

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro tibbiyot instituti

Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası

STOMATOLOGIYA FAKULTETI 3 KURS TALABALARI
UCHUN TERAPIYA FANIDAN 2021-2022 O'QUV YILI
UCHUN O'QUV-USLUBIY MAJMUA



BUXORO-2021

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

«TASDIQLAYMAN»

O'quv ishlar bo'yicha prorektori
Dots. _____ G.J. Jarilkasimova
«_____» _____ 2021 yil

**3-kurs stomatologiya fakul'teti
talabalari uchun «Terapiya» fani
o'quv-uslubiy majmuasi**

Buxoro – 2021

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

| | | |
|-------------------|---------|--|
| Bilim sohasi | 500000 | -Sog'liqni saqlash va ijtimoiy taminot |
| Ta'lim sohasi | 510000 | -Sog'liqni saqlash |
| Ta'lim yo'nalishi | 5510400 | -Stomatologiya |

Tuzuvchilar:

Hazratov O'.H. Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası dotsenti, t.f.n.

Xalilova F.A. Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası assistenti, PhD

Tosheva H.B. Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası assistenti, PhD

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

Nurboyev F.E.

Taqrizchilar:

Axmedova N.Sh. - Fakul'tet va gospital terapiya kafedrası mudiri, dotsent

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

Buxoro Tibbiyot instituti ilmiy metodik kengashining
2021 yilgi №_2__ sonli yig'ilishida ko'rib chiqildi.

Mundarija

| | |
|---|-----|
| Annotatsiya..... | 5 |
| Fanning sillabusi..... | 6 |
| Terapiya fanining o'quv dasturi..... | 8 |
| Ishchi o'quv dasturi..... | 31 |
| Мазгузлар | 91 |
| Tarqatma materiallar. Mavzularga oid testlar..... | 252 |
| Mavzularga oid masalalar..... | 257 |
| Tarqatma materiallar. Assesmentlar..... | 264 |
| Mavzularga oid suratlar..... | 273 |
| Mavzularga oid rentgen tasvirlar..... | 310 |
| Amaliy mashg'ulot materiallari | 317 |
| Amaliy ko`nikmalarni bajarish texnikasi | 336 |
| Mustaqil talim mavzulari..... | 371 |
| Glossariy..... | 379 |
| Baholash mezonlari | 413 |
| Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati | 418 |

Annotatsiya

Ushbu o'quv uslubiy majmua 3 kurs stomatologiya fakul'teti talabalari foydalanishi uchun mo'ljallangan bo'lib, namunaviy dastur asosida tuzilgan. Ushbu o'quv uslubiy majmua Bilim sohasi 500000 -Sog'liqni saqlash va ijtimoiy taminot, Ta'lim sohasi 510000 -Sog'liqni saqlash, Ta'lim yo'nalishi 5510400 - Stomatologiya ta'lim yo'nalishlariga mos keladi. Mazkur o'quv uslubiy majmuada namunaviy dasturda aks ettirilgan barcha maruzalarning to'liq matni yoritilgan. Majmua ovqat hazm qilish tizimi, siydik ajratish tizimi, endokrin tizimi, qonkasalliklari va qon yaratish tizimi, suyak mushak va biriktiruvchi to'qima kasalliklari hamda allergozlar kabi kasalliklar mavzulari yoritilgan. Maskur majmuada amaliy mashg'ulotlarni sifatli o'tkazish va talabalarni mustaqil ravishda tayorlanishi va echishlari uchun mavzular yuzasidan assesmentlar (ikki test, tushuncha tahlil, vaziyatli masali va amaliy ko'nikmadan tashkil topgan), barcha mavzular bo'yicha tuzilgan testlar (murakkab testlar ham mavjud) hamda muammolili masalalar (zanjirband savollardan tashkil topgan) ham o'rin olgan. Ushbu majmuada talabalar o'qishlari uchn barcha amaliy mashg'ulot mavzular matnlari yoritilgan va mavzular yuzasidan savollar ham aks ettirilgan. Amaliy mashg'ulotlarni o'tkazish uchun amaliy mashg'ulot texnologik xaritasi mukammal yoritilgan. Ushbu o'quv uslubiy majmuada talabalar amaliy ko'nikmalarini bajarib, o'rganishlari uchun barcha mavzular yuzasidan amaliy ko'nikmalarini qadamma-qadam bajarish texnikalari keltirilgan. Talabalar mustaqil ishlarga tayorlanishlari uchun, mavzular yuzasidan savollar keltirilgan. Majmuaning glossariy qismida tibbiyot terminologiyalari va ular to'g'risida tushuncha berib o'tilgan.

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

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

Рўйхатга олинди:

Соғлиқни сақлаш вазирлиги

№ БД - 5510400-3.02

Ш.С.М. Букаржон

2021 йил “04” 06

2021 йил “04” 06



**ТЕРАПИЯ
МОДУЛ ДАСТУРИ**

Билим соҳаси: 500000 - Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот
Таълим соҳаси: 510000 - Соғлиқни сақлаш
Таълим йўналиши: 5510400 - Стоматология

Тошкент - 2021

Тузувчилар:

Собиров М.А. – ТДСИ, 2 сон терапевтик йўналишдаги
фанлар кафедраси мудири, т.ф.д., доцент

Мунавваров Б.А. – ТДСИ, 2 сон терапевтик йўналишдаги
фанлар кафедраси катта ўқитувчиси

Ахмадалиева Д.Т. – ТДСИ, 2 сон терапевтик йўналишдаги
фанлар кафедраси катта ўқитувчиси

Такризчилар:

Жабборов А.А. – ТТА, 2-сон факултет ва госпитал терапия
кафедраси мудири, т.ф.д. доцент.

Хасанов А.А. – ТДСИ, 2 сон терапевтик йўналишдаги

Модул дастури Тошкент давлат стоматология институтида ишлаб чиқилди.

Модул дастури Тошкент давлат стоматология институти Кенгашида кўриб
чиқилган ва тавсия қилинган (2021 йил 29 январдаги 5-сонли баённома).

Модул дастури Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги
тиббий ва фармацевтика узлуксиз касбий таълими муассасалараро
Мувофиқлаштириш Кенгашининг 2021 йил “13” апрелдаги “3”- сонли
баённомаси билан маъқулланган.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил
“4” июндаги “121” - сонли буйруғининг 1- иловаси билан модул дастури
рўйхати тасдиқланган.

1. Ўқув модулининг долзарблиги ва олий касбий таълимдаги ўрни

Модул дастури Ўзбекистон Республикаси Давлат таълим стандарти ва бакалаврият таълим йўналиши малака талабларига асосланган ҳолда тузилган. Ушбу дастур асосида замонавий педагогик технологияларни ўқитиш жараёнига тадбиқ этиб, талабани назарий маълумотидан бошланғич амалий кўникмаларни фантомларда бажаришга ўргатиб ва орттирилган кўникмаларни замонавий тиббий технологиялар орқали клиник амалиёт билан уйғунлаштирган ҳолда мустақил равишда беморларни ташхислаш ва қабул қилишга замин яратиб беради. Мазкур модул ўқув режадаги тиббиёт касбига кириш, тиббий биология, умумий генетика, биофизика, тиббий кимё, биокимё, анатомия, физиология, патология, гистология, микробиология, вирусология, иммунология модулларидан ўзлаштирилган билимларга асосланади.

Мазкур модул ўқув режадаги клиник фармакология, юқумлик касалликлар, хирургия, нейрохирургия, мутахасслик модуллари учун назарий замин бўлиб хизмат қилади.

Терапия модули барча талабаларга касалликларнинг симптом ва синдромларини, ички аъзолар касалликлари диагностикасида қўлланиладиган текширув усулларини, ташхис қўйиш ва беморнинг тиббий баённомасини ёзишни ўргатади. Машғулотлар давомида симптоматология, диагностика ва хусусий патология асослари ажралмас боғлиқликда ўрганилиши керак.

Дастурнинг мақсад ва вазифалари шундан иборатки машғулотлар якунида талаба горизонтал ва вертикал интеграция жараёнларида олган билим ва амалий кўникмаларни клиник уйғунлаштириб, амалий кўникмаларни муаммоларсиз бажара олиши лозим. Натижада олий таълим муассасасини битирган етук, рақобатбардош, мустақил клиник фикрлаш қобилиятига эга бўлган шифокорларни шаклланади.

2. Ўқув модулининг мақсади ва вазифалари

2.1. Модулнинг мақсади – талабаларга ички касалликлар тўғрисида маълумот бериш, ички касалликлар хуружида тиббий ёрдам кўрсатиш асосларини ўргатиш, ички касалликларда қўлланиладиган текшириш усуллари тўғрисида маълумот бериш, турли текшириш усулларини қўллаш натижасида аниқланадиган организмда аниқланган ўзгаришлар тўғрисида

тушунча бериш, кузатиш натижалари асосида тахминий ташхис қўйиш, ички касалликларни нозологик шакллари тўғрисида маълумот бериш, уларни классик, типик вариантларда кечишини ва инсон ҳаётига хавф солувчи ҳолларда ёрдам кўрсатиш чораларини аниқлаш, ички касалликларни даволашни асосий тамойилларини билишга ўргатишдан иборат.

2.2. Модулнинг вазифалари:

- ички касалликларнинг этиологияси, патогенези, таснифи, клиник кўринишлари, кечиши, асоратлари, оқибати, даволаш ва профилактикаси бўйича билимларни такомиллаштириш;
- ички касалликлар билан касалланган беморлардан анамнез йиғиш;
- ички касалликларнинг асосий клиник белгиларини аниқлай олишни ўргатиш;
- ички касалликлар хуружида беморларни текшириш, шифокор тактикаси ва тиббий ёрдам кўрсатишни ўргатиш;
- лаборатор ва инструментал текширувлар натижаларидаги патологик ўзгаришларни аниқлашни ўргатиш;
- инсон организмнинг иммун ҳолати, организм сезувчанлиги, аллергия реакцияларнинг ривожланиши тўғрисида маълумот бериш;
- аллергия реакциялар ва анафилактик шок, белгилари, тез тиббий ёрдам кўрсатиш усуллари;
- бирламчи иммун танқислик ҳолатлари – ОИТС белгиларини, клиникасини, профилактика чора тадбирлари бўйича билимларни такомиллаштириш;
- сил касаллиги тўғрисида маълумот бериш, юқиш йўлларини ўргатиш нафас аъзолари, юз-жағ соҳаси, оғиз бўшлиғи сили белгиларини аниқлаш, ҳамда силни касаллигини профилактика усулларини ўргатиш.

2.3. Модул бўйича талабаларнинг билим, кўникма ва малакаларига қўйиладиган талаблар:

5 семестр

Талаба:

- ички касалликлар, уларнинг келиб чиқиши;

- беморни аъзолар бўйича умумий кўриқдан ўтказиш, тахминий ташхисни асослаш, беморни текшириш режасини тузиш;
- умумий клиник лаборатор, биохимик текширувлар, рентгенологик, ЭКГ ва ультратовуш текширувлар натижаларини таҳлил қилиш **ҳақида тасаввурга эга бўлиши;**
- ички касалликлар билан касалланган беморлардан анамнез йиғишни;
- ички касалликларнинг асосий клиник белгиларини аниқлай олишни;
- ички касалликлар хуружида беморларни текшириш, шифокор тактикаси ва тиббий ёрдам кўрсатишни;
- лаборатор ва инструментал текширувлар натижаларидаги патологик ўзгаришларни аниқлашни **билиши ва улардан фойдалана олиши;**
- пулсни текшириш;
- артериал қон босимни ўлчаш **малакаларига (шу жумладан амалий кўникмаларига) эга бўлиши керак.**

6 семестр

Талаба:

- клиник ташхисни асослаш, қиёсий таққослаш, яқуний ташхисни асослаш, парҳез столи ва режали даволашни тавсия этиш;
- инсор организмнинг иммун ҳолати, организм сезувчанлиги, аллергия реакциялар;
- гиперактивликнинг тезкор типни чақирган касалликлар **ҳақида тасаввурга эга бўлиши;**
- аллергия реакциялар ва анафилактик шок белгилари, тез тиббий ёрдам кўрсатиш усулларини;
- бирламчи иммун танқислик ҳолатлари – ОИТС белгиларини, клиникасини, профилактика чора тадбирларини;
- сил касаллигининг юқиш йўлларини, нафас аъзолари, юз-жағ соҳаси, оғиз бўшлиғи сили белгилари ҳамда сил касаллиги профилактика усулларини **билиши ва улардан фойдалана олиши;**
- нафас олиш сонини санаш;

– ошқозон-ичак тизими касалликларида оғиз бўшлиғини баҳолаш малакаларига (шу жумладан амалий кўникмаларига) эга бўлиши керак.

3. Асосий қисм

3.1. Модулдани маъруза машғулотлари мавзулари ва мазмуни, ташкил этиши бўйича умумий кўрсатма ва тавсиялар:

5- семестр

1-мавзу: Терапия модули ва унинг вазифалари. Ўткир ўчоқли ва крупоз пневмония.

Терапия модули ва унинг вазифалари. Зотилжам касаллиги, турлари, этиологияси ва патогенези. Таснифи, клиникаси, даволаш усуллари ва профилактикаси.

2-мавзу. Ўткир ва сурункали бронхитлар. Бронхиал астма.

Бронхитлар, уларнинг турлари, этиологияси ва патогенези. Таснифи, клиникаси, даволаш усуллари ва профилактикаси. Бронхиал астма тушунчаси, турлари, этиологияси ва патогенези. Таснифи, клиникаси, даволаш усуллари ва профилактикаси.

3-мавзу. Гипертония касаллиги. Артериал гипертензия синдроми.

Артериал гипертония сабаблари, таснифи, клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари ва профилактикасини талабаларга етказиш.

6- семе стр

4-мавзу. Юрак ишемик касалликлари. Миокард инфаркти.

Миокард инфарктининг, турлари, этиологияси ва патогенези. Таснифи, клиникаси, даволаш усуллари ва профилактикаси. Миокард инфаркти асоратларини, олдини олиш.

5-мавзу. Сурункали гепатитлар. Жигар циррози.

Гепатит ва жигар циррози келиб чиқиш сабаблари, таснифи, клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари ва профилактикаси.

6-мавзу. Ошқозон ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги.

Гастритлар ва яра касаллиги келиб чиқиш сабаблари, таснифи, клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари, парҳез ва профилактикаси.

7-мавзу. Ўткир ва сурункали пиелонефрит ва гломерулонефритлар.

Гломерулонефрит ва пиелонефрит сабаблари, таснифи, клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари ва профилактикаси.

8-мавзу. Қандли диабет. Қалконсимон без касалликлари.

Қандли диабет келиб чиқиш сабаблари, таснифи, клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари ва профилактикаси. Гипер ва гипотиреоз, келиб чиқиш сабаблари, белгилари, клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари ва профилактикаси.

9-мавзу. Сил эпидемиологияси, сил қўзгатувчиси, оғиз бўшлиғи сили, клиник кечиши. Силни даволаш ва олдини олиш.

Сил касаллигини ривожланиш тарихи. Сил эпидемиологияси. Сил этиологияси, патогенези, диагностикаси, таснифи. Ўпка ва ўпкадан ташқари аъзолар силини ўз вақтида аниқлаш. Силни даволаш ва профилактикаси. Ўзбекистонда силга қарши курашни ташкил этиш. ДОТС дастурининг асосий йўналишлари.

3.2. Модулдаги амалий машғулотлари мавзулари, ташкил этиш бўйича умумий кўрсатма ва тавсиялар:

3.2.1. Амалий машғулотларнинг мавзулар рўйхати:

5-семестр

1-мавзу. Терапия модули, унинг вазифалари, қўлланиладиган текшириш усуллари. (Объектив, субъектив, лаборатор ва инструментал текширув усуллари) тўғрисида маълумот.

2-мавзу. Нафас аъзоларининг фаолияти ва уни текшириш усуллари.

3-мавзу. Сурункали ва ўткир зотилжам, сабаблари, клиникаси, даволаш ва профилактикаси.

4-мавзу. Ўткир ва сурункали бронхит, сабаблари, клиникаси, даволаш ва профилактикаси.

5-мавзу. Бронхиал астма, сабаблари, клиникаси, даволаш ва профилактикаси.

6-мавзу. Овқат ҳазм қилиш аъзоларини функционал ва қўшимча текширув усуллари.

7-мавзу. Гастритлар. Меъда ва 12 бармоқли ичак яра касаллиги, сабаблари, клиникаси, даволаш ва профилактикаси.

8-мавзу. Ошқозон ости безининг яллиғланиши, сабаблари, клиникаси, даволаш ва профилактикаси.

9-мавзу. Ингичка ва йўғон ичак касалликлари, сабаблари, клиникаси, даволаш ва профилактикаси.

10-мавзу. Гепатитлар. Жигар циррози, сабаблари, клиникаси, даволаш ва профилактикаси.

11-мавзу. Сийдик ажратиш тизимини функционал ва қўшимча текширув усуллари. Гломерулонефритлар. Пиелонефритлар.

12-мавзу. Сурункали буйрак касаллиги, буйрак тош касаллиги, сабаблари, клиникаси, даволаш ва профилактикаси.

13-мавзу. Юрак-қон томир тизимини функционал ва қўшимча текширув усуллари.

14-мавзу. Гипертония касаллиги. Симптоматик артериал гипертензия.

15-мавзу. Юрак ишемик касаллиги. Стенокардиялар.

6-семестр

1-мавзу. Юрак ишемик касаллиги. Ўткир миокард инфаркти

2-мавзу. Ревматизм. Орттирилган юрак нуқсонлари.

3-мавзу. Аритмия ва блокадалар.

4-мавзу. Ревматоид артрит.

5-мавзу. Қон касалликлари. Эритроцитлар патологиялари.

6-мавзу. Қон касалликлари, лейкоцитлар патологиялари.

7-мавзу. Қалқонсимон без касалликлари.

8-мавзу. Қандли диабет.

9-мавзу. Аллергик реакциялар, турлари, сабаблари, тиббий ёрдам ва профилактикаси. Ички касалликларни даволашда қўлланиладиган дори воситалари таъсирида келиб чиқадиган дори аллергиялари, белгилари, тиббий ёрдам кўрсатиш ва профилактикаси.

10-мавзу. Орттирилган иммун танқислик ҳолатлари, сабаблари, клиник белгилари, даволаш ва профилактикаси. Организм иммун тизими фаолиятини кучайтириш усуллари, турли касалликларга қарши организм ҳимоя кучларини ошириш йўллари.

11-мавзу. Бириктирувчи тўқиманинг тизимли касалликлари, турлари, сабаблари, клиник белгилари, даволаш ва профилактикаси.

12-мавзу. ТСД ва бириктирувчи тўқиманинг бошқа касалликлари.

13-мавзу. Стоматолог амалиётида шошинч ҳолатлада тезкор ёрдам (шок, ҳушни йўқотиш, коллапс, кома).

14-мавзу. Сил касаллиги сабаблари, клиникаси, даволаш ва профилактикаси.

15-мавзу. Оғиз бўшлиғи ва периферик лимфа тугунлари сили: патогенези, клиникаси, кечиш хусусиятлари. Ташхислаш ва қиёсий ташхис усуллари.

3.2.2. Амалий машғулотларни ташкил этиш бўйича кўрсатма ва тавсиялар:

Модул бўйича машғулотлар 50% назарий (маъруза ва амалий машғулот) ва 50% амалий қисм (ўқув клиник амалиёт)дан иборат бўлган ҳолда ўтказилади. Амалий машғулотнинг назарий ва амалий қисми ўзаро боғлиқ ҳолда ўтказилади. Амалий машғулотлар мультимедиа қурилмалари билан жиҳозланган аудиторияда бир академик гуруҳга бир ўқитувчи томонидан ўтказилади.

Амалий машғулотларни ўтказишда қуйидаги дидактик тамойилларга амал қилинади:

- Амалий машғулотларни мақсадини аниқ белгилаб олиш;
- Ўқитувчининг инновацион педагогик фаолияти бўйича билимларни чуқурлаштириш имкониятларига талабаларда қизиқиш уйғотиш;
- Талабада натижани мустақил равишда қўлга киритиш имкониятини таъминлаш;
- Талабани назарий-методик жиҳатдан тайёрлаш ва ҳ.к.

3.2.3. Модулни ўқитиш давомида эгалланадиган амалий кўникмалар ва компетенциялар

Модул давомида эгалланадиган амалий кўникмалар рўйхати:

Терапия модули бўйича ўқув клиник амалиётини ўтиш даврида талабалар қуйидаги амалий кўникмаларни ўзлаштиришлари кўзда тутилган.

5-семестр

1. Пулсни текшириш
2. Артериал қон босимни ўлчаш

6-семестр

1. Нафас олиш сонини санаш
2. Ошқозон-ичак тизими касалликларида оғиз бўшлиғини баҳолаш

Модул давомида эгалланадиган компетенциялар (номи, коди) рўйхати:

УК 1¹. Абстракт фикр юритиш, ходисаларни таҳлил ва синтез қилиш қобилиятига эга бўлиш;

УК 2. Дунёқарашни шакллантириш учун фалсафий билимларнинг асосларидан фойдаланиш қобилияти;

УК 3. Ностандарт вазиятларда ҳаракат қилиш қобилияти, қабул қилинган қарорлар учун ижтимоий ва ахлоқий жавобгарликни олишга тайёрлик;

УК 4. Ўз-ўзини ривожлантиришга, англашга, ўқишга, ижодий салоҳиятдан фойдаланишга тайёрлик;

УК 5. Фақуллоддаги вазиятларда биринчи тиббий ёрдам техникасини, ҳимоя усуллари кўллашга тайёрлик;

УКК 1². Касбий фаолиятнинг стандарт вазифаларини ахборот, библиографик манбалар, биотиббийёт терминологияси, ахборот-коммуникация технологиялари ва ахборот хавфсизлигининг асосий талабларини ҳисобга олган ҳолда ҳал қилишга тайёрлик;

УКК 2. Профессional фаолиятдаги муаммоларни ҳал қилиш учун оғзаки ва ёзма равишда рус ва хорижий тилларда мулоқот қилишга тайёрлик;

¹ УК- умумий компетенция

² УКК – умумий касбий компетенци

УКК 3. Тиббий ҳужжатларни юритишга тайёрлик; УКК 4. Касбий муаммоларни ҳал қилишда дори воситаларини ва уларнинг комбинацияларини тиббий мақсадларда ишлатишга тайёрлик;

УКК 5. Беморларга бирламчи тиббий ёрдам кўрсатишни ташкил этиш ва дастлабки тиббий санитар ёрдам кўрсатишни таъминлашга тайёрлик;

УКК 6. Тиббий ёрдам кўрсатишда кўзда тутилган тиббий асбоблардан фойдаланишга тайёрлик.

Модул давомида ўқув клиник амалиётни ташкил этиш бўйича умумий

қўрсатма ва тавсиялар:

Талабаларнинг ўқув клиник амалиёти терапевтик бўлимларда ўтказилади. Амалий машғулотда амалий кўникмаларга ўргатиш жараёни батафсил режалаштирилади ва 3 босқични ўз ичига олади:

1. Кириш қисми – машғулотнинг мақсади ва вазифалари аниқланади, ўрганилаётган кўникмадан фойдаланишнинг мотивацион асоси, унинг назарий жиҳатлари муҳокама қилинади. Агар техник воситаларни қўллаш талаб этилса (пикфлоуметр, спироанализатор, тонометр, ва ш.ў.), унда уларнинг таъсир механизми, қўллаш техникаси таништирилади.

2. Кўникмани намойиш қилиб бериш ва кўп марта машқ қилиш – бунда кўникмани босқичларга тўғри тақсимлашга алоҳида эътибор қаратилади. Тескари алоқани олгунга қадар, яъни ўрганаётган шахс мустақил, бироқ педагог назорати остида бажара олганда, кўникмани бажаришнинг барча босқичларини умумлаштириш ва муляжларда, ўзаро бир-бирида кўп марта машқ қилиш ва фақат кўникмага эга бўлгандан сўнг беморда қўллагунча, ҳар бир босқич намойиш қилинади ва ишлаб чиқилади.

3. Хулоса – ўрганаётган шахс билан ушбу кўникманинг аҳамиятини муҳокама қилиш ва уни турли вазиятларда қўллаш. Сўров асосида бирламчи бўғиннинг ўмақсади ва вазифаларига эришилганлигига ишонч ҳосил қилиш.

Ўқитиш жараёнида юзага келган муаммоларни аниқлаш ва ҳал қилиш.

Бажарилаётган амаллар алгоритми мавжуд бўлиши ва талабаларга олдиндан етказилиши лозим. Ўқитувчи назорат қилади ва керак бўлганда талабалар ишидаги хатоликларни тўғрилайди. Талаба, унинг хатоси нимада эканлигини, ўқитувчига ва бошқа талабаларга тушунтириб беради ва сўнгра муолажани тақрорлайди. Интерфаоллик шунда намоён бўладиги, бунда бошқа талабалар эксперт сифатида чиқишга ва ўқитилаётган талабанинг амалий кўникмани тўғри ўзлаштирганлигини баҳолашга тайёр бўлишлари лозим.

Машғулот сўнггида ўқитувчи ҳар бир талабанинг амалий кўникмани ўзлаштирганлик даражасини баҳолайди. Талаба амалий кўникмани ўзлаштира олмаган вазиятларда, машғулотдан ташқари вақтда мустақил ўзлаштириш тавсия этилади.

4. Мустақил таълим ва мустақил ишлар, ташкил этиш бўйича кўрсатма ва тавсиялар

4.1. Тавсия этилаётган мустақил ишларнинг мавзулар рўйхати:

5- семестр

1. Ички касалликларда парҳез столларининг турлари ва уларни тавсия этиш.
2. Плевритлар (куруқ ва экссудатив плеврит): этиологияси, клиникаси, диагностикаси, даволаш ва профилактикаси.
3. Бронхоэктатик касаллик, этиологияси, клиникаси, диагностикаси, оғиз бўшлигида ўзига хос ўзгаришлар, даволаш ва профилактикаси.
5. Ўпка абсцесси: этиологияси, клиникаси, диагностикаси, оғиз бўшлигида ўзига хос ўзгаришлар, даволаш ва профилактикаси.
6. Ўпка гангренази: этиологияси, клиникаси, диагностикаси, оғиз бўшлигида ўзига хос ўзгаришлар, даволаш ва профилактикаси.
7. Ўпка эмфиземаси: этиологияси, клиникаси, диагностикаси, оғиз бўшлигида ўзига хос ўзгаришлар, даволаш ва профилактикаси.
8. Эзофагит: этиологияси, клиникаси, диагностикаси, оғиз бўшлигида ўзига хос ўзгаришлар, даволаш ва профилактикаси.
9. Қизилўнгач яраси: этиологияси, клиникаси, диагностикаси, оғиз бўшлигида ўзига хос ўзгаришлар, даволаш ва профилактикаси.
10. Ичаклар таъсирланиш синдроми: этиологияси, клиникаси, диагностикаси, оғиз бўшлигида ўзига хос ўзгаришлар, даволаш ва профилактикаси.
11. Ичаклар дисбактериози: этиология, патогенез, патоморфология, характерли симптомлар, лаборатор ва инструментал диагностика, қиёсий ташхиси, оғиз бўшлигида ўзига хос ўзгаришлар, парҳез ва медикаментоз даволаш.
12. Сурункали энтерит: этиологияси, клиникаси, диагностикаси, оғиз бўшлигида ўзига хос ўзгаришлар, даволаш ва профилактикаси.

13. Сурункали носпецифик ярали колит: этиологияси, клиникаси, диагностикаси, оғиз бўшлигида ўзига хос ўзгаришлар, даволаш ва профилактикаси.
14. Сурункали холецистит: этиологияси, клиникаси, диагностикаси, оғиз бўшлигида ўзига хос ўзгаришлар, даволаш ва профилактикаси.
15. Сурункали панкреатит: этиологияси, клиникаси, диагностикаси, оғиз бўшлигида ўзига хос ўзгаришлар, даволаш ва профилактикаси.

15. Сийдик чиқариш аъзолари касалликларида парҳез столларининг хусусиятлари. Буйрак тош касаллигида-оксалат тошларда, урат тошларда, сийдик кислотаси чиққанда, сийдик нордон диатезида, ўтқир ва сурункали пиелонефритда, ўтқир ва сурункали гломерулонефритда.
16. Сийдик ҳосил бўлиш механизми: сийдик айирув тизимининг тузилиши, нефронлар характеристикаси, сийдик ҳосил бўлишидаги асосий жараён – коптокчалар фильтрацияси, каналчалар реобсорбцияси, каналчалар секрецияси, бирламчи ва иккиламчи сийдик.
17. Ўтқир буйрак етишмовчилигида оғиз бўшлигидаги ўзгаришлар, асосий

касаллик билан боғлиқ хусусиятлари, СБЕнинг компенсатор интермиттирловчи ва терминал босқичларида, буйраклар поликистозида, буйраклар амилоидозида, буйраклар силида.

6- семестр

18. Юрак қон-томир тизими физиологияси: юрак қон-томир тизимининг анатомик хусусиятлари, юракнинг асосий функциялари, кичик ва катта қон айланиш доираси юрак қисқарувчанлиги, оғиз бўшлиғи ва бош миёни озиклантирувчи томирларни характеристикаси.
19. Юракнинг электорофизиологик хусусиятлари, юрак ўтказувчи тизимининг характеристикаси, юрак автоматизми, юрак ўтказувчи тизимининг тузилиши, ритм тикланиши, кардиомиоцитларни фазалар бўйича қисқариш характеристикаси, атипик кардиомиоцитлар потенциал фаза механизмлари, юрак қўзгалувчанлиги ва рефрактерлиги.
20. Юрак қон-томир тизими анатомияси. Юрак ва асосий аъзоларни озиклантирувчи қон-томир устунлари, қон айланиш аъзоларининг функционал хусусиятлари, юрак қон-томир тизими касалликларида асосий шикоятлар, перкуссия, аускультация, пархезни ўзига хослиги, олдини олиш ва даволаш. Томир тизими анатомияси. Асосий томирлар тутами, юрак ва асосий аъзоларни озикланиши, қон айланиш тизимининг ўзига хослиги бўйича кўрик, перкуссия, аускультация, пархез, даволаш ва профилактикаси.
21. Миокардни нокоронароген касалликлари: ўнг бўлмача гипертрофик кардиомиопатияси, рестриктив кардиомиопатияси, аритмоген кардиомиопатияси, миокардиодистрофия, миокардни алкоголь натижасида шикастланиши, этиологияси, патогенези, клиник белгилари.
22. Нормада юрак ичи гемодинамикаси. Юрак циклининг физиологик тахлили, юрак циклининг фазалари, бўлмачалар систола ва диастоласи, юрак ўнг ва чап бўлимларининг асинхроник фаолияти, юрак фаолиятида қоринчалар сигимининг ўзгариши.
23. Геронтология, гериатрия, герофилактика, катта ёшдаги инсонларни парваришлаш бўйича кўрсатмалар.
24. Патологик юрак ичи гемодинамикаси, унинг ўзига хослиги, характеристикаси, юракдан отилиб чиққан қон ҳажми, реография, кўкрак реографияси, функционал синамалар, қон айланишининг дақиқалик ҳажми.
25. Юрак онтогенези, асосий характеристикаси, онтогенез босқичлари, бирламчи бўлмачалар тўсиғи, иккиламчи бўлмачалар тўсиғи, қоринчалар аро тўсиқ ҳосил бўлиши, асосий қон-томир устунининг ҳосил бўлиши, аорта ўпка тўсиғининг ҳосил бўлиши.

26. Юрак тонларининг характеристикаси: I чи тон, II чи тон, III чи тон ва IV чи тон, юрак тонлари ва шовқинларининг ҳосил бўлиш механизлари, оғиз бўшлиги касалликларида юрак тонларининг ўзгариши, функционал

- шовқинлар.
27. Системали касалликларда юракни шикастланиши: тизимли қизил тошма, тизимли склеродермияда юракни шикастланиши, этиологияси, патогенези, патоморфологияси, хос белгилар, лаборатор ва инструментал диагностикаси, қиёсий ташхис, оғиз бўшлиғида ўзига хос ўзгаришлар, парҳез ва медикаментоз даволаш.
 28. Дислипидемиялар: гиперлипидемия, гиполлипидемия, паст зичликдаги липопротеидлар, жуда паст зичликдаги липопротеидлар, юқори зичликдаги липопротеидлар, триглицеридлар, дислипидемия билан кечадиган касалликлар, дислипидемияда оғиз бўшлиғидаги ўзига хос ўзгаришлар
 29. Юрак ишемик касаллигида парҳез тамойиллари: зуриқиш стенокардиясида, тинч ҳолатдаги стенокардияда, миокард инфарктида, юрак касалликлари билан гастрит бирга келганда килинадиган парҳез, юрак ишемик касаллигида афтоз стоматит булганда буюриладиган парҳез.
 30. Юрақнинг ўтказувчи тизими, тузилиши, ритм тикланиши, кардиомиоцитларни фазалар бўйича қисқариш характеристикаси, атипик кардиомиоцитлар потенциал фаза механизмлари, юрак кўзгалувчанлиги ва рефрактерлиги.
 31. Кардиостимуляция учун кўрсатма: атриовентрикуляр қамалнинг тўлиқ, нотўлиқ шакллари, атриовентрикуляр қамалнинг 2,3 босқичлари, ритм бузилиши, кўндаланг қамал, кардиостимуляциянинг асосий характеристикаси, бажариш.
 32. Юрак ишемик касаллигини хирургик даволаш усуллари: ангиопластика, коронар томирларни стентлаш, жаррохлик усули билан даволаш учун асосий кўрсатма, операция турлари, жаррохлик усули билан даволаш техникаси ва унга тайёрлаш, операциядан кейинги ҳолат.
 33. Гипертония касаллиги I, II, III, IV босқичларида буюриладиган парҳез, оғиз бўшлиғи касалликлари билан бирга келганда парҳез. Симптоматик гипертониялар ва уларнинг сабаблари, уларда парҳезни ўзига хослиги:
 34. Артериал гипертензия ривожланишидаги патогенетик омиллар, гемодинамика ўзгариши натижасида юзага келадиган гипертензияларда буюриладиган парҳез, артериал гипертониялар, дори воситаларни узоқ вақт қабул қилиш натижасида ва оғир метал тузлари билан захарланишда юзага келадиган артериал гипертониялар.
 35. Сурункали юрак етишмовчилигида парҳез принциплари, парҳезнинг асосий компонентлари, касалликнинг этиологияси ва патогенезига, лаборатор таҳлиллар ва асбобий текширув натижалари билан боғлиқ ҳолда фарқланиши. Ўткир юрак етишмовчилигидаги парҳез.
 36. Туғма гемолитик анемия. Туғма гемолитик анемияда оғиз бўшлиғида бўладиган ўзгаришлар. Гемолитик анемияда тишларда бўладиган ўзгаришлар.
Гипо-апластик анемиялар. Апластик анемияда оғиз бўшлиғида бўладиган ўзгаришлар. Апластик анемияда тишларда бўладиган ўзгаришлар. Сарикликни қиёсий ташхислаш.

37. Стоматолог амалиётида учрайдиган геморрагик диатезлар. Геморрагик диатез билан оғриган беморларда стоматолог ёрдами хусусиятлари. Қон тўхтатувчи воситалар. Қон кетишда кўрсатиладиган шошилиш ёрдам. Системали васкулитларда оғиз бўшлигидаги ўзгаришлар. Системали васкулит билан оғриган беморларда стоматологик беморларни олиб бориш тактикаси.
38. Қон шакли элементларини ҳосил бўлиш физиологияси. Стернал пункция. Гемобластоз билан оғриган беморларда стоматологик беморларни олиб бориш тактикаси. Суяк кўмигини кўчириб ўтказишга кўрсатма. Лейкоз билан оғриган беморларда оғиз бўшлигининг ҳолати.
39. Эндемик буқоқ. Феохромоцитома. Қон касаллиги. Қандли диабетни 1 ва 2 типда ва қандсиз диабетда парҳез таом столи. Қандли диабетли беморларда оғиз бўшлигини ҳолати. Диабет билан оғриган беморларда стоматологик беморларни олиб бориш тактикаси.
40. Аутоиммун касалликларни ривожланиш механизмлари. Тизимли склеродермия, тизимли қизил тошма, дерматомиозитли беморларда оғиз бўшлигининг ҳолати ва стоматолог ёрдами. Бириктирувчи тўқима диффуз касалликларида иммунсупрессив даво. Бетта-хужайрали даво, кўрсатма, қарши кўрсатма.
41. Кома. Прекома. Коллапс, хушдан кетиш, шокда стоматолог тактикаси. Анафилактик шок профилактикаси. Анафилактик шокда биринчи ёрдам.
42. Системали мастоцитоз турлари. Патофизиологияси ва клиник намоён бўлиши. Диагностика даволаш.
43. Иммун танқисликнинг аралаш синдромлари: тери ва шиллиқ қаватлар кандидози, Х-боғланган лимфопрлифератив синдром, тимома билан боғлиқ иммунтанқислик, Вискотт-Олдрич синдроми, гипериммуноглобулин Е синдроми, иммунодефицит билан боғлиқ бўлган метаболик ўзгаришлар. ОИТС профилактикаси.
44. Силнинг патоморфологияси, патогенези. Силнинг клиник белгилари. Сил билан касалланган беморларини текшириш усуллари. Силнинг клиник таснифи.
45. Туберкулинодиагностика. Силга қарши вакцина билан эмлаш ва қайта эмлаш. Силнинг кимёвий профилактикаси. Оғиз бўшлиғи сили. Периферик лимфа тугунлари сили.

4.2.Тавсия этилаётган мустақил ишларнинг шакллари:

Терапия модулини ўрганиш давомида талабалар аудиторияда олган назарий билимларини мустақамлаш ва соғлиқни сақлаш тизимидаги амалий

масалаларни ечишда кўникма ҳосил қилиш мақсадида мустақил таълим тизимида асосланиб, кафедра ўқитувчилари раҳбарлигида, мустақил иш бажарадилар. Бунда улар кўшимча адабиётларни ўрганиб ҳамда интернет

сайтларидан фойдаланиб рефератлар ва илмий матнлар тайёрлайдилар,

амалий машғулот мавзусига доир уй вазифаларини бажарадилар, кўргазмали қуроллар ва слайдлар тайёрлайдилар.

Талаба мустақил ишни тайёрлашда муайян модулнинг хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда қуйидаги шакллардан фойдаланишга тавсия этилади.

- Тиббиёт ОТМ клиникалари ва клиник ўқув базаларида аудиториядан ташқари ташкиллаштирилган клиник навбатчиликда тасдиқланган амалий кўникмаларни навбатчи шифокор-педагог назоратида сон ва сифат жихатдан бажариш ва навбатчилик дафтарларида акс эттириш;
- Беморлар курациясида даволовчи ёки навбатчи шифокор билан назорат қилишда иштирок этиш;
- Аҳоли орасида санитар оқартув ишларни суҳбат ва маърузаларни ўтказиш;
- Айрим назарий мавзуларни ўқув адабиётлари ёрдамида мустақил ўзлаштириш;
- Берилган мавзу бўйича ахборот (реферат) тайёрлаш;
- Модулнинг бўлимлари ёки мавзулари устида махсус ёки илмий адабиётлар (монографиялар, мақолалар) бўйича ишлаш ва маърузалар қилиш;
- Вазиятли ва клиник муаммоларга йўналтирилган вазиятли масалалар ечиш;
 - тарқатма материаллар бўйича назарий машғулотлар қисмини ўзлаштириш;
 - компьютер технологиялари тизимлари билан ишлаш;
 - махсус адабиётлар бўйича реферат ва конспектлар тайёрлаш;
 - талабанинг ўқув-илмий-тадқиқот ишларини бажариш билан боғлиқ бўлган адабиётлар, монография ва илмий тўпламларни чуқур ўрганиш;
 - интерактив ва муаммоли ўқитиш жараёнида фаол қатнашиш;

4.3. Мустақил таълим ва мустақил ишларни ташкил этиш бўйича умумий кўрсатма ва тавсиялар:

Терапия модули бўйича мустақил иш аудитория ва аудиториядан ташқари ўтказилади.

Талаба мустақил ишни ташкил этишда қуйидаги шакллардан фойдаланилади:

- аудитория машғулотларидан ташқари тренажёр, муляж ва симуляцион залларда/марказларда тасдиқланган амалий кўникмаларни педагог назоратида сон ва сифат жихатдан бажариш ва амалий кўникмаларни ўзлаштириш дафтарларида акс эттириш;
- тиббиёт ОТМ клиникалари ва клиник ўқув базаларида аудиториядан ташқари ташкиллаштирилган клиник навбатчиликда тасдиқланган амалий кўникмаларни навбатчи шифокор-педагог назоратида сон ва сифат жихатдан бажариш ва навбатчилик дафтарларида акс эттириш;
- беморларни парвариш қилишда даволовчи ёки навбатчи хамшира билан иштирок этиш.
- аҳоли орасида санитар оқартув ишларини суҳбат ва маърузаларни ўтказиш;
- айрим назарий мавзуларни ўқув адабиётлари ёрдамида мустақил ўзлаштириш;
- берилган мавзу бўйича ахборот (реферат) тайерлаш;
- модулнинг бўлимлари ёки мавзулари устида махсус ёки илмий адабиётлар (монографиялар, мақолалар) бўйича ишлаш ва маърузалар қилиш;
- вазиятли ва клиник муаммоларга йўналтирилган вазиятли масалалар ечиш;
- CASE (реал клиник вазиятлар ва клиник вазиятли масалалар асосида case-study) ечиш.
- моделлар яшаш, кроссвордлар тузиш, органиайзерлар тузиш ва ҳ.к.

Курс иши (лойихаси) кўрсатма ва тавсиялар

Модул бўйича курс иши намунавий ўқув режасида кўзда тутилмаган.

Модул бўйича талабалар билимини назорат қилиш турлари ва баҳолаш мезонлари

Терапия модули бўйича назорат турлари ва баҳолаш мезонлари ҳақидаги маълумот модул бўйича биринчи машғулотда талабаларга эълон қилинади. Талабаларнинг модул бўйича ўзлаштириш даражасининг Давлат таълим стандартларига мувофиқлигини таъминлаш учун қуйидаги назорат турлари ўтказилади:

- жорий назорат (ЖН);
- оралиқ назорат (ОН);
- якуний назорат (ЯН).

Модулга ажратилган 5,5 кредитни талаба ЖН давомида йиғади.

| № | Баҳолаш тури | Кредит сони |
|----------|---------------------|--------------------|
| 1. | Жорий назорат | 5,5 |
| 2. | Оралиқ назорат | 0 |
| 3. | Якуний назорат | 0 |
| | ЖАМИ | 5,5 |

ЖОРИЙ НАЗОРАТ (ЖН)

Жорий назоратда талабанинг модул мавзулари бўйича билим, амалий кўникма ва компетенцияларни эгаллаш даражасини аниқлаш ва баҳолаб бориш кўзда тутилади. Терапия модули бўйича ЖН оғзаки, ўргатувчи-назорат тестлари, тарқатма материаллари билан ишлаш, вазиятли масалалар, муляж ва фантомларда ишлаш маълумотларини ўрганиш, беморлар билан

ишлаш, уйга берилган вазифаларни текшириш ва шу каби бошқа шаклларда ўтказилиши мумкин.

Баҳолашда талабанинг билим даражаси, амалий машғулот материалларини ўзлаштириши, назарий материал муҳокамасида ва таълимнинг интерактив усулларида иштирокининг фаоллик даражаси, шунингдек, амалий билим ва кўникмаларни ўзлаштириш даражаси, компетенцияларни эгаллаш (яъни назарий, аналитик ва амалий ёндошувлар) ҳисобга олинади.

Ҳар бир машғулотда барча талабалар баҳоланиши шарт. Максимал балл 100, ўтиш бали 55 балл.

Жорий назорат учун ажратилган 5,5 кредит.

Талаба ҳар бир бўлимдан белгиланган кредитларни тўплагандан кейингина оралиқ ва якуний назоратга киритилади.

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

Касаллиги сабабли дарсларга қатнашмаган ҳамда белгиланган муддатларда жорий назоратни топшира олмаган талабаларга факултет декани фармойиши асосида, ўқишни бошлаганидан сўнг икки ҳафта муддатда топширишга рухсат берилади.

Семестр якунида модул бўйича жорий назоратда саралаш балидан кам балл тўплаган талаба академик қарздор ҳисобланади.

Академик қарздор талабаларга семестр тугаганидан кейин қайта ўзлаштириш учун бир ой муддат берилади. Шу муддат давомида модулни ўзлаштира олмаган талаба факултет декани тавсиясига кўра белгиланган тартибда ректорнинг буйруғи билан курсдан курсга қолдирилади.

Модул бўйича талаба рейтинг қуйидагича аниқланади:

| Балл | ECTS баҳо | ECTS нинг таърифи | | Баҳо | Таърифи |
|--------|-----------|--|--|------|---------|
| 86-100 | А | "аъло" – аъло натижа, минимал ҳатоликлар билан | <p>илмий ва амалий масалаларни ечишда самарали қўллай олиши;</p> <p>ностандарт вазиятларда муаммоларни мустақил ва ижодий ҳал қила олиш қобилиятини кўрсата олиши;</p> <p>амалий кўникмаларни мустақил равишда тўлиқ бажара олиши (сифати ва белгиланган сони жиҳатдан) ва компетенцияларни тўлиқ эгаллаши;</p> <p>амалий масалаларни қисқа, асосланган ва рационал равишда ҳал этиши;</p> <p>модул дастурида тавсия этилган асосий ва қўшимча адабиётларни тўлиқ ва чуқур ўзлаштириши;</p> <p>модул бўйича назариялар, концепциялар ва йўналишлар моҳиятини англаш, уларга танқидий баҳо бериш ва бошқа модуллар илмий ютуқларини қўллай олиши;</p> <p>назарий ва амалий машғулотларда бутун семестр мобайнида ижодий ва мустақил қатнашиши, гуруҳли муҳокамаларда фаол бўлиши, вазифаларни бажаришда юқори маданият даражасига эга бўлиши лозим;</p> | 5 | аъло |
| 81-85 | В | "жуда яхши" – ўртадан юқори натижа, айрим ҳатоликлар билан | <p>модул дастурининг барча бўлимлари бўйича тизимли, тўла ва чуқур билимга эга бўлиши, зарур далиллар билан асослай олиши;</p> <p>терминологиядан (шу жумладан, илмий, хорижий тилда ҳам) аниқ, ўз ўрнида фойдаланиши, саволларга жавобни мантиқан тўғри, стилистик саводли равишда ифодалаши;</p> <p>ўз фикрини исботлашда ёки бошқа назарий материални баён қилишда</p> | 4 | яхши |

| | | | | | |
|-------|---|--|---|---|------|
| | | | <p>юзага келган ноаниқликларни мустақил бартараф эта олиши; модулнинг таянч тушунчаларини билиши, қисқа вақт ичида илмий ва касбий вазифаларни қўйиш ҳамда ҳал қилишда ундан унумли фойдаланиши; стандарт вазиятларда муаммоларни ўқув дастури доирасида мустақил ҳал қила олиши; амалий кўникмаларни мустақил равишда тўлиқ бажара олиши (сифати ва белгиланган сони жиҳатдан) ва компетенцияларни тўлиқ эгаллаши; амалий машғулотларда норматив- ҳуқуқий ҳужжатларни яхши билишини намойиш қилиши, ушбу билимларни янги вазиятларда тўғри (лекин доим ҳам рационал эмас) қўллай олиши, бажарилган иш натижаларини етарли даражада расмийлаштира олмаганлиги; модул дастурида тавсия қилинган асосий адабиётларни ўзлаштириши; ўрганилаётган модул бўйича назариялар, концепциялар ва йўналишлар моҳиятини англай олиши ва уларга танқидий баҳо бериши; назарий ва амалий машғулотларда бутун семестр мобайнида ижодий ва мустақил қатнашиши, гуруҳли муҳокамаларда фаол бўлиши, вазифаларни бажаришда жуда яхши маданият даражасига эга бўлиши лозим;</p> | | |
| 71-80 | С | "яхши" – ўртача натижа, сезиларли ҳатоликлар билан | <p>модул дастурининг барча бўлимлари бўйича тизимли, тўла ва чуқур билимга эга бўлиши, зарур далиллар билан асослай олиши, аммо бир оз камчиликлар билан;</p> <p>терминологиядан (шу жумладан, илмий, хорижий тилда ҳам) аниқ, ўз ўрнида фойдаланиши, саволларга</p> | 4 | яхши |

| | | | | | |
|-------|---|---|--|---|------------|
| | | | <p>жавобни мантиқан тўғри, стилистик саводли равишда ифодалаш;</p> <p>ўз фикрини исботлашда ёки бошқа назарий материални баён қилишда юзага келган ноаниқликларни мустақил бартараф эта олиши;</p> <p>модулнинг таянч тушунчаларини билиши, қисқа вақт ичида илмий ва касбий вазифаларни қўйиш ҳамда ҳал қилишда ундан унумли фойдаланиши;</p> <p>стандарт вазиятларда муаммоларни ўқув дастури доирасида мустақил ҳал қила олиши;</p> <p>амалий кўникмаларни мустақил равишда бажара олиши (сифати ва белгиланган сони жиҳатдан) ва компетенцияларни эгаллаши, аммо бир оз камчиликлар билан;</p> | | |
| 60-70 | D | "қоникарли " – султ натижа, қўпол камчиликла р билан | <p>давлат таълим стандартлари (талаблари) доирасида етарли билим ҳажмига эга бўлиши;</p> <p>терминологияни ишлатиши, саволларга жавобларни тўғри баён қилиши, лекин бунда айрим хатоларга йўл қўйиши;</p> <p>жавоб беришга ёки айрим махсус кўникмаларни намойиш қилишда қийналганда, модул бўйича асосий тушунчага эга эканлигини намойиш этиши;</p> <p>амалий кўникмаларни (сифати ва белгиланган сони жиҳатдан) мустақил аммо ҳатоликлар билан тўлиқ бажара олиши;</p> <p>компетенцияларни мустақил, аммо ҳатоликлар билан эгаллаши;</p> <p>модулининг умумий тушунчалари бўйича қисман билимга эга бўлиши ва</p> | 3 | Қони қарли |

| | | | | | |
|-------|---|--------------------------------|---|---|------------|
| | | | <p>уни стандарт (намунавий) вазиятларни ҳал этишда қўллай олиши;</p> <p>педагог ходим ёрдами билан стандарт вазиятларни ҳал эта олиши;</p> <p>ўқиётган модул бўйича асосий назариялар, концепциялар ва йўналишлар моҳиятини англаши, уларга баҳо бера олиши;</p> <p>назарий ва амалий машғулотларда педагог ходим раҳбарлигида қатнашиши, вазифаларни бажаришда етарли маданият даражасига эга бўлиши лозим;</p> | | |
| 55-59 | Е | "ўрта" – минимал натижага тенг | <p>давлат таълим стандартлари (талаблари) доирасида қоникарли билим ҳажмига эга бўлиши; терминологияни ишлатиши, саволларга жавобларни тўғри баён қилиши, лекин бунда айрим қўпол хатоларга йўл қўйиши;</p> <p>жавоб беришга ёки айрим махсус кўникмаларни намойиш қилишда қийналганда ва хатоларга йўл қўйганда, модул бўйича асосий тушунчага эга эканлигини намойиш этиши;</p> <p>амалий кўникмаларни (сифати ва белгиланган сони жиҳатдан) мустақил эмас ва ҳатоликлар билан тўлиқ бажара олиши;</p> <p>компетенцияларни мустақил эмас ва ҳатоликлар билан эгаллаши;</p> <p>модулининг умумий тушунчалари бўйича қисман билимга эга бўлиши ва уни стандарт (намунавий) вазиятларни ҳал этишда қўллай олиши;</p> <p>педагог ходим ёрдами билан стандарт вазиятларни ҳал эта олиши;</p> <p>ўқиётган модул бўйича асосий назариялар, концепциялар ва йўналишлар моҳиятини англаши, уларга баҳо бера олиши;</p> | 3 | Қони қарли |

| | | | | | |
|-------|----|--|---|---|-------------|
| 31-54 | FX | "қониқарси з" – минимал даражадаги билимларни олиш учун кўшимча мустақил ўзлаштириши зарур | давлат таълим стандартлари (талаблари) доирасида фақат айрим фрагментар билимларга эга бўлса; илмий терминларни ишлата олмаса ёки жавоб беришда жиддий мантиқий хатоларга йўл қўйса; назарий ва амалий машғулотларда пассив қатнашиб, вазифалар бажариш маданиятининг паст даражасига эга бўлса; амалий кўникмаларга ва компетенцияларга эга бўлмаса, ўз хатоларини ҳатто педагог ходим тавсиялари ёрдамида ҳам тўғрилай олмаса. | 2 | Қониқарси з |
| 0-30 | F | "мутлоқ қониқарсиз" – тўлиқ қайта ўзлаштириши лозим | давлат таълим стандартлари (талаблари) доирасида фақат айрим фрагментар билимларга эга бўлса; терминларни ишлата олмаса ёки жавоб беришда жиддий ва қўпол мантиқий хатоларга йўл қўйса ёки умуман жавоб бермаса; назарий ва амалий машғулотларда пассив қатнашиб, вазифалар бажариш | | |

ОРАЛИҚ НАЗОРАТ (ОН)

6 семестрдан кейин оралиқ назорат ўтказилади. ЖБдан тўлиқ кредит олмаган талаба ОНга киритилмайди. ОН семестр охирида, оғзаки амалий кўникмаларга асосланган ҳолда муляжлар ва фантомлардан иборат махсус саволномалар асосида амалга оширилади 100 балли тизимда баҳоланади, ўтиш бали 55 балл.

ЯКУНИЙ НАЗОРАТ (ЯН)

ЖНга ажратилган кредитларни тўлиқ тўплаган, ОНни топширган талаба ЯНга киритилади. ЯН модуль якунида оғзаки + амалий кўникма шаклида ўтказилади. Бунда талабаларнинг компетенцияларни, амалий кўникмаларни эгаллаш даражаси ва назарий билимлари текширилади. Билетда 2 та назарий савол ва 2 та амалий кўникма берилади, ҳар бирига 25 балл берилади. Максимал балл 100, ўтиш бали 55 балл. ЯНда саралаш балини (55) йиғи

олмаган талаба ЯНдан ўтмаган ва модулни ўзлаштирмаган деб ҳисобланади (ЖНда тўлиқ кредитни йиққан бўлса ҳам).

Таълим муассасаси ректорининг буйруғи билан ички назорат ва мониторинг бўлими раҳбарлигида тузилган комиссия иштирокида якуний назоратни ўтказиш жараёни даврий равишда ўрганиб борилади ва уни ўтказиш тартиблари бузилган ҳолларда, якуний назорат натижалари бекор қилинади ва якуний назорат қайта ўтказилади.

Касаллиги сабабли якуний назоратни топшира олмаган талабаларга факултет декани фармойиши асосида, ўқишни бошлаганидан сўнг икки ҳафта муддатда топширишга рухсат берилади.

Семестр якунида якуний назоратда саралаш балидан кам балл тўплаган талаба академик қарздор ҳисобланади.

Академик қарздор талабаларга семестр тугаганидан кейин қайта ўзлаштириш учун бир ой муддат берилади. Шу муддат давомида модулни ўзлаштира олмаган талаба факултет декани тавсиясига кўра белгиланган тартибда ректорининг буйруғи билан курсдан курсга қолдирилади.

Талаба назорат натижаларидан норози бўлса, модул бўйича назорат тури натижалари эълон қилинган вақтдан бошлаб бир кун мобайнида факултет деканига ариза билан мурожаат этиши мумкин. Бундай ҳолда факултет

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

Апелляция комиссияси талабаларнинг аризаларини кўриб чиқиб, шу куннинг

ўзида хулосасини билдиради.

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

5. Асосий ва қўшимча ўқув адабиётлар ҳамда ахборот манбаалари

5.1. Асосий адабиётлар

1. Гадаев А.Г., Ахмедов Х.С., Сабиров М.А., Шодикулова Г.З. *Терапия, Дарслик*. Тошкент. 2019 й.
2. Гадаев А.Г. *Ички касалликлар пропедевтикаси, Дарслик*. Тошкент. 2012 й.
3. Шарапов Ф.Г. *Ички касалликлар, Дарслик*. Тошкент. 2006 й.
4. Убайдуллаев А.М. *Сил касаллиги, Ўқув қўлланма*. Тошкент. 2009 й.

5.2. Қўшимча адабиётлар:

1. Бобажонов С.Н. *Ички касалликлар, Дарслик*. Тошкент. 2008 й.
2. Огороков А.Н. *Диагностика внутренних болезней в 10-ти томах,*
Учебник. Москва. 2007 г.
3. Собиров М.О., Скосырева О.В. *Ички касалликлар бўйича масалалар тўплами*. Тошкент. 2015 й.
4. Джон Крофтон, Норманн Хорн, Фред Миллер. *Сил касалликлар,*
Дарслик. Тошкент. 2009 й.

5.3. Интернет

сайтлар www.tma.uz

www.medlincs.ru

www.medbook.ru

www.zyonet.uz

ТЕРАПИЯ-1 МОДУЛИДАН СИЛЛАБУС

| | | | |
|-----------------|--|-----------------------------------|------------------|
| Модулнинг номи | Терапия | | |
| Модул коди: | Кредит ҳажми: 2 кредит Шундан: 5-семестрда | Модул ўтилиш даври: 5- семестр | ECTS value: 2 |
| Таълим йўналиши | 5510400 – Стоматология | 3 босқич бакалаврлари | |

| | | | |
|--|---|--------------------|--|
| Модулнинг давомийлиги | 15 ҳафта | | |
| Ўқув соатлари ҳажми: | Жами соат: | 72 | |
| | Шунингдек: | | |
| | Маъруза | 6 | |
| | амалий машғулот | 30 | |
| | мустақил таълим | 36 | |
| Ўқув модулининг статуси | Клиник модуллар блоки | | |
| ОТМ номи, манзили | | | |
| Кафедра номи | | | |
| Мазкур курснинг ўқитувчилари ҳақида маълумот | Маърузачиларнинг Ф.И.Ш. Амалий машғулот ўтказувчиларнинг Ф.И.Ш. | E-mail: E-mail: | |
| Машғулот вақти ва жойи | | | |
| Модулнинг мазмуни | Терапия модули бўлажак мутахассисни тайёрлашнинг ўрта босқичи ҳисобланади ва талабалар томонидан ички касалликлар билан касалланган беморларга ташҳис қўйиш ва даволаш усулларини ўрганиш модули бўлиб ҳисобланади. | | |
| Пререквизитлар | Анатомия, физиология, биология, кимё, тиббиёт касбига кириш модуллари назарий замин ҳисобланади. | | |
| Постреквизитлар | Терапия модули кейинчалик клиник фармакология, юқумлик касалликлар, хирургия, нейрохирургия, мутахасслик модуллари учун назарий замин бўлиб хизмат қилади. | | |

| | |
|-----------------------------|--|
| <p>Модулнинг мақсади</p> | <p>Ички касалликлар тўғрисида маълумот бериш, ички касалликлар хуружида тиббий ёрдам кўрсатиш асосларини ўргатиш, ички касалликларда қўлланиладиган текшириш усуллари тўғрисида маълумот бериш, турли текшириш усуллари қўлаш натижасида аниқланадиган организмда аниқланган ўзгаришлар тўғрисида тушунча бериш, кузатиш натижалари асосида тахминий ташхис қўйиш, ички касалликларни нозологик формалари тўғрисида маълумот бериш, уларни классик, типик вариантларда кечишини ва инсон ҳаётга хавф солувчи ҳолларда ёрдам кўрсатиш чораларини аниқлаш, ички касалликларни даволашни асосий тамойилларини билиш</p> |
| <p>Модулнинг вазифалари</p> | <ul style="list-style-type: none"> – ички касалликларнинг этиологияси, патогенези, таснифи, клиник кўринишлари, кечиши, асоратлари, оқибати, даволаш ва профилактикаси бўйича билимларни такомиллаштириш; – ички касалликлар билан касалланган беморлардан анамнез йиғиш; – ички касалликларнинг асосий клиник белгиларини аниқлай олишни ўргатиш; – ички касалликлар хуружида беморларни текшириш, шифокор тактикаси ва тиббий ёрдам кўрсатишни ўргатиш; – лаборатор ва инструментал текширувлар натижаларидаги патологик ўзгаришларни аниқлашни ўргатиш; – инсон организмнинг иммун ҳолати, организм сезувчанлиги, аллергия реакцияларнинг ривожланиши тўғрисида маълумот бериш; – аллергия реакциялар ва анафилактик шок, белгилари, тез тиббий ёрдам кўрсатиш усуллари; – бирламчи иммун танқислик ҳолатлари – ОИТС белгиларини, клиникасини, профилактика чора тадбирлари бўйича билимларни такомиллаштириш; – сил касаллиги тўғрисида маълумот бериш, юқиш йўллари ўргатиш нафас аъзолари, юз-жағ соҳаси, оғиз бўшлиғи сили белгиларини аниқлаш, ҳамда силни касаллигини профилактика усуллари ўргатиш. |

| | |
|--|---|
| <p>Модул талабалар кўникма малакаларига кўйиладиган талаблар</p> <p>бўйича билими, ва талаблар</p> | <p>Талаба тасаввурга эга бўлиши керак:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ички касалликлар, уларнинг келиб чиқиши; – беморни аъзолар бўйича умумий кўриқдан ўтказиш, тахминий ташхисни асослаш, беморни текшириш режасини тузиш; – умумий клиник лаборатор, биохимик текширувлар, рентгенологик, ЭКГ ва ультратовуш текширувлар натижаларини таҳлил қилиш <p>Талаба билиши шарт:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ички касалликлар билан касалланган беморлардан анамнез йиғишни; – ички касалликларнинг асосий клиник белгиларини аниқлай олишни; – ички касалликлар хуружида беморларни текшириш, шифокор тактикаси ва тиббий ёрдам кўрсатишни; |
| <p>Таълим усуллари</p> <p>бериш</p> | <p>маъруза</p> <p>амалий машғулотлар.</p> |
| <p>Таъминот</p> | <p>видеофильмлар, мультимедияли ва ўқитувчи компьютер дастурлардан, ўқитиш методикасидаги янги технологиялар, тестлар, вазиятли масалалар ва бошқалар.</p> |

ТЕРАПИЯ- 2 МОДУЛИДАН СИЛЛАБУС

| Модулнинг номи | Терапия. | | |
|--------------------|--|---|---|
| <p>Модул коди:</p> | <p>Кредит ҳажми: - 3,5 кредит</p> <p>Шундан 6 семестрда:</p> <p>ЖН – 3,5 кредит:</p> <p>ЯБ – 0 кредит (ўтилиши мажбурий)</p> | <p>Модул ўтилиш даври:</p> <p>6 семестр</p> | <p>ECTS value:</p> <p style="text-align: center;">3</p> |

| | | |
|-----------------|------------------------|-----------------------|
| Таълим йўналиши | 5510400 – Стоматология | 3 босқич бакалаврлари |
| Модулнинг | 15 ҳафта | |

| | | |
|--|---|--------------------|
| давомийлиги | | |
| Ўқув соатлари хажми: | Жами соат: | 126 |
| | Шунингдек: | |
| | Маъруза | 12 |
| | амалий машғулот | 60 |
| | мустақил таълим | 54 |
| Ўқув модулининг статуси | Клиник модуллар блоки | |
| ОТМ номи, манзили | | |
| Кафедра номи | | |
| Мазкур курснинг ўқитувчилари ҳақида маълумот | Маърузачиларнинг Ф.И.Ш. Амалий машғулот ўтказувчиларнинг Ф.И.Ш. | E-mail: E-mail: |
| Машғулот вақти ва жойи | | |
| Модулнинг мазмуни | Терапия модули бўлажак мутахассисни тайёрлашнинг ўрта босқичи ҳисобланади ва талабалар томонидан ички касалликлар билан касалланган беморларга ташҳис қўйиш ва даволаш усулларини ўрганиш модули бўлиб ҳисобланади. | |
| Пререквизитлар | Анатомия, физиология, биология, кимё, тиббиёт касбига кириш модуллари назарий замин ҳисобланади. | |
| Постреквизитлар | Терапия модули кейинчалик клиник фармакология, юқумлик касалликлар, хирургия, нейрохирургия, мутахасслик модуллари учун назарий замин бўлиб хизмат қилади. | |
| Модулнинг мақсади | Ички касалликлар тўғрисида маълумот бериш, ички касалликлар хуружида тиббий ёрдам кўрсатиш асосларини ўргатиш, ички касалликларда қўлланиладиган текшириш усуллари тўғрисида маълумот бериш, турли текшириш усулларини қўллаш натижасида аниқланадиган организмда аниқланган ўзгаришлар тўғрисида тушунча бериш, кузатиш натижалари асосида тахминий ташҳис қўйиш, ички касалликларни нозологик формалари тўғрисида маълумот бериш, уларни классик, типик вариантларда кечишини ва инсон ҳаётга хавф солувчи ҳолларда ёрдам кўрсатиш чораларини аниқлаш, ички касалликларни | |

| | |
|--|--|
| <p>Модулнинг г вазифалар и</p> | <ul style="list-style-type: none"> – ички касалликларнинг этиологияси, патогенези, таснифи, клиник кўринишлари, кечиши, асоратлари, оқибати, даволаш ва профилактикаси бўйича билимларни такомиллаштириш; – ички касалликлар билан касалланган беморлардан анамнез йиғиш; – ички касалликларнинг асосий клиник белгиларини аниқлай олишни ўргатиш; – ички касалликлар хуружида беморларни текшириш, шифокор тактикаси ва тиббий ёрдам кўрсатишни ўргатиш; – лаборатор ва инструментал текширувлар натижаларидаги патологик ўзгаришларни аниқлашни ўргатиш; – инсон организмнинг иммун ҳолати, организм сезувчанлиги, аллергия реакцияларнинг ривожланиши тўғрисида маълумот бериш; – аллергия реакциялар ва анафилактик шок, белгилари, тез |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <p>тиббий ёрдам кўрсатиш усуллари;</p> <ul style="list-style-type: none"> – бирламчи иммун танқислик ҳолатлари – ОИТС белгиларини, клиникасини, профилактика чора тадбирлари бўйича билимларни такомиллаштириш; – сил касаллиги тўғрисида маълумот бериш, юқиш йўллариини ўргатиш нафас аъзолари, юз-жағ соҳаси, оғиз |
| <p>Модул бўйича талабалар билими, кўникма ва малакаларига кўйиладиган талаблар</p> | <p>Талаба тасаввурга эга бўлиши керак:</p> <ul style="list-style-type: none"> – клиник ташхисни асослаш, қиёсий таққослаш, якуний ташхисни асослаш, парҳез столи ва режали даволашни тавсия этиш; – инсор организмнинг иммун ҳолати, организм сезувчанлиги, аллергия реакциялар; – гиперактивликнинг тезкор типи чақирган касалликлар <p>Талаба билиши шарт:</p> <ul style="list-style-type: none"> – аллергия реакциялар ва анафилактик шок белгилари, тез тиббий ёрдам кўрсатиш усуллариини; – бирламчи иммун танқислик ҳолатлари – ОИТС белгиларини, клиникасини, профилактика чора тадбирларини; – сил касаллигининг юқиш йўллариини, нафас аъзолари, юз-жағ соҳаси, оғиз бўшлиғи сили белгилари ҳамда сил касаллиги профилактика усуллариини |
| <p>Таълим бериш усуллари</p> | <p>маъруза</p> |
| <p>Таъминот</p> | <p>видеофильмлар, мультимедияли ва ўқитувчи компьютер дастурлардан, ўқитиш методикасидаги янги технологиялари, тестлар, вазиятли масалалар ва бошқалар.</p> |

Ўқитиш натижалари:

Модулни якунлаганда талаба билади:

5 семестр якунида

1. Беморлардан анамнез йиғиш, беморни аъзолар бўйича умумий кўриқдан ўтказиш, тахминий ташхисни асослашни, беморни текшириш режасини тузиш;
2. Умумий клиник лаборатор, биохимик текширувлар, рентгенологик, ЭКГ ва ултратовуш текширувлар натижаларини таҳлил қилиш;
3. Клиник ташхисни асослашни, қиёсий таққослашни, якуний ташхисни асослашни, парҳез столини ва режали даволашни тавсия этишни;

4. Гиперактивликнинг тезкор типи чақирган касалликлар ташхисни асослашни, қиёсий таққослашни, якуний ташхисни асослашни, пархез столини ва режали даволашни тавсия этиш усуллари

6 семестр якунида

1. Ички касалликлар билан касалланган беморлардан анамнез йиғишни;
2. Ички касалликларнинг асосий клиник белгиларини аниқлай олишни;
3. Ички касалликлар хуружида беморларни текшириш, шифокор тактикаси ва тиббий ёрдам кўрсатишни;
4. Лаборатор ва инструментал текширувлар натижаларидаги патологик ўзгаришларни аниқлашни;
5. Инсон организмнинг иммун ҳолати, организм сезувчанлиги, аллергик Реакцияларнинг ривожланишини;
6. Аллергик реакциялар ва анафилактик шок, белгилари, тез тиббий ёрдам кўрсатиш усуллари;
7. Бирламчи иммун танқислик ҳолатлари – ОИТС белгиларини, клиникасини, профилактика чора тадбирларини;
8. Сил касаллиги тўғрисида маълумотни, юқиш йўллари, нафас аъзолари, юз-жағ соҳаси, оғиз бўшлиғи сили белгиларини, ҳамда сил касаллиги профилактика усуллари

Модулни якунлаганда талаба бажара олади:

5 семестр якунида

1. Пульсни текшириш;
2. Артериал қон босимни ўлчаш;

6 семестр якунида

1. Нафас олиш сонини санаш;
2. Ошқозон-ичак тизими касалликларида оғиз бўшлиғи ҳолатини баҳолаш

«Terapiya»
Fanning 2021/2022 o‘quv yili uchun mo‘ljallangan
SILLABUSI

| Fanning qisqacha tavsifi | | | |
|---|---|------------------------------------|--|
| OTMning nomi va joylashgan manzili: | Buxoro tibbiyot instituti | Navoiy ko‘chasi. 1 | |
| Kafedra: | Ichki kasalliklar propedevtikasi va klinik farmakologiya | Xorijiy tillar fakulteti tarkibida | |
| Ta’lim sohasi va yo‘nalishi: | 510000 – “Sog‘liqni saqlash” ta’lim sohasi 55107100- “Ta’lim yo‘nalishi” | Stomatologiya | |
| Fanni (kursni) olib boradigan o‘qituvchi to‘g‘risida ma’lumot: | | e-mail: | ikp.uz@mail.ru |
| Dars vaqti va joyi: | Viloyat ko‘p tarmoqli tibbiy markaz pulmonoloKardiologiya va gematologiya bo‘limi 3,4,5 | Kursning davomiyligi: | 06.09.2021 - fevral 2022 |
| Individual grafik asosida ishlash vaqti: | Haftaning hamma kunlari 08.30 dan 14. 50 gacha | | |
| Fanga ajratilgan Soatlar | Auditoriya soatlari | | Mustaqil ta’lim: 24 |
| | Ma’ruza: | 8 | Amaliy ot 10 |
| Fanning boshqa fanlar bilan bog‘liqligi (prerekvizitlar): | Odam anatomiyasi, normal fiziologiya, umumiy patologiya, umumiy fiziologiya, hamshiralik ishi nazariyasi, terapiyada hamshiralik ishi, klinik farmakologiya fanlari bilan uzviy bog‘liqdir. | | |
| (postrekvizitlar): | “Ichki Kasalliklar Propedevtikasi”, “Klinik Farmakologiya OXI” | | |
| Fanning mazmuni | | | |

| | |
|--|--|
| <p>Fanning dolzarbligi va qisqacha mazmuni:</p> | <p>O'quv fanining maqsadi va vazifalari</p> <p>Fanni o'qitishdan maqsad- talabalarni terapiya fani bo'lgan tanishtirish va vrach deontologiyasi ,yatrogeniya, bemorlarni tekshirish usullari bo'yicha tanishtirish(so'rab surishtirish, kichirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya) organ va sistemalarni qadamma qadam tekshirishni , sistema bo'yicha sindrom va simptomlarni asosiy qonunylarini o'rganish, azolarni laborator va instumental tekshirishni va interpretatsiya qilish ko'nikmalarini egallashdan iborat.</p> <p>Fanning vazifalari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Talabalarni vrach texnikasi yoki tekshirish usullariga o'rgatish - Sindrom va simptomlarni asosiy qonunyatlarini o'rgatish - Organ va sistemalarni qadamma qadam tekshirishni o'rgatish - Azolarni laborator va instumental tekshirishni va interpretatsiya qilishni o'rgatish - Olingan tekshiruv natijalari asosida diagnostik xulosalarni qilish - Ichki kasalliklarni nozologik formalarini savollarini o'rganish - Ichki kasalliklarning asosiy davolash prinsplarini o'rgatish - |
| <p>Talabalar uchun talablar</p> | <ul style="list-style-type: none"> - O'qituvchiga va guruhdoshlarga nisbatan hurmat bilan munosabatda bo'lish; - Institut ichki tartib-intizom qoidalariga rioya qilish; - Uyali telefonni dars davomida o'chirish; - Berilgan uy vazifasi va mustaqil ish topshiriqlarini o'z vaqtida va sifatli bajarish; - Darsda tibbiy formada bo'lish; - O'quv xonalarining ozodaligini saqlash; - Ko'chirmachilik (plagiat) qat'iyan man etiladi; - Darslarga qatnashish majburiy hisoblanadi, dars qoldirilgan holatda qoldirilgan darslar qayta o'zlashtirilishi shart; - Darslarga oldindan tayyorlanib kelish va faol ishtirok etish; - Talaba o'qituvchidan so'ng, dars xonasiga - mashg'ulotga kiritilmaydi; - Amaliy mashg'ulotlarda berilgan topshiriqlar talab darajasida bajarilishi va albomda aks ettirilishi va o'qituvchi imzosi bilan tasdiqlanishi lozim. - Talaba reyting ballidan norozi bo'lsa e'lon qilingan vaqtdan boshlab 1 kun mobaynida apellyasiya komissiyasiga murojat qilishi mumkin. |
| <p>Elektron pochta orqali</p> | <p>Professor-o'qituvchi va talaba o'rtasidagi aloqa elektron pochta orqali ham amalga oshirilishi mumkin, telefon orqali baho masalasi muhokama qilinmaydi, baholash faqatgina institut</p> |

| | |
|-----------------------------|---|
| munosabatlar tartibi | hududida, ajratilgan xonalarda va dars davomida amalga oshiriladi. Elektron pochta ochish vaqti soat 15.00 dan 20.00 gacha |
|-----------------------------|---|

3. O'quv soatlari miqdori

| | | | | | |
|------------|---|--------------|-------------------------|--------------------------------|--------------------|
| Soat hajmi | O'quv yuklama miqdorining auditoriya mashg'ulotlari bo'yicha taqsimlanishi (soat) | | | | |
| | Jami: 60 | Ma'ruza 8 | Amaliy mashg'ulot 10 | Klinik amaliy mashg'ulot 18 | Mustaqil ish 24 |

Фаннинг долзарблиги

Ушбу дастур Давлат таълим стандарти ва умумий амал йет шифокорини тайёрлаш дастури асосида тузилган, тиббиёт олий ўқув юрларининг талабаларига ички касалликлар пропедевтикаси фанидан таълим бериш учун мўлжалланган.

