq mantiqiy fikrlashni muvaffaqiyatli rivojlantirishga hamda talabalarning mustaqil g‘oyalari, fikrlarini yozma va og‘zaki shaklda tizimli bayon etish, himoya qilishga imkoniyat yaratadi. “Xulosalash” texnologiyasidan m’ruza mashg‘ulotlarida individual va juftliklardagi ish shaklida, amaliy va seminar mashg‘ulotlarida kichik guruhlardagi ish shaklida mavzu yuzasidan bilimlarni mustahkamlash, tahlili qilish va taqqoslash maqsadida foydalanish mumkin.

Texnologiyani amalga oshirish tartibi:

-tibbiy- pedagog tinglovchichilarni 5-6 kishidan iborat kichik guruhlarga ajratadi;

- mashg'ulot maqsadi, shartlari va tartibi bilan ishtirokchilarni tanishtirgach, har bir guruhga umumiy muammoni tahlil qilinishi zarur bo'lgan qismlari tushirilgan tarqatma materiallarni tarqatadi;
- har bir guruh o'ziga berilgan muammoni atroflicha tahlil qiladi, o'z mulohazalarini tavsiya etilayotgan sxema bo'yicha tarqatmaga yozma bayon qiladi;
- navbatdagi bosqichda barcha guruhlar o'z taqdimotlarini o'tkazadilar. Shundan so'ng, tibbiy-pedagog tomonidan tahlillar umumlashtiriladi, zaruriy axborotlar bilan to'ldiriladi va mavzu yakunlanadi.

### **“T – chizma” usuli**

Usulni amalga oshirish tartibi:

- o'qituvchi ishtirokchilarni miqdor jihatdan teng guruhlarga ajratadi;
- ishtirokchilarni trening o'tkazishga qo'yilgan talablar va bajarilishi zarur bo'lgan topshiriq shartlari bilan tanishtiradi;
- tarqatmalar (ilovadagi) ishtirokchilar guruhiga beriladi va taklif etilgan chizma asosida qatnashchilar tushunchaga yoki muammoga nisbatan o'zining mustaqil fikrini bildiradi;
- bildirilgan fikrlardan asosiy farqlari ajratilib, kerakli ustunchalarga yoziladi;
- belgilangan vaqt (10-15 daqiqa) yakuniga yetgach, barcha guruhlarining fasilitatorlari yordamida prezentatsiya tashkil etiladi;
- barcha guruhlarining yakuniy xulosalari o'qib eshittirilganidan so'ng, trener-o'qituvchi guruhlar ishini baholaydi va qo'shimcha to'ldirishlarni kiritadi.

### **“Assesment” usuli**

**Usulning maqsadi:** mazkur usul ta'lim oluvchilarning bilim darajasini baholash, nazorat qilish, o'zlashtirish ko'rsatkichi va amaliy ko'nikmalarini tekshirishga yo'naltirilgan. Mazkur texnika orqali ta'lim oluvchilarning bilish faoliyati turli yo'nalishlar (test, amaliy ko'nikmalar, muammoli vaziyatlar mashqi, qiyosiy tahlil, simptomlarni aniqlash) bo'yicha tashhis qilinadi va baholanadi.

Usulni amalga oshirish tartibi: Assesment” lardan ma'ruza mashg'ulotlarida talabalarning yoki tinglovchilarning mavjud bilim darajasini o'rganishda, yangi ma'lumotlarni bayon qilishda, seminar, amaliy mashg'ulotlarda esa mavzu yoki ma'lumotlarni o'zlashtirish darajasini baholash, shuningdek, o'z-o'zini baholash maqsadida individual shaklda foydalanish tavsiya etiladi. Shuningdek, o'qituvchining ijodiy yondashuvi hamda o'quv maqsadlaridan kelib chiqib, assesmentga qo'shimcha topshiriqlarni kiritish mumkin.

### **“Insert” usuli**

**Usulni amalga oshirish tartibi:**

- o'qituvchi mashg'ulotga qadar mavzuning asosiy tushunchalari mazmuni yoritilgan input-matnni tarqatma yoki taqdimot ko'rinishida tayyorlaydi;

- yangi mavzu mohiyatini yorituvchi matn ta'lim oluvchilarga tarqatiladi yoki taqdimot ko'rinishida namoyish etiladi;
- ta'lim oluvchilar individual tarzda matn bilan tanishib chiqib, o'z shaxsiy qarashlarini maxsus belgilar orqali ifodalaydilar

### **«Tushunchalar tahlili» usuli**

**Usulning maqsadi:** mazkur usul talabalar yoki tinglovchilarni mavzu bo'yicha tayanch tushunchalarni o'zlashtirish darajasini aniqlash, o'z bilimlarini mustaqil ravishda tekshirish, baholash, shuningdek, yangi mavzu bo'yicha dastlabki bilimlar darajasini tashhis qilish maqsadida qo'llaniladi.

Usulni amalga oshirish tartibi:

- tinglovchilar mashg'ulot bilan tanishtiriladi;
- tinglovchilarga mavzuga yoki bobga tegishli bo'lgan so'zlar, tushunchalar nomi tushirilgan tarqatmalar beriladi ( individual yoki guruhli tartibda);
- talabalar mazkur tushunchalar qanday ma'no anglatishi, qachon, qanday holatlarda qo'llanilishi haqida yozma ma'lumot beradilar;
- belgilangan vaqt yakuniga yetgach pedagog berilgan tushunchalarning to'g'ri va -to'liq izohini o'qib eshittiradi yoki slayd orqali namoyish etadi;
- har bir tinglovchi berilgan to'g'ri javodlar bilan o'zining shaxsiy munosabatini taqqoslaydi, farqlarini aniqlaydi va o'z bilim darajasini tekshirib, baholaydi.

### **“Esse” usuli.**

Yozma topshiriqning ushbu turi talabalarning mavzuga doir o'z mustaqil fikrlarini ifodalay olishga yordam berish va o'qituvchiga o'z talabalari o'quv materialini bilan tanishganda qaysi jihatlariga ko'proq e'tibor berishlari xususida fikrlash imkonini beradi. Aniq qilib aytganda, talabalardan quyidagi ikki topshiriqni bajarish: mazkur mavzu bo'yicha ular nimalarni o'rganganliklarini mustaqil bayon etish va ular baribir javobini ololmagan bita savol berishni so'raladi.

### **«Keys-stadi» usuli.**

**Usulning maqsadi:** «Keys-stadi» - inglizcha so'z bo'lib, («case» – aniq vaziyat, hodisa, «stadi» – o'rganmoq, tahlil qilmoq) aniq vaziyatlarni o'rganish, tahlil qilish asosida o'qitishni amalga oshirishga qaratilgan metod hisoblanadi.

Keys usulini amalga oshirish bosqichlari:

- keys va uning axborot ta'minoti bilan tanishtirish
- muammoli vaziyatni aniqlash-tirish va muammoli topshiriqni belgilash
- muammoli topshiriq yechimini izlash, hal qilish yo'llarini ishlab chiqish.

**Men shunga loyiqman**

Ma'ruza mashg'ulotida talabalarda darsdan tashqari paytda egallagan amaliy bilimlarini bevosita sinab ko'rish imkoniyatlari paydo bo'ladi. Ular berilgan vazifani bajarish davomida ortirgan bilimlarini tezkor baholash maqsadida baholashning amalda sinab ko'rilgan quyidagi uslubini, "Men shunga loyiqman." texnologiyasini taklif etamiz.

Bunda:

- talabalar oldindan tayyorlanib, tarqatilgan savollarga tayyorligi asosida guruhlariga ajraladilar. Kim o'zini qaysi bahoga loyiq deb topsa, shu guruhga qo'shiladi. "A'lo", "YAxxshi", "Qoniqarli". Agar talaba bugungi darsda baholash mezoniga ko'ra 3 ballik joriy bahoga ega bo'lishi kerak bo'lsa, a'lo-2.6-3 ball, yaxshi-2.2-2.5 ball, qoniqarli-1.7-2.1 ball sifatida baholanadi;
- har bir guruh uchun avvaldan tayyorlangan savollar tizimi mavjud bo'lib, dastlab "A'lo" baholar guruhi bilan shug'ullaniladi;
- shu guruhga mos savolga javob topgan talaba o'yindan, albatta, "a'lo" bahosi bilan chiqadi;
- guruhdagi barcha savollar berib bo'lingach, bironta ham savolga javob berolmagan, lekin a'lo bahoga da'vogar talaba quyiroq guruhga qo'shilishga majbur bo'ladi;
- jarayon shu tahlit davom etib, barcha guruhlarining savollariga javob topolmagan talaba vazifani topshirolmagan hisoblanadi.

#### Usulni qo'llashdan kutiladigan samaralar:

- talabada o'zining imkoniyatlarini "chamalash", ya'ni o'z-o'zini baholash imkoniyati paydo bo'ladi;
- "shu bahoga" loyiq bo'lish uchun talaba astoydil harakat qiladi, birmuncha qiyinroq savollarga ham javob berishi kerak bo'ladi, bu uni ko'proq malumot yig'ishga va fikrlarini asoslashga majbur qiladi;
- talaba iloji boricha "yuqoriroq" guruh tarkibiga kirishga intiladi, bu uni muttasil o'z ustida ishlashga olib keladi;
- har bir talaba "o'zi" uchun harakat qilishi lozim, bu unda mas'uliyati hissini paydo qiladi;
- baholash uchun unchalik ko'p vaqt sarflanmaydi.

Umuman olganda, usulni qo'llash natijasida har bir talabada "o'sish" imkoniyati mavjud bo'lib, bu baholashning ob'ektiv amalga oshirishini ta'minlaydi, ya'ni o'qituvchida "bu 3 baho oluvchi talaba" degan fikrni almashishiga olib keladi.

#### "Ijodiy fikr va klinik mushohada"

**Maqsad:** Talabalarni vaziyatli masala mazmuniga ko'ra ijodiy fikrlashi va klinik mushohadasini o'rganish va baholash.

Bunda talabalarga mazkur mavzuga tegishli vaziyatli masalalar va harorat egri chizig'i varaqalari tarqatiladi. Talaba masala mazmunini chuqur o'rganib, klinik belgilar va laboratoriyaviy ma'lumotlarni kuniga mos holda varaqada aks ettiradi, tashxis qo'yadi va davolash tadbirlarini belgilaydi.

#### Mushohadali fikr

Mavzu mazmunini mustahkamlash maqsadida tinglovchilar o'zlashtirish darjasini bilish uchun ushbu pedagogik texnologiya qo'llaniladi. Tinglovchilar fikrlari tahlil qiliniladi. Mushohadali fikr bildirgan tinglovchi rag'batlantiriladi.

### 3. O'quv soatlari miqdori

| Soat hajmi | O'quv yuklama miqdorining auditoriya mashg'ulotlari bo'yicha taqsimlanishi (soat) |         |                   |                   | Mustaqil ish |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------|-------------------|--------------|
|            | Jami                                                                              | Ma'ruza | Amaliy mashg'ulot | Klinik mashg'ulot |              |
| 138        | 88                                                                                | 18      | 24                | 46                | 50           |

## 4. Ma'ruzalar

### 4.1. Ma'ruza mashg'ulotlarining tematik rejasi

#### Ma'ruza mashg'ulotlar mavzusi

| № | Nomi                                               | Soat      |
|---|----------------------------------------------------|-----------|
| 1 | O'tkir va surunkali bronxitlar                     | 2         |
| 2 | Pnevmoniya. Covid-19 keltirib chiqargan pnevmoniya | 2         |
| 3 | O'tkir revmatik isitma                             | 2         |
| 4 | Gipertoniya kasalligi                              | 2         |
| 5 | YuIK. Stenokardiya                                 | 2         |
| 6 | Oshqozon va 12 b.i. yara kasalligi                 | 2         |
| 7 | Surunkali pielonefrit                              | 2         |
| 8 | Revmatoidli artrit                                 | 2         |
| 9 | Podagra                                            | 2         |
|   | <b>Jami:</b>                                       | <b>18</b> |
|   |                                                    |           |

#### Mavzu 1. O'tkir va surunkali bronxitlar

O'tkir va surunkali bronxit haqida tushuncha. Pulmonologiya bo'limining tuzilishi, vazifasi va ishlash tartibi. O'tkir va surunkali bronxitlar asosiy xususiyatlari, kasallik manbai va yuqish yo'llari, klinik variantlari, laborator va instrumental tashxisoti, parvarishni amalga oshirish va baholash bosqichlarini tahlil qilish, terapevtik choralar va profilaktikasi. Adabiyotlar: A-1,2,3,4. Q-1,2,4,6,8, 10,11, 12

#### Mavzu 2. Pnevmoniya

Kasallik ta'rifi. Etiologiyasi. Patogenezi. Klinikasi. Asoratlari va oqibatlari. Tashxisoti. Dispanserizatsiya asoslari. Profilaktikasi. Qiyosiy tashxisoti. Farmakoterapiyani asoslash. Bronxial astma asoratlari va qiyosiy tashxisoti. Adabiyotlar: A-1,2,3,4. Q-1,2,4,6,8, 10,11, 12

#### Mavzu 3. O'tkir revmatik isitma

O'tkir revmatik isitma haqida tushuncha. Etiologiyasi, Patogenezi. Klinik xususiyatlari. Laborator va instrumental diagnostikasi. Bemorni parvarishlash va davolash usullari, profilaktikasi. Adabiyotlar: A-1,2,3,4. Q-1,2,4,6,8, 10,11, 12

#### Mavzu 4. Gipertoniya kasalligi

Gipertoniya kasalligi haqida tushuncha. Epidemiologiyasi. Patogenezi. A-1,2,3,4. Q-1,2,4,6,8,

10,11, 12

### **Mavzu 5.YuIK. Stenokardiya**

YuIK. Stenokardiya va Miokard infarkti. YuIK.Stenokardiya.Kasallik ta’rifi. Etiologiyasi. Epidemiologiyasi. Patogenezi. Klinikasi. Klinik tasnifi. Kechish turlari. kasallikning asoratlari. Tashxisoti. Laborator tashxisi. Davolash usullari. Profilaktikasi.

Adabiyotlar: A-1,2,3,4. Q-1,2,4,6,8, 10,11, 12

### **Mavzu 6.Oshqozon va 12 b.i. yara kasalligi**

Enteritlar Kasallik ta’rifi. Etiologiyasi. Epidemiologiyasi. Patogenezi. Klinikasi. Klinik tasnifi. Kechish turlari, asoratlari. Tashxisoti. Laborator tashxisi. Davolash usullari. Profilaktikasi. Adabiyotlar: A-1,2,3,4. Q-1,2,4,6,8, 10,11, 12

### **Mavzu 7. Surunkali pielonefrit**

Kasallik ta’rifi. Etiologiyasi. Epidemiologiyasi. Patogenezi. Klinikasi. Klinik tasnifi. Kechish turlari, asoratlari. Tashxisoti. Laborator tashxisi. Davolash usullari. Profilaktikasi. Adabiyotlar: A-1,2,3,4. Q-1,2,4,6,8, 10,11, 12

### **Mavzu 8. Revmatoidli artrit.**

Kasallik ta’rifi. Etiologiyasi, patogenezi, tasnifi, klinikasi, tashxisoti, Davolash usullari. Profilaktikasi. Adabiyotlar: A-1,2,3,4. Q-1,2,4,6,8, 10,11, 12

### **Mavzu 9. Podagra**

Kasallik ta’rifi. Etiologiyasi, patogenezi, tasnifi, klinikasi, tashxisoti, Davolash usullari. Profilaktikasi. Adabiyotlar: A-1,2,3,4. Q-1,2,4,6,8, 10,11, 12

## **5. Amaliy va klinik mashg‘ulotlarning tematik rejalari**

| <b>t/r</b> | <b>Mavzular mazmuni</b>                            | <b>Amaliy mashg‘ulot</b> | <b>Klinik mashg‘ulot</b> | <b>ham masi</b> |
|------------|----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| 1.         | O`tkir bronxit                                     | 1                        | 3                        | 4               |
| 2.         | Surunkali bronxit                                  | 3                        | 3                        | 6               |
| 3.         | Pnevmoniya. Covid-19 keltirib chiqargan pnevmoniya | 1                        | 3                        | 4               |
| 4.         | O`tkir revmatik isitma                             | 1                        | 3                        | 4               |
| 5.         | Miokardit                                          | 3                        | 3                        | 6               |
| 6.         | Perikardit                                         | 3                        | 3                        | 6               |
| 7.         | Gipertoniya kasalligi                              | 1                        | 3                        | 4               |

|     |                                                                     |     |     |     |
|-----|---------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|
| 8.  | YuIK. Stenokardiya                                                  | 1   | 3   | 4   |
| 9.  | Qizilo'ngach va oshqozon funksional kasalliklari. Surunkali gastrit | 3   | 3   | 6   |
| 10. | Oshqozon va 12 b.i. yara kasalligi                                  | 1   | 3   | 4   |
| 11. | Surunkali xolesistit                                                | 2   | 3   | 5   |
| 12. | Surunkali pielonefrit                                               | 1   | 3   | 4   |
| 13. | Revmatoidli artrit                                                  | 1   | 3   | 4   |
| 14. | Osteoartroz                                                         | 2   | 3   | 5   |
| 15. | Podagra                                                             | 2   | 2   | 4   |
|     | Jami                                                                | 26s | 44s | 70s |

### 5.1. Amaliy mashg'ulotlar mavzulari mazmuni

| № mashg'ulot | Amaliy mashg'ulotlar nomlari va ularning yangi pedagogik texnologiyalarni qo'llagan holda qisqacha mazmuni                                                                                                                          | Adabiyot Lar                      |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 1.           | O'tkir bronxit asosiy xususiyatlari, kasallik manbai va yuqish yo'llari, klinik variantlari, laborator diagnostikasi, davolash usullari, terapevtik choralar va profilaktikasi. <b>“SWOT-tahlili usuli”</b> .                       | A-1,2,3,4. Q-1,2,4,6,8, 10,11, 12 |
| 2.           | Surunkali bronxit asosiy xususiyatlari, kasallik manbai va yuqish yo'llari, klinik variantlari, laborator diagnostikasi, davolash usullari, terapevtik choralar va profilaktikasi. <b>“ijodiy fikr va klinik mushohada usuli”</b> . | A-1,2,3,4. Q-1,2,4,6,8, 10,11, 12 |
| 3            | Krupoz pnevmaniya Plevritlarning asosiy xususiyatlari, kasallik manbai va yuqish yo'llari, klinik variantlari, laborator diagnostikasi, davolash usullari, terapevtik choralar va profilaktikasi. <b>“Ishbilarmon o'yin”</b>        | A-1,2,3,4. Q-1,2,4,6,8, 10,11, 12 |
| 4.           | O'tkir revmatik isitma haqida tushuncha. Etiologiyasi, patogenezi. Klinik xususiyatlari. Laborator va instrumental diagnostikasi. Bemorni parvarishlash va davolash usullari, profilaktikasi. <b>“Ven diagrammasi”</b>              | A-1,2,3,4. Q-1,2,4,6,8, 10,11, 12 |
| 5.           | Miokarditlar haqida tushuncha. Etiologiyasi, patogenezi. Klinik xususiyatlari. Laborator va instrumental diagnostikasi.                                                                                                             | A-1,2,3,4. Q-1,2,4,6,8, 10,11,    |

|    |                                                                                                                                                                                                                                    |                                   |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
|    | Bemorni parvarishlash va davolash usullari, profilaktikasi.<br><b>“Klaster usuli”</b>                                                                                                                                              | 12                                |
| 6  | Perikarditlarhaqida tushuncha. Etiologiyasi, patogenezi. Klinik xususiyatlari. Laborator va instrumental diagnostikasi. Bemorni parvarishlash va davolash usullari, profilaktikasi.<br><b>“Ven diagrama”</b>                       | A-1,2,3,4. Q-1,2,4,6,8, 10,11, 12 |
| 7  | Gipertoniya kasalligi haqida tushuncha. Etiologiyasi, patogenezi. Klinik xususiyatlari. Laborator va instrumental diagnostikasi. Bemorni parvarishlash va davolash usullari, profilaktikasi. <b>“Insert usuli”</b>                 | A-1,2,3,4. Q-1,2,4,6,8, 10,11, 12 |
| 8  | YuIK. Stenokardiya haqida tushuncha. Etiologiyasi, patogenezi. Klinik xususiyatlari. Laborator va instrumental diagnostikasi. Bemorni parvarishlash va davolash usullari, profilaktikasi. <b>“Esse usuli”</b>                      | A-1,2,3,4. Q-1,2,4,6,8, 10,11, 12 |
| 9  | Qizilo’ngach va oshqozon funksional kasalliklari. Surunkali gastrit haqida tushuncha. Etiologiyasi, patogenezi. Klinik xususiyatlari. <b>“Klaster usuli”</b> .                                                                     | A-1,2,3,4. Q-1,2,4,6,8, 10,11, 12 |
| 10 | Oshqozon va 12 b.i. yara kasalligi haqida tushuncha.Etiologiyasi, Patogenezi. Klinik xususiyatlari. Laborator va instrumental diagnostikasi. Bemorni parvarishlash va davolash usullari, profilaktikasi. <b>“T-chizma usuli”</b> . | A-1,2,3,4. Q-1,2,4,6,8, 10,11, 12 |
| 11 | Surunkali xolesistit haqida tushuncha.Etiologiyasi, patogenezi. Klinik xususiyatlari. Laborator va instrumental diagnostikasi. Bemorni parvarishlash va davolash usullari, profilaktikasi. <b>“Kim ko’proq kim tezroq”</b> .       | A-1,2,3,4. Q-1,2,4,6,8, 10,11, 12 |
| 12 | Surunkali pielonefrit. .Etiologiyasi, patogenezi. Klinik xususiyatlari. Laborator va instrumental diagnostikasi. Bemorni parvarishlash va davolash usullari, profilaktikasi <b>“Men shunga loyiqman”</b>                           | A-1,2,3,4. Q-1,2,4,6,8, 10,11, 12 |
| 13 | Revmatoidli artrit haqida tushuncha. Etiologiyasi, patogenezi. Klinik xususiyatlari. Laborator va instrumental diagnostikasi. Bemorni parvarishlash va davolash usullari, profilaktikasi. <b>“Keys-stadi usuli”</b>                | A-1,2,3,4. Q-1,2,4,6,8, 10,11, 12 |
| 14 | Osteoartroz haqida tushuncha.Etiologiyasi, patogenezi. Klinik xususiyatlari. Laborator va instrumental diagnostikasi. Bemorni parvarishlash va davolash usullari, profilaktikasi. <b>“Uch bosqichli intervyou”</b> .               | A-1,2,3,4. Q-1,2,4,6,8, 10,11, 12 |
| 15 | Podagra. Etiologiyasi,patogenezi tasnifi. O’tkir podagritik artritning klinik xususiyatlari. Laborator va instrumental                                                                                                             | A-1,2,3,4. Q-1,2,4,6,8, 10,11,    |

|   |                                                                       |    |
|---|-----------------------------------------------------------------------|----|
|   | diagnostikasi o'tkir xurujda tez tibbiy yordam. <b>"Insert usuli"</b> | 12 |
| . | OSKI                                                                  |    |

## 5.2. O'quv klinik amaliyoti

Mavzuviy reja bo'yicha Buxoro Viloyat kup tarmoqli klinik kasalxonasining bo'limlarida, amaliy ko'nikmalarni egallash laboratoriyasida, QVP modulida o'tkaziladi.

### Klinik mashg'ulotlar mavzulari mazmuni

| <b>№ mashg'ulot</b> | <b>Klinik mashg'ulotlar nomlari va ularning qisqacha mazmuni</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                  | O'tkir bronxit asosiy xususiyatlari, kasallik manbai va yuqish yo'llari, klinik variantlari, laborator diagnostikasi, davolash usullari, terapevtik choralar va profilaktikasi. Bemorlar kurasiyasi. Anamnez yig'ish. Kasallik tarixini mukammal yig'ish. Tegishli azolarini palpasiya va perkussiya qilish. Instrumental va laborator tekshiruvlarda ishtirok etish. Ko'kraq qafasi rengenogrammasini tahlil qilish.                                |
| 2.                  | Surunkali bronxit asosiy xususiyatlari, kasallik manbai va yuqish yo'llari, klinik variantlari, laborator diagnostikasi, davolash usullari, terapevtik choralar va profilaktikasi. Bemorlar kurasiyasi. Anamnez yig'ish. Kasallik tarixini mukammal yig'ish. Tegishli azolarini palpasiya va perkussiya qilish. Instrumental va laborator tekshiruvlarda ishtirok etish. Ko'kraq qafasi rengenogrammasini tahlil qilish.                             |
| 3.                  | Krupoz pnevmaniya Plevritlarning asosiy xususiyatlari, kasallik manbai va yuqish yo'llari, klinik variantlari, laborator diagnostikasi, davolash usullari, terapevtik choralar va profilaktikasi. Bemorlar kurasiyasi. Anamnez yig'ish. Kasallik tarixini mukammal yig'ish. Tegishli azolarini palpasiya va perkussiya qilish. Instrumental va laborator tekshiruvlarda ishtirok etish. Ko'kraq qafasi rengenogrammasini tahlil qilish               |
| 4.                  | O'tkir revmatik isitma haqida tushuncha. Etiologiyasi, patogenezi. Klinik xususiyatlari. Laborator va instrumental diagnostikasi. Bemorlarni parvarishlash va davolash usullari, profilaktikasi. Bemorlar kurasiyasi. Anamnez yig'ish. Kasallik tarixini mukammal yig'ish. Tegishli azolarini palpasiya va perkussiya qilish. Instrumental va laborator tekshiruvlarda ishtirok etish. Ko'kraq qafasi rengenogrammasini tahlil qilish. . EKG tahlili |
| 5.                  | Miokardit haqida tushuncha. Etiologiyasi, patogenezi. Klinik xususiyatlari. Laborator va instrumental diagnostikasi. Bemorlarni i parvarishlash va davolash usullari, profilaktikasi. Bemorlar kurasiyasi. Anamnez yig'ish. Kasallik tarixini mukammal yig'ish. Tegishli azolarini palpasiya va perkussiya qilish. Instrumental va laborator tekshiruvlarda ishtirok etish. Ko'kraq qafasi rengenogrammasini tahlil qilish. . EKG tahlili            |
|                     | Perikardit haqida tushuncha. Etiologiyasi, patogenezi. Klinik xususiyatlari. Laborator va instrumental diagnostikasi. Bemorlarni parvarishlash va davolash                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6  | usullari, profilaktikasi. Bemorlar kurasiyasi. Anamnez yig`ish. Kasallik tarixini mukammal yig`ish. Tegishli azolarini palpasiya va perkussiya qilish.Instrumental va laborator tekshiruvlarda ishtirok etish. Ko`kraq qafasi rengenogrammasini tahlil qilish. . EKG tahlili                                                                                                                                                                                |
| 7  | Gipertoniya kasalligi haqida tushuncha.Etiologiyasi, patogenezi. Klinik xususiyatlari. Laborator va instrumental diagnostikasi. Bemorlarni parvarishlash va davolash usullari, profilaktikasi. Bemorlar kurasiyasi. Anamnez yig`ish. Kasallik tarixini mukammal yig`ish. Tegishli azolarini palpasiya va perkussiya qilish.Instrumental va laborator tekshiruvlarda ishtirok etish. Ko`kraq qafasi rengenogrammasini tahlil qilish. . EKG tahlili           |
| 8  | YuIK. Stenokardiya haqida tushuncha.Etiologiyasi, patogenezi. Klinik xususiyatlari. Laborator va instrumental diagnostikasi. Bemorlarni parvarishlash va davolash usullari, profilaktikasi. Bemorlar kurasiyasi. Anamnez yig`ish. Kasallik tarixini mukammal yig`ish. Tegishli azolarini palpasiya va perkussiya qilish.Instrumental va laborator tekshiruvlarda ishtirok etish. Ko`kraq qafasi rengenogrammasini tahlil qilish. . EKG tahlili              |
| 9  | Surunkali gastrit haqida tushuncha.Etiologiyasi,Patogenezi. Klinik xususiyatlari. Laborator va instrumental diagnostikasi. Bemorlarni parvarishlash va davolash usullari, profilaktikasi. Bemorlar kurasiyasi. Anamnez yig`ish. Kasallik tarixini mukammal yig`ish. Tegishli azolarini palpasiya va perkussiya qilish.Instrumental va laborator tekshiruvlarda ishtirok etish.EFGDS usuli.                                                                  |
| 10 | Oshqozon va 12 b.i. yara kasalligi haqida tushuncha.Etiologiyasi,Patogenezi. Klinik xususiyatlari. Laborator va instrumental diagnostikasi. Bemorni parvarishlash va davolash usullari, profilaktikasi. . Bemorlar kurasiyasi. Anamnez yig`ish. Kasallik tarixini mukammal yig`ish. Tegishli azolarini palpasiya va perkussiya qilish.Instrumental va laborator tekshiruvlarda ishtirok etish. Ko`kraq qafasi rengenogrammasini tahlil qilish. EFGDS usuli. |
| 11 | Surunkali xolesistit haqida tushuncha.Etiologiyasi,Patogenezi. Klinik xususiyatlari. Laborator va instrumental diagnostikasi. Bemorlarni parvarishlash va davolash usullari, profilaktikasi. . Bemorlar kurasiyasi. Anamnez yig`ish. Kasallik tarixini mukammal yig`ish. Tegishli azolarini palpasiya va perkussiya qilish.Instrumental va laborator tekshiruvlarda ishtirok etish. UTT va xolangiografiya usullarini tahlil qilish.                        |
| 12 | Surunkali pielonefrit haqida tushuncha.Etiologiyasi,Patogenezi. Klinik xususiyatlari. Laborator va instrumental diagnostikasi. Bemorlarni parvarishlash va davolash usullari, profilaktikasi. . Bemorlar kurasiyasi. Anamnez yig`ish. Kasallik tarixini mukammal yig`ish. Tegishli azolarini palpasiya va perkussiya qilish.Instrumental va laborator tekshiruvlarda ishtirok etish. UTT o`tkazish                                                          |
| 13 | Revmatoidli artrit haqida tushuncha.Etiologiyasi,Patogenezi. Klinik xususiyatlari. Bemorlarni parvarishlash. Bemorlar kurasiyasi. Anamnez yig`ish. Kasallik tarixini mukammal yig`ish. Tegishli azolarini palpasiya va perkussiya                                                                                                                                                                                                                           |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | qilish.Instrumental va laborator tekshiruvlarda ishtirok etish.Ko`kraq qafasi rengenogrammasini tahlil qilish. Pastki muchalar rengenogrammasini tahlil qilish.                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 14 | Osteoartroz haqida tushuncha. Etiologiyasi, Patogenezi. Klinik xususiyatlari. Laborator va instrumental diagnostikasi. Bemorlarni parvarishlash va davolash usullari, profilaktikasi. . Bemorlar kurasiyasi. Anamnez yig`ish. Kasallik tarixini mukammal yig`ish. Tegishli azolarini palpasiya va perkussiya qilish.Instrumental va laborator tekshiruvlarda ishtirok etish. Pastki muchalar rengenogrammasini tahlil qilish           |
| 15 | Podagra haqida tushuncha.Etiologiyasi, O`tkir podagritik artritning klinik xususiyatlari. Laborator va instrumental diagnostikasi Patogenezi. Bemorni parvarishlash va o`tkir xurujda 1chi tibbiy yordam. Bemorlar kurasiyasi. Anamnez yig`ish. Kasallik tarixini mukammal yig`ish. Tegishli azolarini palpasiya va perkussiya qilish.Instrumental va laborator tekshiruvlarda ishtirok etish.Bo`g`im rengenogrammasini tahlil qilish. |

## 7. Laboratoriya ishlarini tashkil etish bo'yicha ko'rsatmalar

Laboratoriya ishlari ichki kasalliklar fanidan tayyorlangan dasturi bo'yicha rejalashtirilmagan

## 8. Mustaqil ini tashkil etishning shakli va mazmuni

Talaba mustaqil ishining asosiy maqsadi – o'qituvchining rahbarligi va nazorati ostida 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 yozma hisobot (konspekt) tayyorlash;
- berilgan mavzular bo'yicha axborot (referat) tayyorlash;
- nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llash;
- avtomatlashtirilgan o'rgatuvchi va nazorat qiluvchi tizimlar bilan ishlash;
- ilmiy maqola va anjumanga ma'ruza tayyorlash va h.k.