Ички касалликлар пропедевтикаси барча касалликларнинг симптом ва синдромларини, ички аъзолар касалликлари диагностикасида қўлланиладиган касаллик ва янги текширув усулларини, ташхис қўйиш ва беморнинг тиббий баённомасини ёзишни ўргатади. Симптоматология ва диагностикани ўқитишни хусусий патологияни ўргатишдан ажратиб бўлмайди, яъни, бир томондан ўрганиш йўллари ва билиш усуллари, бошқа томондан объектив билиш орасида фарқ бўлмаслиги керак. Симптоматология, диагностика ва хусусий патология асослари ажралмас боғлиқликда ўрганилиши керак. Асосий терапевтик касалликларни ўрганиш симптомларнинг клиник аҳамиятини иллюстрациясидир. Талабалар диагностика усулларига муайян бемор касаллиги тарихини таҳлил қилишга кўникадилар. Талаба клиникада ишлашнинг биринчи кунлариданоқ ички касалликлар пропедевтикаси вазибаларидан бири бўлган врачлик деонтологияси асосларини ҳам ўрганиб олиши лозим. Пропедевтикани билиш кейинчалик терапияни эмас, балки бошқа клиник интизомларни ҳам ўрганиш учун зарур. Касалликлар симптомларини ва асосий диагностик усулларни билиши, ташхис услубларига фақатгина терапевт эмас, балки, хирург, гинеколог, невропатолог ва бошқа барча клиник мутахассислар ҳам эга бўлишлари шарт.

Терапия фанини ўрганиш жараёнида талабаларда касаллик, диагноз, диагностика принциплари, симптом, синдромларни келиб чиқиши механизмлари тўғрисида ҳозирги замон тушунчаларини шакллантириш, талабалар онгига врачлик одоби ва ахлоқи ва деонтологияси асосларини сингдиришдир.

Терапия фани орқали талаба организмдаги асосий патологик жараёнларни вужудга келиш сабабларини ва уларни ривожланиш механизмларини, асосий симптом ва синдромлар тўғрисида тушунчани, физикал текшириш ўтказишни,

кўздан кечириш, пайпаслаш, тукиллантиш, эшитиш, артериал босимни ўлчаш, пульсни аниқлаш, ЭКГни ёзиб олиш, қон, сийдик, нажас, балғам, меъда шираси, дуоденал маҳсулотни, плеврал суюқликни умумий таҳлили ва уларни клиник баҳолаш, клиник ўлим ҳолларида реанимация чора-тадбирларни кўришни, шифокорлик деонтологияси асосларини билишлари шарт.

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

“Терапия” фани умумкасбий фанлар блокига киритилган курс ҳисобланиб, даволаш, тиббий-педагогика факультетларнинг 3-курсининг 5,6-семестрларида ўқитилади.

Терапия фани клиник фанлар туркумига кириб, у барча тиббий бакалаврият таълим йўналишларида ўқитилади. Ички касалликлар пропедевтикасини – клиник фан ҳисобланади. Мазкур дастурни амалга ошириш учун талабаўқув режасида режалаштирилган клиник ва табиий-илмий ўқитиш фани (нормал анатомия, нормал физиология, умумий биология ва тиббиёт генетикаси, биохимия ва микробиология фанлари билан вертикал интеграция ва патологик анатомия, патологик физиология, умумий хирургия ва фармакалогия фанлари билан горизонтал) интеграция асосида олиб борилади.

Фаннинг илм-фан, иқтисодиёт ва ишлаб чиқаришдаги ўрни

Терапия умумий амалиёт шифокорида тиббий билимлар асосини шакллантиришда муҳим фанлардан биридир.

Касбий фаолиятини кўлланиш учун УАШ ички касалликларининг тарқалишини ва кечишини ўрганиш, эрта ташхислаш, даволаш, аҳоли ўртасида ички касалликларининг тарқалишини олдини олишга ва касалликларнинг кечиши бўйича башорат бера олишга қаратилган илмий-тадқиқот фаолиятини олиб бориш; соғлиқни сақлаш тизимининг даволаш ва профилактика ташкилотларида (марказий туман, шаҳар, вилоят, республика шифохоналари терапевтик бўлимларида, кўп тармоқли марказий шаҳар поликлиникалари, тез ва шошилиш тиббий ёрдам марказлари ва станциялари, она ва болаликни ҳимоя қилиш ташкилотлари, санатор-курорт ташкилотлари) ташхислаш ва даволашнинг замонавий усулларида кенг фойдаланган ҳолда беморларнинг тиббий муаммолари бўйича асосий вазифаларни ҳал қилиш жуда муҳим; соғлиқни сақлаш тизимининг барча бўғинларида ички касалликлар соҳасида комплекс масалаларни ечишни ўз ичига олади.

Фанни ўқитишдаги замонавий ахборот ва педагогик технологиялар ҳамда ўқув машғулотларини лойиҳалаш

Талабаларнинг “Терапия” фанини ўзлаштиришлари учун ўқитишнинг

илғор ва замонавий усулларидан фойдаланиш, янги информацион-педагогик технологияларни татбиқ қилиш муҳим аҳамиятга эгадир. Фанни ўзлаштиришда дарслик, ўқув ва услубий қўлланмалар, маъруза матнлари, тарқатма материаллар, электрон материаллар, кейс-технологияларидан фойдаланилади. Маъруза ва семинар машғулотларида ўқитишнинг интерактив усуллари (визуал, муаммоли, муаллифлик маърузалари, икки томонлама таҳлил, кластер, “Венн”, Синквейн ва бошқалар)дан фойдаланилади.

Фан ўқитувчиси томонидан педагогик технология тамойиллари асосида “Терапия” фани ўқув машғулотларининг лойиҳалари ишлаб чиқилади.

Фан модулининг дастури (module syllabus)

| | | |
|---|--|---------------------|
| Ўқув курсининг тўлиқ номи: | Терапия | |
| Курснинг қисқача номи: | Терапия | Код: Терапия |
| Кафедра: | Ички касалликлар пропедевтикаси | |
| Ўқитувчи ҳақида маълумот: | Ф.И.Ш. | E-mail |
| Семестр ва ўқув курсининг давомийлиги | 5,6 семестр 18/18 ҳафта | |
| | Факультет | Стоматология |
| Ўқув соатлари ҳажми: | жами: | 60 |
| | шунингдек: | |
| | маъруза | 8 |
| | амалий | 10 |
| | клиник | 18 |
| | мустақил таълим | 24 |
| Ўқув курсининг статуси | Умумқасбий фанлар блоки | |
| Дастлабки тайёргарлик: | Курс “Анатомия”, “Нормал физиология”, “Патологик физиология”, “Патологик анатомия”, “Фармакология”, “Гистология” фанларидан ўзлаштирилган билимларга асосланади. | |
| Фаннинг предмети ва мазмуни: | | |
| <p>Фанни ўқитишдан мақсад – талабаларни пропедевтика фани бўйича таништириш ва врач деонтологияси, ятрогения, беморларни клиник текшириш усуллари бўйича таништириш (сўраб суриштириш, кўздан кечириш, пальпация, перкуссия, аускультация) орган ва системаларни кадамма-кадам текширишни, система бўйича синдром ва симптомларни асосий қонуниятларини ўрганиш,, аъзоларни лаборатор ва инструментал текширишни ва интерпретация қилиш кўникмаларини эгаллашдан иборат.</p> <p>Фаннинг мақсади – Терапия бўйича дастурнинг асосий мақсади бўлажак умумий амалиёт шифокорларни (УАШ) ички аъзоларнинг ҳолатини текшириш</p> | | |

усулларини ва шу орқали организм ҳолатига баҳо бера олишни ўргатиш, тиббий муассасаларда ички касалликлар фанини ўқитиш методикасини ўргатиш.

Фанни вазифаси уни ўрганувчиларга:

- синдром ва симптомларни асосий қонуниятларини ўргатиш
- аъзо ва тизимларни ҳолатини кадамма-кадам текширишни ўргатиш
- лаборатор ва инструментал текширувларва уларнинг натижаларининг интерпретацияси
- олинган текширув натижалари асосида диагностик хулосақила олиш,
- ички касалликларнинг нозологик формаларини саволларини ўрганиш
- ички касалликларнинг асосий даволаш принципларини ўргатиш
- «Терапия» фанини ўзлаштириш жараёнида бакалавр:
- ички аъзоларининг анатомияси;
- ички аъзоларининг физиологияси;
- ички аъзоларининг вазифалари;
- ички аъзоларининг текшириш усуллари ҳақида *тасаввурга эга бўлиши;*
- Кукрак кафаси пальпацияси
- Упканинг таккослама перкуссияси
- Упканинг топографик перкуссияси
- Упка аускультацияси
- Юрак соҳаси пальпацияси
- Юрак перкуссияси (нисбий бугик чегаралари)
- Юрак перкуссияси (мутлок бугик чегаралари)
- Юрак аускультацияси
- АД улчаш
- Пульсинг текшириш
- ЭКГ- олиш усуллари
- Нормал ЭКГ
- Қорин бўшлиғи юзаки пальпацияси
- Қорин бўшлиғи чуқур пальпацияси
- Жигар пальпацияси
- Курлов буйича жигар перкуссияси
- Буйрак пальпацияси
- Лимфа тугунлари пальпацияси
- Талок пальпацияси ва перкуссияси
- Анализлар таҳлиллари *кўникмаларига эга бўлиши керак;*
- стационар шароитда даволанаётган беморлар касаллик тарихини юритиш
- беморлар билан мулоқот *малакаларига эга бўлиши керак.*

Ma'ruzalar

Ma'ruza mashg'ulotlarining tematik rejasi

| № | Nomi | Soat |
|---|---|------|
| 1 | Fanning maqsad va vazifalari. Ichki a'zolar kasalliklari to'g'risida umumiy tushuncha va ichki tibbiyot vazifalari. Bemorni klinik tekshirish usullari va ichki | 2 |

| | | |
|--------------|---|----------|
| | kasalliklarning umumiy semiologiyasi. Nafas organlari kasalliklari bilan og'rikan bemorlarni tekshirish usullari, so'rab-surishtirish, asosiy shikoyatlari, ko'zdan kechirish, palpasiya va perkussiya (qiyosiy va topografik). O'pka auskultatsiyasi texnikasi va qoidalari. Asosiy va qo'shimcha nafas shovqinlari. Nafas organlari bilan kasallangan bemorlarni, funksional instrumental tekshirish usullari haqida tushuncha. | |
| 2 | Yurak qon-tomir kasalligi bilan bemorlarni tekshirish usullari. So'rab-surishtirish, ko'zdan kechirish. Yurak sohasini palpatsiya va perkussiya qilish. Yurak auskultatsiyasi me'yorida va patologik holatda. Yurak tovushlari. Yurak shovqinlari. Elektrokardiografiya va fonokardiografiya haqida tushuncha. EXOKG. | 2 |
| 3 | Hazm tizimi kasalliklari. Gastritlar. Me'da va 12 barmoqli ichak yara kasalliklari diagnostikasi. Jigar va o't yo'llari kasalliklari. Surunkali gepatitlar. Jigar tsirrozi. Surunkali xoletsistit va pankreatitlar. | 2 |
| 4 | Buyrak kasalligi bilan kasallangan bemorlarni so'rab-surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, asosiy klinik sindromlar. O'tkir va surunkali pielonefrit, glomerulonefritning simptomatologiyasi. | |
| JAMI: | | 8 |

Amaliy va klinik mashg'ulotlarning tematik rejalari

| T/r | Mavzular mazmuni | Amaliy mashg'u lot | Klinik mashg'u loti | Hammasi |
|-----|---|--------------------|---------------------|---------|
| 1. | Terapiya fani haqida tushuncha va klinik tibbiyot vazifalari. Bemorlarni klinik tekshirish usullari. Kasallik tarixi sxemasi. So'rab-surishtirish. Bemorlarning shikoyatlari: asosiy va qo'shimcha. Kasallik hozirgi tarixi, hayot anamnezi. Yashash sharoiti, ish joyidagi sharoitlar va prof. noqulayliklar. Epidimiologik va allergologik anamnez. | 1 | 1 | 2 |
| 2. | Fizik tekshirish usullari. Umumiy ko'zdan kechirish texnikasi. Es-hush, bemorning holati. Konstitutsiyasi. Yuz qiyofasi. Og'iz bo'shlig'ini va terini ko'zdan kechirish Shishlar. Limfa tugunlar. Mushak, suyak va bo'g'im tizimini tekshirish. Isitma egri chiziqlari va ularning diagnostik ahamiyati. Antropometriya. | 1 | 1 | 2 |
| 3. | Antropometriya. Termometriya. Laborator va instrumental tekshiruvlar haqida umumiy tushuncha. | 1 | 1 | 2 |

| | | | | |
|----|--|---|---|---|
| | Zamonaviy laborator va instrumental tekshiruv usullarining ahamiyati. | | | |
| 4 | Nafas organlari kasalliklari bilan bemorlarni tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, ko'krak qafasini ko'zdan kechirish, palpatsiya. O'pka perkussiyasi, qiyosiy perkussiya. Auskultatsiya texnikasi va qoidalari. Palpatsiya texnikasi, usullari, diagnostik ahamiyati | 1 | 1 | 2 |
| 5. | Nafas tizimi a'zolarini fizikal tekshirish usullari: o'pka perkussiyasi, qoidalari va bajarilishi. Solishtirma perkussiya. Topografik perkussiya, perkutor tovush va o'pka chegaralarining norma va patologiyada xususiyatlari. | 1 | 1 | 2 |
| 6 | O'pka to'qimasida havo ortishi sindromi. Obstruktiv o'pka kasalliklari, bronxial astma, o'pka emfizemasi bilan kasallangan bemorlarni tekshirish. O'pka to'qimasi zichlashish sindromi. O'pka to'qimasi yallig'lanish kasalligi (krupoz va o'choqli pnevmoniya). | 1 | 1 | 2 |
| 7 | Yurak, qon-tomir kasalligi bilan bemorlarni tekshirish usullari. So'rab-surishtirish, ko'zdan kechirish. Yurak soxasini, periferik tomirlarni ko'zdan kechirish. Yurak soxasini palpatsiya qilish. Yurakperkussiyasi. Yurakauskultatsiyasi. | 1 | 1 | 2 |
| 8 | Gipertoniya kasalligi simptomatologiyasi. Simptomatik gipertenziya haqida tushuncha (buyrak, endokrin, markaziy, gemodinamik). | 1 | 1 | 2 |
| 9 | Ovqat hazm qilish tizimi. Qizilungach, oshqozon, ichaklarni tekshirish usullari (surab-surishtirish, fizikal, laborator-asbobiy). Asosiy klinik sindromlar. | 1 | 1 | 2 |
| 10 | Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari: qizilo'ngach kasalliklari-ezofagit, gastritlar klinikasi, diagnostikasi. | 1 | 1 | 2 |
| 11 | Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi simptomatologiyasi. Enterit va kolitlar simptomatologiyasi. | | 2 | 2 |
| 12 | Buyrak kasalligi bilan kasallangan bemorlarni tekshirish rejasi. So'rab-surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, | | 2 | 2 |

| | | | | |
|----|--|-----------|-----------|-----------|
| | perkussiya, asosiy klinik sindromlar. Laborator mashg'ulot: siydikni tekshirish. Buyrakni funktsional sinamalari | | | |
| 13 | Qon tizimi. Tekshirish usullari. Fizik tekshirish usullari laborator-asbobiy tekshirish usullari. Qon tizimi kasalliklari. anemiyalar klinikasi, diagnostikasi. | | 2 | 2 |
| 14 | Laborator mashg'ulot: qonni tekshirish. Umumiy qon analizini klinik ahamiyati. Kamqonliklar simptomatologiyasi (temir yetishmovchilik, postgemorragik, gemolitik). | | 2 | 2 |
| | Жами | 10 | 18 | 28 |

| Билимларни баҳолаш усуллари, мезонлари ва тартиби: | | | | | |
|---|---|------|---------------------------|---------------|--|
| ЖН ва ОН нинг баллари ишчи дастурда бериледи | | | | | |
| Баҳолаш усуллари | Тестлар, ёзма ишлар, оғзаки сўров, презентациялар ва ҳ.з. | | | | |
| Фан бўйича талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолаш | Назорат шакллари | | | | |
| | Баҳолаш турлари фан хусусиятидан келиб чиққан ҳолда сўровлар, оғзаки савол-жавоб, ёзма иш, тест синовлари ёки бошқа кўринишда ўтказилиши мумкин. | | | | |
| | Фан бўйича талабалар билимини баҳолаш мезони | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Балл</th> <th style="text-align: center;">Талабанинг билим даражаси</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">86 - 100 балл</td> <td> <p>– талаба машғулотларга доимо тайёрлаган, жуда фаол, дастурий материалларни яхши билади, хулоса ва қарорлар қабул қила олади, ижодий фикрлайди, билимларни амалиётда қўллай олади;</p> <p>– талаба ижодий масалаларни ҳал қилиш мобайнида тегишли билимларни қўллаш доирасини мақсадга мувофиқ танлаб, ечимни топишга хизмат қилувчи янги усул ва йўналишларни топа олади, ўқув материаллини моҳиятини тушунади;</p> <p>– талаба тақдим этилган ўқув масалаларини ечиш йўллари излайди, дастурий материалларни билади ва айтиб бераолад ҳамда тасаввурга эга бўлади.</p> </td> </tr> </tbody> </table> | Балл | Талабанинг билим даражаси | 86 - 100 балл | <p>– талаба машғулотларга доимо тайёрлаган, жуда фаол, дастурий материалларни яхши билади, хулоса ва қарорлар қабул қила олади, ижодий фикрлайди, билимларни амалиётда қўллай олади;</p> <p>– талаба ижодий масалаларни ҳал қилиш мобайнида тегишли билимларни қўллаш доирасини мақсадга мувофиқ танлаб, ечимни топишга хизмат қилувчи янги усул ва йўналишларни топа олади, ўқув материаллини моҳиятини тушунади;</p> <p>– талаба тақдим этилган ўқув масалаларини ечиш йўллари излайди, дастурий материалларни билади ва айтиб бераолад ҳамда тасаввурга эга бўлади.</p> |
| Балл | Талабанинг билим даражаси | | | | |
| 86 - 100 балл | <p>– талаба машғулотларга доимо тайёрлаган, жуда фаол, дастурий материалларни яхши билади, хулоса ва қарорлар қабул қила олади, ижодий фикрлайди, билимларни амалиётда қўллай олади;</p> <p>– талаба ижодий масалаларни ҳал қилиш мобайнида тегишли билимларни қўллаш доирасини мақсадга мувофиқ танлаб, ечимни топишга хизмат қилувчи янги усул ва йўналишларни топа олади, ўқув материаллини моҳиятини тушунади;</p> <p>– талаба тақдим этилган ўқув масалаларини ечиш йўллари излайди, дастурий материалларни билади ва айтиб бераолад ҳамда тасаввурга эга бўлади.</p> | | | | |

| | | |
|--|--------------|--|
| | 71 - 85 балл | <p>– талаба ўрганилаётган ҳодисалар алоқадорлигини билиш ҳамда объектни тавсифлай олиш кўникмасига эга бўлиши билан биргаликда, қўйилган масалаларни сабаб-оқибат алоқадорлигини очиб берган ҳолда еча олади, ўрганилаётган назарий билимларни амалиёт билан боғлай олади ва мустақил мушоҳада қилаолади;</p> <p>– билим ва кўникмалар мазмунини тадбиқ қила олиш маҳорати, бир типдаги масалаларни еча олиш, ёзиб олиш ва эслаб қолиш фаолиятини амалга оширади, билимларни амалиётда қўллай олади;</p> <p>– талаба машғулотларга тайёрланган, дастурий материалларни билади, моҳиятини тушунади ва тасаввурга эга.</p> |
| | 55 - 70 балл | <p>– талабанинг эшитганлари, уларга берилган намуналар, тақдим этилган алгоритм ва кўрсатмалар асосида топшириқларни бажара олади, моҳиятини тушунади;</p> <p>– талаба қатор белгилар асосида маълум объектни фарқлаш билан биргаликда унга таъриф бера олади ва ўқув материални тушунтириб бера олади ва тасаввурга эга.</p> |
| | 0 - 54 балл | <p>– талаба тасаввурга эга эмас;</p> <p>– талаба дастурий материалларни билмайди.</p> |

Фанга доир видео маърузалар, видео роликлар: Ҳар бир мавзуга мос видеороликлар кўрсатилади (ЎУМ)

Глоссарийлар: Ҳар бир мавзу учун глоссарий тузилган (ЎУМ)

Ахборот ресурс база:

Асосий адабиётлар

1. Гадаева; Каримов М.Ш.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012;
2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000.
3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989

АСОСИЙ ҚИСМ

Фаннинг маърузалари мазмуни

Стоматология факультетлари учун

Мавзу 1

Терапия фани тарихи ва ривожланиш тенденциялари. Врач деонтологияси ва врач сири асоси. Ятрогения ҳақида маълумот. Диагноз ва семиотика ҳақида

тушунча. Беморларни текшириш тартиби билан таништириш. Пропедевтик клиник вазифалари. Нафас органлари касалликлари билан оғриган беморларни текшириш усуллари, сўраб-суриштириш, асосий шикоятлари, кўздан кечириш, палпасия ва перкуссия (қиёсий ва топографик). Ўпка аускултацияси техникаси ва қоидалари. Асосий ва қўшимча нафас шовқинлари. Нафас органлари билан касалланган беморларни, функционал инструментал текшириш усуллари ҳақида тушунча.

Тиббиёт деонтологияси, пропедевтик клиниканинг мақсадлари. Семиотика. Диагноз тўғрисида тушунча. Беморларни текширишнинг умумий режаси. Беморлар анамнези, касаллик баёни. Ички тиббиётнинг ривожланиш тўғрисида қисқача маълумот. ИКП нинг асосий мақсади ва вазифалари. Врачлик деонтологияси ҳақида. Беморларни текшириш усуллари. Касаллик баёнининг илмий, тиббий ва юридик хужжат сифатида аҳамияти. Ташхис қўйишда сўраб-суриштириш ва анамнезнинг аҳамияти. Ирсий омиллар. Бошдан кечирган касалликлар. Йўтал (курук, нам, давомийлиги, пайдо бўлиш вақти) Балғам ажралиши характери, микдори, балғамажралишининг бемор ҳолатига боғлиқлиги. Қон кетиш (бурундан, ўпкадан, бурун-ҳалқумдан, қизилўнгачдан, меъдадан), қон тупуриш, давомийлиги, диагностик аҳамияти. Бурундан нафас олишнинг бузилиши. Кўкрак қафасини кўздан кечириш, палпация. Кўкракда оғриқлар (характери, жойи давомийлиги, интенсивлиги, тарқалиши)

Кўкрак қафасини кўздан кечириш, палпация. Кўкрак қафасини патологик шакллари. Нафас типлари (норма ва патология). Кўкрак қафасининг шакли, топографик чизиқлари. Топографик перкуссия. Ўпканинг юқори ва пастки чегараси, баландлиги, кенглиги, пастки қирраси ҳаракатчанлигини аниқлаш. Ҳар хил физиологик ва патологик ҳолатларда ўпка чегарасининг ўзгаришлари. Ўпка аускултацияси техникаси ва қоидалари. Асосий (везикуляр ва бронхиал) нафас шовқинлари, механизми, ўзгариш: кучайиши ва сусайиши (физиологик ва патологик) ва уларнинг диагностик аҳамияти. Хириллашлар, пайдо бўлиш механизми (курук, паст ва юқори тонли, нам жарангли ва жарангсиз, майда, ўрта, йирик пуфакчали), локализацияси ва тарқалиши, диагностик аҳамияти.

Мавзу 2

Юрак қон-томир касаллиги билан беморларни текшириш усуллари. Сўраб-суриштириш, кўздан кечириш. Юрак соҳасини палпасия ва перкуссия қилиш. Юрак аускултацияси меъёрида ва патологик ҳолатда. Юрак товушлари. Юрак шовқинлари. Электрокардиография ва фоно-кардиография ҳақида тушунча. ЭХОКГ. Сўраб-суриштириш. Асосий шикоятлари, уларни патогенези. Юрак соҳасида оғриқ, оғриқ ҳосил бўлиш механизми, локализацияси, табиати,

давомийлиги, иррадиацияси, интенсивлиги тарқалиши, кечасидаги хансираш, оғриқ камайиши, йўқолиши, пайдо бўлиш механизми интенсивлиги. Юрак астмаси. Юрак уриши: доимийлиги, хуружлилиги, интенсивлиги, давомийлиги, ҳаяжонга, зўриқишга, ҳолат ўзгаришига, овқатга боғлиқлиги. Юрак соҳасида нохушлик сезиш, танани турли жойларида пулсация сезиш. Йўтал, қон туфлаш характери, пайдо бўлиш механизми, диагностик аҳамияти. Кўздан кечириш. Тана тузилиши. Эс ҳуши ҳолати. Тери ранги, қизариши, оқариши, кўқариши. Юрак сианозини ўпка сианозидан фарқи. Юрак шишини пайдо бўлиш механизми, локализацияси, диагностик аҳамияти, буйрак шишларидан фарқи. Юрак нисбий бўғиқлик чегарасини ва томирлар тутамини аниқлашусули. Юрак белини аниқлаш. Юрак нисбий бўғиқлик чегараси. Паталогияда юрак бўғиқлик чегараларининг ўзгариши: нафас органлари ва юрак, қон-томир касалликларида, тана ҳолати ўзгарганда. Юрак аускултасияси. Юрак аускултациясида систола ва диастоланинг фарқи. Юрак товушлари ҳақида тушунча (1, 2, 3, 4), уларни ҳосил бўлиш механизми. От дупури ритми, бедана сайраш ритми, маятниксимон ритми, эмбриокардия, тахикардия, брадикардия, аритмия. Юрак шовқинлари, уларни ҳосил бўлиш механизми.

Классификацияси. Функционал ва органик шовқинларни фарқи. Томирларни текшириш. Қоида ва усуллари. Пулсни асосий характеристикаси. Пулсни асосий характеристикаси. Артериал қон босимини ўлчаш қоида, усул ва техникаси. Нормал ФКГ, ЭХОКГ ҳақида тушунча. Фонокардиография ва уни ташхис қўйишда аҳамияти ҳақида тушунча. Поликардиографик, ЭХОКГ текширув ва уни аҳамияти ҳақида тушунча, диагностик аҳамияти, интерпритация қилиш. Нормал ЭКГ, ўқиш усули (ритм, интерваллар, тишлар.) Юрак ритми бузилишининг клиник аҳамияти.

Мавзу 3

Овқат ҳазм қилиш тизими касалликлари: Яра касаллиги, мал`абсорбтсия синдроми, сурункали колитлар. Жигар ва ўт йўллари. Текшириш усуллари: сўраб-суриштириш, физик текшириш усуллари (кўздан кечириш, пал`пация, перкуссия, лаборатор-асбобий текшириш усуллари). Асосий клиник синдромлар. Ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра касаллиги этиопатогенези, симптоматологияси. Энтеритлар ва колитлар этиопатогенези, симптоматологияси. Копрологик текширув. Диагностис аҳамияти. Макроскопик текшириш: ҳиди, ранги, шакли, консистен-тсияси. Химик текшириш: реактсияси, яширин қон кетишини аниқлаш, ўт пиг-ментларини, мускул толаларини, ёғ, ўсимлик ҳужайраси, крахмал, шиллиқ, эпителий, лейкоцит, эритроцит, макрофаг, гелментларни аниқлаш.

Жигар ва ўт йўллари касаллиги билан оғриган беморларни сўраб-суруштириш, кўздан кечириш, жигар палпацияси ва перкуссияси. Курлов бўйича. Касаллик белгиси, пайдо бўлиш механизмлари, аниқлаш усуллари. Асосий шикоятлари: оғриқ ҳосил бўлиш механизми, локализацияси, характери, давомийлиги, иррадиацияси, сабаблари, кучайиши, сусайиши, оғриқ тўхташи, диагностик аҳамияти. Диспепсия: иштаҳа ўзгариши, оғизда таҳирлик, кекириш, кўнгил айлаш, қайт қилиш, қорин димланиши, ҳулдираши. Сариклик: тери рангини ўзгариши, сийдик, ахлат ўзгариши. Диагностик аҳамияти. Тери қичиши. Қон кетиш ва геморрагик кўринишлари. Қорин катталашуви. Асосий клиник синдромлар ҳақида тушунча: сариклик, портал гипертензия, жигар етишмовчилиги.

Мавзу 4.

Буйрак ва сийдик ажратиш тизими. Текшириш усуллари: сўраб-суриштириш, физик текшириш усуллари (кўздан кечириш, палпация, перкуссия, лаборатор-асбобий –текшириш усуллари). Асосий клиник синдромлар. Буйрак касалиги билан касаланган беморларни сўраб-суриштириш, кўздан кечириш, палпация, асосий клиник синдромлар. Ўткир ва сурункали пиелонефрит, гломерулонефритнинг симптоматологияси. Шикоятлар ва уларнинг патогенези ҳақида умумий тушунча. Оғриқлар, уларнинг таҳлили. Шишлар жойлашуви, тарқалиши. Дизурик бузилишлар. Пешобни лаборатор текшириш усуллари. Функционал буйрак синамалари (Зимнийский, Ничепоренко, Реберга). Олинган натижаларни интерпретация қилиш.

Амалий машғулотлар

Амалий машғулотларни ташкил этиш бўйича кўрсатма ва тавсиялар

Амалий машғулотларини ўтказишда қуйидаги дидактик тамойилларга амал қилинади:

- амалий машғулотларининг мақсадини аниқ белгилаб олиш;
- ўқитувчининг инновацион педагогик фаолияти бўйича билимларни чуқурлаштириш имкониятларига талабаларда қизиқиш уйғотиш;
- талабада натижани мустақил равишда қўлга киритиш имкониятини таъминлаш;
- талабани назарий-методик жиҳатдан тайёрлаш;
- амалий машғулотлари нафақат аниқ мавзу бўйича билимларни яқунлаш, балки талабаларни тарбиялаш манбаи ҳамдир.

Амалий машғулотларнинг тахминий рўйхати

Ички касалликлар пропедевтикасининг вазифалари. Беморни текшириш тартиби.

- Касаллик тарихи схемаси.
- Беморни умумий кўздан кечириш.
- Температура эгрилиги. Антропометрия.
- Пальпация текширув усули сифатида.
- Перкуссия объектив текширув усули.
- Аускультация.
- Беморларни функционал ва инструментал текширув усуллари.
- Лаборатор машғулотлар.
- ЭКГ олиш ва тахлил қилиш.
- Нафас олиш тизими.
- Юрак-қон томирлар системаси
- Овқат ҳазм қилиш системаси.
- Сийдик айирув системаси.
- Қон тизими.
- Эндокрин система.
- Бириктирувчи тукима касалликлари.
- Аллергик касалликлар буйича тушунча.

Лаборатория ишларини ташкил этиш бўйича кўрсатмалар

Фан бўйича лаборатория ишлари ўқув режада назарда тутилмаган.

Курс ишини ташкил этиш бўйича услубий кўрсатмалар

Даволаш ва тиббий педагогика таълим йўналишлари бўйича касаллик тарихи текшириш кўздатутилган.

Мустақил таълимни ташкил этишнинг шакли ва мазмуни

Талаба “ИКП” фанидан мустақил таълимни ташкил этишда муайян фаннинг хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда қуйидаги шакллардан фойдаланиш тавсия этилади ва жорий назорат сифатида баҳоланади:

1) мавзулар бўйича конспект (реферат, тақдимот) **тайёрлаш.** Назарий материални пухта ўзлаштиришга ёрдам берувчи бундай усул ўқув материалига диққатни кўпроқ жалб этишга ёрдам беради. Талаба конспекти турли назорат ишларига тайёргарлик ишларини осонлаштиради, вақтни тежайди;

2) ўқитиш ва назорат қилишнинг автоматлаштирилган тизимлари билан ишлаш. Талабалар маъруза ва амалий машғулотлар давомида олган билимларини ўзлаштиришлари, турли назорат ишларига тайёргарлик кўришлари учун тавсия этилган электрон манбалар, инновацион дарс

лойихаси намуналари, ўз-ўзини назорат учун тест топшириқлари в.б;

3) фан бўйича қўшимча адабиётлар билан ишлаш. Мустақил ўрганиш учун берилган мавзулар бўйича талабалар тавсия этилган асосий адабиётлардан ташқари қўшимча ўқув, илмий адабиётлардан фойдаланадилар. Бунда рус ва хорижий тиллардаги адабиётлардан фойдаланиш рағбатлантирилади;

4) ИНТЕРНЕТ тармоғидан фойдаланиш. Фан мавзуларини ўзлаштириш, рефератлар, презентацияларни тайёрлашда мавзу бўйича ИНТЕРНЕТ манбаларини топиш, улар билан ишлаш назорат турларининг барчасида қўшимча рейтинг баллари билан рағбатлантирилади;

5) мавзуга оид масалалар, кейс-стадилар ва ўқув лойиҳаларини ишлаб чиқиш ва иштирок этиш;

6) амалиёт турларига асосан материал йиғиш, амалиётдаги мавжуд муаммоларнинг ечимини топиш, ҳисоботлар тайёрлаш;

7) илмий семинар ва анжуманларга тезис ва мақолалар тайёрлаш ва иштирок этиш;

Уйга берилган вазифаларни бажариш, янги билимларни мустақил ўрганиш, керакли маълумотларни излаш ва уларни топиш йўлларини аниқлаш, Интернет тармоқларидан фойдаланиб маълумотлар тўплаш ва илмий изланишлар олиб бориш, илмий тўгарак доирасида ёки мустақил равишда илмий манбалардан фойдаланиб илмий мақола (тезис) ва маърузалар тайёрлаш кабилар талабаларнинг дарсда олган билимларини чуқурлаштиради, уларнинг мустақил фикрлаш ва ижодий қобилиятини ривожлантиради. Уй вазифаларини текшириш ва баҳолаш амалий машғулот олиб борувчи ўқитувчи томонидан, конспектларни ва мавзуни ўзлаштириш даражасини **текшириш** ва баҳолаш эса маъруза дарсларини олиб борувчи ўқитувчи томонидан ҳар дарсда амалга оширилади.

Мустақил ишни ташкил этиш бўйича услубий кўрсатма ва тавсиялар, кейс-стади, вазиятли масалалар тўплами ишлаб чиқилади. Унда талабаларга асосий маъруза мавзулари бўйича амалий топшириқ, кейс-стадилар ечиш услуги ва мустақил ишлаш учун вазифалар белгиланади.

Уйга берилган вазифаларни бажариш, янги билимларни мустақил ўрганиш, керакли маълумотларни излаш ва уларни топиш йўлларини аниқлаш, Интернет тармоқларидан фойдаланиб маълумотлар тўплаш ва илмий изланишлар олиб бориш, илмий тўгарак доирасида ёки мустақил равишда илмий манбалардан фойдаланиб илмий мақола (тезис) ва маърузалар тайёрлаш кабилар талабаларнинг дарсда олган билимларини чуқурлаштиради, уларнинг мустақил фикрлаш ва ижодий қобилиятини ривожлантиради. Уй вазифаларини текшириш ва баҳолаш амалий машғулот олиб борувчи ўқитувчи томонидан, конспектларни ва мавзуни ўзлаштириш даражасини текшириш ва баҳолаш эса маъруза дарсларини олиб борувчи ўқитувчи томонидан ҳар дарсда амалга оширилади.

Мустақил ишни ташкил этиш бўйича услубий кўрсатма ва тавсиялар, кейс-стади, вазиятли масалалар тўплами ишлаб чиқилади. Унда талабаларга асосий маъруза мавзулари бўйича амалий топшириқ, кейс-стадилар ечиш услуги ва мустақил ишлаш учун вазифалар белгиланади.

| № | ТМИ мавзуси | соатлар |
|-----|--|---------|
| 1. | Уткир респиратор дистресс синдром | 3 |
| 2. | Астматик статус. | 3 |
| 3. | Ўпка эмфиземаси. | 3 |
| 4. | Обструктив нафас етишмовчилиги диагностикаси. | 3 |
| 5. | Бронхоэктатик касаллик диагностикаси. | 3 |
| 6. | Упка абсцесси. | 3 |
| 7. | Упка касаллиги натижасида юрак касалликлари. | 3 |
| 8. | Инфекцион экдокардит. | 3 |
| 9. | Гипертоник кризлар. | 3 |
| 10. | Гипотония касаллиги. | 3 |
| 11. | Уткир коронар синдром. | 3 |
| 12. | Уткир кон айланиш етишмовчилиги. | 3 |
| 13. | Сурункали кон айланиш етишмовчилиги. | 3 |
| 14. | Одам гельминтоз касалликлари | 3 |
| 15. | Ошқозон ичак трактини имунопатологияси | 3 |
| 16. | Сурункали панкреатит. | 3 |
| 17. | Рефлюкс эзофагит. | 3 |
| 18. | Буйрак касалликлари имунопатологияси. | 3 |
| 19. | Тубулоинтерстеционал нефропатиялари. | 3 |
| 20. | Ревматоид артрит имунопатологияси. | 3 |
| 21. | Анемиялар (Темир танқис анемиялар) | 3 |
| 22. | Қандли диабет. Диабетик ва гипогликемик кома | 3 |
| 23. | Ревматоидли артрит. | 3 |
| 24. | Тиреотоксикоз | 3 |
| 25. | Аддисон касаллиги симптоматологияси | 3 |
| 26. | Бехтеерев касаллиги симптоматологияси | 3 |
| 27. | Бўғим синдроми қиёсий диагностикаси | 2 |
| 28. | Гипер ва гипогликемик комалар қиёсий диагностикаси | 2 |
| 29. | Лейкозлар | 2 |
| 30. | Эритремия симптоматологияси | 2 |
| 31. | Тизимли қизил бўрича ташҳис мезонлари | 2 |

Жами

88соат

Фойдаланиладиган адабиётлар рўйхати

Асосий адабиётлар

1. Гадаев А.Г., Ахмедов Х.С., Сабиров М.А., Шодикулова Г.З. Терапия, Дарслик. Тошкент. 2019 й.
2. Гадаев А.Г. Ички касалликлар пропедевтикаси, Дарслик. Тошкент. 2012 й.
3. Шарапов Ф.Г. Ички касалликлар, Дарслик. Тошкент. 2006 й.
4. Убайдуллаев А.М. Сил касаллиги, Ўқув қўлланма. Тошкент. 2009 й.

Қўшимча адабиётлар:

1. Бобажонов С.Н. Ички касалликлар, Дарслик. Тошкент. 2008 й.
2. Окороков А.Н. Диагностика внутренних болезней в 10-ти томах, Учебник. Москва. 2007 г.
3. Сабиров М.О., Скосырева О.В. Ички касалликлар бўйича масалалар тўплами. Тошкент. 2015 й.
4. Джон Крофтон, Норманн Хорн, Фред Миллер. Сил касалликлар, Дарслик. Тошкент. 2009 й.

Интернет сайтлар

www.tma.uz

www.medlincs.ru

www.medbook.ru

www.zyonet.uz

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

“Tasdiqlayman”

O'quv ishlari bo'yicha prorektor

dots. ____ G.J. Jarilkasinova

“ _____ ” _____ 2021 y

**TERAPIYA FANI BO'YICHA
ISHCHI O'QUV DASTURI. 2021-2022 O'QUV YILI**

Ta'lim yo'nalishi:

| | | |
|------------------------|----------------|---|
| Bilim sohasi: | 500000 | – Sog'liqni saqlash va ijtimoiy ta'minot |
| Ta'lim sohasi: | 510000 | – Sog'liqni saqlash |
| Ta'lim sohasi : | 5510400 | - Stomatologiya |

| | |
|-------------------|---------|
| Kurs | 3 |
| Soat hajmi | 60 soat |
| Shu jumladan: | |
| Ma'ruza | 8 soat |
| Amaliy mashg'ulot | 10 soat |
| Klinik mashg'ulot | 18 soat |
| Mustaqil ish | 24 soat |

Buxoro – 2021y

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

Tuzuvchilar:

Hazratov O'.H. – Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrasida dosenti, t.f.n.

Tosheva H.B. - Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrasida assistenti, PhD

Xalilova F.A. - Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrasida assistenti, PhD

Taqrizchilar:

Djuraeva H.I – Ichki kasalliklar va endokrinologiya kafedrasida katta o'qituvchisi, t.f.n.

Asrorov A.A.- Vrachlar malakasini oshirish fakulteti tez tibbiy yordam kursi bilan katta o'qituvchisi, t.f.n.

Ushbu ishchi dastur o'quv dasturi va o'quv reja asosida 5510400- stomatologiya, yo'nalish bo'yicha tuzilgan va kafedra yig'ilishida muhokama qilingan va tasdiqlangan.

Bayonnoma № _____ « _____ » _____ 2021 y.

Kafedra mudiri: t. f. d., prof.

_____ Nurboyev F.E.

(imzo)

Fakultet ilmiy kenagash bayonnomasidan ko'chirma _____ » _____ »

_____ 2021 y

Ushbu ishchi dastur Buxoro davlat tibbiyot instituti Ilmiy kengashida muhokama qilindi va tasdiqlandi

O'quv bo'limi uslubchisi :

Odilova R.X.

KIRISH

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

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

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

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

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

Fanning maqsadi va vazifalari

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

Fanning vazifasi- uni o'rganuvchilarga:

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

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

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

- shifokor deontologiya asoslari.

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

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

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

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

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

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

Fanning ilm-fan va ishlab chiqarishdagi o'рни

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

Fanni o'qitishda zamonaviy axborot va 58eying58ic texnologiyalar

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

Shaxsga yo'naltirilgan ta'lim. Bu ta'limga 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 mutahassislik faoliyati bilan bog'liq o'qish maqsadlaridan kelib chiqqan holda yondashilishni nazarda tutadi.

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

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

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

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

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

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

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

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

O'qitish vositalari.O'qitishning an'anaviyshakllari (darslik, ma'ruzatni) bilanbirqatorda – kompyuter va axborot texnologiyalari.

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

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

Boshqarish usullari va vositalari: o'quv mashg'uloti bosqichlarini belgilab beruvchi texnologik xaritako'rinishdagi o'quv mashg'ulotlarinirejalashtirish,qo'yilgan maqsadga erishishda o'qituvchi va talabaning birgalikdagi harakati, nafaqat auditoriya mashg'ulotlari машфулотлари, balki auditoriyadan tashqari mustaqil ishlarning nazorati.

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

1."Assisment" usuli

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

Mavzuga oid simptomni aytib berish.

Muammoli masalani echish.

Test yechish.

Amaliy ko'nikmani bajarish.

2."Moychechak" usuli:

Oldindan moychechak maketini plakatda, doskada tayyorlab qo'ying.

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

3. "Syurprizni top" o'yini:

Mashgulot boshlanishi oldidan qog'oz parchalariga savol yozilib, ko'rinmaydigan joyga yopishtiribqo'yiladi.

Qatnashchilar dars xonasiga kirishgach, ularga ba'zi birlari sovg'a topishlari mumkinligi

aytiladi. Navbat bilan stol tagidan topilgan qog'ozlardagi savollarga javob beriladi.

4. "Miya shturmi" usuli.

Usulning asosiy koidalari:

-fikrlarni tuzishga xalakit beradigan xech kanakangi ogoxlantirish ishlari va kritikalar bulmasligi

-agar fikr kanchalik gayritabiiy bulsa, shuncha yaxshiligini inobatga olish

-kuprok takliflar olishga xarakat kilish

-fikrlarni kombinatsiyalash va rivojlantirish

-keng asoslab bermay, kiska ta`rif berish

-guruxning fikrlarini aytadigan va kayta ishlaydiganlarga bulish

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

5. “Rotatsiya” usuli

Guruhni kichik guruhlarga bo`lib ularga bir nechta muammoli savol yoki vaziyatli masala beriladi.

Har bir kichik guruh 10 daqiqa davomida o`z javobini yozib 60eying savolga o`tadi. Oxirigacha

barcha savollarga javob yoziladi. Yozilgan javoblar muhokama qilinib to`g`ri javob tanlanadi.

Ko`rgazmali plakatlardan foydalanadi.

6.”Zaif halka” usuli

Guruhdagi talabalar doira hosil qilib o`tirishadi. Talabalarga navbat bilan mavzu yuzasidan tez va qisqa javoblar talab qilinadigan savollar beriladi. Savolga javob bera olmagan talaba o`yindan

chiqadi. Eng oxirida qolgan talaba ko`p savollarga to`g`ri javob bergan bo`ladi.

7. Savol-javob usuli “Bum” o`yini

Trener –o`qituvchining qo`lida o`tilgan mavzu-materiallar bo`yicha tayyor savollar bo`lishi lozim.

Qatnashchilarga o`yin qoidasi tushuntiriladi: ular1,2,3 deb sonlarni ovoz chiqarib aytishlari,

3,3 ga bo`linadigan, 3 bilan tugaydigan sonlar o`rniga “Bum” so`zini aytishlari kerak. Diqqat

qilib o`tirmagan, hisobda adashgan talabaga oldindan tayyorlangan savol berib, uning fikri o`rganiladi;

Shu tariqa guruh qatnashchilari orasida o`yin davom ettiriladi.

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

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

Nima to`g`ri bajarildi 2. Nima noto`g`ri bajarildi 3. Qanday bajarish kerak edi

10.“Guruh tekshirish” – guruhda mavzuga oid 2-3 ta savol beriladi.Ma`lumot yig`ish uchun vaqt beriladi.

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

Fanning hajmi, mashg'ulotlar va reyting baholash tarkibi

| semest r | Jami soat | Audat oriya soat | ma'ruza | Amaliy mashg'u- lot | Klinik mashgul ot | Mustaqil Ta'lim | Nazorat turi | | |
|-------------|--------------|------------------------|---------|---------------------------|-------------------------|--------------------|--------------|---------|----------|
| | | | | | | | Reyting bali | | |
| | | | | | | | j/n | o/ n | ya/ n |
| 5 | 69 | 36 | 8 | 10 | 18 | 24 | 0,5 | 0,2 | 0,3 |

Interfaol usullar

1. "Assisment" usuli

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

Mavzuga oid simptomni aytib berish.

Muammoli masalani echish.

Test yechish.

Amaliy ko'nikmani bajarish.

2. "Moychechak" usuli:

Oldindan moychechak maketini plakatda, doskada tayyorlab qo'ying.

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

3. "Syurprizni top" o'yini:

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

Qatnashchilar dars xonasiga kirishgach, ularga ba'zi birlari sovg'a topishlari mumkinligi

aytiladi. Navbat bilan stol tagidan topilgan qog'ozlardagi savollarga javob beriladi.

4. "Miya shturmi" usuli.

Usulning asosiy koidalari:

-fikrlarni tuzishga xalakit beradigan xech kanakangi ogoxlantirish ishlari va kritikalar bulmasligi

-agar fikr kanchalik gayritabiyy bulsa, shuncha yaxshiligini inobatga olish

-kuprok takliflar olishga xarakat kilish

-fikrlarni kombinatsiyalash va rivojlantirish

-keng asoslab bermay, kiska ta`rif berish

-guruxning fikrlarini aytadigan va kayta ishlaydiganlarga bulish

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

5. "Rotatsiya" usuli

Guruhni kichik guruhlarga bo`lib ularga bir nechta muammoli savol yoki vaziyatli masala beriladi.

Har bir kichik guruh 10 daqiqa davomida o`z javobini yozib keyingi savolga o`tadi. Oxirigacha

barcha savollarga javob yoziladi. Yozilgan javoblar muhokama qilinib to`g`ri javob tanlanadi.

Ko`rgazmali plakatlardan foydalanadi.

6. "Zaif halka" usuli

Guruhdagi talabalar doira hosil qilib o`tirishadi. Talabalarga navbat bilan mavzu yuzasidan tez va qisqa javoblar talab qilinadigan savollar beriladi. Savolga javob bera olmagan talaba o`yindan

chiqadi. Eng oxirida qolgan talaba ko`p savollarga to`g`ri javob bergan bo`ladi.

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

Trener –o`qituvchining qo`lida o`tilgan mavzu-materiallar bo`yicha tayyor savollar bo`lishi lozim.

Qatnashchilarga o`yin qoidasi tushuntiriladi: ular 1,2,3 deb sonlarni ovoz chiqarib aytishlari,

3,3 ga bo`linadigan, 3 bilan tugaydigan sonlar o`rniga "Bum" so`zini aytishlari kerak. Diqqat

qilib o`tirmagan, hisobda adashgan talabaga oldindan tayyorlangan savol berib, uning fikri o`rganiladi;

Shu tariqa guruh qatnashchilari orasida o`yin davom ettiriladi.

8. "Akademik polemika" «Akademik polemika» guruh 2 komandaga

bo`linadi. Ularga vaziyatli masala beriladi. Har bir komanda to`g`ri javoblarni aytib beradigan (Advokatlar) va noto`g`ri javoblarni aytib beradigan (prokurorlar) 2 ta talaba tayinlanadi.

9. "3 pog`onali intervyu" «3 pog`onali intervyu» har bir guruhga (3 kishidan)

rollarga bo`lib beriladi. "Vrach", "bemor", "VOP ekspert". "Bemorlarga" anonim ravishda tashxis aytiladi. Har bir guruh 10-15 daqiqa ichida muhokama o`tkazadi. "Ekspert" vrach harakatini uch qism bo`yicha baholaydi.

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

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

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

3. O’quv soatlari miqdori

| | | | | |
|------------------|---|--------------|-------------------------|-------------------------|
| Soat hajmi 60 | O’quv yuklama miqdorining auditoriya mashg’ulotlari bo’yicha taqsimlanishi (soat) | | | Mustaqil ish 24 |
| | Jami 36 | Ma’ruza 8 | Amaliy mashg’ulot 10 | Klinik mashg’ulot 18 |

4. Ma’ruzalar

4.1. Ma’ruza mashg’ulotlarining tematik rejasi

| № | Nomi | Soat |
|---|---|------|
| 1 | Fanning maqsad vazifalari. Ichki a’zolar kasalliklarit o’g’risida umumiy tushuncha va ichki tibbiyot vazifalari. Bemorni klinik tekshirish usullari va ichki kasalliklarning umumiy semiologiyasi. Nafas organlari kasalliklari bilan og’riqan bemorlarni tekshirish usullari, so’rab-surishtirish, asosiy shikoyatlari, ko’zdan kechirish, palpatsiya va perkussiya (qiyosiy va topografik). O’pka auskultatsiyasi texnikasi va qoidalari. Asosiy va qo’shimcha nafas shovqinlari. Nafas organlari bilan kasallangan bemorlarni, funksional instrumental tekshirish usullari haqida tushuncha. | 2 |
| 2 | Yurak qon-tomir kasalligi bilan bemorlarni tekshirish usullari. So’rab-surishtirish, ko’zdan kechirish. Yurak sohasini palpatsiya va perkussiya qilish. Yurak auskultatsiyasi me’yorida va patologik holatda. Yurak tovushlari. Yurak shovqinlari. Elektrokardiografiya va fonokardiografiya haqida tushuncha. EXOKG. | 2 |
| 3 | Hazm tizimi kasalliklari. Gastritlar. Me’da va 12 barmoqli ichak yara kasalliklari diagnostikasi. Jigar va o’t yo’llari kasalliklari. Surunkali gepatitlar. Jigar tsirrozi. Surunkali xolestsistit va pankreatitlar. | 2 |
| 4 | Buyrak kasalligi bilan kasallangan bemorlarni so’rab-surishtirish, ko’zdan kechirish, palpatsiya, asosiy klinik sindromlar. O’tkir va surunkali pielonefrit, glomerulonefritning simptomatologiyasi. | |

4.2. Ma'ruza materiallarining mazmuni

Mavzu 1

Terapiya fani tarixi va rivojlanish tendensiyalari. Vrach deontologiyasi va vrach siri asosi. Yatrogeniya haqida ma'lumot. Diaqnoz va semiotika haqida tushuncha. Bemorlarni tekshirish tartibi bilan tanishtirish. Propedevtik klinik vazifalari. Nafas organlari kasalliklari bilan og'riqan bemorlarni tekshirish usullari, so'rab-surishtirish, asosiy shikoyatlari, ko'zdan kechirish, palpasiya va perkussiya (qiyosiy va topografik). O'pka auskultatsiyasi texnikasi va qoidalari. Asosiy va qo'shimcha nafas shovqinlari. Nafas organlari bilan kasallangan bemorlarni, funksional instrumental tekshirish usullari haqida tushuncha.

Tibbiyot deontologiyasi, propedevtik klinikaning maqsadlari. Semiotika. Diaqnoz to'g'risida tushuncha. Bemorlarni tekshirishning umumiy rejasi. Bemorlar anamnezi, kasallik bayoni. Ichki tibbiyotning rivojlanish to'g'risida qisqacha ma'lumot. IKP ning asosiy maqsadi va vazifalari. Vrachlik deontologiyasi haqida. Bemorlarni tekshirish usullari. Kasallik bayonining ilmiy, tibbiy va yuridik hujjat sifatida ahamiyati. Tashxis qo'yishda so'rab-surishtirish va anamnezning ahamiyati. Irsiy omillar. Boshdan kechirgan kasalliklar. Yo'tal (quruq, nam, davomiyligi, paydo bo'lish vaqti) Balg'am ajralishi xarakteri, miqdori, balg'am ajralishining bemor holatiga bog'liqligi. Qon ketish (burundan, o'pkadan, burun-halqumdan, qizilo'ngachdan, me'dadan), qon tupurish, davomiyligi, diagnostik ahamiyati. Burundan nafas olishning buzilishi. Ko'krak qafasini ko'zdan kechirish, palpasiya. Ko'krakda og'riqlar (xarakteri, joyi davomiyligi, intensivligi, tarqalishi)

Ko'krak qafasini ko'zdan kechirish, palpasiya. Ko'krak qafasini patologik shakllari. Nafas tiplari (norma vapatologiya). Ko'krak qafasining shakli, topografik chiziqlari. Topografik perkussiya. O'pkaning yuqori va pastki chegarasi, balandligi, kengligi, pastki qirradi harakatchanligini aniqlash. Har xil fiziologik va patologik holatlarda o'pka chegarasining o'zgarishlari.

O'pka auskultatsiyasi texnikasi va qoidalari. Asosiy (vezikulyar va bronxial) nafas shovqinlari, mexanizmi, o'zgarish: kuchayishi va susayishi (fiziologik va patologik) va ularning diagnostik ahamiyati. Xirillashlar, paydo bo'lish mexanizmi (quruq, past va yuqori tonli, nam jarangli va jarangsiz, mayda, o'rta, yirik pufakchali), lokalizatsiyasi va tarqalishi, diagnostik ahamiyati.

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

2. (qo'shimcha)- 1,2,3,4,8,12

Internet saytlari

Mavzu 2

Yurak qon-tomir kasalligi bilan bemorlarni tekshirish usullari. So'rab-surishtirish, ko'zdan kechirish. Yurak sohasini palpasiya va perkussiya qilish. Yurak auskultatsiyasi me'yorida va patologik holatda. Yurak tovushlari. Yurak shovqinlari. Elektrokardiografiya va fono-

kardiografiya haqida tushuncha. EXOKG.

So'rab-surishtirish. Asosiy shikoyatlari, ularni patogenezi. Yurak sohasida og'riq, og'riq hosil bo'lish

mexanizmi, lokalizatsiyasi, tabiati, davomiyligi, irradiyasi, intensivligi tarqalishi, kechasidagi hansirash,

og'riq kamayishi, yo'qolishi, paydo bo'lish mexanizmi intensivligi. Yurak astmasi. Yurak urishi: doimiyliigi,

xurujliligi, intensivligi, davomiyligi, hayajonga, zo'riqishga, holat o'zgarishiga, ovqatga bog'liqligi. Yurak

sohasida noxushlik sezish, tanani turli joylarida pulsatsiya sezish. Yo'tal, qon tuflash xarakteri, paydo

bo'lish mexanizmi, diagnostik ahamiyati. Ko'zdan kechirish. Tana tuzilishi. Es hushi holati. Teri rangi,

qizarishi, oqarishi, ko'karishi. Yurak sianozini o'pka sianozidan farqi. Yurak shishini paydo bo'lish

mexanizmi, lokalizatsiyasi, diagnostik ahamiyati, buyrak shishlaridan farqi. Yurak sohasini periferik

Yurak nisbiy bo'g'iqlik chegarasini va tomirlar tutamini aniqlashusuli. Yurak belini aniqlash.

Yurak nisbiy bo'g'iqlik chegarasi. Patologiyada yurak bo'g'iqlik chegaralarining o'zgarishi: nafas

organlari va yurak, qon-tomir kasalliklarida, tana holati o'zgarganda. Yurak auskultasiyasi. Yurak auskultatsiyasida sistola va diastolaning farqi. Yurak tovushlari haqida tushuncha (1, 2, 3, 4), ularni hosil bo'lish mexanizmi. Ot dupuri ritmi, bedana sayrash ritmi, mayatniksimon ritmi, embriokardiya, taxikardiya, bradikardiya, aritmiya. Yurak shovqinlari, ularni hosil bo'lish mexanizmi.

Klassifikatsiyasi. Funktsional va organik shovqinlarni farqi. Tomirlarni tekshirish. Qoida va usullari.

Pulsni asosiy xarakteristikasi. Pulsni asosiy xarakteristikasi. Arterial qon bosimini o'lchash qoida, usul va texnikasi. Normal FKG, EXOKG haqida tushuncha. Fonokardiografiya va uni tashxis qo'yishda ahamiyati haqida tushuncha. Polikardiografik, EXOKG tekshiruv va uni ahamiyati haqida tushuncha, diagnostik ahamiyati, interpretatsiya qilish. Normal EKG, o'qish usuli (ritm, intervallar, tishlar.)

Yurak ritmi buzilishining klinik ahamiyati.

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

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

Internet saytlari

Mavzu 3

Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari: Yara kasalligi, mal'absorbtsiya sindromi, surunkali kolitlar. Jigar va o't yo'llari. Tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, fizik tekshirish usullari (ko'zdan kechirish, pal'patsiya, perkussiya, laborator-asbobiy tekshirish usullari). Asosiy klinik sindromlar. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi etiopatogenezi, simptomatologiyasi. Enteritlar va kolitlar etiopatogenezi, simptomatologiyasi. Koprologik tekshiruv. Diagnostic ahamiyati. Makroskopik tekshirish: hidi, rangi, shakli, konsisten-tsiyasi. Ximik tekshirish: reaksiyasi, yashirin

qon ketishini aniqlash, o't pig-mentlarini, muskul tolalarini, yog', o'simlik hujayrasi, kraxmal, shilliq, epiteliy, leykotsit, eritrotsit, makrofag, gelmentlarni aniqlash.

Jigar va o't yo'llari kasalligi bilan og'rigan bemorlarni so'rab-surushtirish, ko'zdan kechirish, jigar palpatsiyasi va perkusiyasi. Kurlov bo'yicha. Kasallik belgisi, paydo bo'lish mexanizmlari, aniqlash usullari. Asosiy shikoyatlari: og'riq hosil bo'lish mexanizmi, lokalizatsiyasi, xarakteri, davomiyligi, irradiatsiyasi, sabablari, kuchayishi, susayishi, og'riq to'xtashi, diagnostik ahamiyati. Dispepsiya: ishtaha o'zgarishi, og'izda tahirlik, kekirish, ko'ngil aylash, qayt qilish, qorin dimlanishi, huldirashi. Sariqlik: teri rangini o'zgarishi, siydik, axlat o'zgarishi. Diagnostik ahamiyati. Teri qichishi. Qon ketish va gemorragik ko'rinishlari. Qorin kattalashuvi. Asosiy klinik sindromlar haqida tushuncha: sariqlik, portal gipertenziya, jigar yetishmovchiligi.

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4
2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

Mavzu 4. Buyrak va siydik ajratish tizimi. Tekshirish usullari: so'rab-surushtirish, fizik tekshirish usullari (ko'zdan kechirish, pal`patsiya, perkussiya, laborator-asbobiy –tekshirish usullari). Asosiy klinik sindromlar. Buyrak kasalligi bilan kasalangan bemorlarni so'rab-surushtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, asosiy klinik sindromlar. O'tkir va surunkali pielonefrit, glomerulonefritning simptomatologiyasi. Shikoyatlar va ularning patogenezi haqida umumiy tushuncha. Og'riqlar, ularning tahlili. Shishlar joylashuvi, tarqalishi. Dizurik buzilishlar. Peshobni laborator tekshirish usullari. Funktsional buyrak sinamalari (Zimmiskiy, Nicheporenko, Reberga). Olingan natijalarni interpretatsiya qilish.

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4
2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

Amaliy va klinik mashg'ulotlarning tematik rejalari

| T/r | Mavzular mazmuni | Amaliy mashg'u lot | Klinik mashg'u loti | Hammasi |
|-----|---|--------------------|---------------------|---------|
| 1. | Terapiya fani haqida tushuncha va klinik tibbiyot vazifalari. Bemorlarni klinik tekshirish usullari. Kasallik tarixi sxemasi. So'rab-surushtirish. Bemorlarning shikoyatlari: asosiy va qo'shimcha. Kasallik hozirgi tarixi, hayot anamnezi. Yashash sharoiti, ish joyidagi sharoitlar va prof. noqulayliklar. Epidimiologik va allergologik anamnez. | 1 | 1 | 2 |

| | | | | |
|----|--|---|---|---|
| 2. | Fizik tekshirish usullari. Umumiy ko'zdan kechirish texnikasi. Es-hush, bemorning holati. Konstitutsiyasi. Yuz qiyofasi. Og'iz bo'shlig'ini va terini ko'zdan kechirish Shishlar. Limfa tugunlar. Mushak, suyak va bo'g'im tizimini tekshirish. Isitma egri chiziqlari va ularning diagnostik ahamiyati. Antropometriya. | 1 | 1 | 2 |
| 3. | Antropometriya. Termometriya. Laborator va instrumental tekshiruvlar haqida umumiy tushuncha. Zamonaviy laborator va instrumental tekshiruv usullarining ahamiyati. | 1 | 1 | 2 |
| 4 | Nafas organlari kasalliklari bilan bemorlarni tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, ko'krak qafasini ko'zdan kechirish, palpatsiya. O'pka perkussiyasi, qiyosiy perkussiya. Auskultatsiya texnikasi va qoidalari. Palpatsiya texnikasi, usullari, diagnostik ahamiyati | 1 | 1 | 2 |
| 5. | Nafas tizimi a'zolarini fizikal tekshirish usullari: o'pka perkussiyasi, qoidalari va bajarilishi. Solishtirma perkussiya. Topografik perkussiya, perkutor tovush va o'pka chegaralarining norma va patologiyada xususiyatlari. | 1 | 1 | 2 |
| 6 | O'pka to'qimasida havo ortishi sindromi. Obstruktiv o'pka kasalliklari, bronxial astma, o'pka emfizemasi bilan kasallangan bemorlarni tekshirish. O'pka to'qimasi zichlashish sindromi. O'pka to'qimasi yallig'lanish kasalligi (krupoz va o'choqli pnevmoniya). | 1 | 1 | 2 |
| 7 | Yurak, qon-tomir kasalligi bilan bemorlarni tekshirish usullari. So'rab-surishtirish, ko'zdan kechirish. Yurak soxasini, periferik tomirlarni ko'zdan kechirish. Yurak soxasini palpatsiya qilish. Yurakperkussiyasi. Yurakauskultatsiyasi. | 1 | 1 | 2 |
| 8 | Gipertoniya kasalligi simptomatologiyasi. Simptomatik gipertenziya haqida tushuncha (buyrak, endokrin, markaziy, gemodinamik). | 1 | 1 | 2 |
| 9 | Ovqat hazm qilish tizimi. Qizilungach, oshqozon, ichaklarni tekshirish usullari (surab-surishtirish, fizikal, laborator-asbobiy). Asosiy klinik sindromlar. | 1 | 1 | 2 |

| | | | | |
|----|--|-----------|-----------|-----------|
| 10 | Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari: qizilo'ngach kasalliklari-ezofagit, gastritlar klinikasi, diagnostikasi. | 1 | 1 | 2 |
| 11 | Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi simptomatologiyasi. Enterit va kolitlar simptomatologiyasi. | | 2 | 2 |
| 12 | Buyrak kasalligi bilan kasallangan bemorlarni tekshirish rejasi. So'rab-surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, asosiy klinik sindromlar. Laborator mashg'ulot: siydikni tekshirish. Buyrakni funksional sinamalari | | 2 | 2 |
| 13 | Qon tizimi. Tekshirish usullari. Fizik tekshirish usullari laborator-asbobiy tekshirish usullari.Qon tizimi kasalliklari. anemiyalar klinikasi, diagnostikasi. | | 2 | 2 |
| 14 | Laborator mashg'ulot: qonni tekshirish. Umumiy qon analizini klinik ahamiyati. Kamqonliklar simptomatologiyasi (temir yetishmovchilik, postgemorragik, gemolitik). | | 2 | 2 |
| | Жами | 10 | 18 | 28 |

5.2. Amaliy mashg'ulotlar mavzulari mazmuni.

Mavzu 1

Terapiya fanining vazifasi. Tekshirish tartibi. Tibbiyot deontologiyasi haqida tushuncha. Kasallik bayonnomasi sxemasi, bemorlarni klinik tekshirish metodlari: so'rab-surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya. Bemorning shikoyatlari: asosiy, 2 – Darajali. Hozirgi kasallik tarixi, hayot anamnezi

Klinikaga kirish. Ichki kasalliklar propedevtika kafedrasini va kafedraning talabalarga bo'lgan talabi bilan tanishish. Ichki kasalliklar haqida tushuncha. Ichki kasalliklar tibbiyotning bir sohasi bo'lib, ichki organlarkasalliklarining sababi-ni, klinik namoyon bo'lishini, davolash va profilaktikasini o'rganadi. Propedevtika fani ichki kasalliklar diagnostikasi-bemorlarni tekshirish metodikasi (so'rab-surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya), asosiy kli-nik va laborator tekshirish, kasalliklar diagnostikasida simptom va sindromlarni o'rgatadi. Shifokor va bemorning o'zaro munosabati, shifokorning burchi va vazifalari haqidagi fan – tibbiyot deontologiyasi

Interaktiv usul:svod, Miya hujumi, Galereya bo'yicha, qor uyumi

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-

1. Gadaev A.; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012;
2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000.
3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989

2. (qo'shimcha)- 1,2,4,12
Internet saytlari

Mavzu2

Bemorni alohida so'rab-surishtirish. Talabalarning bemorlar bilan alohida ishlashi, shikoyatlar yig'indisi va kasallik hamda hayot anamnezi. Bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish (bemorning umumiy ahvoli, es-hushining holati, tana tuzilishi). Umumiy ko'zdan kechirish qoidalari, bemorni umumiy tekshirish. Tana qismlari bo'yicha ko'zdan kechirish: bosh, yuz, bo'yin, qo'l-oyoqlar, teri qoplamlari. Isitma. Harorat o'zgarishlari. Antropometriya. Antropometrik formula. Kasallik tashxisida antropometriya ahamiyati. Indeks Kettle.