## 8. Talaba mustaqil ishi

### Talaba mustaqil ishi tematik mavzusi

| №<br>Mavzu | TMI mavzusi                                                                                                        | Soatlar |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 1.         | Pnevmoniyalar etiologiyasi, patogenezi, tasnifi, klinik ko'rinishi va shakllari. Tekshirish usullari va asoratlari | 4       |
| 2.         | O'pka infarkti                                                                                                     | 4       |
| 3.         | O'pka tuberkulyozi                                                                                                 | 4       |
| 4.         | Yurak mushaklarining fiziologik vazifalari                                                                         | 4       |
| 5.         | Miokardit va miokardiodistrofiyalar                                                                                | 4       |
| 6.         | Gipotenziv dori vositalari tasnifi                                                                                 | 4       |
| 7.         | YuIK etiologiyasi, patogenezi, tasnifi, klinik ko'rinishi va davolash usullari                                     | 4       |
| 8.         | Disfagiya                                                                                                          | 4       |
| 9.         | Yara kasalligi kliniko-laborator mezonlari                                                                         | 4       |
| 10.        | Oshqozon-ichak kasalliklarida farmakoterapiya                                                                      | 4       |
| 11.        | Buyrakning yallig'lanish va immun yallig'lanish kasalliklari                                                       | 4       |
| 12.        | Revmatizm kasalligining diagnostik mezonlari                                                                       | 3       |
| 13.        | Revmatoidli artrit kasalligining diagnostik mezonlari                                                              | 3       |
|            |                                                                                                                    | 50      |

### 10. Amaliy ko'nikmalar ro'yxati

1. Nozologiyalarda pikfloumetriya
2. Nozologiyalarda EKG tahlili
3. Nozologiyalarda arterial qon bosim o'zgarishlari tahlili
4. Bo'g'ilish xurujida ingalyatorlarni qo'llash
5. Bo'g'ilish xurujida birinchi yordam ko'rsatish

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

### **Asosiy adabiyotlar:**

1. Gadayev A.G. Ichki kasalliklar. Darslik. –Toshkent. Turon Zamin Ziyosiy nashriyoti. 2018 y.

### **Qo'shimcha adabiyotlar:**

1. Ryabov S.I. Vnutrenniye bolezni 2 tomda. Sankt – Peterburg. SpetsLit. 2015y
2. Bobojonov S.N. Ichki kasalliklar. Darslik. Toshkent. 2008; 2010 y.
3. Okorokov A.N. Diagnostika i lecheniye bolezney vnutrennix organov. Uchebnoye posobiye. Moskva. 2009 .
4. Strutinskiy A.V., Baranov A.P., Roytberg G.Ye., Gapponkov Yu. P. Osnovi semiotiki vnutrennix organov. Uchebnoye posobiye. Moskva. MEDpressinform. 2013.
5. Muxammadova X.X., Umurova N.M., Boltayev K.J. Xronicheskiy pankreatit. “Durdona” 2019.
6. Nosirova M.Sh., Muxammadova X.X., Naimova Sh.A., Umurova N.M. Revmatologik kasalliklar. “Durdona” 2020.

### **Internet saytlar:**

1. [www.bsmi.moodle.uz](http://www.bsmi.moodle.uz)
2. [www.medlibriy.ru](http://www.medlibriy.ru)
3. [www.medline.ru](http://www.medline.ru)
4. [www.medbook.ru](http://www.medbook.ru)
5. [www.tma.uz](http://www.tma.uz)
6. [www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)
7. [www.minzdrav.uz](http://www.minzdrav.uz)
8. [www.tma.uz](http://www.tma.uz)

### **O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining buyruqlari**

1. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirining 05.08.2020 yil № 201 buyrug'i
2. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 31.07.2020 yildagi COVID-19 bilan kasallangan bemorlarni davolash bo'yicha vaqtinchalik ko'rsatmalar. 6 versiya

# Tarqatma materiallar

## 1-mavzu :O'tkir bronxitlar. Surunkali bronxitlar

### Vaziyatli masala

1. Surunkali obstruktiv bronxiti bor bemorga dorining 2 dozadan 3 maxal ingalyatsiyasi 1 oy davomida buyurilgan. Preparat xavfsiz, dozadini oshirib yuborish mumkin emas, nafas olishning engillashuvi ingalyatsiyadan 30-40 min. utgach kelib chikadi, gormonal preparatlarga kirmaydi. Bemorga kaysi ingalyatsion preparat buyurilgan?

- A) Flutikazon
- B) Ipratropiya bromid\*
- V) Al'buterol
- G) Kromoglitseivaya kislota
- D) Salmeterol

Kanday fizioterapevtik muolajalarni bemorga tavsiya qilish mumkin?

- A) buyrak usti bezlari induktotermiyasi\*
- B) kukrak kafasi UVCH si
- V) magnitoterapiya
- G) ul'tratovush

2. Surunkali obstruktiv bronxit bilan kasallangan 61 yoshli bemorga II funktsional sinfdagi zurikish stenokardiyasi tashxisi kuyildi. Kuyidagilardan kaysi bir dori vositasini 2-chi antianginal vosita deb kullash mumkin:

- A) papaverin
- B) propranolol
- V) verapamil\*
- G) eufillin
- D) kurantil

Kaysi dori vositani bemorga berish takiklanadi?

- A) anaprilin\*
- B) kordafen
- V) nitrosorbid
- G) klofellin

3. Bemor A., 38 yoshda, vrachga 2 yildan beri vakti-vakti bilan shillik aralash yiringli yutalga shikoyat kilib keldi. !5 yoshidan tamaki chekadi. Oxirgi 3 oydan beri bemorni jismoniy zurikishdan sung ekspirator xansirash bezovta kila boshlagan. Auskul'tatsiyada dagal nafas, kuruk xirillashlar. Tiffno indeksi 55 ga teng.Sizning taxminiy tashhisingiz:

- A) Xaltalangan plevrit
- B) O'tkir bronxopnevmoniya
- V) Surunkali obstruktiv bronxit\*
- G) O'pka sarkoidozi
- D) Bronxial astma

4. Bemor 62 yoshda, vrachga xansirash, kiyin ajraluvchi balgamli yutalga, yurak tez urib ketishiga shikoyat kilib keldi. Uzini18 yildan beri xasta deb biladi. Ob`ektiv: yuz va buyin diffuz tsianozi kuzatiladi. Upka arteriyasida Ilton aktsenti eshitiladi, NOS 1 min. da 32 marotaba, YUKS 1 min. da 140 marotaba. Upkalarda susaygan vezikulyar nafas fonida tarkok kuruk xirillashlar eshitiladi. Perkutor kutisimon tovush eshitiladi. Jigar Q3 sm, oyoklarda shishlar aniklanadi.

Sizning diagnoz:

- A) Surunkali obstruktiv bronxit. Upka emfizemasi \*
- B) Bronxial astma, infektsiyaga boglik turi
- V) Idiopatik fibrozlanuvchi al'veolit
- G) YUIK: yurak etishmovchiligi
- D) Zotiljam

eKG dagi xarakterli uzgarishlar:

- A) II va III standart ulanmalarda baland R- tishcha\*
- B) YUEU ungga siljishi
- V) III standart ulanmada baland R-tishcha
- G) RV5-6 >RV4
- D) QRS ning V5.6 da kengayishi

### **O`tkirzotiljam.PLEVRITLAR**

#### **AMALIYOTDAN MISOLLAR:**

Bemor 41 yoshda. Sovuk kotishdan keyin kukrak kafasinig ung tomonida ogrik, keskin umumiy xolsizlik, tana xaroratining 39S kaltiral bilan, bosh ogrishi, bugimlardagi ogriklar bezovta kila boshladi. Uyda analgetiklar va isitma tushiruvchi vositalar kabul kilgan. Axvoli yaxshilanmadi. 5 kun keyin yutal va kam mikdorli balgam ajrala boshladi, shillik-yiringli xarkaterda, goxida zangsimon balgam. Tana xarorati pasaymadi, kukrak kafasidagi ogriklar kuchaydi. Bemor yashash joyi shifokoriga murojat kildi. Kukrak kafas rentgenografiyasi kilindi – unga o`pka pastki bulagida intensiv soyalanish aniklandi. Bemor ung tomnlama pastki bulak pnevmoniyasi Bilan kasalxonaga yotkizildi.

Ob`ektiv – axvoli urta ogirlikda. Xushida. Teri kavatlari rangpar, lablar tsianozi. Nafas aktida burun kanotlari ishtirok etadi. Lablarida gerpetik toshmalar bor. Kukrak kafas kurilganda nafas aktida ung tomon nafas olishda orkada koladi. Perkutor – anik o`pka tovushi, ung o`pka pastki bulaklaridagi bugiklashgan o`pka tovushi tulik bugiklashadi. Auskul'tatsiyada ung o`pka pastki bulaklari ustida bronxial nafas va jarangdor nam mayda pufakchali xirillashlar eshitildai.

1 Sizni taxminiy tashxisingiz?

2 Kushima kaysi tekshirish usulari tashxisni tasdiklash uchun kerak buladi?

**Vaziyatli masala:** Kasalda utkir zotiljam gumon kilinganda sizning taktikangiz.

A.Upka auskul'tatsiyasida utkir zotiljam bilan ogrigan bemorlarda aniklanadi

- a) xirrilashning yukligi va nafas olishning susayishi
- b) kuruk xirrilashlar
- v) katta kupikli xul xirrilash.
- g) mayda kupikli xul xirrilash.
- d) kreptirlanaetgan xirrilashlar
- e) yukorida aytib utilganlarning xammasi

B.Zotiljam tashxisi kuyidagilar asosida kuyiladi

- a) kasallikning klinik simptomlari
- b) fizikal tekshirishlar
- v) upkaning rentgenologik tekshirish
- g) laborator analizlar
- d) yukorida aytib utilganlarning xammasi

V.Agar upka rentgenotomografik tekshirishida nafas sistemasining illati bulmasa, bu kuyidagi xakida dalolat beradi

- a) zotiljam tashxisini inkor kiladi
- b) zotiljamni inkor kilishga imkon bermaydi
- v) diagnostik izlanishni davom etishga asos buladi

G. Agar upka rentgenotomografik tekshirishida nafas sistemasining illati bulsa, lekin zotiljamning klinik va laborator alomatlari bulmasa bu kuyidagi xakida dalolat beradi

- a) zotiljam tashxisini inkor kiladi

## **2-mavzu:Bronxial astma.**

#### **AMALIYOTDAN MISOLLAR:**

49 yoshli S ismli bemor 10 yildan beri bronxial astma kasalligi bilan ogrib keladi. Bir necha marta nafas kisish xuruji sababli kasalxonada davolangan. Kasalligi kaytlamasligi uchun kuniga 10-15 mg dan prednizolon kabul kilib yuradi. Keyingi bir necha kun davomida nafas

yo'llari yallig'lanishi sababli nafas qisish xuruji tez-tez tutib, balg'am ajralishi qiyinlashgan va shuning uchun bemor «Berotek» bilan ingalyatsiya qila boshlagan, efedrin ichgan va eufillin in'ektsiyasini qabul qilgan. Nafas qisish to'xtamaganligi sababli tez yordamga murojaat qilgan va kasalxonaga keltirilgan. Ob'ektiv tekshirilganda ekspirator hansirash, nafas olish sonining minutiga 30 martaga, yurak qisqarishlari sonining minutiga 120 martaga, arterial qon bosimining esa 180G`100 mm simob ustuniga tengligi aniqlangan. Auskul'tatsiyada uo`pkada kuruk xushtaksimon xirillashlar eshitiladi.

1. Sizning tashxisingiz
2. tekshiruv rejangiz
3. Bunday xolatda kanday davolash usulini kullash kerak

**Vaziyatli masala:** 45 yoshli bemor 6 yildan beri infeksiyon-bog'liq bronxial astma kasalligiga chalingan. Siz unga «Berotek» dorisini tavsiya kildingiz. Ingalyator ballonchigini ishlatish xakida nimalarni tavsiya kilasiz:

A.Ingalyatsiya vaktida ingalyator joylashishi kerak:

- a) Ochilgan ogiz yakinda
- b) Ogizidan 3-4 sm uzaklikda
- v) Ogizidan 10-12 sm masofada

B.Ballonchikdan dori vositasi changlangan vaktida bemor nima kilishi kerak

- a) keskin nafas tortishi
- b) asta nafas tortishi (0.5 l 1 s da)
- v) nafas olmaslik

V. Ingalyatsiya tugagandan sung bemor nima kilishi kerak

- a) keskin nafas chikarish
- b) asta nafas chikarish
- v) 10 s nafas olmaslik

G. Ingalyator balllonchikga nasadka kuyilishi nima foydasi bor.

- a) ingalyatsiya kilinadigan moddaning nojuya ta'siri kamaytiradi
- b) dori vositasini uzlashtirishi 1.5 martaga oshiradi
- v) yukorida aytib utilganlarning xammasi.

**Vaziyatli masala:** 49 yoshli S ismli bemor 10 yildan beri bronxial astma kasalligi bilan og'rib keladi. Bir necha marta nafas kisish xuruji sababli kasalxonada davolangan. Kasalligi kaytlamasligi uchun kuniga 10-15 mg dan prednizolon kabul kilib yuradi. Keyingi bir necha kun davomida nafas yo'llari yallig'lanishi sababli nafas qisish xuruji tez-tez tutib, balg'am ajralishi qiyinlashgan va shuning uchun bemor «Berotek» bilan ingalyatsiya qila boshlagan, efedrin ichgan va eufillin in'ektsiyasini qabul qilgan. Nafas qisish to'xtamaganligi sababli tez yordamga murojaat qilgan va kasalxonaga keltirilgan. Ob'ektiv tekshirilganda ekspirator hansirash, nafas olish sonining minutiga 30 martaga, yurak qisqarishlari sonining minutiga 120 martaga, arterial qon bosimining esa 180G`100 mm simob ustuniga tengligi aniqlangan. Auskul'tatsiyada upkada quruqhushtaksimon xirillashlar eshitiladi.

**Savol:**

1. Sizning tashxisingiz?
2. Tekshiruv rejangiz?
3. Bunday xolatda kanday davolash usulini kullash kerak?

**3-mavzu : O'tkir revmatik isitma**

**AMALIYOTDAN MISOLLAR:**

15 yoshli maktab ukuvchisi navbatdagi galda tomogi ogrgi bezovta kilib utdi. 2 xaftdana keyin bir oz fizik zurikishda xansirash, subfebrilitet, yurak urib ketish belgilari paydo buldi. Temp-ra 37.2 grad. Bodosimon bezlar kattalashgan. Lablar engil tsianozi, yurak soxasi kurikda uzgarishsiz, pul's 96marta min, ritmik, AD 105g`75 mm.sm.teng, perkussiyada yurak nisbiy

chegarali normada, yurak chukkisida tonlar susaygan, sistolik shovkin vertikal xolatda fizik zurikishdan keyin va chap yon boshda kuchayadi.

Laborator kursatkichlar neytrofil leykotsitoz, eCHTning tezlashishi, gamma-globulinlar, fibrinogen mikdorining oshishi.

1 Taxminiy tashxis

2 Davolash rejasi

**Vaziyatli masala:** Bemor 12 yoshda qo`yidagi shikoyatlar bilan hakimga murojaat qildi: ikkala tizza bo`g`imining shishi, qizarishi, uchuvchan og`riqlarning bo`lishi, bo`g`imlarda harakatning cheklanishi, tana haroratining ko`tarilishi, yurak tez urishi va suquluvchan og`riq, bosh og`rig`i, ko`p terlash. Bemor o`zini 3 kundan buyon kasal deb hisoblaydi. 2 hafta oldin angina bilan og`rigan. Ob`ektiv: bemorning umumiy ahvoli qoniqarli, to`shakda holati aktiv, terisi oqimtir, ikkala tizza bo`g`imi qizargan, shish

**Savol:**

1. Bemorga taxminiy tashxis qo`ying?

2. qo`shimcha tekshirish va ularning natijalari bering?

**Vaziyatli masala:** 15 yoshli maktab ukuvchisi navbatdagi galda tomogi ogrgi bezovta kilib utdi. 2 xaftdana keyin bir oz fizik zurikishda xansirash, subfebrilitet, yurak urib ketish belgilari paydo buldi. Temp-ra 37.2 grad. Bodosimon bezlar kattalashgan. Lablar engil tsianozi, yurak soxasi kurikda uzgarishsiz, pul`s 96marta min, ritmik, AD 105g`75 mm.sm.teng, perkussiyada yurak nisbiy chegarali normada, yurak chukkisida tonlar susaygan, sistolik shovkin vertikal xolatda fizik zurikishdan keyin va chap yon boshda kuchayadi.

Laborator kursatkichlar neytrofil leykotsitoz, eCHTning tezlashishi, gamma-globulinlar, fibrinogen mikdorining oshishi.

1 Taxminiy tashxis

2 Davolash rejasi

#### **4-mavzu: Yurak mitral va aortal illatlari**

##### **Vaziyatli masala**

1. 28 yoshli bemor ayolda hayotda birinchi marta xilpillovchi aritmiya ( YUUS-130 gacha) belgilari aniqlandi. Ob`ektiv: rangpar, yanoklari kizargan, nafas olish 24 marta 1 min.Auskul`tativ: 1 ton kuchaygan, taxisistoliya hisobiga shovqinlar eshitilmaydi. O`pkada dag`allashgan nafas, xirillashlar yo`q. eKGda-o`ng qorincha gipertrofiyasi belgilari, xilpillovchi aritmiya.

I. Tashxisingiz:

A. miokardit

B. tireotoksikoz

V. mitral stenoz\*

G. aterosklerotik kardioskleroz

D. miokardiodistrofiya

II. YUrak chegaralari qanday o`zgaradi:

A. o`nga va chapga kengaygan

B. yuqoriga va o`nga kengaygan\*

V. chapga va pastga kengaygan

G. yuqoriga, chapga va o`nga kengaygan

2. FKGda yurak cho`qqisida I-ton yuqori amplitudasi,shu erda II-tondan so`ng mitral klapan ochilishi toni va diastolik shovqin,o`pka arteriyasida II ton kuchaygan.

I. Bular yurakning qanday o`zgarishiga xos?

A. mitral teshigi stenoz\*

B. aorta og`zi stenoz

- V. aorta kopkogi etishmovchiligi
- G. mitral kopkogi etishmovchiligi.
- D. trikuspidal kopkogi etishmovchiligi

II. Tekshiruv rejangiz:

- A. eXOKS\*
- B. ko`krak qafasi rentgenoskopiyasi
- V. eKG

G. qonning biokimyoviy taxlili

3. . Bemor 39 yoshda, quyidagi shikoyatlar bilan shifoxonaga keldi: yurakda og`riq va yurak uynashi, yo`tal, goxida kon tupirish, goxida simillovchi ko`l va oyoq bo`g`imlarining og`rishi. Ob`ektiv yanoglar kizargan, lablari tsianotik. Paypaslaganda yurak cho`qqisida diastolik mushuk xirrillashi aniqlanadi, chegaralari yuqoriga va o`nga kengaygan. Auskul'tatsiyada cho`qqida 1 ton kuchaygan, diastolik shovqin, o`pka arteriyasida 2 ton aktsenti.

I. To`g`ri tashxis kuying:

- A. qaytalama revmatik isitma. Kardit. YUrak mitral stenozi\*
- B. qaytalama revmatik isitma. Kardit. YUrak mitral etishmovchiligi
- V. surunkali yurak revmatik kasalligi YUrak mitral etishmovchiligi
- G. surunkali yurak revmatik kasalligi Aorta kopkok etishmovchiligi
- D. surunkali yurak revmatik kasalligi Uch tabakali kopkok etishmovchiligi

II. Tekshiruv rejangiz:

- A. eXOKS\*
- B. eKG
- V. UZI

G. rentgenoskopiya

D. qonning umumiy taxlili

4. Bemor 18 yoshda. SHifoxonaga umumiy xolsizlik, ko`p terlash, yirik ko`l va oyoq bo`g`imlarida og`riq, xansirash, yurak uynashiga shikoyat kilib keldi. Ko`rilganda labda tsianoz. YUrak soxasi o`zgarishsiz. YUrak uchi turtkisi pastga va chapga siljigan. Perkussiyada yurak chap va yuqoriga kengaygan. Auskul'tatsiyada: cho`kkida 1ton sust, sistolik shovqin. SHovqin yuqoriga va qo`ltik ostida xam eshitiladi, o`pka arteriyasida 2 ton aktsenti.

I. Tashxis kuying:

- A. mitral kopkok etishmovchiligi\*
- B. simptomatik gipertenziya
- V. aorta stenozi
- G. mitral stenozi
- D. aortal kopkok etishmovchiligi

II. Tashxisni tasdiqlash uchun tekshiruv rejangiz:

- A. UZI
- B. eKG
- V. rentgenoskopiya
- G. eXOKS\*

D. radioizotop skanerlash

5. Auskul'tatsiyada yurak cho`qqisida birinchi ton karsilovchi, shu erda ikkinchi tondan so`ng mitral klapani ochilishi va diastolik shovqin, o`pka arteriyasida ikkinchi ton kuchaygan. YUrakning qanday illatiga xos o`zgarishlar ekanligini aniqlang?

- A. mitral stenozi\*
- B. mitral kopkok etishmovchiligi
- V. aortal stenoz
- G. aortal kopkok etishmovchiligi
- D. uch tabakali kopkok etishmovchiligi

**Vaziyatli masala**

1. Bemor 35 yoshda, yoshligida revmatizm bilan og'riqan, xansirashga, bosh og'rishiga, bosh aylanishiga, tez charchashga shikoyat qiladi. Ob`ektiv: yuzlari okarinkiragan, uyku arteriyasi pul'satsiyasi kuchaygan, kapilyar pul's. Pal'patsiyada chukki turtkisi kutarilgan. Perkutor yurak chegaralari chapga kengaygan. Sizning tashxisingiz:

A) revmatik mitral etishmovchilik

B) revmatik mitral stenoz

V) revmatik aortal etishmovchilik\*

G) revmatik aortal stenoz

Auskul'tatsiyada nimani eshitish mumkin?

A) aortada II ton susayishi, diastolik shovkin

B) aortada II ton aktsenti

V) aortada II ton susayishi, sistolik shovkin

2. Bemor 28 yosh, revmatik isitma va aortal etishmovchilik bilan og'riydi. Jismoniy zurikishdan keyin xansirash bezovta kila boshlagan. NOS 34 ta 1 min. da. YUUS 1 minutda 110 ta. AKB 110G`70 mm sim. ust. ga teng. Upkalarida nam xirillashlar eshitiladi. Bemorning axvoli yomonlashuvini nima bilan bog'laysiz?

A) Utkir chap korincha etishmovchiligi\*

B) Ung korincha etishmovchiligi

V) Revmatik isitma faolligi

G) Utkir kon tomir etishmovchiligi

D) Upka infarkti

3. Bemor 30 yoshda, profilaktik kurikda buyin kon-tomirlari pul'satsiyasi, yurak chegaralarining chapga siljishi, chukkada I ton va aortada II ton susayishi, aortada diastolik shovkin eshitilishi aniklandi. AKB 110G`20 mm sim. ust. teng. Kanday kasallik xakida uylash mumkin?

A) Mitral etishmovchilik

B) Aortal etishmovchilik\*

V) Trikuspidal etishmovchilik

G) Aortal stenoz

D) Mitral stenoz

4. Vrachga jismoniy zurikishdan keyin xushdan ketish shikoyati bilan bemor murojaat kildi. Auskul'tatsiyada aortada intensiv sistolik shovkin. Pul's regulyar, 66 zarba 1 min, AG`B-110G`85 mm sG`u. eKGda chap korincha gipertrofiyasi belgilari. Sizning tashxisingiz:

A) mitral etishmovchilik

B) aortal etishmovchilik

V) aortal stenoz\*

G) korinchalararo tusik defekti

Kanday kushimcha tekshiruvlarni olib borish kerak?

A) umumiy kon taxlili, utkir fazali sinama

B) exoKS\*

V) kukrak kafasi rentgenoskopiyasi, UTT

**5-mavzu : Yurak aritmiyalari.**

**6-mavzu : Yurak biokadalari.**

#### **Vaziyatli masalalar**

1. 62 yoshli bemor 3 yil oldin miokard infarkti utkazgan, kardiolog nazoratida turadi. Uyda ozrok jismoniy faollikdan sung birdaniga xushidan ketdi. Kasalxonaga keltirilganda AB 175/90 mm.s.u., YUKS 1 min.da 42 marta. eKG da tulik AV kamal.

1. Sizning tashxisingiz?

2. Davolashni belgilang.

2. Bemor 70 yoshda. YUrakning uynab ketishi, xansirash va umumiy darmonsizlikka shikoyat kilmokda. Ob`ektiv: yurak tonlari bugiklashgan, yurak chukkisida sistolik shovkin, pul'si aritmik, AB 150/80 mm.s.u., eKG da R-R oraligi turlicha, R tishcha yuk.

1. Bemorda yurak ritmi buzilishining kaysi turi mavjud?
2. Davolashni tavsiya eting

7-mavzu

### AMALIYOTDAN MISOLLAR:

**Vaziyatli masala:** 48 yoshli bemor oxirgi xaftada ensa soxasining ogriyotganidan shikoyat kilib vruga kelgan. SHunday belgilar bir yil ilgari xam paydo bulib, unda gipertoniya kasalligi borligi aniklangan edi. Oxirgacha davolanmay, du kelgan dorilarni ichib yurgan (nomini eslay olmaydi). Ogrik asta-sekin yukolgan. Oxirgi oyda dori ichmay kuygan. Arteriya bosimi 190G`110 ga teng. Tomir urishi minutiga 56 marta, ritmik. Kon aylanishining buzilishi belgtlari yuk. eKG, kon, siydik analizlari uzgarmagan.

1. Kanday tashxis kuyiladi
2. Davo rejangiz

### 8-mavzu : YuIK. Stenokardiya

#### Vaziyatli masala

1. Bemor A. 55 yoshda, u kasalxonaga kuyidagi shikoyatlar bilan kelgan: zinadan 2-chi kavatga kutarilayotganda tush orkasida sanchuvchi ogrik paydo bulgan. Ogrik chap elka va buyin soxalariga tarkalgan. Bemor nitroglitserin kabul kilganda ogrik yukolgan. Bemorni eKG kilinganda ST segmenti pasayganligi kuzatilgan.  
Sizning diagnoz:  
A) YUIK, stabil stenokardiya ,FS II\*.  
B) YUIK, stabil stenokardiya , FS I.  
V) YUIK, avj olib boruvchi stenokardiya.  
G) YUIK, utkir miokard infarkti.
2. Bemor R.58 yoshda, kasalxonaga kuyidagi shikoyatlar bilan kelgan: bemor kechasi nafas etishmasdan yurak soxasida kattik ogrik tufayli bezovtalanib uygonib ketgan. Ogrik chap elka va kurak orkasiga tarkalgan. Bemor 11-yildan buyon kandli diabet bilan kasal. 40 yil dan buyon sigaret chekadi. Bemorni eKG kilinganda ST segmenti pasayganligi kuzatilgan.  
Kasalga diagnoz kuying:  
A) YUIK: Printsmetal stenokardiyasi\*  
B) YUIK: zurikish stenokardiyasi, FS II  
V) YUIK: utkir miokard infarkti  
G) YUIK: avj olib boruvchi stenokardiya
3. 58 yoshli bemor tsex boshlig`i bo`lib ishlaydi. 4 oydan beri ozgina jismoniy xarakat qilsa ko`krak qafasida noxushlik paydo bo`lishini va jismoniy xarakatni to`xtatganda bu noxushlik yo`qolishini aytdi. Ba`zan bunday noxushlik sezgilari chap qo`lga va kurakka beriladi. Atrofdagilarning maslaxati bilan u goxo validol qabul qilib yurgan. quyida berilgan tashxislardan qaysi birini qo`yish mumkin?  
A) YUarak ishemik kasalligi, muqim stenokardiya\*  
B) YUarak ishemik kasalligi, nomuqim stenokardiya  
V) Bo`yin-ko`krak umurtqalari osteoxondrozi  
G) Bu YUIK yoki umurtqa osteoxondroziga xos emas
1. 42 yoshli «YUarak ishemik kasalligi, zo`riqish stenokardiyasi» tashxisi bilan vrach nazoratida turadi. Ikki yil ilgari miokard infarktiga gumon qilinib, kasalxonada davolangan. Xar kuni stenokardiya xuruji bezovta qilib kechasi 5 tabletkadan nitroglitserin qabul qilib turadi. Arterial

- qon bosimi doimo me`yoriy. YUrak urishi minutiga 50–70 marta, yurak chegaralari kengaymagan. qondagi xolesterin miqdori 7 mmol`G`l (250 mg).. Kuyidagi dorilarning qaysi birini ichish to`g`ri deb xisoblaysiz:
- A) Interkordin – 0,075g dan 3 maxal;
  - B) Kurantil – 0,05g dan 3 maxal
  - V) Sustak-mitte – 2,61mg tabl. 3 maxal\*
  - G) Papaverin – 0,04g dan 3 maxal
2. Bemor 44 yoshda, tush orkasida jismoniy zurikishdan keyin ogriklarga, kurkuv xissiga shikoyat kiladi. Ogrik 2-3 min. dan sung utib ketadi. Anamnezda: 3 haftadan beri kasal. Ob`ektiv: umumiy axvoli konikarli. Upkalarida vezikulyar nafas. YUrak tonlari bugiklashgan, ritmik. AKB 120G`80. Pul's 76 zarba 1 minutda. eKG da ST interval izoliniyada. Taxminiy tashxisingiz:
- A) YUIK. Mukim zurikish stenokardiyasi FS II
  - B) YUIK. Birlamchi paydo bulgan zurikish stenokardiyasi\*
  - V) YUIK. Spontan stenokardiya.
  - G) YUIK. Zurikish stenokardiyasi. FS I
- Tashxisni aniklash uchun kilinishi zarur:
- A) eKG kaytarish
  - B) ExoKS
  - V) VEM sinama\*
  - G) FKG
3. Bemor 48 yoshda, kardiologiya bulimida statsonar davolanayotganda kechasi tusatdan tush orkasida sikuvchi ogriklar bezovta kilgan. 2 tabletka nitroglitserin 5 min interval bilan kabul kilish effekt bermagan. eKGda: ST segmenti 2 mm ga kutarilgan. QRS kompleks uzgarmagan. Kon fermentlari normada. Kayta eKG da ST segmenti izoliniyada. Taxminiy tashxisingiz:
- A) YUIK. Utkir miokard infarkti
  - B) YUIK. Avj olib boruvchi zurikish stenokardiyasi
  - V) YUIK. Mukim zurikish stenokardiyasi
  - G) YUIK. Spontan stenokardiya \*
4. Bemor 46 yoshda, uzok davom etmaydigan, lekin ulim kurkuvi bilan kechuvchi tush orkasida sikuvchi ogriklarga shikoyat kiladi. Anamnezda 3 yildan buyon YUIK bilan ogriydi. Ogriklar tez yurganda 500-600 m dan keyin boshlanib ,tuxtaganda yoki nitroglitserin kabul kilganda bosiladi. Oxirgi oylarda ogrik xarakteri uzgarib kiska masofada xam kuchaygan, kechasi ogriklar bezovta kilib nitroglitserin yordam bermagan. eKGda ST segmenti depressiyasi 2mm ga. Umumiy kon va siydik analizlari va fermentlar uzgarishsiz. Sizning tashxisingiz:
- A) YUIK. Zurikish stenokardiyasi FS II
  - B) YUIK. Zurikish stenokardiyasi FS I
  - V) YUIK. Utkir miokard infarkti
  - G) YUIK. Avj olib boruvchi zurikish stenokardiyasi\*
- qaysi dori vositasi tavsiya etiladi:
- A) Uzoq davom etuvchi nitratlar\*
  - B) YUrak glikozidlari
  - V) Siydik xaydovchi vositalar
  - G) APF ingibitorlari
5. Bemor 50 yoshda oxirgi yillarda tushning yukori kismida 15min davom etuvchi, nitroglitserin kabul kilganda yoki uz-uzidan yukoluvchi ogriklarga shikoyat kiladi. AKB 120G`80 mm sim.ust.ga teng ,pul's 62 zarba 1 min. da .EKG uzgarishsiz. Xuruj paytida eKG da kukrak uzatmalarida ST segmenti kutarilishi kuzatiladi. Taxminiy tashxisingiz:
- A) kardialgiya
  - B) NTSD
  - V) zurikish stenokardiyasi

- G) variant stenokardiyasi\*  
 D) obstruktiv kardiopatiya  
 Bemorga buyuriladi:  
 A) antiagregantlar  
 B) beta-adrenoblokatorlar  
 V) kaptopril  
 G) korinfar\*  
 D) xammasi
6. Bemor 47 yoshli erkak, 2 oydan beri 500 myurgandayoki 3 etajgaki kutarilgan tush soxasida sikuvchi ogriklargashikoyat qiladi. Ogriklar ba`zantinchxolatdaxam paydohuladi. Bustenokardiyaning kaysituri gaki radi.
- A) nomukim stenokardiya  
 B) YUIK: miokard infarkti  
 V) mukim zurikish stenokardiyasi\*  
 G) variantli stenokardiya  
 D) birlamchi stenokardiya
- Stenokardiyaning funktsional sinfini aniklang
- A) I  
 B) II\*  
 V) III  
 G) IV  
 D) funktsional sinf aniklanmaydi
7. 47 yoshli bemor 2 oy davomida tush ortidagi sikuvchi ogriklarga, ogrikning urtacha tempda 500 m. yurganda va zinadan 3 - kavatga chikkanda yuzaga kelishidan shikoyat qiladi. Ogriklar ba`zan tinch turganda xam yuzaga keladi. Sizning tashxisingiz?
- a) variant stenokardiyasi  
 b) zurikishdagi stenokardiya  
 v) Prints metal stenokardiyasi
- Sizning taktikangiz?
- a) bemorni kardiologik bulimga shoshilinch gospitalizatsiya qilish  
 b) bemorga nitroglitserin berib, rejali gospitalizatsiya qilish  
 v) narkotik anal`getiklar in`ektsiya qilish
8. Bemor 55 yoshda. 2 oy davomida yurak soxasidagi tumtok ogrik, xansirash, ortopnoe bezovta qiladi. Tekshirganda yurak tonlari bugik, bosim 25 mm.sim.ust.ga kamaygan. Sizning tashxisingiz?
- a) ekssudativ perikardit  
 b) miokardit  
 v) variant stenokardiya
- Tashxis kuyish uchun kanda y tashxisiy tekshirish utkazish muxim?
- a) elektrokardiografiya  
 b) exokardiografiya  
 v) Kukrak kafasi rentgenografiyasi  
 g) yurak korinchalari angiografiyasi
9. 35 yoshli ayol kukrak kafasi soxasidagi vakt-vakti bilan yuzaga ke-ladigan, davomiyligi 5-10 min. bulgan ogriklarga shikoyat kilib kel-di. Ogriklar tinch turgan paytda va jismoniy xarakat paytida yuzaga kelib, irradiatsiya bermaydi. Ayol chekmaydi, kon bosimi ilgari xech kutarilmagan. Oila a`zolaridan 2 kishi 50 va 56 yoshda yurak xastaligidan vafot etgan. Kuruv paytida, bemorning axvoli koni-karli, kon bosimi 120G`70mm.sim.ust., pul`s 1 min.da 70 ta. YUrak chukki turtkisi kuchayganligi, tush chap kirgogi buylab sistolik shovkin eshtilishi aniklanib, tik turganda sistolik shovkin intensivligi kuchayadi. eKG da ST va T- ning nospetsifik uzgarishlari bor.
- Sizning dastlabki tashxisingiz?
- a) Vegetativ tomir distoniyasi

- b) Aortal stenoz
- v) Gipertrofik kardiomiopatiya
- d) Mitral stenoz
- g) Upka arteriyasi stenoz

Kuyida sanab utilganlardan kaysi biri tashxis kuyishda katta axamiyatga ega?

- a) kukrak kafasi rentgenografiyasi
- b) yurak kateterizatsiyasi
- v) talliy elementi bilan skanirlash
- g) exokardiografiya
- d) miokard biopsiyasi

Bemor uchun eng muvofik davo chorasi kaysi biri?

- a) jarroxlik muolaja
- b) propranolol
- v) vazodilatatorlar
- g) yurak glikozidlari
- d) furosemid

## 9-mavzu : YuIK. Miokard infarkti

### AMALIYOTDAN MISOLLAR:

**Vaziyatli masala:** 6 yildan beri YUIK Bilan xastalanib yurgan 48 yoshli bemor uyiga vrachni chakirtirdi. Bemor nitroglitserin kabul kilishiga karamasdan uning jismoniy xarakati keskin chegarlangan, yuragidagi kuchli ogrik tuxtamagan. Vrach bemorda kuchaygan xavo etishmasligi va sovuk ter bosish, arteriya bosimi 110G`60 ga tengligini aniqlagan. Kiska vakt ichida yuragi gox tez urib, gox sekinlashgan. Narkotik dorilar berilganda ogrik butunlay kolmagan.

Savol:

Bemorga qanday tashxis taxmin qilindi?

Tashxisni aniqlash uchun qanday tekshirish usuli zarur?

## 10-mavzu : Surunkali gastritlar.

**Vaziyatli masala:** Bemor 62 yoshda. SHikoyati: epigastral sohadagi og`riq, og`irlik hissi, qorni dam bo`lishi, badbo`y hidli kekirish, ich qotishi bilan ich o`tishining almashinib turishi, umumiy holsizlik. Anamnezidan 5 yildan beri oshqozon kasalligi tufayli dispanser nazoratida turadi. Umumiy ko`zdan kechirganda umumiy ahvoli nisbatan qoniqarli, terisi rangpar, o`pkasida vezikulyar nafas, yurak tonlari bo`g`iq, pul's ritmik 72 ta min. AqB 120G`80, tili ho`l, oq karash bilan qoplangan, qorni yumshoq, paypaslaganda epigastral sohada og`riq sezadi. Jigar va taloq kattalashmagan.

Oshqozon shirasi tahlili: umumiy kislotalik 30 t.e. erkin NCl yo`q. Oshqozon shirasi hamma portsiyalarda kamaygan.

Savol:

1. Sizning tashxisingiz?
2. Davo rejasini tuzing ?

## **11-mavzu : Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalliklari.**

### **AMALIYOTDAN MISOLLAR:**

27 yoshli xaydovchi poliklinikaga kuyidagi shikoyatlar bilan murojat kildi - epigastral soxada ogrik, ogrik ovkatlangandan sung 1,5-2 soat utib va kechasi kuchayadi, jigildon kaynash, kabziyatga, ozishga. Bir nea oydan beri kasal. Suraganda bemor regulyar ovkatlanadi, kupincha kuruk ovkatlar, chekadi, spirtli ichimliklar iste'mol kiladi 1-2 marta xaftasiga. Bemorning otasi yara kasalligi bilan ogrigan. Kuruvda semizli moyillik, jizzaki. Upkada vezikulyar nafas. YUrak tonlari anik. Pul's 60ta bir minutada ritmik. AKB 90G`60 mm.rt.st. Tili nam, ok karash bilan koplangan. Korn pal'patsiyada yumshok, ogrik epigastral soxada urta chiziknig ung tomonidan.

### **Vaziyatli masala**

1. 27 yoshli bemor quyidagi shikoyatlar bilan murojat qilgan: ovqatlangandan 1,5-2 soat keyin yoki kechasi paydo bo'luvchi epigastral soxasidagi og'riqlar, jig'ildon qaynashi, qabziyat, ozish. O'zini bir necha oydan beri kasal deb xisoblaydi. Anamnezidan bemor noregulyar ovqatlanishi, chekishi, xaftada 1-2 marta spirtli ichimliklar iste'mol qilishi aniqlandi. Ko'zdan kechirganda bemor tana tuzilishi to'la, jizzaki. O'pkasida vezikulyarnafas. YUrak tonlari aniq. Pul's 60 ta 1 min, ritmik. AD 90G`60 mm.sG`u. Tili nam, oq karash bilan qoplangan. qorni yumshoq, pal'patsiyada epigastral soxaning o'ng tomoni og'riqli.

## **12-mavzu:Ichak tasirlanish sindromi.**

### **Vaziyatli masala**

1. Bemor 60 esh, kabul bo'limiga korinning kindik atrofida bo'ylab ogrikka, korinning dam bo'lishiga, ich ketib turishiga, najasida shillik borligiga shikoyat kilib keldi. Anamnezida bemor 15 yildan beri ichak kasalligi bilan ogrishini aytib o'tdi. Ko'zdan kechirganda: bemor ozgindan kelgan, lablari yorilgan, terisi kuruk, ogzining burchagida bichilish, tirnoklari xira, kavatlangan, korin dimlangan, paypaslaganda kindik atrofida ogrik, o'ng chov soxasida ichaklar shovkini va kuldirashi aniklanadi.

Sizning tashxisingiz?

- A) Surunkali enterit\*
- B) Surunkali kolit
- V) Surunkali gastrit
- G) Nospetsifik yarali kolit

Kasallikka kuyidagidan tashkari olib keladi:

- A) infektsiya
- B) alimentar faktor
- V) ichkilik suiste'mol kilish
- G) tugma enzimopatiya
- D) chekish\*

2. Bemor 22 yosh. Kuyidagi shikoyatlar bilan vrachga murojaat kildi: sutkaga 4 martagacha ich ketishiga, kindik atrofidagi ogriklarga, korin dam bulishiga va kuldirashga.

Anamnezidan uzini 3 yildan beri kasal deb xisoblaydi. Oxirgi axvolini uzgarishini parxezni buzishi bilan boglaydi. Ob'ektiv: axvoli urta ogirlikda, ozgindan kelgan. Teri rangpar. Ogiz burchaklarida bichilishlar. Tili ok karash bilan koplangan. Korin pal'patsiyasi: kindik atrofida ogrik.

Tashxisingiz:

- A) Surunkali dizenteriya
- B) Surunkali enterit.\*
- V) Surunkali kolit.
- G) Surunkali pankreatit

Davolash taktikasi:

- A) parhez 4, antibakterial vositalar, eubiotiklar, ferment vositalar, vitaminlar.\*
- B) parhez 10, kortikosteroidlar, vitaminlar, biostimulyatorlar.
- V) antibakterial vositalar, sul'fasalazin, eubiotiklar, vitaminlar.
- G) parhez 4, eubiotiklar, kortikosteroidlar, sul'fosalazin.

3. Bemor 52 yosh kasalxonaga quyidagi shikoyat bilan murojaat kildi: 3-4 kunlab kabziyatga, korin dam bulishiga, butun korin buylab og'riqlarga, bosh og'riqqa, uykusizlikka, asabiylashishga. Uzini 15 yildan beri kasal deb xisoblaydi. Ob'ektiv: umumiy axvoli qoniqarli. Tili quruq, ok-sarik karash bilan koplangan. Korin pal'patsiyasi: yugon ichak buylab og'riq, sigmasimon ichak diametri 1sm, og'riqli, xarakatchan, meteorizm xisobiga korin kattalashgan. Najas 3-4 kunda 1 marta, kuy kumalogi shaklida.

I. Tashxisingiz:

- A. surunkali kolit\*
- B. surunkali pankreatit
- V. surunkali enterit
- G. nospetsifik yarali kolit

II. Rektoromanoskopiyada qanday o'zgarishlarni aniklashingiz mumkin:

- A. shilliq qavati giperemiyasi, devorlarida urta me'yorda shilliq, sigmasimon ichakni kiskarishi xisobiga rektoskop utkazish og'riqli.\*
- B. shilliq qavati shishgan, yiring bilan koplangan yagona yaralar.
- V. shilliq qavati rangpar, rel'ef yakkol, eroziyalar.

4. 42 yoshli bemor kuniga 3-4 marta ichi butkasimon shilimshik aralash kelishiga, bu xolat kuprok yoz oylarida bulishiga shikoyat kiladi. Ob'ektiv: tana xarorati 37,7 gr, tili kuyuk ok karash bilan koplangan. Korni taranglashgan, paypaslaganda kur ichak va sigmasimon ichak kulduraydi.

I. Sizning

tashxisingiz:

- A. surunkali kataral pankolit kuzish davri\*
- B. dizenteriya
- V. surunkali enterit
- G. NYAK
- D. Kron kassaligi

II. qaysi parhez tavsiya qilinadi:

- A. № 4\*
- B. № 5
- V. № 7
- G. № 10

5. Bemor 42 yoshda, korinning chap yarmida og'riqlarga, shilliqli fragmentli ich kelishiga, tenezmlarga shikoyat kiladi. Uzini 5 yildan beri xasta deb biladi, oxirgi 3 kundan beri axvoli ogirlashgan. Paypaslaganda sigmada spastik og'riqlar aniqlanadi.

I. Sizning tashxisingiz:

- A. surunkali chap tomonlama spastik kolit\*
- B. surunkali ung tomonlama spastik klit
- V. surunkali enterit
- G. NYAK
- D. Kron kassaligi

II. Davolash taktikasi:

- A. spazmolitiklar, yogli kuxnalar\*
- B. ich keltiruvchi vositalar, suv asosidagi kuxnalar
- V. kortikosteroidlar, sul'fasalazin
- G. antibakterial vositalar, ich keltiruvchi vositalar

6. Bemor 43 yoshda. 5-6 kundan beri ich kotishiga ,meteorizmga, korinning pastki kismida og`riq va kuldurashga, jizzakilikka shikoyat kiladi .Tez-tez tozalovchi xukna kildiradi.Vrachgamurojaat kilmagan.

I. Tashxisingiz:

- A. surunkali gipotonik kolit\*
- B. surunkali ung tomonlama spastik klit
- V. surunkali enterit
- G. NYAK

D. Kron kassaligi

II. Tashxisni tasdiqlash uchun kayday tekshiruv utkazish lozim:

- A. kolonoskopiya\*
- B. eGDFS
- V. najas umumiy taxlili
- G. najas ekmasi

### 13-mavzu : Surunkali gepatit.

#### AMALIYOTDAN MISOLLAR.

Ma`ruza paytida surunkali virusli gepatit bilan ogrigan bemorni video tasmasi kursatiladi. Biri surunkali virusli S gepatit, ikkinchisi surunkali xolestatik gepatitga duchor bulgan bemorlarni taxlil kilayotganda xayot tajribasiga asoslanib, shunga uxshash bemorlar tugrisida aytib utiladi. Bunda etiologiyasi xar xil bemorlarda kasallik turlicha kechadi. SHuni eslagan xolda kushimcha tekshirish usullarini tulik utkazib, farkli diagnoz utkazgan xolda davolash tugrisida tulik axborot berishi kerak.

**Vaziyatli masala.** 33 yoshli bemor bir necha kundan beri betob tana xarorati 38 gradusgacha kutarilgan, ung kovurga ostida va kulni mayda bugimlarida ogrik paydo bulgan. Bemor antibiotik va sul'fanilamidlar bilan davolangan lekin samara bulmagan. Anamnezida bir yil oldi virusli gepatit bilan og`rigan. Kurikda skleralar sarikligi, kam mikdorda «yulduzchalar». Pal'patsiyada jigarning kattaligi 3-4 sm.ga va talok kattaligi 1-2 sm.ga

**Vaziyatli masala.** Bemor X., 44 yoshda, 10 yil davomida spirtli ichimliklar suiste`mol kilib kelgan. Bir yildan beri ung kovurga ostida ogrik, kungil aynash, ogiz achchik bulishi, xolsizlik bezovta kiladi. Kurikda jigarning kattalashgani aniklandi. Ambulator sharoitda davolangan axvoli bir oz yaxshilangan. Keyinalik shifokor tavsiya kilgan parxezga va rejimga rioya kilmagan. YUkoridagi shikoyatlar bilan bemor gastroenterologiya bulimiga yotkizilgan. Tili ok karash bilan koplangan, kurukrok. Korniyumshok, pal'patsiyada ogrik ung kovurga buylab, jigar Q 2-3 sm, urta kattiklikda, talok paypaslanmaydi. Kon bioximik tekshiruvida fermentlar mikdori oshmagan. Umumiy bilirubin 23 mkmol`G`l.

### 14-mavzu : Glomerulonefritlar

## **AMALIYOTDAN MISOLLAR:**

Bemor 16 yoshda bosh ogrigi, yuzdagi, badandagi shishlarga, xansirash, peshob mikdorining kamayishiga. 20 kun oldin sovuk kotishdan keyin, tana xarorati  $38-39^{\circ}$  5 kun davomida kutarilgan, yutal tumov, tomogda ogriklar bulgan. Antibiotiklar Bilan davolangandan sung axvoli yaxshilandi. 5 kun avval tusatdan siydik rangi kizardi, kuz pastki kovoklarida shish. 2 kun ichida shishlar koringa, belga tarkaldi, peshob mikdori 300 ml sutkagaa kamaydi, bosh ogrigi, xansirash paydo buldi.

Ob`ektiv: yuzi oysimon, rangpar. Korin old devorida, belda shishlar. Upkaning pastki kismilarida perkutor tumtok tovush, auskul`tattsiyada: keskin susagan. YUrak chegaralir chapga 1-2 sm kengaygan. YUrak tonlari bugiklashgan, bradikardiya, aortada II ton aktsenti. Pul's 56 minutada, ritmik. AD 140G`110. Korin bushligida kindikdan 2 smdan pasrokda suyuklik aniklanadi. Jigar kattalashmagan, buyraklar paypaslanmaydi. Peshob taxlili: gusht yuvindisi rangi, nisbiy ogirligi 1030, oksil 9,9%. er 40-50G`1 uzgargan. Leyk 5-8G`1 tsilindrlar gialinli 2-3G`1, donado 3-4G`1. Zimnitskiy buyia peshob taxlili nisbiy ogirligi 1026-1034. Sutkali diurez 500 ml.

## **Vaziyatli masala**

1. Bemor 16 yoshda , bosh ogrishi, yuzida va badanda shishlarga, xansirashga, peshob mikdorining kamayishiga shikoyatlari bilan keltirilgan. 20 kun oldin sovuk kotishdan keyin bemor xaroratining  $38-39^{\circ}$  gr gacha kutarilishi ,yutal, tomokda ogriklar kuzatilgan. Antibiotiklar bilan davolanib axvoli yaxshilangan. 5 kun oldin tusatdan peshob kizarishi va kovoklarida shishlar paydo bulgan. 2 kun oldin shishlar koringa va belga tarkalgan, peshob mikdori 300ml sutkasigacha kamaygan, bosh ogrishi, xansirash paydo bulgan. Ob`ektiv: yuzlari kerikkan , okargan, korinda va belda shishlar aniklanadi. Upkalarida pastki kismilarida nafas eshtilmaydi. YUrak chegaralari chapga 1-2 sm ga kengaygan, tonlari bugiklashgan, bradikardiya, aortada II ton aktsenti. Puls 56 ta 1min. da , ritmik. AKB 140G`110 mm sim. ust. ga teng. Peshob analizida : rangi kizargan, sol. ogirligi 1030, oksil 9,9 %, r 40-50G`1 uzgargan, leyk 5-8G`1, tsilindrlar: gialinli 2-3G`1, donador 3-4G`1. Zimnitskiy analizida: sol.ogirligi 1026-1034. Sutkalik diurez 500ml.

## **15-mavzu : Surunkali pielonefrit.**

### **AMALIYOTDAN MISOLLAR.**

Bemor B, 26 yoshda, tana xarorati  $37,8^{\circ}$  gacha kutarilishiga, kaltiral bilan, beldagi ogriklarga, siyshda ogriklarga shikoyat kilib kelgan. Birinchi kasal bulishi 6 yil avval xomiladorlik paytida kuzatilgan. Ob`ektiv: teri koplamlari rangpar, ozgin. Kuz osti kovoklari shishgan. AKB 100G`69. Auskul`tattsiyada: yurak tonlari bugiklashgan, xamma nuktalarida sistolik shovkin, taxikardiya. Tili kuruk, ok karash bilan koplangan. Korniyumshok, jigar va talok paypaslanmaydi. Pasternatskiy sinamasi keskin «Q» ung tomonidan, chap tomondan biroz. UKT: er-3,2; N' 100 gG`l, TSP 0,8; Leyk. 12,5; SOE 26 mmG`chas. Peshob taxlili: mikdori 350, loyka. Nisbiy ziligi: 1015; oksil 0,66%. kand abs, CHukma mikroskopiya Leyk 60-80-100G`1; er 5-8G`1; epiteliy 10-16G`1, bakteriyalar- QQQ; Addis-Kakovskiy buyicha peshob taxlili: er-35000; Leyk-16000.

## **Vaziyatli masala**

1. Bemor 32 yoshli ayol, 3 yil avval xomiladorlik vaktida bel soxasida ogriklar, siyganda achishish, subfebril temperatura bezovta kilgan. Oxirgi yillarda umumiy xolsizlik, bel soxasida ogriklar, AKB oshishi bezovta kiladi. Ob`ektiv: yuzi rangpar, ozgin. Xamma nuqtalarda funktsional shovkin eshtiladi. Pul's 92 zarba 1min da, ritmik. AKB 180G`100 mm sim. ust. ga teng. Buyraklar paypaslanmaydi. Pasternatskiy simptomi musbat 2 tomonda. UKA da: Nv135 gG`l, leyk-8800, eCHT – 42 mmG`c. Siydik analizida: solishtirma ogirligi-1010, oksil-1,316 promili, eritrotsitlar-6-8G`1, leykotsitlar-3-4G`1, tsilindrlar-1-2-3G`1. Nechiporenko analizida eritrotsitlar-2000, tsilindrlar-150. Aktiv leykotsitlar aniklangan.

## 16-mavzu : Revmatoidli artrit.

**Vaziyatli masala:** Bemor S. 35 eshda bir necha yildan beri revmatoid artrit bilan ogriydi. Bemor shifoxonaga buyrak soxasidagi ogrik, oyok kullarida shish, xolsizlik shikoyati bilan murojat qilgan. Kon bosimi pasaygan. Laborator natijalar quyidagicha: konda lipidlar, xolesterin miqdori oshgan, eCHT tezlashgan, anemiya rivojlangan. Siydikda oksil, tsilindr, leykotsit, eritrotsitlar topildi. Tugri ichak shillik pardasidan punktsion biopsiya olinganda murakkab oksil polisaxarid kompleksi topilgan .

Savol:

- 1.Sizning tashxisingiz?
- 2.Qo'llaydigan davo chorangiz?

## 17-mavzu: Shakl buzuvchi osteoartroz.

### Vaziyatli masala

1. 50 yoshli bemor vrachga quyidagi shikoyatlar bilan murojaat kildi: tizza va tos-son bugimlardagi xarakatda zurayadigan og'riqlarga, tos-son bugimlarda xarakat cheklanishiga. Anamnezidan kasallik boshlanishini o'tkazilgan jaroxat bilan boglaydi. Ob'ektiv: umumiy axvoli qoniqarli. Bemor tuladan kelgan. Teri oddiy rangda. Kul bugimlarida o'zgarishlar yuk. Tizza bugimlari deformatsiyalashgan, xarakatda kirsillash va og'riq. Tos-son bugimlarda xarakatlar og'riqli va chegaralangan. Ichki a'zolarida o'zgarishsiz.

I. Tashxisingiz:

- A. revmatoid artrit yirik bugimlar shikastlanishi bilan.
- B. osteoartroz, ikkilamchi, tizza va tos-son bugimlarni shikastlanishi ustunligi bilan.\*
- V. osteoartroz, birlamchi, tizza va tos-son bugimlarni shikastlanishi ustunligi bilan.
- G. koksartroz.

II. qanday o'zgarishlarni rentgen tekshirishda aniklashingiz mumkin:

- A. osteoporoz, bugimlararo tirkishni torayishi.
- B. osteoskleroz, osteofitlar, bugimlararo tirkishni torayishi\*
- V. osteoskleroz, kistalar.
- G. osteoporoz, ankiloz.

2. Bemor, 32 yoshda, ortiqcha tana vazni bilan, og'ir atletika bilan 18 yil davomida shug'ullanadi, bir necha bor bo'g'imlar shikastini olgan. SHikoyatlari: jismoniy zo'riqishdan so'ng bo'g'imlardagi og'riqqa, xarakatda qarsillash va xarakatning cheklanishiga.

I.Sizning diagnoz:

- A.osteartroz\*
- B.revmatoidli artrit
- V.Bextereva kasalligi
- G.reaktiv artrit

II.Tekshirish rejasini ayting:

- A.umumiy kon taxlili
- B.bugimlar rentgenografiyasi\*
- V.o'tkir fazali sinamalar
- G.sinovial suyuklikni tekshirish

3. Bemor 35 yoshda, vrachga distal falangalararo bo'g'imlarda, tizza bo'g'imlarida xarakatning boshlanishida og'riq paydo bo'lishiga, xarakatdan so'ng og'riq kamayishiga shikoyat qilib keldi. Bo'g'imlardagi og'riqlar kunning oxiriga kelib kuchayadi. Bo'g'imlar rentgenologik

tekshiruvda tog`ay emirilishi xisobiga bo`g`im tirqishining torayishi, tog`ay osti osteoskleroz, osteofitlar aniqlanadi.