Talabalarning bemorlar bilan alohida ishlashi. Shikoyatlar yig'indisi va kasallik hamda hayot anamnezi. Es-hushining holati, uning buzilishi turlari (tiniq, stupor, sopor, koma, es-hushning irratativ o'zgarishlari). Komaning ko'p uchraydigan turlari (alkogollik, apopleksik, gipoglikemik, diabetic, jigarga oid, uremik, epileptik). Bemorning holati (aktiv, passiv, majburiy). Bosh shakli va o'lchamlarining o'zgarishi (mikrotsefaliya, bosh pulsatsiyasi va boshqalar). Yuzni ko'zdan kechirish-yaqqol yuz, jins va yosh belgilari.

Interaktiv usul: Zaif halqa, aylana stol, ruchka stol o'rtasida

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-

1. Gadaev A.; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012;
2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000.
3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989

2. (qo'shimcha)- 1,2,4,12
Internet saytlari

Mavzu 3

Palpatsiya va perkussiya tekshirish usuli sifatida. Qalqonsimon bez va limfatik tugunlar palpatsiyasi. Klinik tekshirish sifatida palpatsiya va perkussiyaning qo'llanilishi. Palpatsiya va perkussiya rivojlanish tarixi, texnikasi, usullari, diagnostik ahamiyati. Perkutor tovush xarakteristikasi.

Limfa tugunlari palpatsiyasining ketma-ketligi. Limfa tugunlarining normal holatdagi xarakteristikasi. Qalqonsimon bez palpatsiyasi. Bemorlarni tekshirish usuli sifatida perkussiyaning rivojlanish tarixi. Metodni ishlab chiqishda Auen-bruggerning roli, Korvizor amaliyotida uning qo'llanilishi. Bu metodning rivojlanishida va tandoshlarimizning ahamiyati. Perkussiyada olinadigan tovushlar. Qiyosiy va topografik perkussiya. Perkussiyaning asosiy qoidalari

Interaktiv usul: 3 pog'onali intervyu, miya hujumi, ari uyasi

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-

1. GadaevA; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012;
2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000.
3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989

2. (qo'shimcha)- 1,2,3,4,8

Internet saytlari

Mavzu 4

Nafas organlari kasalliklari bilan bemorlarni tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, ko'krak qafasini ko'zdan kechirish, palpatsiya. O'pka perkussiyasi, qiyosiy perkussiya.

Asosiy shikoyatlar va patogenezi. Ko'krakdagi og'riqlar, hansirash. Yo'tal (quruq, nam, davomiyligi, paydo bo'lish vaqti). Balg'am ajralishi. Qon ketish, burundan va o'pkadan, davomiyligi. O'pkadan, burun-xalqumdan, qizilo'ngach-dan, me'dadan qon ketishda qon tupurishning bo'lishi. Diagnostik ahamiyati. Burundan nafas olishning buzulishi. Yuqori nafas yo'llarini tekshirish. 2-darajali shikoyatlar:isitma, holsizlik, ishtahaning pasayishi. Hayot va kasallik anamnezi.

Interaktiv usul:Akademik polemika, zaif halqa, qor uyumi

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-

1. GadaevA; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012;
2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000.
3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989

2. (qo'shimcha)- 1,2,3,4,8

Internet saytlari

Mavzu 5

Sog'lom va nafas a'zolari bilan kasallangan bemorlarni topografik perkussiyasi.

Auskultatsiya ob'ektiv tekshirish usuli sifatida. Auskultatsiya texnikasi va qoidalari. O'pka auskultatsiyasi: asosiy nafas shovqinlari (vezikulyar, bronxial).

O'pka perkussiyasi texnikasi. O'pkani yuqori chegarasi yoki uning balandligi va kengligini aniqlash. O'pkani pastki chegarasini aniqlash. Ko'krak qafasining shartli topografik chiziqlari. O'pka pastki qirrasining harakatchanligini aniqlash. Har xil fiziologik va patologik holatlarda o'pka chegarasining o'zgarishlari. O'pka auskultatsiyasi texnika va qoidalari. Asosiy (vezikulyar va bronxial nafas) nafas shovqinlari, ularning yuzaga kelish mexanizmi. Asosiy nafas shovqinlari o'zgarishi: kuchayishi va susayishi (fiziologik va patologik) va ularning diagnostik ahamiyati.

Interaktiv usul:3 pog'onali intervyu, aylana stoll, qor uyumi

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-

1. GadaevA; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012;
2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000.
3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney",

M.1989

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

Mavzu 6

O'pka to'qimasida havo ortishi sindromi. Obstruktiv o'pka kasalliklari, bronxial astma, o'pka emfizemasi bilan kasallangan bemorlarni tekshirish. O'pka to'qimasi zichlashish sindromi. O'pka to'qimasi yallig'lanish kasalligi (krupoz va o'choqli pnevmoniya).

O'pka to'qimasida havo ortish sindromi patogenezi. Shikoyatlari, ko'zdan kechirish. Palpatsiya.

Perkussiya, auskultatsiya. O'pka obstruktiv kasalliklari bilan bemorlarni tekshirish. Bronxial astma va o'pka emfizemasi. O'pka to'qimasini zichlashuv sindromi patogenezi. Shikoyatlari, ko'zdan kechirish. Palpatsiya. Perkussiya, auskultatsiya. O'pka to'qimasi yallig'lanishi kasalligi bilan bemorlarni tekshirish. Krupoz va o'choqli pnevmoniya simptomlari.

Interaktiv usul: Guruh tekshiruv, 3 pog'onali intervyu, qor uyumi

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-

1. Gadaev A; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012;
2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000.
3. Vasilenko V.X., Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989

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

Internet saytlari

Mavzu 7

Yurak, qon-tomir kasalligi bilan bemorlarni tekshirish usullari. So'rab-surishtirish, ko'zdan kechirish. Yurak soxasini, periferik tomirlarni ko'zdan kechirish. Yurak soxasini palpatsiya qilish. Yurak perkussiyasi. Yurak auskultatsiyasi

Nafas tizimi kasalliklari bo'yicha tibbiy bayonnoma yozish. So'rab-surishtirish. Asosiy shikoyatlari, ularni patogenezi. Yurak sohasida og'riq. Og'riq hosil bo'lish mexanizmi, lokalizatsiyasi, tabiati, davomiyligi, irradiatsiyasi, intensivligi, tarqalishi. Hansirash, yurak hansirashi paydo bo'lish mexanizmini intensivligi. Yurak astmasi. Yurak tez urishi. Yo'tal, qon tuflash xarakteri, paydo bo'lish mexanizmi, diagnostik ahamiyati. Ko'zdan kechirish. Tana tuzilishi. Es-hushi. Holati. Teri rangi. Yurak perkussiyasini texnikasi va qoidasi. Yurak nisbiy bo'g'iqlik chegarasini va tomirlar tutamini aniqlash usuli. Yurak belini aniqlash. Yurak nisbiy bo'g'iqlik chegarasi. Patologiyada yurak bo'g'iqlik chegaralarining o'zgarishi: nafas organlari va yurak, qon-tomir kasalligida, tana holati o'zgarganda. Yurak mutloq bo'g'iqlik chegarasini aniqlash usuli. Yurak mutloq bo'g'iqlik o'lchami. Nafas va yurak, qon-tomir kasalligida yurakni bo'g'iqlik chegarasini o'zgarishi. Yurak shovqinlari, ularni hosil bo'lish mexanizmi. Klassifikatsiyasi. Funktsional va organik shovqinlarni farqi. Yurak faoliyati fazasiga shovqinlarni munosabati.

Interaktiv usul:svod usuli,Ruchka stol o'rtasida, 3 pog'onali interv'yu

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-

1. GadaevA; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012;
2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000.
3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney",M.1989

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

Internet saytlari

Mavzu 8

Arterial qon bosim. Gipertoniya kasalligi simptomatologiyasi. Simptomatik gipertenziya haqida tushuncha (buyrak, endokrin, markaziy, gemodinamik).

Gipertoniya kasalligi haqida tushuncha. Etiologiya. Patogenez. Simptomatologiya. Shikoyati, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya. Laborator-instrumental diagnostikasi. Gipertonik kriz haqida tushuncha, shoshilinch yordam.

Interaktiv usul:, intsident usuli, akademik polemika

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-

1. GadaevA; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012;
2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000.
3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney",M.1989

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

Internet saytlari

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

Interaktiv usul:Akademik polemika, qor uyumi, ratatsiya usuli

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

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

Internet saytlari

10-mavzu. Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari: qizilo'ngach kasalliklari, gastritlar. Gastritlar

simptomatologiyasi (o'tkir va surunkali). Gastritlar etiopatogenezi, tasnifi.

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

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

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

Internet saytlari

11-mavzu. Yara kasalligi, mal`absorbtsiya sindromi, surunkali kolitlar. Oshqozon

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

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

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

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

Internet saytlari

12-mavzu. Buyrak va siydik ajratish tizimi. Tekshirish usullari: surab-surishtirish, fizik tekshirish usullari (ko'zdan kechirish, pal`patsiya, perkussiya, laborator-asbobiy –tekshirish usullari). So`rab-surishtirish.

Asosiy shikoyatlar va ularning patogenezi. Og'riqlar. Ularning tahlili. Shishlar joylashuvi, tarqalishi. Laboratoriya tekshirishlari. Peshobni umumiy tahlili. Peshobni Nechiporenko usulida tekshirish. Leykotsitlar, eritrotsitlar, tsilindrlarni nisbati va diagnostic ahamiyati. Zimnitskiy sinamasi. Buyraklarning funktsional holatini baholashda peshob nisbiy og'irlikni ahamiyati. Giposteniuriya. Izosteniruya. Nikturiya. Reberg sinamasi, qon zardobida kreatinin, mochevinani aniqlash

Interaktiv usul: qor uyumi, ari uyasi, zaif halqa

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

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

Internet saytlari

13-mavzu. Qon tizimi. Tekshirish usullari. Fizik tekshirish usullari laborator-asbobiy tekshirish usullari. . Qon tizimi kasalliklari Qon ketishi: burundan,

milklardan, me'da-ichak tizimidan, bachadondan va boshqa organlardan. Teri qichishi, bezgak, ko'zdan kechirish. Teri va shilliq qavatlarda o'zgarishlar, regional limfa tugunlarning kattalashishi. Qon ketishi. Petexiya, limfa tugunlarni, jigarni va taloqni paypaslash. Konsistentsiyasi, yuzasi va qirrasasi, og'riqKamqonliklar etiopatogenezi to'g'risida umumiy tushuncha. Tasnifi. Temir yetishmovchiligi, postgemorragik, gemolitik. Leykozlar etiopatogenezi to'g'risida umumiy tushuncha. Tasnifi.

Interaktiv usul:Klaster, zaif halqa, qor uyumi

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

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

14-mavzu. Laborator mashg'ulot: qonni tekshirish. Umumiy qon analizini klinik ahamiyati. Kamqonliklar simptomatologiyasi (temir yetishmovchilik, postgemorragik, gemolitik). . Qonni umumiy klinik analizi. Leykotsitlar, trombotsitlar, eritrotsitlar (retikulotsitlar), limfotsitlar formula, E.CH.T aniqlash. Qon quyilish tezligi holatini aniqlashning umumiy usullari bilan tanishish.

Interaktiv usul: akademik polemika, zaif halqa

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

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

Mustaqil ish mavzulari

| № | Mavzular royxati | Soat |
|----------|--|-------------|
| 1. | Disfagiya sabablari, xavf omillari, etiologiyasi, patogenezi, og'riqning rivojlanish mexanizmi. | 3 |
| 2. | Oshqozon yarasi kasalligining klinik variantlari, klinik va laboratoriya mezonlari, asoratlari va davolash. | 3 |
| 3. | Pankreatitning etiologiyasi, patogenezi, tasnifi. Oshqozon osti bezi saratoni uchun diagnostik testlar. | 3 |
| 4. | Yarali kolitning diagnostik mezonlari va asoratlari. | 3 |
| 5. | Gepatomegaliya bo'lgan kasalliklarning etiopatogenezi, klinik turlari, sindromli diagnostikasi. | 3 |
| 6. | Sirozning etiopatogenezi, klinikasi va diagnostikasi. | 3 |
| 7. | Sariqlik kasalliklarining etiopatogenezi, klinik turlari, sindromli diagnostikasi | 3 |
| 8. | Buyraklarning immun-yallig'lanish va yallig'lanish jarayonlari bo'lgan kasalliklarning etiologiyasi, patogenezi, klinik ko'rinishi, diagnostikasi va faolligi mezonlari. | 3 |
| | Jami | 24 |

Наименования лекционных занятий

| № | Наименования лекционных занятий | Часы |
|---|---|----------|
| 1 | История развития, тенденции предмета пропедевтики внутренних болезней. Медицинская деонтология и основы врачебной тайны. Понятие о диагнозе и семиотике. Общий план обследования больного. Задачи пропедевтической клиники. | 2 |
| 2 | Исследование больных с заболеваниями системы кровообращения. Расспрос осмотр пальпация и перкуссия сердца. Аускультация сердца. Тоны сердца в норме и патологии. Шумы сердца . Понятие о ФКГ, ЭКГ и ЭХОКГ. | 2 |
| 3 | Основные синдромы при болезни печени: желтуха, портальная гипертензия, печеночная недостаточность. Симптоматология хронических гепатитов. Диагностика холециститов и цирроза печени. Лекарственные поражения печени. | 2 |
| 4 | Исследования больных с заболеваниями почек: расспрос, осмотр. Основные клинические синдромы. Диагностика острого и хронического пиелонефрита и гломерулонефрита: этиология и патогенез. | 2 |
| | ВСЕГО: | 8 |

Наименования практических и клинических занятий

| № | Наименования занятий | Практическое занятие | Клиническое занятие | Всего |
|----|---|----------------------|---------------------|-------|
| 1. | Задачи предмета пропедевтики внутренних болезней. Порядок обследования больных. Понятие о медицинской деонтологии. Схема истории болезни, методы клинического обследования больного: расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация. Жалобы | 1 | 1 | 2 |

| | | | | |
|----|--|---|---|---|
| | больных: основные, второстепенные. История настоящего заболевания. Анамнез жизни. | | | |
| 2. | Методы физического обследования. Общая техника сканирования. Сознание, состояние больного. Конституция. Выражение лица. Обследование полости рта и кожных опухолей. Лимфатический узел. Обследование опорно-двигательного аппарата. Кривые лихорадки и их диагностическое значение. Антропометрия. | 1 | 1 | 2 |
| 3 | Антропометрия. Термометрия. Общее представление о лабораторных и инструментальных исследованиях. Актуальность современных лабораторных и инструментальных методов исследования. | 1 | 1 | 2 |
| 4 | Методы обследования больных с респираторными заболеваниями: опрос, осмотр грудной клетки, пальпация. Перкуссия легких, сравнительная перкуссия. Техники и правила аускультации. Пальпаторные техники, методы, диагностическое значение. | 1 | 1 | 2 |
| 5 | Методы физического обследования органов дыхания: перкуссия легких, правила и процедуры. Сравнительная перкуссия. Особенности топографической перкуссии, перкуторного звука и границ легких в норме и патологии. | 1 | 1 | 2 |
| 6 | Синдром метеоризма. Обследование больных с обструктивной болезнью легких, бронхиальной астмой, эмфиземой легких. Синдром легочной застоя. Воспалительные заболевания легочной ткани (круп и пневмония). | 1 | 1 | 2 |
| 7 | Методы обследования больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Запрос, обзор. Обследование сердца и периферических артерий. Пальпация области сердца. Перкуссия сердца. Сердечная аускультация. | 1 | 1 | 2 |

| | | | | |
|----|--|----|----|----|
| 8 | Симптоматология гипертонии. Понятие о симптоматической гипертонии (почечной, эндокринной, центральной, гемодинамической). | 1 | 1 | 2 |
| 9 | Пищеварительная система. Методы исследования пищевода, желудка, кишечника (допрос, физикальные, лабораторно-инструментальные). Основные клинические синдромы. | 1 | 1 | 2 |
| 10 | Заболевания органов пищеварения: заболевания пищевода-эзофагит, клиника гастрита, диагностика. | 1 | 1 | 2 |
| 11 | Симптоматология язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Симптоматология энтеритов и колитов. | | 2 | 2 |
| 12 | План скрининга пациентов с заболеванием почек. Обследование, осмотр, пальпация, перкуссия, основные клинические синдромы. Лаборатория: Анализ мочи. Функциональные пробы почек | | 2 | 2 |
| 13 | Система крови. Методы контроля. Методы физического обследования. Методы лабораторного и инструментального обследования. Заболевания системы кровообращения. клиника, диагностика анемии. | | 2 | 2 |
| 14 | Лаборатория: Анализы крови. Клиническое значение общего анализа крови. Симптоматология анемии (железодефицитная, постгеморрагическая, гемолитическая). | | 2 | 2 |
| | ВСЕГО: | 10 | 18 | 28 |

Краткое содержание практических занятий

Тема 1

Задачи предмета пропедевтики внутренних болезней. Порядок обследования больных. Понятие о медицинской деонтологии. Схема истории болезни, методы клинического обследования больного: расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация. Жалобы больных: основные, второстепенные. История настоящего заболевания. Анамнез жизни.

Введение в клинику. Знакомство с кафедрой пропедевтики внутренних болезней и требованиями предъявляемыми студентам на кафедре. Понятие – внутренние болезни. Методика исследования больного (расспрос, осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация), основные клинич. и лабораторные исследования. Наука о взаимоотношениях врача и больного, о долге и обязанностях

врача, называется врачебной деонтологией.

Интерактивный метод: свод, мозговой штурм, тур по Галерее, метод снежков

1. **Литература:** 1.Gadaev A; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” Т. 2012;

2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", М.2000.

3. Vasilenko V.X. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, М.1989

2.(доп. лит.)- 1,2,4,12

Тема 2

Самостоятельный расспрос больного. Самостоятельная работа студентов с больным. Сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни. Общий осмотр больного (общее состояние больного, сознание, положение, телосложение). Правила общего осмотра. Общее обследование больного. Осмотр по частям тела: голова, лицо, шея, конечности, кожные покровы. Лихорадка. Температурные кривые. Антропометрия. Антропометрические формулы. Значение антропометрии в диагностике заболеваний. Индекс Кетле.

Сбор жалоб и анамнеза заболевания и жизни. Общее обследование больного. Состояние сознания, виды его нарушения (ясное, ступор, сопор, кома). Положение больного (активное, пассивное, вынужденное). Особенности телосложения. Понятие о конституционном типе (нормостеническое, астеническое, гиперстеническое). Изменение формы и величины головы (микроцефалия, головная водянка, пульсация головы). Осмотр лица – выражение, признаки пола, возраста. Патологич.изменения – одутловатое, лихорадочное, лицо “Корвизара”, “львиное лицо”, “маска Паркинсона”, лицо “восковой куклы”, “лицо Гиппократата”, сардонический смех, асимметрия движений мышц и лица. Осмотр глаз и век, формы носа, осмотр полости рта, осмотр шеи. Кожа и видимые слизистые оболочки. Бледность, оттенки окраски, пигментация, сыпи, геморрагии, расчесы. Расширение вен.

Интерактивный метод:

Слабое звено, метод круглого стола, ручка на середине стола

1. **Литература:** 1.(осн. лит.)-

1. Gadaev A; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” Т. 2012;

2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", М.2000.

3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, М.1989

2.(доп. лит.)- 1,2,4,12

Тема 3

Пальпация и перкуссия – как метод исследования. Пальпация лимфатических узлов и щитовидной железы. Определение пальпации и перкуссии – как клинического метода исследования. История развития пальпации и перкуссии, техника, методы, диагностическое значение. Характеристика перкуторного звука.

Последовательность пальпации лимфатических узлов (по группам лимфатических узлов).

Характеристика состояния лимфатических узлов в норме. Пальпация щитовидной железы. Роль Ауэнбруггера в разработке метода перкуссии, внедрение его в практику Корвизаром.

Значение работ отечественных исследователей в развитии этого метода. Физическое обоснование перкуссии, звуки, получаемые при перкуссии. Сравнительная и топографическая перкуссия. Основные правила перкуссии.

Интерактивный метод: 3-х ступен. интервью, мозговой штурм, пчелиный рой

1. Литература: 1.(осн. лит.)-

1. Gadaev A; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi”

T. 2012;

2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.2000.

3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989

2.(доп. лит.)- 1,2,3,4,8

Тема 4

Методы обследования больного с заболеваниями органов дыхания:

расспрос, осмотр,

пальпация грудной клетки. Перкуссия легких, сравнительная перкуссия.

Основные жалобы и их патогенез. Боли в области груди (характер, их локализация,

продолжительность, интенсивность, иррадиация, способы купирования).

Одышка

(физиологическая, патологическая; экспираторная, инспираторная, смешанная). Кашель (сухой, влажный; продолжительность, время возникновения; громкость, и тембр). Отделение мокроты –характер, количество, наличие или отсутствие запаха, отхождение мокроты в зависимости от положения больного. Кровотечения, носовые и легочные, их продолжительность.

Интерактивный метод: Академическая полем., слаб. звено метод снеж.

1. Литература: 1.(осн. лит.)-

1. Gadaev A; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi”

T. 2012;

2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.2000.

3.Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”,M.1989

2.(доп. лит.)- 1,2,3,4,8

Тема 5

Топографическая перкуссия у здорового человека и при патологии органов дыхания.

Аускультация – как метод объективного исследования. Правила и техника аускультации. Аускультация лёгких: основные дыхательные шумы (везикулярное и бронхиальное).

Топографическая перкуссия у здорового человека и при патологии органов дыхания. Определение верхних границ легких или их высоты (спереди и сзади) и их ширины (поля Кренига). Определение нижних границ легкого. Условные топографич. линии грудной клетки. Определение подвижности нижнего края легкого. Изменение границ легкого при различных физиологич. и патологич. состояниях. Основные дыхательные шумы (везикулярный и бронхиальный), механизм их возникновения, их изменение: усиление и ослабление (физиологическое и патологическое) и их диагностическое значение.

Интерактивный метод: 3-х ступен. интервью, круглый стол, метод снежков

1. Литература: 1.(осн. лит.)-

1. Gadaev A; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi”

T. 2012;

2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney",

M.2000.

3.Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix

bolezney”,M.1989

2.(доп. лит.)- 1,2,3,4,5,6

Тема 6

Синдром повышения воздушности легочной ткани. Обследование больных с обструктивными заболеваниями лёгких, бронхиальной астмой и эмфиземой легких. Рефлюкс – бронхиальная астма. Синдром уплотнения легочной ткани. Воспалительные заболевания лёгких - (крупозная и очаговая), пневмонии.

Патогенез развития синдрома повышения воздушности легочной ткани. Жалобы. Осмотр.

Пальпация. Перкуссия. Аускультация. Симптоматология бронхиальной астмы и эмфиземы легких. Воспалительные заболевания легких (крупозная и очаговая) пневмонии. Патогенез развития синдрома уплотнения легочной ткани. Жалобы. Осмотр. Пальпация. Перкуссия. Аускультация.

Интерактивный метод: Групперасследе, 3-х ступенчат. интервью, метод снеж.

1. Литература: 1.(осн. лит.)-

1. Gadaev A; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi”

T. 2012;

2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.2000.

3. Vasilenko V.X., Grebenev A.L. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989

2.(доп. лит.)- 1,2,3,4,5,6

Тема 7

Промежуточный контроль №1 по системы органов дыхания. Методы обследования

больных с заболеваниями ССС. Расспрос, осмотр. Осмотр области сердца и периферических сосудов. Пальпация области сердца.

Контроль знаний студентов по симптоматологии заболеваний органов дыхания. Промежуточный контроль №1. OSCE.

Расспрос, общий осмотр больных с заболеваниями ССС. Основные жалобы и их патогенез. Боли в области сердца, механизм их возникновения. Характер болей, их локализация, продолжительность, интенсивность, иррадиация, связь с волнением физической нагрузкой, ночные боли, способы купирования. Одышка, механизм возникновения, интенсивность. Сердечная астма. Сердцебиение. Перебои от волнения и др. неприятные ощущения в области сердца. Кашель, кровохарканье, характер, механизм возникновения, диагностич. значение.

Интерактивный метод: свод, ручка на се-ред.стола, 3-х ступенчат. интервью

1. Литература: 1.(осн. лит.)-

1. Gadaev A.; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi"

T. 2012;

2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.2000.

3. Vasilenko V.X., Grebenev A.L. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989

2.(доп. лит.)- 1,2,3,4,5,6

Тема 8

Симптоматология гипертонической болезни. Понятие о симптоматических гипертензиях (почечные, эндокринные, центральные, гемодинамические).

Понятие о гипертонической болезни. Общие понятия о этиологии и патогенезе гипертонич. болезни. Факторы риска. Органы мишени. Симптоматология. Основные жалобы и изменение ССС при объективном осмотре. Лабораторно-инструментальная диагностика гипертонич. болезни. Понятие о гипертоническом кризе и неотложная помощь при нем. Основные группы симптоматических гипертензий.

Интерактивный метод: метод инцидента, академ. полемика

1. Литература: 1.(осн. лит.)-

1. Gadaev A.; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012;
 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.2000.
 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989
- 2.(доп. лит.)- 1,2,3,4,5,6

Тема 9 Пищеварительная система. Методы исследования пищевода, желудка, кишечника (физикальные, лабораторно-инструментальные). Основные клинические синдромы. Интерактивный метод: метод инцидентов, тур по галерее, академическая сфера.

Литература: 1. (основная ссылка) - 4

2. (доп. Исх.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

Интернет-сайты

Тема 10: Заболевания органов пищеварения: заболевания пищевода-эзофагит, клиническая диагностика.

Интерактивный метод: арка, ручка на центральном столе, 3 ступени. интервью

Литература: 1. (основная ссылка) - 4

2. (доп. Исх.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

Интернет-сайты

Тема 11 Пищеварительный тракт. Обследование пищевода, желудка, кишечника (расспрос, физикальная, лабораторно-инструментальная).

Интерактивный метод: свод, мозговой штурм, тур по Галерее, метод снежков

Литература: 1.(осн. лит.)- 1. Гадаева; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000.3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.19894. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

Интернет-сайты

Тема 12 Заболевания почек и мочевыделительной системы. Основные клинические синдромы.

Интерактивный метод: свод, ручка на се-ред.стола, 3-х ступенчат. интервью

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 13 Система крови. Методы обследования: опрос, физикальный, лабораторно-инструментальные исследования.

Интерактивный метод: метод снеж., академическая полемика

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21
сайты интернета

Тема 14 Анализы крови. Методы обследования: опрос, физикальный, лабораторно-инструментальные исследования.

Интерактивный метод: метод снеж., академическая полемика

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21
сайты интернета

8.1. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА

| № | Наименование занятий | Часы |
|----------|---|-------------|
| 1 | Причины дисфагии, факторы риска, этиология, патогенез, механизм развития боли. | 3 |
| 2 | Клинические варианты язвенной болезни, клинико-лабораторные критерии, осложнения и лечение. | 3 |
| 3 | Этиология, патогенез, классификация панкреатитов. Диагностические тесты на рак поджелудочной железы. | 3 |
| 4 | Диагностические критерии и осложнения язвенного колита | 3 |
| 5 | Этиопатогенез, клиника, синдромная диагностика заболеваний с гепатомегалией.. | 3 |
| 6 | Этиопатогенез, клиника, синдромная диагностика заболеваний с желтухой. | 3 |
| 7 | Этиопатогенез, клиника, синдромная диагностика заболеваний с желтухой. | 3 |
| 8 | Этиология, патогенез, клиника, диагностика и критерии активности заболеваний с иммуно-воспалительными и воспалительными процессами почек. | 3 |
| | ВСЕГО: | 24 |

**MINISTRY OF HIGHER AND SECONDARY SPECIAL EDUCATION
MINISTRY OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN
BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE NAMED AFTER ABU ALI IBN
SINO CHAIR OF PROPEDEUTICS OF INTERNAL DISEASES**

Registered
teaching department
educational
№ _____
“ _____ ” _____ 2021 y.
_____ G.J.Jarilkasinova

“Approved”
vice-rector for
and educational affairs
c.m.s., Ass.prof.
“ _____ ” _____ 2021 year

**WORKING PLAN FOR A SUBJECT
PROPEDEUTICS OF INTERNAL DISEASES
for 3 year students of dentistry
2021-2022**

Field of research: 500000 - Health and social care

Education: 510000 - Health Care

Education direction: 5510400 - Dentistry

Course 3
Amount of hours: 60
Including:
The lecture: 8
Practical training: 10
Clinical study: 18
Independent work: 24

Bukhara 2021

The working curriculum of the discipline is developed in accordance with the working academic plan and curriculum.

Made by:

Hazratov O'H., Tosheva Kh.B., Khalilova F.A.

Reviewed by:

Nurboev F.E. – Head of Department of folk medicine, recreation therapy, professional diseases, phthysiology, sports medical culture and sports, associate professor

----- – Associate professor of the Department of faculty and hospital therapy, hematology and clinic laboratory.

This working curriculum was made on the basis of the curriculum and academic plan for educational areas 5510400 - Dentistry education, discussed and approved at the meeting of the department.

Report No. _____ dated « _____ » _____ 2021.

Head of Department: DSc of Medicine, prof.: Nurboyev F.E.

This working curriculum was made on the basis of the curriculum and academic plan for educational areas 5510700 - General medicine, 5111000 - Vocational education, discussed and approved at the Central methodological council of Bukhara State Medical Institute.

Report No. _____ dated « _____ » _____ 2021.

Methodist: Odilova R.H.

INTRODUCTION

Internal medicine propedeutics teaches the symptoms and syndromes of all diseases, diseases and new diagnostic methods used in the diagnosis of diseases of internal organs, and writing a medical report of the patient. Teaching symptoms and diagnostics is inseparable from teaching a specific pathology, i.e., on the one hand, there should be no difference between the ways of learning and the methods of knowing, on the other hand, objective knowledge. The basics of symptomatology, diagnostics, and specific pathology should be studied in an integral way. The study of major therapeutic diseases is an illustration of the clinical significance of the symptoms. Students get used to diagnostic methods by analyzing the medical history of a particular patient. From the first days of work in the clinic, the student must also learn the basics of medical deontology, which is one of the tasks of the propaedeutics of internal diseases. Knowing the symptoms and basic methods of diagnosing the disease, diagnostic methods should be available not only to the therapist, but also to the surgeon, gynecologist, neurologist and all other clinical specialists.

In the process of studying the science of propaedeutics of internal diseases, the formation of modern concepts in students about the principles of disease, diagnosis, diagnostic principles, symptoms, syndromes is to inculcate in students the basics of medical ethics and ethics and deontology.

Through the science of propaedeutics of internal diseases the student learns the causes of the main pathological processes in the body and the mechanisms of their development, the main symptoms and concepts of the syndrome, examination, palpation, heartbeat, hearing, blood pressure measurement, pulse detection, ECG. blood, urine, feces, sputum, gastric juice, duodenal products, general analysis and clinical evaluation of pleural fluid, resuscitation in case of clinical death, also they must know the basics of medical deontology.

The teaching of propaedeutics in internal diseases is based on vertical integration with normal anatomy, normal physiology, general biology and medical genetics, biochemistry and microbiology, as well as horizontal integration with pathological anatomy, pathological physiology, general surgery and pharmacology.

Purpose and goals of the subject

The purpose of teaching the subject is to acquaint students with the science of propaedeutics and to acquaint them with the methods of medical deontology, iatrogeny, clinical examination of patients (interrogation, examination, palpation, percussion, auscultation) organs and checking the system step by step, study of the basic laws of syndromes and symptoms in the system, laboratory and instrumental checking of organs and the acquisition of interpersonal skills.

The goals of subject is for those who study it:

teaching students medical techniques or inspection techniques
teaching the basic laws of syndromes and symptoms
teaching step-by-step inspection of organs and systems
teaching laboratory and instrumental research and interpretation of internal organs
being able to make a diagnostic conclusion based on the inspection results
studying the questions of nosological forms of internal diseases
teaching the basic principles of treatment of internal diseases

Requirements for students' imagination, knowledge, skills and abilities in subject

Knowing and application of basic clinical diagnostic techniques such as examination, palpation, percussion, auscultation. Patients should be interviewed independently and have an idea of the etiology and pathogenesis of pathological processes in the body.

-basics of medical deontology

-have an understanding of the main symptoms and syndromes of the disease

-being able to analyze and use laboratory tests required for additional diagnostics

-basic diagnostics of common, typical internal diseases

-have an understanding of providing first aid and basic skills and competencies in medical records

The relationship and methodological consistency of the subject with other disciplines of the curriculum

The subject of Internal Medicine Propedeutics is a medical and clinical discipline taught in semesters 5 and 6

The implementation of the program requires sufficient knowledge and skills in the disciplines of mathematics and medical sciences (human anatomy and pathological anatomy, normal and pathological physiology, pharmacology) planned in the curriculum..

The role of the subject in science and production

The subject of propaedeutics plays an important role in the training of general practitioners.

Because this subject teaches bachelors in methods of inspecting patients (taking an anamnesis, inspection, palpation, percussion, auscultation) and in-depth methods of laboratory and instrumental inspection.

Modern information and pedagogical technologies in teaching the subject

Using innovative teaching methods, the introduction of new pedagogical, information and Internet technologies are important for the development of students in the subject of propaedeutics of internal diseases. When studying the subject, it is recommended to use teaching aids (textbooks, teaching aids, modular assignments, lecture notes, handouts, computer programs, electronic materials and ECG, video systems). A variety of methods and tools can be used in lectures and practical training, including

brainstorming, clustering, hands-on and didactic games, portfolios, case studies, and computer programs and Internet systems.

Person-centered education. In fact, this education involves the full development of all participants in the educational process. This means that in the development of education, of course, the approach should be based not on the personality of a particular student, but primarily on the learning objectives associated with future professional activities.

Systematic approach. Educational technology should embody all the features of the system: the logic of the process, the interconnectedness of all its components, integrity.

Activity-oriented approach. It is training aimed at the formation of process qualities of a person, activation and intensification of the student's activity, disclosure of all his abilities and capabilities, initiative in the learning process.

Dialogic approach. This approach emphasizes the need to build learning relationships. As a result, a person's creative activity, such as self-activation and self-expression, increases.

Organizing collaborative learning. Democratic equality implies the need to focus on introducing collaboration in shaping the content of teacher and student activities and assessing the results achieved.

Problem-based learning. The method of problematic provision of educational content activates the activity of the learner, At the same time, the objective contradiction of scientific knowledge and the creative application of methods for its solution form and develop dialectical observation, as a result of which the student is provided with independent creative activity.

Using modern means and methods of presenting information. introduction of new computer and information technologies in the educational process

Teaching methods and techniques. Lecture (introduction, thematic, visualization), problem-based learning, case-study methods, practical work

Forms of teaching. frontal, collective and group, based on dialogue, polylogue, communication, cooperation and mutual learning.

Training aids. Along with traditional forms of education (textbooks, lectures) - computer and information technologies.

Methods of communication . direct interaction with the audience based on operational feedback.

Feedback methods and means. diagnostics of training based on observation, blitz-survey, analysis of intermediate, current and final control results

Control methods and means: planning the lesson in the form of a flowchart, which defines the stages of learning, the interaction of the teacher and the student in achieving the goal, and not just classroom lessons rather, control of independent work outside the audience

Monitoring and evaluation: systematic monitoring of learning outcomes both in the classroom and throughout the lesson. Assessment of students' knowledge using OSKI at the end of the cycle.

1. "Assisment" method

The paper is divided into 4 parts in the hands of the teacher-trainer

Describe the symptom of the theme.

Solve the problem

Test solution

Practice

2. "Chamomile " method

Make a chamomile model on a poster board

Write a question on the reverse side of the chamomile leaves and write "prize" or "you don't have to answer the question, rest" on 2-3 of them. The group members take turns taking chamomile leaves and answering the relevant question.

3. "Find a Surprise" Game

Before the lesson begins, a question is written on a piece of paper and pasted in an invisible place

When participants enter the classroom, some may find a gift for them

it is said. The questions on the papers found under the table will be answered in turn

4. "Brain storming" method

Basic rules of the method:

- the absence of any warnings or criticisms that interfere with the formation of opinions

- take into account that the more unnatural the idea, the better

- try to get more offers

- combination and development of ideas

- Give a brief description without giving a detailed explanation

- distribute to those who express and rework the ideas of the group

This method helps students to substantiate, defend, and think independently

5. "Rotation" method

Divide the group into small groups and ask them a few problematic questions or situational questions

Each small group writes their answer within 10 minutes and moves on to the next question. To end all questions will be answered. Written answers are discussed and the correct answer is chosen. Uses posters

6. "Weak ring" method

The students in the group sit in a circle. Students will be asked questions that require quick and short answers on the topic in turn. The student who could not answer the question is out of the game turns out. In the end, the remaining student will be able to answer many questions correctly

7. Q&A method “Boom” game

The facilitator should have ready-made questions on the topics covered. The rules of the game are explained to the participants: they say the numbers 1, 2, 3 aloud, They should say the word "boom" instead of numbers ending in 3 that are divisible by 3.3. Attention a pre-prepared question is asked to a student who has not sat down and is lost in the calculation

In this way, the game between the participants of the group continues

8. "Academic controversy"

The "Academic Controversy" group is divided into 2 teams. They are given a situational question. Each team is assigned 2 students who give the correct answers (Lawyers) and 2 students who give the wrong answers (prosecutors).

9. “3-step interview”

"3-step interview" is given to each group (3 people) in roles. "Doctor", "patient", "VOP expert". "Patients" are diagnosed anonymously. Each group discusses for 10-15 minutes. The "expert" evaluates the actions of the doctor in three parts.

1. what was done right 2. what was done wrong 3. how it was to be done

10. “Group check”

The group will be asked 2-3 questions on the topic. They will be given time to gather information.

11. “According to the gallery”

to the small groups are given one task. Each group writes their opinion within 10 minutes and shares the answer sheet with 2 groups. The next group evaluates them and fills in if the answer is incomplete.

3. Amount of academic hours

| | | | | | |
|-------------|--|--------------|--------------------------|-----------------------|------------------|
| Hours 60 | Distribution of academic load on audience training (hours) | | | | Self-study 24 |
| | Total 36 | Lecture 8 | Practical training 10 | Clinic training 18 | |

Names of lecture training

| No | Names of lecture training | Hours |
|----|--|-------|
| 1 | Goals and objectives of science. General concept of visceral diseases and functions of internal medicine. Methods of clinical examination of the patient and general semiology of internal diseases. Methods of examination of patients with respiratory diseases, interrogation, main complaints, examination, palpation and percussion (comparative and topographic). Techniques and rules of lung auscultation. Primary and secondary respiratory sounds. Understanding the methods of functional instrumental examination of patients with respiratory diseases. | 2 |
| 2 | Methods of examination of patients with cardiovascular disease. Inquiry, review. Palpation and percussion of the heart area. Cardiac auscultation is normal and pathological. Heart sounds. Heart murmurs. The concept of electrocardiography and phonocardiography. EXOKG. | 2 |
| 3 | Diseases of the digestive system. Gastritis. Diagnosis of gastric and duodenal ulcers. Diseases of the liver and biliary tract. Chronic hepatitis. Cirrhosis of the liver. Chronic cholecystitis and pancreatitis. | 2 |
| 4 | Inquiry, examination, palpation, basic clinical syndromes of patients with kidney disease. Symptomatology of acute and chronic pyelonephritis, glomerulonephritis. | 2 |
| | Total | 8 |

Lecture Content

Lecture 1 Goals and objectives of science. General concept of visceral diseases and functions of internal medicine. Methods of clinical examination of the patient and general semiology of internal diseases. Methods of examination of patients with respiratory diseases, interrogation, main complaints, examination, palpation and percussion (comparative and topographic). Techniques and rules of lung auscultation. Primary and secondary respiratory sounds. Understanding the methods of functional instrumental examination of patients with respiratory diseases.

References: 1. (main ref.) - 4

2. (additional ref.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Lecture 2 Methods of examination of patients with cardiovascular disease. Inquiry, review. Palpation and percussion of the heart area. Cardiac auscultation is normal and pathological. Heart sounds. Heart murmurs. The concept of electrocardiography and phonocardiography. EXOKG.

References: 1. (main ref.) - 4

2. (additional ref.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Lecture 3 Diseases of the digestive system. Gastritis. Diagnosis of gastric and duodenal ulcers. Diseases of the liver and biliary tract. Chronic hepatitis. Cirrhosis of the liver. Chronic cholecystitis and pancreatitis.

References: 1. (main ref.) - 4

2. (additional ref.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Lecture 4 Inquiry, examination, palpation, basic clinical syndromes of patients with kidney disease. Symptomatology of acute and chronic pyelonephritis, glomerulonephritis.

References: 1. (main ref.) - 4

2. (additional ref.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Names of a practical training

| № | Names of a training | practical training | clinical training | Total |
|----------|---|---------------------------|--------------------------|--------------|
| 1 | The concept of the science of therapy and the functions of clinical medicine. Methods of clinical examination of patients. Scheme of medical history. Inquiry. Patient complaints: primary and secondary. Current history of the disease, life history. Living conditions, working conditions and prof. inconveniences. Epidemiological and allergological anamnesis. | 1 | 1 | 2 |
| 2 | Methods of physical examination. General scanning technique. Consciousness, the patient's condition. Constitution. Facial expression. Examination of the oral cavity and skin Tumors. Lymph nodes. Examination of | 1 | 1 | 2 |

| | | | | |
|----|---|---|---|---|
| | the musculoskeletal system. Fever curves and their diagnostic significance. Anthropometry. | | | |
| 3 | Anthropometry. Thermometry. A general understanding of laboratory and instrumental examinations. Importance of modern laboratory and instrumental examination methods. | 1 | 1 | 2 |
| 4 | Methods of treatment of patients with respiratory diseases: interrogation, examination of the chest, palpation. Lung percussion, comparative percussion. Auscultation techniques and rules. Palpation techniques, methods, diagnostic value | 1 | 1 | 2 |
| 5 | Methods of physical examination of the respiratory system: pulmonary percussion, rules and procedures. Comparative percussion. Features of topographic percussion, percussion sound and lung boundaries in norm and pathology. | 1 | 1 | 2 |
| 6 | Flatulence syndrome. Examination of patients with obstructive pulmonary disease, bronchial asthma, pulmonary emphysema. Pulmonary congestion syndrome. Inflammatory diseases of the lung tissue (croup and pneumonia). | 1 | 1 | 2 |
| 7 | Methods of examination of patients with cardiovascular disease. Inquiry, review. Examination of the heart and peripheral arteries. Palpation of the heart area. Cardiac percussion. Cardiac auscultation. | 1 | 1 | 2 |
| 8 | Symptomatology of hypertension. The concept of symptomatic hypertension (renal, endocrine, central, hemodynamic). | 1 | 1 | 2 |
| 9 | Digestive system. Methods of examination of the esophagus, stomach, intestines (interrogation, physical, laboratory-instrumental). Basic clinical syndromes. | 1 | 1 | 2 |
| 10 | Diseases of the digestive system: esophageal diseases-esophagitis, gastritis clinic, diagnosis. | 1 | 1 | 2 |
| 11 | Symptomatology of gastric and duodenal ulcers. Symptomatology of enteritis and colitis. | | 2 | 2 |
| 12 | Screening plan for patients with kidney disease. Inquiry, examination, palpation, percussion, basic clinical syndromes. Lab: Urine test. Functional tests of the kidneys | | 2 | 2 |

| | | | | |
|----|---|----|----|----|
| 13 | Blood system. Control methods. Methods of physical examination. Methods of laboratory and instrumental examination. Diseases of the circulatory system. clinic, diagnosis of anemias. | | 2 | 2 |
| 14 | Lab: Blood tests. Clinical significance of general blood analysis. Symptomatology of anemia (iron deficiency, posthemorrhagic, hemolytic). | | 2 | 2 |
| | Total. | 10 | 18 | 28 |

Meanings of a practical and clinical training

Theme 1 The concept of the science of therapy and the functions of clinical medicine. Methods of clinical examination of patients. Scheme of medical history. Inquiry. Patient complaints: primary and secondary. Current history of the disease, life history. Living conditions, working conditions and prof. inconveniences. Epidemiological and allergological anamnesis.

Interactive method: arch, brainstorming, Gallery tour, snowball method

References: 1. (main ref.) - 4

2. (additional ref.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Theme 2 Methods of physical examination. General scanning technique. Consciousness, the patient's condition. Constitution. Facial expression. Examination of the oral cavity and skin Tumors. Lymph nodes. Examination of the musculoskeletal system. Fever curves and their diagnostic significance.

Anthropometry.

Interactive Method: Weak link, round table method, handle in the middle of the table

References: 1. (main ref.) - 4

2. (additional ref.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Theme 3 Anthropometry. Thermometry. A general understanding of laboratory and instrumental examinations. Importance of modern laboratory and instrumental examination methods.

Interactive method: 3 steps. interview, brainstorming, bee swarm

References: 1. (main ref.) - 4

2. (additional ref.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Theme 4: Methods of treatment of patients with respiratory diseases: interrogation, examination of the chest, palpation. Lung percussion, comparative percussion.

Auscultation techniques and rules. Palpation techniques, methods, diagnostic value

Interactive method: Academic field., Weak. link method snow.

References: 1. (main ref.) - 4

2. (additional ref.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Theme 5Methods of physical examination of the respiratory system: pulmonary percussion, rules and procedures. Comparative percussion. Features of topographic percussion, percussion sound and lung boundaries in norm and pathology.

Interactive method: 3 steps. interview, round table, snowball method

Literature: 1. (main lit.) - 4

2. (additional lit.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Theme 6Flatulence syndrome. Examination of patients with obstructive pulmonary disease, bronchial asthma, pulmonary emphysema. Pulmonary congestion syndrome. Inflammatory diseases of the lung tissue (croup and pneumonia).

Interactive method: Assistance, weak link, bee swarm, rotation method

References: 1. (main ref.) - 4

2. (additional ref.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Theme 7Methods of examination of patients with cardiovascular disease. Inquiry, review. Examination of the heart and peripheral arteries. Palpation of the heart area. Cardiac percussion. Cardiac auscultation.

Interactive method: Academic Field. a pen in the middle of the table

References: 1. (main ref.) - 4

2. (additional ref.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Theme 8Symptomatology of hypertension. The concept of symptomatic hypertension (renal, endocrine, central, hemodynamic).

Interactive method: Groupsexled, 3 steps. interview, snow method.

References: 1. (main ref.) - 4

2. (additional ref.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Theme 9Digestive system. Methods of examination of the esophagus, stomach, intestines (interrogation, physical, laboratory-instrumental). Basic clinical syndromes.

Interactive method: Incident method, Gallery tour, academic field.

References: 1. (main ref.) - 4

2. (additional ref.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Theme 10:Diseases of the digestive system: esophageal diseases-esophagitis, gastritis clinic, diagnosis.

Interactive method: arch, handle on the central table, 3 steps. interview

References: 1. (main ref.) - 4

2. (additional ref.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Theme 11 Symptomatology of gastric and duodenal ulcers. Symptomatology of enteritis and colitis.

Interactive method: rotation method, academic polemic

References: 1. (main ref.) - 4

2. (additional ref.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Theme 12 Screening plan for patients with kidney disease. Inquiry, examination, palpation, percussion, basic clinical syndromes. Lab: Urine test. Functional tests of the kidneys

Interactive Method: Problem Solving Method, Gallery Tour

References: 1. (main ref.) - 4

2. (additional ref.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Theme 13 Blood system. Control methods. Methods of physical examination. Methods of laboratory and instrumental examination. Diseases of the circulatory system. clinic, diagnosis of anemias.

Interactive method: Assistance, Bee Swarm, Brainstorming

References: 1. (main ref.) - 4

2. (additional ref.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Theme 14 Lab: Blood tests. Clinical significance of general blood analysis. Symptomatology of anemia (iron deficiency, posthemorrhagic, hemolytic).

Interactive method: Academic polemic, rotation method, Cluster

References: 1. (main ref.) - 4

2. (additional ref.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Names of self study topics

| № | Topic name | Hours |
|----------|---|--------------|
| 1. | Causes of dysphagia, risk factors, etiology, pathogenesis, mechanism of pain development. | 3 |
| 2. | Clinical options of peptic ulcer disease, clinical and laboratory criteria, complication and treatment. | 3 |

| | | |
|----|---|----|
| 3. | Etiology, pathogenesis, classification of pancreatitis. Diagnostic tests for pancreatic cancer. | 3 |
| 4. | Diagnostic criteria and complication of ulcerative colitis. | 3 |
| 5. | Etiopathogenesis, clinical types, syndromic diagnosis of diseases with hepatomegaly. | 3 |
| 6. | Etiopathogenesis, clinic and diagnosis of cirrhosis. | 3 |
| 7. | Etiopathogenesis, clinical types, syndromic diagnosis of diseases with jaundice | 3 |
| 8. | Etiology, pathogenesis, clinical picture, diagnosis and criteria for the activity of diseases with immune-inflammatory and inflammatory processes of the kidneys. | 3 |
| | Total | 24 |

List of practical skills:

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

Methodical guidelines and recommendations for the organization of educational clinical practice

Clinical practice of students in the subject "Internal Medicine" (the practical part of the course) is 50% of the daily educational process, and practical classes are held at the departments of internal medicine, cardiology, pulmonology, gastroenterology, hepatobiliary department and consulting clinic. , carried out in family clinics.

In practical classes, the process of teaching practical skills will be planned in a detail and includes several stages:

1. The first stage is the determination of the motivational basis for the study of practical skills, based on the goals and objectives of the lesson, discussion of its theoretical aspects. If it is necessary to use the necessary equipment for the implementation of practical skills (peak flow meter, electrocardiograph), the student gets acquainted with the mechanism of their work, and the rules of usage

To carry out the first stage, the department must have all the tools and they must be in working order.

2. The second stage – demonstrate practical skills and practice repeatedly. The step-by-step algorithm of practical skills for performing this step is demonstrated by the teacher and through videos, special attention is paid to the correct implementation of the step-by-step algorithm.. A student learns a practical skill on his own, but under the guidance of a teacher, students repeatedly practice on each other.. Initially, it is allowed to apply to the patient only after completing and correct passage of all stages separately, then as a whole (imitation training).To carry out the second stage, it is necessary to develop practical skills devel by the department, a step-by-step algorithm, video, tutorials, a scheme or methodology for implementation, etc.evaluation criteria should be developed

To transfer practical skills, equipment must be available and the necessary conditions (modeled as close as possible to the working conditions) must be created. At this stage, the educator monitors and fixes student error as needed. In this process, student actions can be videotaped, demonstrated, and critically discussed.. The student explains to the teacher and other students what his or her mistake is, and then repeats the procedure. Interactivity is manifested in the fact that other students participate as experts and in assessing the correct acquisition of practical skills by the students. It is desirable to bring practical skills to the level of automatism..

3. The third stage is to apply the acquired knowledge and practical skills to the patient. At this stage, under the pedagogical guidance, the student is taught to apply the acquired knowledge and practical skills in various clinical situations (including emergency), analyze the results obtained and determine the tactics of action based on this information..

To implement the third stage, a set of textbooks, teaching aids, photographs, situational tables and tests, clinical cases, standards of diagnosis and treatment, case histories and outpatient cards, etc., have been developed at the department. Interactivity is manifested in the fact that other students only act as experts.

4The fourth stage is the conclusion. At this stage, the teacher must make sure that the knowledge and skills acquired by the student can be correctly and fully applied in patients, in various situations, in the process of activity, and then the practical skill is considered learned..

To implement the fourth stage, the independent work of the student with the patient is supervised by the teacher, assessed when writing and defending medical documents, clinical audit..

At the end of the lesson, the teacher confirms that each student has learned a practical skill. In cases where a student cannot master a practical skill, it is recommended to master it on his or her own outside the lessons and entrust it to the teacher. It is believed that the student has mastered science by mastering all practical skills.

Basic and additional educational references and sources of information

Basic references

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

Additional references

1. Nurillaeva N.M. Profilaktika faktorov riska ishemicheskoy bolezni serdtsa v pervichnom zvene zdravooxraneniya Uzbekistana. Monografiya. -Tashkent. IPTD Uzbekistan. 2016 g.
2. Gadaev A.G., Rozikov A.A., Raximova M.E. Amaliy elektrokardiografiya. - Toshkent. Turon Zamin Ziyo nashriyoti. 2016 y.
3. Karimov SH.I. va boshqalar. Sog'lom ovqatlanish- salomatlik mezoni. -Toshkent. O'zbekiston nashriyot-matbaa ijodiy uyi 2015 y.
4. Harrison's principles of internal medicine 19 th edition. McGraw-Hill Health Professions Division 2015 y.
5. Xaitov R M. Allergologiya federal`nie klinicheskie rekomendatsii. Moskva. «Farmarus Print Media». 2014 g.
6. O'zbekiston Respublikasi SSV 10.07.2012 yilda tasdiqlangan 200-buyrug'i.
7. Xayitov R M. Allergologiya i immunologiya. Moskva. «GEOTAR Media» 2012 g.
8. Xarrison R.T. Vnutrennie bolezni 1, 2 tom. Uchebnik. -Moskva. Meditsina. 2011 g.
9. Gadaev A.G. Umumiy amaliyot vrachlari uchun ma'ruzalar to'plami. O'quv qo'llanma. -Toshkent. Muxarrir nashriyoti. 2010 y.
10. Muxin N.A. Vnutrennie bolezni tom 1. Uchebnik. -Moskva. GEOTAR – Media. 2009 g.
11. Muxin N.A. Vnutrennie bolezni tom 2. Uchebnik. -Moskva. GEOTAR – Media. 2009 g.
12. Okorokov. A.N. Diagnostika bolezney vnutrennix organov. Uchebnik. -Moskva. Meditsinskaya literatura 2009 g.
13. Okorokov A.N. Lechenie bolezney vnutrennix organov. Uchebnik. -Moskva. Meditsinskaya literatura 2009 g.
14. Nazirov F.G., Gadaev A.G. Obshaya vrachebnaya praktika. Uchebnoe posobie. Moskva. GEOTAR-Media. 2009 g.
15. Ivashkina V.T. Vnutrennie bolezni po Devidsonu. Moskva. Geotar- Media. 2009 g.
16. Sharapov F.G. Ichki kasalliklar. Darslik. Toshkent. Yangi asr avlodi nashriyoti. 2006 y.
17. Artamonova V.G., Muxin N.A. Professional`nie bolezni. Uchebnik. - Moskva. "Meditsina". 2004 g.
18. Nasretdinova N.N. Geriatriya v deyatel`nosti VOP. Uchebnik. Tashkent. Shark. 2004 g.
19. Strutinskiy A.V. Osnovi semiotiki zabolevaniy vnutrennix organov. Moskva. MEDpress-inform. 2004 g.
20. Zmushko YE.I., Belozarov YE.S., Mitin YU.A. Klinicheskaya immunologiya i allergologiya. Uchebnik. Moskva. «mediabook». 2001 g.

21. Ubaydullev A.M., Yakimova M.A., Uzakova G.T. Bronxial`naya astma. Metodicheskie rekomendatsii dlya vrachey. Tashkent. «FAH». 2001g.
22. Spravochnik – putevoditel` praktikuyushogo vracha. 2000 bolezney ot A do YA. Moskva. GEOTAR Meditsina. 2000 g.
23. Pitskiy V.I., Adrianova N.V., Artomasova A.V. Allergicheskie zabolevaniya. Moskva. «Meditsina» 1999 g.
24. Nazarov A.A. Atopicheskaya bronxial`naya astma. Toshkent. «Ibn Sino» 1994.

Web sites:

www.medlook.ru
[www. prof. bolezni. com.](http://www.prof.bolezni.com)
www.medicum.ru
www.medtext.ru
www.medkniga.ru
www.cardioline.ru
 www:<http://buks.ru/book>;
www.ziyonet.uz;
 www.lex.uz;
[www. cardiosite.ru](http://www.cardiosite.ru);
[www. cardiologia.ru](http://www.cardiologia.ru);
www.bilim.uz;
www.gov.uz;
www.mf.uz.

Didactic tools

Equipment, tools, models, hardware: computer, projector.
 Structure of centralized and decentralize hospital kitchen,
 «Symptomatology of depression »,
 «Symptomatology of pleurisy »,
 “Complications of diabetes”
 “Diseases of the endocrine system ”,
 “Gastric or peptic ulcer”,
 “Arrhythmias”,
 "Bronchial asthma",
 “Congenital heart disease”,
 “Rheumatoid arthritis”,
 “Myocardial infarction”,
 “Symptomatology of diabetes.
 The concept of diabetic and hypoglycemic coma.”,

“Symptomatology of leukemia”,

"Anemia",

“Liver cirrhosis”

“Rheumatism and symptomatology of primary rheumatic heart disease”

"Study of blood vessels".

Hypertension Hypotension. BP measurement,

Laboratory and instrumental research methods for respiratory pathology »

Changes to the work program

Created for the 2020-2021 academic year. (next year there will be a similar application form but the change will be recorded here.)

The work program was considered at a meeting of the department

«__»_____2021 year

Chair holder _____ Nurboyev F.E.

Maruzalar prezentatsiyalari

Ma'ruza № 1

Fanning maqsad va vazifalari. Ichki a'zolar kasalliklari to'g'risida umumiy tushuncha va ichki tibbiyot vazifalari. Bemorni klinik tekshirish usullari va ichki kasalliklarning umumiy semiologiyasi. Nafas organlari kasalliklari bilan og'riqan bemorlarni tekshirish usullari, so'rab-surishtirish, asosiy shikoyatlari, ko'zdan kechirish, palpasiya va perkussiya (qiyosiy va topografik). O'pka auskultatsiyasi texnikasi va qoidalari. Asosiy va qo'shimcha nafas shovqinlari. Nafas organlari bilan kasallangan bemorlarni, funksional instrumental tekshirish usullari haqida tushuncha.

| | |
|---------------------------|--|
| Mashg'ulot vaqti – 2 soat | Studentlar soni: 20 dan 60 gacha |
| Mashg'ulot formasi | Ma`ruza axborot mashg`uloti |
| Ma`ruza mashg'ulot rejasi | <ol style="list-style-type: none">1. Nafas organlari kasalliklari bilan og'riqan bemorlarni tekshirish usullari2. so'rab-surishtirish, asosiy shikoyatlari, ko'zdan kechirish3. palpasiya va perkusiya (Qiyosiy va topografik) .4. O'pka auskultatsiyasi texnikasi va qoidalari.5. Asosiy va qo'shimcha nafas shovqinlari. |

| | |
|-----------------------------|---|
| | 6. Nafas organlari bilan kasallangan bemorlarni funksional-instrumental tekshirish usullari haqida tushuncha. |
| Ma`ruza mashg'ulot maqsadi: | Talabalarga so`rab surishtirishni, palpatsiya va perkussiyani o`rgatish. |
| O`qitish uslubi | Ma`ruza suhbat |
| O`qitish formasi | Yirik, guruhli. |
| O`qitish jihozlari | O`quv qo`llanma, ma`ruza mashg'ulotlar mundariyasi, proektor, kompyuter. |
| O`qitish holati | Metodik jihozlangan auditoriya. |
| Monitoring va baholash | Og`zaki kontrol: savol-javob. |

1.2 Ma`ruza mashg`uloti texnologik kartasi


| Ish bosqichlari va vaqti. | Ta'lim beruvchi | Ta'lim oluvchilar |
|--------------------------------|---|---|
| Tayyorgarlik bosqichi | 1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | |
| 1. Mavzuga kirish (15 daqiqa) | 1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi 2. Mavzu bo'yicha savollar beradi. | Tinglaydilar Talabalar berilgan savollarga javob beradilar |
| 2 – asosiy bosqich (65 daqiqa) | 1. Mavzuni tushuntirib beradi, slaydlar namoyish qilish 2. Kўrgazmali plakatlardan foydalanaadi | Tinglaydilar Tinglaydilar |
| 1-yakuniy bosqich (10 daqiqa) | 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi | Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi |

Qisqacha bayoni

Yo'tal (quruq, nam, davomiyligi, paydo bo'lish vaqti) Balg'am ajralishi- xarakteri, miqdori, balg'am ajralishining bemor holatiga bog'liqligi. Qon ketish (burundan, o'pkadan, burun-halqumdan, qizilo'ngachdan, me'dadan), qon tupurish, davomiyligi, diagnostic ahamiyati. Burundan nafas olishning buzilishi. Ko'krak qafasini ko'zdan kechirish, palpatsiya. Ko'krakda og'riqlar (xarakteri, joyi davomiyligi, intensivligi, tarqalishi) Ko'krak qafasini ko'zdan kechirish, palpatsiya. Ko'krak qafasini patologik shakllari. Nafas tiplari (norma va patologiya). Ko'krak qafasining shakli, topografik chiziqlari. Topografik perkussiya. O'pkaning yuqori va pastki chegarasi, balandligi, kengligi, pastki qirrasini harakatchanligini aniqlash. Har xil fiziologik va patologik holatlarda o'pka chegarasining o'zgarishlari.

O'pka auskultatsiyasi texnikasi va qoidalari. Asosiy (vezikulyar va bronxial) nafas shovqinlari, mexanizmi, o'zgarish: kuchayishi va susayishi (fiziologik va patologik) va ularning diagnostic ahamiyati. Xirillashlar, paydo bo'lish mexanizmi (quruq, past va yuqori tonli, nam jarangli va

jarangsiz, mayda, o'rta, yirik pufakchali), lokalizatsiyasi va tarqalishi, diagnostic ahamiyati. Balg'am va plevra suyuqligini tekshirish, diagnostik ahamiyati. Transudatni eksudatdan farqi. Olingan natijalarni interpretatsiya qilish.

| | |
|--|---|
| <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Лекция №2</p> <p style="text-align: center;">Мавзу: Нафас тизими хасталиклари бор беморларни текшириш усуллари: сураб-суриштириш, куздан кечириш, пальпация, перкуссия</p> | <p style="text-align: center;">Текшириш усуллари:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1. Субъектив: jnterrogatjo - сураб суриштириш (паспорт кисми, шикоятлар, anamnesis morbi, anamnesis vitae) • 2. Объектив: inspectio, palpatio, percussio, auscultacio • 3. Клиник-лаборатор • 4. Инструментал |
|--|---|

| | |
|---|---|
| <p style="text-align: center;">Беморларни текширишни асосий боскичлари:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1. Куздан кечириш • 2. Пальпация • 3. Перкуссия • 4. Аускультация • 5. Клиник мушохада еки тафаккурлаш | <p style="text-align: center;">Асосий шикоятлари:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1. Йутал (tussis) • 2. Балгам (sputum) • 3. Кон тупириш (haemoptoe) • 4. Хансираш (dyspnoe) • 5. Плеврал огрик (dolor) • 6. Иситма (febris) |
|---|---|

| | |
|--|--|
| <p style="text-align: center;">Йуталнинг асосий хусусиятлари: (хаво окими тезлиги 0,5дан токи 50–120 м/сек)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1. Келиб чикиш механизми • 2. Сабаби (нафас йулларининг турли булимларидаги шиллик каватда жойлашган йутал рецепторларини – яллигланиш (бронхит), механик (чанг ва х.о), кимевий (уткир хид, тутун ва х.о.), термик (ута иссик еки совук хаво) омиллар билан таъсирланиши • 3. Тури: курук еки нам (продуктив еки балгамли) | <p style="text-align: center;">Балгам хусусиятлари:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1. Микдори • 2. Консистенцияси (суюк еки куюклиги) • 3. Ранги, куриниши ва хиди • 4. Таркиби (кон ва унинг шакли элементлари («зангсимон» балгам) мавжудлиги) • 5. Каватлари (уч каватли: юкориси-купикли сероз суюклик, уртаси-лейко- ва эритроцитли суюклик ва пасткиси-йирингли) |
|--|--|

Р. Лаэннек (1782-1826й)



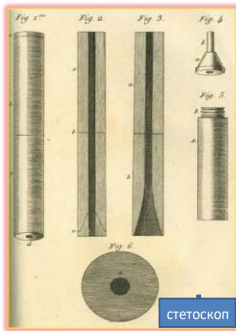
Бевосита аускультация

Утмишда аускультация



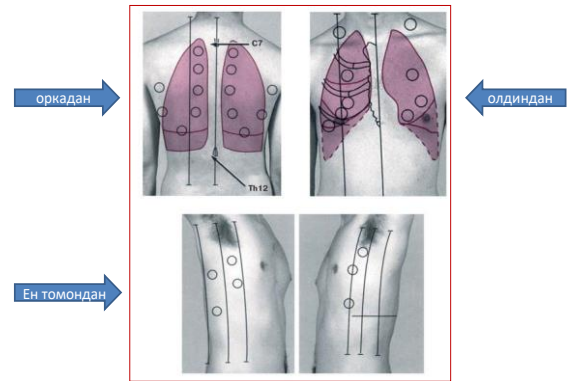
Аускультация техник воситалари:

Аускультация тартиби:



стетоскоп

фонендоскоп



Олд томондан

Орка томондан



Расм № Унг улка эшитилиш соҳалари

Нормал нафас шовкинлари:

Нафас шовкинларининг замонавий классификацияси

1 – везикуляр (альвеоляр)

2 - бронхиал (ларинготрахеал)

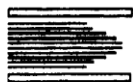
• Лаэннек томонидан таклиф этилган



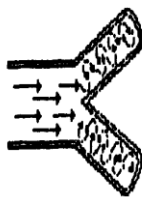
Расм № Нафас шовкинларининг замонавий классификацияси

Хаво ҳаракати турлари

Хавонинг ламинар ҳаракати



Хавонинг аралаш ҳаракати

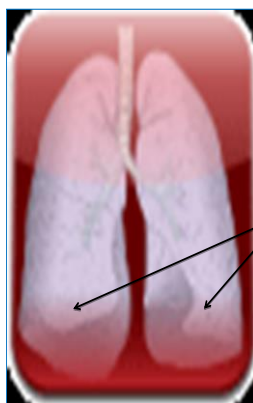


Хавонинг турбулент ҳаракати



Расм № Хаво ҳаракати турлари

Везикуляр нафас шовкини



«Ф» харфи талафузидаги товушни эслатади ва упканинг куйи сохаларида (альвеоляр тукима тараккий килган) яккол эшитилади.