I.Sizning diagnoz:

A.osteoartróz\*

B.revmatoidli artrit

V.reaktiv artrit

G.bursit

II.Davolash rejangiz:

A.NYAKV, xondroprotektorlar\*

B.xondroprotektorlar, kortikosteroidlar

V.NYAKV, 4-aminoxinolin vositalar

G. kortikosteroidlar, YAqNV

4. Bemor S., 55 yosh. Tizza bo`g`imlaridagi shishga, mexanik xarakterdagi og`riqlarga, yurishning qiyinlashuviga, bosh og`rishiga, umumiy xolsizlikka shikoyat qiladi. Ob`ektiv: qo`l barmoqlari distal falangalararo bo`g`imlarida Geberden tugunlari, tizza bo`g`imlari konturi silliqlashgan, defiguratsiya, xarakatda qarsillash, xarakat cheklanishi bor.

I.Sizning tashxis:

A.osteoartróz\*

B.revmatoidli artrit

V.ankilozlovchi spondiloartrit

G.psoriatik artropatiya

II. qanday rentgenologik o`zgarishlar bu kasallikka xos:

A. bo`g`im atrofi osteoporozi, bo`g`im tirqishi torayishi

B. bo`g`im tirqishi torayishi, kistasimon yorug`lanishlar

V.osteoskleroz, bo`g`im tirqishi torayishi\*

G.osteoskleroz, bo`g`im tirqishi kengayishi

## 18-mavzu : Podagra

**Vaziyatli masala:**Bemor S. 40 yoshli erkak kechqurun oyoq bosh barmog`idagi kuchli og`riqdan bezovtalanib uyg`ondi. Bosh barmoq qizg`ish-ko`kish rangda, mahalliy harorat , shish, bo`g`imda harakat keskin cheklangan. Bemorni ko`rish vaqtida choyshabni bir uchi sekin tekkanida chinqirab yubordi (to`shak simptomi musbat). Kasallikdan bir kun oldin bemor to`yda bo`lgan, ko`p spirtli ichimlik va yog`li go`sht mahsulotlarini istemol qilgan. Obyektiv tekshirilganda o`pkasida vezikulyar nafas. Yurak tonlari bo`g`iq. Qon bosimi 120/80. Puls 90 marta, ritmik. Jigar va taloq kattalashmagan. Siyish erkin og`riqsiz. Ich ketish meyorida.

Savol:

1.Sizning tashxisingiz?

2.Qo`llaydigan davo chorangiz?

## 1-mavzu :O`tkirzotiljam.PLEVRITLAR

### AMALIYOTDAN MISOLLAR:

Bemor 41 yoshda. Sovuk kotishdan keyin kukrak kafasinig ung tomonida ogrik, keskin umumiy xolsizlik, tana xaroratining 39S kaltiral bilan, bosh ogrishi, bugimlardagi ogriklar bezovta kila boshladi. Uyda analgetiklar va isitma tushiruvchi vositalar kabul kilgan. Axvoli yaxshilanmadi. 5 kun keyin yutal va kam mikdorli balgam ajrala boshladi, shillik-yiringli xarkaterda, goxida zangsimon balgam. Tana xarorati pasaymadi, kukrak kafasdagi ogriklar kuchaydi. Bemor yashash joyi shifokoriga murojat kildi. Kukrak kafas rentgenografiyasi kilindi – unga o`pka

pastki bulagida intensiv soyalanish aniklandi. Bemor ung tomlama pastki bulak pnevmoniyasi bilan kasalxonaga yotkizildi.

Ob`ektiv – axvoli urta ogirlikda. Xushida. Teri kavatlari rangpar, lablar tsianozi. Nafas aktida burun kanotlari ishtirok etadi. Lablarida gerpetik toshmalar bor. Kukrak kafas kurilganda nafas aktida ung tomon nafas olishda orkada koladi. Perkutor – anik o`pka tovushi, ung o`pka pastki bulaklaridagi bugiklashgan o`pka tovushi tulik bugiklashadi. Auskul`atsiyada ung o`pka pastki bulaklari ustida bronxial nafas va jarangdor nam mayda pufakchali xirillashlar eshitildai.

1 Sizni taxminiy tashxisingiz?

2 Kushima kaysi tekshirish usulari tashxisni tasdiklash uchun kerak buladi?

**Vaziyatli masala:** Kasalda utkir zotiljam gumon kilinganda sizning taktikangiz.

A.Upka auskul`atsiyasida utkir zotiljam bilan ogrigan bemorlarda aniklanadi

- a) xirrilashning yukligi va nafas olishning susayishi
- b) kuruk xirrilashlar
- v) katta kupikli xul xirrilash.
- g) mayda kupikli xul xirrilash.
- d) krepitirlanaetgan xirrilashlar
- e) yukorida aytib utilganlarning xammasi

B.Zotiljam tashxisi kuyidagilar asosida kuyiladi

- a) kasallikning klinik simptomlari
- b) fizikal tekshirishlar
- v) upkaning rentgenologik tekshirish
- g) laborator analizlar
- d) yukorida aytib utilganlarning xammasi

V.Agar upka rentgenotomografik tekshirishida nafas sistemasining illati bulmasa, bu kuyidagi xakida dalolat beradi

- a) zotiljam tashxisini inkor kiladi
- b) zotiljamni inkor kilishga imkon bermaydi
- v) diagnostik izlanishni davom etishga asos buladi

G. Agar upka rentgenotomografik tekshirishida nafas sistemasining illati bulsa, lekin zotiljamning klinik va laborator alomatlari bulmasa bu kuyidagi xakida dalolat beradi

- a) zotiljam tashxisini inkor kiladi

## 2-mavzu:Bronxial astma.

### AMALIYOTDAN MISOLLAR:

49 yoshli S ismli bemor 10 yildan beri bronxial astma kasalligi bilan ogrib keladi. Bir necha marta nafas kisish xuruji sababli kasalxonada davolangan. Kasalligi kaytlamasligi uchun kuniga 10-15 mg dan prednizolon kabul kilib yuradi. Keyingi bir necha kun davomida nafas yo`llari yallig`lanishi sababli nafas qisish xuruji tez-tez tutib, balg`am ajralishi qiyinlashgan va shuning uchun bemor «Berotek» bilan ingalyatsiya qila boshlagan, efedrin ichgan va eufillin in`ektsiyasini qabul qilgan. Nafas qisish to`xtamaganligi sababli tez yordamga murojaat qilgan va kasalxonaga keltirilgan. Ob`ektiv tekshirilganda ekspirator hansirash, nafas olish sonining minutiga 30 martaga, yurak qisqarishlari sonining minutiga 120 martaga, arterial qon bosimining esa 180G`100 mm simob ustuniga tengligi aniqlangan. Auskul`atsiyada uo`pkada kuruk xushtaksimon xirillashlar eshitiladi.

1. Sizning tashxisingiz
2. tekshiruv rejangiz
3. Bunday xolatda kandy davolash usulini kullash kerak

**Vaziyatli masala:** 45 yoshli bemor 6 yildan beri infeksiyon-bog`liq bronxial astma kasalligiga chalingan. Siz unga «Berotek» dorisini tavsiya kildingiz. Ingalyator ballonchigini ishlatish xakida nimalarni tavsiya kilasiz:

- A. Ingalyatsiya vaktida ingalyator joylashishi kerak:
- a) Ochilgan ogiz yakinida
  - b) Ogizidan 3-4 sm uzaklikda
  - v) Ogizidan 10-12 sm masofada
- B. Ballonchikdan dori vositasi changlangan vaktida bemor nima kilishi kerak
- a) keskin nafas tortishi
  - b) asta nafas tortishi (0.5 l 1 s da)
  - v) nafas olmaslik
- V. Ingalyatsiya tugagandan sung bemor nima kilishi kerak
- a) keskin nafas chikarish
  - b) asta nafas chikarish
  - v) 10 s nafas olmaslik
- G. Ingalyator ballonchikga nasadka kuyilishi nima foydasi bor.
- a) ingalyatsiya kilinadigan moddaning nojuya ta'siri kamaytiradi
  - b) dori vositasini uzlashtirishi 1.5 martaga oshiradi
  - v) yukorida aytib utilganlarning xammasi.

**Vaziyatli masala:** 49 yoshli S ismli bemor 10 yildan beri bronxial astma kasalligi bilan og'rib keladi. Bir necha marta nafas kisish xuruji sababli kasalxonada davolangan. Kasalligi kaytlamasligi uchun kuniga 10-15 mg dan prednizolon kabul kilib yuradi. Keyingi bir necha kun davomida nafas yo'llari yallig'lanishi sababli nafas qisish xuruji tez-tez tutib, balg'am ajralishi qiyinlashgan va shuning uchun bemor «Berotek» bilan ingalyatsiya qila boshlagan, efedrin ichgan va eufillin in'ektsiyasini qabul qilgan. Nafas qisish to'xtamaganligi sababli tez yordamga murojaat qilgan va kasalxonaga keltirilgan. Ob'ektiv tekshirilganda ekspirator hansirash, nafas olish sonining minutiga 30 martaga, yurak qisqarishlari sonining minutiga 120 martaga, arterial qon bosimining esa 180G`100 mm simob ustuniga tengligi aniqlangan. Auskul'tatsiyada upkada quruqhushtaksimon xirillashlar eshitiladi.

**Savol:**

1. Sizning tashxisingiz?
2. Tekshiruv rejangiz?
3. Bunday xolatda kaday davolash usulini kullash kerak?

**3-mavzu : O'tkir revmatik isitma**

**AMALIYOTDAN MISOLLAR:**

15 yoshli maktab ukuvchisi navbatdagi galda tomogi ogrgi bezovta kilib utdi. 2 xaftdana keyin bir oz fizik zurikishda xansirash, subfebrilitet, yurak urib ketish belgilari paydo buldi. Temp-ra 37.2 grad. Bodosimon bezlar kattalashgan. Lablar engil tsianozi, yurak soxasi kurikda uzgarishsiz, pul's 96marta min, ritmik, AD 105g`75 mm.sm.teng, perkussiyada yurak nisbiy chegarali normada, yurak chukkisida tonlar susaygan, sistolik shovkin vertikal xolatda fizik zurikishdan keyin va chap yon boshda kuchayadi.

Laborator kursatkichlar neyetrofil leykotsitoz, eCHTning tezlashishi, gamma-globulinlar, fibrinogen mikdorining oshishi.

1 Taxminiy tashxis

2 Davolash rejasi

**Vaziyatli masala:** Bemor 12 yoshda qo'yidagi shikoyatlar bilan hakimga murojaat qildi: ikkala tizza bo'g'imining shishi, qizarishi, uchuvchan og'riqlarning bo'lishi, bo'g'implarda harakatning cheklanishi, tana haroratining ko'tarilishi, yurak tez urishi va suquluvchan og'riq, bosh og'rig'i, ko'p terlash. Bemor o'zini 3 kundan buyon kasal deb hisoblaydi. 2 hafta oldin angina bilan og'rgan. Ob'ektiv: bemorning umumiy ahvoli qoniqarli, to'shakda holati aktiv, terisi oqimtir, ikkala tizza bo'g'imi qizargan, shish

**Savol:**

1. Bemorga taxminiy tashxis qo`ying?
2. qo`shimcha tekshirish va ularning natijalari bering?

**Vaziyatli masala:** 15 yoshli maktab ukuvchisi navbatdagi galda tomogi ogriq bezovta kilib utdi. 2 haftadan keyin bir oz fizik zurikishda xansirash, subfebrilitet, yurak urib ketish belgilari paydo buldi. Temp-ra 37.2 grad. Bodosimon bezlar kattalashgan. Lablar engil tsianozi, yurak soxasi kurikda uzgarishsiz, pul's 96marta min, ritmik, AD 105g`75 mm.sm.teng, perkussiyada yurak nisbiy chegarali normada, yurak chukkisida tonlar susaygan, sistolik shovkin vertikal xolatda fizik zurikishdan keyin va chap yon boshda kuchayadi.

Laborator kursatkichlar neytrofil leykotsitoz, eCHTning tezlashishi, gamma-globulinlar, fibrinogen mikdorining oshishi.

1 Taxminiy tashxis

2 Davolash rejasi

#### 4-mavzu: Yurak mitral va aortal illatlari

##### Vaziyatli masala

1. 28 yoshli bemor ayolda hayotda birinchi marta xilpillovchi aritmiya ( YUUS-130 gacha) belgilari aniqlandi. Ob`ektiv: rangpar, yanoklari kizargan, nafas olish 24 marta 1 min.Auskul'tativ: 1 ton kuchaygan, taxisistoliya hisobiga shovqinlar eshitilmaydi. O`pkada dag`allashgan nafas, xirillashlar yo`q. eKGda-o`ng qorincha gipertrofiyasi belgilari, xilpillovchi aritmiya.

I. Tashxisingiz:

A. miokardit

B. tireotoksikoz

V. mitral stenoz\*

G. aterosklerotik kardioskleroz

D. miokardiodistrofiya

II. YUrak chegaralari qanday o`zgaradi:

A. o`nga va chapga kengaygan

B. yuqoriga va o`nga kengaygan\*

V. chapga va pastga kengaygan

G. yuqoriga, chapga va o`nga kengaygan

2. FKGda yurak cho`qqisida I-ton yuqori amplitudasi,shu erda II-tondan so`ng mitral klapan ochilishi toni va diastolik shovqin,o`pka arteriyasida II ton kuchaygan.

I. Bular yurakning qanday o`zgarishiga xos?

A. mitral teshigi stenoz\*

B. aorta og`zi stenoz

V. aorta kopkogi etishmovchiligi

G. mitral kopkogi etishmovchiligi.

D. trikuspidal kopkogi etishmovchiligi

II. Tekshiruv rejangiz:

A. eXOKS\*

B. ko`krak qafasi rentgenoskopiyasi

V. eKG

G. qonning biokimyoviy taxlili

3. . Bemor 39 yoshda, quyidagi shikoyatlar bilan shifoxonaga keldi: yurakda og`riq va yurak uynashi, yo`tal, goxida kon tupirish, goxida simillovchi ko`l va oyoq bo`g`imlarining og`rishi. Ob`ektiv yanoglar kizargan, lablari tsianotik. Paypaslaganda yurak cho`qqisida diastolik mushuk xirillashi aniqlanadi, chegaralari yuqoriga va o`nga kengaygan. Auskul'tatsiyada cho`qqida 1 ton kuchaygan, diastolik shovqin, o`pka arteriyasida 2 ton aktsenti.

I. To`g`ri tashxis kuying:

- A. qaytalama revmatik isitma. Kardit. YUrak mitral stenozi\*
- B. qaytalama revmatik isitma. Kardit. YUrak mitral etishmovchiligi
- V. surunkali yurak revmatik kasalligi YUrak mitral etishmovchiligi
- G. surunkali yurak revmatik kasalligi Aorta kopkok etishmovchiligi
- D. surunkali yurak revmatik kasalligi Uch tabakali kopkok etishmovchiligi
- II. Tekshiruv rejangiz:
- A. eXOKS\*
- B. eKG
- V. UZI
- G. rentgenoskopiya
- D. qonning umumiy taxlili
4. Bemor 18 yoshda. SHifoxonaga umumiy xolsizlik, ko`p terlash, yirik ko`l va oyoq bo`g`imlarida og`riq, xansirash, yurak uynashiga shikoyat kilib keldi. Ko`rilganda labda tsianoz. YUrak soxasi o`zgarishsiz. YUrak uchi turtkisi pastga va chapga siljigan. Perkussiyada yurak chap va yuqoriga kengaygan. Auskul'tatsiyada: cho`kkida 1ton sust, sistolik shovqin. SHovqin yuqoriga va qo`ltik ostida xam eshitiladi, o`pka arteriyasida 2 ton aktsenti.
- I. Tashxis kuying:
- A. mitral kopkok etishmovchiligi\*
- B. simptomatik gipertenziya
- V. aorta stenozi
- G. mitral stenozi
- D. aortal kopkok etishmovchiligi
- II. Tashxisni tasdiqlash uchun tekshiruv rejangiz:
- A. UZI
- B. eKG
- V. rentgenoskopiya
- G. eXOKS\*
- D. radioizotop skanerlash
5. Auskul'tatsiyada yurak cho`qqisida birinchi ton karsilovchi, shu erda ikkinchi tondan so`ng mitral klapani ochilishi va diastolik shovqin, o`pka arteriyasida ikkinchi ton kuchaygan. YUrakning qanday illatiga xos o`zgarishlar ekanligini aniqlang?
- A. mitral stenozi\*
- B. mitral kopkok etishmovchiligi
- V. aortal stenoz
- G. aortal kopkok etishmovchiligi
- D. uch tabakali kopkok etishmovchiligi

### **Vaziyatli masala**

1. Bemor 35 yoshda, yoshligida revmatizm bilan ogrigan, xansirashga, bosh ogrishiga, bosh aylanishiga, tez charchashga shikoyat kiladi. Ob`ektiv: yuzlari okarinkiragan, uyku arteriyasi pul'satsiyasi kuchaygan, kapilyar pul's. Pal'patsiyada chukki turtkisi kutarilgan. Perkutor yurak chegaralari chapga kengaygan. Sizning tashxisingiz:
- A) revmatik mitral etishmovchilik
- B) revmatik mitral stenoz
- V) revmatik aortal etishmovchilik\*
- G) revmatik aortal stenoz
- Auskul'tatsiyada nimani eshitish mumkin?
- A) aortada II ton susayishi, diastolik shovkin
- B) aortada II ton aktsenti
- V) aortada II ton susayishi, sistolik shovkin
2. Bemor 28 yosh, revmatik isitma va aortal etishmovchilik bilan ogriydi. Jismoniy zurikishdan keyin xansirash bezovta kila boshlagan. NOS 34 ta 1 min. da. YUUS 1 minutda 110 ta. AKB

110G`70 mm sim. ust. ga teng. Upkalarida nam xirillashlar eshitiladi. Bemorning axvoli yomonlashuvini nima bilan boglaysiz?

A) Utkir chap korincha etishmovchiligi\*

B) Ung korincha etishmovchiligi

V) Revmatik isitma faolligi

G) Utkir kon tomir etishmovchiligi

D) Upka infarkti

3. Bemor 30 yoshda, profilaktik kurikda buyin kon-tomirlari pul'satsiyasi, yurak chegaralarining chapga siljishi, chukkida I ton va aortada II ton susayishi, aortada diastolik shovkin eshitilishi aniklandi. AKB 110G`20 mm sim. ust. teng. Kanday kasallik xakida uylash mumkin?

A) Mitral etishmovchilik

B) Aortal etishmovchilik\*

V) Trikuspidal etishmovchilik

G) Aortal stenoz

D) Mitral stenoz

4. Vrachga jismoniy zurikishdan keyin xushdan ketish shikoyati bilan bemor murojaat kildi. Auskul'tatsiyada aortada intensiv sistolik shovkin. Pul's regulyar, 66 zarba 1 min, AG`B-110G`85 mm sG`u. eKGda chap korincha gipertrofiyasi belgilari. Sizning tashxisingiz:

A) mitral etishmovchilik

B) aortal etishmovchilik

V) aortal stenoz\*

G) korinchalararo tusik defekti

Kanday kushimcha tekshiruvlarni olib borish kerak?

A) umumiy kon taxlili, utkir fazali sinama

B) exoKS\*

V) kukrak kafasi rentgenoskopiyasi, UTT

**5-mavzu : Yurak aritmiyalari.**

**6-mavzu : Yurak biokadalari.**

#### **Vaziyatli masalalar**

3. 62 yoshli bemor 3 yil oldin miokard infarkti utkazgan, kardiolog nazoratida turadi. Uyda ozrok jismoniy faollikdan sung birdaniga xushidan ketdi. Kasalxonaga keltirilganda AB 175/90 mm.s.u., YUKS 1 min.da 42 marta. eKG da tulik AV kamal.

3. Sizning tashxisingiz?

4. Davolashni belgilang.

4. Bemor 70 yoshda. YUrakning uynab ketishi, xansirash va umumiy darmonsizlikka shikoyat kilmokda. Ob`ektiv: yurak tonlari bugiklashgan, yurak chukkisida sistolik shovkin, pul'si aritmik, AB 150/80 mm.s.u., eKG da R-R oraligi turlicha, R tishcha yuk.

3. Bemorda yurak ritmi buzilishining kaysi turi mavjud?

4. Davolashni tavsiya eting

7-mavzu

#### **AMALIYOTDAN MISOLLAR:**

**Vaziyatli masala:** 48 yoshli bemor oxirgi xaftada ensa soxasining ogriyotganidan shikoyat kilib vraga kelgan. SHunday belgilar bir yil ilgari xam paydo bulib, unda gipertoniya kasalligi borligi aniklangan edi. Oxirgacha davolanmay, du kelgan dorilarni ichib yurgan (nomini eslay olmaydi). Ogrik asta-sekin yukolgan. Oxirgi oyda dori ichmay kuygan. Arteriya bosimi 190G`110 ga teng. Tomir urishi minutiga 56 marta, ritmik. Kon aylanishining buzilishi belgtlari yuk. eKG, kon, siydik analizlari uzgarmagan.

3. Kanday tashxis kuyiladi

4. Davo rejangiz

**8-mavzu : YuIK. Stenokardiya**  
**Vaziyatli masala**

4. Bemor A. 55 yoshda, u kasalxonaga kuyidagi shikoyatlar bilan kelgan: zinadan 2-chi kavatga kutarilayotganda tush orkasida sanchuvchi ogrik paydo bulgan. Ogrik chap elka va buyin soxalariga tarkalغان. Bemor nitroglitserin kabul kilganda ogrik yukolgan. Bemorni eKG kilinganda ST segmenti pasayganligi kuzatilgan.  
Sizning diagnoz:  
A) YUIK, stabil stenokardiya ,FS II\*.  
B) YUIK, stabil stenokardiya , FS I.  
V) YUIK, avj olib boruvchi stenokardiya.  
G) YUIK, utkir miokard infarkti.
5. Bemor R.58 yoshda, kasalxonaga kuyidagi shikoyatlar bilan kelgan: bemor kechasi nafas etishmasdan yurak soxasida kattik ogrik tufayli bezovtalanib uygonib ketgan. Ogrik chap elka va kurak orkasiga tarkalغان. Bemor 11-yildan buyon kandli diabet bilan kasal. 40 yil dan buyon sigaret chekadi. Bemorni eKG kilinganda ST segmenti pasayganligi kuzatilgan.  
Kasalga diagnoz kuying:  
A) YUIK: Printsmetal stenokardiyasi\*  
B) YUIK: zurikish stenokardiyasi, FS II  
V) YUIK: utkir miokard infarkti  
G) YUIK: avj olib boruvchi stenokardiya
6. 58 yoshli bemor tsex boshlig`i bo`lib ishlaydi. 4 oydan beri ozgina jismoniy xarakat qilsa ko`krak qafasida noxushlik paydo bo`lishini va jismoniy xarakatni to`xtatganda bu noxushlik yo`qolishini aytdi. Ba`zan bunday noxushlik sezgilari chap qo`lga va kurakka beriladi. Atrofdagilarning maslaxati bilan u goxo validol qabul qilib yurgan. quyida berilgan tashxislardan qaysi birini qo`yish mumkin?  
A) YUrak ishemik kasalligi, muqim stenokardiya\*  
B) YUrak ishemik kasalligi, nomuqim stenokardiya  
V) Bo`yin-ko`krak umurtqalari osteoxondrozi  
G) Bu YUIK yoki umurtqa osteoxondroziga xos emas
10. 42 yoshli «YUrak ishemik kasalligi, zo`riqish stenokardiyasi» tashxisi bilan vrach nazoratida turadi. Ikki yil ilgari miokard infarktiga gumon qilinib, kasalxonada davolangan. Xar kuni stenokardiya xuruji bezovta qilib kechasi 5 tabletkadan nitroglitserin qabul qilib turadi. Arterial qon bosimi doimo me`yoriy. YUrak urishi minutiga 50–70 marta, yurak chegaralari kengaymagan. qondagi xolesterin miqdori 7 mmol`G`l (250 mg).. Kuyidagi dorilarning qaysi birini ichish to`g`ri deb xisoblaysiz:  
A) Interkordin – 0,075g dan 3 maxal;  
B) Kurantil – 0,05g dan 3 maxal  
V) Sustak-mitte – 2,61mg tabl. 3 maxal\*  
G) Papaverin – 0,04g dan3 maxal
11. Bemor 44 yoshda, tush orkasida jismoniy zurikishdan keyin ogriklarga, kurkuv xissiga shikoyat kiladi.Ogrik 2-3 min.dan sung utib ketadi.Anamnezda: 3 xaftadan beri kasal. Ob`ektiv: umumiy axvoli konikarli. Upkalarida vezikulyar nafas. YUrak tonlari bugiklashgan, ritmik. AKB 120G`80. Pul`s 76 zarba 1 minutda. eKG da ST interval izoliniyada. Taxminiy tashxisingiz:  
A) YUIK.Mukim zurikish stenokardiyasi FS II  
B)YUIK.Birlamchi paydo bulgan zurikish stenokardiyasi\*  
V)YUIK.Spontan stenokardiya.  
G)YUIK.Zurikish stenokardiyasi.FS I

Tashxisni aniklash uchun kilinishi zarur:

- A) eKG kaytarish
- B) ExoKS
- V) VEM sinama\*
- G) FKG

12. Bemor 48 yoshda, kardiologiya bulimida statsonar davolanayotganda kechasi tusatdan tush orkasida sikuvchi ogriklar bezovta kilgan. 2 tabletka nitroglitserin 5 min interval bilan kabul kilish effekt bermagan. eKGda: ST segmenti 2 mm ga kutarilgan. QRS kompleks uzgarmagan. Kon fermentlari normada. Kayta eKG da ST segmenti izolinyada.

Taxminiy tashxisingiz:

- A) YUIK. Utkir miokard infarkti
- B) YUIK. Avj olib boruvchi zurikish stenokardiyasi
- V) YUIK. Mukim zurikish stenokardiyasi
- G) YUIK. Spontan stenokardiya \*

13. Bemor 46 yoshda, uzok davom etmaydigan, lekin ulim kurkuvi bilan kechuvchi tush orkasida sikuvchi ogrikarga shikoyat kiladi. Anamnezda 3 yildan buyon YUIK bilan ogriydi. Ogriklar tez yurganda 500-600 m dan keyin boshlanib ,tuxtaganda yoki nitroglitserin kabul kilganda bosiladi. Oxirgi oylarda ogrik xarakteri uzgarib kiska masofada xam kuchaygan, kechasi ogriklar bezovta kilib nitroglitserin yordam bermagan. eKGda ST segmenti depressiyasi 2mm ga. Umumiy kon va siydik analizlari va fermentlar uzgarishsiz.

Sizning tashxisingiz:

- A) YUIK. Zurikish stenokardiyasi FS II
- B) YUIK. Zurikish stenokardiyasi FS I
- V) YUIK. Utkir miokard infarkti
- G) YUIK. Avj olib boruvchi zurikish stenokardiyasi\*

qaysi dori vositasi tavsiya etiladi:

- A) Uzoq davom etuvchi nitratlar\*
- B) YUrak glikozidlari
- V) Siydik xaydovchi vositalar
- G) APF ingibitorlari

14. Bemor 50 yoshda oxirgi yillarda tushning yukori kismida 15min davom etuvchi, nitroglitserin kabul kilganda yoki uz-uzidan yukoluvchi ogrikarga shikoyat kiladi. AKB 120G`80 mm sim.ust.ga teng ,pul's 62 zarba 1 min. da .EKG uzgarishsiz. Xuruj paytida eKG da kukrak uzatmalarida ST segmenti kutarilishi kuzatiladi.

Taxminiy tashxisingiz:

- A) kardialgiya
- B) NTSD
- V) zurikish stenokardiyasi
- G) variant stenokardiyasi\*
- D) obstruktiv kardiopatiya

Bemorga buyuriladi:

- A) antiagregantlar
- B) beta-adrenoblokatorlar
- V) kaptopril
- G) korinfar\*
- D) xammasi

15. Bemor 47 yoshli erkak, 2 oydan beri 500 myurgandayoki 3 etajga kutarilganda tush soxasida sikuvchi ogriklargashikoyat kiladi. Ogriklar ba`zantinchxolatdaxam paydobladi. Bustenokardiyaning kaysituri gakiradi.

- A) nomukim stenokardiya
- B) YUIK: miokard infarkti
- V) mukim zurikish stenokardiyasi\*
- G) variantli stenokardiya

D) birlamchi stenokardiya  
Stenokardiyaning funktsional sinfini aniklang

- A) I
- B) II\*
- V) III
- G) IV

D) funktsional sinf aniklanmaydi

16. 47 yoshli bemor 2 oy davomida tush ortidagi sikuvchi ogriklarga, ogrikning urtacha tempda 500 m. yurganda va zinadan 3 - kavatga chikkanda yuzaga kelishidan shikoyat kiladi. Ogriklar ba`zan tinch turganda xam yuzaga keladi. Sizning tashxisingiz?

- a) variant stenokardiyasi
- b) zurikishdagi stenokardiya
- v) Printsmetal stenokardiyasi

Sizning taktikangiz?

- a) bemorni kardiologik bulimga shoshilinch gospitalizatsiya kilish
- b) bemorga nitroglitserin berib, rejali gospitalizatsiya kilish
- v) narkotik anal`getiklar in`ektsiya kilish

17. Bemor 55 yoshda. 2 oy davomida yurak soxasidagi tumtok ogrik, xansirash, ortopnoe bezovta kiladi. Tekshirganda yurak tonlari bugik, bosim 25 mm.sim.ust.ga kamaygan. Sizning tashxisingiz?

- a) ekssudativ perikardit
- b) miokardit
- v) variant stenokardiya

Tashxis kuyish uchun kanday tashxisiy tekshirish utkazish muxim?

- a) elektrokardiografiya
- b) exokardiografiya
- v) Kukrak kafasi rentgenografiyasi
- g) yurak korinchalari angiografiyasi

18. 35 yoshli ayol kukrak kafasi soxasidagi vakt-vakti bilan yuzaga ke-ladigan, davomiyligi 5-10 min. bulgan ogriklarga shikoyat kilib kel-di. Ogriklar tinch turgan paytda va jismoniy xarakat paytida yuzaga kelib, irradiatsiya bermaydi. Ayol chekmaydi, kon bosimi ilgari xech kutarilmagan. Oila a`zolaridan 2 kishi 50 va 56 yoshda yurak xastaligidan vafot etgan. Kuruv paytida, bemorning axvoli koni-karli, kon bosimi 120G`70mm.sim.ust., pul`s 1 min.da 70 ta. YUrak chukki turtkisi kuchayganligi, tush chap kirgogi buylab sistolik shovkin eshtilishi aniklanib, tik turganda sistolik shovkin intensivligi kuchayadi. eKG da ST va T- ning nospetsifik uzgarishlari bor.

Sizning dastlabki tashxisingiz?

- a) Vegetativ tomir distoniyasi
- b) Aortal stenoz
- v) Gipertrofik kardiomiopatiya
- d) Mitral stenoz
- g) Upka arteriyasi stenozi

Kuyida sanab utilganlardan kaysi biri tashxis kuyishda katta axamiyatga ega?

- a) kukrak kafasi rentgenografiyasi
- b) yurak kateterizatsiyasi
- v) talliy elementi bilan skanirlash
- g) exokardiografiya
- d) miokard biopsiyasi

Bemor uchun eng muvofik davo chorasi kaysi biri?

- a) jarroxlik muolaja
- b) propranolol
- v) vazodilatatorlar
- g) yurak glikozidlari

d) furosemid

## 9-mavzu : YuIK. Miokard infarkti

### AMALIYOTDAN MISOLLAR:

**Vaziyatli masala:** 6 yildan beri YUIK Bilan xastalanib yurgan 48 yoshli bemor uyiga vrachni chakirtirdi. Bemor nitroglitserin kabul kilishiga karamasdan uning jismoniy xarakati keskin chegarlangan, yuragidagi kuchli ogrik tuxtamagan. Vrach bemorda kuchaygan xavo etishmasligi va sovuk ter bosish, arteriya bosimi 110G`60 ga tengligini aniqlagan. Kiska vakt ichida yuragi gox tez urib, gox sekinlashgan. Narkotik dorilar berilganda ogrik butunlay kolmagan.

Savol:

Bemorga qanday tashxis taxmin qilindi?

Tashxisni aniqlash uchun qanday tekshirish usuli zarur?

## 10-mavzu : Surunkali gastritlar.

**Vaziyatli masala:** Bemor 62 yoshda. SHikoyati: epigastral sohadagi og`riq, og`irlik hissi, qorni dam bo`lishi, badbo`y hidli kekirish, ich qotishi bilan ich o`tishining almashinib turishi, umumiy holsizlik. Anamnezidan 5 yildan beri oshqozon kasalligi tufayli dispanser nazoratida turadi. Umumiy ko`zdan kechirganda umumiy ahvoli nisbatan qoniqarli, terisi rangpar, o`pkasida vezikulyar nafas, yurak tonlari bo`g`iq, pul`s ritmik 72 ta min. AqB 120G`80, tili ho`l, oq karash bilan qoplangan, qorni yumshoq, paypaslaganda epigastral sohada og`riq sezadi. Jigar va taloq kattalashmagan.

Oshqozon shirasi tahlili: umumiy kislotalik 30 t.e. erkin NCl yo`q. Oshqozon shirasi hamma portsiyalarda kamaygan.

Savol:

3. Sizning tashxisingiz?

4. Davo rejasini tuzing ?

## 11-mavzu : Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalliklari.

### AMALIYOTDAN MISOLLAR:

27 yoshli xaydovchi poliklinikaga kuyidagi shikoyatlar bilan murojat kildi - epigastral soxada ogrik, ogrik ovkatlangandan sung 1,5-2 soat utib va kechasi kuchayadi, jigildon kaynash, kabziyatga, ozishga. Bir nea oydan beri kasal. Suraganda bemor regulyar ovkatlanadi, kupincha kuruk ovkatlar, chekadi, spirtli ichimliklar ist`emol kiladi 1-2 marta xaftasiga. Bemorning otasi yara kasalligi bilan ogrigan. Kuruvda semizli moyillik, jizzaki. Upkada vezikulyar nafas. YUrak tonlari anik. Pul`s 60ta bir minutada ritmik. AKB 90G`60 mm.rt.st. Tili nam, ok karash bilan koplangan. Korn pal`patsiyada yumshok, ogrik epigastral soxada urta chiziknig ung tomonidan.

### Vaziyatli masala

1. 27 yoshli bemor quyidagi shikoyatlar bilan murojat qilgan: ovqatlangandan 1,5-2 soat keyin yoki kechasi paydo bo`luvchi epigastral soxasidagi og`riqlar, jig`ildon qaynashi, qabziyat,

ozish. O`zini bir necha oydan beri kasal deb xisoblaydi. Anamnezidan bemor noregulyar ovqatlanishi, chekishi, haftada 1-2 marta spirtli ichimliklar iste`mol qilishi aniqlandi. Ko`zdan kechirganda bemor tana tuzilishi to`la, jizzaki. O`pkasida vezikulyarnafas. YUrak tonlari aniq. Pul's 60 ta 1 min, ritmik. AD 90G`60 mm.sG`u. Tili nam, oq karash bilan qoplangan. qorni yumshoq, pal`patsiyada epigastral soxaning o`ng tomoni og`riqli.

## 12-mavzu:Ichak tasirlanish sindromi.

### Vaziyatli masala

1. Bemor 60 esh, kabul bo`limiga korinning kindik atrofida bo`ylab ogrikka, korinning dam bo`lishiga, ich ketib turishiga, najasida shillik borligiga shikoyat kilib keldi. Anamnezida bemor 15 yildan beri ichak kasalligi bilan ogrishini aytib o`tdi. Ko`zdan kechirganda: bemor ozgindan kelgan, lablari yorilgan, terisi kuruk, ogzining burchagida bichilish, tirnoklari xira, kavatlangan, korin dimlangan, paypaslaganda kindik atrofida ogrik, o`ng chov soxasida ichaklar shovkini va kuldirashi aniklanadi.

Sizning tashxisingiz?

- A) Surunkali enterit\*
- B) Surunkali kolit
- V) Surunkali gastrit
- G) Nospetsifik yarali kolit

Kasallikka kuyidagidan tashkari olib keladi:

- A) infektsiya
- B) alimentar faktor
- V) ichkilik suiste`mol kilish
- G) tugma enzimopatiya
- D) chekish\*

2. Bemor 22 yosh. Kuyidagi shikoyatlar bilan vrachga murojaat kildi: sutkaga 4 martagacha ich ketishiga, kindik atrofidagi ogriklarga, korin dam bulishiga va kuldirashga.

Anamnezidan uzini 3 yildan beri kasal deb xisoblaydi. Oxirgi axvolini uzgarishini parxezni buzishi bilan boglaydi. Ob`ektiv: axvoli urta ogirlikda, ozgindan kelgan. Teri rangpar. Ogiz burchaklarida bichilishlar. Tili ok karash bilan koplangan. Korin pal`patsiyasi: kindik atrofida ogrik.

Tashxisingiz:

- A) Surunkali dizenteriya
- B) Surunkali enterit.\*
- V) Surunkali kolit.
- G) Surunkali pankreatit

Davolash taktikasi:

- A) parhez 4, antibakterial vositalar, eubiotiklar, ferment vositalar, vitaminlar.\*
- B) parhez 10, kortikosteroidlar, vitaminlar, biostimulyatorlar.
- V) antibakterial vositalar, sul'fasalazin, eubiotiklar, vitaminlar.
- G) parhez 4, eubiotiklar, kortikosteroidlar, sul'fosalazin.

3. Bemor 52 yosh kasalxonaga quyidagi shikoyat bilan murojaat kildi: 3-4 kunlab kabziyatga, korin dam bulishiga, butun korin buylab og`riqlarga, bosh og`riqqa, uykusizlikka,

asabiylashishga. Uzini 15 yildan beri kasal deb xisoblaydi. Ob`ektiv: umumiy axvoli qoniqarli. Tili quruq, ok-sarik karash bilan koplangan. Korin pal`patsiyasi: yugon ichak buylab og`riq, sigmasimon ichak diametri 1sm, og`riqli, xarakatchan, meteorizm xisobiga korin kattalashgan. Najas 3-4 kunda 1 marta, kuy kumalogi shaklida.

I. Tashxisingiz:

- A. surunkali kolit\*
- B. surunkali pankreatit
- V. surunkali enterit
- G. nospetsifik yarali kolit

II. Rektoromanoskopiyada qanday o`zgarishlarni aniklashingiz mumkin:

A. shilliq qavati giperemiyasi, devorlarida urta me`yorda shilliq, sigmasimon ichakni kiskarishi xisobiga rektoskop utkazish og`riqli.\*

B. shilliq qavati shishgan, yiring bilan koplangan yagona yaralar.

V. shilliq qavati rangpar, rel`ef yakkol, eroziyalar.

4. 42 yoshli bemor kuniga 3-4 marta ichi butkasimon shilimshik aralash kelishiga ,bu xolat kuprok yoz oylarida bulishiga shikoyat kiladi.Ob`ektiv: tana xarorati 37,7 gr, tili kuyuk ok karash bilan koplangan. Korni taranglashgan, paypaslaganda kur ichak va sigmasimon ichak kulduraydi.

I. Sizning

tashxisingiz:

- A. surunkali kataral pankolit kuzish davri\*
- B. dizenteriya
- V. surunkali enterit
- G. NYAK
- D. Kron kassaligi

II. qaysi parxez tavsiya qilinadi:

- A. № 4\*
- B. № 5
- V. № 7
- G. № 10

5. Bemor 42 yoshda, korinning chap yarmida og`riqlarga, shilliqli fragmentli ich kelishiga, tenezmlarga shikoyat kiladi. Uzini 5 yildan beri xasta deb biladi, oxirgi 3 kundan beri axvoli ogirlashgan. Paypaslaganda sigmada spastik og`riqlar aniqlanadi.

I. Sizning tashxisingiz:

- A. surunkali chap tomonlama spastik kolit\*
  - B. surunkali ung tomonlama spastik klit
  - V. surunkali enterit
  - G. NYAK
  - D. Kron kassaligi
- II. Davolash taktikasi:
- A. spazmolitiklar, yogli kuxnalar\*
  - B. ich keltiruvchi vositalar, suv asosidagi kuxnalar
  - V. kortikosteroidlar, sul`fasalazin
  - G. antibakterial vositalar, ich keltiruvchi vositalar

6. Bemor 43 yoshda. 5-6 kundan beri ich kotishiga ,meteorizmga, korinning pastki kismida og`riq va kuldurashga, jizzakilikka shikoyat kiladi .Tez-tez tozalovchi xukna kildiradi. Vrachgamurojaat kilmagan.

I. Tashxisingiz:

- A. surunkali gipotonik kolit\*
- B. surunkali ung tomonlama spastik klit
- V. surunkali enterit
- G. NYAK
- D. Kron kassaligi

- II. Tashxisni tasdiqlash uchun kayday tekshiruv utkazish lozim:  
A. kolonoskopiya\*  
B. eGDFS  
V. najas umumiy taxlili  
G. najas ekmasi

### 13-mavzu : Surunkali gepatit.

#### AMALIYOTDAN MISOLLAR.

Ma`ruza paytida surunkali virusli gepatit bilan ogrigan bemorni video tasmasi kursatiladi. Biri surunkali virusli S gepatit, ikkinchisi surunkali xolestatik gepatitga duchor bulgan bemorlarni taxlil kilayotganda xayot tajribasiga asoslanib, shunga uxshash bemorlar tugrisida aytib utiladi. Bunda etiologiyasi xar xil bemorlarda kasallik turlicha kechadi. SHuni eslagan xolda kushimcha tekshirish usullarini tulik utkazib, farkli diagnoz utkazgan xolda davolash tugrisida tulik axborot berishi kerak.

**Vaziyatli masala.** 33 yoshli bemor bir necha kundan beri betob tana xarorati 38 gradusgacha kutarilgan, ung kovurga ostida va kulni mayda bugimlarida ogrik paydo bulgan. Bemor antibiotik va sul'fanilamidlar bilan davolangan lekin samara bulmagan. Anamnezida bir yil oldi virusli gepatit bilan og'rigan. Kurikda skleralar sarikligi, kam mikdorda «yulduzchalar». Pal'patsiyada jigarning kattaligi 3-4 sm.ga va talok kattaligi 1-2 sm.ga

**Vaziyatli masala.** Bemor X., 44 yoshda, 10 yil davomida spirtli ichimliklar suiste`mol kilib kelgan. Bir yildan beri ung kovurga ostida ogrik, kungil aynash, ogiz achchik bulishi, xolsizlik bezovta kiladi. Kurikda jigarning kattalashgani aniklandi. Ambulator sharoitda davolangan axvoli bir oz yaxshilangan. Keyinalik shifokor tavsiya kilgan parxezga va rejimga rioya kilmagan. YUkoridagi shikoyatlar bilan bemor gastroenterologiya bulimiga yotkizilgan. Tili ok karash bilan koplangan, kurukrok. Korniyumshok, pal'patsiyada ogrik ung kovurga buylab, jigar Q 2-3 sm, urta kattiklikda, talok paypaslanmaydi. Kon bioximik tekshiruvida fermentlar mikdori oshmagan. Umumiy bilirubin 23 mkmol'G'l.

### 14-mavzu : Glomerulonefritlar

#### AMALIYOTDAN MISOLLAR:

Bemor 16 yoshda bosh ogrigi, yuzdagi, badandagi shishlarga, xansirash, peshob mikdorining kamayishiga. 20 kun oldin sovuk kotishdan keyin, tana xarorati 38-39 ° 5 kun davomida kutarilgan, yutal tumov, tomogda ogrik bulgan. Antibiotiklar bilan davolangandan sung axvoli yaxshilandi. 5 kun avval tusatdan siydik rangi kizardi, kuz pastki kovoklarida shish. 2 kun ichida shishlar koringa, belga tarkaldi, peshob mikdori 300 ml sutkagaa kamaydi, bosh ogrigi, xansirash paydo buldi.

Ob`ektiv: yuzi oysimon, rangpar. Korin old devorida, belda shishlar. Upkaning pastki kismilarida perkutor tumtok tovush, auskul'tattsiyada: keskin susagan. YUrak chegaralir chapga 1-2 sm kengaygan. YUrak tonlari bugiklashgan, bradikardiya, aortada II ton aktsenti. Pul's 56 minutada, ritmik. AD 140G`110. Korin bushligida kindikdan 2 smdan pasrokda suyuklik aniklanadi. Jigar kattalashmagan, buyraklar paypaslanmaydi. Peshob taxlili: gusht yuvindisi rangi, nisbiy ogirligi 1030, oksil 9,9%. er 40-50G`1 uzgargan. Leyk 5-8G`1 tsilindrlar gialinli 2-

3G`1, donado 3-4G`1. Zimnitskiy buyia peshob taxlili nisbiy ogirligi 1026-1034. Sutkali diurez 500 ml.

## Vaziyatli masala

1. Bemor 16 yoshda , bosh ogrishi,yuzida va badanda shishlarga, xansirashga, peshob mikdorining kamayishiga shikoyatlari bilan keltirilgan. 20 kun oldin sovuk kotishdan keyin bemor xaroratining 38-39 gr gacha kutarilishi ,yutal,tomokda ogriklar kuzatilgan.Antibiotiklar bilan davolanib axvoli yaxshilangan. 5 kun oldin tusatdan peshob kizarishi va kovoklarida shishlar paydo bulgan.2 kun oldin shishlar koringa va belga tarkalgan, peshob mikdori 300ml sutkasigacha kamaygan, bosh ogrishi, xansirash paydo bulgan. Ob`ektiv: yuzlari kerikkan , okargan, korinda va belda shishlar aniklanadi. Upkalarida pastki kismlarida nafas eshtilmaydi. YUrak chegaralari chapga 1-2 sm ga kengaygan,tonlari bugiklashgan, bradikardiya, aortada II ton aktsenti. Puls 56 ta 1min. da , ritmik. AKB 140G`110 mm sim. ust. ga teng. Peshob analizida : rangi kizargan, sol. ogirligi 1030, oksil 9,9 %, r 40-50G`1 uzgargan, leyk 5-8G` 1, tsilindrlar: gialinli 2-3G`1, donador 3-4G`1. Zimnitskiy analizida: sol.ogirligi1026-1034. Sutkalik diurez 500ml.

### 15-mavzu : Surunkali pielonefrit.

#### AMALIYOTDAN MISOLLAR.

Bemor B, 26 yoshda, tana xarorati 37,8<sup>0</sup> gacha kutarilishiga, kaltiral bilan, beldagi ogriklarga, siyshda ogriklarga shikoyat kilib kelgan. Birinchi kasal bulishi 6 yil avval xomiladorlik paytida kuzatilgan. Ob`ektiv: teri koplamlari rangpar, ozgin. Kuz osti kovoklari shishgan. AKB 100G`69. Auskul`tattsiyada: yurak tonlari bugiklashgan, xamma nuktalarida sistolik shovkin, taxikardiya. Tili kuruk, ok karash bilan koplangan. Korni yumshok, jigar va talok paypaslanmaydi. Pasternatskiy sinamasi keskin «Q» ung tomonidan, chap tomondan biroz. UKT: er-3,2; N` 100 gG`l, TSP 0,8; Leyk. 12,5; SOE 26 mmG`chas. Peshob taxlili: mikdori 350, loyka. Nisbiy ziligi: 1015; oksil 0,66‰. kand abs, CHukma mikroskopiya Leyk 60-80-100G`1; er 5-8G`1; epiteliy 10-16G`1, bakteriyalar- QQQ; Addis-Kakovskiy buyicha peshob taxlili: er-35000; Leyk-16000.

## Vaziyatli masala

1. Bemor 32 yoshli ayol, 3 yil avval xomiladorlik vaktida bel soxasida ogriklar, siyganda achishish, subfebril temperatura bezovta kilgan. Oxirgi yillarda umumiy xolsizlik, bel soxasida ogriklar, AKB oshishi bezovta kiladi.Ob`ektiv: yuzi rangpar, ozgin. Xamma nuqtalarda funktsional shovkin eshtiladi. Pul's 92 zarba 1min da, ritmik. AKB 180G`100 mm sim.ust.ga teng. Buyraklar paypaslanmaydi. Pasternatskiy simptomi musbat 2 tomonda. UKA da: Nv135 gG`l, leyk-8800, eCHT – 42 mmG`c.Siydik analizida: solishtirma ogirligi-1010, oksil-1,316 promili, eritrotsitlar-6-8G`1, leykotsitlar-3-4G`1, tsilindrlar-1-2-3G`1. Nechiporenko analizida eritrotsitlar-2000, tsilindrlar-150. Aktiv leykotsitlar aniklangan.

### 16-mavzu : Revmatoidli artrit.

**Vaziyatli masala:**Bemor S. 35 eshda bir necha yildan beri revmatoid artrit bilan ogriydi. Bemor shifoxonaga buyrak soxasidagi ogrik, oyok kullarida shish, xolsizlik shikoyati bilan murojat kilgan. Kon bosimi pasaygan. Laborator natijalar kuyidagicha: konda lipidlar, xolesterin mikddori oshgan, eCHT tezlashgan, anemiya rivojlangan. Siydikda oksil, tsilindr, leykotsit, eritrotsitlar topildi. Tugri ichak shillik pardasidan punktsion biopsiya olinganda murakkab oksil polisaxarid kopmleksi topilgan .

Savol:

1.Sizning tashxisingiz?

2.Qo'llaydigan davo chorangiz?

## 17-mavzu: Shakl buzuvchi osteoartroz.

### Vaziyatli masala

1. 50 yoshli bemor vrachga quyidagi shikoyatlar bilan murojaat kildi: tizza va tos-son bugimlardagi xarakatda zurayadigan og'riqlarga, tos-son bugimlarda xarakat cheklanishiga. Anamnezidan kasallik boshlanishini o'tkazilgan jaroxat bilan boglaydi. Ob'ektiv: umumiy axvoli qoniqarli. Bemor tuladan kelgan. Teri oddiy rangda. Kul bugimlarida o'zgarishlar yuk. Tizza bugimlari deformatsiyalashgan, xarakatda kirsillash va og'riq. Tos-son bugimlarda xarakatlar og'riqli va chegaralangan. Ichki a'zolarida o'zgarishsiz.

I. Tashxisingiz:

A. revmatoid artrit yirik bugimlar shikastlanishi bilan.

B. osteoartroz, ikkilamchi, tizza va tos-son bugimlarni shikastlanishi ustunligi bilan.\*

V. osteoartroz, birlamchi, tizza va tos-son bugimlarni shikastlanishi ustunligi bilan.

G. koksartroz.

II. qanday o'zgarishlarni rentgen tekshirishda aniklashingiz mumkin:

A. osteoporoz, bugimlararo tirkishni torayishi.

B. osteoskleroz, osteofitlar, bugimlararo tirkishni torayishi\*

V. osteoskleroz, kistalar.

G. osteoporoz, ankiloz.

2. Bemor, 32 yoshda, ortiqcha tana vazni bilan, og'ir atletika bilan 18 yil davomida shug'ullanadi, bir necha bor bo'g'imlar shikastini olgan. SHikoyatlari: jismoniy zo'riqishdan so'ng bo'g'imlardagi og'riqqa, xarakatda qarsillash va xarakatning cheklanishiga.

I.Sizning diagnoz:

A.osteartroz\*

B.revmatoidli artrit

V.Bextereva kasalligi

G.reaktiv artrit

II.Tekshirish rejasini ayting:

A.umumiy kon taxlili

B.bugimlar rentgenografiyasi\*

V.o'tkir fazali sinamalar

G.sinovial suyuklikni tekshirish

3. Bemor 35 yoshda, vrachga distal falangalararo bo'g'imlarda, tizza bo'g'imlarida xarakatning boshlanishida og'riq paydo bo'lishiga, xarakatdan so'ng og'riq kamayishiga shikoyat qilib keldi. Bo'g'imlardagi og'riqlar kunning oxiriga kelib kuchayadi. Bo'g'imlar rentgenologik tekshiruvda tog'ay emirilishi xisobiga bo'g'im tirqishining torayishi, tog'ay osti osteoskleroz, osteofitlar aniqlanadi.

I.Sizning diagnoz:

A.osteartroz\*

B.revmatoidli artrit

V.reaktiv artrit

G.bursit

II.Davolash rejangiz:

A.NYAKV, xondroprotektorlar\*

B.xondroprotektorlar, kortikosteroidlar

V.NYAKV, 4-aminoxinolin vositalar

G. kortikosteroidlar, YAqNV

4. Bemor S., 55 yosh. Tizza bo'g'imlaridagi shishga, mexanik xarakterdagi og'riqlarga, yurishning qiyinlashuviga, bosh og'rishiga, umumiy xolsizlikka shikoyat qiladi. Ob'ektiv: qo'l

barmoqlari distal falangalararo bo`g`imlarida Geberden tugunlari, tizza bo`g`imlari konturi silliqlashgan, defiguratsiya, xarakatda qarsillash, xarakat cheklanishi bor.

I.Sizning tashxis:

A.osteoztroz\*

B.revmatoidli artrit

V.ankilozlovchi spondiloartrit

G.psoriatik artropatiya

II. qanday rentgenologik o`zgarishlar bu kasallikka xos:

A. bo`g`im atrofi osteoporoz, bo`g`im tirqishi torayishi

B. bo`g`im tirqishi torayishi, kistasimon yorug`lanishlar

V.osteoskleroz, bo`g`im tirqishi torayishi\*

G.osteoskleroz, bo`g`im tirqishi kengayishi

## 18-mavzu : Podagra

**Vaziyatli masala:**Bemor S. 40 yoshli erkak kechqurun oyoq bosh barmog`idagi kuchli og`riqdan bezovtalanib uyg`ondi. Bosh barmoq qizg`ish-ko`kish rangda, mahalliy harorat , shish, bo`g`imda harakat keskin cheklangan. Bemorni ko`rish vaqtida choyshabni bir uchi sekin tekkanida chinqirab yubordi (to`shak simptomi musbat). Kasallikdan bir kun oldin bemor to`yda bo`lgan, ko`p spirtli ichimlik va yog`li go`sht mahsulotlarini istemol qilgan. Obyektiv tekshirilganda o`pkasida vezikulyar nafas. Yurak tonlari bo`g`iq. Qon bosimi 120/80. Puls 90 marta, ritmik. Jigar va taloq kattalashmagan. Siyish erkin og`riqsiz. Ich ketish meyorida.

Savol:

1.Sizning tashxisingiz?

2.Qo`llaydigan davo chorangiz?

## 1.5 AMALIY KO`NIKMA

1. Mutaxassis – shifokor bemorni so`rab surishtirishi va ko`rikdan o`tkazishi
2. Nozologiyalar bo`yicha EKG da patologik o`zgarishlarni aniqlash va taxlil qilish
3. O`pkaning surunkali obstruktiv kasalliklari va bronxial astmada pikfluometriya
4. Nozologiyalar bo`yicha parhez tavsiyalari va davolash dasturini tuzish

1. Mutaxassis – shifokor bemorni so`rab surishtirishi va ko`rikdan o`tkazishi

**Maksadi:-** Tashxis uchun kerakli ma`lumotlarni yigish;

- Boshka axborot manbalarini aniklash (karindoshlari, boshka shifokorlar v ax.k.)
- bemorning ishonchini kozonib, mulokatga kirishish;
- bemorning shaxsiyati va kasallikka munosabatini aniklash (kasallikning ichki manzarasi);
- bemorning xushi, ruxiy xolati, umumiy kurinishi, teri koplamlarini baxolash.