Везикуляр нафас шовкинининг асосий хусусиятлари:

- 1 – у юмшоқ ва бугик (график манзараси)
- 2 – унга киска экспиратор фаза хос (экспиратор фазанинг сунгги икки кисмида эшитилмайди. Инспиратив ва экспиратив компонентлари нисбати 3:1)
- 3 – нафас олиш ва чиқариш орасида пауза йук

Везикуляр нафас шовкинини нормада узгаришлари:

Кучайиши:

- А) астеникларда
- Б) еш угил болаларда - пуэрил нафас деб номланади (риег – угил бола)
- В) огир жисмоний меҳнат

Сусайиши:

- А) семиз кишиларда (тери ости ег катламини беҳад тараккий этиши туфайли)
- Б) спортчиларда (боди билдинг)

Везикуляр нафас шовкинининг кукрак кафасида яккол эшитили сохалари

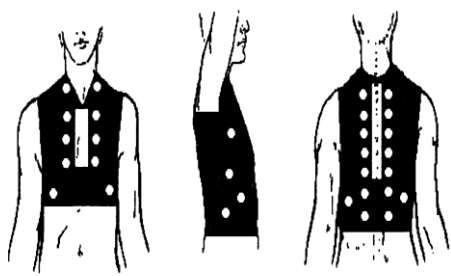


Рис. 14.6. Приводится с изменениями из: Lehrer S.: Understanding Lung Sounds. Philadelphia, W.B. Saunders, 1984

Везикуляр нафас шовкинини патологияда узгариши

Кучайиши:

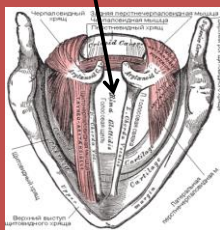
- а) дагал везикуляр нафас шовкини
- б) саккодирлашган везикуляр нафас шовкини

Сусайиш сабаблари:

- а) альвеоляр (альвеолалар сони камайиши, деворини элатиклик даражасини пасайиши)
- б) экстраальвеоляр (бронх диаметрини торайиши, миозит, невральгия)

Бронхиал нафас шовкини

➤ Овоз бойламаси еригидан хаво утиши натижасида пайдо булади



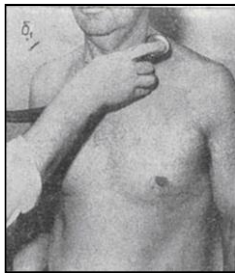
➤ «Х» харфи талафузидаги товушни эслатади ва нафас чиқиши фазасида кучли эшитилади



Бронхиал нафас шовкини хусусиятлари:

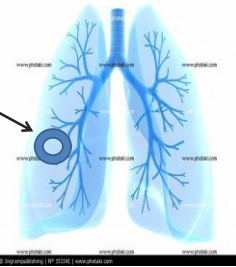
1. Баланд (график манзараси йугон инспиратор ва экспиратор чизиклар билан чизилади)
2. Экспиратор фазаси чузик ва давомийлиги билан, одатан, инспиратор фазага тенг (нисбати 1:1)
3. Бронхиал шовкин эшитилмаган чоғда, нафас олиш ва чиқариш орасида пауза булади

Бронхиал нафас шовкинини нормада эшитилиш нукталари



Бронхиал нафас шовкинини патологик турлари:

1 – амфорик (amfoga – куза). Упкада диаметри камида 5-6 см ли хаволи бушлик ва у суюкликсиз хамда бронх билан боглик булиши шарт



Бронхиал нафас шовкинини патологик турлари:

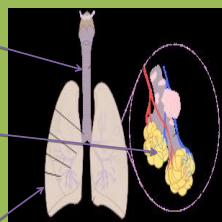
- 2 – металл (очик пневмотораксда)
- 3 – стенотик (бронхитларда)
- 4 – везикобронхиал (нафас олишда везикуляр, чикаришда эса бронхиал шовкин эшитилади, мисол крупоз пневмонияда)

Везикуляр ва бронхиал нафас шовкинларининг фарки:

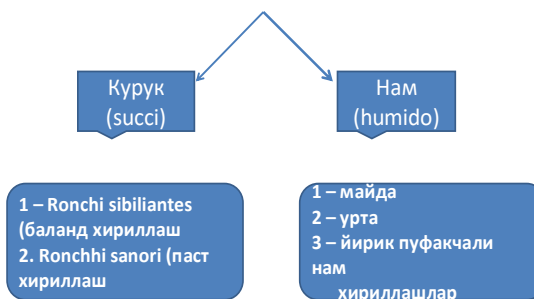
| Мезонлар: | Нормал нафас шовкинлар | |
|--|--------------------------------|---|
| | Везикуляр | Бронхиал |
| 1. Келиб чикиш механизми | Альвеолалар девор тебраниши | Овоз бойламлари тор еригидан хавони утиши |
| 2. Эшитилиши нафаснинг кайси фазасига боглик | Инспиратор | Экспиратор |
| 3. Эшитилиш сохаси | Упканинг куйи кисми | Упканинг юкори кисми |
| 4. Шовкин ухшайди: | «Ф» харфи талафузидаги товушга | «Х» харфи талафузидаги товушга |

Патологик нафас шовкинлари

- 1 – хириллашлар (ronchi)
ЖАРОХАТ БРОНХЛАРДА
- 2 – крепитация (crepitacia)
ЖАРОХАТ АЛЬВЕОЛАЛАРДА
- 3 – плевра ишканиш шовкини
ЖАРОХАТ ПЛЕВРА ВАРАКЛАРИДА



Хириллашлар тури:



Патологик нафас шовкинларининг алохида турлари

- 1 – чайкалиш шовкини (илк бор Гиппократ томонидан таклиф этилган) – **succusio Hippocratica**
- 2 – томаетган томчи шовкини – **gutta cadens**

Крепитациянинг график манзараси



Крепитация ва нам хириллашлар дифференциацияси

Нам хириллашлар

- Йирик ва дагал
- Паст частотали
- Сийрак
- Зуриқишга боглик эмас
- Гавда холати узгаришида узгармайди
- Йутал пайтида йуколади
- Огиз бушлигига кадар таркалади
- Обструкция билан боглик

Крепитация

- Майда ва юмшок
- Юкори частотали
- Гужжа
- Зуриқишга боглик
- Гавда холати узгариши билан узгаради
- Йутал пайтида йуқолмайди
- Огиз бушлигига кадар тарқалмайди
- Рестрикция билан боглик

Курук хуштаксимон хириллашлар билан кечадиган клиник холатлар

- Инфекция (коклюш, ларингит, трахеобронхит)
- Ларинго-, трахео- еки бронхомяляция
- Трахея ва хикилдок усмаси
- Трахея стенози
- Овоз бойламалари фаолияти бузилиши
- Ет жисмлар аспирацияси
- Йирик хаво йуллари стенози

- Упка сурункали обструктив касаллиги
- Бронхорея (бронхитда, муковисцидозда)
- Облитерацияловчи брохиолит
- Фиброзловчи альвеолит (Хамман – Рич касаллиги)
- Пневмонит (ута сезгирлик натижасида)
- Упка шиши
- Соғломларда кучли нафас чикариш пайтида

Плевра ишқаланиш шовкинининг график манзараси



Плевра ишқаланиш шовкинининг физик хусусияти



вдох

выдох

Утказувчанлик туфайли содир буладиган овоз шовкинлари

Бронхофония – (грек. бронх шовкини) бу овознинг соф шовкини. Бронх ва хикилдоқдан узоқда бемор гапиретган пайтда эшитилади. Сузлар ноаник, шунинг учун ҳам шовкин сифатида эшитилади.

Пекторилоквия – (лотин. овоз кукракда) бронхофонияни кучайган тури, бунда кукракда талаффуз сузлари аниқ эшитилади.

Эгофония – (грек. эчки товуши) кукракда эчки маърашидаги ухшаш товуш эшитилади (аіх – эчки). Лаэннек дастлаб аниқлаган.

Ушбу феноменлар заминида упка туқимасини зичлашув синдроми етади.

Аускультация



Текшириш асосий усуллари:

1. Субъектив

Compliance (хамкорлик) субъектив усуллар
самарадорлиги асосидир



КУШ БАЛЛОНЛИ ЭНТЕРОСКОПИЯ (ХИРОНОРИ ЯМАМАТО, 2004й.)



• Qui bene diagnoscirt, bene curat

Диагноз. Диагностик жараен ва усуллар

«Симптомдан диагнозга»

• Diagnosis (грек. текшириш,
аниклаш, фарклаш)

• Qui bene diagnoscirt, bene curat

«Ким аник диагноз куйса, у яхши даволайди» (Герман Бургава)

Диагнозга аниклик киритиш жараени
давомида эътибор бериш лозим:

- а) Айни хасталикка хос функционал узгаришлар
характери ва даражаси
- б) Ушбу касалликка хос клиник аломатлар
мажмуаси
- в) Мазкур касаллик сабаблари

ДИАГНОСТИКА «Qui bene diagnoscirt, bene curat»

Диагностика – анамнестик ва объектив
маълумотларга асосланиб касалликни аникаш.
Куйидаги усулларга таянади:

- а) Индукция
- б) Дедукция

ДИАГНОСТИКА

Диагностик жараен боскичлари:

- 1. Далилларни туплаш
- 2. Аналогия принципини куллаш (конкрет еки
абстаркт тажрибага асосланиб)
- 3. Дастлабки диагностик гипотеза
- 4. Ухшаш диагностик гипотезалар билан
таккослаш
- 5. Кушимча текшириш усулларини куллаш
- 6. Сунгги диагностик гипотеза

Диагностика

- Диагностик жараен боскичлари таянади:
 - а) Клиник мушохада кенглигига
 - б) Анамнез йига олиш махоратига
 - в) Тупланган маълумотларни бахолашга

ДИАГНОСТИКА

- Diagnosis ex observacione (узок назорат давомида)
- Diagnosis per exclusionem (инкор этиш оркали)
- Diagnosis ex juantibus (синамали даволаш оркали)

Диагностика

- Диагностика илмий жараен булиб уз ичига камраб олади:
- А) Семиотикани; (Г. Мондор: «симптомларни санаб утиш эмас, балки уларни киеслаб билиш зарур»)
- Б) Беморларни диагностик текшириш усулларини еки диагностик техникани;
- В) Диагноз назарияси ва усулининг методологик асосларини.

Диагностик жараен схемаси:

1. Сураб суриштириш:
 - а) шикоятлар
 - б) касаллик анамнези
 - в) хаёт анамнези
 2. Объектив
 3. Лаборатор
 4. Инструментал
- Текшириш схемаси дедуктивдир. 20 000 ортик касалликлари тури мавжуд. Диагностик жараен вазифаси – ушбу ракамни 1 тага кадар кадар тушириш. Шикоятлар тахлили максади (схеманинг 1-чи боскичи) – кайси тизим (кон айланиш, нафас, хазм ва х.о.) органлари шикастланган. Ушбу кадам учраши мумкин булган хасталиклар сонини анчага камайтиради (2000 га кадар).

Диагностик жараен схемаси:

- Касаллик тарихи тахлилин вазифаси (схеманинг 2-чи боскичи) – мазкур хасталик утқир еки сурункалилигини аниқлашдан иборатдир. Бу эса текшириш доирасини янада торайтиради. Мисол, суриштирув хасталикни утқир касалликлар гурухига дохиллигини аниқлади. Утқир касалликлар гурухи атиги 200 нозологик бирликдан иборат. Демак, икки кадам билан гумонсиратилган диагнозлар сони 20 000 дан 200 га кадар камайди.

Диагностик хатоликлар сабаби: (Р. Хегглин)

1. Билимсизлик
2. Етарлича текширмаслик:
 - а) техник имкониятсизлик
 - б) вақт етишмовчилиги туфайли
 - в) огир ахволли бемор
3. Тафаккур давомидаги хатоликлар:
 - а) конструктив тафаккурга эга булмаслик
 - б) таклиф этилган диагноз хатосиз эканлигига ута ишонч

Диагностик хатоликлар сабаби: (Р. Хегглин)

- в) кибр-хаволик, манманлик билан диагноз куйиш
- г) мантикан хато хулосалар
- д) ута кизик диагнозлар куйишга интилиш
- е) пессимизм еки оптимизмга мойиллик
- ж) иккиланиш
- з) хамкасблар фикрини менсимаслик

Врач хатоликлари тури:

- Н. И. Краковский ва Ю. Я. Грицман (1959)
- диагностик;
- даволаш-тактик;
- даволаш-техник;
- ташкилий;
- хужжатлардаги камчиликлар;
- тартибий камчиликлар.

Диагноз классификацияси:

1. Характери хамда мохиятига асосан:
 - этиологик, патогенетик, нозологик, патологоанатомик, анатомик, патофизиологик
2. Шаклланиш тартиби хамда тасдигига кура:
 - тугридан тугри шаклланган диагноз (симптомдан диагнозга), диф. диагноз (киеслашга асосланган), diagnosis ex observacione (узок назорат давомида), diagnosis ex juantibus (синамали даволаш оркали)

Асосий диагностик усуллар (субъектив ва объектив):

Диагноз классификацияси:

3. Аниқланган муддатига қараб:
эрта вақтли, кечиктирилган, секцион (аутопсия натижаларига асосланиб)
4. Ишончлик даражасига қараб:
тахминий, дастлабки, охириги еки сунгги, мужмал



маълумотларга таяниб диагноз қуйилади

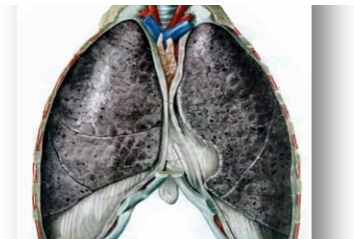
Қушимча диагностик усуллар:

1. Клиник-лаборатор: қон, сийдик умумий анализи, биохимиявий анализ ва х.о.
2. Инструментал: рентгенологик, эндоскопик, томографик (компьютерли, мультиспиралли, ядроли магнит-резонанс, электрон-нурли, позитрон-эмиссион томографиялар)

Қушимча диагностик усуллар:

Qui bene diagnoscit, bene curat

20% ҳолларда клиник-лаборатор ва инструментал текшириш усуллари маълумотига асосланиб диагноз қуйилади



Эътиборларингиз учун раҳмат!

Мавзу 2

Ҳурак қон-томир касаллиги билан беморларни текшириш усуллари. Со'раб-сурishtirish, ko'zdan kechirish. Ҳурак соҳасини palpasiya va perkussiya qilish. Ҳурак auskultasiyasi me'yorida va patologikholatda. Ҳурак tovushlari. Ҳурак shovqinlari. Elektrokardiografiya va fonokardiografiya haqida tushuncha. EXOKG.

1. Ма`руза машг`улот texnologiyasining o`qitish moduli.

| | |
|--------------------------|--|
| Машг`улот вақти – 2 соат | Студентлар сони: 20 дан 80 гача |
| Машг`улот формаси | Ма`руза ахборот машг`улоти |
| Ма`руза машг`улот режаси | 1. Ҳурак қон-томир касаллиги билан беморларни текшириш усуллари. 2. Со'раб-сурishtirish, ko'zdan kechirish. |

| | |
|-----------------------------|---|
| | 3. Yurak sohasini palpasiya va perkusiya qilish |
| Ma`ruza mashg`ulot maqsadi: | Talabalarga yurak qon-tomir kasalligi bilan bemorlarni tekshirish usullarini o`rgatish. |
| O`qitish uslubi | Ma`ruza suhbat |
| O`qitish formasi | Yirik, guruhli. |
| O`qitish jihozlari | O`quv qo`llanma, ma`ruza mashg`ulotlar mundariyasi, proektor, kompyuter. |
| O`qitish holati | Metodik jihozlangan auditoriya. |
| Monitoring va baholash | Og`zaki kontrol: savol-javob. |

1.2 Ma`ruza mashg`uloti texnologik kartasi

| Ish bosqichlari va vaqti. | Ta'lim beruvchi | Ta'lim oluvchilar |
|--------------------------------|--|---|
| Tayyorgarlik bosqichi | 1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot slaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | |
| 1. Mavzuga kirish (15 daqiqa) | 1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi 2. Mavzu bo'yicha savollar beradi. | Tinglaydilar Talabalar berilgan savollarga javob beradilar |
| 2 – asosiy bosqich (65 daqiqa) | 1. Mavzuni tushuntirib beradi, slaydalar namoyish qilish 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi | Tinglaydilar Tinglaydilar |
| 1-yakuniy bosqich (10 daqiqa) | 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi | Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi |

Qisqacha bayoni

So`rab-surishtirish. Asosiy shikoyatlari, ularni patogenezi. Yurak sohasida og`riq, og`riq hosil bo`lish mexanizmi, lokalizatsiyasi, tabiati, davomiyligi, irradiyasi, intensivligi tarqalishi, kechasidagi hansirash, og`riq kamayishi, yo`qolishi, paydo bo`lish mexanizmi, intensivligi. Yurak astmasi. Yurak urishi: doimiyliigi, xurujliligi, intensivligi, davomiyligi, hayajonga, zo`riqishga, holat o`zgarishiga, ovqatga bog`liqligi. Yurak sohasida noxushlik sezish, tanani turli joylarida pulsatsiya sezish. Yo`tal, qon tufdash xarakteri, paydo bo`lish mexanizmi, diagnostic ahamiyati. Ko`zdan kechirish. Tana tuzilishi. Es hushi holati. Teri rangi, qizarishi, oqarishi, ko`karishi. Yurak sianozini o`pka sianozidan farqi. Yurak shishini paydo bo`lish mexanizmi, lokalizatsiyasi, diagnostic ahamiyati, buyrak shishlaridan farqi. Yurak sohasini periferik tomirlarni ko`zdan kechirish. Yurak sohasini palpatsiya qilish. Yurak perkussiyasi texnikasi va qoidasi. Yurak nisbiy bo`g`iqlik chegarasini va tomirlar tutamini aniqlash usuli. Yurak belini aniqlash. Yurak nisbiy bo`g`iqlik chegarasi. Patologiyada yurak bo`g`iqlik chegaralarining o`zgarishi: nafas organlari va yurak, qon-tomir kasalliklarida, tana holati o`zgarganda.

Тема
№6

Юрак кон – томир касалликлари билан беморларни текшириш усуллари. Сураб – суриштириш, куздан кечириш, ярак сохаси пальпацияси ва перкуссияси.

Юрак – кон томири (ЮКТ) беморларини клиник текшириш схемаси

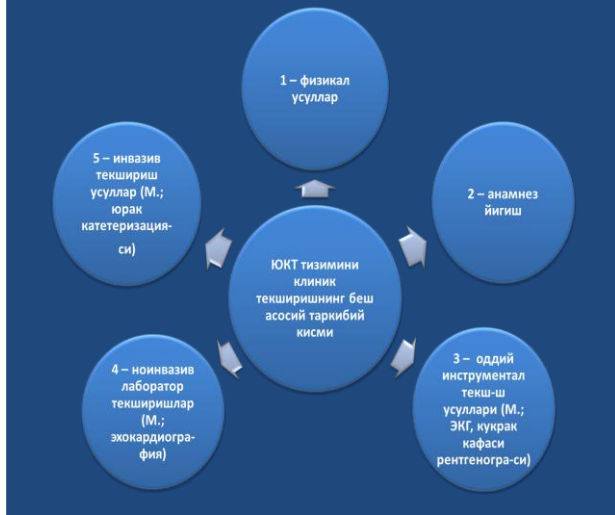
IV. Инструментал усуллар




I. Субъектив текшириш усуллари: сураб сур-ш (interrogatio) - а)шикоятлар – асосий ва қушимча, б) anamnesis morbi, в) anamnesis vitae

III. Клиник – лаборатор усуллар

II. Объектив усуллар: а) куздан кечириш (Inspectio) умумий ва маҳаллий, б) пальпация, в) перкуссия, г) аускультация



ЮКТ беморларининг асосий шикоятлари:



1. Оғрик а) ишемик б) кардиальгиялар (ишемик оғриқдан бошқа турлари)

2. АКБ узгаришлари (анамнезга мувофиқ)

3. Хансираш

4. Шишлар

5. Никтурия

6. Йутал ва кон тупириш

7. Юрак тепиши ва тухтаб уриши

8. Хушдан кетиш холлари

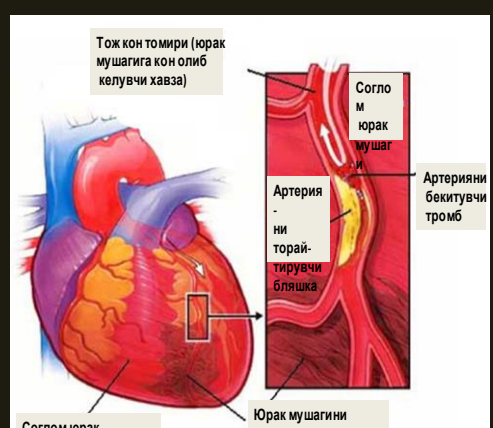
9. Тез чарчаш

10. Унг ковурга ейи сохасида оғрик ва оғирлик хиссиети



Ангиноз оғрик (АО) сабаблари:

- 1 – коронароген (коронаросклероз, тромбоз, тож кон томирлари эмболияси, коронарит, коронарспазм);
- 2 – нокоронароген (анемиялар, аортал нуксонлар, энзимопатиялар – цитохром 450 ферменти тизимида);



Тож кон томири (юрак мушагага кон олиб келувчи хавза)

Соглом юрак мушаклари

Юрак мушагини некрозга учраган қисми

Артерияни торайтирувчи бляшка

Артерияни бекитувчи тромб

Давомийлигига қараб АОБулинади:

- 1 – стенокардияга хос (давомийлиги 15 минутга қадар)
- 2 – инфарктга хос (давомийлиги 15 минутдан ортиқ: соатлаб, сутка)



Расм 1 Ангиноз оғрик: стенокардияда (А) ва миокард инфарктида (Б);

ЮКТ хасталиклариди хансираш инспиратор характерга эга булиб, куйидаги : енгил (I), урта (II) ва оғир (III) даражаларга булинади ва одат тусига кириб колган (I), енгил (II) жисмоний зуриқишларни бажаретганда ва тинч холатда (III) кузатилади.



Шишлар (oedema) юрак етишмовчилиги билан асоратланган хасталигини муҳим аломати булиб ҳисобланади ҳамда а) локал (регионал) ва б) генерализациялашган (таркок) турларга бўли



Расм 2 Локал (А) ва таркок (Б) шишлар



ЮКТ беморларини умумий куздан кечиришнинг узига хос хусусиятлари:



Ортопноэ – мажбурий утириш еки бош остини баланд қилган ҳолда етиш



Цианоз: тери, бармоқлар, бурун қирраси, лаблар, кулоқларни қуқимтир тус олиши



Липидлар алмаш-ви бузил. туфайли оч-сарик тусли холестерин тугунчалари - ксантелазмалар қовоқ териларида пайдо бўлади



Оеклар (энг аввало болдир ва товонларни) шиши – қатта қон айланиш доирасида қон димланишига хос аломат



Тана терисида, оек ва кул бармоқларининг ташқи юзларида сарик қаттиқ тузилмалар – ксантомалар пайдо бўлади



Кул ва оек бармоқлари барабан таекчаларига ўхшаб қолиши – тугма қуқ нуқсонларда ва инфекцион эндокардитларда учрайди

Келиб чиқишига қараб цианоз бўлинади:



Расм 3 Марказий цианоз

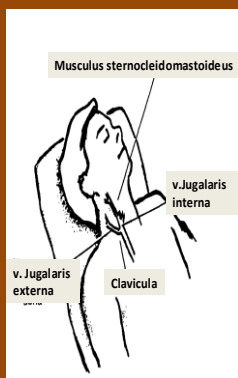
1. Марказий цианоз – а) нафас етишмовчилиги ; б) артериал ва веноз қонни аралашуви туфайли юзага келадиган артериал қон гипоксияси сабабли
2. Периферик цианоз – а) қон айланишини етишмовчилиги; б) қон айланишини маҳаллий бузилиши туфайли қон ҳаракатини сусайиши ва туқималарни қерагидан ортик кислородни истеъмол қилиши

Умумий куздан кечиришнинг диккатта сазовор холатлари:



«Для решения многих клинических задач следует проводить анализ яремного венозного пульса по давлению и формы, ибо трудно найти более информативный физикальный признак»
(Поль Вуд. Болезни сердца и системы кровообращения. Филадельфия, Дж. Б. Липпикотт, 1956г)

Расм 4 Веноз пульсинг
анатомик ориентирлари



Веноз ва артериал
пульсинг визуал фарки

Веноз PS:

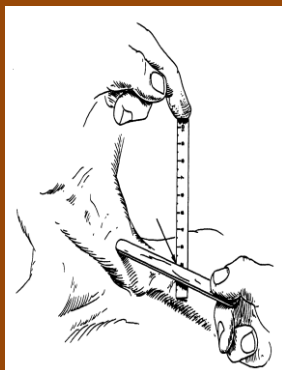
- а) пульс тулкини ичкарига йуналган
- б) бир циклда иккита чулки
- в) корин босилганда узгаради
- г) баъзан кулокка (мочки) таркалади

Артериал PS:

- а) пульс тулкини ташкарига йуналган
- б) бир циклда бирта чекки
- в) корин босилганда узгармайди
- г) кулокка (мочки) таркалмайди

Марказий веноз босимни улчаш техникаси

1. Ички буйинтурук венаси (ИБВ) ва унинг пульсацияси яққол кузга ташланиши учун беморга дастлаб ушбу учун хос холат таклиф этилади (Расм 5)
2. ИБВ пульсациясининг энг баланд нуқтаси аниқланади. Ушбу, одатан нафас олиш актида намоён булади
3. Тушдаги – Луи бурчаги топилиши лозим (тушнинг дастаси ва танаси бириккан жойда)
4. Луи бурчаги ва ИБВ пульсациясининг чуққиси орасидаги масофа см. вертикал холатда улчанилади. Ушбу масофа буйинтурук венасидаги



Расм 5 Марказий веноз босимни улчаш

ЮКТ беморларини маҳаллий куздан



ЮКТ физиологияси ва патологиясига хос пальпатор феноменлар

↑
Физиологияда:



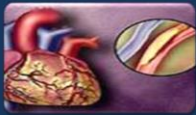
1. Чўққи зарби (одатан уни пациентларнинг 1/3 аниқлаш душвор)
2. PSни аниқлаш

1. Чўққи зарби
2. Юрак зарби
3. «Мушук хириллаши»
4. Эпигастрал пульсация
5. «Икки тўқмоқча» симптоми

↓
Патологияда:

«Пальпаторная оценка сердечного толчка остается важной частью следования сердца даже в наш электронный век» (Сальваторе Манджон)

Чўққи зарбининг (ЧЗ) нормал хусусиятлари:



1. Кенглиги – кукрак кафасининг ЧЗ ларзага келирадиган майдони (N=1-2см)



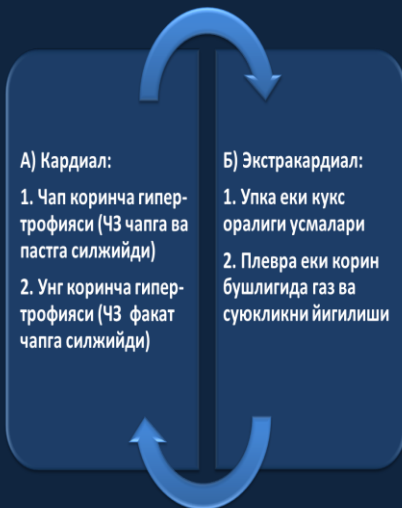
2. Баландлиги – кукрак кафасининг ЧЗ юзага келтирадиган тебраниши



3. Кучи (резистентлиги) – ЧЗ нинг пайпасловчи бармоқларга курсатган босими

В вышедшей в 1628 году «De Motu Cordis» Гарвей писал «Сердце восстает и поднимается вверх к некой точке так, что в этот момент ударяет изнутри по

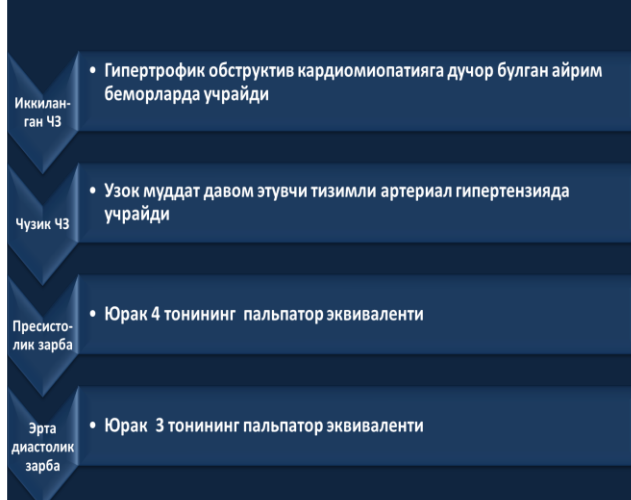
ЧЗ нинг силжиш сабаблари



Юрак соҳасидаги патологик пульсациялар:



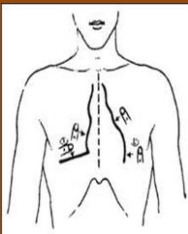
Патологик пульсациялар:





Юрак перкуссияси

Расм 6 Юрак бусага перкуссияси Плещь-Гольдшайер усулида



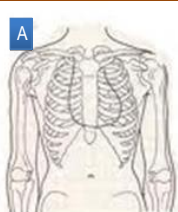
Расм 7 Юрак тумтоклигини перкуссиясида

Тугри бажарилган перкуссия (П) ханузгача уз клиник ахамиятини йукотмаган. Амалда юрак соҳаси П. орган чегараларини 1 см хато билан аниқлашга имкон беради. Аммо, П. усулини мохирона эгаллашдаги душворлик ва кукрак кафаси органларини рентгеноскопияси имконияти тулаконли эканлигини инobatта олиб, эътироф этиш мумкинки, юрак П. каби физикал усул урнини секинлик билан техник воситалар эгаллай бошлади.

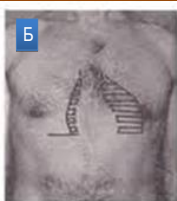
Перкуссия техникаси ва юракнинг кукрак кафаси олдинги деворидаги конфигурацияси



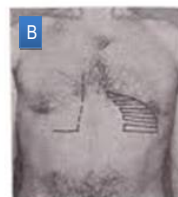
Перкуссия техникаси



А



Б

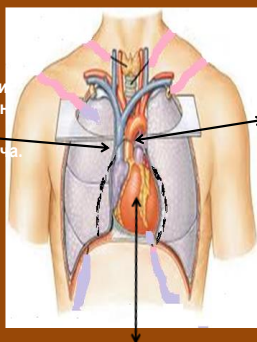


В

Расм 8. Нормал (А), митрал (Б) ва аортал (В) юрак конфигурациялари

Юрак нисбий тумтоклиги контурлари:

Унг контури ташкил топган: (юқоридан иккинчи ковурга оралигидан бошлаб) юқоридан – юқори кавак венаси ва пастдан – унг булмача.



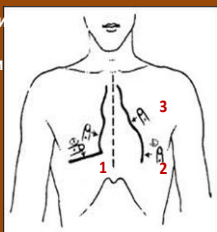
Чап контури ташкил топган: аорта равоги – пастдан упка артерияси чап булмача кулоги ва қисман чап қоринчадан.

Юракнинг олдинги юзасини абсолют тумтоклик соҳасида унг қоринча ташкил этади

Юрак нисбий тумтоклик (хақиқий) чегаралари нормада:

Юқори (3) чегараси – III ковурганинг пастки қирраси соҳасига еки учинчи ковурга оралигига туғри келади

Унг (1) чегараси – тўртинчи ковурга оралигида туш суягининг унг қирраси еки ундан қуви билан 1см унгрқда



Чап (2) чегараси – бешинчи ковурга оралигида Linea medioclavicularis sinistra дан 1см ичкарида жойлашган

Расм 9. Юрак тумтоклик соҳасини аниқлаш методикаси

Юрак абсолют тумтоклик чегаралари нормада:

Юкори (3) чегараси – чап томонда туртинчи ковурга оралигида жойлашган

Унг (1) чегараси – туртинчи ковурга оралигида туш суягининг чап кирраси сохасига турги келади

Чап (2) чегараси – юрак нисбий тумтоклигининг чап чегарасидан 1-2 см ичкарида жойлашган

Тот, кто знает других - мудр. Тот, кто знает себя - просветленный (Лао Цзы).

Этиборингиз

учун

рахмат!

Mavzu 3

Hazm tizimi kasalliklari. Gastritlar. Me`da va 12 barmoqli ichak yara kasalliklari diagnostikasi. Jigar va o`t yo`llari kasalliklari. Surunkali gepatitlar. Jigar tsirrozi.Surunkali xoletsistit va pankreatitlar.

1. Ma`ruza mashg`ulot texnologiyasining o`qitish moduli.

| | |
|-----------------------------|--|
| Mashg`ulot vaqti – 2 soat | Studentlar soni: 20 dan 80 gacha |
| Mashg`ulot formasi | Ma`ruza axborot mashg`uloti |
| Ma`ruza mashg`ulot rejasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Me`da-ichak yo`llari bilan kasallangan bemorlarni tekshirish: 2. so`rab-surishtirish, ko`zdan kechirish, paypaslash. 3. Me`da-ichak organlarida laborator-instrumental usullari haqida tushuncha. 4. Me`da-ichak kasalliklaridagi asosiy sindromlar. 5. O`tkir va surunkali gastrit simptomatologiyasi. |
| Ma`ruza mashg`ulot maqsadi: | Talabalarga me`da-ichak yo`llari bilan kasallangan bemorlarni tekshirishni o`rgatish. |

| | |
|------------------------|--|
| O'qitish uslubi | Ma`ruza suhbat |
| O'qitish formasi | Yirik, guruhli. |
| O'qitish jihozlari | O'quv qo'llanma, ma`ruza mashg'ulotlar mundariyasi, proektor, kompyuter. |
| O'qitish holati | Metodik jihozlangan auditoriya. |
| Monitoring va baholash | Og'zaki kontrol: savol-javob. |

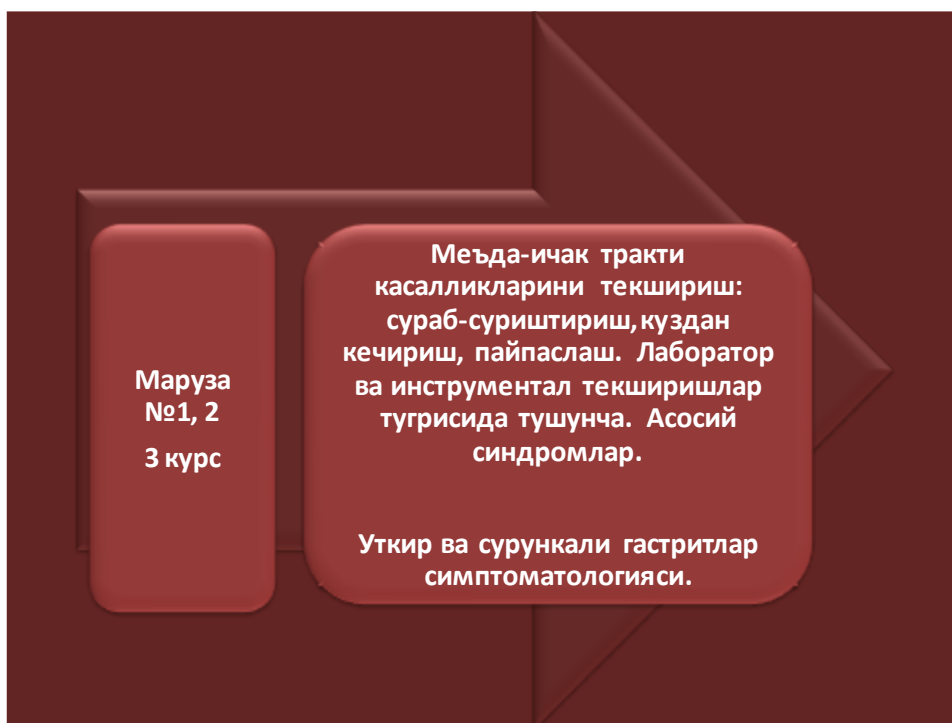
1.2 Ma`ruza mashg'uloti texnologik kartasi

| Ish bosqichlari va vaqti. | Ta'lim beruvchi | Ta'lim oluvchilar |
|--------------------------------|--|---|
| Tayyorgarlik bosqichi | 1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot slaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | |
| 1. Mavzuga kirish (15 daqiqa) | 1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi 2. Mavzu bo'yicha savollar beradi. | Tinglaydilar Talabalar berilgan savollarga javob beradilar |
| 2 – asosiy bosqich (65 daqiqa) | 1. Mavzuni tushuntirib beradi, slaydalar namoyish qilish 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi | Tinglaydilar Tinglaydilar |
| 1-yakuniy bosqich (10 daqiqa) | 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi | Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi |

Qisqacha bayoni

Me`da-ichak yo'llari kasalliklarini tekshirish. So`rab-surishtirish. Ko`zdan kechirish. Qorinni paypaslash. Shikoyatlari: og`riq hosil bo`lish mexanizmining joylashishi, tarqalishi, sutka davomida paydo bo`lish vaqti, davomiyligi, qusish vujudga kelish mexanizmi. Nahorda yoki ovqatdan so`ng qon aralashmi yoki yo`q. Ko`ngil aynishi, hosil bo`lish mexanizmi, kekirish, jig`ildon qaynashi, ularning tez-tez bo`lib turishi, paydo bo`lish sharoiti. Ishtahasi, ishtaha bo`lmasligi. Ovqatdan ijirg`anish. Og`izning qurib qolishi, achchiqlik sezish, yutish erkinmi, qiyinmi, qorin oldingi va yon devorlarida kollaterallar bo`lishi, chandiqlar. Mo`ljalli yuzaki paypaslash usuli. V.L.Obraztsov va N.D.Strajesko bo'yicha chuqur metodik, sirpanchiq paypaslash usuli. Ichakni tartib bilan paypaslash.

Maruza matnlari multimediyalari



Мавзунинг долзарблиги

МЕДА ИЧАК ТРАКТИ ВА ЖИГАР КАСАЛЛИКЛАРИ ЖУДА КУП ТАРКАЛГАН КАСАЛЛИКЛАР ГРУХИГА КИРАДИ ГАСТРИТ БИЛАН ДЕЯРЛИ БАРЧА КАСАЛЛАНАДИ 50-90% ЕР КУРРАСИНИНГ ТАХМИНАН 5% АХОЛИСИ (350 МЛН КИШИ)–НВУ СУРУНКАЛИ ТАШИБ ЮРУВЧИСИДИР ЖИГАР КАСАЛЛИКЛАРИ ОГИР КЕЧАДИ БАЗАНДА НОГИРОНЛИККА ХАМ ОЛИБ КЕЛАДИ ЖИЛБЕР СИНДРОМИ АХОЛИ ОРАСИДА 10% ГАЧА УЧРАЙДИ 10–15% АХОЛИДА УТ ТОШ КАСАЛЛИГИ УЧРАЙДИ БОЛАЛАР ОРАСИДА 5% ВА УНДАН КАМРОК УЧРАЙДИ УТ ТОШЛАРИ АЕЛЛАРДА ЭРКАКЛАРГА НИСБАТАН 2–3 МАРТА КУПРОК УЧРАЙДИ ЁШ УЛГАЙГАН САРИ УТ ТОШЛАРИНИ ХОСИЛ БУЛИШ ЭХТИМОЛИ ОШИБ БОРАДИ

Режа:

**ХАЗМ ТИЗИМИ КАСАЛЛИКЛАРИ ТУГРИСИДА
ТУШУНЧА;**

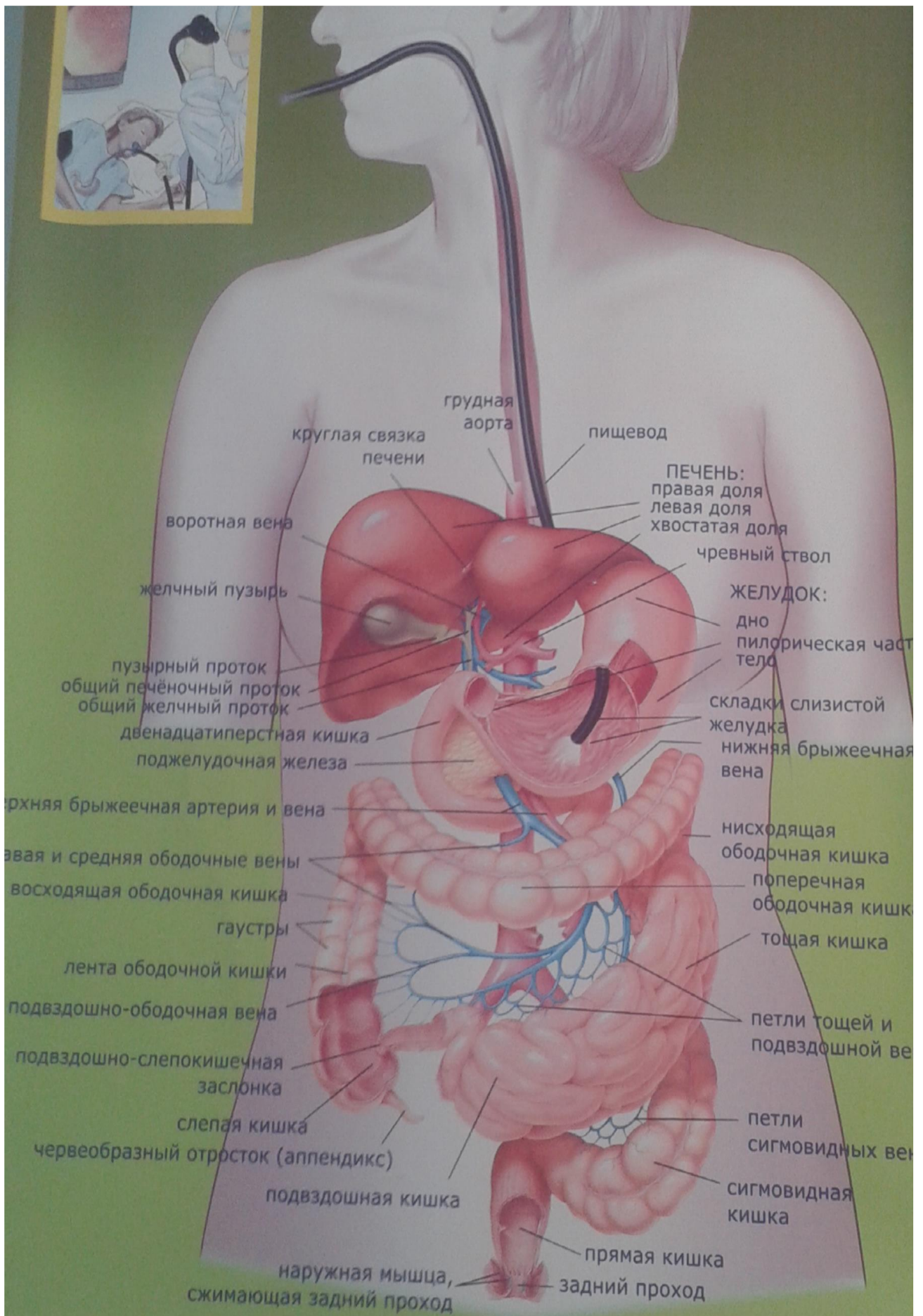
**ХАЗМ ТИЗИМИ КАСАЛЛИКЛАРИ БИЛАН
КАСАЛЛАНГАНЛАРНИ ТЕКШИРИШ СХЕМАСИ;**

СУБЪЕКТИВ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ;

ОБЪЕКТИВ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ;

**ИНСТРУМЕНТАЛ ВА ЛАБОРАТОР ТЕКШИРИШ
УСУЛЛАРИ;**

ГАСТРИТЛАР ТУГРИСИДА ТУШУНЧА;





Физик текшириш усуллари

К хасталиклариди физик текшириш усуллари имконияти кескин чегараланган, факатгина куздан кечириш бундан истисно.



1- куздан кечириш: талай диккатга сазовор аломатлар аникланади – орикляш, хаттоки кахексия (К ракида ва ахалазиясида (нарушения расслабления сфинктера), терини куриши, оқаруви (К ракида)

2 – пальпация (информацияси паст ва шунинг учун кулланилмайди)

Физик усуллар:

3 – перкуссия (бу ҳам паст информацияли)

4 – аускультация (тушунарли сабабларга кура кулланилмайди)

Инструментал текшириш усуллари



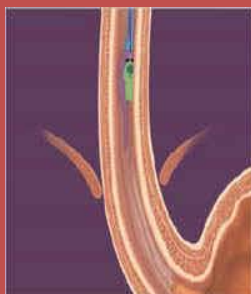
| Ko'rinishlari | Metodning imkoniyatlari |
|--|--|
| Sutkalik ph-ko'rsatkichi | Ph ko'rsatkichining 4 dan kichik 7dan katta ko'rsatkichini hamda davomiyligini aniqlaydi. Shuningdek uning subyektiv simptomlar bilan bog'lanishini aniqlaydi. (Ovqat qabul qilish, tananing holati, dozi qabul qilish, chekish) preparatlarning qo'llanilish effektivligini nazorat qilish va individual terapiya imkoniyatlarini beradi. |
| 48 soatlik (zondsiz) ph ko'rsatkichini "Bravo" radiokapsulasi yordamida aniqlash | Bemorda ortiqcha noqulayliklarni keltirib chiqarmasdan qizilo'ngachdagi muhit ph ko'rsatkichini zondsiz 48 soat davomida aniqlash imkoniyatini beradi. |
| Qizilo'ngachni rentgenologik tekshirish | Qizilo'ngach strukturasi, yaralari, eroziyasi, diafragma qizilo'ngach tirqishi churrasini aniqlaydi. |
| Qizilo'ngachni endoskopik tekshirish | Qizilo'ngach yallig'lanishining, eroziyasining, yaralarning, strukturasi, Berret qizilo'ngachi o'zgarishlarini aniqlaydi. |
| Impedansometriya (qizilo'ngachning ikki faol nuqtasi orasidagi potentsiallar farqi o'lchanadi) | Qizilo'ngach klirensi, qizilo'ngach devorlarining peristaltik harakat aktivligini aniqlash imkonini beradi. |
| Qizilo'ngach sfinkterlarini monometrik tekshirish | Qizilo'ngach sfinkterlari tonusi o'zgarishini aniqlaydi. DeMeestr bo'yicha norma: Bazal bosim NPS=14,3-34,5mm.sim.ust. NPSning umumiy uzunligi 4 smdan kam emas NPSning abdominal sohasining uzunligi 2 smdan kam emas. |

«Браво» радиокapsulasi ердамида 48 соатлик рН-метрия

АКШ Medtronic фирмаси томонидан 2003 й. дан бошлаб ишлаб чиқарилаётган «Браво» (англ. Bravo™) рН-радио капсуласи эркин силжийдиган имкониятга эга эмас. Махсус мослама ердамида у К эпителийсига урнатилади, одатан К. куйи сфинктеридан чамаси 5см юкорида ва бир неча сутка давомида (одатан 48 соат)К шиллик кавтидаги рН мухити тугрисида беморнинг киссасида еки гавдасининг бирор бир кисмида урнатилган приемникка узлуксиз ахборот бериб туради. Сунгра олинган ахборот компьютерга ташланади ва шу йусинда тахлил килинади. Вази фасини адо этган капсула бир неча суткадан кейин эпителийдан ажралади ва на ажас билан биргаликда ташкарига чиқади.



Расм № Радиокapsула иш жараени

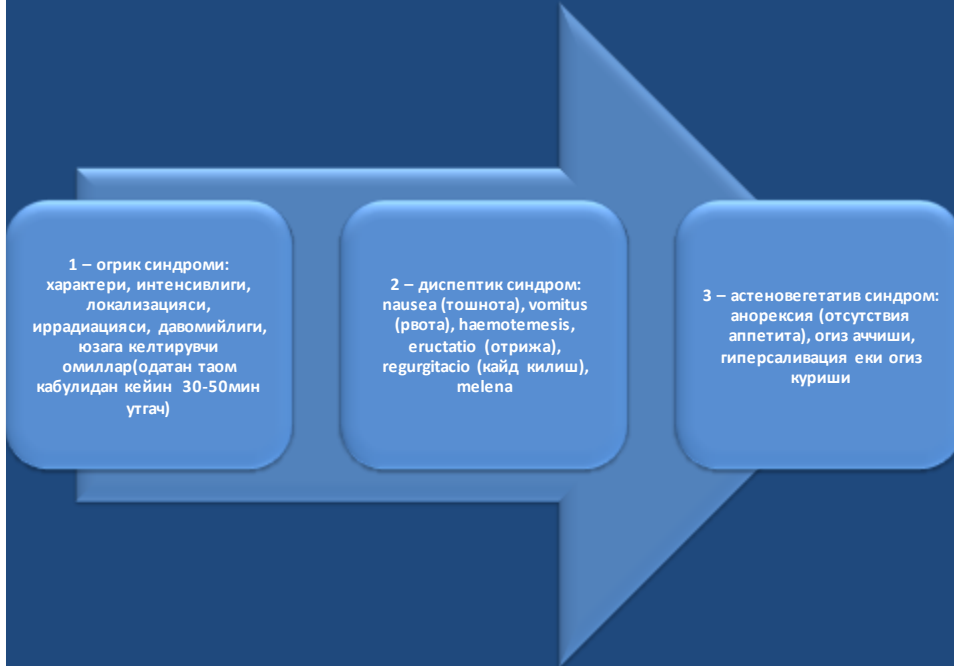


Расм № Радиокapsуланинг урнатилиши



Расм № Радиокapsула приемникги

Ошқозон (О) ва 12 б.и. беморларнинг асосий шикоятлари



Қунғил айнаш ва қусишнинг асосий сабаблари



О ва 12 б.и. хасталиклардаги асосий синдромлар

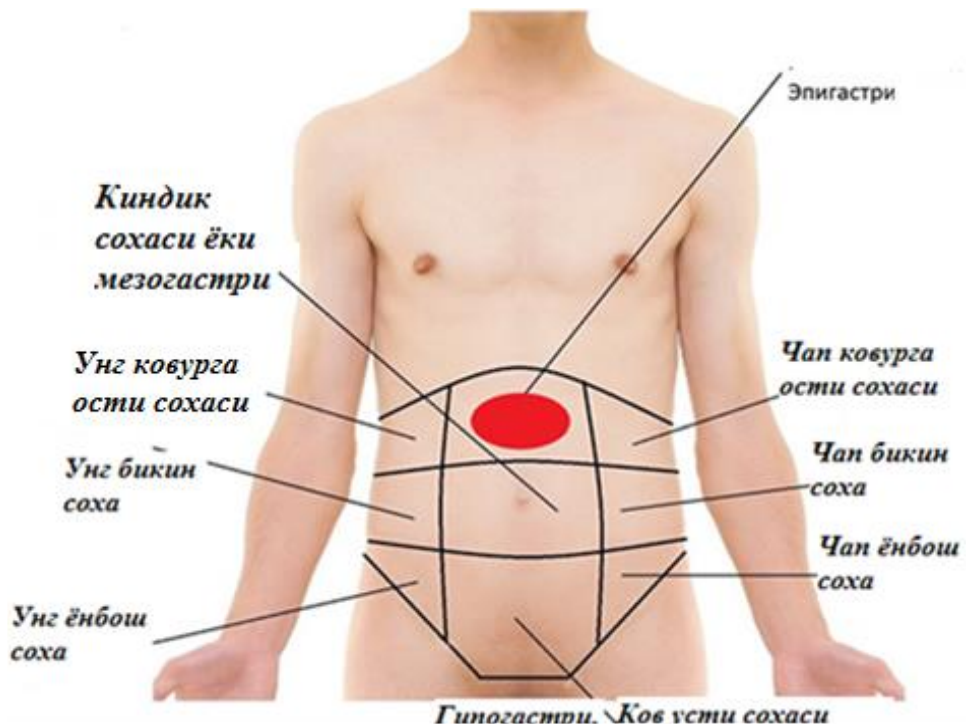


ОИТ кон окишиниг асосий сабаблари:

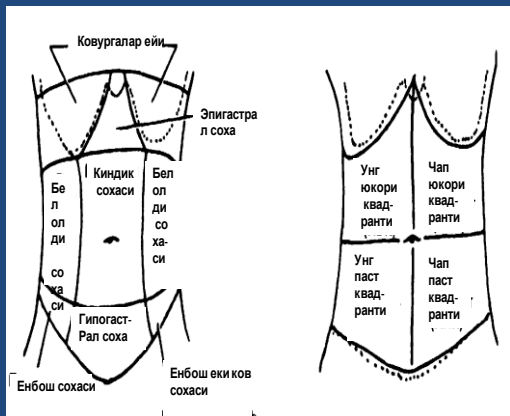
| Сабаблар | Частотаси (в %) |
|-----------------------|-----------------|
| О яраси | 30 |
| 12 б.и. яраси | 21 |
| Гастрит ва эрозиялар | 9 |
| Эзофагит еки К яраси | 8 |
| Дуоденит | 4 |
| Варикоз веналар | 3 |
| Усмалар | 2 |
| Мэллори-Вейс синдроми | 1 |
| Бошқалар | 22 |

(О. Эпштейн., Г.Д. Перкин., Д.П. де Боно., Дж. Куксон, 2001г)

PS. Айни пайтда гастродуоденал кон кетишларнинг 50% ортиги НЯКВ (НПВС) кабули билан уйгушлашган гастродуоденопатиялар хиссасига тугри келади.



Кориннинг топографик зоналари(сегментлари)



PS. Топографик соҳалар оғрикнинг локализацияси ва иррадиациясини идентификация қилиш учун муҳимдир

Эпигастрал огрик хусусиятлари

Эпигастрал сохада огрик куйдаги хасталикларда локализацияланиши му



«Эпигастрал соха огриклар узаро учрашадиган жойдир».

О ва 12 б.и. физик текшириш усуллари



«Комбинацион» усуллар:

1 – аускультоаффрикацион: Эпигастр соҳасига фонендоскоп раструби куйилади. Эрчи кул бармоқлари ерда мида корин олдинги девори буйлаб, ип. mediana anterior проекциясида ханжарсимон усимтада киндикка кадар сирпанувчи харакат амалга оширилади. О куйи чегараси одатан сирпанувчи товуш сусайган нуктада жойлашади.

2 – аускультатив перкуссия Эрчи комбинацион усул амалга оширилаётган пайтда текширувчи бармоқлари тери буйлаб сирпанурилмаиди, балки өнгил тукиллашиб урилади.

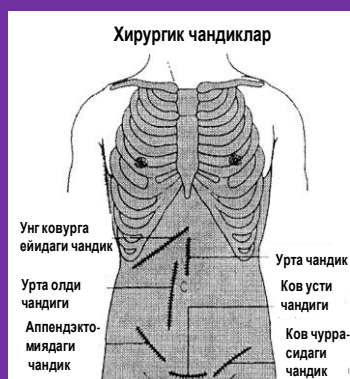
Коринни куздан кечирини жараенидаги узига хос холатлар

Врач коринни кузатиш жараенида беморнинг унг томонидан урин олиши шарт. Шаклини еки кузга илинадиган перистальтикани бахолаш пайтда врач коринга томондан назар солиш максасида утириши еки эгилиши мумкин. Аини пайтда э бериши лозим:

| Диккатга сазовор элементлар | Куйидаги хасталикларда учрайди: |
|---|--|
| Терида: чандиклар, чизиклар (striae) | Пушти ранг чизиклар – Кушинг синдромида |
| Тери ости веналарининг кенгайиши | Циррозларда еки v. cava inferior обструкциясида |
| Киндик ва унинг шакллари | Буртиб чикиши (асцит, усмаларда), пушти ранга буялиши (геморрагик панкреатитда, пастга силжиши (асцитда), юкорига (хомиладорликда, чанок органлари усмасида) |
| Экхимозлар (юмшок тукималарга кон куйилиши) | Киндик атрофида – Куллен симптоми, корин ен деворларида – Грей Тернер симптоми (корин парда ичра еки орти буйлаб тери ости кон окшида) |
| Корин симметрияси | Корин бушлиги усмаларида асимметрия кузатилади |

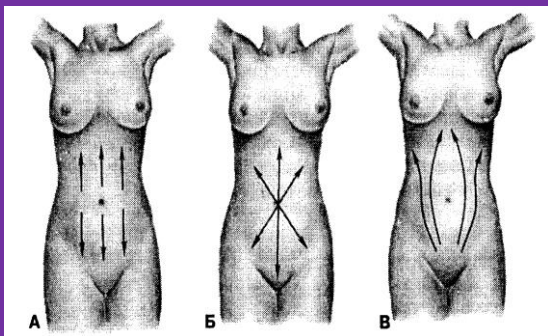
PS. Корин сатхи кузатилаётган пайтда корин олдинги деворини нафас экскурсия иштирокига; тери ости веноз анастомозларга ва операциядан кейинги чанди алоҳида эътибор бериш лозим.

Корин кузатилишидаги узига хос ҳолатлар



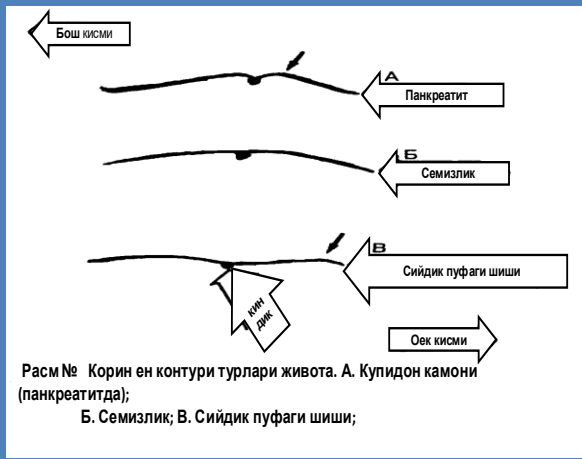
Расм № Корин олд деворида қул учрайдиган хирургик чандиклар

Веноз қон айланишининг учта муҳим қоллатерал тури мавжуд. Улар қуйидаги қон томирлар обструкциясида очилади: 1 – юқори қавак вена (қорин олд девори қисмидаги веноз қон томирлари қенгайди ва қон оқими пастга интилади); 2 – паст қавак вена (қорин ен деворларидаги веноз қон томирлар қенгайди ва қон оқими интилади); 3 – портал веноз тизими (қиндик атрофидаги веналар қенгайди ва қон юқорида жойлашган вена томирларида қон оқими юқорига, пастдагиларида эса қараб интилади);



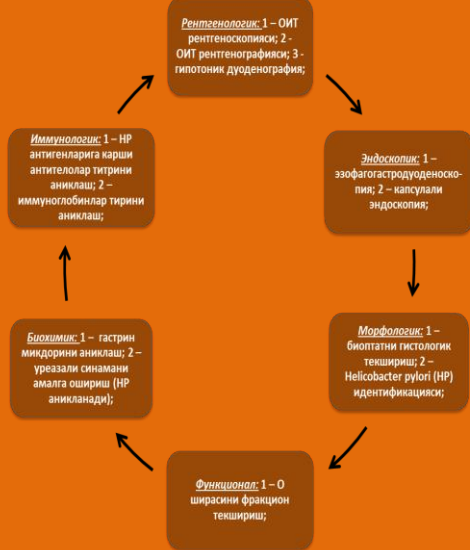
Расм № Қорин олд деворидаги веноз анастомозлар вариантлари. А – норма. Б – портал гипертензияда. В – пастки қавак вена обструкциясида.

Корин ен контури назорати



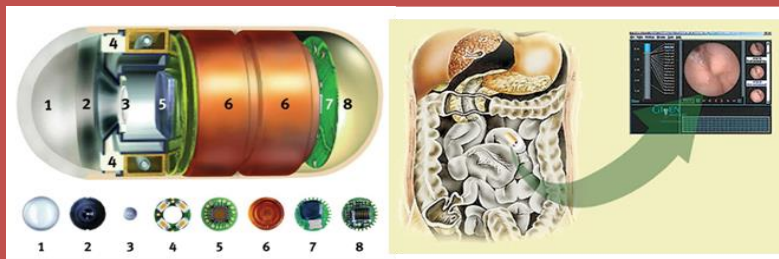
Брюшная полость является «могилой для терапевта» С. Манжони

Кушимча текшириш усуллари:

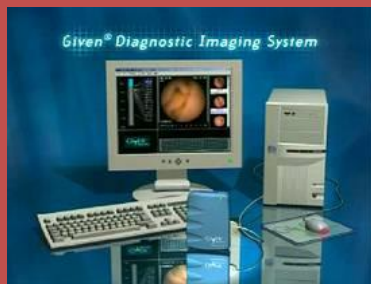


Капсулали эндоскопия

Gavriel Iddan (1981й)



1. Оптик колпак
2. Линза фиксатори
3. Линза
4. Еритгич
5. Камера
6. Батарея
7. Узатгич
8. Антенна



Ичак касалликларида сураб суриштириш – interrogatio



АО детализацияси учун PQRST (IASP тавсиясига мувофик) алгоритми

P – оғрикни енгиллаштирувчи (palliate) еки кучайтирувчи (provoke) омиллар

Q – оғрикни сифатий (qualities) курсаттичлари (куйдурувчи, уткир ва х.о.);

R – оғрик иррадиацияси (radiation);

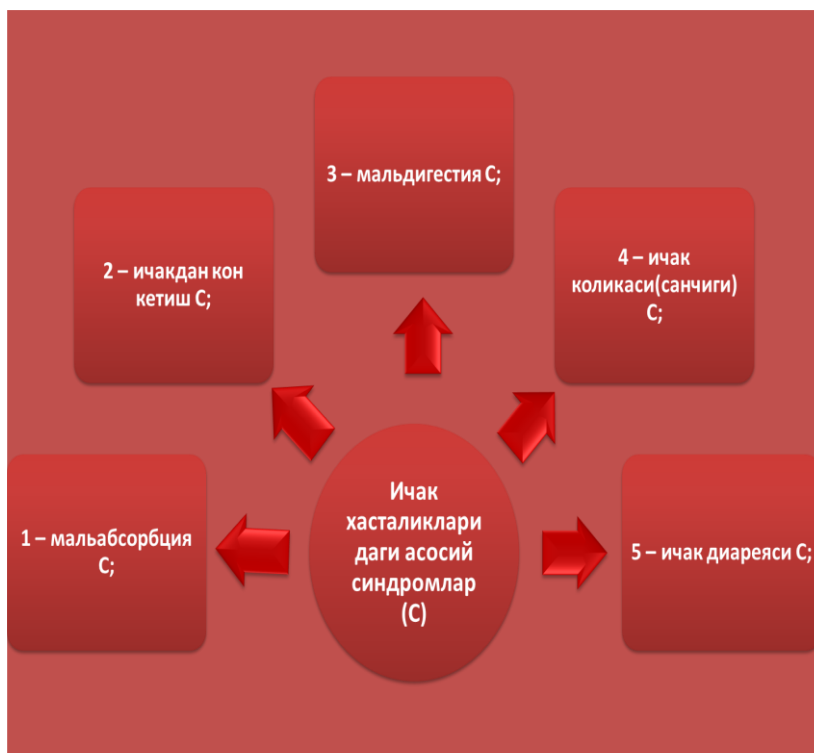
S – оғрик интенсивлиги (severity);

T – вақт курсаттичлари (temporal), оғрик давомийлиги;

АО патогенетик вариантлари

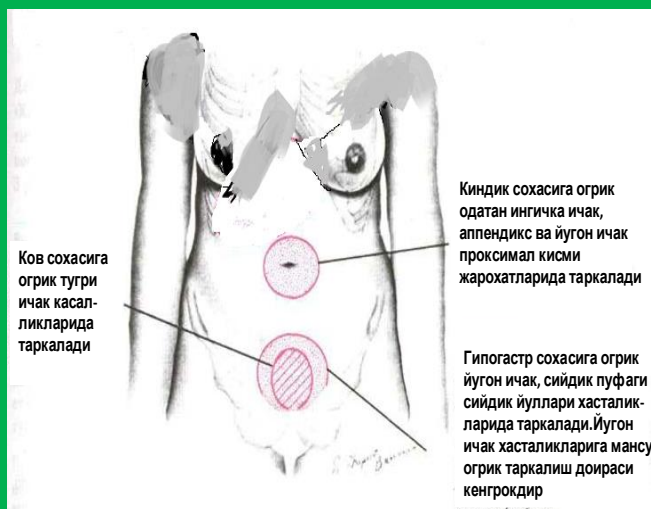
(Н.Б. Губергриц буйича, 2006г)

- висцерал;
- париетал (перитонеал);
- акс этувчи оғриклар (иррадиацион);
- функционал;



Физик текшириш усуллари (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

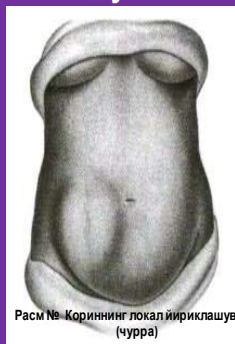
рат давомида корин шаклига(тугри, нотугри, асимметрик) ва улчамларига(ичкарига тортилган еки дуппа кан, умумий еки локал дам), киндик, тери, ва тери ости клеткаси холатиغا эътибор бериш лозим.



Расм № Ичак хасталикларид огрикни таркалиш сохалари

«Проклятый живот, приносящий человеку самые большие страдание» Гомер, Одиссея, XV.344

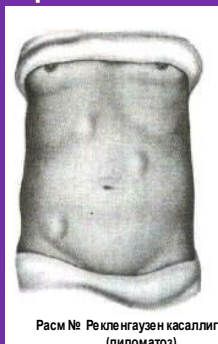
Корин назорати давомида аникланиши мумкин булган тузилмалар



Расм № Кориннинг локал йириклашуви (чурра)



Расм № Киндик чурраси



Расм № Ректегнаузен касаллиги (липоматоз)



Расм № Корин бушлиги усмаси

Пальпация:

Коринни юзаки ва чукур, шунингдек моно- ва бимануал пальпациялари тафовут этилади. Юзаки пал давомиди корин олдинги деворига мутахасис кафти энгил текизилади ва бармоқлар унга 1 см дан о босилмайди. Чукур пальпация юзакига ухшаш, факатгина бармоқлар коринни 1 см дан ортик босиш



Расм № Юзаки пальпация методикаси



Расм № Чукур пальпация методикаси

Пальпация нисбатан бой информацияга эга ва уни бажариш техникаси расм № ларда акс эттири

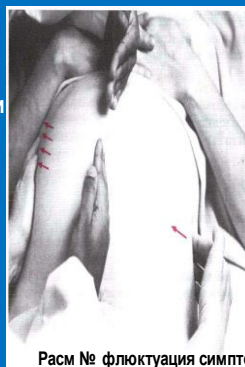
«Пальпируя надо думать и думая надо пальпировать»

Перкуссия ва аускультация

Корин перкуссияси паст информатив. Асцитда тумтоқ, акси метеоризмда тимпаник товуш эшитилади.



Расм № Асцитда перкутор товуш жарагдорлиги



Расм № флюктуация симптом

Аускультация (А) информацион бой. Уни пальпация ва перкуссиядан олдинрок а малга ошириш лозим, чунки улар ичак шовкинлари характерини узгартириш кучига эга.

Фонендоскоп раструбини корин деворига катта куч билан босиш ярамайди. Нормал ичак шовкинлари кулдураш товушини беради. Уларнинг хосил булиш частотаси 1 минутда 5 тадан 34 тани ташкил этади. Перистальтика кучайган пайтда кориндаги ичак шовкинлари баланд ва давомли эшитилади (мисол хаммага маълум ошкозон кулдтраши). Ичак шовкинлари бутун корин буйлаб эшитилади, аммо уларни унг енбош сохада эшитган маъкул. Ичак шовкинлари диареяда. Перитонитда, ичак тутилишида ва паралитик илеусда узгариши мумкин.

PS. Шуни таъкидлаш лозимки, ичак шовкинлари на сезгир, на специфик ва шунинг учун хам ахмият молик диагностик кучга эга эмас.

Аксинча суюклик чайкалиш шовкини етарли информацион кучга эга. У куп микдорда суюклик еки х йигилган пайтда хосил булади. Баланд темирли чайкалиш шовкини ичак тутилиши еки ошкозон дилатациясидан далолат бериши мумкин.

Кушимча текшириш усуллари



Икки баллонли энтероскопия

(Хиронори Ямамато 2004г.)



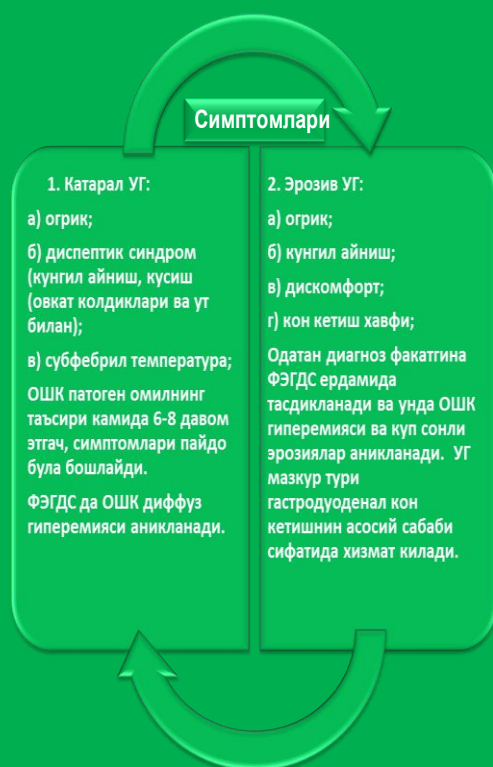
Гастритлар

Гастрит—бу ОШК яллиғлиниши (нисбатан уткир холларда) ҳамда унинг заминида морфологик ва функционал ўзгаришлар, прогрессияловчи атрофик жароенлар (сурункали кечган холларда) юзага келадиган хаста.

Уткир гастрит (УГ)

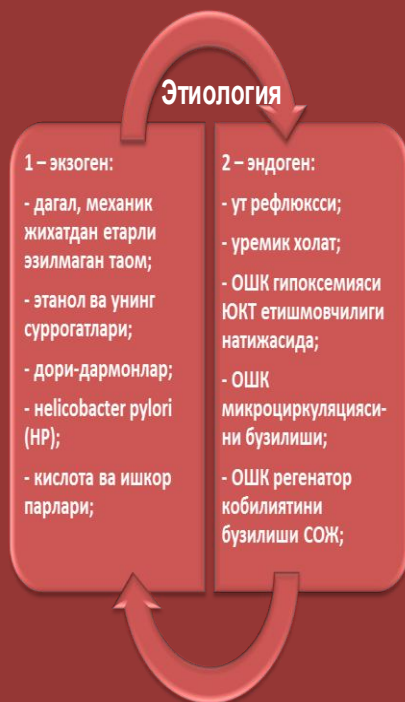


УГ клинко–эндоскопик вариантлари

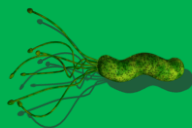


Хроник гастрит (ХГ)

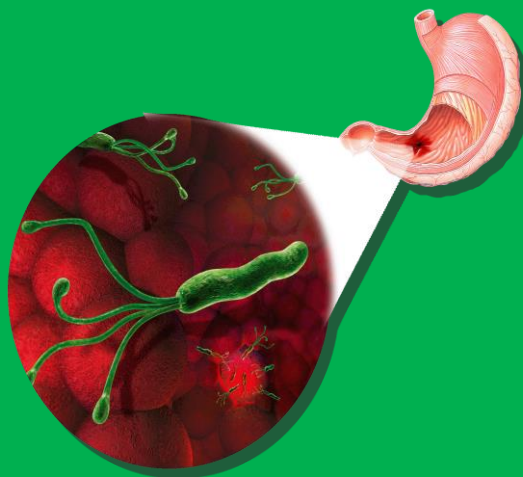
ХГ – бу ОШК диффуз еки сегментар узок муддат давом этувчи яллигланиши булиб, у органнинг мотор-э секретор фаолиятларини бузилиши билан кечади. Катта ешли (18 ешдан катта) ахолининг тахминан 50-9



«Диагноз ХГ является наиболее ошибочным в практике врача» Staedelma

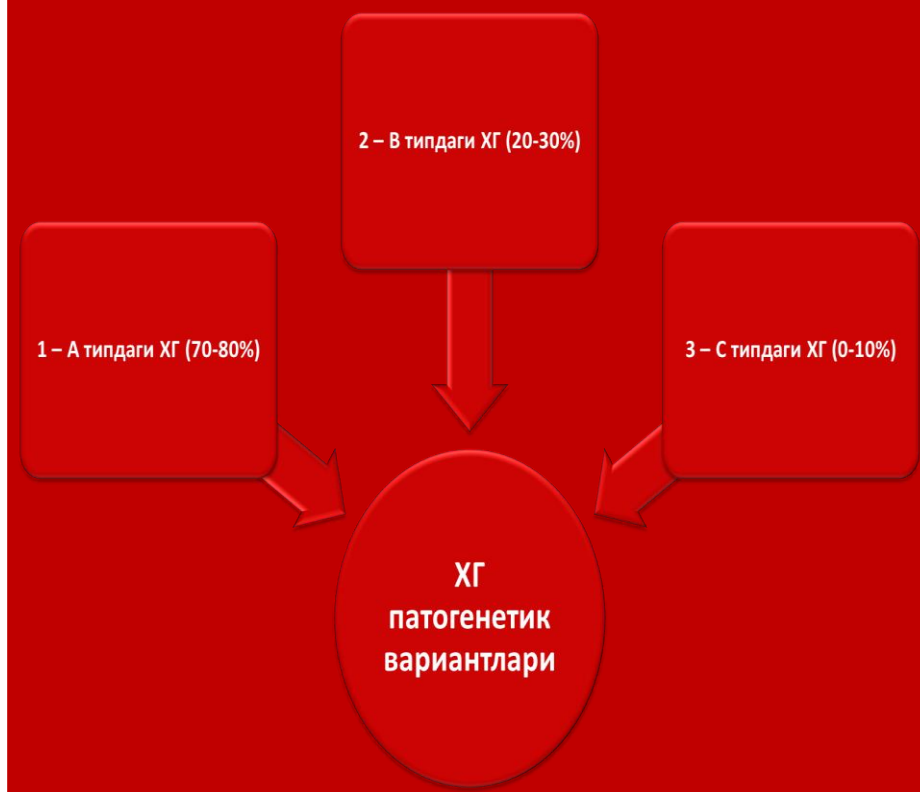


Helicobacter pylori – «XX асрнинг янги чумаси». D.Graham

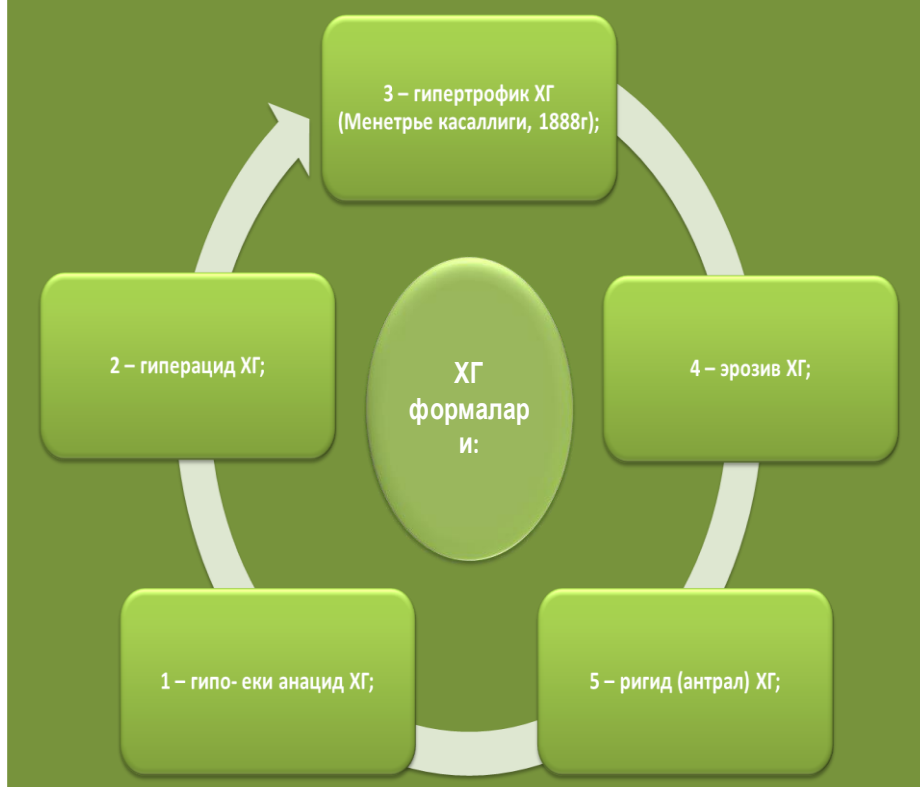


Австралиялик олимлар, Нобел мукофоти лауреатлари В.Marschall ва J.Warren 1983й ХГ хасталанган беморнинг ОШК биринчи марта ейсимон бактериялар – *Helicobacter pylorі*ни (НР), аниклашди.

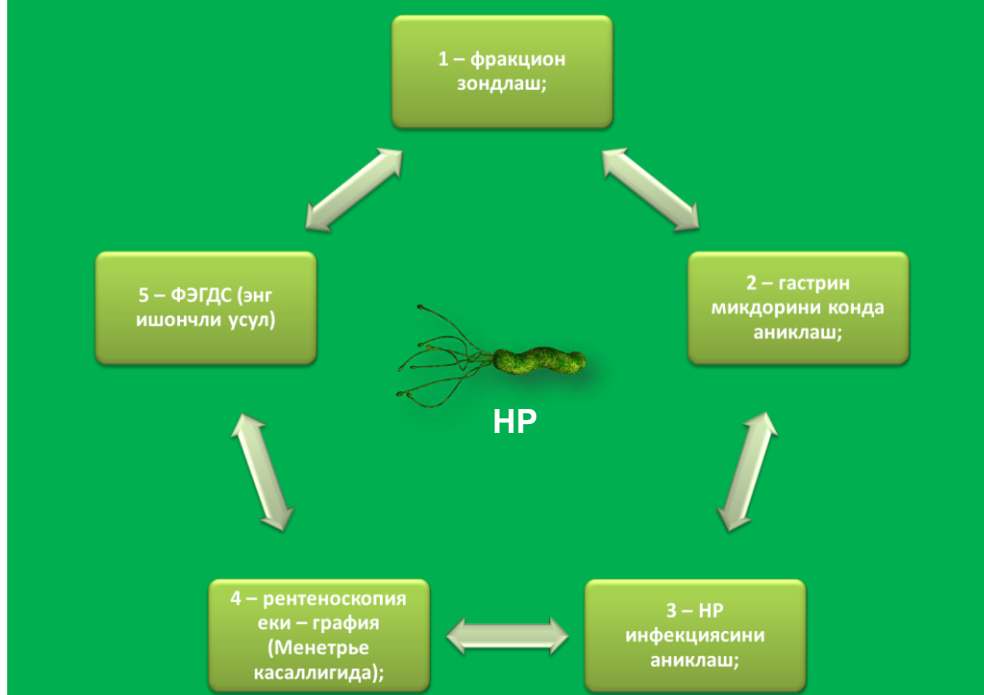
ХГ патогенези



ХГ клиник вариантлари

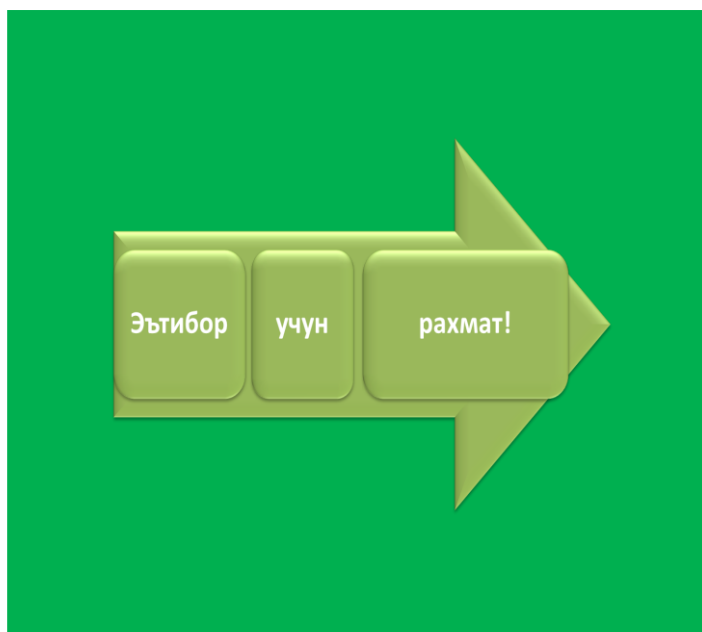


ХГ диагностикасини инструментал усуллари



ХГ муолажасининг асосий принциплари





Mavzu 4. Buyrak va siydik ajratish tizimi. Tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, fizik tekshirish usullari (ko'zdan kechirish, pal`patsiya, perkussiya, laborator-asbobiy –tekshirish usullari). Asosiy klinik sindromlar.

1. Ma`ruza mashg`ulot texnologiyasining o`qitish moduli.

| | |
|-----------------------------|--|
| Mashg`ulot vaqti – 2 soat | Studentlar soni: 20 dan 80 gacha |
| Mashg`ulot formasi | Ma`ruza axborot mashg`uloti |
| Ma`ruza mashg`ulot rejasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Buyrak kasaligi bilan kasalangan bemorlarni so'rab-surishtirish, ko'zdan kechirish, palpasiya, 2. asosiy klinik sindromlar. 3. O'tkir va surunkali pielonefrit, 4. glomerulonefritning simptomatologiyasi. |
| Ma`ruza mashg`ulot maqsadi: | Talabalarga buyrak kasaligi bilan kasalangan bemorlarni so'rab-surishtirish, ko'zdan kechirish, palpasiyani o`rgatish. |
| O`qitish uslubi | Ma`ruza suhbat |
| O`qitish formasi | Yirik, guruhli. |
| O`qitish jihozlari | O`quv qo'llanma, ma`ruza mashg`ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter. |
| O`qitish holati | Metodik jihozlangan auditoriya. |
| Monitoring va baholash | Og`zaki kontrol: savol-javob. |

1.2 Ma`ruza mashg`uloti texnologik kartasi

| Ish bosqichlari va vaqti. | Ta'lim beruvchi | Ta'lim oluvchilar |
|-------------------------------|---|---|
| Tayyorgarlik bosqichi | 1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | |
| 1. Mavzuga kirish (15 daqiqa) | 1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi 2. Mavzu bo'yicha savollar beradi. | Tinglaydilar Talabalar berilgan savollarga javob beradilar |
| 2 – asosiy bosqich (65daqiqa) | 1. Mavzuni tushuntirib beradi, slaydalar namoyish qilish 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi | Tinglaydilar Tinglaydilar |
| 1-yakuniy bosqich (10 daqiqa) | 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi | Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi |

Qisqacha bayoni

Shikoyatlar va ularning patogenezi haqida umumiy tushuncha.Og'riqlar,ularning tahlili.Shishlar joylashuvi,tarqalishi.Dizurik buzilishlar.Peshobni laborator tekshirish usullari.Funksional buyrak sinamallari (Zimmiskiy,Nicheporenko,Reberga).Olingan natijalarni interpritasiya qilish.

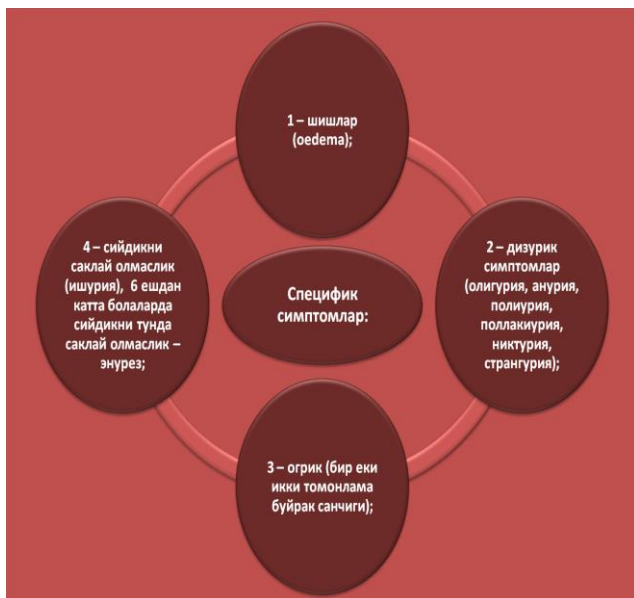
«Кости могут сломаться, мышцы атрофироваться, желудок бездельничать, даже мозг может уснуть, не угрожая сразу нашей жизни; но если откажут почки... то ни кости, ни мышцы, ни железы, ни мозг не смогут спасти нас. Homer Smith

Тема N15

Буйрак касалликлари билан касалланган беморларни сураб-суриштириш, куздан кечириш, пальпацияси. Асосий клиник синдромлар. Утки ва сурункали пиелонефрит ва гломерулонефрит симптоматологияси.

Сураб суриштириш - interrogatio







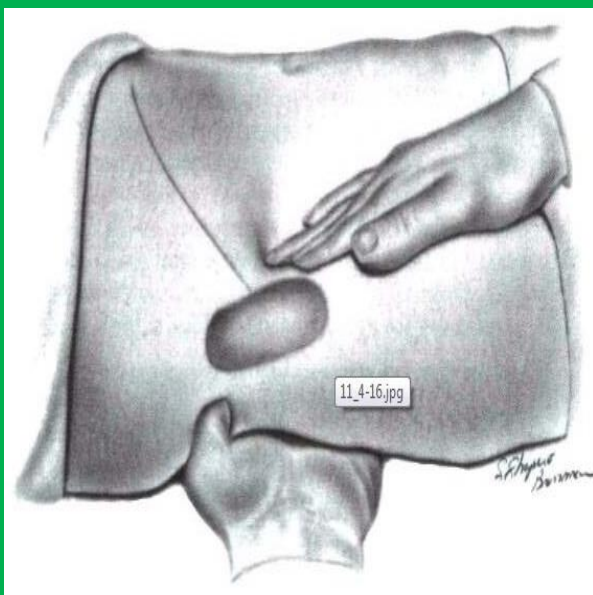
Буйрак ва юрак шишлари дифференциал диагностикаси

| Мезонлар | ШИШЛАР | |
|--|---------------------------------------|-------------------------------------|
| | Буйрак | Юрак |
| Юзага келтирувчи | Буйрак касалликлари | ЮКТ касалликлари |
| Дастлаб бошланади | Гавданинг юкоридаги (бет) кисмларидан | Гавданинг куйи (оёқлар) кисмларидан |
| Кучайиш вакти | Эрталабга караб | Кечкурунга караб |
| Шиш консистенцияси | Нисбатан юмшоқроқ | Нисбатан каттиқроқ |
| Шиш усти тери ранги | Окимтир | Кукимтир |
| Мак Клюр – Олдрич синамаси (Билак териси ичра 0,1мл физ. эритма юборилади) | 30 – 40 минут давомида сурилади | 1 соатдан ортик муддатда сурилади |

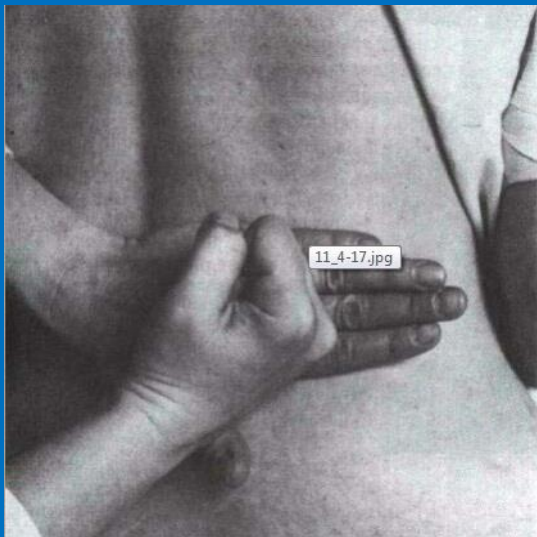
Физикал текшириш усулларининг диагностик аҳамияти

| Текшириш усуллари/симптомлар | Асосий натижалар |
|---|--|
| Буйрак катталашганлигини аниқлаш учун пальпация | Сезирлиги ута паст. Ультразвук – ҳа, пальпация – йук! |
| Ковурга- диафрагмал бурчакда огрик | Пиелонефритлар учун ҳамон муҳим симптом булиб қолмоқда |
| Артериал систолик шовкинлар | Сезгир ва умуман специфик белги. Анча яхши усул ва худди шунинг учун ҳам уни текшириш усуллари каторида саклаб қолиш лозим. |

«Пальпация, перкуссия и аускультация потеряли свое значение в эпоху ультразвуковых методов диагностики» Сальваторе Манджони

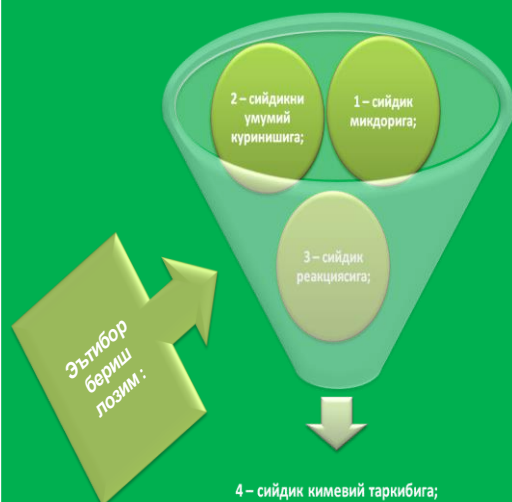


Расм . Унг буйрак бимануал пальпацияси техникаси



Расм . Бел сохасини уриб қуриш техникаси

Лаборатор текшириш усуллари



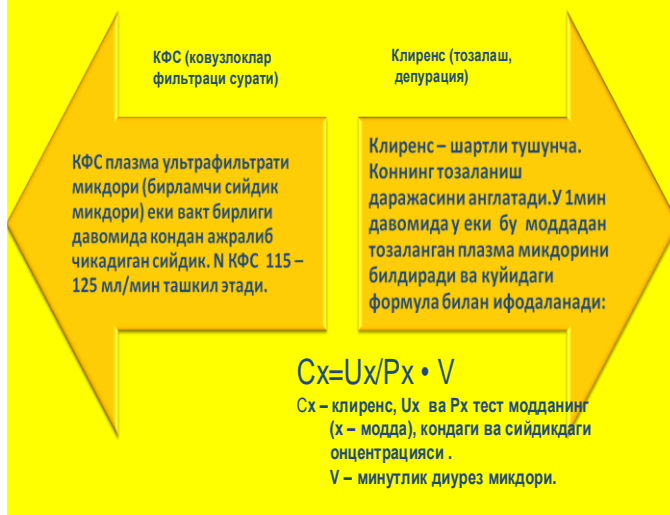
Сийдик чүкмасыни микроскопик текшириш



Буйраklar функционал холатини бахолош



Буйраklar функциясини аниклашни ута сезгир усуллари



Кокрофт – Гаулт формуласи ердамида креатинин клиренси (КФС) синамасидан фойдаланиб беморнинг жинси, вазни ва ешини инобатга олган холда буйрак функционал ҳолатига баҳо бериш мумкин.

$$\text{КФС} = \frac{(140 - \text{еш [йилларда]}) \times \text{гавда массаси (кг)} \times 88}{\text{креатинин (мкмоль/л)} \times 72}$$

PS. Аёллар учун креатинин концентрацияси курсаткичи 0,85 купайтириш лозим;



Гиперфилтрация асосида ковузлокларга кон олиб келувчи артериолалар дилатацияси ва айна пайтда кон олиб чикувчи артериолалар тонусини узгармас колиши еки аксинча, ошиши етади.



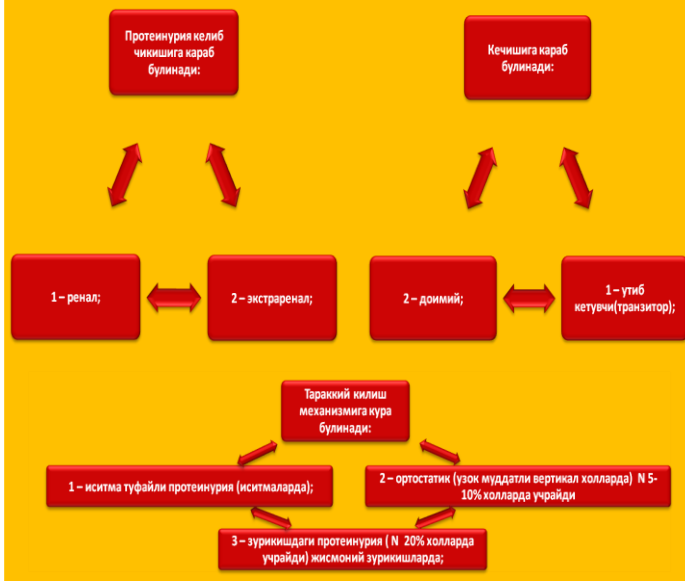
Гипофилтрация асосида гемодинамик бузилишлар (гиповолемиа, шок, дегидратация, юрак етишмовчилиги) ва органик узгаришлар (яллигланиш, склероз) каби сабаблар етади.

Мухим биохимик ва иммунологик синамаларнинг диагностик аҳамияти





Сийдик синдромининг асосий намоендаси булиб протеинурия ва гематурия хизмат килади



Гематурия – сийдикка кон аралашуви.



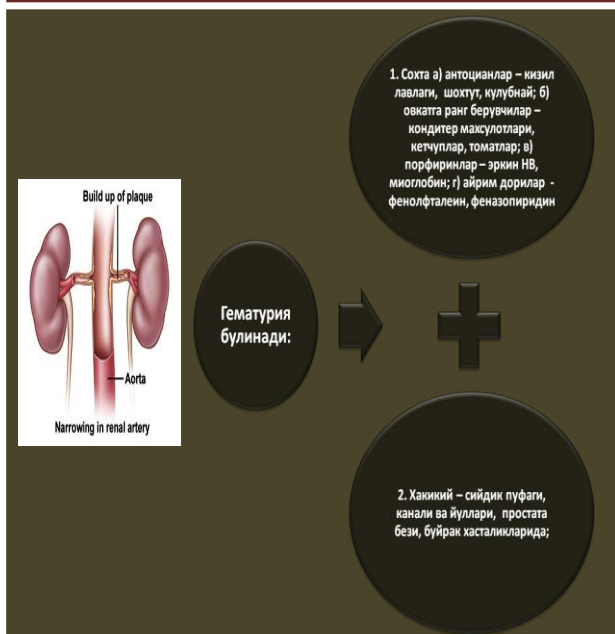
Гематурия сабаблари

Ренал:

- 1 – гломерулонефритлар;
- 2 – сийдик пуфаги раки;
- 3 – гипернефрома;
- 4 – уретрит;
- 5 – цистит;
- 6 – хроник простатит;
- 7 – простата раки;
- 8 – сийдик тош касаллиги;

Экстраренал:

- 1 – огир жисмоний меҳнат;
- 2 – менструация пайтида конни сийдикка аралашиб қолиши;
- 3 – медикаментоз (фенолфталеин, феназопиридин кабулида);



Нефротик синдром – буйрак уткир ва сурункали касалликлари учун ута хос булмиш ҳолатдир.

Нефротик синдромда (НС) куйидаги аломатлар намоён булади:

- Массив протеинурия – еши катта беморларда хатто 3 – 3,5
- Оксил, липидлар ва туз ва сув алмашинувининг бузилиши
хамда гипопроотеинемиянинг кузатилиши
гипоальбумин-
- Гиперлипидемия (конда холестерин, триглицеридлар миклопини ошиб кетиши):
- Массив шишларни юзага келиши;

НС этиологияси

I. Бирламчи гломерулонефрит (уткир ва сурункали)

II. Куйидаги холларда буйракни шикастланиши:

- тизимли касалликлар (ТКБ-СКВ, геморрагик васкулит)
- амилоидоз
- қандли диабет
- уткир ости инфекцион миокардит
- паразитар инвазиялар (малярия, шистосомоз)
- хроник вирусли актив гепатит
- усмалар (паранеопластик НС бронхоген рақда, буйрак паренхимаси, ошқозон, йугон ичак рақларида, ёмон сифатли лимфомада)

III. Буйракнинг медикаментоз жароҳати (олтин, висмут, симоб препаратлари,

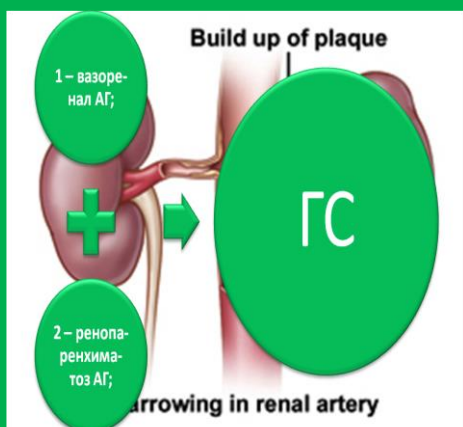
антибиотиклар, ваширивмиш, сивдоловмиш, қанши дозивлар)

IV. Веноз босимни ошиб кетиши: димланиш туфайли юрак етишмовчилиги, констриктив перикардит, буйрак веналари тромбози)

НС клиник аломатлари

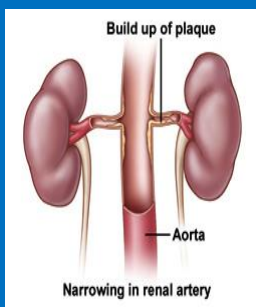


Гипертензив синдром (ГС)



Буйрак етишмовчилиги синдроми (БЕС)

БЕС—буйракдаги огир жароҳатлар туфайли юзага келиб, гомеостаз курсаткичларини бузилиши ҳамда организмда азотемия, сув-электролитлар ва кислота-ишкор мувозанатини кескин бузилишига олиб келувчи патологик жараендир.



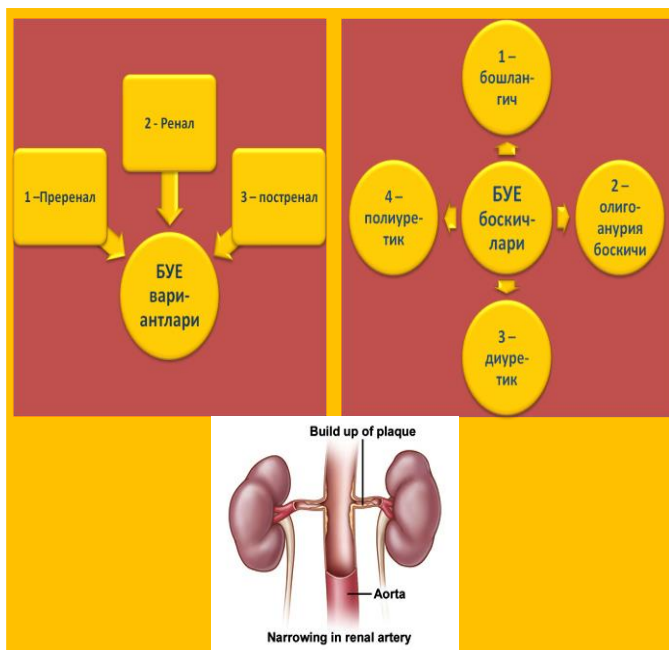
Буйрак етишмовчилигини уткир (УБЕ) ва сурункали (СБЕ) турлари тавофут этилади:

1 – УБЕ тусатдан буйракни уткир ва аксарият ҳолларда кайтар касалликлари туфайли юзага келади.

2 – СБЕ буйрак функционирловчи паренхимасининг асталик билан прогрессияловчи кайтмас патологик жароҳатга дучор булиши туфайли юзага келади.

БУЕ сабаблари:





БУЕ аломатлари

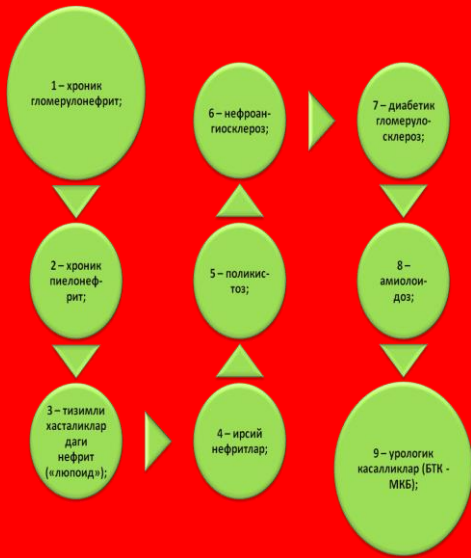
1 – юзага олиб келувчи омил билан боғлиқ симптомлар:

- Огрикли, бактериал, анафилактик шоклар, гемолиз, уткир захарланиш ва инфекциялар касалликларга хос аломатлар;

2 – специфк симптомлар:

- Олиго – еки анурия (диурезни хатто 500 мл/сут хам камайиб кетиши), гиперазотемия (мочевина, креатинин);
- Адинамия, иштахани йуқолиши, кунгил айниши, кусиш, мушаклар тортиши, уйқучанлик, эс-хуш қарахтлиги, хансираш;

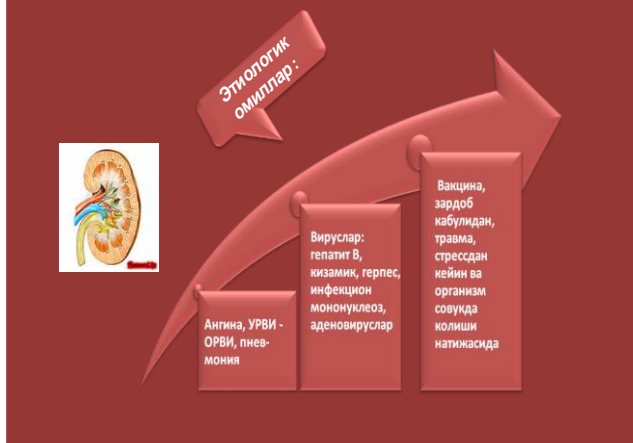
БСЕ сабаблари:





Уткир гломерулонефрит (УГ) –

Иммун асадлиқ бўлиб ҳар иккала буйрак шикастланади. УГ одатан уткир инфекция (мисол: анги хуруждан 1-2 ҳафта утгач юзага келади. У турли ешдаги кишиларда, қупрок эса 40 ва ундан ешларда тараккий қилиши мумкин ва 80% ҳолларда соғайиш билан тугайди. Қолган 20% ҳоллар у сурункали тус олиши мумкин.



Клиник аломатлари:

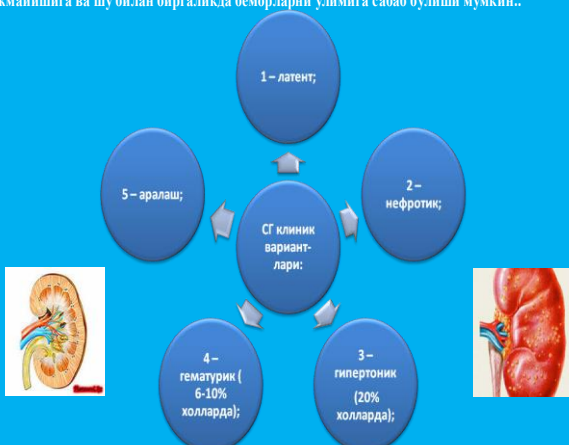
Бадан харорати, АКБ ни ошишлари, кайфиятни бузилиши, олиго- и анүрия, сийдик рангини ювилган гүшт суюклиги рангига ухшаб кетиши

Шишлар (вақтли аломат булиб, у 70-90% холларда), анасарка, бош оғриги, микро – ва макрогематурия, протеинурия



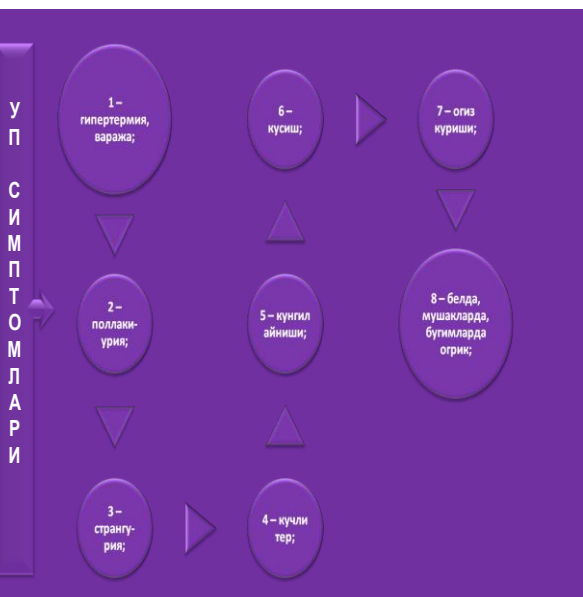
Сурункали гломерулонефрит (СГ)

Одатан йил давомида тулик даволанмаган УГ заминида юзага келади. Организмда қушимча сурункали инфекция учогини (кариес, гайморит, холецистит, тонзиллит) мавжуд булиши ушбу хасталик келиб чиқишида узнга хос туртки вазифасини бажаради. Баъзан у сурункали бирламчи касаллик сифатида намоён булади. Узок йиллар давом этувчи СГ буйрақларни бўжмайишига ва шу билан биргалликда беморларни улимга сабаб булиши мумкин..



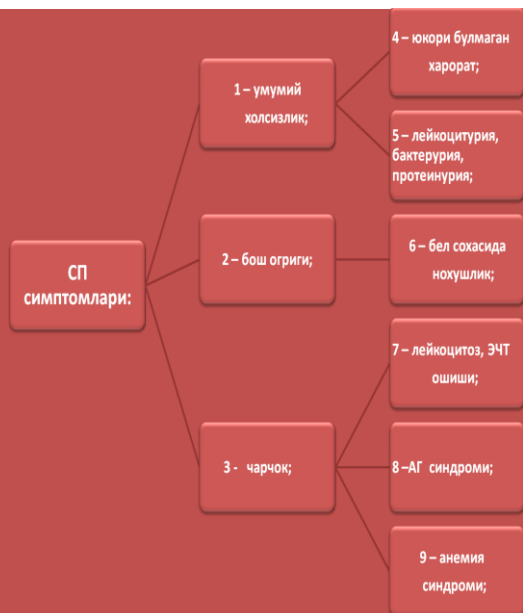
Утқир пиелонефрит (УП)

Буйрақнинг кенг тарқалган яллиғланиш касаллиги булиб, одатан орган жомчалари ва каналчаларини шикастланиши билан кечади. Кейинчалик яллиғланиш тулкини ковузлок ва кон-томирларига тарқалади. Мавжуд статистик маълумотларга мувофиқ камида 10 кишидан бири ушбу хасталик билан касалланган деса муҳолафа бўлмайди. У мустакиллик холда эки бирор касаллик (масо; БТК-МКБ) асорати сифатида намоён булиши мумкин. Аксарият холларда аёллар, айниқса хомилдорлик даврида ушбу касалликка муҳола булиши мумкин. УП икки: сероз (якши сифатли кечади) ва йуригнаги (оғир кечади) тури тавофут этилади.



Сурункали пиелонефрит (СП) -

Одатан УП охиригача даволамаслик натижасида юзата келади. Ушбу холларга ялдилганиш аломатлари гоҳ фгоҳ яширинч, касалликни узи эса кузгални еки ремиссия куринишида кечиб юради. Баъзан клиник манзара шунчалик чалкаш кечадик, СП тасодифан аникланади.



Эътибор учун рахмат!

Amaliy mashg'ulot materiallari

Amaliy mashg'ulot №1

Terapiya fani haqida tushuncha va klinik tibbiyot vazifalari. Bemorlarni klinik tekshirish usullari. Kasallik tarixi sxemasi. So'rab-surishtirish. Bemorlarning shikoyatlari: asosiy va qo'shimcha. Kasallik hozirgi tarixi, hayot anamnezi. Yashash sharoiti, ish joyidagi sharoitlar va prof. noqulayliklar. Epidimiologik va allergologik anamnez.

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

| | |
|----------------------------|---|
| Mashg'ulot vaqti – 4 soat | Studentlar soni: 10 dan 12 gacha |
| Mashg'ulot formasi | Amaliy mashg'ulot |
| Amaliy mashg'ulot rejasi | 1. Terapiya faninig vazifasi kasallarni. Tekshirish tartibi. Tibbiyot deontologiyasi haqida tushuncha. Kasallik bayonnomasi sxemasi, bemorlarni klinik tekshirish metodlari: so'rab-surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya. Bemorning shikoyatlari: asosiy, 2 – darajali. Hozirgi kasallik tarixi, hayot anamnezi.. |
| Amaliy mashg'ulot maqsadi: | Studentlarga ichki kasalliklar propedevtikasi faninig vazifasi, bemorlarni tekshirish tartibi, tibbiyot deontologiyasi haqida tushuncha hosil qilish. |
| O'qitish uslubi | So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma. |
| O'qitish formasi | Kichik podgruppalarida. |
| O'qitish jihozlari | O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter. |
| O'qitish holati | Metodik jihozlangan auditoriya. |
| Monitoring va baholash | Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala. |

1.2. . Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

| Ish bosqichlari va vaqti. | Ta'lim beruvchi | Ta'lim oluvchilar |
|---------------------------|--|-------------------|
| Tayyorlov bosqichi | 1. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 2. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 3. Davomatni nazorat qiladi | |
| 1. O'quv mashg'ulotiga | 1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. | |

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| kirish bosqichi (10 daqiqa) | 2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | |
| 2 – asosiy bosqich (160 daqiqa) | 1. Talabalarni kichik guruhlarga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi | Kichik guruhlarga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar |
| 1-yakuniy bosqich (10 daqiqa) | 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi | Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi |

3.Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A)Frontal usuli:

- 1.Amaliy tibbiyotning asosiy vazifasi nima?
- 2.Kasallik nima?
- 3.Kasalikning qanday sabablarini bilasiz?
- 4.Diagnostika va diagnoz nima?
- 5.Dientologiya nima?
- 6.Qanday tibbiyot hujjatlarini bilasiz va ular qachon to'ldiriladi?
7. Simptom nima?
- 8.qanday simptomlarni bilasiz?
- 9.Qaysi shikoyatlar asosiy va qaysi shikoyatlar qo'shimcha shikoyatlarga kiradi?
- 10.Kasallikning rivojlanishi so'rab-surishtirishda nimani aniqlash kerak?
- 11.Bemorning hayot tarixi qaysi punktlari o'z ichiga oladi?
- 12.Allergologik anamnez qaysi maqsadda olinadi?
- 13.Palpatsiya usuli nima?
14. Palpatsiya usulining diagnostik ahamiyati?
- 15.Perkussiya usuli nima?
- 16.Perkussiya usulining diagnostik ahamiyati?
- 17.Auskultatsiya usuliga tushuncha berish?
- 18.Auskultatsiyaning diagnostik ahamiyati?

“Miya shturmi” usuli

Asosiy qoidalari:

- G’oya paydo bo’lishiga halaqit beruvchi kamchiliklarni aytmaslik
 - G’oyalar va fikrning yuksakligi, chunki g’oya qanchalik noodatiy bo’lsa, shunchalar u yaxshi
 - Ko’p takliflarni qabul qilish
 - G’oyalar kombinatsiyasi va ularning rivojlanishi
 - Fikrni argumentasiasiz lo’nda qilib taqdim etish
 - Gruppani ikkiga bo’lish: fikr generatorlari va fikrni analiz qiluvchilarga
- Bu usul g’oya va fikrlarni argumentatsiyalashni, o’zining shaxsiy fikrini, har qanday holatlarda optimal yechim topishga sharoit yaratadi.

Shifokorlik va bemor munosabati.

Tibbiyot deontologiyasi shifokorlarning burchi va odobi haqidagi fan bo’lib, shifokorlar, talabalar hamda kichik tibbiyot xodimlarning xatti-harakatini belgilaydigan mafkuraviy va ma’naviy dasturamaldir.

Mazkur risolada biz deontologiyaning ma’lum bir jabhasi bo’lmish «shifokor va bemor munosabatlari» haqida so’z yuritamiz.

Tibbiyot deontologiyasi shifokordan avvalo insoniy fazilatlarga ega bo’lishni taqozo etadi. Bu fazilatlar bilimdonlik, odamiylik, jasorat, mehr-shavqat, xushmuomalalik, halollik, pokizalik, insofilik, sofdillik, ziyraklik, hozirjavoblik, bosiqlik, kamtarlik, izlanuvchanlik, andishalikda ko’rinadi.

Bemor kasalxonada o’z yaqinlari va do’stlaridan uzoqda, ko’pincha, o’zini yolg’iz his etadi, yangi sharoitga moslashishi qiyin bo’ladi, shuning uchun ham shifokor kasallarga e’tibor bilan qarab, g’amxo’rlik ko’rsatishi darkor. Bemorni, ko’pincha, bo’limda uchraydigan kamchiliklar: davo muolajalarini o’z vaqtida bajarilmaganligi, bemorxonalarining sovuqligi, ovqatning kechikib kelganligi va h.k. asabiy holatga olib kelib, o’zaro munosabatlarni chigallashtiradi. Bu esa davo natijasiga salbiy ta’sir ko’rsatadi. Bu muammolar yechimida shifokorlikning tutgan o’rni, vazifasi beqiyosdir.

Tibbiyot olamida vujudga kelgan ko’pgina muammolarning hal qilinishi shifokorning vijdoniga, axloqiy madaniyatiga va ma’naviyatiga bog’liq.

«Ma’naviyat» insonga nihoyatda zarur omil bo’lib, bu uning qalb ko’zgusidir. Aynan shifokorlar ma’naviyatli, yuqori madaniyatli bo’lmoqlari zarur, chunki ular doimo el orasidadirlar. Ma’lumki, kishi ma’naviyatining asosi bilimdir. Yuksak bilim va malakaga ega bo’lgan o’quvli shifokor o’ta intizomli bo’lib, boshqalarga ham har ish, har yumushda ibratli bo’lsalar yarashadi. Ba’zilar muammolarni joyiga qo’yib: «Amakijon, yaxshi uxlab turdingizmi? Kayfiyatlar yaxshimi? Ertalabki dorilarni iste’mol qilib oldingizmi? Kechagidan ko’ra ancha tetiksiz, xudo xohlasa, yaqinda otday bo’lib ketasiz», – deb yupatadi. Bu iliq so’zlardan kasalning chiroyi ochiladi. Ba’zi shifokor esa hali ham yotibsizmi? Qo’l-yuzni yuvdingizmi? Bunday qilsangiz

dorining unumi bo'lmaydi», – deb qo'pollik qiladi. Bu albatta bemor ruhiyatiga yomon ta'sir qiladi. O'z bemoriga munosabat ham shu bo'ldimi? Qani oddiy ma'naviyat? Qani oddiy odob, intizom tushunchasi? Ba'zan butun bir davo maskanida qator hamshira bo'lgan holda birorta shifokor tomirga igna bilan tushish mahoratini bilmaydi. Gohida o'n to'rt joyingga igna qadab «tomiringiz qochib ketyapti» deb bahona qiladi. Bu esa asabga tegadi.

Yo deylik, bemorga huqna (klizma) qilish zarur bo'lib qoldi. Darhol «Vazelingiz bormi?» – deb so'raydi. Yo'q desa, chala yuvilgan rezina idishni suvga bir chayib, ishni bajarishaveradi. Bu to'g'ri emas. Shifokor, albatta kerakli narsalarni avvaldan tayyorlab qo'yishi lozim.

Ayrim shifokorlarda diagnostika haqida tushuncha yo'q. Ko'pincha u «Bemor yomon bo'lib qoldi» degan iborani ishlatadi. Shuningdek, hatto zuluk solishni ham bilmaydi. Nahotki bilim yurti talabalari o'qish, o'rganish davomida tomirga tushish, zuluk solishni o'rganib olmasa. Bizning nazarimizda, musiqaga yoshdan tanlanganidek, shifokorlik, hamshiralik ishiga ham, ko'rik-tanlov orqali, alohida mehribon, e'tiborli, insonparvar odamlarni o'qishga olish zarur. «Bu yerda matematikasi yo'q ekan, kiraveray», – deydigan xudbin, o'ziga ortiqcha bino qo'ygan odamlar tibbiyotga yaroqsizdirlar.

Bizningcha, Talabalar faqat shifokor aytgan ishni xotirjamgina, loqaydgina bajarishi to'g'ri emas. Talabalar – oddiy ijrochi emas. U o'z shifokori yonida, garchi birovga buyurmasa, ham yana bir shifokorga aylanishi zarur. U tibbiyot jabhasida millatimizning obro'si va madaniyatini ko'taruvchi va ayni chog'da o'ta mas'ul shaxsdir.

Jahondagi yirik davlatlar qatoridan joy olgan, aholisining yarmidan ko'pini o'quv yoshidagi bolalar va yoshlar tashkil qiladigan O'zbekiston, albatta, a'lo darajada ishlaydigan talabalar «qo'shin»iga ega bo'lishi zarur. Bu «lashkar» xalq sog'ligi uchun olib boriladigan sabr-toqat va izchillikni talab qiluvchi jabhalarda asosiy kuchdir. Bir narsani ko'zda tutaylik: bemor vrachni kuniga faqat bir necha daqiqagina ko'radi, talabalar esa tun-u kun doimo yonma-yon. talabalar vrach ko'rsatmalariga amal qilgan holda bemorning sog'lig'ini tiklashga harakat qiladi. Kasalxonada ish qizib turganda ham, hamma ishlar tugallanib, davolovchilar uy-uyulariga ketganlarida, zim-ziyo qorong'ilik tushganda ham bemorning oldida hamroh, va hamdard bo'lib qoluvchi inson yakka-yu yagona talabadir.

Talaba so'zining o'zi nihoyatda chuqur mazmunga ega. Talaba bir onadan sut emgan, degani. Demak, u har birimiz uchun tug'ishgan opa va singil. Gap shunda-ki, Talaba ayni vaqtda tibbiyotning rasmiy vakilasi. U vrach bilan bemorni bog'lab turuvchi va shu sababli dardini to'g'ri aniqlab, zarur dori-darmonlarni belgilashi mumkin. Lekin bu ko'rsatmalarning qay tarzda ijro etilishi va binobarin, samarasi talabaga bog'liq. Xo'sh, talaba bemor bilan qanday so'zlashgani ma'qul: uzoqmi yoki qisqa? Kasal bilan so'zlashish vaqti ko'pgina omillarga bog'liq bo'lib, talabadan juda

nozik, o'ziga xos me'yorni talab etadi. Suhbat davomiyligi va mazmuni bemorning ahvoli, uning madaniyat darajasi, fe'l-atvor xususiyatlariga bevosita bog'liqdir. Shunga ko'ra, bemor bilan suhbatlashayotganda, talaba me'yorni bilishi, kasalning suhbatdan qanday ta'sirlanayotganini sinchkovlik bilan kuzata olishi kerak. Barcha tushuntirishlar lo'nda, aniq, qat'iy, bemorlar uchun mutlaqo tushunarli bo'lmog'i lozim. Yoqimli va shirin so'z bilan murojaat qilishda, samimiy tabassumda hamshiraning o'z bemorlariga g'amxo'rliqi va diqqat-e'tibori ifodalanadi. Biroq talabaning diqqat-e'tibori va samimiyliqi xufiyona tarzda bo'lmasligi, hamshira bemorning o'rtadagi yaqinlik munosabatlarini suiste'mol qilishiga yo'l qo'ymasligi va shunga muvofiq o'zining xatti-harakatlarini tartibga solishi va bemorning xulq-atvorini kuzatib borishi kerak. Bemor bilan suhbatda uning kechinmalarini yengillashtirishga intilish belgilangan dori-darmonlarga qaraganda yaxshiroq shifobaxsh ta'sir ko'rsatadi hamda bemor tomonidan katta minnatdorchilikka sazovor bo'ladi. Bemorni diqqat bilan tinglay olish kasal haqida zarur ma'lumotga ega bo'lishda yordam beradi. Talaba ishga kelgani zahoti o'zining barcha bemorlaridan xabar olishi va ish kuni yakunida hech bo'lmaganida juda qisqa muddatga barcha bemorlarining xonasiga kirib chiqishi ayni muddao bo'lar edi. Bu bemor ruhiyatiga bag'oyat ijobiy ta'sir ko'rsatadi: bemorlar o'zlarini bir necha soat davomida talabaning uzluksiz kuzatuvini ostida sezadilar, talaba ana shu vaqt ichida o'zlariga xizmat ko'rsatishiga, uning juda ham ziyrak ekanligiga, kun davomida xastalardan bir necha marotaba xabar olishiga ishonch hosil qiladilar.

Erta bilan bemorlar yotadigan xonalarga qilingan tashrif 5-10 daqiqa davom etsa-da, bu ular uchun naqadar katta ahamiyatga ega.

Tibbiyotda shunday bir ibora bor: «Yaxshi parvarishlangan bemor». Bunda bemorlarning yaxshi jismoniy, gigiyenik parvarishigina (yaxshi ovqatlantirish, joylashtirish, xona havosini o'zgartirish, kiyim-kechak va to'shak anjomlarining tozaligi va h.k.) emas, avvalo mohirlik bilan olib borilgan «ruhiy parvarish»: bemorga to'g'ri ma'lumot berilgani, ruhiy ahvoli yaxshiligi, asta-sekin tiklanayotganligi, talaba bilan yaxshi munosabatda ekanligi tushuniladi. Ish kunining boshi va oxirida talabalarining palatalariga qisqa muddatli tashrifi davolash muassasalarida «iliq ruhiy iqlimning» yaratilishiga asos bo'ladi.

Talaba bemor bilan o'zaro munosabatda bo'lar ekan, kasalning shaxsiy xususiyatlarini, kasallik keltirib chiqarishi mumkin bo'lgan asabiy ta'sirlanishini, madaniyat darajasini hisobga olishi va albatta shifokor sirini oshkor qilmasligi kerak. Shifokor siri deganda, asosan bemor to'g'risidagi ma'lumotlar (bu ma'lumotlarni asosan bemorning o'zidan olinadi), kasallikning noxush kechishi, psixologik (inson ruhiga) ziyon yetkazuvchi tashxis tushuniladi. Tibbiyot xodimining faoliya-tida ko'pincha shunday hollar bo'ladiki, shifokor siri «aldash» bilan bog'liq, uni «muqaddas yolg'on» deb ataladi. Masalan, kasalligi o'limga olib boradigan bemorga uning kasalligi og'ir ekanligini gapirmaslik kerak. O'limi aniq bo'lgan bemorlarga

ular sog'ayib ketishiga umid bildirib aytilgan so'zlar ularga tasalli beradi. Kasallikning tarzi va uning qanday tugashi haqidagi ma'lumotlarnigina emas, shu bilan birga, bemorlarning xufiyona hayoti haqidagi ma'lumotlarni ham oshkor qilib bo'lmaydi, chunki bu hol ularga qo'shimcha azob-uqubat keltirishi va shifokor, hamshiraga bo'lgan ishonchga putur yetkazishi mumkin.

Tibbiyot talabasi bemorga uning haqiqiy tashxisini ma'lum qilishi yoki qilmasligi haqida fikr yuritishi zarur. Agar talaba bemorga tashxisni bildirishga qaror qilsa, uning bosqichi, asoratlarini yengil shaklda, bemorni asta-sekin tayyorlagan holda bosqichma-bosqich aytishni o'ylab ko'rish kerak. Tabiiyki, bemorga hamma narsani gapirib bo'lmaydi, lekin ziyoli, tushunadigan kishi bilan «sukut saqlash» yoki ikkilanish, foydadan ko'ra ko'proq zarar keltiradi.

Bir qator kasalliklarda, jumladan, zararli o'smalari bo'lgan xastalarga tashxis ma'lum qilinmaydi, onkologiya shifoxonasiga kelgan kasal o'zidagi shishning «yomon» yoki «yaxshi» ekanligini aniqlash iztirobini boshdan kechiradi va tabiiyki, buni vrachdan yoki talabadan so'rab bilishga harakat qiladi. Onkologik kasallikka uchragan bemorlar psixikasi juda nozik va ta'sirchan bo'ladi, bu hol, ayniqsa, kasallikning yaqinlashib kelayotgan oqibatini his qilganda namoyon bo'ladi. Bunday sharoitda talaba ning baland ovoz chiqarib gaplashishi, qah-qaha bilan kulishi bemorni ruhiy muvozanatdan chiqarib yuborishi mumkin. Bemorlarga tashxis, davolash, kasallikning asoratlari va qaytalashlari oldini olish bilan bog'liq bo'lgan ko'pgina ma'lumotlar bildiriladi, o'z-o'zidan yordam berish yo'llari ko'rsatilib, maxsus eslatmalar bilan ta'minlanadi. Masalan, oddiy misol - qandli diabet kasalligini mohiyatini talaba faqatgina tushuntirmay, balki - diabetga qarshi parhez, in'ektsiyalarni bajarish texnikasini o'rgatishi, turli xil insulinlar va ichiladigan dorilarning xossalari, komadan oldingi holat belgilari va boshqalar haqida ma'lumot berishi kerak. Shu tariqa tushuntirishlar infarktdan keyingi kardioskleroz, xafaqon kasalligi, aritmiyalar, oshqozon-ichak yara kasalligi va boshqa xastaliklari bo'lgan bemorlar uchun zarurdir.

Talabaning o'lim ehtimoli bo'lgan og'ir bemor to'shagi yonidagi xatti-harakatlari tibbiyot deontologiyasining muhim va mushkul masalasi bo'lib kelmoqda. Masalan, bemorga o'lim ehtimolini ma'lum qilish yoki qilmaslik, masalasi, agar bu haqda bildirib qo'ymaslik kerak bo'lsa, uni qaysi sharoitda va qay tarzda amalga oshirishdadir. Barcha zamonlarda bu masala muqarrar ravishda manfiy yechimga ega bo'lgan. Buning uchun bir qator keskin asoslar va fikrlar mavjud. Bemorga mutlaqo najotsiz oxir-oqibat to'g'risidagi achchiq haqiqatni ma'lum qilish - bu avvalo uning hayotidagi eng muhim narsa - umidini tortib olish, oxirgi kunlari va soatlarini zimiston tunga, tubsiz qora jarlikka tushishga aylantirishdir. Bunday hollarda hamshira bemor ko'ngliga sog'ayib ketish umidini solishi va unda kasallikka qarshilik ko'rsatish hissiyotini uyg'otishi zarur.

Talaba bilan bemor o'rtasidagi munosabatning yana bir muhim tomoni bemorga tayinlangan individual tartib, parhez, dori-darmonlar bilan davolanishi rejalarini tushuntirish va to'g'ri tashkil etishdan iborat.

X asrning taniqli olimi Ali Ibn Abbos Ahvaziy o'zining «Shifokorlar uchun o'g'itlar» asarida yozganidek, bemorlarni davolash jarayoniga e'tibor berish va davo uchun faqatgina dorilarni emas, balki to'g'ri ovqatlanishni ham qo'llashga harakat qilish zarur. Bemorlarga xavfli dorilarni buyurish, shuningdek, ularni u yoki bu xastalikni davolayotganda bemorlar orasida targ'ib etish mumkin emas. Faqatgina tartib va ma'lum dorilarni qabul qilish, parhez to'g'risida batafsil, qat'iy va ishonтира oladigan darajadagi ko'rsatmalarning o'zigina emas, balki qayta aloqani ham nazorat qilish zarurdir.

Deontologiyada «yatrogeniya» tushunchasi bor. Bu vrachning yoki talabaning farosatsizligi, nojo'ya ko'rsatmalari, qo'pol xatti-harakatlari, bilimsizligi va loqaydligi, bir so'z bilan aytganda, tibbiyot xodimining aybi bilan paydo bo'lishi mumkin bo'lgan yana bir kasallikdir. Bu buyuk tib allomasi Suqrotning «Rgemum non nosege», ya'ni «Bemorga eng avvalo zarar keltirma» degan deontologik naqlning buzilishi oqibatidir. Bunday kasallik bugungi kunda uchraydigan xastaliklarning taxminan 10 foizini tashkil qiladi. Bu shifokorlar va hamshiralar orasida hali ham o'z deontologik burchini to'la tushunib yetmaydiganlar borligidan darak beradi. Shuningdek, egrotogeniyalar, ya'ni bir xasta kishiga boshqa bir bemor so'zining salbiy ta'siri ham mavjud. Shifoxonalarda ko'pincha ba'zi bir bemorlarning o'z xonasidagi xasta qo'shnisiga ma'lum darajadagi ta'siri sezilib, u ruhiy tanglikni, xavotirni keltirib chiqaradi. Bunday holatni, o'z fikricha tibbiyot xodimlaridan ham chuqurroq bilimga ega bo'lgan, «azaliy» bemorlar keltirib chiqarishlari mumkin. Ular, kasalxonaga kelgach, bemorlarga maslahat va tavsiyalar beradilar. Aksariyat hollarda o'z tinglovchilarini ruhiy tushkunlik holatiga olib keluvchi qayg'uli va mash'um «oldindan aytish fikrlari» bilan o'rtoqlashadilar. Bu kabi egrotogeniyalarning oldini olishda aynan talabaning bo'lim tartibi, bemorlarning ma'lum majburiyatlari, intizomi va bir-birlari bilan o'zaro munosabatlari haqida to'liq va monand axborot berishi, muntazam ravishda o'tkaziladigan suhbat va xabarlar katta ahamiyatga ega. Bu o'rinda bemorga tanbeh berish uslubi singari xususiy masala to'g'risida to'xtalib o'tish ham foydadan holi emas. Tanbeh berish zaruriyati, ko'pchilik hollarda bemor shifoxona rejimi, intizomi, bo'lim tartibini buzganda yuzaga keladi.

Talaba bunday hollarda bemor bilan juda ravshan, tushunarli, aniq, ishonтира gaplashishi kerak. Bu suhbatning faqat natijasigina muhimdir: bemor tanbehni to'g'ri tushunishi va talaba saboqlarini to'liq qabul qilishi lozim. Shu bilan birga, bunday suhbat bemorning ahvoliga hech ham yomon ta'sir qilmasligi darkor. Bemor talaba bilan ilgaridek mehribon va yaqin munosabatda ekanini, yotsirash yoki ziddiyat vujudga kelmaganini sezishi zarur.

Shu tariqa, yuqori deontologik kuchga ega bo'lish, xususan, bemorlar bilan munosabatda uquvli bo'lish talaba faoliyatidagi zaruriy ko'nikmadir.

Compliance – shifokor va bemor o'rtasidagi do'stona munosabatni o'rnatilishi. Bemor ahvolining yaxshilanishi shifokor bergan maslahatlarga rioya qilishi hammuhim o'rin tutadi. Kasalxonadan chiqqan bemor ayniqsa surunkali tashxislar bilan ma'lum muddat uyda davom ettirishi lozim. Agar vrach va bemor o'rtasida “compliance” o'rnatilmagan bo'lsa, bemor shifokor bergan tavsiyalarni bajarmaydi, bu esa kasallikning kechishini og'irlashtirishi mumkin. Bu o'z navbatida iqtisodiy – moliyaviy muammolarga olib keladi.

Baholash mezonlari №1

| Mavzuning nomi | Ball | Baho | Talabanning bilim darajasi |
|---|--------|-------------|--|
| Terapiya fanining vazifasi kasallarni. Tekshirish tartibi. Tibbiyot deontologiyasi haqida tushuncha. Kasallik bayonnomasi sxemasi, bemorlarni klinik tekshirish metodlari: so'rab-surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya. Bemorning shikoyatlari: asosiy, 2 – darajali. Hozirgi kasallik tarixi, hayot anamnezi | 86-100 | A'lo | Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 71-85 | Yaxshi | Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 55-70 | Qoni qarli | Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 0-54 | Qoni qarsiz | Tasavvurga ega emas, bilmaydi. |

Mustaqil ish. Tibbiyot deontologiyasi. Evtanaziya muammolari yatrogeniya
Uyga vazifa. 2.

Amaliy mashg'ulot №2

Fizik tekshirish usullari. Umumiy ko'zdan kechirish texnikasi. Es-hush, bemorning holati. Konstitutsiyasi. Yuz qiyofasi. Og'iz bo'shlig'ini va terini ko'zdan kechirish Shishlar. Limfa tugunlar. Mushak, suyak va bo'g'im tizimini tekshirish. Isitma egri chiziqlari va ularning diagnostik ahamiyati. Antropometriya.

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

| | |
|----------------------------|---|
| Mashg'ulot vaqti – 4 soat | Studentlar soni: 10 dan 12 gacha |
| Mashg'ulot formasi | Amaliy mashg'ulot |
| Amaliy mashg'ulot rejasi | 1 Bemorni alohida so'rab-surishtirish. Talabalarning bemorlar bilan alohida ishlashi, shikoyatlar yig'indisi va kasallik hamda hayot anamnezi. Bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish (bemorning umumiy ahvoli, es-hushining holati, tana tuzilishi). Umumiy ko'zdan kechirish qoidalari, bemorni umumiy tekshirish. Tana qismlari bo'yicha ko'zdan kechirish: bosh, yuz, bo'yin, qo'l-oyuqlar, teri qoplamlari. Isitma. Harorat o'zgarishlari. Antropometriya. Antropometrik formula. Kasallik tashxisida antropometriya ahamiyati. |
| Amaliy mashg'ulot maqsadi: | Talabalarga bemorlar bilan alohida ishlashni, shikoyatlar yig'indisi va kasallik hamda hayot anamnezi tuzishni va bemorlarni umumiy ko'zdan kechirishni o'rgatish.. |
| O'qitish uslubi | So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma. |
| O'qitish formasi | Kichik podgruppalarida. |
| O'qitish jihozlari | O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter. |
| O'qitish holati | Metodik jihozlangan auditoriya. |
| Monitoring va baholash | Og'zaki control: savol-javob, testlar, muammoli masala. |

1.2. . Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

| Ish bosqichlari va vaqti. | Ta'lim beruvchi | Ta'lim oluvchilar |
|---------------------------|--|-------------------|
| Tayyorlov bosqichi | 4. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 5. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 6. Davomatni nazorat qiladi | |

| | | |
|--|--|---|
| 1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa) | 1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | |
| 2 – asosiy bosqich (160 daqiqa) | 1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi | Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar |
| 1-yakuniy bosqich (10 daqiqa) | 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi | Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi |

3. Talabalarining nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

1. Bemorlarni alohida so'rab surishtirishning ahamiyati.
2. Anamnesis morbi to'g'risida tushuncha
3. Anamnesis vitae to'g'risida tushuncha
4. inspektio nima?
5. Asosiy va qo'shimcha tekshirish usullari
6. Umumiy ko'zdan kechirish texnikasi.
7. Es-hush turlarini aytib berish
8. Stupor holatiga baho bering
9. Sopor holatiga baho bering
10. Koma holatiga baho bering
11. Bemor holatidagi qanday o'zgarishlarni bilasiz?
12. Aktiv holat nima?
13. Passiv holat nima?
14. Majburiy holatlar to'g'risida tushuncha bering
15. Tana tuzilishi deganda nimani tushunasiz?
16. Astenik tipga tavsif bering
17. Giperstenik tipga tavsif bering
18. Normostenik tipga tavsif bering
19. YUz tuzilishi va qiyofasining diagnostik ahamiyati
20. "Korvizor usuli"ga tavsif bering
21. SHoshinquiradigan Yuzga tavsif bering.
22. Fasiyes febrilisga tavsif bering

23. Endokrin kasalliklarida Yuz tuzilishi va qiyofaning o'zgarishi
24. "Parkinson maska"si va "sardonik kulgi"ga tavsif bering
25. Fasiyes Gippakratika nima?
26. og'iz bo'shlig'ini ko'zdan kechirishda nimalarga e'tibor beriladi.
27. Ko'z ,qovoq,qorachig' o'zgarishining diagnostik ahamiyati
28. Terini ko'zdan kechirganda nimalarga e'tibor beriladi
29. Ko'zdan kechirishda teri osti yog' qavatida qandayo'zgarishlarni ko'rish mumkin
30. Ko'zdan kechirishda mushaklar va bo'g'imlarda qanday o'zgarishlarni ko'rish mumkin
31. Limfa tugunlari normada va patalogiyada
32. termometriya koidalarini aytib bering
33. termometriya koidalarini aytib bering
34. Tana xaroratini "isitma varaqasi"ga qanday belgilaysiz?
35. Isitmaning turlari
36. Isitma davrlari klinikasi
37. Asosiy isitma turlarini chizing
38. Atropometrik nima? O'tkazish qoidalari.
39. Atropometrik indeksleri,turlarini izohlang

"Stol o'rtasida ruchka" usuli

Butun gruppaga savol beriladi (masalan, qandli diabet simptomlari, beta-blokator gruppasiga mansub dori darmonlar, YuIK moyillik omillari). Har bir talaba o'z javobini varaqqa yozib oladi va hamsoyasiga yuboradi, ruchkani esa stol o'rtasiga qo'yadi.

O'qituvchi grupa ishini kontrol qiladi va umumiy variantni daftariga yozib oladi.

Bemorlarni umumiy va mahalliy ko'zdan kechirish.

Bemorning umumiy ko'zdan kechirish turli xil kasalliklar tashxisi uchun juda muhim hisoblanadi. Bemor bilan suhbatlashish vaqtida siz bir qator o'zgarishlarni ko'zdan kechirishingiz zarur. Umumiy kuzatishlarga bemor bilan suhbat va uni umumiy ko'rigi kiradi. Oby'ektiv ma'lumotlarga bemorni umumiy ko'zdan kechirish ya'ni teri qoplamlari, shilliq qavatlar, teri osti yog' kletkachasi, mushak, bo'g'im va suyak tizimlari holatini baholash kiradi. Bemor holatini baholash bilan birga patologik o'zgarishlar yoki depressiya borligini ham inobatga olishingiz zarur bo'ladi.

Bemorning yuz tuzilishi, so'zlashishiga ham e'tibor qaratmoq lozim. Etnik kelib chiqishiga qarab bemorning yuz rangini hamda gavda tuzilishini kuzatishingiz kerak. Mazkur ko'rik orqali siz ko'pgina ma'lumotlarga ega bo'lasiz. Ko'rik jarayonida xona haroratining tana haroratiga yaqin bo'lishi, tibbiyot xodimi va bemorning qulay vaziyatni egallashi lozimdir. Shunga ko'ra bemor ko'rigi vizual baholanadi.

Bemorni umumiy ko'rik vaqtida badanining biror bir qismi nazardan chetda qolmasligi uchun yaxshilab ko'rikdan o'tkazganingizga ishonch hosil qilishingiz kerak. Odam organizmining tuzilishi barcha tizimlar bo'yicha tekshiriladi.

Qanday tekshirish usullaridan foydalanilmasin quyidagilarni bilishingiz kerakdir: rang ko'satkichlari, hid bilish, o'lchov, simmetriya va harakat (yoki uning mavjudsizligi) va boshqalar. Bemorning ahvolini baholashda uning holatini qay darajada ekanligini aniqlab olish shart, masalan, ko'zlarning holati, ko'krak qafasi va gavdaning tuzilishi ko'zdan kechiriladi. Bulardan tashqari bemorga to'g'ri va aniq tashxis qo'yish uchun muhim bo'lgan boshqa belgilarga ham e'tibor qaratish lozim. Demak bemorni quyidagi reja asosida tekshiruvdan o'tkazamiz:

Bemorning es-hushini aniqlash. Bemorning es-hushi saqlangan yoki xiralashgan bo'lishi mumkin.

1.Stupor (stupor). Mazkur holatda bemor atrofida bexabar, savollarga noaniq, kechroq va qiyinchiliklar bilan javob beradi.