**Kursatmalar:** So`rab-surishtirish xushida bo`lgan xamma bemorlar uchun, ko`rik xamma bemorlar uchun.

**Jixozlanishi:** yaxshi yoritilgan palata, shifokor xonasi.

**Bajariladigan etaplar (qadamlar):**

| No | rlar                            | olmadi | bajardi |
|----|---------------------------------|--------|---------|
| 1  | ma`lumotlarini yig`ish          |        |         |
| 2  | ari (asosiy va yondosh) yig`ish |        |         |
| 3  | hamnezini yig`ish               |        |         |
| 4  | mmnezini yig`ish                |        |         |
| 5  | ogik,allergik anamnez yig`ish   |        |         |
| 6  | g ob`ektiv ko`rigi              |        |         |
| 7  | rejasini tuzish                 |        |         |
| 8  | hxis qo`ya bilish               |        |         |
| 9  | hxis o`tkazish                  | 0      | 10      |
| 10 | rejasini tuzish                 | 0      | 10      |
|    |                                 | 0      | 100     |

## 2. NOZOLOGIYALARDA EKG DA PATOLOGIK O`ZGARISHLARNI TAXLIL QILISH

(YUrak aritmiyalari, qamallar, yurak ishemik kasalligi, arterial gipertenziya, kardiomiopatiyalar, qon aylanishi etishmovchiligi, yurak nuqsonlari, o`pka yuragi, infeksiyon endokardit)

**Maqsadi:-** EKG o`qish ko`nikmasini o`zlashtirish

| No | Tadbirlar                                         | Bajara olmadi | To`liq bajardi |
|----|---------------------------------------------------|---------------|----------------|
| 1  | YUrak ritmini va uning to`g`riligini aniqlash     | 0             | 20             |
| 2  | YUrak elektr o`qi joylashishini aniqlash          | 0             | 20             |
| 3  | Tish va interval uzunliklarini xisoblash          | 0             | 20             |
| 4  | ST segmenti va T tishining joylashishini aniqlash | 0             | 20             |
| 5  | EKG xulosasini shakllantirish                     | 0             | 20             |

|  |       |   |     |
|--|-------|---|-----|
|  | Ja`mi | 0 | 100 |
|--|-------|---|-----|

### 3.O`PKANING SURUNKALI OBSTRUKTIV KASALLIKLARI VA BRONXIAL ASTMADA PIKFLUOMETRIYA

(Surunkali obstruktiv bronxit, bronxial astma, surunkali o`pka yuragi)

**Maqsadi:** Bronxlarning yashirin giperreaktivligini aniqlash.

| №  | Tadbirlar                                                                                                       | Bajara<br>olmadi<br>(0 ball) | Tulik<br>bajardi<br>(10 ball) |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| 1. | Bemor qulay o`tirib olishi kerak                                                                                | 0                            | 10                            |
| 2. | Pikfloumetr ko`rsatkichini "0" keltirish                                                                        | 0                            | 10                            |
| 3. | Pikfloumetrni spirt bilan ishlov berish                                                                         | 0                            | 10                            |
| 4. | Bemor aktiv chuqur nafas olishi kerak                                                                           | 0                            | 10                            |
| 5. | Bemor pikfloumetrga bor kuchi bilan (chuqur) nafas chiqarishi kerak                                             | 0                            | 10                            |
| 6. | Pikfloumetr ko`rsatkichini yana "0"ga keltirib, aniq natijaga erishish uchun muolajani 2 marta qaytarish kerak. | 0                            | 10                            |
| 7. | Pikfloumetr protokoliga eng yuqori natijani qayd qilish kerak                                                   | 0                            | 10                            |
| 8. | Kun davomida (ertalab, kunduzi, kechqurun) monitoring o`tkazish                                                 | 0                            | 10                            |
| 9. | Pikfloumetr ko`rsatkichlarini dinamikasini qayd qilish                                                          | 0                            | 10                            |
| 10 | Pikfloumetrni yuvish va quritish.                                                                               | 0                            | 10                            |
|    | Jami                                                                                                            | 0                            | 100                           |

#### 4. Nozologiyalar bo`yicha parhez tavsiyalari va davolash dasturini tuzish

(Barcha kasalliklarda)

**Maksadi:** Kasallikni davolash yoki remissiyasiga erishish

| №  | Tadbirlar                                                                                        | Bajara<br>olmadi | Tulik<br>bajardi |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|
| 1. | Pevzner buyicha parhez stolini tavsiya eta olish                                                 | 0                | 20               |
| 2. | Tashxisga, kasallikning ogirlik darajasiga va boskichiga mos ravishda asosiy davo tayinlash      | 0                | 30               |
| 3. | Tashxisga, kasallikning ogirlik darajasiga va boskichiga mos ravishda simptomatik davo tayinlash | 0                | 30               |
| 4. | Profilaktika chora-tadbirlarini tayinlash                                                        | 0                | 20               |
|    | Jami                                                                                             | 0                | 100              |

### FAKULTET TERAPIYA FANIDAN AMALIY KO`NIKMALARNI BAXOLASH MEZONLARI

| № | Amaliy kunikma                                                                        | Koeffi-<br>tsient | Utish balli<br>(%) | Maksimal<br>ball (%) |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------|----------------------|
| 1 | Mutaxassis – shifokor bemorni so`rab surishtirishi va ko`rikdan o`tkazishi            | 0,25              | 13,75              | 25                   |
| 2 | Nozologiyalarda eKG da patologik o`zgarishlarni aniqlash va taxlil qilish             | 0,25              | 13,75              | 25                   |
| 3 | <i>O`pkaning surunkali obstruktiv kasalliklari va bronxial astmada pikfloumetriya</i> | 0,25              | 13,75              | 25                   |
| 4 | Nozologiyalar bo`yicha parhez tavsiyalari va                                          | 0,25              | 13,75              | 25                   |

|  |                           |   |    |     |
|--|---------------------------|---|----|-----|
|  | davolash dasturini tuzish |   |    |     |
|  | Jami                      | 1 | 55 | 100 |

### Qadamlarning mazmun va mohiyatini tushuntirib beruvchi tavsifi.

| №  | Amaliy ko`nikma nomi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Maqsadi                                            | Mohiyati                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | <p><b>Mutaxassis -shifokor bemorni so`rab surishtirishi va ko`rikdan o`tkazishi.</b></p> <p>Bu amaliy ko`nikmani talaba quyidagi qadamlarni bajarish orqali o`zlashtiradi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Pasport ma`lumotlarini yig`ish.</li> <li>2.SHikoyatlari (asosiy va yondosh).</li> <li>3. Kasallik anamnezini yig`ish.</li> <li>4.Hayot anamnezini yig`ish</li> <li>5.Epidemiologik va allergologik anamnezni yig`ish.</li> <li>6.Bemorni ob`ektiv ko`rikdan o`tkazish.</li> <li>7.Birlamchi tashxis qo`ya bilish.</li> <li>8. Bemorni tekshirish rejasini tuzish.</li> <li>9.Klinik tashxisni asoslash.</li> <li>10.qiyosiy tashxis o`tkazish.</li> <li>11. YAkuniy tashxisni asoslash.</li> </ol> | <p>Tashxis uchun kerakli ma`lumotlarni yig`ish</p> | <p>Bemorni so`rab-surishtirish tashxis qo`yishda katta ahamiyatga ega. Bu amaliy ko`nikmadagi har bir qadam to`g`ri tashxis qo`yishda muhim ahamiyat kasb etadi. Talaba bemorning ishonchini kozonib, muloqotga kirishishi, bemorning shaxsiyati va kasallikka munosabatini aniqlash (kasallikning ichki manzarasi),bemorning hushi, ruhiy holati, umumiy kurinishi, kasallik, hayot, epidemiologik va allergologik anamnezini to`g`ri yig`ishi, ob`ektiv ko`rik o`tkaza olish, taxminiy tashxisni shakllantira olishi, tashxisni asoslash uchun tekshirish usullarini tavsiya etish, klinik va qiyosiy tashxisni asoslab, yakuniy tashxisni shakllantirib bera olishi lozim bo`ladi.</p> <p>Har bir qadamni talaba to`g`ri bajarishi lozim, chunki keyingi qadam dastlabki qadam bilan uzviy bog`liq.</p>                                                           |
| 2. | <p><b>Nozologiyalarda eKG dagi patologik o`zgarishlarni aniqlash va tahlil qilish</b></p> <p>Bu amaliy ko`nikmani talaba quyidagi qadamlarni bajarish orqali o`zlashtiradi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. YUrak ritmini, uning to`g`riligini va YUqS ni aniqlash.</li> <li>2. YUrak elektr o`qi joylashishini aniqlash.</li> <li>3. YUrak elektr pozitsiyasini aniqlash.</li> <li>4. Tishchalar va intervallar uzunliklarini xisoblash.</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>EKG o`qish ko`nikmasini o`zlashtirish</p>       | <p>EKG-yurak faoliyati davomida yuzaga keladigan bioelektrik hodisalarni yozib olish yordamida uning ritmi, o`tkazuvchanligi, qo`zg`aluvchanligi, hajmi va shaklining o`zgarishi, qon bilan ta`minlashining holati haqida ma`lumotlar beruvchi tekshirish usulidir. eKG ni o`qish ko`nikmasini o`zlashtirish orqali talaba turli kasalliklarda yuzaga keladigan eKG o`zgarishlarni tahlil qila olish ko`nikmasini o`zlashtiradi, ya`ni, talaba har bir qadamni ketma-ketlikda o`zlashtira olgan tarzdagina eKG xulosasini shakllantira oladi.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. YUrak ritmi R tishchaning mavjudligiga va uning QRS kompleksidan oldin joylashishiga qarab aniqlanadi. R tishcha mavjud bo`lmaganda geterotop ritmni topish kerak bo`ladi. YUqS ni esa, maxsus jadval yoki YUqS q 60</li> </ol> <p>R-R formulasi orqali hisoblanadi.</p> |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | <p>5. ST segmenti va T tishining joylashishini aniqlash.</p> <p>6. eKG xulosasini shakllantirish.</p>                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                           | <p>2. YUrak elektr o`qi R tishcha amplitudasining standart tarmoqlarda katta – kichikligiga ko`ra aniqlanadi. Uning ahamiyati elektr o`qining chapga yoki o`ngga og`ishida gipertrofiyalarda hisobga olinadi.</p> <p>3. YUrak elektr pozitsiyasi avl, avf tarmoqlarida R tishcha amplitudasining o`zgarishiga qarab aniqlanadi. Uning ahamiyati elektr o`qining chapga yoki o`ngga og`ishida gipertrofiyalarda hisobga olinadi.</p> <p>4. R, Q tishchalar amplitudasi, davomiyligi QRS kompleksi, PQ, QT intervallari davomiyligi hisoblashning ahamiyati bo`lmachalar gipertrofiyasi, miokarddagi nekroz o`chog`i mavjudligini, av qamallar, bo`lmachalar ichi, qorinchalar ichi, Giss tutami oyoqchalari to`liq yoki noto`liq qamali, WPW sindromini o`rganishda ahamiyat kasb etadi.</p> <p>5. ST segmenti va T tishining joylashishi miokardning zararlanishi va ishemiyasini aniqlashda rol o`ynaydi.</p> <p>6. eKG xulosasi quyidagi sindromlarda shakllantiriladi:</p> <p>a) YUrak ritmi, uning to`g`riligi, YUqS ni aniqlash</p> <p>b) YUrak elektr o`qi, pozitsiyasini aniqlash.</p> <p>v) YUrak avtomatizmi, qo`zg`aluvchanligi, o`tkazuvchanligi o`zgarishi holatiga baho berish.</p> <p>g) Bo`lmachalar va qorinchalar gipertrofiyasi yoki zo`riqishi, miokard zararlanishi, nekroz, ishemiya, distrofiya va metabolik o`zgarishlar mavjudligini aniqlash.</p> |
| 3. | <p><b>O`pkaning kasalliklari va bronxial astmada pikfloumetriya</b></p> <p>Bu amaliy ko`nikmani talaba quyidagi qadamlarni bajarish orqali o`zlashtiradi:</p> <p>1. Bemor qulay o`tirib olishi kerak.</p> <p>2. Pikfloumetr ko`rsatkichini “0” keltirish.</p> <p>3. Pikfloumetrni spirt bilan ishlov berish.</p> <p>4. Bemor aktiv chuqur nafas olishi</p> | <p>Bronxlarning yashirin giperreaktivligini aniqlash.</p> | <p>Bu usulda nafas olish va chiqarish tezligi aniqlanadi, uning kun mobaynidagi ko`rsatkichlari farqiga ahamiyat beriladi. O`pkaning surunkali obstruktiv kasalliklari va bronxial astmada pikfloumetriya ko`rsatkichlari pasayadi. Amaliy ko`nikmani talaba qadamma-qadam o`zlashtirish orqali bronxlarning yashirin giperreaktivlik holati mavjudligini aniqlay oladi va bu to`g`ri tashxis qo`yishda yordam beradi.</p> <p>Har bir qadamni talaba to`g`ri bajarishi lozim, chunki keyingi qadam dastlabki qadam bilan uzviy bog`liq.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | <p>kerak.</p> <p>5. Bemor pikfloumetrga bor kuchi bilan (chuqur) nafas chiqarishi kerak.</p> <p>6. Pikfloumetr ko`rsatkichini yana "0"ga keltirib, aniq natijaga erishish uchun muolajani 2 marta qaytarish kerak.</p> <p>7. Pikfloumetr protokoliga eng yuqori natijani qayd qilish kerak.</p> <p>8. Kun davomida (ertalab, kunduzi, kechqurun) monitoring o`tkazish.</p> <p>9. Pikfloumetr ko`rsatkichlarini dinamikasini qayd qilish.</p> <p>10. Pikfloumetrni yuvish va quritish.</p> |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 4. | <p><b>Nozologiyalar bo'yicha parhez tavsiyalari va davolash dasturini tuzish</b></p> <p>Bu amaliy ko`nikmani talaba quyidagi qadamlarni bajarish orqali o`zlashtiradi:</p> <p>1. Pevzner buyicha parhez stollarini tavsiya etish</p> <p>2. etiologik davoni tavsiya etish.</p> <p>3. Patogenetik davoni tavsiya etish.</p> <p>4. Simptomatik davoni tavsiya etish.</p>                                                                                                                    | <p>Nozologiyalar bo'yicha parhez tavsiyalari va davolash dasturini tuzish ko`nikmasini o`rgatish</p> | <p>Talaba bu amaliy ko`nikmani o`zlashtirayotganidakasalliklar bo'yicha parhez stollarining mohiyatini yana bir bor o`rganadi, har bir kasallik uchun o`ziga xos etiotrop, patogenetik, simptomatik davolash turlarini quyi kurslarda o`rgangan farmakologiya, dietologiya va 5 kursda o`rganilayotgan klinik farmakologiya fanlariga tayangan holda o`zlashtiradi va bunda albatta dori preparatlarini to`g`ri yozish va tegishli terapevtik dozalarda tavsiya etishni o`zlashtiradi.</p> <p>1. Pevzner bo'yicha talaba 15 ta parhez stolini va uning tarkibini bilishi lozim.</p> <p>2. etiotrop davoni tavsiya etayotganda talaba har bir kasallikka xos bo`lgan etiologik xususiyatlarini hisobga oladi.</p> <p>3. Patogenetik davoni tavsiya etish esa kasallikning patogenezidan kelib chiqqan holda patogenetik sindromlarni korrektsiyalashni o`zlashtirishni o`z ichiga oladi.</p> <p>4. Simptomatik davo kasallikning belgilari, ya`ni simptomlariga ko`ra, davolashni o`zlashtirishni o`z ichiga oladi.</p> |

# Test savollari

Surunkali bronxitni tekshirishda eng informativ usul:

Bronxoskopiya\*  
Ko'krak qafasi rentgenografiyasi  
O'pka sintigrafiyasi  
Qondagi gaz sifatini aniqlash  
Flurografiya

Surunkali bronxiti bor bemorlarda auskultatsiyada eshitiladi:

Jarangli nam xirillashlar  
Quruq va nam xirillashlar \*  
Plevra ishqalanish shovqini  
Krepitatsiya  
Quruq xirillashlar

Surunkali bronxitda qaysi guruh dorilarni qo'llash mumkin emas:

Bronxodilyatatorlar  
Biostimulyatorlar  
B-blokatorlar\*  
Immunomodulyatorlar  
Kalsiy antagonistlari

O'tkir bronxitda aniqlanadi:

Qutichasimon tovush  
Perkutor to'mtoqlashuv  
Timpanik tovush  
O'zgarmagan o'pka tovushi \*  
Susaygan vezikulyar nafas

Surunkali bronxit asorati:

O'pkali yurak  
Nafas yetishmovchiligi  
O'pka emfizemasi  
Barchasi to'g'ri\*  
Pnevmoskleroz

Surunkali obstruktiv bronxitga xarakterli triada simptomi:

Yo'tal, xansirash, nam xirillashlar  
Balg'amsiz yo'tal, nam xirillashlar  
C. Yo'tal, balg'am, nam xirillashlar  
D. Yo'tal, balg'am, xansirash\*  
E. Yiringli balg'am, jarangli nam xirillashlar

Surunkali bronxit obstruksiyasida auskultatsiyada eshitiladi.

Bronxial nafas  
Krepitatsiya  
Quruq g'ijillovchi, xushtaksimon xirillashlar\*  
Kichik pufakchali jarangli nam xirillashlar  
Katta pufakchali jarangsiz nam xirillashlar

Bronxoektatik kasallikka xos

Kengaygan bronxlarda yiring\*  
Kavernalar  
O'smalar  
Plevra bo'shlig'ida suyuqlik  
Gangrenalar

Kengaygan bronxlarning yallig'lanishi xos:  
Bronxoektatik kasallikda\*  
Bronxlar  
O'pka absessi  
Tuberkulyoz  
O'pka rakida

Bemor ertalab og'zi to'la balg'am ajratishi xos:  
Bronxial astmada  
Krupoz pnevmoniyada  
Bronxoektatik kasallikda\*  
Eksudativ plevritda  
Surunkali obstruktiv o'pka kasalligida

Bronxoektatik kasallikni tekshirishda eng informativ usul:  
Bronxografiya\*  
Ko'krak qafasi rentgenografiyasi  
Spirografiya  
Flurografiya  
Spirometriya

Barmoqlar "baraban tayoqchalari", tirnoqlar "soat oynasi" ko'rinishi qaysi kasallikda uchraydi:  
Bronxoektatik kasallikda\*  
Uchramaydi  
O'tkir bronxitda  
O'choqli pnevmoniyada  
Krupoz pnevmoniyada

Mukolitiklarga kiradi ....dan tashqari:  
Fenolftalein\*  
Asetilsistin  
Bromgeksin  
Mukaltin  
Ambroksan

Bronxoektatik kasallikda balg'amda bo'lishi xos :  
Eozinofillar  
Qon ipirlari\*  
Elastik tolalar  
Kurshman spirallari  
Sharko-leyden kristallari

Bronxoektatik kasallikni tekshirishda eng informativ usul:  
O'pka auskultatsiyasi  
O'pka perkussiyasi  
Bronxografiya\*

## Obzor rentgenografiya TNFni tekshirish

Bronxoektatik kasallikka xos emas:  
Balg'amda qon ipirlarini bo'lishi  
Sharko-leyden kristallari\*  
Barmoqlar "baraban tayoqchalari" ko'rinishida  
Balg'amni sarg'ish – yashil rangda bo'lishi  
Turgun nam xirillashlar

Bronxoektatik kasallikka xos :  
Lokalizatsiyasi-o'pkaning pastki bo'laklarida  
Bronxda yiringli jarayonlar  
Bronxlarning kengayishi va deformatsiyasi  
Barchasi\*  
kasallikning surunkali kechishi

Bronxoektatik kasallikni asosini nima tashkil etadi:  
Yo'talganda bronx ichidagi bosimning oshishi  
Shakllangan bronxoektazlarni yiringlashi\*  
Plevra ichidagi manfiy bosimning ortishi  
Balg'am ajratish mexanizmini buzilishi  
Bronxlarni tog'ay qavati va mushak plastinkalarini degeneratsiyasi

Surunkali bronxitni ekzigen faktori:  
Tamaki tutuni  
Havo basseyini ifloslanishi  
Sanab o'tilganlarni barchasi\*  
Kasbiy zararli omillar  
Virusli infeksiya

Surunkali bronxitning ekzogen omillariga kirmaydi:  
Burun xalqum patologiyasi  
Passiv chekish\*  
Nasliy moyillik  
Moddalar almashuvini buzilishi  
Yuqori nafas yo'llari o'choqli infeksiyasi

Surunkali bronxit patogenezida nima ahamiyatga ega:  
Shilliq qavatni struktur-funksional xususiyatlarini buzilishi  
Shilliq qavatni yallig'lanishi  
Yuqoridagilarning barchasi\*  
Bronxlar o'tkazuvchanligini buzilishi  
Bronxlar drenaj funksiyasini buzilishi

Surunkali bronxitda obstruktiv sindrom sabablari (ortiqchasini o'chiring):  
Bronx mushaklarini spazmi  
Shilliqning gipersekretsiyasi  
Bronx shillig'ini allergik o'zgarishi  
Shilliqning giposekretsiyasi\*  
Kichik bronxlar kollapsi

Surunkali bronxitda bronxial obstruksiya belgisi:

Nafas chiqarganda xushtaksimon xirillashlar  
Sanab o'tilganlarning birortasi\*  
Tin nafas olishda nafas chiqarishning uzayganligi  
Obstruktiv emfizema simptomi  
Forsirlangan nafas olishda nafas chiqarishning uzayishi

Bronxoskopiya qanday maqsadni ko'zlaydi (ortiqchasini o'chiring)?  
Yallig'lanish aktivligini baholaydi  
Yallig'lanish xarakterini baholaydi  
Traxeobronxial daraxtning funksional xususiyatini baholaydi  
Tashqi nafas funksiyasini baholaydi\*  
O'smani tashxislashda ahamiyatli

Obstruktiv bronxitda TNFni xarakterli ko'rsatkichi:  
Chekish  
Havo basseynini ifloslanishi  
Iqlim  
**Immunitetning pasayishi\***  
Infeksiya

Surunkali bronxitning shakllari:  
**Fibrinoz\***  
Kataral  
Yiringli  
Obstruktiv  
Yiringli- obstruktiv

Surunkali bronxitda bronxospastik komponentni auskultativ simptomi:  
Nafas chiqarishning uzayishi va quruq xushtaksimon xirillashlarning bo'lishi\*  
Kichik pufakchali jarangli nam xirillashlarning bo'lishi  
Diffuz susaygan vezikulyar nafasning bo'lishi  
O'pkaning pastki sohalarida jarangli kichik pufakchali xirillashlarni bo'lishi  
Dag'allashgan nafas g'o'ng'illovchi xirillashlar bilan

Surunkali bronxitni tekshirishda eng informativ usul:  
Ko'krak qafasi rentgenografiyasi  
Bronxoskopiya\*  
O'pka sintigrafiyasi  
Qondagi gaz sifatini aniqlash  
KT

29. Surunkali bronxiti bor bemorlarda auskultatsiyada eshitiladi:

- A. Jarangli nam xirillashlar
- B. Plevra ishqalanish shovqini
- C. Krepitatsiya
- D. Quruq va nam xirillashlar\*
- E. Quruq xirillashlar

30. Surunkali bronxitda qaysi guruh dorilarni qo'llash mumkin emas:

B-blokatorlar\*  
Immunomodulyatorlar  
Biostimulyatorlar  
Bronxodilyatatorlar

## Kalsiy antogonistlari

### 31. O'tkir bronxitda aniqlanadi:

Susaygan vezikulyar nafas  
Qutichasimon tovush  
Perkutor to'mtoqlashuv  
Timpanik tovush  
O'zgarmagan o'pka tovushi \*

### 32. Surunkali bronxitda yo'tal ko'proq:

Kun bo'yi\*  
Kechki  
Tungi  
Ertalabki  
To'g'ri javob yo'q

### 33. Surunkali bronxit asorati:

O'pkali yurak  
Nafas yetishmovchiligi  
Barchasi to'g'ri\*  
O'pka emfizemasi  
Pnevmoskleroz

### 34. Surunkali obstruktiv bronxitga xarakterli triada simptomi:

Balg'amsiz yo'tal, nam xirillashlar  
Yo'tal, balg'am, nam xirillashlar  
Yo'tal, balg'am, xansirash\*  
Yo'tal, xansirash, nam xirillashlar  
Yiringli balg'am, jarangli nam xirillashlar

### 35. Surunkali bronxit obstruksiyasida auskultatsiyada eshitiladi.

Quruq g'ijillovchi, xushtaksimon xirillashlar\*  
Bronxial nafas  
Krepitatsiya  
Kichik pufakchali jarangli nam xirillashlar  
Katta pufakchali jarangsiz nam xirillashlar

### 36. Bronxoektatik kasallikka xos

O'smalar  
Kavernalar  
Kengaygan bronxlarda yiring\*  
Plevra bo'shlig'ida suyuqlik  
Gangrenalar

### 37. Bemor ertalab og'zi to'la balg'am ajratishi xos:

Bronxoektatik kasallikda\*  
Bronxial astmada  
Krupoz pnevmoniyada  
Eksudativ plevritda  
Surunkali obstruktiv o'pka kasalligida

### 38. Bronxoektatik kasallikni tekshirishda eng informativ usul:

Ko'krak qafasi rentgenografiyasi

Spirografiya  
Bronxografiya\*  
Flurografiya  
Spirometriya

39. Barmoqlar “baraban tayoqchalari”, tirnoqlar “soat oynasi” ko’rinishi qaysi kasallikda uchraydi:

Bronxoektatik kasallikda\*

Uchramaydi

O’tkir bronxitda

O’choqli pnevmoniyada

Krupoz pnevmoniyada

40. Mukolitiklarga kiradi ....dan tashqari:

Asetilsistin

Bromgeksin

Mukaltin

Ambroksan

Fenolftalein\*

41. Bronxoektatik kasallikda balg’amda bo’lishi xos :

A. Elastik tolalar

B. Eozinofillar

C. Qon ipirlari\*

D. Kurshman spirallari

E. Sharko-Leyden kristallari

42. O’tkir bronxitda bemorlarni periferik qonida aniqlanadi:

Leykopeniya

Leykositoz\*

Neytropeniya

Echtni susayishi

Trombositopeniya

43. Surunkali bronxit shaklini sanang:

Fibrinoz bronxit

Gemorragik

Pollipoz

Surunkali obstruktiv\*

Allergic

44. O’tkir bronxiti bor bemorlar balg’amida uchraydigan mikroob:

Ko’kyiring tayoqchasi\*

Ichak tayoqchasi

Influenza kasalligi

Klebsiyella tayoqchasi

Enterogen streptokokk

45. O’tkir bronxitda yallig’lanish lokalizatsiyasi:

Traxeya\*

Bronxiolalar

Alveolalar

Burun-halqum

## Bronxlar

46. O'tkir bronxitga xarakterli balg'am turi:

Qonli  
Yiringli  
Malina jelesidek  
Shilliq\*  
Aralash

47. O'tkir bronxiti bor bemorlarni xarakterli simptomi :

Quruq yo'tal\*  
Doimiy yo'tal  
Yo'talganda va aksirganda ko'krak qafasida og'riq  
Nafas siqish huruji

48. O'tkir bronxitda fizikal belgilar:

Auskultatsiyada- dag'al nafas nafas chiqarishning uzayishi bilan  
Quruq xushtaksimon va g'o'ng'illovchi xirillashlar  
Perkutor – qutichasimon tovush  
Ayrin hollarda timpanik  
Perkutor- aniq o'pka tovushi\*

49. O'tkir bronxitda bemorlarni periferik qonida aniqlanadi:

Neytrofilyoz  
Echtning oshishi\*  
Leykopeniya  
Neytropeniya  
Echtning pasayishi

50. Surunkali bronxit shakllari:

Qonli, surunkali  
Fibrinoz bronxit  
Oddiy asoratlanmagan kataral\*  
Gemorragik  
To'g'ri javob yo'q

Surunkali gastrit A tipining sekretsiyasi

Kamaygan  
Axiliya  
Normal  
Axlorgidriya  
Oshgan\*

Surunkali gastritni qiyidagilardan qaysi birida farqlash kerak:

Surunkali pankreatit  
Oshqozon yara kasalligi  
Oshqozon o'smasi  
Hamma sanab o'tilganlar\*  
Surunkali xolesistit

O'sma oldi kasalliklariga kiradi, noto'g'risini ko'rsating:

Surunkali atrofik gastrit sekretor yetishmovchilik bilan

Keng asosli me'da poliplari  
Eroziv gastrit\*  
Polipoz gastrit  
Rigid antral gastrit

Srunkali atrofik gastrit davosiga kiradi:  
O'rab oluvchi va qamrovchi moddalar  
Metiluratsil  
Vitaminlar  
O'rinbosuvchi terapiya  
yuqoridagilarning barchasi\*

Surunkali gastrit B tipining sekretsiyasi:  
Oshgan  
Axiliya  
Normal  
Giperkriniya  
Pasaygan\*

Helicobacter Piloni ta'sir qiluvchi preparat:  
Gastrosepin  
Gastrofarm  
Trixopol\*  
Almagel  
Omeprazol

Gistamin H2 retseptorlarini bloklaydi:  
De-nol  
Platifillin  
Festal  
Kvamatel\*  
Trixopol

Gastritlar profilaktikasi nimaga asoslangan:  
To'g'ri ovqatlanish rejimi va xususiyati  
Kasbiy zararlilarni chegaralash  
Hamma sanab o'tilganlar\*  
Alkogol qabul qilmaslik  
Surunkali gastritga olib keluvchi kasalliklarni davolash

Quyidagi preparatlardan qaysi biri ko'proq eroziv gastritning rivojlanishiga sabab bo'ladi  
Prednizalon, indometatsin\*  
Riboksin, mildronat  
Kurantil, trental  
Gastrosepin, maaloks  
Ранитидин

Oshqozon H2-gistamin retseptorlari blokatorlariga kirmaydi  
Gastrosepin\*  
Kvamatel  
Simetidin  
Ranitidin  
maaloks

Oshqozon shilliq qavati reparantiga kiruvchi preparatni ko'rsating  
Serukal  
No-shpa  
Atropin  
Maaloks  
Solkoseril\*

Antixelikobakter antibakterial preparatni ko'rsating  
Trixopol\*  
Atropin  
Fosfolyugel  
De-nol  
maaloks

Surunkali gastritga xos bo'lgan simptomlarni ko'rsating  
Qabziyat  
ich ketishi  
epigastral sohadagi to'mtoq og'riqlar\*  
Melena  
barchasi noto'gri

Oshqozon shilliq qavatini shikastlantiruvchi preparatni ko'rsating  
Aktovegin  
Solkoseril  
Prednizolon\*  
Metiluratsil  
Barchasi noto'gri

Xelikobakter infeksiyasini davolashda qo'llanilmaydigan preparat  
Siprofloksatsin\*  
Tetratsiklin  
Amoksitsillin  
Trixopol  
Barchasi noto'gri

Oshqozon sekretsiyasini stimulyasiyaovchi preparat hisoblanmaydi  
Gistamin  
Pentagastrin  
Almagel\*  
Prozerin  
Barchasi noto'gri

Ovqat qabul qilgandan 10-15 minut o'tgandan so'ng epigastriy sohasida og'riq va og'irlik hissiyoti, jig'ildon qaynashi, nordon kekirish, ich qotishi ko'proq quyidagiga xos  
Sekretor yetishmovchiligi bor surunkali gastritga  
12 barmokli ichak yara kasalligiga  
Sekretsiyasi saqlangan surunkali gastritga  
Barchasi noto'gri  
Sekretsiyasi oshgan surunkali gastritga\*

Ranitidinning chiqarilish dozasi qancha

100 mg  
200 mg  
150 mg\*  
110 mg  
Barchasi noto'gri

Surunkali gastrit A tipiga xos bo'lgan sekretiya  
Kamaygan  
Axiliya  
Oshgan\*  
Meyorida  
Barchasi noto'gri

Surunkali gastrit B tipiga xos bo'lgan sekretiya  
Oshgan  
Kamaygan\*  
Axiliya  
Meyorida  
Archasi noto'gri

Oshqozon sekretiyyasini stimullovi preparat  
Almagel  
Plantaglyusid\*  
Serukal  
Gastrotsepin  
Barchasi noto'gri

«Helicobacter pilori»ga ta'sir ko'rsatadi  
Gastrotsepin  
Gastrofarm  
Almagel  
Barchasi noto'gri  
Trixopol\*

Gistamin H<sub>2</sub> retseptorlari blokatori hisoblanadi  
De-nol  
Platifillin  
Kvamatel\*  
Festal  
Barchasi noto'gri

Pantaprazol dozasi  
40 mg\*  
60 mg  
5 mg  
15 mg  
barchasi noto'gri

Omeprazol dozasi  
60 mg  
5 mg  
20 mg\*  
15 mg

barchasi noto'gri

Pantaprazol qaysi farmakologik guruhga kiradi

H-2 gistaminbloklatorlari

APF ingibitorlari

Xolinobloklatorlar

proton pompa ingibitorlari\*

vitaminlar

Gastritda qaysi guruh preparatlarini qo'llash mumkin emas

Regenerasiyani yaxshilovchilar

Antibiotiklar

Nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlar\*

Polivitaminlar

APF ingibitorlari

Xolinobloklatorlar

Gastrit Bni etiologik omili xisoblanadi

Fiziko – ximik omil

Ovqatlanishni buzilishi

Yallig'lanishga qarshi preparatlarni uzoq vaqt qabul qilish

barchasi noto'gri

Helicobacter pylori\*

Gastritlarni davolashda gistaminobloklatorlar guruhiga nimalar kiradi

Raglan, serukal

Metilurasil, pentoksil

Ranitidin, nizatidin\*

Fosfalyugel, almagil

barchasi noto'gri

Surunkali gastritlarning asosiy sababi....

Koksaki virusi

HP\*

Bakteriya

Alkogol

barchasi noto'gri

HP avvaliga qayerda joylashadi ...