2.Sopor holati (sopor). Bunday holatda bemor uyqu holatida bo'ladi. Uni uyqudan uyg'otib suhbatlashish mumkin, keyinchalik bemor yana o'z holatiga qaytadi.

3.Koma holati (coma). Bunda bemorning barcha reflekslari yo'qoladi. Ahvoli og'irlashadi. Qattiq uyqu holatiga ketadi. Koma quyidagi kasalliklar (qandli diabet, buyrak kasalliklari, miya qon aylanishlarining izdan chiqishi, o'tkir infeksiyon kasalliklar, jigar kasalliklari, miyaga qon quyilishi, miya shikastlanishi, narkotik moddalar ta'siri alkogolizm, morfin, veronal va boshqa narsalar bilan zaharlanishi, malyariya, meningit, tutqanoq va hokazo)da tez rivojlanadi. Komatoz holatni juda ham og'ir kasallik oqibati sifatida ko'rish mumkin.

Yuqorida keltirilgan kasalliklarda bemorning haddan tashqari vajohatliligi, es-hushining noaniqligi sababli atrofida zarar keltirish holatlari kuzatiladi.

Bemorning holati. Bemorning quyidagi holatini kuzatish mumkin:

1.Faol holat - mazkur holatda bemor yotgan joyida o'z holatini o'zgartirishi mumkin va erkin mustaqil ravishda o'zi yura oladi.

2.Passiv (sust) holat- qachonki bemor joyida qimirlamay yotadi va tevarak atrofiga e'tiborsiz bo'ladi va o'zgalar yordamiga muhtoj bo'ladi .

3.Majburiy holat - bemorning ahvolini yengillashtiruvchi holat. Majburiy holat turli xil bo'lishi mumkin. Masalan, yurak qon-tomir xastalıklarida chalingan bemorlar o'ng tomonda yotishni va ortopnoe holati (bemor o'tirgan holatda oyoqlari pastga tushirilgan) ni ma'qul ko'radilar.

Majburiy holatga - boshqa kasalliklar (bronxial astma, bronxoektaz, plevrit, yallig'lanish, peritonit, appenditsit va hokazo) bilan xastalangan bemorlar misol bo'la oladi. Bronxial astma xastaligiga chalingan bemorlar odatda o'z joylarida yotmaydilar, aksincha stulda qo'llari bilan tizzani ushlab tong ottiradilar. Bunday

holatda nafasni yordamchi mushaklari nafas aktida ishtirok etadi va bemorning ahvolini oz bo'lsa-da yengillashadi.

Ba'zi bir kasalliklar (o'tkir peritonit, appenditsit) da qorin qismida qattiq og'riqlar paydo bo'lsa, oyoqni ikki qatlab chalqancha yotiladi.

Oshqozon osti bezi raki , diafragmal plevrit, umurtqa sili xastaliklarida bemor ko'pincha yotishni ma'qul ko'radi. Bunday holat qorindagi og'riq hissini sekinlashtiradi.

Oshqozon yara (yazva) kasalligida qorin qismini qo'llar bilan bosib turish kerak, shunda og'riq asta- sekin pasayadi.

Meningitda esa bemor majburan yonboshlab yotib, ikki oyog'ini qatlab, boshini orqaga tashlab yotadi. Ko'p hollarda mana shunday majburiy holatlar shifokorga kasallikni aniqlashga yordam beradi.

Konstitutsiya-funktional va morfologik belgilar yig'indisi bo'lib, tug'ma yoki orttirilgan tabiatga egadir. Odam konstitutsiyasi bo'yicha M.V. Chernorutskiy tomonidan taklif qilingan tasnif qabul qilingan. Unga ko'ra uch xil konstitutsiya tipi farq qilinadi: normostenik, astenik va giperstenik. Konstitutsiyani bilish ichki kasalliklarni aniqlanishida yordam beradi. Masalan: gipersteniklarda modda almashinuvi pasaygan bo'lib, ko'pincha ularda semirish, o't-tosh, buyrak-tosh, gipertoniya, ateroskleroz kasalliklari rivojlanadi. Asteniklarda esa modda almashinuvi kuchaygan bo'lib, ularda ko'pincha o'pka kasalliklari, ichki a'zolarning pastga siljishi (splanxnoptoz) kuzatiladi.

Shuning uchun reja asosida sog'lomlashtirish-profilaktika chora-tadbirlarini ko'rish katta ahamiyatga egadir (mehnatni, dam olishni, ovqatlanishni to'g'ri tashkil qilish, badantariya va sport bilan shug'ullanish va h.k.). Bemorning semizligi yoki ozg'inligi, teri osti yog' qatlami rivojlanishi ko'zdan kechirilib va paypaslash orqali aniqlanadi. Teri osti yog' qavati qorin sohasida, qovurg'a pastida me'yorda taxminan 2 sm ga teng.

Tana vaznini o'lchash. Bemorni maxsus tibbiy tarozida vazni o'lchanadi. Ertalab nahorda oddiy kiyimda va siydik pufagi to'ldirilmagan holda gavda vaznini o'lchash maqsadga muvofiq bo'ladi. Bemorni vaznini o'lchashdan oldin tarozi sozligini tekshirib, yo'nalish toshchalarini 0 holatiga keltirib o'lchashni boshlanadi. Odatda bunday o'lchamlar haftada bir yoki ikki marta o'tkaziladi.

Har bir bemorning holatini baholash talabalarning asosiy vazifasi bo'lib hisoblanadi.

Bemorga nisbatan talabdan juda ko'p narsalar talab qilinadi: bemorning kelib chiqishi, kasallik tarixi, umumiy ahvoli, kasallik va hayot anamnezi, boshqa ma'lumotlar va hokazo. Mazkur ma'lumotlar asosida bemorning keyingi davolanish jarayoni olib boriladi va kuzatilib boriladi.

Bemorning fizikal va psixoiijtimoiy muammolarini aniqlash va ularni yig'ishning eng asosiy yo'nalish bo'lib hisoblanadi. Bemor holatini baholash asosan

talabani amaliy ko'nikmalariga bog'liqdir. Suhbatlashish, bemorning umumiy holatini tekshirish, maslahatlar bemorning umumiy holatini baholash me'zoniga kiradi.

Bemorni umumiy tekshirish vaqtida klinik topilmalardan keng foydalaniladi. Shular jumlasiga, palpatsiya perkussiya va auskultatsiya tekshirish usullari kiradi. Bularning hammasi talaba uchun ma'lumotlar bazasi bo'lib hisoblanadi. Keyinchalik esa ma'lumotlar yig'indisi klinik tashxis va shifokor tavsiyalari uchun asos bo'lib qoladi.

Bemorni davolashda talabadan fizikal baholashning har xil yo'nalishlari talab etiladi. Bemor holatini ketma-ket va har tomonlama baholashni amalga oshirish uchun tizimlashtirilgan usul yordam beradi. Hamshira o'zining ish tajribasi va amaliy ko'nikmalari asosida fizikal baholash asoslarini yanada kengaytirilgan holda puxta o'zlashtirishi mumkin.

Umumiy ma'lumot yig'ish usullari: suhbatlashish, umumiy ko'zdan kechirish, bemorning fizikal holati, tibbiy mutaxassislar tavsiyalari, adabiyotlar ro'yxati, palpatsiya, auskultatsiya va perkussiya fizikal baholashning asosini tashkil etadi. Shuningdek, bemor haqidagi ma'lumotlar manbaiga: kasallik varaqasi (tarixi),– bemorning hozirgi va avvalgi holati haqidagi ma'lumot, yozma ma'lumot – tibbiy mutaxassislar tavsiyalari va tashxislari, muammolarni yechish, davolash usullari va bemor haqida uning do'stlari va oila a'zolariga berilgan ma'lumotlar kiradi.

Bemor haqida ma'lumot to'plashning aniq bir usuli mavjud emas. Qaysi usuldan foydalanishdan qat'iy nazar hamshira to'liq fizikal tekshirishni amalga oshirishi lozim.

Ma'lumotlar yig'ilishiga talab bir xil, lekin ularni bajarilish usullari har xil bo'lishi mumkin. Usullarning bir – biridan farqlanishi bemorning holatiga bog'liq. Talaba o'zini yagona usulini ishlab chiqmoqchi bo'lsa, u holda mavjud bo'lgan usullar bilan tanishishi, ularni o'zaro taqqoslashishi va olingan ma'lumotlarni tizimlashtirishni o'rganishi shart.

O'zaro suhbatlashish (so'rov) -bemor bilan suhbat qurish. Bu paytda talaba bemorga tegishli muammolar haqida ma'lumot yig'adi va bu mutaxassisga kelajakda bemor bilan qanday munosabatda bo'lishga so'zsiz yordam beradi. Bemor bilan birinchi uchrashuvda o'zaro birlik, talabaga nisbatan ishonch paydo bo'lishi ular orasidagi munosabatni mustahkamlanib borishiga poydevor yaratadi. Talabani so'zlashuv odobi, muomalasi, e'tiborli bo'lishi, shirin so'zlashuvi bemorga ishonch hosil qildirib uni rom etishi lozim. Bemorning o'zi haqidagi yig'ilgan ma'lumot – sub'yektiv ma'lumot bo'lib hisoblanadi.

Agar bemor fizik yoki psixoemotsional o'zgarishlar tufayli suhbatlashish jarayonida qatnasha olmasa, u holda uning oila a'zolarini yoki do'stlarini jalb etish zarur.

Talaba ilk savollar orqali bemorning holati qay darajada ekanligini aniqlab olishi mumkin. Mazkur so'rov orqali allergik yoki surunkali kasalliklar (uzluksiz davom etayotgan yoki vaqti- vaqti bilan qo'zg'aladigan xastaliklar) aniqlanadi. Bir qator savollar mavjudki, ularga berilgan javobga qarab, bemorning joriy holati va kasallik turi aniqlanadi. Talaba bemorga quyidagi savollar bilan murojaat qilishi mumkin:

- O'z so'zingiz bilan sizni nima bezovta qilishini aytib bering;
- Shuning uchun ham siz bizga murojaat etdingizmi?;
- Bu muammo sizni avval ham bezovta qilganmi?
- Sizning ahvolingizga nima ta'sir qila olishi mumkin?
- Qaysi holatda ahvolingiz yaxshilanadi?
- Oila a'zolaringiz bunga qanday qarashadi?
- Oilangiz sog'lig'ingiz haqida g'amxo'rlik qiladimi?
- Sizningcha biz, ya'ni tibbiyot xodimlari sizga nima bilan yordam berishimiz mumkin?

Talabalik ishida anamnez yig'ish – bemor bilan bo'lgan o'zaro suhbatni hujjatlashtirishdir. Hujjatlashtirishning qaysi ko'rinishidan foydalanishdan qat'iy nazar siz bemordagi kasallik belgilari haqida ma'lumot to'plashingiz darkor. talaba quyidagi keltirilgan savollar orqali bemorda kechadigan dardlarni baholashi mumkin:

- Dard kechishi haqida : « qayeringiz og'riydi?»
- Dardning boshlanishi va davom etishi haqida: « Qachon dard paydo bo'ldi?» , « Qachondan beri davom etib kelmoq-da?»
- Dardning kuchayishini yoki kamayishini aniqlash: « 0 dan 5 ballgacha tizimda baholasak, sizningcha dardingiz qan-day jadallikda?»
- Tashqi muhitning ta'siri : «Qaysi hollarda dard kucha-yadi?, og'riqni pasaytirish uchun nimalar yordam beradi?»
- «Bu dard sizga qay darajada ta'sir etadi?, ya'ni u yoki bu ishni bajara olasizmi?»
- «Siz o'z dardingizni qanday baholay olasiz?, bu dard ha-yot uchun xavflimi?»

Kerakli ma'lumotga ega bo'lish uchun, barcha savollarni berish shart emas. Ba'zan bir savolga bir necha javob olish mumkin. Suhbatlashish jarayoni bemorning holatiga qarab kechadi. Agar bemor og'ir ahvolda bo'lsa, bir yoki ikki kerakli (aniq) savollarning o'zi kifoya. talaba bilan bo'lgan suhbat davomida bemor o'zini yengil his etmasa, bu dialog samarasiz bo'lib qoladi. Shuni bilish lozimki, «talaba haqiqati» bu bemorga sog'lig'iga ijobiy foyda keltiradigan bo'lishi lozim, aks holda bu haqiqat o'zining ahamiyatini yo'qotadi. Bemor bilan bo'ladigan suhbat bu – konstruktiv ijodiy- xarakterga ega bo'lishi kerak. Bizning fikrimizcha ushbu suhbat bir-biriga uzviy bog'liq bo'lgan sahna asariga o'xshaydi. Birinchi qismi bu subyektiv tomoni bo'lib, unda bosh rolni ijro etuvchi bemor bo'lib hisoblanadi. Ammo talaba bu rol ijrosini boshqara olishi kerak, aks holda bu suhbat monologga aylanib, kutilgan natijani bermasligi mumkin. Ikkinchi qismi bu obyektiv tomoni bo'lib, unda talaba

asosiy rolni ijro etadi. U ushbu jarayon davomida fizikal tekshirish usullarini keng qo'llab, atroflicha ma'lumotga ega bo'lishga harakat qilishi lozim.

Bemorni bevosita ko'zdan kechirish

Bemorni tekshirish ikki usulda amalga oshiriladi. 1. Fizikaviy usul. Bu hech qanday asbob ishlatmasdan tekshirish usuli hisoblanadi. 2. Laboratoriya – asboblar bilan tekshirish usuli. Bu usul fan va texnika rivojlangan keyingi o'n yil ichida juda keng tarqaldi. Laboratoriya va asboblar yordamida tekshirish muvaffaqiyatli bo'lishiga qaramasdan kasallikni o'rganishda ilgariidek bevosita fizikaviy tekshirish usuli asosiy usul bo'lib qolmog'i kerak. Laboratoriya va asboblar bilan tekshirish usuli faqat yordamchi ahamiyatga ega bo'lishi kerak. Birinchi – ko'zdan kechirish usuli odatda so'rashdan so'ng o'tkaziladi. Ko'zdan kechirish anamnez yig'ish davrida ham davom etadi. Shuni aytish kerakki, ba'zan bemorni bir bor ko'rishning o'ziyoq kasallikni aniqlash imkonini berish.

Ko'rish juda oddiy tekshirish usuli bo'lishiga qaramasdan, ko'zdan kechirishda to'g'ri ma'lumot olish uchun ma'lumot shart – sharoitiga rioya qilish zarur:

1. Ko'rish iloji boricha kunduzi – tabiiy yorug'likda o'tkazilishi kerak, chunki sun'iy, jumladan elektr nuri ba'zi belgilarni xirillashtirib qo'yadi. Ko'pincha u teri rangini, ba'zi bir toshmalarni aniqlay olmay qolishimizga sabab bo'ladi. Tabiiy yorug'likda tananing shakli, terining rangi, toshmalar, yondan yoritilganda a'zolarining harakati, tebranishi ko'rinadi.

2. Ko'zdan kechirishda dastlab bemor beligacha tekshiriladi, so'ngra uning orqasi, qo'l – oyoqlari, qorni va hokazolar ko'zdan kechiriladi.

3. Ko'rish o'tkazilayotgan xona harorati o'rtacha bo'lishi kerak, chunki past yoki yuqori haroratda bemorning terisida ma'lum o'zgarishlar paydo bo'lishi (oqarishi, ko'karib ketishi, marmarsimon rangga kirishi yoki aksincha qizarishi, terlash va hokazolar) kuzatilishi mumkin.

4. Ko'rish tartib bilan bemorni boshidan – oyoq to'la – to'kis ko'zdan kechirish orqali amalga oshiriladi.

Ko'rishda birinchi navbatda benorning umumiy ahvoli, es – hushi, vaziyati, yuz qiyofasi, terisining rangi, bo'y – basti, gavda tuzilishiga ahamiyat beriladi. Bemorning umumiy ahvoli qoniqarli, o'rtacha og'ir, nihoyatda og'ir, agonal (o'lim talvasasida) bo'lishi mumkin.

Bemorning vaziyati faol, sust (passiv) va noiloj bo'lishi mumkin. Sog'lom odamning vaziyati faol bo'ladi, u og'riq va noxushlik sezishiga qaramasdan vaziyatini o'zgartira oladi. Bemorning faol vaziyatda bo'lishi uning kasalligiga nisbatan biror – bir narsani bildirmaydi, ammo bu uning es-hushi saqlanganligidan hamda muskullarini ruhiy nazorat qila olishligidan dalolat beradi. Ba'zan uzoq vaqt to'shakda yotib qolgan bemor umrini oxirigacha es-hushini saqlagan holda va faol vaziyatda bo'lishi (masalan, xavfli o'sma yoki rakda) va aksincha ba'zida unchalik og'ir bo'lmagan funksional kasalliklarda (hushdan ketish, isteriyada) bemorning

vaziyati vaqtincha sust bo'lishi mumkin. Sust vaziyat bemor uchun ko'pincha noqulaylik tug'diradi: bosh pastga osiltirib qo'yilganda yoki oyoqlar tagiga bukilganda (bu ko'pincha umumiy darmonsizlikda, to'satdan ko'p qon yo'qotganda yoki hushdan ketganda) kuzatiladi va u bemorning ahvoli og'irligini ko'rsatadi, lekin qisqa muddatli hushdan ketishda ham vaqtincha sust vaziyat kuzatiladi. Sust vaziyat og'ir o'tkir yuqumli kasalliklar (toshmali, qaytalama, ich terlamalarda, milliard o'pka sili, bezgak va boshqalar) da kuzatiladi.

Noiljlik vaziyati – kasallikning biron-bir xususiyati majbur qilganda bemor oladigan holat hisoblanadi. Bunda bemor o'z xohishiga ko'ra o'z vaziyatini o'zgartirishi mumkin, lekin og'riqning kuchayishi natijasida dastlabki holatga qaytishi uning ahvolini yaxshilaydi, og'riq azoblari kamayadi. Bunday vaziyatga turli sabablar olib kelishi mumkin, lekin birinchi o'rinda og'riq va hansirash turadi. Noiljlik vaziyatining turlari ko'p, shulardan eng ko'p uchraydigani qotib turish holatidir. Bu holat yurak sanchig'I huruj qilganda kuzatiladi. Bunda to'satdan yurak sohasida kuchli og'riq bo'lib, o'lim vahimasida huruj muddatini oyoqda o'tkazadilar. Xuddi oyoq tomirlari tortishishida bo'lganidek, almashinuvchi oqsoqlikda yurib ketayotgan bemor to'satdan to'xtaydi va tomir tortishishi tugaguncha qimirlamasdan turadi. Noilj o'tirish (ortopnoe)vaziyati kuchli hansirashga uchragan bemorlarda uchraydi. Bemor oyoqlarini tushurgan holada o'tiradi va qo'lari bilan karavot yoki kreslo (kursi) chetiga tayanadi, yelka kamarini mustahkamlaydi. Bu vaqtda nafas olishda yordamchi nafas muskullari ishtirok etadi, natijada hansirash kamayadi. Noilj yonboshlab yotish holati nafas a'zolari plevra bilan birgalikda shikastlanganda (zotiljam, plevrit, qovurg'alar sinishi), yurak kasalligi bilan og'riq bemorlarda kuzatiladi. Noilj orqa bilan yotish holati qorincha kuchli og'riq bo'lganda (peritonit, o'tkir ko'richak, oshqozon va 12 barmoq ichak yarasi teshilganda) kuzatiladi. Bunda ko'pincha kasalning oyoqlari tizzasidan bukilgan bo'ladi.

Orqa bilan deyarli qimirlamay yotish vaziyati bodning bo'g'inli faol turida kuzatiladi. “So'roq belgisi”, “miltiq tepkisi”, “akillayotgan it”, vaziyatlari – boshni orqaga tashlab, oyoqlarini tizza bo'g'inidan bukib qoringa keltirib va yonboshlab yotish serebrospinal meningitga xos.

Opistotonus vaziyatiga orqadagi uzun muskullarning uzoq vaqt tetanik qisqarishi sabab bo'ladi, buning oqibatida bemorning tanasi yoyga o'xshab egiladi, natijada bemor karavotga ikki yoki uch nuqtasi bilan tegib yotadi – ensasi va tovonni yoki ensasi, chanog'i va tovonni bilan. Qorin bilan yotish vaziyati me'da osti bezining o'smasi oqibatida kelib chiqqan kuchli og'riq vaqtida, me'da va 12 barmoq ichakning orqa devorida yara bo'lganda va ba'zi boshqa holatlarda (quymichdagi yotoq yaralarda) kuzatiladi. Tizza – tirsak vaziyati ekssudativ perikarditda, ba'zan qorinda og'riq bo'lganda – “Muhammad Qavmining nomoz o'qiyotgandagi holati” kuzatiladi. Noiljlik vaziyatining turlari kinofilmlar, slaydalar va jadvallar

orqalinamoyish qilinadi. Bemorning bo'y-basti to'g'ri va noto'g'ri (qiyshiq) bo'lishi mumkin (umurtqa pog'onasining, to'sh suyagining, qovurg'alarining qiyshiq-lari, qo'l-oyoqlarning qiyshiq-ligi, kaltaligi va hokazolar).

Gavda tuzilishi (konstitutsiyasi) – funksional va morfologik belgilar yig'indisi bo'lib, tug'ma va ortirilgan tabiatga ega. Odam konstitutsiyasini ta'riflash uchun juda ko'p tasniflar taklif qilingan. Ulardan eng ko'p tarqalgani va manzur bo'lgani taniqli olim, ko'zga ko'ringan terapevt M.V. Chernorutskiy tomonidan taklif qilingan tasnif bo'lib hisoblanadi. Bu tasnifga ko'ra normostenik, astenik, giperstenik konstitutsiyalar farq qilinadi.

Tana tuzilishi har tomonlama yetuk bo'lgan odam normostenik konstitutsiyasiga kiradi. Bo'y uzunligining ustunligi, xushbichimligi, ixchamligi, yengilligi, lekin umumiy rivojlanishning nimjonligi astenik konstitutsiyasiga xosdir. Astenik konstitutsiyasigagi kishilarning bo'yi ko'pincha o'rtachadan baland, qo'l-oyoqlari gavidaga nisbatan uzun, ko'krak qafasi qorindan ustun bo'ladi.

Giperstenik konstitutsiyaning morfologik belgilari: eniga rivojlangan, ulkan, og'ir, to'la va tuzilishi pishiq bo'ladi. odatda giperstenik konstitutsiyadagi odamlarning bo'yi o'rtacha yoki undan pastroq, gavidasi nisbatan ustun, oyoq-qo'llari kalta, qorin ko'krak qafasidan, eni bo'yidan ustun bo'ladi. Tananing tashqi tuzilishi uning ichki tuzilishiga ma'lum ma'noda, ya'ni a'zolarining kattaligi, joylashishi va hokzolarga mos keladi. Demak, tananing tashqi tuzilishiga qarab ichki tuzilishi o'ziga xosligini oldindan ko'rish mumkin. Ichki a'zolar ichida o'pka asteniklarda nisbatan katta bo'ladi, qolgan hamma a'zolar – yurak, jigar, ichak, me'da osti bezi, buyrak, qorataloq gipersteniklarda katta bo'ladi. Ichki kasalliklar klinikasi konstitutsional tuzilishni bilish kasalliklarni to'g'ri aniqlashga birmuncha yordam beradi.

Bir xil sharoitda har xil tuzilishdagi odamlar, agar ular kasal bo'lsalarko'pincha har xil kasallik bilan kasallanadilar. Masalan, gipersteniklarda ko'pincha asteniklarga nisbatan almashinish jarayoni pasaygan bo'lib, ularda modda almashinish kasalliklari rivojlanadi. Jumladan, semirish, o't-tosh kasalligi, buyrak-tosh kasalligi ateroskleroz, gipertoniya kasalligi.

Asteniklarda almashinish jarayoni tezlashgan bo'lib, ularda ko'pincha o'pka kasalligi, boylam va qorin pardasining kuchsizligi natijasida ichki organlarning osilib pastga siljishi (splanxnoptoz) kuzatiladi. Ammo shuni ta'kidlash kerakki, kasallik ma'lum noqulay tashqi sharoitda rivojlanadi. Shunday ekan, reja asosida sog'lomlashtirish – profilaktika chora – tadbirlarini ko'rish katta ahamiyatga ega.

Bu yerda teri osti yog' qavatini odatda taxminan 2 sm gat eng. Teri osti yog' qavatining qalinligiga qarab semizlikni, ozib ketishni, haddan tashqari ozib ketishlik (kaxeksiya) ni aniqlaymiz.

Bo'zarish vaqtinchalik (kuchli emotsiya, qo'rqish, hayajonlanish, kuchli og'riq) va doimiy (kamqonlikda, buyrak kasalliklarida, aorta qopqog'ining nuqsonida) bo'lishi mumkin.

Qizarish ham vaqtinchalik yoki doimiy, tarqalgan yoki chegaralangan bo'ladi. Vaqtinchalik qizarish fiziologik hodisa bo'lib, asabning qo'zg'alishi, g'azablanish, uyalish, issiqlab ketish natijasida ro'y beradi. Harorat ko'tarilganda ro'y beradigan qizarish patologik hodisa hisoblanadi. Ba'zan harorat ko'tarilganda rang o'chishi ham mumkin (bod, sepsis, yiringli jarayonlar vaqtida). Gipertoniya kasalligida qizarish yuzda bo'lmay ko'proq bo'yinda bo'ladi.

Ko'karish doimo patologik holat bo'lib, u quyidagi hollarda paydo bo'ladi: 1) gaz almashinuvi buzilishi bilan kechadigan nafas a'zolari kasalliklarida; 2) qonning tomirlarda oqishi buzilishi bilan kechadigan yurak-tomir sistemasi kasalliklarida; 3) qon zaharlanganda.

Ko'karish odatda ko'pincha do'ng joylarda, labda, burun ichida, quloq suprasida, tizzada kuzatiladi, ba'zan yurakdan ancha uzoqda – barmoqlarda, tirnoqlarda (akrosianoz) uchraydi.

Sarg'ayish (ikterus) turlicha bo'lishi mumkin: bilinear – bilinmas kechadigan ba'zan sarg'ayish tabiatini va uning qachon paydo bo'lganligani aniqlash mumkin. Sariqlik uzoq vaqt kechkanda yashil tus oladi, mexanik sariqlik qichishish bilan davom etadi va terida tirnoq izlari qoladi. Sariqlik yumshoq tanglayda va oqida yaqqol ko'rinadi. Qonda karotin pigmenti ko'payib ketganda qo'l kafti va oyoq panjalarida ro'y beradigan sarg'ayishni va dori ichgandagi sarg'ayishni haqiqiy sariqlikdan farq qilish kerak. Bu vaqtda ko'z oqi sarg'aymaydi.

Bug'doy rang tus faqat bronza yoki Addison kasalligida kuzatiladi (buyrak usti bezining funksiyasi pasayganda yuz qora dog'aga o'xshash tusga kiradi yoki lunj shiliq pardasida, milkda siyohrang dog'lar paydo bo'ladi). Terida yana sepkil va xollarni ko'rish mumkin, ular tashxisni ahamiyatga ega emas. Yuz, peshona va lunjdagi qoramtir va jigarrang dog'lar (xloazma) ko'proq homilador ayollarda uchraydi, ular jigar va ichakning surunkali kasalliklarida ham kuzatiladi. Qorinning o'rta chizig'I, emchak so'rchig'i atrofining qorayishi ko'pincha xomiladorlikda kuzatiladi.

Pigment yo'qolishi bilan bog'liq o'zgarishlar ham uchraydi. Bu vaqtda terida pigmentsiz sohalar paydo bo'lib, ular kattaligi va shakli jihatidan har xil bo'ladi. Atrofi pigmentli soha bilan chegaralanadi. Ular ko'pincha simmetrik joylashadi. Bu dog'lar barqaror, hech qanday subyektivta'sirlanish va funksionalbuzilishga olib kelmaydi.

O'rta Osiyoda ishlovchi vrachlar bunday kasallar va uning atrofidagi kishilar bilan uchrashganda pes kasalligining yuqmasligi, zararsizligi haqida tushuntirish ishlari olib borishlari kerak, chunki ba'zi bir odamlar bu kasallikni og'ir, davolab bo'lmaydigan moxov kasalligi bilan almashtiradilar va ular bunday bemorlar bilan

muloqot qilmaslikka harakat qiladilar. Terining butunlay pigmentsizlanishi (albinizm) juda kam uchraydi. Teridagi toshmalar, ularning joylashish tabiati, paydo bo'lish vaqi va hokazolar katta tashxisiy ahamiyatga ega. Toshmaning asosiy elementlari sariq dog' (masula), tuguncha (papula), pufakcha (vesicula), qavariq (urtica), eritema (erythem), qon quyilishi (petechia) va hokazo bo'lib hisoblanadi. Qator yuqumli kasalliklar toshma toshishi bilan kechadi: qizamiq, qizilcha, skarlatina, suvchechak, chinchechak, ich terlama, toshmali terlama, paratiflar. Ba'zan toshmalar ichki a'zo kasalliklarida ham kuzatiladi.

Ko'rish va paypaslash orqali terining egiluvchanligi aniqlanadi. Patologik holatlarda terining tarangligi birmuncha o'zgaradi. Limfoleykozda, limfogranulematozda, limfosarkomada va ikkilamchi zahmda limfa tugunlarini kattalashishi kuzatiladi. Darajasiga, og'riq borligiga, kichrayishiga, tirishishiga diqqatni jalb qilamiz.

Suyak skeletlari: umurqa pog'onasi, ko'krak qafasi, bosh suyagi, qo'l-oyoqlardagi nuqsonlar ko'rish orqali aniqlanadi. Bunday o'zgarishlar ko'pincha endokrin kasalliklarda, akromegaliya, xondrodistrofiya, infaltilizm, axta, raxit, sil kasalligi bor bemorlarda kuzatiladi.

Yuz – dil oynasi deydi xalqimiz. Yuzning ko'rinishi benorning ichki kechinmalarini aks ettirib turadi.

Masalan, ichki kasalliklarda quyidagi o'zgarishlar kuzatiladi: isitmalash, lab qurishi, terining qizarishi va hokazo. Ular rang – barang ko'rinishda bo'lishi mumkin. O'pkaning krupoz yallig'lanishida ko'pincha yuzning bir tomoni qizaradi, burun va lab atroflariga uchuq toshadi, burun qanotlari nafas olishda qatnashadi va bemor g'amgin ko'rinadi.

Buyrak kasalliklarda benorning yuzi tushunib bo'lmaydigan darajada o'zgaradi, u xunuklashib, yuqori va pastki qovoqlari salqib ketadi.

Aorta qopqoqlarida nuqson bo'lganda yuz oqaradi.

Tiklanish qobiliyati yo'qolgan yurakning ikki tavaqali qopqog'i yetishmovchiligida "mitral" yuz kuzatiladi, bunda quloq va burun uchlari, lab ko'kimtir – binafsha rangida bo'lib, lunjlarda ko'kimtir – dog' paydo bo'ladi.

Qorvazor yuzi – surunkali yurak yetishmovchiligiga xos bo'lib, bemor og'zini yarim ochib xuddi havoni tutayotgandek harakat qiladi. Yuzlari sarg'ish, bo'zraygan, ko'kimtir tusda bo'liadi, yoshli ko'zlari nursiz ko'rinadi.

Nevrasteniklarda "horg'in" yuz kuzatiladi.

Bazedov kasalligida yuz harakatlarga boy bo'ladi, benorning ko'zlari yaltirab, chaqchayib turadi, unda g'azablanish yoki qo'rqish ifodasini kuzatish mumkin.

Miksedema kasalligida yuz esi pastlarniki kabi so'lg'in, ko'zlar qisilgan, ko'pincha ma'nosiz nigohli bo'ladi. Yuz oqarib lunjlar bo'yalgan kabi qizil bo'ladi.

Akromegaliya kasalligida yuz, burun, lablar, qosh usti ravoqlari haddan tashqari kattalashadi va tish oralig'I kengayib, pastki jag' oldinga bo'rtib chiqadi. Issenko –

Qushing sindromiga yuz oysimon bo'lib, ayollarda ko'pincha soqol – mo'ylov o'sib chiqadi.

Axta odamning yuzi soqol – mo'ylov bo'lmasdan mayday sepkillar bo'ladi (burushgan olmani eslatadi).

Gippograt yuzida ko'zlar ichiga botgan, burun o'tkirlashgan,teri ko'kimsir,peshonani sovuq ter bosib turadi. Bu holat ko'pincha qorin pardasining o'tkir tarqalgan yallig'lanishida, o'lim talvasasidagi bemorda kuzatiladi.

Parkinsonizmdan azob chekkan bemorda yuz harakatsiz (mimikasiz) bo'ladi.

Shersimon yuz moxov kasalligida uchraydi. Bunda burun kataklari kengayib, qosh ustidagi va ko'z ostidagi terilar tugunsimon qalinlashadi, qoshning chekka qismlari to'kilib ketadi.

Insult kasalligida va pereferik nervlar shikastlanganda nosimmetrik yuz kuzatiladi.

Bemorni yuzini ko'rgan vaqtimizda bir qancha ko'z sinamalarini aniqlashimiz mumkin. Masalan, ko'zlarning chaqchayib turishi (exophtalmus) – tireotoksik buqoqda ko'zning ichga botishi (enophtalmus) – gipotireozda hamda ushbu kasallikda Grefe, Shtelvag, Mebius, Gorner sinamalarini ko'rishimiz mumkin.

Muammoli masalalar.

1-masala. Antropometriya (anthropos – odam, metron – o'lchov) – odamning gavda tuzilishini, ya'ni bo'yi, ko'krak aylnasi va gavda og'irligini aniqlash usulidir. Antropometrik ko'rsatkichlar orqali tashxis uchun muhim ma'lumotlar olish mumkin.

Bemorning bo'yi maxsus bo'y o'lchagich bilan o'lchanadi. U santimetrlarga bo'lingan tik taxta va unga birlashtirilgan siljib yuruvchi gorizontol o'rnatilgan kichik taxtachadan iborat. Bo'y o'lchanayotganda kishi o'lchagich tagidagi taxtachaga orqasi bilan turadi. Bunda gavdasining uch joyi: tovon, dumba va ko'krak taxtaga tegib turishi va tashqi eshituv yo'lining ustki chegarasi ko'zningtashqi burchgi bilan bir gorizontol chiziqda turishi kerak. Shundan keyin o'lchagichning siljувchi taxtachasi bosh ustiga tushiriladi va uning qaysi son ustida turgani belgilanadi.

Ko'krak qafasining aylanasini santimetrli tasma bilan osoyishta nafas olinib chiqarilgan, qo'llar pastga tushirilgan vaqtda o'lchanadi. O'lchov lentasi orqa tomondan ko'krakning burchagi ustidan, old tomondan esa VI qovurg'aning ustidan o'tishi kerak. Ko'krak aylanasidan tashqari uning old-orqa va ko'ndalang diametrlari sirkul yordamida o'lchanadi.

Bemorlar shifoxonaga kelganlarida va u yerdan davolanib chiqib ketayotganlarida ularning vazni o'lchanadi. Bemor vazni kiyimsiz kiyimsiz holda erta bilan nonushta qilmasdan, bemor qovug'ini bo'shatgandan keyin o'lchanadi. O'lchash uchun oddiy yuk tarozidan foydalaniladi. Tortilgandagi natija kasallik tarixidagi harorat varag'iga yozib qo'yiladi.

Benorning og'irligi me'yoridaligini bilish uchun uning santimetrda ifodalangan bo'y uzunligidan 100 ni ayiriladi. Masalan, bo'yi 180 sm – 100=80 kg. Demak, bo'yi 180 sm bo'lgan kishining og'irligi 80 kg bo'lishi kerak. Bundan 2 -3 kg ko'p yoki kamligi katta ahamiyatga ega emas. Kishining yoshi ortib borgan sari uning og'irligi ham ortda boradi. Masalan, 60 yashar bo'yi 180 sm bo'lgan odamning og'irligi 90-95 kg bo'lsa ham norma hisolanadi. Yetarlicha oqatlanmaslik, yuqumli jarayonlar, intoksikatsiyalar, iste'mol qilingan ovqatning singmasligi (ich ketish, qusish), endokrin a'zolar faoliyatining buzilishi (Bazedov kasalligi), xavfli o'smalar, asab kasalliklari va boshqalar tufayli bemorning og'irligi kamayib ketadi. Og'irlikning oshib ketishi esa quyidagi hollarda, ya'ni ko'p ovqat yeyish, moddalar almashinuvi va ichki sekretsiya bezlari faoliyatining buzilishi, shishlar paydo bo'lishi, tanadagi bo'shliqlarga suv yig'ilishi va boshqalar sababli kuzatiladi. Aniqlangan antropometrik ko'rsatkichlar asosida bir necha amaliy ahamiyatga ega bo'lgan indekslar hisoblab chiqariladi.

1. Bo'y – og'irlik kuchi – gavda tuzilishining mutanosibligini ko'rsatadi. Buni aniqlash uchun kilogrammlar bilan ifodalangan gavda og'irligini 100 ga ko'paytirib, santimetrlar bilan ifodalangan bo'y uzunligiga bo'linadi.

$$M \cdot 100$$

Uning formulasi

P

M – gavda og'irligi.

P – bo'y uzunligi.

Normada bu nisbatan 37-40 ga teng bo'ladi. Agar u ortib ketsa, bemorning me'yoridan ortiq tana og'irligiga ega ekanligidan, kamayib ketsa, ozg'inligidan dalolat beradi. Lekin bu ko'rsatkich hamisha shartli bo'lib, unga baho berishga bo'shqa klinik belgilarga ham e'tibor berish kerak.

2. Bo'y va ko'krak aylanasing mutanosiblik indeksi quyidagi formula asosida aniqlanadi: $P \cdot 100$, bunda O – ko'krak qafasining aylanasi.

O

Bu ko'rsatkich normada 50-55 ga teng bo'ladi. 50 dan kam indeksi ko'krak qafasining torligini, 55 dan ortig'i esa ko'krak qafasining kengligini ko'rsatadi.

3. Pine indeksi – yuqoridagi barcha ko'rsatkichlar orasida o'zaro mutanosiblik darajasini ko'rsatadi: $P - (O + M)$. Normada u 20 atrofida bo'ladi. bu ko'rsatkichning ortiq yoki kamligi mutanosiblikning buzilishidan dalolat beradi.

2- masala: tekshirish usullari orasida termometriya, ya'ni tana haroratini o'lchash alohida o'rin tutadi. Tana haroratining o'zgarishi ko'pincha kasallikning dastlabki belgilaridan hisoblanadi. Sog'lom odam harorati 36-36,8⁰ C atrofida bo'ladi. kun davomida harorat juda kam o'zgarib, 0,3 -0,5⁰C, ba'zan 1⁰C ni tashkil qiladi, chunki organizmda issiqlik paydo bo'lish va chiqarilish darajasi boshqarilib turadi. Odatda, sog' odamda jismoniy mehnatdan, to'yib ovqat yegandan so'ng, juda issiq xonada,

kuchli hayajonlanganda harorat bir oz ko'tarilib, uyqudan keyin bir oz oasayadi. Agar harorat 37 – 38⁰C atrofida bo'lsa, subfebril isitma, 38-39⁰ bo'lsa, o'rtacha isitma, 39⁰ dan yuqori bo'lsa, baland isitma deyiladi. bemor juda holsizlanganda, surunkali intoksikatsiyalarda harorat pasayishi (gipotermiya) mumkin (36⁰C dan kam).

Harorat ko'tarilishi bemorning ahvoriga ta'sir qiladi. Bemor bo'shashadi, og'zi quriydi, ajratilgan siydikning miqdori ancha kamayadi, ozib ketadi. Harora 1⁰C ga ko'tarilsa, puls taxminan 8 -10 taga ko'payadi, faqat ba'zi kasalliklarda (meningit, ich terlama) puls haroratning ko'tarilishidan orqada qoladi. Harorat 1⁰C ga ko'tarilganda nafas olish ham minutiga 4-5 martaga ko'payadi. Agar harorat ko'tarilsa, qaltirash paydo bo'ladi. Bunday sezgi teri tomirlarining birdan qisqarishidan yuzaga keladi. Bemor qaltiraganda terining rangi oqaradi, tirnoqlar ko'karadi va teri usti o'rdak terisiga o'xshab ketadi.

Baholash mezonlari №2

| Mavzuning nomi | Ball | Baho | Talabaning bilim darajasi |
|---|-------------|-------------|--|
| Bemorni alohida so'rab-surishtirish. Talabalarning bemorlar bilan alohida ishlashi, shikoyatlar yig'indisi va kasallik hamda hayot anamnezi. | 86-100 | A'lo | Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| Bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish (bemorning umumiy ahvoli, es-hushining holati, tana tuzilishi). Umumiy ko'zdan kechirish qoidalari, bemorni umumiy tekshirish | 71-85 | Yaxshi | Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 55-70 | Qoni qarli | Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 0-54 | Qoni qarsiz | Tasavvurga ega emas, bilmaydi. |

Uyga vazifa 3. Mustaqil ish.

Amaliy mashg'ulot №3

Antropometriya. Termometriya. Laborator va instrumental tekshiruvlar haqida umumiy tushuncha. Zamonaviy laborator va instrumental tekshiruv usullarining ahamiyati

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

| | |
|---------------------------|--|
| Mashg'ulot vaqti – 4 soat | Studentlar soni: 10 dan 12 gacha |
| Mashg'ulot formasi | Amaliy mashg'ulot |
| Amaliy mashg'ulot rejasi | Palpatsiya va perkussiya tekshirish usuli sifatida. Qalqonsimon bez va limfatik tugunlar palpatsiyasi. |

| | |
|----------------------------|--|
| | Klinik tekshirish sifatida palpatsiya va perkussiyaning qo'llanilishi. Palpatsiya va perkussiya rivojlanish tarixi, texnikasi, usullari, diagnostik ahamiyati. Perkutor tovush xarakteristikasi. |
| Amaliy mashg'ulot maqsadi: | Talabalarga palpatsiya va perkussiya usullarini o'rgatish. Qalqonsimon bez va limfatik tugunlar palpatsiyasini o'rgatish. |
| O'qitish uslubi | So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma. |
| O'qitish formasi | Kichik podgruppalarida. |
| O'qitish jihozlari | O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter. |
| O'qitish holati | Metodik jihozlangan auditoriya. |
| Monitoring va baholash | Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala. |

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

| Ish bosqichlari va vaqti. | Ta'lim beruvchi | Ta'lim oluvchilar |
|--|---|--|
| Tayyorlov bosqichi | 7. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 8. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 9. Davomatni nazorat qiladi | |
| 1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa) | 1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni yrganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | |
| 2 – asosiy bosqich (160 daqiqa) | 1. Talabalarni kichik guruhlarga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi | Kichik guruhlarga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar |

| | | |
|--------------------------------|---|---|
| 1- yakuniy bosqich (10 daqiqa) | 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi | Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi |
|--------------------------------|---|---|

3. Talabalarining nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

1. Palpatsiya nima?
2. Palpatsiya turlari.
3. Perkussiya nima?
4. Perkussiya turlari
5. Palpatsiyaning rivojlanish tarixi
6. YUzaki palpatsiyaning diagnostik ahamiyati
7. CHuqur palpatsiyaning diagnostik ahamiyati
8. Perkussiyaning rivojlanish tarixi
9. Perkussiya texnikasi
10. Monomanual perkussiya usullari
11. Bimanual perkussiya usullari
12. Perkutor tovushning xarakteristikasi
13. Qalqonsimon bezni palpatsiya qilish texnikasi
14. Qalqonsimon bezni palpatsiyaning diagnostik ahamiyati
15. Limfa tugunlarini palpatsiya qilish texnikasi
16. Limfa tugunlarini palpatsiyaning diagnostik ahamiyati

“Uch pog’onalı intervyyu” usuli

Har bir gruppada uchta talaba tanlab olinib, ular orasida “vrach”, “bemor” va “ekspert-UASh” rollari bo’linib beriladi. Bemor rolini tanlagan talabaga anonimno diagnozi aytiladi, va u shu diagnozga taaluqli shikoyatlar bildiradi, vrach diagnoz qo’yadi, ekspert UASh shikoyatlar va diagnoz mutanosubligini tekshiradi. Har bir guruh 10-15 daqiqa davomida konsultatsiya qilinadi, ekspert vrach faoliyatini 3 punk bo’yicha tekshiradi:

1. Nima to’g’ri qilindi
2. Nima noto’g’ri qilindi
3. Qanday qilish kerak

Guruh konsultatsiyasi xulosasini ekspert xulosasi bilan taqqoslaydilar.

Boshqa xil turi: talabalar ekspert rovida poliklinikada, haqiqiy konsultatsiyada ishtirok etib, butun guruh bilan analiz qilinadi.

Yuz qiyofasi. Yuz qiyofasini ko’zdan kechirish turli kasalliklarni aniqlashda yordam beradi. Yuzga qarab kasallik og’irligi (o’tkirligi) ni aniqlash mumkin. Bularga o’tkir peritonit, uremiya va boshqa o’tkir kasalliklarni misol qila olamiz. Bemor qattiq shamollab qolsa, ko’zlari o’tirib, yuzda shish va ter paydo bo’ladi. Yuzning bu ko’rinishini birinchi bo’lib tibbiyot asoschisi Gippokrat aniqlagan va bu- facies Hippokratica – shishgan, dokaday oqargan deb nom bergan.

Buyrak kasalligida (nefrit, nefroz) yuz va qovoqlar shishadi, bunda yuz qiyofasi facies nefriticus deyiladi. Yurak xuruji, yurakning tug’ma yoki orttirilgan nuqsonlarida ham yuz turli xil o’zgarishlarga duch kelishi mumkin, ya’ni lab burchaklarining ko’karishi (akrotsianoz) illatlari yuzaga keladi. Mitral klapan yetishmovchiligi va stenozida ham yuzda o’ziga xos o’zgarishlar kuzatiladi. Bunday holat facies mitralis deb nom olgan. Aortal klapan yetishmovchiligida yuz sal oqaradi. Cho’zilgan septik endokardit holatida esa yuz sariq rangli tus oladi - «cafe au lait» (sut va qahva rangida).

Silda esa «habitus phtizicus»-oriqlagan, rangsiz yuz, uzun-uzun kipriklar bo’ladi.

Endokrin xastalıkları (Basedov kasalligi, miksedema, akromegaliya va hokazo)da bemorning yuz qiyofasida bir necha o’zgarishlar kuzatiladi. Ayniqsa, gipertireoz kasalligida Basedov yuzi (facies Basedovica) ya’ni ko’zlar kattalashgan, chaqchaygan, qo’rquv hissi va qovoqlarning dag’allashishi namoyon bo’ladi. Qalqonsimon bez funksional yetishmovchiligi (miksedema) oqibatida yuzlar shishgan, aylana shaklda va befarqlik belgisi namoyon bo’ladi.

Gipofiz bezining oldingi qismi eozinofil adenoma xastaligida yonoq suyaklarini qizarishi va kattalashishi, burun, jag’, qovoq, lab, tilning keskin

kattalashishi kuzatilishi mumkin. Burun chetlari bo'rtib chiqishi, keskin qizargan yuz, burun va lablar chetida toshma (herpes) toshishi, sariqlik belgisi o'pka yallig'lanishini anglatadi. Shuningdek toshmalar badanda va tana a'zolarida ham uchrashi mumkin, masalan, turli xil infeksiyalarda: malariya, qaytalangan tif, serebrospinal meningitda kuzatiladi. Gerpes virusi ishtirokida paydo bo'ladi va nerv tarmoqlari herpes zoster bo'ylab tarqaladi.

Burun. Burun, yonoq suyaklari, jag'larning keskin kattalashuvi akromegaliyaga xosdir. Burun suyagi old devorini ichkariga kirishi (egarsimon burun), turli xil shikastlanishlarda kuzatiladi. Bundan tashqari, tug'ma zaxm kasalligi natijasidir. Mazkur kasallikda burun suyaklarining nekrozi rivojlanadi. Doimo qizargan burun aroqxo'rlik belgisidir. Burun qonashi esa yurak tomir xastaliklaridan dalolat beradi. Shuningdek, Osler, gipertoniya, yurak-qon-tomir tizimi xastaliklari va qon kasalliklari (leykoz, Verlgof kasalligi, trombotsitopatiyalar), Singa, surunkali gepatit, septik kasalliklar, uremiya, va boshqa holatlarda uchrashishi mumkin. Miyaga qon quyilishida va uch tarmoqli nerv tolalarining yallig'lanishida burun burmasini bir tomonlama silliqlashishi kuzatiladi.

Og'iz. Og'iz bo'shlig'i orqali til, tish va milklardagi o'zgarishlarni o'rganish mumkin bo'ladi. Milklarning shishishi va qonashiga, o'tkir leykoz va simob bilan zaharlanganda yuzaga keladi. Qo'rg'oshin bilan surunkali zaharlanishda asosan milklarda qoramtir chiziqlarni kuzatish mumkin.

Turli xil infeksiyalar va og'iz bo'shlig'idagi badbo'y hidlar stomatit xastaligidan darak beradi. Milklardagi to'q rangli chiziq, og'iz bo'shlig'idagi tangasimon dog'lar Addison-Birmer kasalligining belgisi hisoblanadi. Tilning qurishi har xil infeksiyalarda, o'tkir peritonit va turli kasalliklarda uchrashi mumkin. Tilni ko'zdan kechirish orqali bemorning umumiy ahvolini baholash mumkin. Tilning juda quruqligi katta – katta tilimlar (yoriqlar) paydo bo'lishiga olib keladi. Shuningdek, tilning qonashi va to'q rangli bo'lishi uremiyaning og'ir formasida yaqqol nomoyon bo'ladi. Ba'zi hollarda tilning ustki qismi tekislanib yumshaydi. Bu simptom Addison-Birmer kasalligiga xosdir. Tilning uchi og'rishi va kuyishish hissi paydo bo'lishi axiliya xastaligining alomatidir.

Ba'zida til qizg'ish rangda bo'ladi. Tilning bunday tus olishi B₁₂ vitaminining yetishmasligi sababidir. Bolalarning o'tkir yuqumli kasalliklarida til to'q qirmizi rangida bo'ladi. Qorin tifi kasalligida tilning ustki yuzasi to'q rangda, uchi esa qip-qizil rangda bo'ladi. Akromegaliyada til o'z o'lchamlariga nisbatan kattalashadi. Jigar serrozida til qip-qizil tus(malina tili)ga kiradi. Atrofik gastritda til surg'ichlari yassilanadi.

Sezgi a'zolari. Odam tashqi muhitdagi turli xil ta'sirlarni har xil sezgi a'zolari orqali qabul qiladi va tashqi muhitga shular yordamida moslashadi.

Shuning uchun ko'zlarni ko'zdan kechirish muhim ahamiyat kasb etadi. Yuz qiyofasining ko'rigi paytida ko'ruv organlarining holati (ko'z olmasi, ko'zning yordamchi hosilalari)ga e'tibor qaratish lozim. Bazedov kasalligining asosiy belgilaridan biri ko'zning bo'rtib chiqishi, chaqchayganligi (ikki tomonlama ekzoftalm) kuzatiladi. Bir tomonlama ekzoftalm – ko'z olmasiga qonning quyilishi, turli xil shishlar, yallig'lanish jarayonlari va o'smalarda uchrashi mumkin.

Miksedema, peritonit, agonyada esa ko'z gavharining o'tirib qolishi kuzatiladi. Shoh va to'r pardasining sariq rangda bo'lishi gepatit, o't pufagi va yo'llari tosh kasalligi, o'sma kasalligi, shuningdek, oshqozon osti bezi xavfli va xavfsiz o'sma xastaliklaridan darak beradi. Ko'z gavhariga e'tibor berganda albatta uning o'lchami, holati, yorug'likka bo'lgan javob reaksiyasini inobatga olish zarur. Morfin, opiy, turli xildagi gilyohvand moddalar bilan zaharlanganda ko'z gavharining torayishini kuzatishimiz mumkin.

Ko'z soqqasini qisqarishi rivojlanayotgan paralich holatida uchraydi, shuningdek, organizmga pilokarpin, rezerpin tomizilganda ham ko'z qorachig'i mushaklari qisqaradi.

Miyaga qonning quyilishi, komatoz holati va atropin dorilari bilan zaharlanganda ko'z qorachig'i kengayadi. Ko'z gavharlarining bir xil bo'lishi katta diagnostik ahamiyatga egadir. Ko'z gavharlari hajmining har xil bo'lishi markaziy nerv tizimining ish faoliyati buzilganligi haqida dalolat beradi.

Teri. Teri qoplamini ko'zdan kechirganda birinchi navbatda terining ustki qismiga va uning ostida joylashgan barcha qatlamlariga e'tibor qaratish lozim. Teri ustki qismining rangparligi kamqonlik kasalligida, o'tkir va surunkali qon yo'qotishlar (jarohatlanish oqibatida ko'p qon yo'qotish, turli xil yara kasalliklarida, ginekologik qon yo'qotish va homilaning rivojlanmasligi), qon aylanish tizimi kasalligi (xloroz, Addison-Birmer kamqonligi, leykozlar, gemolitik kamqonlik, Verlgof kasalligi)da surunkali va og'ir kechadigan infeksiyon kasalliklar, sepsislar, malyariya, endokarditlar, zaharlanish va boshqa kasalliklarda uchrashi mumkin. Shuningdek, terining rangparligi gemoglobinning normadan pasayishi oqibatidan ham kelib chiqadi.

Rangparlik ba'zan buyrak xastaliklariga chalingan bemorlarda, qo'rquv, qusish, gipertoniya, behushlik holati, shuningdek qon aylanishining yetishmovchiligi (aortani quyi qismining siqilishi, aorta klapanlarining yetishmovchiligi) holatlarida kuzatiladi. Kollaps va peritonitda ham rangparlik kuzatiladi. To'satdan boshlangan rangparlik bemorning ko'p qon yo'qotganligidan dalolat beradi. Odatda mazkur bemorlarda teri ustki qismining rangparligi bosh aylanishi, behushlik holatlari, pulsning tezlashuvi, arterial bosimning pasayishi holatlari paydo bo'ladi. Bulardan tashqari rangparlik ayrim bemorlarda o'tkir gepatitning rivojlanishi oqibatida ham kelib chiqadi.

Yurak qon- tomir tizimining yetishmovchiligi oqibatida arteriya qonlarini yurak bosimi bilan harakatga keltirmasa, O₂ bilan to'yinmasdan arteriya kapilyarlari o'pka arteriyalariga aylanmasdan yana yurakka boradi. Bu jarayon venoz qonida gemoglobinning qayta tiklanishiga sabab bo'ladi va lablar burchagida sianoz holatlarining paydo bo'lishiga olib keladi. Mazkur holat periferik sianoz deb nomlanadi.

Nafas olish organlarining kasalliklari (emfizema, pnevmoskleroz va boshqa nafas organlarining yallig'lanishlari) ga gazsimon zaharli moddalar sabab bo'lishi mumkin. O'tkir sianoz tug'ma yurak parogida, o'pka arteriyalari sklerozida, emboliyada, o'pka emfizemasida uchrashishi mumkin. Ba'zida to'sh suyagi dastasi sohasidagi teri sariq rangli tus olishi, qonda bilirubinning oshib ketishidan darak beradi. Ushbu holat sariqlik (icterus) deb nomlanadi. Giperbilirubinemiya simptomining davomiyligiga va rivojlanishiga qarab teri rangi o'zgaradi: ochiqlimon rangidan – to'q sariq rangigacha kirishi mumkin bo'ladi.

Pigmentatsiyalarning joylashuvi bir xil kechmaydi. Avval og'iz bo'shlig'i (yumshoq tanglay, tilchaosti, shilliq qavati) bo'yaladi, keyinchalik esa yuz burmalari, burun va yuz atroflari, kaftlar, tovonlar bo'yaladi. Bu tus asta sekinlik bilan butun tanaga tarqaladi (subicterus).

Terining to'q rangli tus olishi uzoq muddat davomida (argirosis), mishyak (mishyakli melanoz) ning iste'mol qilinishi tufayli yuzaga kelishi mumkin bo'ladi.

Ayollar ko'krak sohasi terisining rangini o'zgarishi, shuningdek qorinda oq chiziqning paydo bo'lishi homiladorlikdan darakdir. Ko'rikda depigmentatsiya oq tanachalar (vitili-go), yoki kichik-kichik dog'chalar (Leucoderma) ko'rinishida namoyon bo'ladi.

Terini ko'zdan kechirish katta diagnostik ahamiyatga ega. Unda rangli toshmalar bo'lishi, qon quyilishi, yaralar, chandiqlar, soch qoplamasining buzilishi hamda tirnoqlar patologiyasiga ahamiyat beriladi. Bundan tashqari, paypaslash orqali terining quruqligi, namligi, cho'ziluvchanlik darajalarini aniqlanadi. Uning rangi pigment miqdoriga, qalinligiga va qon bilan to'lishiga bog'liqdir. Teri rangining quyidagi o'zgarishlari farq qilinadi: oqarishi (bo'zarishi), qizarishi, ko'karishi, sarg'ayishi, yer rangida bo'lishi mumkun.

Terining oqarishi vaqtinchalik funksional (kuchli og'riq, hayajon, qo'rqish va h.k.tufayli) yoki doimiy (kamqonlik, buyrak kasalligi, aorta nuqsoni va h.k.tufayli) bo'lishi mumkin.

Qizarish ham fiziologik (uyalganda, g'azablanganda, tashqi harorat ta'sirida) va patologik (Vakez kasalligi, gipertoniya, is gazi bilan, atropin, amilnitrit, afyun moddalaridan zaharlanishlar va h.k.) holatlarida bo'lishi mukin.

Ko'karish doimo patologik holat bo'lib u gaz almashinuvi buzilishi bilan kechadigan o'pka kasalliklarida, yurak-qon tomirlari kasalliklarida (qonning

dimlanishi hisobiga), zaharlanganda vujudga keladi. Ko'karish ko'pincha do'ng joylar (burun uchi, quloq suprasi, labda) periferiya (barmoqlarda, tirnoqlar)da (akrotsianoz) ko'rinadi. Sarg'ayish har xil tusda ko'rinishi mumkin: och sariqlikdan (sub'ikterik), to'q, sariqlikkacha. Sariqlik ko'p davom etganda yashilroq tusga kiradi. Sariqlik ko'zning oqida va tanglayning shilliq qavatida kuchliroq namoyon bo'ladi. Qonda karotin pigmenti ko'payib ketganda (tomat, sabzi ko'p iste'mol qilinganda) yoki ayrim dorilarni ichganda qo'l kafti, oyoq panjalari, teri sarg'ayib ketadi. U haqiqiy sariqlikdan farq qilib, unda ko'zning oq qavati va tanglayning shilliq qavati sarg'aymaydi, buyrak usti bezi yetishmovchiligi terida bronza rangiga o'xshash dog'lar paydo bo'lishi tarzida yuzaga chiqadi, pigment kamayishi yoki yo'qolishi natijasida terida oq dog'lar paydo bo'ladi. Ular har xil kattalikka ega va ko'pincha simmetrik bo'lib organizmda hech qanday funksional buzilishlarga olib kelmaydi. Turli xildagi dog'lar (makula), tuguncha (papula), pufakcha (vesicula), qavariq (urtica), eritema (erythema), teridagi nuqtali qon talashlari (petixiya) toshmaning asosiy shakliy ko'rinishlari bo'lib hisoblanadi. Qator yuqumli kasalliklar, shu jumladan, qizamiq, qizilcha, suvchechak, ichterlamada badanda toshmalarning toshib ketishi bilan kechadi. Ichki kasalliklarda uchuq toshishi (krupoz pnevmoniya, gripp), allergiyalarda har xil toshmalar bo'lishi mumkin. Teridagi chandiqlar (chechakdan keyingi chandiqlar, zaxmdagi chandiqlar, Itsengo - Kushing sindromidagi chandiqlar, operatsiyadan keyingi chandiqlar va h.k.) ham ma'lum diagnostik ahamiyatga egadir. Terining quruqligi yoki namligiga ham e'tibor beriladi. Terining quruqligi organizm suvsizlanganda, ichburug'da, qusishda, miksedemada, qandli diabetda, surunkali nefritda kuzatiladi. Teri namligini ortishi va terlash isitma bilan kechadigan yuqumli kasalliklarda (gripp, qora oqsoq kasalligi, sil, sepsis) hamda revmatizm, Bazedov kasalligida ko'proq xos bo'ladi. Sochni ko'zdan kechirishda uning o'sishiga, tabiatiga, holatiga ahamiyat beramiz. U ichki sekretiya bezlari kasalliklari diagnostikasida asosiy belgilardan biri bo'lib hisoblanadi. Barmoqlarning va tirnoqlarning o'ziga xos o'zgarishi (nog'ora cho'pisimon barmoq, soat oynasisimon tirnoq) uzoq davom etgan yiringli kasalliklarda kuzatiladi. Bundan tashqari, ko'zdan kechirishda shishlarga ahamiyat beriladi. Ular mahalliy yoki butun tana bo'ylab (anasarka) tarqalgan bo'lishi mumkin. Shishlar paydo bo'lganda to'qima va a'zolarning hajmlari kattalashadi, ularning tashqi ko'rinishi o'zgaradi. Limfa tugunlarini ko'zdan kechirishda ularning kattalashganligini ko'rish mumkin.

Baholash mezonlari №3

| Mavzuning nomi | Ball | Baho | Talabanning bilim darajasi |
|-----------------------|-------------|-------------|-----------------------------------|
|-----------------------|-------------|-------------|-----------------------------------|

| | | | |
|---|--------|-------------|--|
| Palpatsiya va perkussiya tekshirish usuli sifatida. Qalqonsimon bez va limfatik tugunlar palpatsiyasi. Klinik tekshirish sifatida palpatsiya va perkussiyaning qo'llanilishi. Palpatsiya va perkussiya rivojlanish tarixi, texnikasi, usullari, diagnostik ahamiyati. Perkutor tovush xarakteristikasi. | 86-100 | A'lo | Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 71-85 | Yaxshi | Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 55-70 | Qoni qarli | Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 0-54 | Qoni qarsiz | Tasavvurga ega emas, bilmaydi. |

Uyga vazifa 4, mustaqil ish

Amaliy mashg'ulot №4

Nafas organlari kasalliklari bilan bemorlarni tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, ko'krak qafasini ko'zdan kechirish, palpatsiya. O'pka perkussiyasi, qiyosiy perkussiya. Auskultatsiya texnikasi va qoidalari. Palpatsiya texnikasi, usullari, diagnostik ahamiyati

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

| | |
|----------------------------|---|
| Mashg'ulot vaqti – 4 soat | Studentlar soni: 10 dan 12 gacha |
| Mashg'ulot formasi | Amaliy mashg'ulot |
| Amaliy mashg'ulot rejasi | Nafas organlari kasalliklari bilan bemorlarni tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, ko'krak qafasini ko'zdan kechirish, palpatsiya. O'pka perkussiyasi, qiyosiy perkussiya. |
| Amaliy mashg'ulot maqsadi: | Talabalarni nafas organlari kasalliklari bilan bemorlarni tekshirish usullarini o'rgatish. |
| O'qitish uslubi | So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma. |
| O'qitish formasi | Kichik podgruppalarida. |
| O'qitish jihozlari | O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter. |
| O'qitish holati | Metodik jihozlangan auditoriya. |

| | |
|------------------------|---|
| Monitoring va baholash | Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala. |
|------------------------|---|

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

| Ish bosqichlari va vaqti. | Ta'lim beruvchi | Ta'lim oluvchilar |
|--|---|--|
| Tayyorlov bosqichi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 2. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 3. Davomatni nazorat qiladi | |
| 1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa) | <ol style="list-style-type: none"> 1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | |
| 2 – asosiy bosqich (160 daqiqa) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rahbatlantiradi va umumiy baholaydi | <p>Kichik guruhlariga bo'linadilar</p> <p>Tomosha hiladilar</p> <p>qatnashadilar</p> <p>Tinglaydilar va savollarga javob beradilar</p> |
| 1-yakuniy bosqich (10 daqiqa) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi | <p>Tinglaydi</p> <p>Yozib oladi</p> <p>Yozib oladi</p> |

3.Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A)Frontal usuli:

- 1.Nafas organlari bilan kasallangan bemorlarning asosiy va qo'shimcha shikoyatlari
- 2.Hansirash nima,mexanizmi
- 3.Yo'tal, hosil bo'lish mexanizmi
- 4.Nafas organlari kasalliklarida yo'tal xarakteristikasi
- 5.Qon tupurish nima,xarakteristikasi
- 6.Ko'krak qafasidagi og'riqlarini differentsial tashxisi

- 7.nafas a'zolari kasalliklari umumiy ko'zdan kechirish
- 8.nafas a'zolari kasalliklarning alohida so'rab surishtirishning ahamiyati
- 9.Normal ko'krak qafasi nima
- 10.Emfizimatoz ko'krak qafasi nima?
- 11.Paralitik ko'krak qafasi tavsif bering
- 12.Raxitik ko'krak qafasi nima
- 13.Voronkasimon ko'krak qafasiga xarakteristika bering
- 14.Qayiqsimon ko'krak qafasi nima
- 15.Qaysi xollarda perkutor tovush to'mtoq eshitiladi
- 16.Qaysi xollarda perkutor tovush timpanik bo'ladi
- 17.Qaysi xollarda perkutor tovush qutichasimon bo'ladi

“Akademik polemika” usuli

Gruppa ikki guruhga bo'linadi, har biriga vaziyatli masala topshiriladi, masalan, “konsultatsiya shifokor-bemor”. Har bir guruhda 1-2 talabalar konsultatsiya yaxshi tomonlarini yozib oladilar – “advokatlar”, boshqa 2 ta talaba konsultatsiyaning manfiy tomonlarini yozib oladi – “prokurorlar”.

Advokatlar va prokurorlar xulosalari butun guruh bilan tahlil qilinadi.

Mavzu bayoni

Nafas a'zolari kasalligi bor bemorlarni tekshirishda uni ko'zdan kechirishga alohida e'tibor berish lozim. Umumiy ko'zdan kechirishda bemorning vaziyatiga (yarim yotgan holatda), ko'kargan, uchuq toshgan – toshmaganligiga, limfa tuguni kattalashishiga, bartmoqlarining holatiga ahamiyat beriladi. Ko'krak qafasining shakli va nafas olishdagi faolligi aniqlanadi.

Ko'krak qafasi normada bo'lsa uning hamma chiziqlari gormonik va simmetrik joylashadi, ayniqsa, bu normostenik konstitutsiyada yaqqol ko'zga tashlanadi. Astenik va gipersitenik ko'krak qafasi qarama – qarshi xususiyatlari bilan ifodalanadi.

Patologik sharoitda qisqargan, kengaygan,bochkasimon (emfizematoz) ko'krak qafasi kuzatiladi, xuddi maksimal nafas olgan holatdagidek gipersitenikka o'xshash ko'krak qafasining hamma qirralari bo'rtib chiqadi. Bu holat bronxial bo'g'ilash hurujida, surunkali emfizemada kuzatiladi, bunda nafas chiqarish qiyinlashadi, o'pkaning elastikligikamayadi. Qarama – qarshi shakli – falajlangan ko'krak qafasi (xuddi chuqur nafas chiqargandagidek cho'zilgan, yassilangan shakli) haddan tashqari ozib ketgan astenik konstitutsiyadagi kasalliklarda uchraydi. Ayniqsa o'pka silida nafas olish qiyinlashadi,skeletning tug'ma yoki ortirilgan o'zgarishi ko'krak qafasi shakliga ta'sir qilishi mumkin.

Voronkasimon (cuqurchali) ko'krak qafasi (tug'ma anomaliya) – etikdo'z ko'krak qafasi deyiladi.

Bolalikda raxit kasalligini boshdan kechirishnatijasida ko'krak qafasining shakli o'zgarib "tovuq ko'krak qafasi" shakliga kiradi. Bu raxitik shakl deyiladi. Umurtqaning qiyshayishi ham (kifoz, skolioz, lordoz) ko'krak qafasi shaklini o'zgarishga olib keladi.

Diqqatni ko'krak qafasining shakliga – yapaloqligiga, bo'rtib chiqqanga o'xshash asimetric o'zgarishlariga qaratamiz. Nafas harakatini kuzata turib nafas turini, uning faolligini, tezligi, chuqurligini, meyoridan chetga chiqqanligini belgilash mumkin. Odatda 1 daqiqada 16 – 18 marta nafas olinadi, nafas olish nafas chiqarishdan qisqa bo'ladi. Nafas olish ayollarda va yoshlarda ko'proq ko'krak yoki quvurg'alar orqali, katta yoshdagi erkaklarda esa qorin yoki diafragma orqali amalgam oshiriladi. Patologik holatlarda nafas olish tez yoki sekin bo'lishi mumkin (Cheyn – stoks, Biota, Qusmaulcha nafas olishlar).

Paypaslash

Ko'krak qafasining tekshirishda undagi tashqi o'zgarishlarga ahamiyat beriladi. Ko'krak qafasi ichidagi a'zolar esa ularning tashqi yuza proyeksiyasiga nisbatan o'zgariladi. Shuning uchun albatta tashqi klinik topografiyani bilishimiz zarur. Bunday topografiya qator tabiiy nuqtalar va sun'iy chiziqlar orqali hosil qilinadi.

Tabiiy belgi punktlari. Suyak belgilari:

1. O'mrov suyagi (clavisula).
2. Qovurg'alar (costae), ayniqsa I, II, III oxirgi chin qovurg'a, XI erkin qovurg'a va qovurg'a ayollari.
3. To'sh suyagi (sternum), uning dastasi (manubrium), tanasi (corpus) va xanjarsimon o'sig'I (prosessus xiphoideus).
4. Dastasi – tanasi birikkan joyi – Lyudovik burchagi (angulus Ludowici) bu qovurg'alarni sanashda boshlang'ich joy hisoblanib, u II qovurg'aning to'sh suyagiga birikkan joyiga to'g'ri keladi.
5. Umurtqaning suyak o'simalari, ayniqsa VII bo'yin o'simtasi tez paypaslanadi.
6. Ko'krak (scapula) ayniqsa uning qirrasini (spina scapulae) va burchagi (angulus scapulae).

Chuqurcha va boshqa belgilash sohalari

1. O'mrovning yuqori chuqurchasi (fossae supraclavicularis).
2. O'mrovning pastki chuqurchasi (fossae intraclavicularis).
3. Bo'yinturuq osti chuqurchasi, to'sh suyagi dastasining yuqori qismi (fossae suljugularis).
4. Qo'ltiq osti chuqurchasi (fossae axillaris).
5. Kurakning yuqori sohasi (regio supraclavicularis).
6. Kurakning pastki sohasi (regio intraclavicularis).

7. Kuraklararo bo'shliq (spatium intraclavicularis).

Tabiiy belgilash sohalaridan, nuqta va chiziqlardan tashqari, yaxshi mo'ljal qilish maqsadida tana yuzasi sun'iy tik tushgan chiziqlar bilan bo'linadi.

Quyidagi tik chiziqlar tafovut qilinadi:

1. Oldingi o'rta chiziq, to'sh suyagining o'rtasidan o'tadi (linea sternalis media).
2. To'sh suyagi chiziqlari chap va o'ng – to'sh suyagining ikki qirg'og'idan o'tadi (1. sternalis dextra et sinistra).
3. To'sh suyagi yaqinidagi chiziq - to'sh suyagi bilan o'rta o'mrov suyagi chizig'I o'rtasidan o'tadi (1. parasternalis dextra et sinistra).
4. O'rta o'mrov chizig'I - o'mrov suyaklarining o'rtasidan boshlanadi (1. medioclavicularis).
5. Oldingi qo'ltiq osti chizig'I – qo'ltiq osti chuqurchasining oldingi chetidan o'tadi (1. axillaris anterior).
6. O'rta qo'ltiq osti chizig'I – qo'ltiq osti chuqurchasi o'rtasidan o'tadi (1. axillaris media).
7. Orqa qo'ltiq osti chizig'I – qo'ltiq osti chuqurchasining orqa chetidan o'tadi (1. axillaris posterior).
8. Kurak chiziqlari – kurakning pastki burchagidan o'tadi (1. scapularis).
9. Umurtqa oldi chiziqlari - kurak va orqa o'rta chiziq o'rtasida joylashgan (1. paravertebralis).
10. Orqa o'rta chiziq yoki umurtqa chizig'I – umurtqalarning suyak o'simtalari ustidan o'tadi (1. vertebralis).

Paypaslash quyidagilarni aniqlashga:

1. Ko'krak qafasining kattaligi, shakli o'zgarishi haqidagi ko'zdan kechirishga olingan ma'limotlarni tasdiqlash.
2. Ko'krak qafasining ba'zi joylardagi tarangligi va og'riqni aniqlash.
3. Ovoz titrashini aniqlashga imkon beradi.

Taranglikni paypaslash orqali hamma sohada aniqlash mumkin. Oqatda ko'krak qafasining ikkala yarmi baravar cho'ziluvchanlikka ega bo'ib, yosh ortda borashi bilan u kamayadi.

Patologik holatlarda cho'ziluvchanlikning o'zgarishini aniqlash mumkin.

Paypaslash orqali yuzaki va chuqur joylashgan og'riqni farqlash mumkin. Yuzaki og'riqni qovurg'alararo nerv shikastlanganda (qo'ltiq osti chizig'ida, to'sh suyagining nerv tolalari chiqish joyida), qovurg'alararo muskul shikastlanganda (og'riq butun muskul bo'ylab seziladi va nafas olish bilan bog'liq bo'ladi), qovurg'alar singanda va darz ketganda paydo bo'ladi. Nevralgiyada og'riq kasallangan tomonga yonganda kuchayadi. Quruq plevritda sog' tomonga engashganda og'riq kuchayadi. Ko'krak qafasini yon tomonda siqqanda, taxtakachlaganda plevral og'riq yo'qoladi.

Paypaslash ovoz titrashini aniqlashda ayniqsa ko'p qo'llaniladi va muhim ahamiyatga ega. Bu sezgi vrach qo'lini bemorning ko'krak qafasiga qo'yganda bemor baland ovozda " r" harfi so'zlarni aytganda ovoz tebranishi ko'krak qafasi orqali qo'lga beriladi. Ovoz boylamining tebranishi havo bilan bronxlarga, bronxiolalarga va ko'krak qafasiga beriladi. Normada erkaklarda ayollarga nisbatan kuchliroq bo'ladi. Yo'g'on ovozli ayollarda va bolalarda umuman sezilmaydi.

Ko'krak qafasining yuqori qismida, ayniqsa o'ng tomonda tebranish kuchliroq, chunki Bronx qisqa bo'lib, halqumdan tovush tebranishini o'tkazishga yaxshi sharoit yaratadi. Chap tomonda va pastki qismida tovush tebranishi kuchsizroq bo'ladi. Bunday holatni tovush tebranishi aniqlashda hisobga olish kerak. O'pka to'qimasining zichligi oshganda tebranish kuchayadi, chunki zich to'qima tovushni yaxshi o'tkazadi (o'pkaning krupoz yallig'lanishida, sil, ekssudativ plevritda). Tovush tebranishining susayishi holsiz kasallarda tovushning pasayishi hisobiga, tovush bog'lami shikastlanganda, plevral bo'shliqda havo yoki suyuqlik to'planganda, Bronx to'silib qolganda, ko'krak qafasi qalinlashganda (shish, teri osti yog' qatlami ko'payganda) ro'y beradi. Paypaslashda ba'zan plevraning dag'al ishqalanish shovqinini va past xirillash tovushini aniqlash mumkin.

Tukillatish

Bu usulning asosida tovush, ya'ni aniq fizik hodisa yotadi. Tovush, bu borliqning to'liq holatida tarqladigan tebranish harakatidir. Turli jismlarning tebranish harakati bir xil emas, ular jismning cho'ziluvchanlik xususiyatiga bo'g'liq. Muvozanatdan chiqqan jismning tebranishi tebranish kengligiga, tezligiga va davomligiga ega.

Tovush ma'lum tezlikda hosil bo'ladi. Bizning qulog'imiz tebranish tezligi 1 daqiqada 16 dan 38000 (gs) gacha bo'lgan tovushlarni qabul qiladi. Tebranish qancha tez bo'lsa, tovush shuncha baland, u qancha sekin bo'lsa, tovush shuncha past eshitiladi. Tovush kuchini tebranish kengligi aniqlaydi. Bir xil kuch bilan urganda devori cho'ziluvchan, havoli a'zolarida baland tovush vujudga keladi, masalan, o'pka, me'da va boshqa a'zolarida. Zich a'zolarida esa, masalan, jigar, yurak tukillatish bilan muvozanatdan chiqarilganda kichik kenglikdagi tebranishni beradi yoki past tovush beradi. Tovushning davomligiga tebranish harakatining uzoq har xil bo'ladi.

Shunday qilib, tovushning davomligi va sekin so'nishi, o'pkani tukillatish va qisqa tovush hamda uning tez so'nishi havosiz a'zo va to'qimalarni tukillatish orqali hosil qilinadi.

Odamning tanasi turlicha xususiyatga ega bo'lgan a'zolaridan tuzilganligi uchun, har xil joylarni tukillatish bir – biridan kengligi, tezligi davomligi bilan farq qiluvchi har xil tovushlarni vujudga keltiriladi. Bu ayniqsa ko'krak qafasiga tegishli, unda havoli (o'pka) va havosiz zich a'zolar (jigar, yurak) bor.

Agar tukillatishda bir xil bo'lsa, tovushning o'zgarishi tukillayotgan tana zarrachalariga bog'liq bo'ladi.

Shunday qilib, havoning kam yoki ko'pligi va zichlik darajasi qarab biz tana qismlarining fizik holatini aniqlash mumkin. Tukillatish usuli Gippograt (Buqrot) davridan boshlab qo'llanib kelinadi. Bu usul orqali qorinda yig'ilgan suyuqlik (atsit) uning damlanishdan (meteorizm) farqlaganlar.

Keyinchalik bu usul butunlay esdan chiqarilib, bir necha asrlar davomida qo'llanilmay kelgan. Tukillatish usulini birinchi marta Vena vrachi Auyenbugger qo'llagan (1761). Bu usul "Ko'krak qafasini tukillatish asosida yashirin ko'krak kasalliklarini aniqlashga imkon beruvchi yangi kashfiyot" traktatida yozilgan. Auyenbugger o'ng qo'l barmoqlarini birlashtirib yarim bukkan holda bevosita ko'krak qafasiga urib tukillatish usulini qo'llagan.

Fransuz klinitsisti Korvizor traktatni fransuz tiliga tarjima qilgan va uni shaxsiy tekshirishlar bilan to'ldirilgan. Bu keyinchalik vrachlarning kundalik ishiga aylanib qolgan. Bu usul keyinchalik turli yo'llar bilan ishlatila boshlandi. Masalan, maxsus metal plastinka plessimetrni ko'krak qafasiga qo'yib bermoq bilan tukillatish, bolg'achani plessimetrga urib yoki barmoqni barmoqqa tukillatish. Oxirgi modifikatsiya qilingan usul (1935) rus klinitsisti G.S. Sokolskiy tomonidan taklif qilingan bo'lib, u keng tarqaldi. Tukillatish usulini ishlab chiqishda ko'pgina taniqli klinitsistlar (S. P. Botkin, G.A. Zaxarin, M. G. Kurlov, N. P. Obratsov va boshqalar) qatnashdilar. Tukillatish usuli bevosita va bilvosita usullarga farqlanadi. Bevosita tukillatish bir yoki bir nechta barmoqni kasalning tanasiga urib bajariladi, hozirgi vaqtda u juda kam qo'llaniladi. Bevosita tukillatishning yana bir turi Obratsov usuli bo'lib, u chertish usulidir. Bunda o'ng qo'l ko'rsatkich barmog'ining yumshoq uchi o'rta barmoqdan sirg'antirilib tukillatiladi. Bilvosita usulda tukillatganda tanaga emas, balki tanaga zich qo'yilgan plessimetrga uriladi. Bu vaqtda tovush baland va tiniq eshitiladi. Hozirgi vaqtda eng ko'p qo'llaniladigan va oddiy usul barmoqni barmoqqa urish hisoblanadi. U qator afzalliklarga ega, bunda vrach asbobga bog'liq bo'lmaydi, barmoq - plessimetrni tananing har qanday yuzasiga o'ng'ay joylashtirish mumkin, bunda akustik ma'lumot sezish bilan birga qo'shib olib boriladi.

Plessimetr – chap qo'lning ko'rsatkich yoki o'rta barmog'I qimirlatmasdan zich qo'yiladi. Bog'acha o'ng qo'lning ko'rsatkich yoki o'rta barmog'I birinchi bo'g'inlari oralig'ida bukiladi. Boshqa barmoqlar ularga tegmaydi. Yuzaga barmoqni tik, qisqa urish kerak. Bu bilan urishning kuchli bo'lishiga va yuzaga qaraganda ko'proq chuqurlikka tarqalishiga erishiladi.

Tovushni to'g'ri baholash uchun 1 emas 2 – 3 marta bir xil kuch bilan, bir xil or'liqda kirish kerak. Lekin urish 2 – 3 martadan ortiq bo'lmasligi kerak, chunki eshitish bo'g'iq bo'lib qoladi.

Chuqur, kuchli, baland va yuzaki kuchsiz va past tukillatishlar farq qilinadi. Chuqur tukillatishda tukillatish tovushi 7 sm gacha chuqurlikka tarqaladi, yuzaki 4 – 6 sm, yuzaki tukillatish chuqurlikkacha, yuzasi esa 3 – 4 sm ga teng bo'ladi. Shikastlangan qismining kattaligi va chuqurligiga qarab birin – ketin chuqur va yuzaki tukillatishlar qo'llaniladi. A'zo yuzaki joylashgan va kam jarohatlangan bo'lsa, uning chegarasini aniqlash uchun kuchsiz (yuzaki) tukillatishni qo'llash foydali bo'ladi. Va aksincha, chuqur joylashgan katta shikastlanishda tovushni taqqoslash maqsadida kuchli (chuqur) tukillatishni qo'llash yaxshiroq. Sekin tukillatish juda sust yoki Goldsheyderning chegara yoki pog'ona tukillatishi bo'lib hisoblanadi. Bunda plessmetr – barmoq to'liq qo'yilmasdan, balki bukilgan bo'g'inning uchi tana yuzasi tegib turadi, urish 1 – oraliqning boshiga to'g'ri keladi va bu Plesh bo'yicha barmoq plessmetr vaziyati deyiladi. Juda sekin tukillatishda tovush uni sezish bo'sag'asigacha pasaygan bo'lib, havosiz tana qismlarini tukillatganda mutlaqo tovush eshitilmaydi. Havo bir a'zolarga o'tganimizda esa juda past tovush eshitiladi.

Tukillatish solishtirma va topografik tukillatishga farqlanadi.

Solishtirma tukillatishda simmetrik qismlar bir xil sharoitda solishtiriladi. Bular bir xil kuch bilan urish, barmoq plessimetrni bir xil vaziyatda va bir xil kuch bilan bosish, nafasni bir xil fazada ushlash va boshqalar orqali aniqlanadi. Solishtirma tukillatishda ancha kuchli va baland tukillatish qo'llaniladi, tushunarli hollarda ham kuchli, ham kuchsiz, ham o'rtacha, ham juda kuchsiz tukillatish orqali sinab ko'riladi. U holda tukillatish tovushining o'zgarishi haqida aniq ma'lumot olinadi.

Keyin hollarda oldin o'ng, keyin chap va aksincha tukillatish mumkin. Shunda shubhaga o'rin qolmaydi.

Baholash mezonlari №4

| Mavzuning nomi | Ball | Baho | Talabaning bilim darajasi |
|--|-------------|-------------|--|
| Nafas organlari kasalliklari bilan tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, ko'krak qafasini ko'zdan kechirish, palpatsiya. O'pka perkussiyasi, qiyosiy perkussiya. | 86-100 | A'lo | Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 71-85 | Yaxshi | Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |

| | | | |
|--|-------|-------------|---|
| | 55-70 | Qoni qarli | Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 0-54 | Qoni qarsiz | Tasavvurga ega emas, bilmaydi. |

Uyga vazifa 5, mustaqil ish

Amaliy mashg'ulot №5

Nafas tizimi a'zolarini fizikal tekshirish usullari: o'pka perkussiyasi, qoidalari va bajarilishi. Solishtirma perkussiya. Topografik perkussiya, perkutor tovush va o'pka chegaralarining norma va patologiyada xususiyatlari.

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

| | |
|----------------------------|---|
| Mashg'ulot vaqti – 4 soat | Studentlar soni: 10 dan 12 gacha |
| Mashg'ulot formasi | Amaliy mashg'ulot |
| Amaliy mashg'ulot rejasi | Sog'lom va nafas a'zolari bilan kasallangan bemorlarni topo-grafik perkussiyasi. Auskultatsiya – ob'ektiv tekshirish usuli sifatida. Auskultatsiya texnikasi va qoidalari. O'pka auskulta-tsiyasi: asosiy nafas shovqinlari (vezikulyar, bronxial). |
| Amaliy mashg'ulot maqsadi: | Talabalarga o'pka perkussiyasi va auskulttsiyasini o'rgatish . |
| O'qitish uslubi | So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma. |
| O'qitish formasi | Kichik podgruppalarida. |
| O'qitish jihozlari | O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter. |
| O'qitish holati | Metodik jihozlangan auditoriya. |
| Monitoring va baholash | Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala. |

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

| Ish bosqichlari va vaqti. | Ta'lim beruvchi | Ta'lim oluvchilar |
|---------------------------|--|-------------------|
| Tayyorlov bosqichi | 10.Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 11.Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 12.Davomatni nazorat qiladi | |

| | | |
|---|--|---|
| 1.O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa) | 1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | |
| 2– asosiy bosqich (160 daqiqa) | 1 . Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rahbatlantiradi va umumiy baholaydi | Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar |
| 1-yakuniy bosqich (10 daqiqa) | 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi | Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi |

3.Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A)Frontal usuli:

1. Qaysi maqsadda topografik pu\erkussiya qilinadi
2. O'pka Yuqori chegarasini aniqlash texnikasi
3. Krening maydoni nimani baholaydi
4. O'pka pastki chegarasini aniqlash usullari
5. O'pka pastki chegarasini aniqlash usullarini ko'rsating
6. Auskultatsiya usuli va texnikasi
7. Normal nafas shovqinlarini sanab bering
8. Vezikulyar nafasning hosil bo'lish mexanizmi
9. Vezikulyar nafasning fiziologik susayishi
- 10.Vezikulyar nafasning patologik susayishi
- 11.Vezikulyar nafasning fiziologik kuchayishi
- 12.Vezikulyar nafasning patologik kuchayishi
- 13.Bronxial nafas qanday hosil bo'ladi
- 14.Bronxial nafas eshitish texnikasi
15. Patologik Bronxial nafas to'g'risida tushuncha
16. Amforik nafas nima
- 17.Metallik va stenotik nafas nima
- 18.Vezikulobronxial nafas to'g'risida tushuncha bering?

“Uch pog’onalı intervyyu” usuli

Har bir gruppada uchta talaba tanlab olinib, ular orasida “vrach”, “bemor” va “ekspert-UASh” rollari bo’linib beriladi. Bemor rolini tanlagan talabaga anonimno diagnozi aytiladi, va u shu diagnozga taaluqli shikoyatlar bildiradi, vrach diagnoz qo’yadi, ekspert UASh shikoyatlar va diagnoz mutanosubligini tekshiradi. Har bir guruh 10-15 daqiqa davomida konsultatsiya qilinadi, ekspert vrach faoliyatini 3 punk bo’yicha tekshiradi:

4. Nima to’g’ri qilindi
5. Nima noto’g’ri qilindi
6. Qanday qilish kerak

Guruh konsultatsiyasi xulosasini ekspert xulosasi bilan taqqoslaydilar.

Boshqa xil turi: talabalar ekspert roliga poliklinikada, haqiqiy konsultatsiyada ishtirok etib, butun guruh bilan analiz qilinadi.

Mavzu bayoni

Nafas a'zolari to'g'risidagi hamma auskultativ ma'lumotlar asosiy va qo'shimcha nafas shovqinlariga bo'linadi. Asosiy nafas shovqinlariga vezikulyar, bronxial nafas tiplari kiradi. Qo'shimcha nafas shovqinlariga xirillashlar, krepatatsiya, plevranning ishqalanish shovqini kiradi.

O'pkani eshitish stetoskop, fonendoskop (auskultatsiya vositali) yordamida yoki bevosita quloq (bevosita auskultatsiya) bilan eshitiladi. Auskultatsiyaning turlari va bajarilish qoidasi haqida qo'llanmaning umumiy qismida ma'lumotlar keltirilgan.

Eshitish paytida bemorni vaziyati xuddi perkutor tekshirish usuli holatidagidek bo'ladi. Orqa tomondan eshitish uchun bemorning qo'llari old tomonda yig'ilgan holda ko'krakka qo'yilishi kerak. Shunda kuraklar orasi ochilib, eshitilish sohasi kengayadi. Agar og'ir ahvoldagi bemorlarni vaziyati o'zgarmaydigan bo'lsa, ularni yonbosh tomonga o'girib eshitiladi, agar buning imkoni bo'lmasa fonendoskopni bemorning tagiga quyib eshitiladi. Kamquvvat bemorlarni tik yoki o'tirgan vaziyatda eshitganda bosh aylanishi kuzatiladi. Talabaning vaziyati eshitib ko'rish uchun qulay bo'lishi lozim (bemorning vaziyatini hisobga olgan holda). O'pkadagi patologik jarayonlarni aniqlash uchun qiyosiy perkussiya usulini samarali o'tkazish lozim, ya'ni ko'krak qafasining simmetrik joylari eshitilib ko'riladi va aniq tartibdagi eshitish joylariga amal qilinadi.

Eshitish tartibi. O'pkani eshitishni old tomondan, o'pkaning cho'qqisidan, tovushlar ikkala tomondan taqqoslanadi, keyin fonendoskopni pastqi qismga qo'yiladi.

Keyinchalik qo'ltiq osti va kurak usti, osti, orasi sohalari qiyosiy auskultatsiya qilinadi.

Nafas olganda hosil bo'ladigan tovushlarni eshitishda ularning xarakteriga, kuchiga, o'rniga, nafas fazasiga munosabatiga, ya'ni tovushlar nafas olish yoki chiqarish paytida eshutilishiga ahamiyat beriladi. Olingan ma'lumotlar katta amaliy ahamiyatga ega bo'lib hisoblanadi.

O'pkaning topografik tukillatish. Topografik tukillatishda o'pkaning yuqori va pastki chegaralari, Krening maydoni va o'pka pastki qirralarining harakatlanishi aniqlanadi.

O'pkaning yuqori chegarasini aniqlash. Topografik tukillatishda plessimetr barmoq qidirilayotgan chegaraga yondosh (parallel) qo'yiladi va barmoqning tashqi qirrasidan aniqlanadi.

O'pkaning yuqori chegarasida aniqlash uchun plessimetr barmoq o'mrov suyagiga yondosh qo'yiladi va o'rtasidan yuqoriga va birmuncha ichkariga qarab bo'g'iqroq tovushgacha tukillatiladi. Sog'lom odamlarda o'pkaning uchi o'mrov suyagidan 3 – 4 sm yuqoriga bo'ladi. O'pkaning yuqori chegarasi orqadan, xuddi shunday pastdan yuqoriga va ichkariga qarab aniqlanadi, plessimetr – barmoq kurak suyagi yuqori qirrasining o'rtasida yondosh qo'yiladi va bo'g'iqroq tovush hosil bo'lguncha tukillatiladi. Me'yorida bo'lgan o'pkaning yuqori chegarasi orqadan VII bo'yin umurtqasining uchiga mos keladi.

O'pkaning o'ng uchi chap ichiga qaraganda pastroq joylashgan. O'pka uchining kengligi yoki Krening maydoni aniqlanadi. Buning uchun plessimetr barmoq trapetsiyasimon muskulning oldingi qirrasiga, o'pka uchining o'rtasiga tik qo'yilib shu yerdan ichkari va yuqoridagi bo'g'iqroq tovushgacha tukillatiladi. Bunda kengligi 5 – 6 sm (3 dan 8 sm gacha) bo'lgan tiniq o'pka tovushi yo'li hosil bo'ladi. O'pka uchini tukillatilganda sekin yoki juda sekin tukillatishni qo'llash maslahat beriladi va urish sagittal bo'lishi kerak.

Tukillatishda yuqori chegaraning o'zgarishini aniqlash mumkin, kengayishi va yuqoriga ko'tarilishi va o'pka emfizemasida, past turishi burishuvchi jarayonlarda, yopishib qolganda aniqlanadi.

O'pkaning pastki chegarasini aniqlash. O'pkaning yuqori chegarasini aniqlash unchalik qiyin emas, uni - o'ng tomondagi o'pka chegarasini aniqlashdan boshlash osonroq bo'ladi. Buning uchun tukillatish yuqoridan pastga qarab hamma shartli chiziqlar bo'yicha olib boriladi. Chap o'pkaning pastki chegarasi aniqlanganda yurakning joylashishi hisobga olinadi, bu yerda o'pka o'yiqlik hosil qilib va IV qovurg'a yuqorisida to'sh suyagidan gorizontall chiziq hosil qilib chapga qarab ketadi hamda to'sh suyagiga yaqin chiziqda IV qovurg'a kesib o'tadi va o'rta o'mrov chizig'I bo'yicha VI qovurg'agacha pastga qarab tik tushadi.

O'pkaning me'yordagi pastki chegarasi:

O'ng tomon
tomon

Chap

| | |
|--|-----------|
| To'sh suyagi oldi chizig'I – V qovurg'a oralig'i | |
| O'rta o'mrov suyagi chizig'I – VI qovurg'a | |
| Old qo'ltiq osti chizig'I – VII qovurg'a | VII |
| qovurg'a | |
| O'rta qo'ltiq osti chizig'I – VIII qovurg'a | VIII |
| qovurg'a | |
| Orqa qo'ltiq osti chizig'I – IX qovurg'a | IX |
| qovurg'a | |
| Kurak chizig'I – X qovurg'a | X |
| qovurg'a | |
| Umurtqa oldi chizig'I – XI ko'krak umurtqasi | XI |
| ko'krak umurtqasi | |
| o'simtasi to'g'risida | o'simtasi |
| to'g'risida | |

To'sh suyagi old chizig'Iga yurak, qo'ltiq osti old chizig'iga me'da yaqin bo'lganligi sababli ba'zi bir mualliflar (V. Vasilenko) shu chiziqlar bo'yicha chap o'pkaning pastki chegarasini aniqlamaydilar. O'pka pastki chegarasining joylashishi odamning gavda tuzilishi hamda boshqa sabablarga ko'ra turlicha o'zgarishi mumkin.

Asteniklarda o'pkaning pastki chegarasi normosteniklarga nisbatan bir qovurg'a pastroq bo'ladi, gipersteniklarda aksincha, bir qovurg'a yuqori bo'ladi. Homilador ayollarda o'pkaning chegarasi yuqoriga siljiydi. Patologik holatlarda o'pkaning pastki chegarasi yuqoriga yoki pastga siljishi, u 2 taraflama yoki bir taraflama bo'lishi mumkin.

O'pka pastki chegarasining pastga siljishi quyidagi holatlarda kuzatiladi:

1. O'pka hajmi kattalashganda (o'pka emfizemasi, bronxial astma hurujida).
2. Qorin devoir bo'shashganda, ichki a'zolar pastga siljiganda (vitseroptoz) va ko'krak – qorin muskul to'siq pardasi pastga siljiganda.

Pastki chegaraning bir tomonlama siljishi o'pkaning vicar emfizemasi rivojlanganda, o'pka nafas olishda qatnashishdan orqada qolganda (ekssudativ plevrit, pnevmotoraks, gidrotaks va boshqalar) kuzatiladi.

O'pka pastki chegarasining ikki tomonlama yuqoriga siljishi qorin bo'shlig'ining bosimi ortib ketib, ko'krak – qorin muskul parda to'sig'I yuqori turganda kuzatiladi (keskin semirish, qorin dam bo'lishi, astsit, katta shish va hokazo). O'pka pastki chegarasining bir tomonlama yuqori joylashishi o'pkaning burishish (fibroz) jarayonida yoki plevra (yopishqoq plevrit) hamda plevra bo'shlig'ida suyuqlik yig'ilganda (kasal tomonda) kuzatiladi.

O'pka qirrasini harakatini aniqlash. O'pka qirrasini harakatini aniqlash o'pka pastki chegarasini to'g'ri aniqlashga imkon beradi. Buning uchun o'pkaning pastki chegarasi aniqlangandan so'ng bemordan chuqur nafas olib, uni ushlab turish so'raladi va yana boshqatdan chegara aniqlanadi, so'ngra shu holat chuqur nafas chiqarish orqali bajariladi. O'pka pastki qirrasining harakatlanishi pastga 3 – 4 sm va yuqoriga ham shunchani tashkil qilsa me'yor hisoblanadi.

Eng ko'p harakatlanish kurak va qo'ltiq osti chiziqlarida aniqlanadi, chunki bu yerda plevra sinusi katta bo'ladi. O'pka qirrasining faol harakatlanishidan tashqari, yana uning vaziyatga bog'liq harakatlanishi farq qilinadi. Tik vaziyatdan yotiq vaziyatga o'tganda o'pkaning pastki chegarasi taxminan 2 sm pastga siljiydi, yonboshlagan vaziyatda esa o'pkaning pastki qirrasini erkin tomonga (pasatga) 3 – 4 sm siljiydi.

Og'ir yotgan bemorlarni tekshirganda o'pka qirrasining bu sust harakatini esda tutish kerak.

Patologiyada o'pka pastki qirrasining harakati, o'pka to'qimasining elastikligi susayadi. Bu asosan o'pka emfizemasida, o'pka dimlanishida, uning infiltrativ yallig'lanishida kuzatiladi. O'pka harakatining kamayishi plevra bo'shlig'ning hajmi kichrayganda (sinuslarning) plevritda yoki plevra pardalari yopishib qolganda ham kuzatiladi.

O'pka bo'lagi chegarasini mo'tadil sharoitda aniqlash mumkin emas. Patologik hollatlarda o'pkaning ayrim bo'laklari har xil tovush berishi mumkin (krupoz yallig'lanish, absess). Shu orqali biz kasallikni bir – biridan farq qilamiz.

O'pkani solishtirma tukillatish. O'pkani solishtirma tukillatish fizik, ya'ni anatomik holatini aniqlash imkonini beradi. Bunda tukillatish mutlaqo bir xil sharoitda, qat'iy aniq chegaralariga o'tkazilishi kerak. Bunda goh kuchsiz (yuzaki), goh kuchli (chuqur) tukillatishni qo'llash maqsadga muvofiq. Kuchsiz tukillatishda o'pkadagi chuqur joylashgan o'zgarishlar va aksincha kuchli tukillatishda – yuzaki joylashgan o'choqlar topilmasligi mumkin.

Solishtirma tukillatish quyidagi tartibda olib boriladi: o'pkaning uchi, oldingi yuzasi – qovurg'alar oralig'I tukillatiladi, yonbosh yuzasi (bemor qo'lini ko'tarib boshining ensa qismiga qo'yishi kerak) va orqa yuzasi. Orqa tomondan tukillatish kurak usti qismidan boshlanadi, plessimetr – barmoq gorizental holda qo'yiladi, kuraklar o'rtasini tukillatganda esa barmoq tik qo'yiladi. Kurak burchagining pastki tomonini tukillatish qovurg'alarga yondosh holda bajariladi, bunda barmoq gorizental holatda qo'yiladi.

Solishtirma tukillatishda quyidagi alohida holatlarga ahamiyat berish kerak:

1. O'pkaning o'ng uchidan chiqadigan tovush chapiga nisbatan birmuncha bo'g'iqroq bo'ladi. Bunga sabab yelka muskuli yaxshi rivojlanganligi va o'ng o'pka uchi chuqurroq joylashganligidir.

2. Yurak yaqin joylashganligi sababli chap tomondagi II – III qovurg'a oralig'idagi tovush birmuncha qisqa bo'ladi.

3. Chap va o'ng qo'ltiq osti qismida ham farq bor: jigar yaqin joylashganligi uchun o'ng tomondagi tovush bo'g'iqroq, me'daga yaqin joylashganligi sababli chap tomondagi tovush timpanik turga yaqin.

4. Havoli o'pka to'qimasining qalinligiga qarab o'pkaning yuqori qismidagi tovush pastki qismidagiga qaraganda qisqaroq va pastroq bo'ladi.

O'pka tovushning patologik sharoitga qarab o'zgarishi. Patologik hollatlarda o'pka tovushi turlicha o'zgarishi mumkin. Ko'pincha tukillatganda tiniq o'pka tovushi bo'g'iq eshitiladi:

1. O'pka to'qimasida havo kamayib zichligi ortganda.

2. O'pkada biror havosiz to'qima hosil bo'lganda.

3. O'pka va ko'krak qafasi orasidagi bo'shliq – plevral bo'shliq suyuqlik bilan to'lganda yoki u yerda zich muhim bo'lganda.

Yallig'lanish jarayonlarida o'pka to'qimasida havo kamayishi kuzatiladi.

O'pkaning krupoz, o'choqli yallig'lanishda, sil infiltratida o'sma natijasida Bronx to'silib qolganda (bunda havo so'rilib o'pka to'qimasi havosiz bo'lib qoladi), o'pka infarktida, o'pkada chandiqlar bo'lganda (pnevmoskleroz, silda) va hokazo.

Tukillatganda o'pkada suyuqlik borligi, o'pka suyuqlik miqdori 400 – 500 ml yetganda, chapda esa oldinroq, Traube bo'shlig'I to'lishi bilan aniqlanadi. Tukillatganda shkastlanishning xususiyati ham aniqlanadi. Masalan, yallig'lanish jarayonlarida (ekssudativ plevritda) bo'g'iq tovushning yuqori chegarasi Damuazo egri chizig'ini hosil qiladi va u bemor vaziyatini o'zgartirganda o'zgarmaydi, suyuqlik va havo bir vaqtda to'plangan bo'lsa balandlik o'zgaradi. Plevrit natijasida plevra pardasi qalinlashganda hamda plevradan hosil bo'luvchi o'smada bo'g'iq yoki bo'g'iqroq tovush aniqlanishi mumkin.

Bo'g'iq tovush hosil bo'lishi ko'krak qafasi devorining o'zgarishiga bog'liq bo'lishi mumkin: semirganda, ko'krak bezi haddan tashqari rivojlanganda, shish paydo bo'lganda.

Bo'g'iq tovushning tarqalishi, shakli va kattaligi kasallikning xususiyatiga bog'liq bo'ladi. Shikastlanish o'chog'I katta va chuqur bo'lsa, bo'g'iq tovush jadal va keng maydoni egallaydi, kichik o'choqda bo'g'iq tovush kamroq jadalikda bo'lib, kichik maydoni egallaydi. Yallig'lanish o'chog'ining eng kichik o'lchami 3 – 4 sm. U yuzaki joylashgan bo'lsa va ko'krak qafasining qalinligi me'yorida bo'lsa, kasallikni tukillatish bilan aniqlash mumkin deb hisoblanadi.

Quyidagi hollarda o'pkada timpanik tovush aniqlanadi:

1). O'pkada nonormal havoli bo'shliq hosil bo'lganda.

2). Plevra bo'shlig'iga havo yoki gaz to'planganda.

Agar o'pkada hosil bo'lgan bo'shliq o'pka to'qimasining buzilishi yoki parchalanishi (yiring, qon va hokazo to'planishi) natijasida bo'lsa, bo'g'iq tovush aniqlanadi, agar bo'shab havo bilan to'lsa, u holda timpanik tovush aniqlanadi, bu absessda, gangrenada, katta bronxoektazlarda, kovakli silda va boshqalarda kuzatiladi. Agar bo'shliq qisman havo, qisman boshqa narsalar bilan to'lgan bo'lsa, bu holda bo'g'iq tovushning gorizontol pasat – balandligini aniqlash mumkin bo'ladi, u bemor vaziyatini o'zgartirganda o'zgaradi. Bunda Gergard fenomeni deyiladi.

Bo'g'iq timpanik tovush o'pka yallig'lanishining boshlang'ich bosqichida, ya'ni o'pka katachalarida ekssudat yig'ila boshlab havo miqdori kamayganda aniqlanishi mumkin. Bu tovush ekssudat so'rila boshlayotganda ham eshitiladi.

Shuningdek ekssudatli plevritda ham o'pkaning suyuqlikdan yuqori joylashgan qismi tukillatilganda bo'g'iq tovush aniqlanadi. Chunki plevra bo'shlig'ida to'plangan suyuqlik o'pkaning shu qismini siqb turadi, uning havosi va cho'ziluvchanligi kamayadi. Shunga o'xshash hodisa compressor atelektazda ham kuzatiladi, bunda bronxlar ochiq bo'lib, o'pka to'qimasi siqilgan bo'ladi (masalan, o'smalarda).

O'pkani eshitish (auskultatsiya)

Auskultatsiya usuli yordamida organizmda hosil bo'ladigan tabiiy tovushlar eshitiladi. Bu usuldan qadim zamonlardayoq foydalanganlar. Gretsiyada birinchi bo'lib Buqrot auskultatsiya usulidan foydalangan. U nafas sistemasidagi qator xirillashlarni aniqlagan. Buqrot xirillashlarni qaynab turgan sirka tovushiga o'xshatgan. U gidropnevmotoroksda kuzatiladigan o'ziga xos "Gippograt shapillash shovqini"ni yozgan. Biroq, eshitish usuli amaliy tibbiyotda mashhur frnsuz klinitsisti Rene Laenek kashfiyotidan so'ng kiritilgan.

1819 yilda R. Laenekning "O'pka va yurak kasalliklarini vositali eshitishdan qo'llanma" nomli kitobi bosib chiqarildi. Dastlab u karnayga o'xshatib o'ralgan daftardan foydalangan, so'ngra silindrsimon trubkadan foydalangan, keyinchalik tekshiruv asboblari takomillashib hozirgi stetoskop yaratildi.

Rossiyada auskultatsiya usuli juda tez yoyildi. Undan (S. Botkin, G. Zaxarin, Obrazssovlar birinchilar qatorida foydalanganlar).

Qattiq va egiluvchan stetoskopning ham qator o'ziga xos afzalliklari va kamchiliklari bor. Jumladan, qattiq stetoskopda tovushning xususiyati kam o'zgaradi, qo'shimcha shovqinlari kam eshitiladi, lekin vrach va bemor uchun bir oz noqulay.

Egiluvchan stetoskop vrach uchun ham, bemor uchun ham qulay, u tovushni bir muncha kuchaytiradi, ammo shu bilan birga qo'shimcha shovqinlar eshitilishiga imkon beradi, u yuqori tovushga nisbatan past tovushni yaxshi o'tkazadi.

Auskultatsiyada asosiysi eshitishni bilish va uni to'g'ri baholashdir.

Auskultatsiya usuli usuli juda oddiy bo'lishi bilan birga ma'lum sharoitlarga rioya qilishni talab qiladi.

1. Xonada tinchlik va osoyishtalik bo'lishi.
2. Bemor yarim yechingan bo'lishi kerak, chunki qo'shimcha shovqinlar eshitilishi mumkin.
3. Xona harorati o'rtacha bo'lishi kerak.
4. Ko'krakdagi junlar hameshitalish o'zgarish kiritishi mumkin, ular o'sib ketgan bo'lsa, ho'llash yoki qirib tashlash kerak.
5. Bemor va vrach bir – biriga qulay vaziyatga turishi kerak.
6. Iloji boricha bir xil stetoskopdan foydalanish zarur.
7. Diqqat – e'tiborni faqat bemorni eshitishga qaratish lozim.
8. Bemorning nafas olishi va nafas chiqarishini oxirigacha eshitish zarur.

O'pkani eshitganda shovqinning xususiyatiga, kuchiga, joylashishiga, tarqalishiga, nafas davrlariga e'tibor berish lozim. Eshitish tartibi taxminan tukillatishga o'xshash, old tomonda o'pka uchidan qo'ltiq osti chuqurchasigacha (bemorning qo'li boshda turishi kerak), orqa tomonda kurakning usti, o'rtasi va osti yuzalari eshitiladi.

Eshitish smetrik qismlarda bajarilib, bir – biri bilan solishtiriladi. Og'ir yotgan bemorlarda ularni charchatib qo'ymaslik uchun tez mo'ljalli eshitish usuli qo'llaniladi.;

Nafas olishda o'z – o'zidan hosil bo'ladigan asosiy nafas shovqinlari o'zining xususiyatiga ko'ra 2 xil bo'lishi mumkin: vezikulyar va bronxial nafas.

Bronxial nafas. Eshitishda oldinda – to'sh suyagining yuqori qismida, bo'yinning pastki qismida, xalqum va kekirdak ustida, orqada esa VII bo'yin umurtqasidan to III – IV ko'krak umurtqasigacha, o'zining xususiyatiga ko'ra nafas chiqarganda “X” harfini talaffuz qilgandagi kabi nafas shovqini eshitiladi, shu bilan birga nafas chiqarish baland, uzoqroq va dag'alroq bo'ladi.

Nafas hosil bo'lish mexanizmi: havo ovoz yorug'idan – halqum va kekirdakdan o'tayotganda uning aylanma harakati vujudga keladi, bu nafas olishda ovoz bog'lamlari ustida, nafas chiqarishda esa uning ostida hosil bo'ladi. Nafas chiqarayotgan ovoz yorug'I ancha kichrayishi sababli tovush ancha uzoq, dag'al va qattiq eshitiladi.

Nafas olish faol jarayon bo'lganligi uchun nafas chiqarishga nisbatan tezroq bo'ladi. Bunday nafasga laringotraxeal (hosil bo'lish mexanizmiga qarab) yoki bronxial nafas deyiladi.

Vezikulyar nafas. Ko'krak qafasining qolgan qismlarida boshqa xususiyatli shovqin eshitiladi. Bunda yumshoq, puflovchi, “F” harfini talaffuz qilayotgandagi kabi shovqin (payoladagi choyni sovutayotgandagi shovqin) eshitiladi.

Bu tovush bronxial shovqinga qarama – qarshi o'laroq nafas olishda uzoqroq va kuchliroq eshitiladi.

Vezikulyar nafasning hosil bo'lish mexanizmi: u o'pka parenximasi alveolalarida hosil bo'ladi. Nafas olishda alveola havo bilan to'lib uning devor to'g'rilanadi, natijada undagi elastic elementlar tebranishi tufayli alveolyar hosil bo'ladi. Alveolalar muntazam ravishda to'lib borganligi uchun juda ko'p tovushlarning ma'lum miqdordagi yig'indisi vujudga keladi va natijada tovush eshitiladi. Nafas chiqarishda alveola devorlarining tebranishi tez so'nadi. Vezikulyar nafasning kuchi sog'lom odamlarda bir xil bo'lmasligi mumkin. U ko'krak devor to'qimasining qalinligiga, nafas harakatining kuchi va qator boshqa omillarga bog'liq. Shuningdek u yoshga, jinsga va odamning jussasiga bog'liq bo'ladi. 12 – 14 yoshgacha bo'lgan bolalarda vezikulyar nafas birmuncha kuchliroq, aniq eshitiladi. Bu ko'krak devorining yupqaligi va bronxlarning nisbatan torligi natijasidir. O'smirlarda vezikulyar nafas kattalarga nibatan birmuncha kuchliroq eshitiladi.

Ayollarda vezikulyar nafas erkaklarga nibatan ancha kuchli. Asteniklarda vezikulyar nafas gipersteniklarga nibatan kuchliroq eshitiladi. Bir odamning o'zida o'pkaning har xil qismlarida vezikulyar nafas turlicha eshitiladi. Ba'zan o'ng o'pka uchida vezikulyar va bronxial nafas o'rtasida bronxovezikulyar yoki aralash nafas eshitiladi. Eshitganda, tukillatganda va paypaslaganda bu farqni esda tutish kerak. Agar eshitganda chap tomondan nafas kuchliroq, tukillatganda bo'g'iqroq va paypaslashda ovoz titrashi kuchliroq bo'lsa, bu patologiya belgisi bo'lib hisoblanadi.

Vezikulyar nafas kuchayganda va susaygan bo'lishi mumkin. Vezikulyar nafasning kuchayishi quyidagi hollarda kuzatiladi: chuqur nafas olganda o'pka ventilyatsiyasi kuchayganda, jismoniy harakatdan so'ng, harorat ko'tarilganda, mayda bronxlarning yallig'lanishi natijasida torayishi (bronxit) yoki qisilishi (bronxial astma) oqibatida va hokazo.

Vezikulyar nafasning kuchayishi 2 tomonlama yoki bir tomonlama bo'lishi mumkin. Masalan, sog'lom tomonda nafasning kompensator (qoplami) kuchayishi qarama – qarshi tomonda o'pkani butunlay yoki qisman nafas olishda qatnashmayotgani belgisidir.

Kuchayish nafas olishning ikkala davriga, ya'ni nafas olish va chiqarishga yoki uning bitta davriga, ko'pincha chiqarishga taaluqli bo'lishi mumkin. Nafas chiqarishning kuchayishi ko'pincha uning uzayishi bilan ham ifodalanadi. O'pka to'qimasining cho'ziluvchanligi kamayganda yoki mayda bronxlar qisilib nafas chiqarish qiyinlashganda (bronxit, bronxial astma) vezikulyar nafasning uzayishi kuzatiladi. Bu vaqtda uzaygan nafas chiqarish o'pkaning hamma yuzasiga eshitiladi. Agar bu o'zgargan nafas chegaralangan qismda eshitilsa, unda yallig'lanish jarayoni kichik qismda ekanligidan dalolat beradi. Masalan, sil kasalligida o'pkaning chap cho'qqisi shikastlanishi. Mabodo nafasning ikkala davrida nafas olish va chiqarish

kuchaygan bo'lsa, bunday nafas dag'al nafas deyiladi, xususiyatiga ko'ra u ancha dag'al bo'ladi, bir tekisda bo'lmaydi. Bu bronx va bronxiola devorlarining kuchli shishishi natijasida bo'shlig'ining noto'g'ri qisilishida yoki o'pka to'qimasining zichlanish o'chog'inormal qismlari bilan almashinib kelganida (bronxopnevmoniya) eshitiladi.

Bronxial nafas. Fiziologik sharoitda kekirdakning yuqori qismida va halqum ustida bronxial nafas eshitiladi. Eshitish maydoni ba intensivligi asteniklarda gipersteniklarga nisbatan ko'proq bo'lib, bu ularning anatomik xususiyatlari bilan bog'langan. Agar bronxial nafas bu qismlardan boshqa joyga eshitilasa, u patologik holat bo'lib, o'pka to'qimasi zichlanganligini bildiradi. O'pka to'qimasining zichlanishiga sabab infiltratsiya hosil bo'lishi, o'pkaning qon bilan to'lishi (infarkt), o'pkaning bosilishi ekssudativ plevrit va o'smalardir.

Shikastlangan sohaning katta – kichikligiga qarab nafas ham o'zgaradi. Agar shikastlangan sohaning diametri 2 – 3 sm bo'lsa u yuzaki joylashsa uni aniqlash mumkin bo'ladi.

Bronxial nafas patologik bo'shliqlar ustida ham eshitiladi. Masalan, o'pka to'qimasini chiriganda (sil kavernasi, absess, qorason) yoki bronx bo'shliqlari kengayganda (bronxoektaziya). Zotiljam o'chog'I bir – biri bilan qo'shilib ketganda ham bronxial nafas eshitiladi.

Agar bronxial nafas o'pka to'qimasining ezilishi hisobiga kelib chiqqan bo'lsa, u kuchsiz, uzoqdan eshitilayotgandek bo'ladi. Bunday nafas ekssudativ plevritda kuzatilishi mumkin. Ekssudativ plevritda bronxial nafas ko'pincha bo'g'iqroq, umurtqaga yaqin joyda, o'pka to'qimasining suyuqlikdan ezilgan qismida eshitiladi.

Amforik nafas katta kavernalar – bronxoektazlar ustida eshitiladi. Bu tovushni bo'sh grafinga yoki shishaga puflab hosil qilingan tovushga o'xshatish mumkin. Yana metalga urgandek tovush farqlanadi. U amforik nafasdan balandligi va jarangdorligi bilan farq qiladi. Bunday nafas silliq va tarang devorli, Bronx bilan tutashgan, havo bilan to'lgan katta kavernalar ustida eshitiladi. Ochiq pnevmotorakslarda plevra bo'shlig'I atrofdagi havo bilan tutashgan bo'lsa va havo katta bosim ostida bo'lmasa shunday tovush eshitiladi.

Nafas keskin susaygan bo'lsa va bunda nafas shovqinlari xususiyatini aniqlash imkoni bo'lmasa, bu holda aniq bo'lmagan nafas deyiladi. U o'ta madorsizlangan bemorlarda kuzatiladi, quruq plevritda nafas harakati chegaralangan, og'riq eng ko'p joyda eshitiladi.

Baholash mezonlari №5

| Mavzuning nomi | Ball | Baho | Talabning bilim darajasi |
|---|-------------|-------------|--|
| Sog'lom va nafas a'zolari bilan kasallangan bemorlarni topografik perkussiyasi. Auskultatsiya – ob'ektiv tekshirish usuli sifatida. Auskultatsiya texnikasi va qoidalari. O'pka auskultatsiyasi: asosiy nafas shovqinlari (vezikulyar, bronxial). | 86-100 | A'lo | Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 71-85 | Yaxshi | Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 55-70 | Qoni qarli | Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 0-54 | Qoni qarsiz | Tasavvurga ega emas, bilmaydi. |

Uyga vazifa 6, mustaqil ish

Amaliy mashg'ulot №6

O'pka auskul'tasiyasi. Texnika va qoidalari. Asosiy (bronxial va vezikulyar) va qo'shimcha (xirillash, krepitasiya, plevra ishqalanish shovqini) nafas shovqinlari. Zamonaviy tekshirish usullari. Rentgenologik tekshiruv usullari: bronxoskopiya, bronxografiya, tomografiya. O'pkani funksional tekshiruv usullari: spirometriya, spiroografiya, pnevmatometriya. Balg'amni tekshirish.

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

| | |
|---------------------------|---|
| Mashg'ulot vaqti – 4 soat | Studentlar soni: 10 dan 12 gacha |
| Mashg'ulot formasi | Amaliy mashg'ulot |
| Amaliy mashg'ulot rejasi | O'pka auskultatsiyasi: qo'shimcha nafas shovqinlari (quruq va nam xirillashlar, krepitatsiya va plevra ishqalanish shov-qini). Diagnostik ahamiyati. Bronxofoniya. Nafas organlari bilan kasallangan bemorlarni funksional-instrumental tekshirish usullari: spirometriya, pnevmotometriya, oksigemo-terapiya. O'pkalarni rentgenologik |

| | |
|----------------------------|--|
| | tekshirish metodlari, bronxoskopiya, bronxografiya, tomografiya. Diagnostik ahamiyati. |
| Amaliy mashg'ulot maqsadi: | Talabalarga qo'shimcha nafas shovqinlari (quruq va nam xirillashlar, krepitatsiya va plevra ishqalanish shov-qini) haqida tushuncha hosil qilish. Nafas organlari bilan kasallangan bemorlarni funktsional-instrumental tekshi-rish usullari bilan tanishtirish. |
| O'qitish uslubi | So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma. |
| O'qitish formasi | Kichik podgruppalarida. |
| O'qitish jihozlari | O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter. |
| O'qitish holati | Metodik jihozlangan auditoriya. |
| Monitoring va baholash | Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala. |

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

| Ish bosqichlari va vaqti. | Ta'lim beruvchi | Ta'lim oluvchilar |
|--|---|--|
| Tayyorlov bosqichi | 13. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 14. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 15. Davomatni nazorat qiladi | |
| 1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa) | 1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | |
| 2 – asosiy bosqich (160 daqiqa) | 1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rahbatlantiradi va umumiy baholaydi | Kichik guruhlariga b'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar |

| | | |
|-------------------------------|---|---|
| 1-yakuniy bosqich (10 daqiqa) | 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi | Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi |
|-------------------------------|---|---|

3. Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

1. Qanday patologik nafas shovqinlarini bilasiz
2. Quruq xirrilashning xosil bo'lishi va xarakteri
3. Nam xirrilashning xosil bo'lishi va xarakteri
4. Krepitatsiyaning xosil bo'lish mexanizmi
5. Mayda pufakchali nam xirillashlar bilan krepatatsiyaning farqi
6. Qaysi patologik hollarda plevranning ishqalanish shovqini Yuzaga keladi
7. Plevroperikardial shovqin nima
8. Quruq va nam xirillashning diagnostik ahamiyati
9. Krepatatsiya va plevranning ishqalanish shovqinining diagnostik ahamiyati
10. Bronxofoniya nima
11. Qanday hollarda bronxofoniya kuchayadi, diagnostik ahamiyati
12. Qanday hollarda bronxofoniya susayadi, diagnostik ahamiyati
13. Spirometriya nima
14. Pnevmetahometriya tug'risida tushuncha bering
15. Oksigenoterapiya tug'risida tushuncha bering
16. O'pkalarni rengenografiyasi va rengenoskopiyasi
17. Bronxoskopiya va bronxografiyaning diagnostik ahamiyati
18. O'pkalar tomografiyasining diagnostik ahamiyati

“Ari uyasi” usuli

Bu usulda muammo butun guruh bilan yoki ikkita kichik guruhla bilan tahlil qilinadi. Beriladigan vazifa butun guruh uhun bir, yoki ikkita guruhga har xil vazifalar berilishi mumkin. 10 -15 daqiqa ichida guruh ishtirokchilari vazifa yechimini tahlil qilib, bir birlariga doklad qiladilar. Ular ichidan eng yaxshi variant tanlab olinadi.

Mavzu bayoni

Nafas a'zolari to'g'risidagi hamma auskultativ ma'lumotlar asosiy va qo'shimcha nafas shovqinlariga bo'linadi. Asosiy nafas shovqinlariga vezikulyar, bronxial va boshqa nafas tiplari kiradi. Qo'shimcha nafas shovqinlariga xirillashlar, krepatatsiya, plevranning ishqalanish shovqini kiradi.

O'pkani eshitish stetoskop, fonendoskop (auskultatsiya vositali) yordamida yoki bevosita quloq (bevosita auskul-tatsiya) bilan eshitiladi. Auskultatsiyaning

turlari va bajarilish qoidasi haqida qo'llanmaning umumiy qismida ma'lumotlar keltirilgan.

Eshitish paytida bemorni vaziyati xuddi perkutor tekshirish usuli holatidagidek bo'ladi. Orqa tomondan eshitish uchun bemorning qo'llari old tomonda yig'ilgan holda ko'krakka qo'yilishi kerak. Shunda kuraklar orasi ochilib, eshitalish sohasi kengayadi. Agar og'ir ahvoldagi bemorlarni vaziyati o'zgarmaydigan bo'lsa, ularni yonbosh tomonga o'girib eshitaladi, agar buning imkoni bo'lmasa fonendoskopni bemorning tagiga quyib eshitaladi. Kamquvvat bemorlarni tik yoki o'tirgan vaziyatda eshitganda bosh aylanishi kuzatiladi. Talabaning vaziyati eshitib ko'rish uchun qulay bo'lishi lozim (bemorning vaziyatini hisobga olgan holda). O'pkadagi patologik jarayonlarni aniqlash uchun qiyosiy perkussiya usulini samarali o'tkazish lozim, ya'ni ko'krak qafasining simmetrik joylari eshilib ko'riladi va aniq tartibdagi eshitish joylariga amal qilinadi.

Eshitish tartibi. O'pkani eshitishni old tomondan, o'pkaning cho'qqisidan, tovushlar ikkala tomondan taqqoslanadi, keyin fonendoskopni pastqi qismga qo'yiladi.

Keyinchalik qo'ltiq osti va kurak usti, osti, orasi sohalari qiyosiy auskultatsiya qilinadi.

Nafas olganda hosil bo'ladigan tovushlarni eshitishda ularning xarakteriga, kuchiga, o'rniga, nafas fazasiga munosabatiga, ya'ni tovushlar nafas olish yoki chiqarish paytida eshitalishiga ahamiyat beriladi. Olingan ma'lumotlar katta amaliy ahamiyatga ega bo'lib hisoblanadi.

Boshqa tibbiyot mutaxassislari bilan maslahatlashish.

Bemor haqida boshqa tibbiyot xodimlaridan navbatchilik ish paytida axborot olish usuli bo'lib, yozuvlarni va kartalarni ko'zdan kechirish yoki kasallik tarixini o'rganish, shuningdek og'zaki axborot olish hisoblanadi. Bemorni kartochkasi yoki kasallik tarixi bilan tashxislash lozim, unda ko'zdan kechirish haqida ma'lumotlarni, laborator va diagnostik tekshirish natijalarini, har xil talabalik yozuvini va maslahatchi mutaxassislar yozuvining oldingi davolangandagi ma'lumotlarni o'rganish muhim sanaladi. Hamma vaqt ham bemor bilan bir marta muloqot qilib uni ahvolini baholash qiyin, talaba bemorni ahvolini baholashida ilgari olingan ma'lumotlarga hamda boshqa mavjud bo'lgan tibbiy ma'lumotlar asosida baholaydi.

Bemor haqida axborot yig'ishda uni tibbiy yozuvlarni ko'zdan kechirishdan tashqari parvarish jarayonida ishtirok etadigan tibbiyot xodimlari jamoasi boshqa tibbiyot xodimlar bilan maslahatlashishlari lozim bo'ladi. Vaziyatdan keyin kelib chiqib talaba dietolog-vrach, fizioterapevt yoki boshqa mutaxassislar bilan birgalikda bemorga tegishli ma'lumotlarni o'rganadilar.

Nafas tizimi xastaliklarida bemorlarni instrumental tekshirish usullari.

Rentgenologik tekshirish. Rentgenologik tekshirish rentgenoskopiya (obyekt tasvirini ekranda hosil qilish) va rentgenografiya (tekshirilayotgan obyekt tasvirini yorug'lik sezadigan materialga tushirib, rasmini olish)ni o'z ichiga oladi. Rentgen apparati rentgen trubkasi, shtativ, kuchlanish transformatori va yuqori voltli transformatoridan iborat bo'ladi. Shishadan tayyorlanadigan va ballon shaklida bo'ladigan rentgen trubkasiga ikkita elektrod: katod va anod kavsharlangan. Katodda volfram spiraldan iborat bo'lib u transformator yordamida 2500°C ga qadar qizdiriladi. Qizdirish natijasida katoddan elektronlar uchib chiqadi, bular katod bilan anod o'rtasidagi kuchlanish katta bo'lganligidan harakati kuchayib, juda katta tezlik oladi. Elektronlar anod moddasiga urilib, keskin tormozlanadi, shuning natijasida qisqa to'lqinli elektromagnit nur — rentgen nurlari hosil bo'ladi. Rentgen apparati shifokorni shu nurlar ta'siridan saqlash uchun himoyalovchi sistema bilan ta'minlangan.

Nemis olimi Konrad Rentgen tomonidan 1896 yilda kashf etilgan shu nurlarning uchta xossasi mavjud: ular ko'zga ko'rinadigan nurlar mutlaqo o'ta olmaydigan jismlar orqali o'tib ketaveradi va ularga qisman yutilib qoladi; ba'zi moddalarning porlashiga (shu'la sochishi, flyuorestsentsiyaga) sabab bo'ladi; fotografik plyonka va plastinkalaridagi kumush bromidini parchalaydi. Bu nurlarning shu xossalari rentgenoskopiya bilan rentgenografiyaga asos bo'ladi. Tananing nurga solib ko'rilishi kerak bo'lgan qismlari nur manbai bilan ekran orasida turishi kerak. Ekran shu'lalanuvchi (flyuores-tsentsiyalanadigan) modda bilan qoplangan kartondir.

Odam organizmidagi turli organlar va sistemalarni rentgenologik yo'l bilan tekshirish rentgen nurlarining har xil zichlikdagi muhitlar orqali har xil darajada o'tish xossasiga asoslangan. Qanday bo'lmasin biror organning zichligi nechog'li yuqori bo'lsa, rentgenoskopiya mahalida ekranga tushadigan yoki rentgenografiya mahalida rentgenogrammaga tushadigan soyasi shuncha quyuqroq bo'ladi.

Odamning to'qima va organlari har xil zichlikda bo'lib, rentgen nurlarini har xil darajada yutadi. Zich jismlar, tanalar hammadan ko'ra katta, yumshoq to'qima va havo hammadan kam zichlikka ega bo'ladi. Shu munosabat bilan suyaklar nurga solinganda ekranga ancha qora bo'lib tushsa, tomirlar dastasi, jigar quyuq soya beradi.

Havo rentgen nurlarini juda kam yutadi. Shuning uchun ichida havo bo'ladigan organlar nurga solinganida yorug' joylar hosil bo'ladi. Ularning nechog'li yorug' bo'lishi havo miqdoriga bog'liqdir. Suyuqlik ham rentgen nurlarini ko'p yutadi: suyuqlikdan tushadigan soya quyuqligi uning miqdoriga to'g'ri proporsionaldir.

Odam tanasining qaysi bo'limlarida qo'yishni organlar har xil zichlikda bo'lib, shu tufayli bu organlarni oson ajratib olishga imkon ochadigan tabiiy kontrastlik yuzaga keladigan bo'lsa, o'sha bo'limlarni rentgenologik yo'l bilan tekshirish hammadan ko'ra ko'proq ma'lumot beradi. Ko'krak qafasi rentgenoskopiya qilinganida ana shunday tabiiy rentgenologik kontrast ko'riladi, bunda zich bo'ladigan yurak va yurak tomirlar to'qimasi ichida havosi bor, ya'ni zichligi kam bo'ladigan o'pka bilan o'ralib turadi, shuningdek skelet rentgenoskopiya qilinganida ham shunday hodisa kuzatiladi, tarkibida mineral tuzlar bo'ladigan zich skelet suyaklari zichligi kamroq bo'ladigan muskullar bilan o'ralib turadi. Shunday qilib, yurak bilan o'pkani to'g'ridan to'g'ri ekranda yoki rentgenogrammada tekshiraverish mumkin ekan. Zichligi jihatidan atrofidagi organ va to'qimalardan farq qilmaydigan organ va sistemalarni rentgenologik tekshirishga kelganda ish qiyinroq bo'ladi. Bu gap qorin bo'shlig'i a'zolari bilan qizilo'ngachni, bosh miyani tekshirishga ta'luqlidir. Bunday hollarda sun'iy kontrastlash usulidan foydalaniladi.

Rentgenokonstrast moddalar rentgen nurlari kashf qilinganidan keyin ko'p o'tmay taklif etilgan. Bu usul - bilan avval hazm organlari tekshiriladigan bo'ldi, keyin boshqa a'zo va tizimlar ham tekshirila boshladi. Rentgenodiagnostikada ishlatiladigan rentgeno-konstrast moddalar ikki guruhga bo'linadi.

1. Nisbiy zichligi yuqori bo'ladigan rentgenokonstrast moddalar, bular rentgen nurlarini tutib qolib, tekshirilayotgan a'zoning atrofidagi to'qimalardan ancha quyuproq bo'ladigan soyasini tushiradi. Hozirgi vaqtda asosan yod va bariy birikmalari qo'llaniladi.

2. Nisbiy zichligi tekshirilayotgan organdan kam bo'ladigan va rentgen nurlarini oson o'tqazib yuboradigan rentgenokonstrast moddalar, bu moddalarning rentgen nurlarini shu tariqa oson o'tqazib yuborishi ularning fonidagi boyagi organi ko'rishga imkon beradi.

Bularga kislorod, geliy, azot (II)-oksid, karbonat angidrid gazi kiradi. Amalda kisloroddan hammadan ko'ra ko'proq foydalaniladi.

Konstrastlash usullari rentgenokonstrast moddaning qay tariqa yuborilishiga qarab 3 guruhga bo'linadi:

1) rentgeno-konstrast modda odam tanasining tabiiy yo'llari (teshiklari) dan yuboriladi;

2) rentgenokonstrast modda qon oqimiga yuboriladi;

3) rentgenokonstrast modda to'g'ridan to'g'ri to'qimalarga, a'zolariga va tutash bo'shliqlarga yuboriladi. Kontrastlash usuli hazm a'zolarini (qizilo'ngach, me'da, ingichka va yo'g'on ichakni) tekshirish uchun qo'llaniladi, buning uchun bariy sulfatning suvdagi emulsiyasidan foydalaniladi, bemorga shu emulsiya ichiriladi yoki klizma qilib yuboriladi. Traxeya bilan bronxlar (bronxografiya), qovuq,

(tsistografiya), ko'ks oralig'i (mediastinografiya), burun bo'shliqlari (rinografiya), burun oldi bo'shliqlari (qo'shimcha bo'shliqlar) ham shu usul bilan tekshiriladi.

Organizmdagi ko'pgina qo'shni a'zolar bir xil zichlikka ega bo'ladi. Odatdagi rentgenoskopiyada bularning soyalari bir-biriga qo'shilib ketadi, bu tekshirishning foydasini kamaytirib yuboradi. Lekin shunday hollarda ham tekshirilayotgan a'zoga rentgenokonstrast modda yuborish yo'li bilan shu a'zo va atrofidagi a'zolar hamda to'qimalar o'rtasida rentgen ekrani yoki rentgenogrammada keskin tafovutni aniqlash mumkin. Ichi bo'sh, kovak bo'ladigan a'zolarga — me'da, ichak, qorin bo'shlig'iga ba'zan havo yuboriladi, bu - havoli a'zo bilan qo'shni a'zolar o'rtasida kontrast hosil qilishga imkon beradi.

A'zolar ko'pincha har xil sathlarda qavat-qavat bo'lib joy oladi yoki bir-biriga zich taqalib turadi. Bunday hollarda nur beriladigan bo'lsa, barcha organlarning ko'lankasi tushaveradi. Mana shu ko'lanka bir-biriga zich taqalib turgan a'zolar soyalarning qo'shilib ketishi natijasidir. Masalan, o'pka nurga solib ko'rilganda pastki bo'limlari uchlaridan ko'ra yorug'roq bo'lib ko'zga tashlanadi, lekin bunda yorishishning sababi ikkala holda ham bitta, ya'ni havodir. O'pka uchlarining kamroq yorishib ko'rinishi havo miqdoriga bog'liq bo'lmasdan, balki yelka mushaklarining qalininga qavat bo'lib turishiga ham bog'liqdir.

Soyalarning ustma-ust tushishiga yo'l qo'ymaslik uchun rentgenologik tekshirish qiyshiq yoki yonlama proyeksialar (yo'nalishlar)da olib boriladi. Qiyshiq proyeksiyada tekshirishda nurga solinayotgan joyning katta-kichikligini, shuningdek undagi patologik o'zgarishlarni aniqlab olsa bo'ladi. Bu shunga asoslanganki, tasvirlanayotgan a'zo kattaligi undan ekrangacha bo'lgan masofaga bog'liq, nurga solinayotgan obyekt ekrandan nechog'li uzoqda turadigan bo'lsa, a'zo soyasi shuncha katta bo'lib tushadi. Nurga solinayotgan a'zolarning olgan joylarini aniqlash uchun ham turli proyeksiyalarda tekshirish usullari qo'llaniladi.

Rentgenografiya tekshirilayotgan obyektning yorug'lik sezuvchi materialga (kumush bromidi bilan qoplangan plenkaga) tushirilgan tasvirini olishdan iborat. Rentgen nurlari kumush bromidini parchalaydi. Tananing qanday bo'lmasin biror qismini rentgenografiya qilish uchun rentgen nuri manbai bilan ko'rinadigan nurlardan himoyalangan fotomaterial o'rtasiga surati olinadigan obyekt qo'yiladi; surati olinayotgan obyektning turli muhirlari (havosi, to'qimalari) orqali o'tib, har xil darajada susaygan rentgen nurlari kumush bromidiga har xil ta'sir o'tkazadi, shunga ko'ra fotomaterialda bu birikma har xil tarzda parchalanadi. Surat olingandan keyin fotoplenka yoki plastinka o'chirilib, fiksatsiya qilinadi. Rentgenogrammada zich to'qimalar yorug', yumshoq to'qimalar bilan havo esa qora bo'lib ko'rinadi. Rentgenogramma arziyas patologik o'zgarishlarning ancha batafsil tasvirini olish kerak bo'lgan mahallarda qilinadi. Bunday o'zgarishlar nurga solib ko'rish vaqtida vrach nazaridan chetda qolishi, lekin rentgenogrammada aks

etadigan bo'lishi mumkin. Turli vaqtlarda olingan rentgenogrammlar protsessning dinamikasini o'rganishga imkon beradi.

Rentgen nurlari fazoda sochiladi, shunga ko'ra nurga solinayotgan joy tasvirining o'lchamlari tekshirilayotgan obyektning chin o'lchamidan katta bo'ladi. Tasvir o'lchamlarini tekshirilayotgan a'zoning tabiiy kattaligiga yaqinlashtirish uchun rentgenologik tekshirish paytida a'zoni ekranga yoki plastinkaga yaqinroq qilib qo'yish zarur. Shunday qilinganda soya kontrasti ham aniqroq bo'lib chiqadi. Tekshirilayotgan a'zoning katta-kichikligi to'g'risida ancha aniq ma'lumotlar olish maqsadida maxsuslashtirilgan rentgenologik usuldan foydalaniladi. Tasvirga olish uchun nurning sochilib tarqalmaydigan, markaziy dastasidan foydalanish kerak. Shu maqsadda tekshirilayotgan a'zo shaklini tushirib olishga imkon beradigan moslama maxsus ekranlardan foydalaniladi.

Flyuorografiya qisqa muddatda ommaviy rentgenologik tekshirish olib borishga imkon beradi. Flyuorografiya uskunasi yordamida olingan tasvir flyuorografiya deb ataladi. O'pkada zimdan o'tayotgan sil jarayonini aniqlash uchun flyuorografiya keng qo'llaniladi. Flyuorografiya mohiyat e'tibori bilan shundan iboratki, o'pkaning ekrandagi rentgen tasviri «FED» apparati bilan rasmga olinadi, keyin esa bu rasm flyuroskopga qo'yilib, tekshirib o'rganiladi. Bir soat mobaynida 100 dona atrofida suratga olish mumkin bo'lai. O'pkaning sil bilan kasallangani topilganida «aniqlashtirib beradigan» rentgeno-gram-malar olinadi.

Harakat qilib turadigan a'zolar — yurak, me'da, yirik to-mirlar, qovurg'alar, diafragma funksiyasi so'nggi yillarda rent-genokimografiya yordamida o'rganilmoqda.

Ko'krak qafasi a'zolarini rentgenologik yo'l bilan tekshirish.

Rentgenoskopiya ko'pchilik hollarda ko'krak qafasi a'zolarini rentgenologik yo'l bilan tekshirishning dastlabki bosqichi bo'lib hisoblanadi. Nafas tizimi kasalliklarini samarali davolash maqsadida to'g'ri va aniq tashxislarga ega bo'lish uchun rentgenografiyadan keng foydalaniladi.