Fundusda

Kardial sohada

Oshqozon tanasida

Antral sohada \*

Пилорус

Oshqozon kirish qismi qayerda joylashgan

10 yoki 11 ko'krakumurtqalarisohasida, umurtqa pog'onasidan chapda \*

11 yoki 12 belumurtqalarisohasida, umurtqapog'onasidano'ngda

12-ko'krak yoki 1-belumurtqalarisohasida, umurtqapog'onadanchapda

Diafragma ostida, umurtqa pog'onadan oldinda

barchasi noto'gri

Oshqozonning oldingi yuzasi nimaga tegib turadi  
Jigarchapbo'lagiyuqoriyuzasiga, oldingiqorinpardaga  
Jigarchapbo'lagipastkiyuzasiga, diafragmavaoldingiqorinpardaga\*  
Jigarkvadratbo'lagiga, o'tpufagivaoshqozonostibeziga  
Taloqqa va ko'ndalang ichakning chap bukilishiga  
Barchasi noto'gri

Куйидаги препаратларни қабул қилиш ошқозон ичак тракти шиллиқ пардасида яра пайдо бўлишига олиб келади:

Метронидазол  
Атенолол  
Ацетилсалицилат кислотаси\*  
Эуфиллин  
Дигоксин

Куйидаги препаратлардан қайси бири эрозив гастритнинг ривожланишига сабаб бўлади:

Рибоксин, мильдронат  
Курантил, трентал  
Преднизалон, индометацин\*  
Гастроцепин, маалокс  
Обзидан, конкор

Сурункали гастритга хос бўлган симптомларни кўрсатинг:

Кўнгил айнаши  
Қабзият  
Ич кетиши  
Эпигастрал соҳадаги тўмтоқ оғриқлар\*  
Мелена

Ошқозон секрециясини стимуляцияловчи препарат (ортиқчасини кўрсатинг):

Алмагель\*  
Гистамин  
Пентагастрин  
Прозерин  
Никотин кислотаси

Хеликобактер инфекциясини даволашда қўлланилмайдиган препарат:

Ципрофлоксацин\*  
Тетроциклин  
Амоксициллин  
Трихопол  
Кларитромецин

Овқат қабул қилгандан 10-15 минут ўтгандан сўнг эпигастрий соҳасида оғриқ ва оғирлик ҳиссиёти, жиғилдон қайнаши, нордон кекириш, ич қотиши кўпроқ куйидагига хос:

Секретор етишмовчилиги бор сурункали гастритга  
12 бармокли ичак яра касаллигига  
Секрецияси ошган сурункали гастритга\*  
Секрецияси сақланган сурункали гастритга  
Ошқозон ракига

Gastrin sekretsiiyasi:  
Oshqozonni fundal qismida  
O'n ikki barmoq ichak shilliq qavatida  
Brunner bezlarida  
Pilorik qismda  
Oshqozonni antral qismida\*

Debit soatda – erkin vodorod xlorid kislotasi bazal portsiyada normada nechiga teng:  
5-6 mmol  
0,5-2,5 mmol  
1-4 mmol\*  
5-10 mmol  
15 mmol

Denol patogenetik davo hisoblanadi:  
Refluks-gastritda  
Eroziv gastritda  
Sekretsiiyasi kamaygan gastritda  
gastritda, assotsirlangan kompilobakterda\*  
Gipertrofik gastritda

Oshqozon shilliq qavatida qo'shimcha hujayralar sekretsiiyalaydi:  
bikarbonatlar  
gastrin  
sekretin  
mutsin\*  
bombezin

Gastritni nomedikamentoz davolashda ishlatiladi quyidagilardan tashqari:  
magnitoterapiya  
giperbarik oksigenasiya  
refleksoterapiya\*  
rodon vannalari  
barchasi noto'g'ri

H2-gistamin retseptorlari blokatorlariga kirmaydi:  
Famotidin  
Simetidin  
Ranitidin  
Eglonil\*  
Venter

H2-gistamin retseptorlari blokatorlariga kiradi:  
Venter  
Simetidin\*  
Roter  
Atropin  
Eglonil

Gastritni sekretor yetishmovchiligida qaysi stol beriladi:  
Stol№1  
-Stol№4

-Stol №5  
- Стол №2\*  
-Stol№7

Surunkali gastritda tekshirishning eng informativ usuli :  
EGDFS\*  
Rentgen tekshiruv  
Oshqozon shilliq qavati biopsiyasi  
Oshqozon sekretsiyasini tekshirish  
MRT

Oshqozon sokini umumiy kislotaligi bazal portsiyada ...teng:  
10-30 т. ед.  
20-50 т. ед  
40-60 т. ед.\*  
60-80 т. ед  
80-100 т. ед

Gastrit B tipini rivojlanishini asosiy sababi:  
Chekish  
Autoimmun jarayon  
Parhezni buzish  
Infeksiya\*  
Sovuq  
Gipertoniya kasalligi patogenezida muxim ahamiyatga ega  
xammasi tog'ri \*  
Yurak zarbinning oshishi  
Umumiy periferik qarshilikning oshishi  
Miofibrillalarda kaltsiy midorining oshishi  
Simpato-adrenal tizimning faollashishi.

Gipertoniya kasalligining II bosichiga nima xos (ortichasini chiqaring):  
Ko'z tubi tomirlari angiopatiyasi  
Ko'krak qafasi rentgen tekshiruvda chap qorincha gipertrofiyasi  
EKGda chap orincha gipertrofiyasi  
Anamnezda insult yoki infarkt\*  
UTTda chap orincha gipertrofiyasi

Gipertoniya kasalligining III bosichiga nima xos  
Yurakda ori  
Chap orincha gipertrofiyasi  
Anamnezida miokard infarkti\*  
Gipertonik krizlar  
qon bosimni dori-darmonlar bilan korrektsiyasining muimligi

Gipertoniya kasalligini qqaysi kasalliklar bilan qiyosiy taqqoslash mumkin  
Tireotoksikoz  
NSDning gipertonik turi  
xammasi to'g'ri\*  
Surunkali glomerulonefrit  
Surunkali pielonefrit

Gipertoniya kasalligini davolashda nima qo'llaniladi (Quyidagidan tashqari).

Rabeprazol\*  
Nifedipin  
Atenolol  
Gipotiazid  
Volsartan

Gipertoniya kasalligining ko'p uchraydigan asoratlarini ko'rsating:  
Buyrak arteriyalari trombozi  
Miya shishi  
Gipertonik krizlar\*  
Birlamchi buyrak bujmayishi  
To'r parda tomirlariga qon quyilishi

Gipertonik krizlarga olib keluvchi sababni ko'rsating(quyidan tashqari).  
Klofelinni to'satdan bermay qo'yishi  
Stress  
Aspirinni to'satdan bermay o'yishi\*  
Gipodinamiya  
Ob-avoning keskin o'zgarishi  
Gipertonik krizlarning qaysi shakllari mavjud emas  
Astmatic \*  
Adrenal  
Neyro-vegetativ  
Suv-tuzli  
Talvasa

Gipertonik krizlarni davolashda qo'llanilmaydigan dorilarni ko'rsating:  
Korinfar  
Nifedipin  
Triampu\*  
Natriy nitroprussid  
Laziks

Gipertonik krizlarni bartaraf etish uchun nimalar qo'llanilmaydi  
Amlodipin\*  
Laziks  
Korinfar  
Magneziya sulfat  
Nitroprussid natriy

Gipertonik krizlarni bartaraf etishda qqaysi siydik xaydovchi dorilar qo'llaniladi  
Uregit  
Veroshpiron  
Furosemid \*  
Aldakton  
Triamteren

Kardioselektiv bulmagan b-adrenoblokatorni tanlang:  
Propranolol\*  
Talinolol  
Atenolol  
Metoprolol  
Bisoprolol

Aortal klapan etishmovchiligi uchun ko'pro xos bo'lgan arterial on bosimi:

100/60 mm sim ust

120/70 mm sim ust

160/120 mm sim ust

180/100 mm sim ust

160/30 mm sim ust\*

Quyidagi sanalganlardan qqaysi biri gipertoniya kasalligida depressor ta'sir ko'rsatadi:

Noradrenalin

Adrenalin

Angiotenzin II\*

Bradikinin

Angiotenzin I

Quyidagi sanalganlardan qaysi biri arterial qon bosim ko'tarilishi sababchisi emas:

Katexolaminlar giposekretsiyasi\*

Simpatik-adrenal tizim faolligi oshishi

Prostaglandin F2a ishlab chiqarilishi oshishi

Umumiy periferik arshilik

Vazopressin ishlab chiqarilishi oshishi

Og'ir arterial gipertenziyani davolashning asosiy printsiplari isoblanadi:

Uzoq vaqt uzluksiz gipotenziv terapiya\*

Preparatlarni individual tanlash

Kursli davo

Fizio-balneo davo

Monoterapiya

Gipertoniya kasalligi II bosichi uchun xos:

Yurak chegaralari chapga siljigan\*

O'ng tarafdan yurak asosida sistolik shov'in

Aorta ustida II ton aktsenti

Yurak chegaralari kichrayishi

III ton eshitilishi mumkin

Gipertoniya kasalligida o'pka shishiga nima sababchi isoblanadi:

Chap orinchaning o'tkir etishmovchiligi\*

O'pka kapillyarlarining o'tkazuvchanligi oshishi

onda osil midorining kamayishi

Natriy xlor va suvning ushlanib olishi

Aldosteron sekretiysi oshishi

Yurak astmasi bu:

O'tkir chap orincha etishmovchiligi\*

O'pkaning uzoq davom ilayotgan kasalligi

on aylanish surunkali etishmovchiligi

O'tkir o'ng orincha etishmovchiligi

O'ng bo'lmacha etishmovchiligi

Yurak astmasida qaysi preparatni buyurishni ma'ul topasiz:

Noradrenalin

Anaprilin

Laziks\*

Platifillin  
Eufillin

Beta-blokatorlarga kirmaydi:

Visken  
Anaprilin  
Rezerpin\*  
Kordanum

Trazikor

Gipertoniya kasalligida ovat ratsionidan cheklash tavsiya ilinadi:

Uglevodlar

Vitaminlar

Tuzlar\*

Osillar

O'simlik kletchatkasi

Gipertoniya kasalligida bemor ovatida qaysi masulot cheklanadi:

O'simlik yoi

Ziravorlar

Osh tuzi\*

Suv

amma sanalغانlar

Gipertoniya kasalligi III bosichiga xos:

Chap orincha gipertrofiyasi

O'ng orincha gipertrofiyasi

Turun, baland arterial bosim

Nishon a'zolari tomondan asoratlar\*

O'ng bo'lmacha gipertrofiyasi

Gipertoniya kasalligida markaziy ta'sir ko'rsatuvchi preparatlarga kiradi:

Dopegit, klofellin\*

Kaptopril, enalapril

Obzidan, korinfar

Oksodolin, veroshpiron

Saralazin, lazortan

Gipertoniya kasalligi bronxial astma bilan birga kelganda ko'proq foydali preparat:

Anaprilin

Trazikor

Kordaron

Korinfar\*

Obzidan

Qon zardobida renin faolligi baland bo'lganda ko'proq ta'sir ko'rsatuvchi dori vositasi:

Furosemid

Dopegit

Korinfar

Kaptopril\*

Veroshpiron

Tomir gipertoniyasi isoblanadi:

Renovaskulyar gipertoniya\*

Posttravmatik gipertoniya  
Buyrak polikistozi  
Konn sindromi  
Feoxromotsitoma  
Chap orincha gipertrofiyasining asosiy EKG belgisi:  
I, V-5, V-6 uzatmalarda R tishcha amplitudasi balandligi\*  
T tishcha yo'ligi  
Q-T intervali uzayishi  
II, V-3, V-4 uzatmalarda R tishcha balandligi  
V-3, V-4, AVL uzatmalarda manfiy T tishcha

Meyoriy arterial bosim diapazoni:  
100/60 - 139/89 mm. sim. ust.\*  
90/50 - 109/59 mm. sim. ust.  
140/90 - 159/94 mm. sim. ust.  
110/60 - 139/69 mm. sim. ust.  
170/100 - 189/149 mm. sim. ust.

Chegaraviy arterial gipertenziyani ko'rsating:  
110/60 - 139/89 mm. sim. ust.  
130/90 - 144/94 mm. sim. ust.  
140/90 - 159/94 mm. sim. ust.\*  
150/90 - 169/94 mm. sim. ust.  
170/100 - 189/144 mm. sim. ust.

Jaon solini salash jamiyati mezonlariga asosan chegaraviy arterial gipertenziya o'tish  
zonasi isoblanadi:  
149/94 mm. sim. ust.  
130/90 mm. sim. ust.  
135/94 mm. sim. ust.  
160/100 mm. sim. ust.  
159/94 mm. sim. ust.\*

Jaon solini salash jamiyati ekspertlari baolariga asosan arterail bosimning qaysi midoridan  
boshlab arterial gipertoniya isoblanadi:  
160/95 mm. sim. Ust\*.  
130/90 mm. sim. ust.  
120/80 mm. sim. ust.  
150/90 mm. sim. ust.  
159/94 mm. sim. ust.

Jaon solini salash jamiyati tasnifi mezonlariga asosan arterial gipertoniya II bosichini I  
bosichidan farlovchi belgi:  
Chap orincha gipertrofiyasi\*  
Arterial bosimning baland ko'rsatkichlari  
Asoratlar mavjudligi  
Davoning samarasizligi  
Yondosh kasalliklar mavjudligi

Gipertoniya kasalligi III bosichining asosiy belgisi isoblanadi:  
Gipertoniya tufayli buyrak, yurak, bosh miya zararlanishi belgilari\*  
Arterial bosimning turun ko'tarilishi va odatdagi gipotenziv vositalarning samarasizligi  
Diastolik bosimning vati-vati 115 mm sim ustunidan baland ko'tarilishi

Chap orincha gipertrofiyasi  
Tez-tez gipertonik krizlar

Gipertoniya kasalligi I bosichida bemorlarda kuzatilmaydigan shikoyat:

Yomon uyu  
Yurak urib ketishi  
Kechalari buulish xuruji\*  
Bosh orii  
Tez charchash

Gipertoniya kasalligi asoratiga kirmaydi:

on aylanish etishmovchiligi  
Miokard o'tkir infarkti  
Nafas etishmovchiligi\*  
Gipertonik xurujlar  
Insultlar

Chap orincha etishmovchiligining auskultativ belgisi isoblanmaydi:

Taxikardiya  
Nam xirillashlar  
Tonlar susayganligi  
uru jujillovchi xirillashlar\*  
Ot dupuri ritmi

Gipertoniya kasalligi asoratlariga kiradi:

amma sanalganlar\*  
Insultlar  
Miokard infarkti  
Gipertonik xurujlar  
on aylanish etishmovchiligi

Quyidagi kasalliklarning qaysi biri ko'pincha on bosim ko'tarilishi bilan kechmaydi:

Feoxromotsitoma  
Konn sindromi  
Aorta koarktatsiyasi  
Miksedema\*  
Aortal klapanlar etishmovchiligi

Quyidagi preparatlarning qaysi biri periferik vazodilyatator isoblanadi:

Apressin\*  
Propranolol  
Etatsizin  
Izobarin  
Arfonad

Gipertoniya kasalligi I bosichi uchun xos:

Retinopatiya  
Chap orincha gipertrofiyasi  
Miya on aylanishi o'tkir buzilishi  
Proteinuriya, tsilindruriya  
Funksional o'zgarishlar\*

Vazorenal arterial gipertoniyaning ko'pro sababchisi isoblanadi:

Fibromuskulyar displaziya\*  
Buyrak polikistozi  
Ikkilamchi bujmaygan buyrak  
Surunkali glomerulonefrit  
Diabetik nefroskleroz

Vazorenal arterial gipertoniya sababchisi isoblanmaydi:  
Bakterial endokardit\*  
Ateroskleroz  
Nospetsifik aortoarteriit  
Fibromuskulyar displaziya  
Buyrak arterialari trombozi

Pielonefrit isobiga bujmaygan buyrakda arterail gipertoniyani davolashning asosiy usuli:  
Antibiotiklar  
Gipotenziv terapiya  
Nefrektomiya\*  
Diuretiklar  
Spazmolitiklar

Birlamchi aldosteronizmida arterial gipertoniya uchun xos emas:  
Giperreninemiya\*  
Shish-astsitik sindrom  
Gipokaliemiya  
Gipernatriyemiya  
Mushak uvvatsizligi

Konn sindromi bor bemorlarni tekshirishda nima xos emas:  
On zardobidagi renin midorining oshishi\*  
On zardobidagi renin midorining kamayishi  
Gipokaliemiya  
Gipernatriemiya  
Giperaldosteronemiya

Surunkali buyrak etishmovchiligida arterial gipertoniyani davolashda ishlatilmaydi:  
Kaptopril\*  
Korinfar  
Anaprilin  
Prazozin  
Benzogeksoniy  
achon ko'pro simptomatik gipertoniya YuIK bilan birgalikda keladi:  
Feoxromatsitomada  
Konn smindromida  
Aterosklerozda\*  
Itsengo-Kushing sindromida  
Buyrak gipertenziyasida

Vazorenal arterial gipertoniya sababchisi isoblanmaydi:  
Surunkali pielonefrit\*  
Buyrak arteriyalari aterosklerozi  
Tugunchali periarteriit  
Nospetsifik aortoarteriit  
Fibromuskulyar displaziya

Yara kasalligining etiologik omillari, notugrisini kursating:

Dorilar\*

Alkogol

Nikotin

Ovqatlanish tartibini buzilishi.

Emotsional stresslar

Un ikki barmokli ichak piezchasida joylashgan yarada ogrik paydo bulish mexanizmi:

Kislota-peptik omil

Piloroduodenal soxa spazmi

Oshkozon va un ikki barmokli ichakdagi bosimning oshishi

Xamma sanab utilganlar\*

Periultseroz yaliglanish

Yara kasalligida kabziyat kuyidagilar ta'sirida buladi, notugrisini kursating  
Ishkorlarni kabul kilganda \*

Dieta

Yotoq rejim

Adashgan nerv tonusini oshishi

Medikamentoz terapiya

Tez-tez qaytalanuvchi yara kasalligida avj olish kuzatiladi:

2-3 yilda 1-2 marta

Yilda 3 martta\*

Yilda 2 marta

5 yilda 1 martta

Yilda 4 martta

Yara kasalligini nomedikamentoz davolash usullari, notugrisini kursating:

Rodon vannalari\*

Refleksoterapiya

Magnitoterapiya

Giperbarik oksigenatsiya

Lazeroterapiya

Yara kasalligida kampilobakteriya aniklanganda kanday preparat buyuriladi:

Tsimetidin

Almogel

Trixopol\*

Gastrotsepin

Ranitidin

Ovkat kabul kilish bilan boglik bulgan epigastral soxadagi ogriklar, oshkozon shirasi kislotaliligini oshishi, axlatda yashirin kon aniklanishi, "nisha" simptomi kaysi kasallikka xos:

Oshkozon va un ikki barmokli ichak yara kasalligiga\*

Normal sekretor funktsiyali surunkali gastritga

Oshgan sekretor funktsiyali surunkali gastritga

Surunkali pankreatitga

Oshkozon osti bezi usmasiga

Yakkol ultserogen ta'sirga ega gurux preparatlarini kursating:

NyaKV\*

Antibiotiklar

Antigistaminlar

Ganglioblokatorlar

Yurak glikozidlari

159. Oshqozon yarasining ko'proq uchraydigan soqasini ko'rsating:

Kichik egrilik, pilorik qism\*

Antral qism, pilorik qism

Kardial qism, katta egrilik

Subkardial qism, kichik egrilik

Pilorik qism, katta egrilik

160. 12 barmoqli ichak yarasiga xos:

Naqorgi oqriq, kechki oqriq\*

Tez to'yinish qissi, ich ketishi

O'ng qovurqa osti soqasida oqriq, oqizda nordon tam

To'q qoringa oqriq, ovqat bilan kekirish

Ovqatlangandan keyingi erta oqriq, ko'ngil aynishi

161. quyidagi preparatlarni qabul qilish oshqozon ichak trakti shilliq pardasida yara paydo bo'lishiga olib keladi:

Metronidazol

Atenolol

Glyukokortikoidlar\*

Eufillin

Digoksin

162. Oshqozon yarasining uzoq vaqt davomida kechishida quyidagilar ko'rsatilgan:

Fizioterapevtik davo tavsiya qilish

Giberbarik oksigenatsiya kursini o'tkazish

Takror EFGDS va yaraning chetlaridan biopsiyaga material olish\*

V guruq vitaminlar tavsiya qilish

Shoshilinch jarroqlik davolashni boshlash

163. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligidan qon ketganda qo'llaniladi:

Geparin, kurantil

Neodikumarin, fenilin

Ditsinon, aminokapron kislotasi\*

Vikasol, kaltsiy glyukonat

Maaloks, vikalin

164. 12 barmoqli ichak yara kasalligi ko'pincha quyidagi organga penetratsiya beradi:

Oshqozon osti bezi.\*

Charvi

Ko'ndalang chambar ichakka

Hammasi to'qri

Ingichka ichak

165. Yara kasalligiga keltirib chiqaruvchi asosiy omillarga kirmaydi  
Xelikobakter pilorini mavjudligi  
Nerv-psixik. zo'riqish  
Sovuq qotish\*  
Sur. gastrit va duodenit  
Chekish

166. Oshqozon yara kasalligiga xarakterli bo'lgan oqriqlarq  
Och qoringa oqriqlar  
2 soat ovqatdan keyin  
Ovqatdan so'ng (darrov)\*  
Kechki oqriqlar  
1 soat ovqatdan keyin

167. 12barmoq ichak yara kasalligida oshqozon funktsional sekretsiyasini xarakterini ko'rsating:  
Normal  
Pasayishi  
Oshishi\*  
Keskin pasayishi  
Ozgina pasayishi

168. Oshqozon yarasini rentgenologik belgisini ko'rsating:  
"peristaltikani kuchayishi  
Regionar spazm  
12 barmoqli ichak piezchasini deformatsiyasi  
Nisha" belgisi\*  
12-barmoqli ichakni tasirlanishi

169. 12 barmoqli ichak va oshqozon yara kasalligida qon ketganda qo'llanilmaydiq  
+Geparin  
-Epigastral sohaga muz qo'yish  
-Aminokapron kislota  
-Ditsinon  
-Oshqozonni muzdek suv bilan yuvish

170. 12 barmoqli ichak yara kasalligida asosiy informativ tashxis usulini ko'rsating.  
Gastrofibroskopiya, biopsiya\*  
Oshqozon sokini analizi  
Yashirin qon ketayotganda aqlat analizi  
Oshqozon rentgenografiyasi bariy bilan  
Umumiy qon analizi

171. Yara kasalligini davolashga kirmaydiq  
Gipodinamiyani bartaraf etish\*  
Tsitoprotektorlar  
Spazmolitiklar  
Antixelikobakter preparatlar  
Chekishni tashlash

172. Ovqat qabul qilgandan 10-15 minut o'tgandan so'ng epigastriy soqasida oqriq va oqirlik hissiyoti, jiqildon qaynashi, nordon kekirish, ich qotishi ko'proq quyidagiga xos:  
Sekretor etishmovchiligi bor surunkali gastritga

12 barmokli ichak yara kasalligiga  
Sekretsiyasi oshgan surunkali gastritga\*  
Sekretsiyasi saqlangan surunkali gastritga  
Oshqozon rakiga

173. Ranitidinning chiqarilish dozasi qancha:

100 mg  
200 mg  
110 mg  
150 mg\*  
130 mg

174. Ovqat qabul qilishga boqliq bo'lgan qorinning yuqori qismidagi oqriq, oshqozon shirasi kislotaliligining oshishi, axlatda yashirin qon bo'lishi, «tokcha» belgisi quyidagilarga xos:

Oshqozon va 12- barmoqli ichak yara kasalligiga\*  
Normal sekretor funktsiyali surunkali gastritga  
Sekretor funktsiyasi oshgan surunkali gastritga  
Surunkali pankreatitga  
Oshqozon osti bezi rakiga

175. 12 barmoqli ichak yara kasalligiga xos

To'q qoringa og'riq, ovqat bilan kekirish  
Tez to'yinish hissi, ich ketishi  
O'ng qovurg'a osti sohasida og'riq, og'izda nordon tam  
Nahorgi og'riq, kechki og'riq\*

176. Quyidagi preparatlarni qabul qilish oshqozon ichak trakti shilliq pardasida yara paydo bo'lishiga olib keladi

Atsetilsalitsilat kislotasi\*  
Metronidazol  
Atenolol  
Eufillin  
Asparkam

177. Oshqozon yarasining uzoq vaqt davomida kechishida quyidagi tavsiya qilinadi

Fizioterapevtik davo tavsiya qilish  
Giberbarik oksigenatsiya kursini o'tkazish  
V guruh vitaminlar tavsiya qilish  
Takror efgds va yaraning chetlaridan biopsiyaga material olish\*  
Radon terapiya

178. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligidan qon ketganda qo'llaniladi

Geparin, kurantil  
Neodikumarin, fenilin  
Vikasol,  
Kalsiy glyukonat  
Ditsinon, aminokapron kislotasi\*

179. 12 barmoqli ichak yara kasalligi ko'pincha quyidagi organga penetratsiya beradi

Charvi  
Ko'ndalang chambar ichakka  
Oshqozon osti bezi.\*

Ingichka ichak  
Hamma javob to'g'ri

180.12 barmoqli ichak yara kasalligida oshqozon funksional sekretsiasini xarakterini ko'rsating

Keskin pasayishi  
Normal  
Pasayishi  
Oshishi\*  
Keskin yuqori

181. Oshqozon yara kasalligining rentgenologik belgisini ko'rsating  
12 barmoq ichaq peristaltikasining yuqligi

Regionar spazm  
12 barmoqli ichak piezchasini deformatsiyasi  
12 barmoqli ichak peristaltikasining kuchayishi  
“nisha” belgisi\*

182. 12 barmoqli ichak va oshqozon yara kasalligida qon ketganda qo'llanilmaydi

Geparin\*  
Epigastral sohaga muz qo'yish  
Aminokapron kislota  
Ditsinon  
Kleksan

183. Oshqozon yara kasalligida asosiy informativ tashxis usulini ko'rsating

Gastrofibroskopiya, biopsiya\*  
Oshqozon sokini analizi  
Yashirin qon ketayotganda ahlat analizi  
Oshqozon rentgenografiyasi bariy bilan  
Umumiy qon taxlili

184. Yara kasalligi asoratiga kirmaydi

O't-tosh kasalligi\*  
Stenoz  
Qon ketish  
Perforatsiya  
Penetratsiya

185. Yara kasalligida qo'llaniladigan antatsid preparatni ko'rsating

Gastrotsepin  
Motilium  
Kvamatel  
Maaloks\*  
Fosfalyugel

186. Yara kassalligida qo'llaniladigan antisekretor preparatni ko'rsating

Omeprazol \*  
Fosfalyugel  
Natriy gidrokarbonat  
Almagel  
Maaloks

187. Yara kasalligida atropinni qo'llashga qarshi ko'rsatma

Bronxospazmga moyillik

Gipertoniya

Nsd

12 barmoqli ichak yara kasalligi

Glaukoma\*

188. Oshqozon N2-gistamin retseptorlari blokatorlariga kirmaydi

Gastrotsepin\*

Kvamatel

Simetidin

Ranitidin

Nolpaza

189. Oshqozon shilliq qavati reparantiga kiruvchi preparatni ko'rsating

Atropin

Serukal

No-shpa

Solkoseril\*

Ranitidin

190. Antixelikobakter antibakterial preparatni ko'rsating

Atropin

Trixopol\*

Fosfolyugel

De-nol

Gastrotsepin

191. Yara kasalligining etiologiyasi

Kislotalikni oshishi

Helicobacter pylori\*

E. Coli

Aralash kislotalilik

Enterobacter

192. Oshqozon yarasining ko'proq uchraydigan sohasini ko'rsating

Kardial qismi

Katta egrilik

Oshqozon tanasi

Kichik egrilik\*

Antral qism

193. Oshqozon va un ikki barmoq yara kasalligida qaysi H2-gistamin blokatorlar qo'llanadi

Reglan, tserukal

Ranitidin, nizatidin\*

Metiluratsil, pentoksil

Fosfalyugel, almagel

Ranitidin, almagel

194. Gastrit va yara kasalliklarida qaysi guruh preparatlarini qo'llash mumkin emas

Nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlar\*

Regenerasiyani yaxshilovchilar

Antibiotiklar

Polivitaminlar  
H2 gistamin blokatorlar

195. Yara kasalligining etiologik omillari, notugrisini kursating:  
Alkogol \*

Nikotin  
ovqatlanishni buzilishi  
Emotsional stresslar  
Dorilar

196. Un ikki barmokli ichak piezchasida joylashgan yarada ogrik paydo bulish mexanizmi:  
Piloroduodenal soxa spazmi  
Oshkozon va un ikki barmokli ichakdagi bosimning oshishi  
Periultseroz yaliglanish  
Kislota-peptik omil \*  
Xamma sanab utilganlar

197. Yara kasalligida kabziyat kuyidagilar ta'sirida buladi, notugrisini kursating  
Dieta`  
Yotoq rejim  
Adashgan nerv tonusini oshishi  
Ishkorlarni kabul kilganda \*  
Medikamentoz terapiya

198. Qaysi kasallik uchun musbat Mendel simptomi xarakterli:  
Oshkozon yara kasalligi\*  
Oshkozon raki  
Utkir gastrit  
Surunkali gastrit  
Erozivli gasrtit

199. Dorili yaralar nima bilan asoratlanadi:  
A. Kon ketishi\*  
B.perforatsiya  
C. Stenoz  
D. Malignizatsiya  
E. Penetratsiya

200. Peptik yaraning eng kup uchraydigan erta asorati :  
A. Kon ketish\*  
B. Stenozlar  
C. Malignizatsiya  
D. Penetratsiya  
E. Perforatsiya

201. 12 barmoqli ichak piyozcha kismida retsidivlanuvchi yara kasalligi bilan uzak muddatdan beri kasallangan bemorda oxirgi vaktlarda kuyidagi belgilar kuzatildi:  
ovqatdan sung og'irlik hissi, kungil aynishi, kunning 2-yarmida ovqat mahsulotlaribilan kup miqdorda qusish, og'izdan yomon xid, tana massasining kamayishi.Kuyidagini taxmin kilish mumkin:  
Yara penetratsiyasi  
Funksional stenoz  
Oshkozon raki

Piloroduodenal soxaning organik stenozi\*  
Penetratsiya

201. Surunkali alkogolizmdan qiynaladigan 53 yoshli ayolda aspirin kabulidan 12 soat utgach kon qusish , korinda og'riq, puls 84 ta 1 min.da ,xayotiy muxim funktsiyalar saqlangan, es-xushi joyida , sariqlik, jigar va talokning kattalashuvi kuzatildi. Sizning birinchi diagnostik kadamingiz:

Selektiv arteriografiya  
OIT yukori soxalari rentgenoskopiyasi  
Bariyli klizma  
Endoskopiya\*  
Qon bioximik taxlili

202. Qizilo'ngach peptik yarasini farklash kerak:

Yaralangan rak\*  
Leyomioma  
Sarkoma  
Qizilo'ngach divertikuli  
Stenoz

203. Qaysi kasallikda rentgenologik "kursatkich barmoq" simptomi aniklanadi:

Oshkozon yara kasalligi\*  
Oshkozon raki  
Utkir gastrit  
Surunkali gastrit  
Surunkali xolestsistit

204. Qaysi kasallikda naxorda oshkozonda chaykalish shovkini eshitiladi:

Oshkozon raki  
Utkir gastrit  
Oshkozon yara kasalligi  
12 barmoq ichak yara kasalligi\*  
Surunkali gastrit

205. Kattalarda pilorik stenozning kup uchraydigan sababi:

Yara kasalligi\*  
Reflyuks gastrit  
Pilorik kism muskullari gipertrofiyasi  
Oshkozon shillik kavatining 12 barmoq ichakka prolapsi  
Oshkozon raki

206. Quyidagi keltirilgan kasalliklaridan kaysi biri un ikki barmok yara kasalligi bilan kiyosiy

tashxis kilinadi, bittasidan tashkari  
Surunkali pankreatit  
Surunkali kolit  
Surunkali appenditsit  
mezoadenit\*  
Surunkali gastrit

207. Oshkozon va un ikki barmok perforatsiyasida oshkozon-ichak maxsulotlarini tarkalish yullarini kursating

Hamma javob tugri\*  
Utkazuvchi teshigi lokalizatsiyasi  
Yon kanallar anatomik tuzilishi  
Kundalang-yonbosh ichak joylashishi va formasi

208. Katta yoshlilarda oshkozon yarasi patogenezida asosiy omil:  
Oshkozon sokini kislotaligini oshishi  
Psixosotsional omil  
Xazm azolari kon tomirlari sklerozi\*  
Utkir miokard infarkti

209. Oshkozon yara kasalligi operatsiyasiga solishtirma kursatma, bittasidan tashkari:  
Penetrlovchi yara  
Oshkozon soki kislotaligini pastligi\*  
Katta razmerdagi yara  
Etishmagan konservativ terapiya

210. Alkogol intoksikatsiyasi bilan boglik gastroduodenal yarada diagnostik kiyinligini aniklang:  
Kechki dikkat  
Psixozni bulishi  
Suitsidal xolatlarni bulishi  
Ogrik sindromini kamayishi\*

211. Oshqozon va un ikki barmoq yara kasalligini farqlashdagi muhim tekshiruv usuli:  
Oshqozon sokidan gistaminni tekshirish  
Rentgenologik tekshirish  
Gastroduodenoskopiya\*  
Najasda yashirin qonni tekshirish  
Najasni gistologik tekshirish

212. Helikobakter piloriga xos belgi:  
Grammusbat tayoqcha  
Grammusbat kokk  
Oddiylar  
Grammanfiy mikroaerofil bakteriya\*  
Grammusbat mikroaerofil bakteriya

213. Oshqozon yoki un ikki barmoq yara kasalligi perforatsiyasini yopilishi:  
Oshqozonni biroz to'lishi  
Teshikni diametri kichikligi  
Qushni a'zolari topografik uxshashligi\*  
Teshikni diametri kattaligi  
Oshqozonni to'liq to'lishi

214. Osteoartrozdan farqli ravishda revmatoid artritga xos:  
Mexanik xarakterdagi ogriqlar  
Start xarakterdagi ogriqlar  
Tungi ogriqlar  
Ertalabki karaxtlik mavjudligi\*  
Jismoniy zo'riqishdan keyin ogriqlarning kuchayishi

215. Revmatoid artrit II daraja bo'qim funktsional etishmovchiligiga xos:  
O'z-o'ziga xizmat qilish qobiliyati yo'qolgan  
Kasbiy mehnat qobiliyati saqlangan  
Kasbiy mehnat qobiliyati cheklangan  
O'z-o'ziga xizmat qilish qobiliyati cheklangan  
Kasbiy mehnat qobiliyati yo'qolgan\*

216. Revmatoid artritda qon umumiy analizidagi o'zgarish:  
Eozinofiliya  
Limfotsitoz  
EChT oshishi\*  
Trombotsitopeniya  
Leykopeniya

217. Vistseral revmatoid artritda tavsiya qilinmaydi:  
Tilla preparatlari\*  
Immunosupressorlar  
Antiagregantlar  
Yalliqlanishga qarshi nosteroid vositalar  
Gormonal vositalar

218. Laborator-instrumental tekshirishda revmatoid artrit to'qrisida ko'proq informatsiya beruvchi natija:  
Revmatoid omil aniqlanishi\*  
Leykotsitoz  
EChT oshishi  
Limfotsitlar blasttransfmatsiyasi testi  
Yuqori titrda antinuklear antitana aniqlanishi

219. Revmatoid artritni inkor qiluvchi bo'qim tushunchasiga nima kiradi:  
I barmoq-panja bo'qimi\*  
I, II, III barmoq-panja bo'qimi  
Bilak-panja bo'qimi  
qo'l panjasi mayda bo'qimlari  
EProksimal falangalararo bo'qimlar

220. Revmatoid artritning qaysi rentgenologik bosqichidan boshlab suyaklarda uzurlar paydo bo'ladi:  
II\*  
I  
III  
V  
I va II

221. Revmatoid artritda uchramaydigan belgini ko'rsating:  
Geberden tugunlari\*  
Mushaklar atrofiyasi  
Revmatoid tugunchalar  
Proksimal falangalararo bo'qimlar va bilak panja bo'qimi zararlanishi  
Zararlangan bo'qimlarda ertalabki karaxtlik

222. Revmatoid artritda ichki a'zolar zararlanishi kuzatilmaydigan qolat:

Miokardit  
Birlamchi o'choqli kardioskleroz\*  
Buyrak amiloidozi  
Mitral klapan etishmovchiligi  
Fibrozanuvchi alveolit

223. Revmatodi artritning dastlabki rentgenologik bosqichiga xos o'zgarishni belgilang:

Uzurlar  
Ankiloz  
Bo'qim atrofi osteoporozi\*  
Periostit  
Bo'qim chala chiqishi

224. Krizoterapiyada qar bir in'ektsiyadan keyin qaysi analizini tekshirish lozim:

qon va peshob umumiy analizi\*  
qon umumiy analizi  
Peshob umumiy analizi  
Koagulogramma  
Trombotest

225. Revmatoid artritning ko'proq uchraydigan kechishi:

O'tkir  
O'tkir osti  
Tez avj oluvchi  
Kam avj oluvchi  
Asta-sekin avj oluvchi\*

226. 4-aminoxinolin qatoridagi dorilarni qabul qilganda kuzatiladigan asorat:

Ko'rishning buzilishi\*  
Eshitishning buzilishi  
Poykilotsitoz  
Anemiya  
Leykopeniya

227. Revmatoid artritning eng ko'p asorati:

Ichki a'zolar amiloidozi\*  
Qon aylanish etishmovchiligi  
O'pka etishmovchiligi  
O'tkir o'pka-yurak etishmovchiligi  
Jigar etishmovchiligi

228. Biriktiruvchi to'qima diffuz kasalliklari guruxiga kirmaydigan kasallikni ko'rsating:

Retsidivlanuvchi polixondrit  
Sistemali sklerodermiya  
Sistemali qizil bo'richa  
Revmatoid artrit\*  
Rumatik polimialgiya

229. Revmatoid artritda bo'qin sindromi xususiyati:

Simmetrik zararlanish\*  
Bitta yirik bo'qim zararlanadi  
Nosimmetrik zararlanish  
Oqriqning uchuvchan xususiyati

Distal falangalararo bo'qin zararlanishi

230. Revmatoid tuguncha bu:

Bo'qimlarning yoziluvchi soqasida joylashgan, 0,5-2sm kattalikdagi qarakatchan qosila\*  
quloq suprasidagi qattiq, oqriqsiz, oqish qosila  
Proksimal falangalararo bo'qinlardagi qattiq, qarakatsiz suyak o'simtasi  
Distal falangalararo bo'qinlardagi qattiq, qarakatsiz suyak o'simtasi  
Tomirlar bo'ylab joylashgan mayda tugunchalar

231. Revmatoid artritdagi dastlabki patologik jarayon joylashadi:

Elka bo'qimlarida  
Chanoq-son bo'qimlarida  
Proksimal falangalararo bo'qimlar\*  
Distal falangalararo bo'qimlar  
Sakroileal bo'qimlar

232. Revmatoid artritga xos rentgenologik o'zgarish:

Eroziv-destruktiv jarayon\*  
qo'l panjasi distal falangalari osteolizi  
Osteofitlar borligi  
Osteoskleroz

233. Revmatoid artritdan farqli ravishda osteoartrozga xos:

Ertalabki karaxtlik  
Proksimal falangalararo bo'qimlar zararlanishi  
Simmetrik zararlanish  
Start xarakterdagi oqriqlar\*  
Ulnar deviatsiya

234. Osteoartrozdan farqli ravishda revmatoid artritga xos:

Mexanik xarakterdagi oqriqlar  
Start xarakterdagi oqriqlar  
Tungi oqriqlar  
Ertalabki karaxtlik mavjudligi\*  
Jismoniy zo'riqishdan keyin oqriqlarning kuchayishi

235. Revmatoid artrit II daraja bo'qim funkitsional etishmovchiligiga xos:

Kasbiy meqnat qobiliyati yo'qolgan\*  
O'z-o'ziga xizmat qilish qobiliyati yo'qolgan  
Kasbiy meqnat qobiliyati saqlangan  
Kasbiy meqnat qobiliyati cheklangan  
O'z-o'ziga xizmat qilish qobiliyati cheklangan

236. Revmatoid artritda yurak zararlanishi (...) ko'rinishida:

Kardit\*  
Karidomiopatiya  
Trikuspidal etishmovchilik  
Ishemik qolat  
Miokardiodistrofiya

237. Laborator-instrumental tekshirishda revmatoid artrit to'qrisida qo'proq informatsiya beruvchi natija:

Revmatoid omil aniqlanishi\*

Leykotsitoz

EChT oshishi

Limfotsitlar blasttransformatsiyasi testi

Yuqori titrda antinuklear antitana aniqlanishi

238. Revmatoid artriting tashxisini barvaqt aniqlashda qaysi simptom aqamiyatga ega:

Revmatoid tuguncha

Umurtqa poqonasi bo'yin qismi zararlanishi

Ertalabki karaxtlik\*

Ulnar deviatsiya

Suyaklararo mushaklar atrofiyasi

239. Revmatoid artrit uchun xos rentgenologik o'zgarish:

Bo'qim atrofi osteoporozi, ko'plab uzurlar\*

Periostit

Subxondral osteoskleroz

Kaltsifikat

Umurtqa kvadratizatsiyasi

240. Revmatoid artriting I rentgenologik bosqichida kuzatiladi:

Kamlab uzurlar

Ko'plab uzurlar

Bo'qim tirqishi torayishi

Bo'qim atrofi osteoporozi, bo'qim tirqishi torayishi\*

Bo'qim atrofi osteoporozi

241. Revmatoid artritni inkor qiluvchi bo'qim tushunchasiga nima kiradi:

I, II, III barmoq-panja bo'qimi

Bilak-panja bo'qimi

qo'l panjasi mayda bo'qimlari

I barmoq-panja bo'qimi\*

Proksimal falangalararo bo'qimlar

242. qaysi usul bilan qon zardobida revmatoid omilni aniqlaydi:

Vaaler-Roze reaksiyasi\*

Buje reaksiyasi

Vidal reaksiyasi

Rayta-Xeddlson reaksiyasi

Borde-Jangu reaksiyasi

243. Revmatoid artritda uchramaydigan belgini ko'rsating:

Geberden tugunlari\*

Mushaklar atrofiyasi

Revmatoid tugunchalar

Proksimal falangalararo bo'qimlar va bilak panja bo'qimi zararlanishi

Zararlangan bo'qimlarda ertalabki karaxtlik

244. Revmatoid artritda ichki a'zolar zararlanishi kuzatilmaydigan qolat:

Miokardit

Buyrak amiloidozi

Mitral klapan etishmovchiligi

Fibrozanuvchi alveolit

Birlamchi o'choqli kardioskleroz\*

245. Revmatodi artritning dastlabki rentgenologik bosqichiga xos o'zgarishni belgilang:

Bo'qim atrofi osteoporozi\*

Uzurlar

Ankiloz

Periostit

Bo'qim chala chiqishi

246. 4-aminoxinolin qatoridagi dorilarni qabul qilganda kuzatiladigan asorat:

Eshitishning buzilishi

Poykilotsitoz

Anemiya

Leykopeniya

Ko'rishning buzilishi\*

247. Revmatoid artritning eng ko'p asorati:

Qon aylanish etishmovchiligi

Ichki a'zolar amiloidozi\*

O'pka etishmovchiligi

O'tkir o'pka-yurak etishmovchiligi

Jigar etishmovchiligi

248. Revmatoid tuguncha bu:

Bo'qimlarning yoziluvchi soqasida joylashgan, 0,5-2sm kattalikdagi qarakatchan qosila\*

quloq suprasidagi qattiq, oqriqsiz, oqish qosila

Proksimal falangalararo bo'qinlardagi qattiq, qarakatsiz suyak o'simtasi

Distal falangalararo bo'qinlardagi qattiq, qarakatsiz suyak o'simtasi

Tomirlar bo'ylab joylashgan mayda tugunchalar

249. Revmatoid artrit patogenezida aqamiyatga ega: (quyidagidan tashqari);

Virus va gijja

Immun reaktivlikning o'zgarishi

Sinovial qavatning immun yallig'lanishi

Revmatik granulyomalar qosil bo'lishi\*

Toqay va suyak destruktsiyasi

250. Revmatoid artritga bazis bavoni tanlang:

Delagil\*

Prednizolon

Ortofen

Rumalon

Kolxitsin

251. Surunkali gepatit B klinik belgilari:

Sariqlik\*

Yo'tal

Yuz shishishi

PTIkamayishi

kuchsizlik

252. Surunkali gepatit B xolestaz sindromiga xarakterli nima:

Kamaytirish PTI

Ishqoriy fosfataza oshishi\*

Albumin oshishi

Yo'tal

Yuz shishishi

253. Surunkali gepatit o'z ichiga oladi

Ko'krak rentgeni

Albumin oshishii

Virusli gepatit B va C markerlar\*

PTI kamaytirish

Yo'tal

254. Portal gipertenziya sindromiga nima kiradi?

Polisitemia

Gepatomegaliya

PTI kamaytirish

Asstit\*

Yo'tal

255. Jigar etishmovchiligi sindromida kuzatiladi?

Ishqoriy fosfataza oshishi

Umumiy oqsil oshishi

Yo'tal

Yuz shishishi

PTI kamayishi\*

256. Tsirrozi sababi nima?

Gepatit B virus\*

Diskineziya

Surunkali gastrit

Me'da yarasi

257. Gepatoprotektorlarga nima kiradi?

Enterojerminalar

Liv52\*

Sokoseril

Interferon

Antibiotik

258. Surunkali gepatit B tekshiruv usullari

USA

Angiografiya

UKA

Gepatoreografiya\*

Rentgen nurlari

259. Surunkali gepatit B xolestaz sindromiga nima xarakterli:

Ich ketishi

PTI oshishi

Ichburug

Qabziyat

Ishqoriy fosfataza oshishi\*

260. Portalgipertenziya sindromi nimalarni o'z ichiga oladi:

Portal tomir kengayishi\*

Qovoqlar shishi

Yurak og'riq

Yo'tal

261. Parenximatoz sariqlik sababi, bundan tashqari:

Fosfordan zaharlanish

Mos kelmaydigan qon quyilishi\*

Aminazindan foydalanish

Virusli hepatit

262. Faol bo'lmagan hepatit uchun ifodalanadi

Biopsiya – nekroz mavjudligi

Yuqoridagi barcha

AST, ALT darajasinorma\*

Kislota

Oyoqdashish

263. Jigartsirozni skanegrammasi uchun xarakterlinima?

Tana periferiyasida dori yig'ilishi

Radyofarm moddaning tana bo'ylab bir tekis tarqalishi

"Sovuq" zonalar mavjudligi

Jigarda radyofarmmodda to'planishining oshishi

Taloq radiofarmmodda to'planishining notekis taqsimlanishi\*

264. Portalgipertenziya kasalligida qanday tekshiruv usullari o'tkaziladi (ortiqchao'chirish)?

Irrigografiya\*

EFGDS

Floroskopi GI

Jigar, taloq UTT

Sigmoidoskopiya

265. Gipersplenizm sindromi majburiy klinik belgilari (ortiqchao'chiring):

Anemiya

Giperglikemiya\*

Trombotsitopeniya

Leykopeniya

Splenomegali

266. Portalgipertenziya sindromi uchun barcha belgilar xarakterli, quyidagidan tashqari:

Kislota

Kattataloq

Sariqlik\*

Venoz kafolatlovchi

Vorisoshqozonichakyo'llarining qon

267. Mexanik sariqlik uchun xarakterli, lekin:

Bradikardiya

Qichima

Birlashgan bilirubin oshishi

Axlattida stercobilin bulishi\*

Siydikda safropigmentlari

268. Surunkali faol gepatit xarakterli klinik belgilari, quyidagidan tashqari:

Gepatomegaliya  
Sariqlikvateri qichima  
Gepatocellularetishmovchiligibelgilari  
Gemorragik sindrom  
Portalgipertenziya\*

269. Jigartsirroziengkengtarqalgan sabablarbelgilang:

GepatitBva C, spirt\*  
Rikketsiyalar, etishmasligialfa1 antitripsin  
GepatitvirusA  
Spirtliichimliklar, geliotropikzahar  
analgin, regividondan uzoq foydalanish

270. Jigar tsirrozi klinik sindromlarga nima xarakterli hisoblanadi (ortiqcha o'chirish)?

Astenovegetativ  
Nefrotik\*  
Gepatostellular etishmovchiligi  
Gepatorenal sindromi  
Portal gipertenziya

271. Portal gipertenziya belgilarini belgilang:

Astsit  
Qizilo'ngachning varikoz tomirlar  
Yuqoridagi barcha\*  
Kattataloq  
Oldingi qorindevorining venalarning varikoz

272. Jigar tsirrozi klinikasi:

Qizilo'ngach varikoz qon tomirlaridan qon ketish  
Jigar etishmovchiligi  
Ensefalopatiya  
Yuqoridagi barchasi\*  
Gepatorenal sindromi

273. Portal gipertenziyani kamaytirish uchun:

Adelfan  
Klofellin  
Papazol  
Dibazol  
Anaprilin\*

274. Jigar tsirrozi bilan og'rigan bemorlarda portal gipertenziyani nima kamaytirmaydi?

Furosemid  
Veroshpiron  
Atenolol  
Prazosin\*  
Nitrosorbid

275. Xolestatik sindrom uchun xos:

Milk qonash, ascites

Diareya, isitma  
Yulduzcha tomirlar, splenomegaliya  
O'ng qovurg'a ravog'i ostida og'riq, qabziyat  
Sariqlik, qichima\*

276. Jigaretishmovchiligida qo'llaniladi:

Hammasi to'g'ri\*  
Laktuloza  
Ornistetil  
Glyukoza askorbin kta  
Gepamerst

277. Jigar etishmovchiligida qo'llanilmaydigan davoni ko'rsating:

Ichakni regulyar tozalash  
Ignarefleksterapiya\*  
Ichak antiseptikasi  
Kislota ishkor muvozanatini korrekstiyasi  
Oqsi lmiqdorini ovqatda kamaytirish

278. Jigar enstefalopatiyasi bemorga quyidagilar qo'llaniladi?

Gepamerst  
Dyufalak  
Hammasito'g'ri\*  
Glyukoza  
Ornistetil

279. Jigar enstefalopatiyasini keltirib chiqaruvchi sabab?

Ampistilinnitavsiya qilish  
Aktivlashganko'mirnitavsiyaetish  
Tozalavchixukna  
Katta miqdordagi asstit suyuqligini chiqarib tashlash\*  
Gipodinamiya

280. Surunkali xolestistit tashxisidagi eng samarali diagnostik usulni ko'rsating:

EFGDS  
Duodenalzondlash  
Qorinbo'shlig'iniobzorrentgenogrammasi  
Qonumumiyahtahlili  
UZI\*

281. Surunkali xolestistitga xos bo'lmagan belgini ko'rsating:

Shetkin-Blyumberg smi ijobiy\*  
Merfi smi ijobiy  
Ortner smi ijobiy  
Ker smi ijobiy  
Lepene smi ijobiy

282. Surunkali xolestistitda tavsiya etiladigan preparat:

Xolenzim  
Hammajavobto'g'ri\*  
Febixol  
Alloxol  
Festal

283. Jigar stirrozidagi xolestatik sindrom uchun xos bo'lgan qondagi o'zgarishlarni ko'rsating:

EchT va gammaglobulinlar miqdorini ortishi

PTI va albuminni pasayishi

Ishqoriy fosfotaza va bilirubinni ortishi\*

ALT, AST larni ortishi

Leykostit va trombositlar miqdorini kamayishi

284. Jigar stirrozidagi mezenximalyallig'lanish sindromiga xos bo'lgan qondagi o'zgarishlarni ko'rsating:

Ishqoriy va nordon fosfatazalarini ortishi

Umumiy oqsil va temir miqdorini pasayishi

Eritrostit va leykostitlarni kamayishi

EchTni tezlashuvi, gamma globulinlar miqdorini ortishi\*

Bilirubin va xolesterin miqdorini ortishi

285. Chayld-Pyu bo'yicha jigar stirrozini og'irlik darajasini aniqlashda qaysi ko'rsatkichdan foydalaniladi:

Bilirubin

PTI

Albumin

Asstit va enstefalopatiya darajasiga kura

Hamma javob to'g'ri\*

286. Jigarhujayra etishmovchiligini xarakterlovchi ko'rsatkichlar:

PTI, albumin\*

Alfafetoprotein, ammiak

Xolesterin, bilirubin

AST, ALT

EChT, timol sinamasi

287. Virusli hepatit B uchun xarakterli (ortiqchasini chiqaring):

DNK saqllovchi viruslar

Yuzaki Hbe antigenining borligi\*

Yuza HBs antigenining borligi

HBs antigeni yadrosining borligi

DNKpolimeraza yadrosining borligi

288. Surunkali aktiv hepatit uchun nima xarakterli:

Alkogol gialinlarining borligi

Limfogiostoplazmastitar infiltratsiya, gepatostitlarnekrozi\*

Ko'p miqdorda Mallori tanachalari

Hammasi to'g'ri

Jigar ichi o't yo'llarining kengayishi

289. Surunkali autoimmun hepatitlar uchun nima xarakterli:

Antinuklear antiteloning bo'lishi

Ko'pincha ayollar kasallanadi

To'xtovsiz rivojlanib boradi

Barcha keltirilganlar\*

GKSning kuchli samaradorligi

290. Jigar ichi xolestazi morfologik belgilariga kiradi:

O't pufagi yo'llarining bo'lak oralig'ining kengayishi

Mastovid nekrozlarning bo'lishi

Limfoplazmastitar nfiltrastiya

Barcha keltirilganlar

Gepatostitlarda o't pigmentlari yig'ilishi va tromblari bo'lishi\*

291. Birlamchi biliar jigar stirrozi gistalogik mezonlari gakiradi:

Bo'lak perifiriyalarida xolestaz bo'lishi\*

Jigar ichi o't yo'llarining kengayishi

"O't ko'llarining" hosil bo'lishi

Me'yordagi bo'lak uchastkalarining bo'lishi

Barcha keltirilganlar

292. Surunkali xolestistitli bemorlarda duodenal zondlashda xarakterli (ortiqchasini chiqaring):

B porstiyadal oyqasimon o't bo'lishi

C porstiyada loyqasimon o't bo'lishi\*

Pufak porstiyasida leykostitlarning ko'p bo'lishi

B porstiyada shilliq miqdorining ko'pligi

A porstiyada loyqasimon o't bo'lishi

293. O't pufagi diskeniziyasiga nima xarakterli:

Og'riq hayajon bilan

O'tda yallig'lanish elementlarining bo'lmasligi

Barcha keltirilganlar\*

Safro ekmasida salbiy natijasi

Fizik zo'riqishda og'riq bo'lishi

294. Surunkali pankreatitda endoskopik belgilar xarakterli:

Kontrast va uastiyasi buzilishining bo'lmasligi

O'tkazuvchanlik strukturasining saqlanishi

Ko'rsatilganlarning barchasi

"Ko'ljalkasi"\*

Virsung yo'lining bir xilda torayishi

295. Surunkali pankreatitda proteaz ingibitorlarining buyurishga ko'rsatmalar:

Qabziyat

Tana harorati 38 Sdanortiq

Ichketish sutkasiga 5 tadanortiq

Echt 20 mm/sortiq

Kuchli giperfermentemiya\*

296. Birlamchi biliar jigar stirrozi tahliliga nima xarakterli:

Barcha keltirilganlar\*

Yuqori giperbilirubinemiya

Yuqori giperlipidemiya

Ishqoriy fosfatazaning yuqoriligi

Immunoglobulin Mva G titrining yuqoriligi

297. Skenogrmmada jigar stirroziga xarakterli:

Organlar periferiyasida preparatlarning yig'ilishi

Radiofarmpreparatlarning notekis tarqalishi, taloqda yig'ilishi\*

Radiofarmpreparatlarning organlarga tekis tarqalishi  
“Sovuq” zonalarining bo’lishi  
Radiofarmpreparatlarning jigarda ortiqcha yig’ilishi

298. Portal gipertenziyaning diagnostik metodlariga kiradi (ortiqchasinichiqaring):

EGDFS  
Oshqozonichaktiziminirentgenskopiyasi  
Irrigografiya\*  
Jigar, taloq UTT  
Rektoromanoskopiya

299. Xolestazga xos bo’lmagan ko’rsatkich:

Teri qichishishi  
Ksantemalar  
Ishqoriy fosfatazaning oshishi  
Retikulostitoz\*  
Giperxolesterinemiya

300. Gipersplenizm sindromiga xos bo’lmagan belgini ko’rsating:

Anemiya  
Trombositopeniya  
Leykopeniya  
Splenomegaliya  
Giperglikemiya\*

**Fakultet terapiya fani bo'yicha talabalar bilimini  
baholash mezonlari**

| Talaba bilimini baholash mezonlari                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Baho |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Talaba mavzuning asosiy savollariga to'liq tayorlangan, muloqotda faol qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega. Kasallik etiologyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasi to'g'risida ma'lumotga ega. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llayoladi.                      | «5»  |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga tayorlangan, muloqotda qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega. Kasallik etiologyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasi to'g'risida ma'lumotga ega. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llayoladi.                                  | «4»  |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga to'liq tayorlanmagan, muloqotda sust qatnashadi va erkin fikrlash qobiliyati past. Kasallik etiologyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasi to'g'risida ma'lumotga ega emas. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llash uchun qiyinlashadi. | «3»  |
| Talaba mavzuning asosiy savollariga tayyor emas, muloqotda qatnashmaydi va erkin fikrlash qobiliyatiga ega emas. Kasallik etiologyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasini bilmaydi. Nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llay olmaydi.                                        | «2»  |

# Adabiyotlar

## Foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxati

### Asosiy adabiyotlar:

1. Gadayev A.G. Ichki kasalliklar. Darslik. –Toshkent. Turon Zamin Ziyo nashriyoti. 2018 y.

### Qo'shimcha adabiyotlar:

1. Ryabov S.I. Vnutrenniye bolezni 2 tomda. Sankt – Peterburg. SpetsLit. 2015y
- 2 . Bobojonov S.N. Ichki kasalliklar. Darslik. Toshkent. 2008; 2010 y.
3. Okorokov A.N. Diagnostika i lecheniye bolezney vnutrennix organov. Uchebnoye posobiye. Moskva. 2009 .
- 4.Strutinskiy A.V., Baranov A.P., Roytberg G.Ye., Gapponkov Yu. P. Osnovi semiotiki vnutrennix organov. Uchebnoye posobiye. Moskva. MEDpressinform. 2013.
5. Muxammadova X.X., Umurova N.M., Boltayev K.J. Xronicheskiy pankreatit. “Durdona” 2019.
6. Nosirova M.Sh., Muxammadova X.X., Naimova Sh.A., Umurova N.M. Revmatologik kasalliklar. “Durdona” 2020.

### Internet saytlar:

9. [www.bsmi.moodle.uz](http://www.bsmi.moodle.uz)
10. [www.medlibriry.ru](http://www.medlibriry.ru)
11. [www.medline.ru](http://www.medline.ru)
12. [www.medbook.ru](http://www.medbook.ru)
13. [www.tma.uz](http://www.tma.uz)
14. [www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)
15. [www.minzdrav.uz](http://www.minzdrav.uz)
16. [www.tma.uz](http://www.tma.uz)

### O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining buyruqlari

3. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirining 05.08.2020 yil № 201 buyrug'i
4. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 31.07.2020 yildagi COVID-19 bilan kasallangan bemorlarni davolash bo'yicha vaqtinchalik ko'rsatmalar. 6 versiya