Nurga solib ko'rishning asosiy va hammadan ko'ra ko'p-roq rasm bo'lgan usuli bevosita rentgenoskopiya (ortos-kopiya)dir. Ortoskopiya deganda tik holatda turgan bemorni nurga solib ko'rishni tushunish mumkin. Bemor har xil yo'nalishda nurga solib ko'riladi, ya'ni har xil proyeksiyadan—to'g'ri, yonlama va qiyshiq proyeksiyalardan foydalaniladi. Zarur bo'lsa, bemorlar yuz tuban, chalqancha, yonboshlab yota oladigan mahallarda ularni yotiq, gorizontal holatga qo'yib tekshiriladi.

Ko'krak qafasi nurga solib qaralganida o'pka normada yorug' maydon ko'rinishida bo'ladi, bularda tomirlar, bron-xlarning soyalaridan iborat shakllar ko'zga tashlanadi. Yorug' o'pka maydonlarini qovurg'alardan tushadigan qora soyalar kesib o'tgan bo'ladi. Normal o'pkaning rentgen tasvirida o'pkaning chetki

tomonlari (periferiyasi) o'pka ildizidan ko'ra yorug'roq, uchlari esa ulardagi havo qatlami yupqa hamda qo'l kamari (elka kamari) ustki qismi muskullarining soyasi ustiga tushib turadigan bo'lganidan, qoraroq bo'lib ko'rinadi. Odam chuqur nafas olganida o'pkaning pastki bo'limlari, ulardagi havo qatlami qalinlashuvi hisobiga yanada yorug'roq bo'lib qoladi. Bronxlarning kesmalari qora xossali yorug' to'garakchalar ko'rinishida bo'ladi. O'pkani rentgenologik yo'l bilan o'rganish ba'zi kasalliklarda o'pka maydonlari tiniqligining o'zgarib qolishiga asoslangan. O'pkada havo miqdori ko'payib qolgan mahallarda o'pka maydoni tiniqligi ortadi. Yorug' bo'lib turadigan joylar emfizema, pnevmosklerozda keng, tarqoq bo'lsa, kaverna, abstsessda cheklangan bo'ladi. O'pkadan havo siqib chiqarilgan va o'sma, suyuqlik bilan almashinib qolgan hollarda o'pka naqshi tiniqligi tarqoq yoki chekli ravishda kamayadi yoki yorug' bo'ladigan maydonlar qorayib ko'rinadi. Bronx orqali atrofdagi havoga tutashib turadigan abstsesslar va sil kavernalari bor mahallarda o'pkada suyuqlik hosil bo'ladi:bu abstsess va kavernalar hoshiyali qora kosachalarga o'xshab ko'zga tashlanadi, shu kosachalar ichida suyuqlik miqdoriga qarab har xil balandlikda bo'ladigan gorizontalsath va buning ustida havo pufagiga to'g'ri keladigan yorug' joy bo'ladi.

Rentgenografiya ko'krak qafasi organlarining ahvoliga taalluqli bir qancha muhim tafsilotlarni aniqlab olishga imkon ochadi, chunki rentgenografiya rentgenoskopiyaga qaraganda ahvolni ko'proq oydinlashtirib bera oladi. Rentgenoskopiyada mayda o'choqli soyalar, o'pka naqshining ba'zi o'zgarishlari va boshqalarni ko'z ilg'amay qolishi mumkin. Ko'krak qafasi a'zolarining to'la rentgenologik tekshiruvi rentgenoskopiyani ham, rentgenografiyani ham o'z ichiga oladi. Ko'krak qafasi rentgenogrammalari to'g'ri, yonlanma va qiyshiq proyeksiyalarda olinadi

Ko'krak qafasi rentgenoskopiyasi bilan rentgenografiyasi o'pkadagi zichlashib qolgan joylarni (masalan, o'pka raki yoki silida, zotiljam va boshqalar vaqtida) topib olishga, emfize-madan o'pkada ortiqcha havo bo'lib qolganini, ichida havo bor tuzilmalarni (abstsess, kavernani), o'pkada birikti-ruvchi to'qima rivojlanganligi (pnevmoskleroz), plevra bo'sh-lig'ida suyuqlik yoki gaz borligini aniqlab olishga imkon bera-di.

Nafas a'zolarini rentgenologik yo'l bilan tekshirish bronxografiya yordamida olib boriladi. Bronxografiya bronxial daraxtni uning yo'liga rentgenokonstrast modda yuborilganidan keyin tekshirishdir. Bronxografiya usuli qo'llash texnikasi: Halqum anesteziya qilinganidan keyin tekshirilayotgan bronxga kateter orqali rentgenokonstrast modda—yodolipol yuboriladi, keyin esa o'pka surati olinadi.

Bronxografiya bronxoektazlar, o'pkada o'sma bor yoki yo'qligini aniqlab beradi. Bronxoektazlarda rentgenokonstrast modda bo'shliqni to'ldirib, suratda bronxlarning tasvirini ko'rsatib beradi. Bronx yo'lini berkitib turgan o'sma bo'lsa,

bronx tasviri to'liq bo'lib chiqmaydi. Bronx «amputatsiyasi» yoki «chultori» deb shunday hollarni aytiladi. Bronxografiyada yuborilgan rentgenokonstrast modda 1-2 kundan keyin so'rilib ketadi, balg'am bilan tashqariga chiqarib yuboriladi.

Tomografiya. Tomografiya rentgenodiagnostikada so'ngi paytlarda juda katta ahamiyatni kasb etdi. Tomografiyada rentgenogrammada butun obyektning tasviri hosil bo'lmay, balki ma'lum bir qavati, shunda ham vrachni qiziqtirayotgan chuqurlikdagi qavatning tasviri hosil bo'ladi. Tomografiya, rentgenstrafiyadan ancha farq qiladi.

Rentgen trubkasi bilan obyekt o'rtasidagi masofani o'zgartirib va har xil sathlardan bir nechta rentgenogramma olib, ketma-ket tushirilgan bir qancha tasvirlar hosil qilish mumkin-ki, bularda obyekt uzunasiga yoki ko'ndalangiga qarab go'yo ayrim bo'laklarga kesib qo'yilgandek bo'lib chiqadi. Tomografiya uchun hozir-bir yo'la 4-5 ta plyonka joylashgan kassetalar qo'llaniladi, bu-bir nechta qavatlar tasvirini bir yo'la tushirib olishga imkon beradi.

Tomografiya asosan o'pkani tekshirishda qo'llaniladi. Interstitsial fibroz o'zgarishlar tagida yoki plevradagi katta-katta tuzilmalar orqasida yashirinib turgan o'pka raki, ko'ks oralg'i o'smasi, kaverna, abstsess, sil, silikoz, bronxoektazlar uning yordamida topib olinadi. Tomografiya ko'zga ko'rinmaydigan bo'shliqlar topografiyasini aniq bilib olishga imkon beradi. Uning yordamida kasallangan joylarga emas, balki ularning qanday chuqurlikda joylashgani ham aniqlanadi.

Bemorlarni bronxografiyaga tayyorlash. Bronxografiya — traxeya va bronxlarning ichki yuzasini kontrast modda bilan to'ldirib, rentgenologik tekshirish usulidir.

Bronxografiyaga ko'rsatmalar: turli bronx va o'pka kasalliklarida patologik jarayonning joylashuvini aniqlash, bronxoskopiyada ko'rishning imkoniyati bo'lmagan bronxlar yuzasini tekshirish, o'pkada o'tkaziladigan jarrohlik muolajasi hajmini aniqlash va boshqalar.

Bemorni tayyorlashda quyidagilarga amal qilinadi:

1. Bemor organizmining tarkibida yod tutgan vositalarga javob reaksiyasini aniqlash uchun oldindan sinama qo'yiladi (bemorga 2—3 kun davomida 1 osh qoshiqdan kaliy yodidning 3% li eritmasidan beriladi).

2. Bemorga tekshiruvning maqsadi va mohiyatini tushuntiriladi.

3. Yiringli balg'am bo'lganda bronxlarni 3-4 kun tekshiruvdan oldin tozalanadi.

4. Tekshiruvdan 30-60 daqiqa oldin teri ostiga fenobarbital (0,1 g), atropin sulfat (0,1 %li-1ml), pipolfen (0,025 g) yuborish buyuriladi.

Kerakli anjomlar: Bronxoskop, steril stol, spirt, salfetka, sovun, infeksiyon ignalar, kateter, paxta ushlagich, qisqichlap, 0,1%li tremaikain, dikain, 10% li novokain.

Tekshirishning maqsadiga qarab narkoz yoki mahalliy og'riqsizlantirishdan foydalaniladi. Mahalliy og'riqsizlantirish-ga 2% li dikain, 3-5%li novokain eritmalaridan foydalaniladi.

Bronxlarni kontrast modda bilan to'ldirish maqsadida egiluvchan zondlardan, boshqariladigan kateterlardan foydalaniladi. Tekshiruvni shifokor o'tkazadi.

Tekshirish usullarining sezgirligi spetsifitligi va informativligi

Tekshirish usullining sezgirligi ma'lum bir klinik belgining qancha miqdor bemorda borligini aniqlaydi. Masalan, miokard ishemiyasining aniqlash uchun veloergometriyadan oldin va so'ng EKG natijasi 50 dan 80 foizgacha bo'ladi, ya'ni jismoniy zo'riqishdan keyin ishemiya holati haqiqatdan 100 ta bemorda qayd qiladiga bo'lsa, veloergometrik probadan so'ng 50-80 nafar bemorda musbat, qolgan bemorlarda psebdo-manfiy natija beradi.

Tekshirish usulining spetsifikligi (sog'lom kontingentni tekshirish asosidahisoblanadi). Spetsifiklik tekshirish usulining xatolar sonini ko'rsatadi. Masalan, mutloq sog'lom kishilar, haqiqatan ham miokard ishemiyasi bo'lmagan holda veloergometrik sinama 100ta tekshirish o'tadigan sog'lom kishilardan 80-95 nafarida manfiy natija beradi, qolgan 5-20 nafarda psevdo musbat bo'ladi.

Tekshirish usulining informativligi miqdoriy jihatdan ushbu metodning hajmi emas, balki shu patologiyada zarurligi inobatga olinadi. Masalan, ko'krak qafasining umumiy rentgenografiyasi "zo'riqish stenokardiyasi tashxisi uchun zaruriy ma'lumot bera olmaydi". Ushbu tashxis uchun EKG veloergometriya sinamasi informativligi yuqori hisoblanadi.

Baholash mezonlari №6

| Mavzuning nomi | Ball | Baho | Talabning bilim darajasi |
|---|-------------|-------------|--|
| O'pka auskultatsiyasi: qo'shimcha nafas shovqinlari (quruq va nam xirillashlar, krepatatsiya va plevra ishqalanish shovqini). Diagnostik ahamiyati. | 86-100 | A'lo | Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| Bronxofoniya. Nafas organlari bilan kasallangan bemor-larni funktsional-instrumental tekshirish usullari: spirometriya, pnevmotaxometriya, | 71-85 | Yaxshi | Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 55-70 | Qoni qarli | Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |

| | | | |
|---|------|-------------|---------------------------------------|
| oksigemoterapiya. O'pkalarni rentgenologik tekshirish metodlari, bronxoskopiya, bronxografiya, tomografiya. Diagnostik ahamiyati. | 0-54 | Qoni qarsiz | Tasavvurga ega emas, bilmaydi. |
|---|------|-------------|---------------------------------------|

Mustaqil ish. Asosiy va qoshimcha nafas shovqinlari qiyosiy diagnostikasi.
Pnevmoniyalar
Uyga vazifa. №7

Amaliy mashg'ulot №7

Yurak, qon-tomir kasalligi bilan bemorlarni tekshirish usullari. So'rab-surishtirish, ko'zdan kechirish. Yurak soxasini, periferik tomirlarni ko'zdan kechirish. Yurak soxasini palpatsiya qilish. Yurak perkussiyasi. Yurak auskultatsiyasi.

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

| | |
|----------------------------|--|
| Mashg'ulot vaqti – 4 soat | Studentlar soni: 10 dan 12 gacha |
| Mashg'ulot formasi | Amaliy mashg'ulot |
| Amaliy mashg'ulot rejasi | Yurak, qon-tomir kasalligi bilan bemorlarni tekshirish usullari. So'rab-surishtirish, ko'zdan kechirish. Yurak soxasini, periferik tomirlarni ko'zdan kechirish. Yurak soxasini palpatsiya qilish. |
| Amaliy mashg'ulot maqsadi: | Talabalarni yurak, qon-tomir kasalligi bo'lgan bemorlarni tekshirish usullari bilan tanishtirish. Yurak soxasini, periferik tomirlarni ko'zdan kechirish, yurak soxasini palpatsiya qilishni o'rganish |
| O'qitish uslubi | So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma. |
| O'qitish formasi | Kichik podgruppalrida. |
| O'qitish jihozlari | O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter. |
| O'qitish holati | Metodik jihozlangan auditoriya. |
| Monitoring va baholash | Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala. |

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

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

| | | |
|---|---|---|
| Tayyorlov bosqichi | 16.Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 17.Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 18.Davomatni nazorat qiladi | |
| 1.O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa) | 1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | |
| 2 –asosiy bosqich (160 daqiqa) | 1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rahbatlantiradi va umumiy baholaydi | Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar |
| 1-yakuniy bosqich (10 daqiqa) | 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi | Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi |

3.Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A)Frontal usuli:

1. YUrak kasalligi bilan kasallangan bemorlarning asosiy shikoyatlari va ular nimaga bog'liq
2. Anamnesis morbi va anamnesis vitaeda qanaqa ma'lumotlarga e'tibor berish kerak
3. YUrak kasalligi bilan kasallangan bemorlarni ko'zdan kechirishda ko'proq nimalarga e'tibor beriladi
4. Qon aylanish organlari kasalligi bilan kasallangan bemorlarni kurak sohasi va tomirlar tutashni ko'zdan kechirish
5. YUrak kasalliklarida teri rangining diagnostik ahamiyati
6. YUrak sohasini palpatsiya qilib qanaqa o'zgarishlarni ko'rish mumkin
7. YUrak sohasini palpatsiya qilish texnikasi
8. YUrak uchi turkisini aniqlash
9. "Mushuk xirillashi" simptomiga izoh bering
- 10.Qanday hollarda Yurak ichki turtkisi o'zgaradi
- 11.Tomirlarni chegarasini aniqlash
12. pulsatsiyasini palpatsiya yordamida aniqlash mumkin

“Stol o’rtasida ruchka” usuli

Butun gruppaga savol beriladi (masalan, qandli diabet simptomlari, beta-blokator gruppasiga mansub dori darmonlar, YuIK moyillik omillari). Har bir talaba o’z javobini varaqqa yozib oladi va hamsoyasiga yuboradi, ruchkani esa stol o’rtasiga qo’yadi.

O’qituvchi gruppaga ishini kontrol qiladi va umumiy variantni daftoriga yozib oladi.

Mavzu bayoni

So’rab – surishtirish. Shikoyatlar: Yurak qon – tomir tizimi kasalliklarida bemorlar hansirash, yurak sohasida va to’sh ortida og’riq, yurak o’ynashi, qon tupurish, shishlarni paydo bo’lishi o’ng qovurg’a ostida og’riq, dispeptik o’zgarishlariga shikoyat qiladi .

Hansirash (dyspnoe). Bu grekcha so’zdan kelib chiqqan bo’lib dys – buzilgan va pnein – nafas olish , ya’ni nafasni og’ir buzilishi hisoblanadi.

Hansirash – yurak yetishmovchiligining eng ko’p uchraydigan belgisi bo’lib, har xil darajalari tafovut qilinadi. Uning paydo bo’lish vaqtini (doimiy, xurujli) jismoniy zo’riqish bilan bog’liqligi, tinch holatda paydo bo’lishi kuzatiladi. Bemor hansirashni yengillashtirish uchun majburiy holatni egallashi kuzatiladi.

Yurak kasalliklarida hansirash dastlab jismoniy zo’riqishda, yurganda, zinadan ko’tarilganda nomoyon bo’lib, biroz vaqtdan keyin o’tib ketadi.

Yurak nuqsonlarining dekompensatsiya davrida hansirash paydo bo’ladi. Xususan mitral stenozda, aterosklerozli kardio-sklerozda eksudatli plevritda va yurakni boshqa kasalliklarida uchraydi. Yurak kasalliklarida chap qorincha yetishmovchi-ligida bo’g’ilish xuruji ko’pincha tunda paydo bo’ladi. Bu xurujlar o’ta iztiroblidir. Bemor tunni uyqusiz o’tkazadi, kresloda ertalabgacha o’tirib chiqadi, xuruj uzoq davom etadi. Yurakning bunday xurujlari yurak astmasi (astma cardiale) deyiladi. U yurak klapanlari nuqsonida dekompensatsiya davrida xususan mitral stenozi, aortal nuqsoni, miokard infarkti, chap qorincha anevrizmasi, kardiosklerozda va katta qon aylanish doirasining yaqqol ifodalangan gipertoniya rivojlanadi. Klapan nuqsonlarida dekompensatsiya davrida, miyada mahalliy qon aylanishini ateroskleroz tufayli mahalliy buzilishida nafasni Cheyn – Stoks tipida buzilishi aniqlanadi.

Yurak sohasida og’riqga shikoyat qiladigan bemorlarni so’rab surishtirishda quyidagilarni aniqlashtirish lozim:

1) og’riqlar qaysi sharoitda paydo bo’ladi (jismoniy zo’riqishda, hayajonganlarda va b.)

2) og’riqni aniq joyi (yurak cho’qqisi, to’sh orti)

3) uni xarakteri (siquvchi o’tkir, og’irlik sezish, to’sh ortini bosilishi va b.)

4) ular doimiy yoki xurujsimon bo’lishi

5) uning davomiyligi

- 6) og'riqning qayerga tarqalishi
- 7) nimadan pasayadi, yoki o'tib ketadi.

Yuqoridagilarni aniqlashtirish diagnostik katta aha-miyatga egadir.

Stenokardiyada og'riq xuruji yurak mushaklarini vaqtinchalik ishimiyasini koronar tomirlar spazmi va unda qon ayla-nishini buzilishidan kelib chiqadi.

Miokard infarktida og'riq stenokardiyaning farq qilib boshqa xarakterda bo'ladi. Uning jadalligi yuqori bo'ladi, uzoq muddat davom etadi, bir necha soatgacha, xatto kunlarga cho'zilishi mumkin. Og'riqlar jismoniy zo'riqish yoki hayajonlanish natijasida kelib chiqadi va xuruj paytida, qon tomirlarni kengaytiruvchi dorilar yordam bermaydi.

Perikarditlarda og'riq perikardial varaqlarda fibrinni o'tishi oqibatida hosil bo'lib, og'riq xarakteri doimiy, jadalligi turli xil bo'ladi. U validol va nitroglitserin tabletkasidan keyin bartaraf bo'lmaydi. Og'riqlar endokarditlarda va o'tkir miokarditda ham bo'ladi, biroq miokard infarktidagi kabi o'tkir bo'lmaydi. Yurak nevrozlarida og'riq to'sh orti emas balki, yurak cho'qqisida tarqaladi, doimo bemorni bezovta qiladi, xar xil emotsiyalar bilan bog'liq bo'ladi.

Aortaning har xil kasalliklarda, shu jumladan sifilitik mezoaortit, aorta anevrizmasi va gipertoniya da bemorlar to'sh orti soxada og'riqga shikoyat qiladilar. Qon aylanishining buzilishida, yurak nuqsonlarida va boshqa yurak kasalliklarida bemorlar jigarda qonni keskin dimlanishi va Glisson kapsulasini cho'zi-lishi natijasida o'ng qovurg'a ostida og'riq sezadilar.

Yurakni tez qisqarishlarini, bemor yurak o'ynashi sifatida his qiladi. U normada sog'lom kishilarda jismoniy zo'riqishlarda uchrashi mumkin (yugurganda, zina-dan tez ko'tarilganda, og'ir yukni ko'targanda va x.). Yurak o'ynashi harorat ko'tarilganda, infeksiya xastaliklarda, xar xil nuqsonlari (yurak klapanlari nuqsoning dekompensatsiya davrida, o'tkir miokarditlar, miokard infarkti, tireotoksik zararlanishida va x.)da kuzatiladi. Yurak o'ynashining o'tkir xuruj ko'rinishida hosil bo'lishi paroksizmal taxikardiyalar uchun xarakterli bo'ladi.

Qon tupurish (*haemoptoe*). Yurakni mitral nuqsonida, xususan mitral stenozda, shuningdek miokard infarktida va boshqa yurak-qon-tomir kasalliklarini chap qorincha yetish-movchiligi bilan birgalikda kelganda kichik qon aylanish doirasida dimlanishi oqibatida bemorlar balg'am bilan qon kelishidan shikoyat qiladilar.

Qon tupurish mitral stenoz, miokard infarkti, chanoq yoki oyog'larning venalarini tromboflebiti bilan og'riq bemorlarda o'pka tomirlarini emboliya yoki mahalliy trombozga uchrashi natijasida o'pka infarkti rivojlanganda kuzatiladi. Qon tupurishning bunday hollarda oz miqdorda balg'am bilan qon chiqishi yoki o'pkadan qon ketish ko'rinishida bo'ladi.

Yurak astmasi uchun ko'pikli pushti rangdagi balg'am ajralishi xos bo'g'ilib, dimlanish va tomirlar o'tkazuv-chan-ligining ortishi bilan bog'liq bo'ladi.

Shishlar. Yurak kasalligiga chalingan bemorlar oyoqlari-dagi shishlarga shikoyat qiladi. Shishlar kechqurun paydo bo'ladi, keyinchalik ko'payadi. Ba'zida oyoqda shishlar doimiy bo'ladi. So'rab – surishtirilganda shishlarni jismoniy zo'riqish-lar va qabul qilingan suyuqlik bilan bog'liqligini aniqlash muhim.

Yurak-qon tomir tizimi kasalliklarida bemorni umumiy ko'zdan kechirish

Yurak kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni tashqi tomon-dan ko'zdan kechirish bir qator belgilarni ilg'ab olishga imkon beradi, bu bemorlarni ahvolini baholash va tashxis qo'yish uchun muhim ahamiyat kasb etadi.

Ko'zdan kechirish bemorning egallagan vaziyatini baho-lashdan boshlanadi, keyin teri qoplamini, shilliq qavatlarni rangiga, shishlarga, yurak sohasiga, qo'l va oyoqlardagi periferik qon tomirlarga qaraladi.

Bemorning vaziyati. Yurak kasalliklari bilan og'rigan bemorlar qon aylanishi yengil darajasida kompensatsiya davrida, shikoyatlar bo'lmasligi mumkin. Yurak yetishmovchiligining yaqqol keskin rivojlanishlarida bemorlar yotoqda bosh tomonini yuqori qilib, boshni ostiga ko'plab yostiqlar qo'yib yotadilar yoki ularga maxsus bosh ostiga qo'yiladigan moslama beriladi, yarim o'tirgan holatni egallaydi va ahvolini biroz yengillashtiriladi. Bemorlar chalqancha yoki o'ng yonbosh tomonga yotqiziladi, yurakdagi noxush sezgilardan qutulish maqsadida chap yonboshga yotqizilmaydi.

Yurak yetishmovchiligi yaqqol ifodalangan hollarda, ayniqsa chap qorincha yetishmovchiligida uni yurak astmasi xurujiga olib kelishida bemorlar xarakterli majburiy holatni egallaydi. Ular kresloda yoki to'shakda o'tiradi, oyoqlarini pastga osiltirib, boshini yostiqa qo'ygan holatda bo'ladi. To'shakda yotishga urinish ularda bo'g'ilish xurujiga sabab bo'ladi. Ba'zan ular haftalab o'tirishadi, tunda uxlamaydi, toki yurak va siydik ayiruv faoliyatini yaxshilaydigan vositalarni samara bergunga qadar kutadi.

Bemor majburiy vaziyatni egallaganda hansirashni kamayishi oyoqlarni pastga tushirilganda qonning tananing pastki qismga harakati tufayli kichik qon aylanish doirasida dimlanishni kamayishi, diafragmani ekskursiyasi ortishi bilan bog'liq bo'ladi. Bunday holat yurak klapanlari nuqsonlarida, kardiosklerozda chap qorincha anevrizmalarida va miokard infarkti yoki boshqa kasalliklar fonida paydo bo'lib yurak faoliyatining pasayishi bilan kechishida kuzatiladi.

Eksudatli perikarditlarda bemor tizza – bilak vaziyatini egallaydi yoki yarim egilgan holatda o'tiradi, majburiy holatni egallab o'ziga biroz yengillik yaratadi. Stenokardiya xuruji paytida bemor o'tirishni ma'qul ko'radi. O'tkir yurak

yetishmovchiligi (shok, kollaps)da bemorlar gorizontal holatda yotadilar. Bemorning turish uchun intilishi obmorokka sabab bo'lishi mumkin.

Teri va shilliq qavatlarni ko'zdan kechirish. Yurak kasalliklari bilan og'riqan bemorlarni ko'zdan kechirishda teri va shilliq qavatlarning rangiga e'tibor qaratiladi, yurak kasalliklarida keskin ifodalangan oqarish yoki ko'karish kuzatilishi mumkin. Teri va shilliq qavatlarda gemorragik toshmalarning uchrashi diagnostik ahamiyat kasb etadi.

Tsianoz (cyanosis)- yurak kasalligiga chalingan bemorlarda qon aylanishining yetishmovchiligida teri va shilliq qavatlarning tsianotik (ko'karish) belgisi kuzatiladi.

Ko'karishning jadalligi har xil bo'ladi. Yengil sianotik rangdan to qora ko'k ranggacha bo'lishi kuzatiladi. Kasallikning boshlanishida tsianoz lablarda, burun uchida, yonoqlarda, qo'l barmoqlarida terisi yupqa bo'lgan sohalarda bo'ladi, keyinchalik uni rangi jadallanib, qo'l terisini ko'k rangga kiritadi (akrotsianoz), hattoki tana rangi ko'k tusga kiradi. Tsianoz mitral nuqsonlarda, asosan mitral stenozda uchraydi. Bunda yonoqni o'ziga xos ko'k rangga kirishi *facies mitralis* (mitral nuqsonli bemorning yuzi) deb nom olgan.

Tsianozning keskin yuqori darajasi tug'ma yurak nuqsonlarida (o'pka arteriyasini torayishi va b. yurak nuqsonlarida) ychraydi. Shuningdek o'pka arteriyasining sklerozi (Aerza kasalligi)da kuzatilishi mumkin. Bunday holatda tsianoz keskin darajada ortadi, bu kasallik *morbys coeruleus* (ko'k kasallik) nomini oladi.

Tsianoz o'pka yurak yetishmovchiligi, o'pkaning surunkali kasalliklari (pnevmoskleroz va b.) bronxoektaz kasalligi va o'pka enfizemasida uchraydi. Ba'zan sianoz o'pka arteriyasi emboliyasi, pnevmotoraksda to'satdan rivojlanadi. Tsianoz qonda qaytarilgan gemoglobinning miqdorini ortishi bilan ifodalanadi, uni rangi oksigemoglobinga nisbatan to'q rangda bo'ladi. Tsianotik rangni shakllanishida venoz dimlanish, venalarni kengayishi kuzatilib, u yurak o'ng qismining yetish-movchiligi tufayli kelib chiqadi.

Markaziy tsianozda o'pkaning xar xil kasalliklari tufayli qonning normal arterializatsiya jarayoni buziladi, shundan so'-ng o'pkadan oqib boradigan qon kislorod bilan to'yinmaydi. Boshqa turdagi tsianozlar periferik bo'lib qon harakatining sekinlashuvi va kislorodning atrofidagi to'qimalarga ko'plab sarflanishi tufayli kuzatiladi. Bunday holatlarda qon tarkibida normaga nisbatan yuqori darajada qaytarilgan gemoglobin aniqlanadi. Periferik tsianozning sabablari yurakning xar xal kasalliklari oqibatida qon aylanishining buzilishi bo'lishi mumkin. Aralash turdagi tsianozda ikkita sababchi kasalliklar bir vaqtda uchraydi. Yurak kasalliklarida tsianoz ko'pincha aralash xarakterli bo'lada.

Shuningdek, tsianoz mahalliy ham bo'lishi mumkin. U qo'l va oyoqlarning tromboflebitlarida kuzatilib bu tomirlarda venoz oqimning qiyinlashuvi bilan bog'liq bo'ladi. Mahalliy tsianoz kattalashgan limfa tugunlari yoki chandiqlar tufayli venalarning bosilishidan paydo bo'lishi mumkin. Ba'zida mahalliy sianoz alohida ko'k dog'larni qorin devorida ko'rinishi holida o'tkir pankreatitlarda kuzatiladi.

Oqarish. Mitral nuqsonlarda tsianoz(ko'karish) kuzatilsa teri qoplamlari va shilliq qavatlarining oqarishi odatda aortal yurak nuqsonlarida uchraydi. Asosan ifodalangan oqarish aorta og'zi stenozida, qorincha sistolasi paytida tomirlarni qonga kam to'lishida hamda diastola payti ularni reflektor spazmida kuzatiladi.

Teri qoplamalarining oqarishi aorta klapanlarining yetishmovchiligida diastola paytida prekapilyarning yetarlicha bo'lmagan holda qonga tushishi natijasida yuzaga kelishi oqibatida kuzatiladi.

Yaqqol oqarish endokarditlarda og'ir qaytalama va cho'ziluvchan septik endokardit natijasida eritrotsitlarning gemolizga uchrashi tufayli anemiya yuzaga keladi. Terining oqarishiga yana bir sabab kollapsdir.

Teri qoplamalarining va shilliq qavatlarning sarg'ish rang-ga kirishi mitral paroklarning yaqqol ifodalangan dekompen-satsiya davrida, hamda yurakning o'ng qorincha yetishmovchiligi bilan kelgan boshqa kasalliklarida ko'z shox pardasining va teri qoplamalarining yengil sarg'ayishi (ikterikligi) aniqlanadi. Bunday hollarda yengil sarg'ayishlarning paydo bo'lishi jigardagi dimlanishining mavjudligi bilan bog'liq bo'lib, rivojlanayotgan sirrotik jarayonlar (kardial jigar serrozi) dan darak beradi.

Cho'ziluvchan septik endokarditlarda teri qoplama-larining oqarishi bilan ularning yengil darajada sarg'ayishi kuzatiladi. Terining bunday tusga kirishi "kofe bilan sut" ("caffé au lait") deyiladi. Yurak kasalliklarida teri va shilliq qavatlar rangining o'zgarishi bilan birgalikda petixial, gemorragik toshmalarni bemorning terisi va shohpardada kuzatish (Lukin simptomi) mumkin. Bu simptom cho'ziluvchan septik endokarditlar uchun xarakterli bo'ladi.

Teri osti qavati. Uzoq muddat qon aylanishining buzili-shida, asosan klapan nuqsoni bor bemorlarda birdaniga ozish bilan birgalikda shishlar kuzatiladi. Ushbu holatdagi qon aylanishining buzilishini bunday ko'rinishi yurak nuqsonining kaxektik bosqichi deyiladi. Bunga qarama – qarshi bo'lgan ho-lat yurakni yog' bosishi qon aylanishini buzilishiga olib keladi .

Shishlar (oedema). Yurak kasalligiga chalingan bemor-larda shishlar yurak yetishmovchiligining belgisi sanaladi, eng asosiysi o'ng qorinchalar yetishmovchiligida unda venoz bosimni ortishi tufayli qonni harakati sekinlashishi va kapilyarlar o'tkazuvchanligining ortishi oqibatida to'qimaga suyuqlikni transudatsiyasi kuchayadi. Yurak shishlarining rivojlanishini asosiy sababi

kapilyarlardagi gidrostatik va onkotik bosimning o'zaro muvofiqligini buzilishi hisoblanadi. Ma'lumki gidrostatik bosim onkotik bosimdan yuqori bo'lsa, qonning suyuq qismini atrof to'qimalarga transudatsiyasi va buni teskarisi ro'y beradi. Bu quyidagilarda ko'rinadi. Me'yorda kapilyarning arterial oyoqchasida gidrostatik bosim 400 – 450 mm suv ustun bo'lib plazmaning onkotik bosimidan oshadi, u yerda bosim 350 mm suv ustuniga teng bo'ladi. Bu me'yorda qondagi suyuqlikni to'qimaga o'tishiga imkon beradi. Kapilyarning venoz oyoqchasida gidrostatik bosim normada yuqoridagiga teskaricha, plazmadagi onkotik bosim taxminan 170 mm suv ustuni bo'lib, suyuqlikni to'qimadan qayta qonga transudatsiyasiga o'tishiga olib keladi. Bu sharoit normada suyuqlikni qondan to'qimaga transudatsiyasini muvofiqlashtiradi va to'qimadan qayta qonga o'tishiga olib keladi. O'ng qorincha yetishmovchiligida asosan mitral nuqsonlarda, uch tabaqali klapan yetishmovchiligida, o'pka yurak yetishmovchiligida aterosklerotik kardiosklerozda va yurakning boshqa kasalliklarida katta qon aylanish doirasi venalaridan o'ng qorinchaga qonni kelishi qiyinlashadi, venalarda va kapilyarlarda gidrostatik bosimni oshishiga olib keladi. Buning oqibatida kapilyarlarning arterial oyoqchalaridan to'qimalarga suyuqlikni kelishi ortadi va to'qimadan venoz kapilyarga qaytadigan suyuqlikni oqishi sekinlashadi. Bu to'qimada suyuqlikning to'planishiga, shish hosil bo'lishiga olib keladi. Kapilyar venoz oyoqchasining kengayishi, undagi qon harakatining sekinlashuvi, uni devorini oziqlanishini buzilishiga, uni o'tkazuvchanligini ortishiga va shishni rivojlanishiga olib keladi.

Shishlarning paydo bo'lishiga buyrakka qon kelishining pasayishi tufayli ayiruv funksiyasining buzilishi ham zamin hozirlaydi. To'qimada almashinuvni buzilishi chala oksidlangan mahsulotlarning va natriy xloridning to'qimalarda suyuqlikni saqlab qolinishiga olib keladi. Oqibatda, qon onkotik bosimni pasayishi yurak nuqsonlarini kaxektik bosqichida uchraydi va shishlarning rivojlanishida ma'lum rol o'ynaydi. Yurak kasalliklarida bemorlarda shishlarning paydo bo'lishi gidrostatika qonunlariga bo'ysunadi, buyrak shishlaridan farq qilib uzoq va pastga joylashgan bo'ladi, boshida tovonda asosan kechqurun ko'p yurganda paydo bo'ladi, dam olgandan so'ng ertalab ketadi. Keyinchalik shishlar ko'payadi va tizza, son, bel, jinsiy a'zolar, qorinda(ascites) plevra bo'shlig'ida (hydrothorax), perikardda (hydrothorax) kuzatiladi. Tarqoq, ko'p miqdordagi shishlar anasarca (anasarca) deb nomlanadi.

Ta'kidlash lozimki, yurak shishlari og'irlik kuchi ta'siri natijasida o'rmini o'zgartirishi mumkin – chalqancha yotganda ular dumg'aza sohaga yo'naladi, yonbosh yotganda yotqizilgan tomonga yo'naladi. Yurak shishlari buyrak shishlaridan farqli bo'lib, unda teri qoplamlari ko'kimtir rangda bo'ladi. Teri osti qavatlariga suyuqlik to'planishi bilan parenximatoz a'zolarda, jigarda, buyrakda, oshqozon – ichaklarda sezilarli shish paydo bo'ladi.

Ba'zi bir kasalliklarda – qo'l va oyoqlarning trombo-flebitlarida, tomirlarni kattalashgan limfa tugunlari bilan siqili-shida, mahalliy qon aylanishini buzilishi rivojlanadi va ma-halliy chegaralangan shishni paydo qiladi Eksudativ va yopishuvchan perikarditda yuqori kovak venani ko'ks oralig'idagi o'smasi bilan siqilishida yuzda va bo'yinda keskin ifodalangan shishlar rivojlanadi bu stoks yoqasi deyiladi.

Shishlarni ko'zdan kechirib, keyin palpatsiya yordamida katta barmoq bilan tovon sohaga os tibiani ichki yuzasiga, dumg'azaga va tananing boshqa qismlariga bosib aniqlanadi. Bosilganda chuqurcha hosil bo'ladi, keyinchalik sekinlik bilan silliqanadi. Shishlar bo'lsa teri yaltirab ko'rinadi, boshida yumshoq, uzoq muddatdagi shishlarda qattiqlashadi, qiyinchilik bilan bosiladi. Katta shishlarda ba'zan pufaklar paydo bo'ladi, yorilib ichidan suyuqlik chiqadi. Qorinning teri osti kletkachasini keskin shishlari yorilib undan chandiq hosil bo'ladi, xuddi homiladorlikdan keyingi chandiq (striae gra-vidarum) ga o'xshaydi.

Shishning kamayishi yoki ko'payishini aniqlash uchun diurezni aniqlash va bemorni tarozida o'lchash tizimli ravishda bajariladi. "Nog'ora tayoqchalari" belgilarini topilishi tug'ma yurak nuqsonlari va cho'ziluvchan septik endokarditdan darak beradi.

Yurak sohasini va periferik tomirlarni ko'zdan kechirish.

Tug'ma va orttirilgan yurak nuqsonlariga chalingan bemorlarni ko'zdan kechirganda ko'krak qafasini yurak sohasini bo'rtib chiqqanligini yurak bukriligi aniqlanadi. Bunday bo'rtib chiqish perikarditda ko'p miqdorda eksudat to'planishi natijasida ham paydo bo'ladi (eksudativ perikarditda) ko'krak qafasining deformatsiyasi aortani anevrizmida uni to'shni birikkan qismiga va qovurg'ani to'qay qismiga doimiy bosim ta'siri natijasida rivojlanadi. Bunda ko'krak qafasining mahalliy bo'rtishi uni bu sohada bir vaqtda pulsatsiyasi bilan birgalikda ko'rinadi. Ko'krak qafasining kifoskoliozi va uning deformatsiyaga uchrashi kichik qon aylanish doirasida qon aylanishi uchun normal bo'lmagan sharoitni hosil qiladi, kifoskoliotik yurakni rivojlanishiga olib keladi. Sog'lom kishilarda yurak sohani ko'zdan kechirish o'rtacha rivojlangan teri osti qavati bo'lganda, yurak cho'qqisi sohada ko'krakni oldingi devorida aniq ritmik pulsatsiyasi ko'rinadi, bu yurak turtkisi deb nomlanadi. Yurak uchi turtkisi normada V qovurg'a oraliqida chap o'rta o'mrov chizig'idan 1-2 sm ichkarida joylashadi, ba'zan ko'zga tashlanadi.

Ozg'in kishilarda qovurg'alar aro oraliq keng bo'lganda yurak uchi turtkisi yaqqol ko'rinadi. Semiz kishilarda, qovurg'alararo oraliq tor bo'lganda u ko'zga tashlanmaydi. Tashxis qo'yishda asosan cho'qqi turtkisini tashqi tomonga siljishi muhim. U chap qorinchaning dilyatatsiyasida, asosan aortal nuqsonlarda va gipertoniya kasalligida uchraydi. Cho'qqi turtkisini tashqi tomonga siljishi mitral klapan yetishmovchiligida, kardiosklerozda va o'ng qorinchani kengayishida chap

qorinchani chapga siljitadi. Cho'qqi turtkisi ekssudativ plevrit, pnevmotoraks va gidrotoraksda ham siljiydi.

Yurak sohasini ko'zdan kechirishda ba'zan aniq ifodalangan tarqoq pulsatsiya ko'rinadi. U ko'pchilik holatlarda yurakni sezilarli kengayishlarida o'ng qorinchani katta yuzasi ko'krak devoriga bevosita yotganida (yurak turtkisi) kuza-tiladi. Bunday tarqoq yurak sohadagi pulsatsiya orqa ko'ks oralig'i o'smasida va boshqa kasalliklarda yurakni biror sabab bilan oldinga siljishida kuzatiladi.

Yurak xastaliklariga chalingan bemorlarni tashqi tomondan ko'zdan kechirishda diqqatni bo'yin, qo'l – oyoqlar va periferik tomirlarga qaratiladi, bunda tashxis uchun ahamiyatga ega simptomlar topiladi. Qalqonsimon bezni o'lchamini kattalashishi bo'yinni ko'zdan kechirishda aniq-lanadi, bu usul bemorlarda taxikardiya, aritmiya va yurakni kengayishidan darak beradi. Bo'yin sohani ko'zdan kechirishda uyqu arteriyasini yaqqol pulsatsiyasi aniqlanadi. Bu simptom "korotid o'yini" nomini olgan bo'lib, aortal klapan yetishmovchiligidan darak beradi, u maksimal va minimal arterial bosim o'rtasida keskin tebranishni bildiradi. Bu simptom ba'zan Bazedov kasalligida keskin ifodalangan taxikardiya va gipertoniya uchraydi.

Aorta klapani yetishmovchiligida o'ziga xos fenomen belgini boshni chayqalishi (Myusse simptomi) ni ko'rinadi u uyqu arteriyasini keskin pulsatsiyasi va maksimal va minimal bosimni keskin pasayishi natijasida yuzaga keladi.

«Karotid o'yini» simptomi klapan yetishmovchiligida odatda periferik tomirlarni (art. Subclavia, brachialis, radialis va boshqalar) pulsatsiyasi bilan birgalikda keladi. Hamma tomirlarni bunday keskin pulsatsiyasi Homopulsan deb nom-lanadi. Bo'yinda uyqu venalarining pulsatsiyasi va bo'rtib chiqishi o'ng bo'lmachaga venoz qonni quyilishini qiyinlashishi oqibatida yuzaga keladi.

Normada sog'lom kishilarda yotgan vaziyatda venalarning bo'rtib chiqishi ko'rinishi mumkin, lekin bu vertikal (tik) vaziyatda to'liq bartaraf bo'ladi. Agarda bunday vaziyatda venani bo'rtib chiqishi kuzatilsa unda o'ng qorincha yetishmovchiligini shubha qilish mumkin, asosan ekssudativ plevrit o'pka emfizemasi, pnevmotoraks va b. xastaliklar natijasida rivojlanadi. Bo'yin va qo'l venalarining keskin kengayishi bilan bir vaqtda bo'yinda va qo'lda shish bo'lishi (Stoks yoqasi) yuqori kovak venani o'sma yoki aorta anevrizmasi bilan bosilishi, yoki yuqori kovak vena trombozi tufayli yuz beradi.

To'shni pastki qismida va qorin oldingi devorida venalar-ning kengayishi ko'ks oralig'i o'smalari natijasida chuqur venalarning bosilishi oqibatida yuzaga keladi. Uyqu venalarining pulsatsiyasini qorinchalar sistolasi bilan birga kelishi (musbat vena pulsi deb nomlanadi) uch tabaqali klapani yetishmovchiligini xarakterli belgisi hisoblanadi. Bunday hollarda venani barmoq bilan bosilganda uni pastida pulsatsiya aniqlanadi. To'liq yopilmagan o'ng atrioventrikulyar teshikni

qorinchalar sistolasi davrida qonni retrograd harakati natijasida yuzaga keladi. Ko'krak qafasini ko'zdan kechirganda qovurg'alararo arteriyani kengayishini va pulsatsiyasini aorta bo'ynining torayishi oqibatida (stenosis ustus aortae) yuzaga keladi.

Epigastral sohada pulsatsiya bo'lishi kengaygan va gipertrofiyalangan o'ng qorincha yoki qorin aortasini pulsatsiyasi tufayli yuzaga keladi. Qo'l venalarining kengayishi sog'lom kishilarda uchraydi, biroq qo'lni yuqoriga ko'tarilganda u ketadi, venoz qonni o'ng bo'lmachaga kelishi qiyinlashgan holda (o'ng qorincha etishmovchiligida) venaning bunday bo'shashishi kuzatilmaydi.

Bu katta qon aylanish doirasida venoz bosimning oshganidan dalolat beradi. Oyoqlarda ba'zan venalarning varikoz kegayishi asosan ko'p tug'gan ayollarda ko'pincha aniqlanadi. Tromboflebit ko'p holda mahalliy shish ba'zan esa pigmentatsiya va trofik yara bilan birga keladi.

Qo'l – oyoqlarni ko'zdan kechirganda yurak xastaliklarida barmoqlarni “nog'ora tayoqchalari ” ko'rinishida o'zgarishi aniqlanadi . Bu belgi qo'l barmoqlarida yaxshi aniqlanadi , biroq buni oyoq barmoqlarida ham aniqlash mumkin. U tug'ma yurak nuqsonlarida uchraydi, shuningdek septik endo-karditda, o'pka yurak yetishmovchiligida (agar uni sabablari bronxoektaz kasalligi yoki o'pkani yiringli kasalligi bo'lsa) uchraydi .

Yurakni fizikal baholash

Klinika sharoitida bemorni chalqancha yotganda yurakni eshitish qiyinlashganda chap yonboshga aylantirib, o'tirgan holatda esa oldinga biroz egiltirib eshitish lozim. Ikkala holda yurak tonlari yaxshi eshitiladi, chunki yurak ko'krak devoriga yaqin kelib yaxshi eshitiladi. Yurak tonlari qiyin eshitilsa “distant” (alohida) ton deyiladi, yengil eshitiladigan yurak tonlari “aniq” ton deyiladi. Ko'pincha yog' bosgan yoki ko'krak qafasi enfizematoz bo'lgan bemorlarda yurak tonlarini eshitish qiyinlashadi. Birinchi navbatda yurak chastotasi, ritmi va yurak qisqarishini jadalligini baholanadi. Ko'pchilik tibbiyot muassasalarida hamma yurak glikozidlari qabul qilgan bemorlarda dorini qabul qilgunga qadar apikal puls aniqlanadi, yurak qisqarishlar sonini aniq belgilashda buni doriga bo'ladigan javob reaksiyasini tahlil qilishda muhim .

Istalgan yurak qisqarishini ritmini maromini buzilishini (regulyar vaqt oralig'ida bo'ladigan M: yurak urishini har 3 - qisqarishi) aniqlash lozim..

Shuningdek xohlagan regulyar bo'lmagan yurak ritmining buzilishi (m: o'tkazib yuborilgan yoki ba'zan o'tqazilgan yoki navbatdan oldingi yurak urishi) baholanadi. Yurak qisqarishlarini belgilanadi. Hamshira I va II ton (S1 , S2) ni farqlay olishi lozim. Buni bajarish normal va sekin yurak ritmida muhim. Yurak tonlari yurak klapanlarini yopilishida hosil bo'ladi. Sistola I va II ton o'rtasida , diastola II va I ton o'rtasida hosil bo'ladi. I ton 5 – qovurg'a oralig'ida o'rta o'mrov

chizig'idan ichkarida (yurak cho'qqisida), II ton 2 – qovurg'a oralig'ida to'shdan o'ng tomonda (yurak asosida) eshitiladi. Yurak cho'qqisida tonlarni stetoskopni boshcha qismi yordamida, yurak asosida esa tonlar fonendoskopni diafragmasi yordamida aniq eshitiladi. Ikkala variantni ham bajarish lozim, chunki aniq hollarda tonlarni yaxshi eshitilishi lozim. Agar siz yurak tonlarini farqlay olmasangiz, uyqu arteriyasida pulsni aniqlang, uyqu arteriyasidagi puls I ton bilan mos keladi .

Yurakni fizikal baholashning muolajasi .

1. Yurakni fizikal baholash yurak patologiyasini aniqlashda pulsni tez – tez yoki maromini buzilishida muhim.

2. Baholash uchun stetoskopni tayyorlanadi. Eshitish u-chun quloqqa qo'yiladigan qismlarini spirt bilan artiladi, chun-ki gigiyenik qoidalarga amal qilinishi lozim.

3. Bemorga tushuntiriladi, nima qilinishi to'g'risida aytiladi, muolaja paytida gapirmasligi so'raladi. Tekshirish paytida tinchlikni ta'minlanadi televizorni o'chiriladi, eshikni yopiladi .

4. Bemordan o'tirishini so'raladi (agar iloji bo'lsa) .

5. Bemordan yuza kiyimlarini yoki pijamani yechishini so'raladi.

6. Yurak auskultatsiyasi o'tkaziladi. Yurak tonlarini eshi-tishning aniq tizimiga amal qilinadi. Yurakni auskultatsiya qilishning tarqalgan ketma – ketligiga amal qilinadi:

Stetoskopni diafragmasini qo'lda isitiladi. Diafragmani II qovurg'a oralig'iga to'shning o'ng qirrasiga (aortal klapan proektsiyasiga) qo'yiladi, keyin diafragmani II yoki III qovurg'a oralig'iga to'shni chap qirrasiga siljtiladi (o'pka arteriyasi klapani proektsiyasi). Keyin V– qovurg'a oralig'ida to'shni chap qirrasiga (3 tabaqali klapan proektsiyasi), keyin V – qovurg'a oralg'ida chap o'rta o'mrov chizig'idan ichkari (mitral klapan sohasi)ga qo'yiladi. Yurakni I va II tonlari (S1 , S2) normada bolalar va kattalarda eshitiladi. I ton mitral qopqoq sohasida “Lab” tovushiga o'xshab “lab dab” birgalikda kelgan tovushlarning bir qismi bo'lib, yurak auskultatsiyasida eshitiladi. II ton “dap” aortal klapani sohasida eshitiladi. III va IV ton (S3 va S4) kattalarda patologik, bolalar va yoshlarda norma hisoblanadi (odatda mitral va aortal qopqoqlar sohasida yaxshi eshitiladi).

Yurakni paypaslash texnikasi (palpatio)

Yurak cho'qqisi sohasi va yurak turtkisini paypaslash. Cho'qqi turtkisini aniqlash uchun chap qorinchani faoliyati to'g'risida ma'lumotga erishishda tekshiruvchi o'ng qo'lini kaftini shunday joylashtirishi lozimki bunda barmoqlar cho'qqi turtkisi usti sohasini yopishi lozim.

Shundan so'ng cho'qqi turtkisi to'g'risida umumiy tasav-vur hosil qilinib , uning xususiyatlarini chuqur o'rganish kerak.

Palpatsiya yordamida cho'qqi turtkisini aniq lokalizatsiyasini, kengligini, maydonini, kuchini va kattaligini aniqlash lozim. Buning uchun cho'qqi turtqisini

aniqlashda o'rta barmoqni cho'qqi turtqisi sohasiga qo'yiladi, uning aniq lokalizatsiyasi belgilanadi. Normada u V – qovurg'a oralig'ida o'rta o'mrov chizig'idan 1 - 2 sm ichkarida joylashadi. Chap yonboshga yotganda cho'qqi zarbi 2 sm chapga siljiydi, o'ng tomonga yotqizilganda esa sezilarli siljimaydi. Cho'qqi zarbini siljishi yurakka bog'liq bo'lmagan sabablardan (diafragmaning turish balandligiga, ko'krak bo'shlig'i bosimining o'zgarishiga, o'pkani bujmayish jarayoniga) iborat bo'ladi.

Diafragmaning yuqori turishi qorin bo'shlig'ini bosimi ortishi (astsit, meteorizm, yog' bosishi, homiladorlik va b.) da uchraydi, bunda yurak gorizontal vaziyatni egallaydi, yurak turtkisi yuqoriga va tashqariga (chapga) siljiydi. Diafragmani pastga joylashishi (qorin bosimini pasayishi, o'pka emfizemasi, astenik tipdagi gavda tuzilishi va b.) yurakni vertikal joylashishiga va cho'qqi turtqisini pastga va ichkariga (o'ngga) siljishiga olib keladi.

Plevra bo'shliqlarida bosimning ortishi (eksudatli plevrit, bir tomonlama gidrotoraks, gematoraks, pnevmotoraks) yurakni qarshi tomonga siljitadi, oqibatda cho'qqi turtqisi ham siljiydi.

O'pkada biriktiruvchi to'g'ima o'sib bujmayganida obturatsion atelektaz rivojlanib (bronxogen o'pka raki, yot jism) cho'qqi turtqisi zararlangan tomonga qarab siljiydi .

Yurak kasalliklarida chap qorinchani kengayishi va gipertrofiyasida (aortal qopqoq nuqsonlarda, mitral qopqoq nuqson-larida, aterosklerotik kardiosklerozda katta qon aylanish doirasida bosim ortganda va b.) turtki zarbi chapga siljiydi, aorta qopqoq yetishmovchiligida esa turtki zarbi chapga va pastga siljiydi.

Tug'ma anomaliyalarda – ichki a'zolarning teskari joylash-ishida (situs viscerum inversis) yurak ko'krakni ko'proq o'ng qismida joylashadi, cho'qqi turtkisi ham shu tomonga siljiydi.

Shuni alohida ta'kidlash mumkinki, yaqqol ifodalangan eksudatli perikarditda cho'qqi turtkisi ko'pincha paypaslanmaydi yoki yurakni chap nisbiy chegarasiga mos kelmaydi va undan ichkarida paypaslanadi. Cho'qqi turtkisi chap plevra bo'shlig'ida ko'p suyuqlik to'planganida (eksudativ plevritda, chap tomonlama gidrotoraks, gemotoraksda) paypaslanmaydi. Normada cho'qqi turtkisini kengligi (maydoni) 2 sm kvadratni tashkil qiladi. Agar maydon kengligi kichraysa, turtki chegaralangan, katta bo'lsa – tarqoq deyiladi. Chegaralangan turtki bo'lishida yurak ko'krak devoriga normaga nisbatan kichik yuzasi bilan yotadi. Patologik holatlarda bu ko'pincha o'pka emfizemasida, o'pka yurakni ko'p qismini qoplaganida va uni ko'krak devoridan siljitganida kuzatiladi. Tarqoq turtki buning teskarisi, yurakni katta yuzasi bilan ko'krak devoriga yotganida, yurakni kengayishlarida, agar yurak kasalliklari inkor qilinsa yurakdan tashqari sabablar (o'pkani bujmayishi, diafragmaning baland turishi, orqa ko'ks oraliqini o'smasi) tufayli aniqlanadi.

Cho'qqi turtqisini kattaligi va balandligi cho'qqi terisini sohasidagi tebranish amplitudasi bilan xarakterlanadi. Baland va past cho'qqi zarbi farqlanadi. Qoidaga binoan yurakni katta sathini ko'krak qafasini devoriga tegib turishida (sabablari yuqorida ko'rsatilgan) shuningdek yurakni tez qisqarishlarida cho'qqi turtqisi yuqorida joylashadi, agar yurak orqa tomonga siljigan bo'lsa, shuningdek boshqa sharoitlar (yog' bosish, mushaklar yaxshi taraqqiy qilgan paytda) cho'qqi turtqisini balandligi pasayadi. Bundan kelib chiqadiki, tarqoq va yuqori cho'qqi turtqisi yurakni kengayishi (yurakdan tashqari sabablar inkor qilinishi)dan dalolat beradi. Kuchli yurak turtqisi natijasida yurak sohasi bo'rtib chiqadi, cho'qqi turtqisining kuchayishi odatda chap qorincha gipertrofiyasi va uni qisqarish kuchini ortishi bilan bog'liq.

Aorta qopqoqlari yetishmovchiligida chap qorinchaning gipertrofiyasi va kuchli "ko'tarilgan" "gumbazsimon" cho'qqi turtqisi aniqlanadi.

Perikardni ko'krak qafasini old devori bilan bitishib ketishida qorinchalar sistolasi paytida ko'krak devorini ko'taril-masdan, ichkariga tortilishini ko'rinadi. Cho'qqi turtqisini bun-day ko'rinishi manfiy cho'qqi turtqisi deb nomlanadi.

Cho'qqi turtkisidan tashqari yurakni o'ng qorinchasini faoliyatini belgilovchi yurak turtkisiga ahamiyat berish lozim. Sog'lom kishilarda u ko'zga tashlanmaydi. O'ng qorinchani gipertrofiyasi va dilyatatsiyasida yurakni absolyut to'mtoqlik chegarasi sohasida yaqqol ifodalangan pulsatsiyani ko'z bilan ko'rish yoki paypaslab sezish mumkin.

"Mushuk xirillashi" simptomini aniqlash. Palpatsiya yordamida "mushuk xirillashi" (fremissement cataire) simp-tomini aniqlash muhim diagnostik ahamiyat kasb etadi. Bu simptom frantsuz klinitsistlari tomonidan yozilgan. Nom berilishida xirillayotgan mushukni paypaslaganda paydo bo'ladigan sezgiga o'xshash sezgi his qilinganligiga asoslangan. Bu simptom kam sistola, kam diastola davrida sezilishi mumkin, bunda yurakda past tovushlar (sekundiga 16 tebranish atrofida) hosil bo'ladi. Uni aniqlash uchun qo'lni yurakni qamma eshitish nuqtalari soqasiga qo'yiladi. Bu simp-tomni yurak cho'qqisida diastola davrida, ko'pincha uni oxirida aniqlansa "presistolik mushuk xirillashi" deyiladi, u mitral stenoz uchun xos bo'ladi, aorta ustida sistola paytida bo'lsa – aorta og'zi stenoz, o'pka arteriyasi ustida bo'lsa – o'pka arteriyasi stenoz yoki Botallov yo'lining bitmasligidan bo'ladi.

Baholash mezonlari №10

| Mavzuning nomi | Ball | Baho | Talabanning bilim darajasi |
|-----------------------|-------------|-------------|-----------------------------------|
| | | | |

| | | | |
|---|--------|-------------|--|
| Plevra bo'shlig'ida havo va suyuqlik to'planish sindromi. Quruq va ekssudativ plevrit bilan bemorlarni tekshirish. Hidrotoraks, pnevmotoraks simptomatologiyasi. Pnevmtoraks turlari (ochiq, berk, qopqoqli). O'pkada bo'shliq sindromi. O'pka abstsessi, bronxoektaz kasalligi bilan bemorlarni tekshirish. Bemorlar kuratsiyasi. Tibbiy bayonnoma yozish. | 86-100 | A'lo | Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 71-85 | Yaxshi | Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 55-70 | Qoni qarli | Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 0-54 | Qoni qarsiz | Tasavvurga ega emas, bilmaydi. |

Uyga vazifa 11, mustaqil ish

Amaliy mashg'ulot №8

Gipertoniya kasalligi simptomatologiyasi. Simptomatik gipertenziya haqida tushuncha (buyrak, endokrin, markaziy, gemodinamik).

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

| | |
|----------------------------|---|
| Mashg'ulot vaqti – 4 soat | Studentlar soni: 10 dan 12 gacha |
| Mashg'ulot formasi | Amaliy mashg'ulot |
| Amaliy mashg'ulot rejasi | Yurak auskultatsiyasi. Yurak shovqinlarini hosil bo'lish mexanizmi, ularni tasnifi. Yurak, qon-tomir patologiyasida yurak shovqinlarini xarakteristikasi. FKG yozish tizimi. Nor-mal FKG, EXOKG haqida tushuncha. Diagnostic ahamiyati. |
| Amaliy mashg'ulot maqsadi: | Yurak shovqinlarini hosil bo'lish mexanizmi, ularni tasnifi va xarakterikasini o'rganish. Nor-mal FKG, EXOKG haqida tushuncha hosil qilish. |
| O'qitish uslubi | So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma. |
| O'qitish formasi | Kichik podgruppalarida. |

| | |
|------------------------|---|
| O'qitish jihozlari | O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter. |
| O'qitish holati | Metodik jihozlangan auditoriya. |
| Monitoring va baholash | Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala. |

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

| Ish bosqichlari va vaqti. | Ta'lim beruvchi | Ta'lim oluvchilar |
|--|--|---|
| Tayyorlov bosqichi | 19. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 20. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 21. Davomatni nazorat qiladi | |
| 1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa) | 1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | |
| 2- asosiy bosqich (160 daqiqa) | 1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi | Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar |
| 1-yakuniy bosqich (10 daqiqa) | 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi | Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi |

3. Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

1. SHovqinlar turlari, hosil bo'lish mexanizmi
2. Sistolik shovqin hosil bo'lish mexanizmi, eshitish joyi
3. Diastolik shovqin hosil bo'lish mexanizmi, eshitish joyi
4. shovqin turlarini aytib berish
5. SHovqinlarni xususiyatlarini izohlab berish
6. Sistolik va Diastolik shovqinlarning farqi

7. Organik va funktsional shovqinlarning farqi
8. Asinxron qisqarish nima
9. Izometrik qisqarish nima
10. Diastola fazalarini aytib bering
11. perikard ishqalanish shovqini hosil bo'lish mehanizmi, eshitish joyi
12. Plevra perikardial tovushlar nima
13. Normal FKG yozib olish texnikasi
14. 1 tonni grafik bo'yicha tasvirlash
15. 2 tonni grafik bo'yicha tasvirlash
16. Sistolik shovqinni FKGdagi izohni aytib bering
17. Diastolik shovqinni FKGdagi izohni aytib bering
18. Mitral klapan ochilish tonini 3 tondan farqi
19. ENOKG tug'rsida tushuncha bering

“Ari uyasi” usuli

Bu usulda muammo butun guruh bilan yoki ikkita kichik guruhla bilan tahlil qilinadi. Beriladigan vazifa butun guruh uhun bir, yoki ikkita guruhga har xil vazifalar berilishi mumkin. 10 -15 daqiqa ichida guruh ishtirokchilari vazifa yechimini tahlil qilib, bir birlariga doklad qiladilar. Ular ichidan eng yaxshi variant tanlab olinadi.

Yurak shovqinlari –auskultatsiya qopqoqlar patologiyasini aniqlashning eng samarali usulidir va tonlardan tashqari yurak shovqinlari ham eshitiladi. Shovqinlar yurak ichida (intrakardial) va tashqarisida (ekstrakardial) bo'ladi. Intrakardial shovqinlar funktsional va organik shovqinlarga bo'linadi. Shovqinlar hosil bo'lishi ushun bir necha omil bo'lishi lozim. Bular:

- Tug'ma va ortrilgan omillar – bo'lmachalar va qorinchalar aro to'siq nuqsoni, Batalov teshigi bitmasligi.

- Meyor yoki patologik holatda qopqoqdan qonning meyorga nisbatan tez oqishi.

- Qonning toraygan va notekis teshikdan kengaygan bo'limga yoki tomirga oqishi.

- Yetishmovchiligi bo'lgan yurak qopqog'idan qonning retrograd oqishi tufayli shovqin hosil bo'ladi.

Yurak klapanining anatomik o'zgarishidan organik shovqinlarni hosil qiladi. Qon oqimining tezlashuvi yoki hajmi oshishi va uning qovushqoqligini pasayishi hisobiga funktsional shovqinlar hosil bo'ladi. Intrakardial shovqinlar mexanizmi quyidagicha: klapan paychalarining bir biri bilan mustahkam yopilmasligi va klapan teshigining (meyorda 4-6 sm²) torayishi yani stenozda klapan paychalari qisqarib qoladi hamda nisbiy yetishmovchiliklar ham sabab bo'ladi. Klapan iplari masofasining o'zgarishi yoki klapanlar tortilishi bo'lmacha qorincha o'rtasida to'liq yopilmasligi natijasida qonning ma'lum bir qismi regurgitatsiyaga uchraydi va shovqin hosil bo'ladi. Shovqin hosil bo'lishiga ko'ra sistolik va diastolik shovqinlar

bo'ladi. Sistolik shovqinlar hamma vaqt ham yurak kasalligi tufayli sodir bo'lmaydi, balkim ko'pchilik hollarda qon oqimining tezlashganligi bilan bog'liqdir. Diastolik shovqinlar doimiy bo'lib, hamma vaqt qopqoqlardagi alterativ o'zgarishlar tufayli yuzaga keladi va yurakni davolashga yoki tasdiqlash uchun qoshimcha tekshiruvlar o'tkazishga to'g'ri keladi.

Shovqinlarning tasnifi

1. Sistolik shovqin

- a) Pansistolik (golosistolik) shovqin
- b) Mezosistolik (sistolik haydash) shovqin
- c) Barvaqt sistolik shovqinlar
- d) O'rta, kechki sistolik shovqinlar

2. Diastolik shovqinlar

- a) Barvaqt baland (proto) diastolik shovqin
- b) Mezodiastolik shovqin
- c) Presistolik shovqin

3. Doimiy shovqinlar

Pansistolik shovqin hosil bo'lishi uchun yurak kameralari orasida oqim (bir-biriga qon o'tishi) bo'lishi kerak, bunga kameralardan birida sistola vaqtidagi bosim farqi katta bo'lishi kerak (misol uchun chap qorincha va chap bo'lmacha yoki qorinchalar aro). Patologik holatda qaytadigan qon teshigi gradient bosimi va regurgitatsiya oqimi (patok) barvaqt qisqarish fazasida boshlanadi va mushaklar bo'shalishi tugaguncha davom etadi.

Mezosistolik (sistolik haydash) shovqini konfiguratsiyasi **crescendo** (kuchayuvchi)-**decrescendo** (susayuvchi) bo'ladi va aortaga va o'pka sitvoliga qon haydalish vaqtida hosil bo'ladi. Shovqinlar qisqa vaqt orasida S1 (sistola) dan so'ng, bu vaqtda bosim qorinchalarda oshadi yarim oysimon qopqoqlarni ochish uchun. Qon haydalishi kuchaysa shovqin kuchayadi, aksincha qon haydalishi kamaysa shovqin pasayadi. Yarim oysimon qopqoqlar meyorda bo'lganda bu shovqin qon tezligi oshganda hosil bo'ladi (kamqonlik, tireotoksikoz, homiladorlikda). Bazi bir kishilarda funktsional mitral (bazanda trikuspidal) regurgitatsiyada ham mezodiastolik shovqini hosil bo'ladi, buni aortal stenoz shovqinidan farqlay bilish kerak va EXOKG, FKG kerak bo'ladi.

Barvaqt sistolik shovqinlar kam uchraydi. Ular I ton bilan boshlanib, sistolaning o'rtasida tugaydi va ko'proq trikuspidal regurgitatsiyada pulmonal gipertenziasiz uchraydi. O'tkir mitral regurgitatsiyada qorinchalar aro to'siq defekti katta bo'lganda, pulmonal gipertenziya bilan va qorinchalar aro to'siq mushaklarida kichik defektida uchraydi hamda shovqin sistolani o'rtasida va oxirida kamayib boradi.

Kechki sistolik shovqinlar yumshoq yoki o'rta balandlikda bo'ladi. Baland shovqinlar chap qorincha uchida qon haydalgandan keyin boshlanadi va S2 dan oldin tugaydi. Ular halqa (koltso) va qorinchaning anatomik va funktsional o'zgarishi tufayli mitral qopqoqni tortilishi yoki yopilmasligi sabab hosil bo'ladi.

Barvaqt baland (proto) diastolik shovqin diastola davrining boshlanishida eshitiladi.

Mezodiastolik shovqin diastola davrining o'rtasida eshitiladi.

Presistolik shovqin diastola davrining oxirida yani sistoladan oldin eshitiladi. Intrakardial shovqinlar qon yo'nalishi bo'ylab irradiatsiya qilinadi. Misol uchun aortal teshik stenozida hosil bo'ladigan shovqin o'mrov osti va tashqi uyqu arteriyalariga uzatiladi, aortal klapan yetishmovchiligida hosil bo'ladigan shovqinlar Botkin –Erb nuqtasida yaxshi eshitiladi.

Shovqinlarning bir biridan farqi

| Morfologik o'zgarishlar | Sistolik shovqin | Diastolik hovqin |
|--------------------------------------|------------------|------------------|
| Mitral klapan yetishmovchiligi | + | - |
| Mitral teshik stenoz | - | + |
| Uch tabaqali klapan yetishmovchiligi | + | - |
| Uch tabaqali teshik stenoz | - | + |
| Aortal klapan yetishmovchiligi | - | + |
| Aortal teshik stenoz | + | - |
| Pulmonal klapan yetishmovchiligi | - | + |
| Pulmonal teshik stenoz | + | - |

Funksional va organik shovqinlarni bir biridan farqi

| Shovqin xususiyati | Funksional shovqin | Organik shovqin |
|--|--------------------|---------------------|
| Ko'pincha sistolik shovqin | + | Sistolik, diastolik |
| Shovqin doimiy emas, tana holati o'zgarsa yo'qolishi mumkin | Yo'qoladi | Kuchayadi |
| Ko'pincha o'pka sitvolida va kamroq yurak uchida eshitiladi | Eshitiladi | Eshitilmaydi |
| Shovqin qisqa, yumshoq, | + | - |
| Shovqinlar cheklangan sohada eshitiladi, qaerda hosil bo'lsa shu yerda eshitiladi, irradiatsiya yo'q | + | - |
| Miokardda o'zgarish olib keladi | Gipertrofiya yo'q | Gipertrofiya bor |

Funksional shovqinlarni nisbiy shovqinlardan farqlash kerak. Nisbiy shovqinlar klapanlarda o'zgarish bo'lmay sodir bo'ladi yani qorinchalar gipertrofiyasida (hajmi kattalashsa) mitral klapan kengayadi, uning sistolasida qon bo'lmachaga o'tadi va sistolik shovqin hosil qiladi. Aorta va o'pka sitvoli teshigining kengayishida hosil bo'ladigan diastolik shovqinni ham shu toifadagi shovqinga kiritiladi. Bu shovqinni **Stillning diastolik shovqini deb ataladi.**

Auskultatsiyada quydagilar aniqlanadi:

1. Shovqinning yurak qaysi fazasiga to'g'ri kelishi.
2. Shovqin xarakteri, kuchi, davomiyligi
3. Shovqin lokalizatsiyasi va qaerda eshitilishi
4. Irradatsiyasi

Shovqinning konfiguratsiyasi bo'lishi mumkin;
Crescendo (kuchayib boruvchi)
Decrescendo (susayib, pasayib boruvchi, so'nuvchi)
Crescendo-decrescendo (romb shaklida)

Uch xil diastolik shovqin farqlanadi : **Protodiastolik**- diastoladan oldin II-tondan so'ng, **mezodiastolik**- II-tondan so'ng diastola o'rtasida, **presistolik**- diastola oxiri sistola boshida eshitaladi. Shovqin hosil bo'lishida boshqa faktorlar ham ishtirok etadi. Bular: qon qancha tez tushsa, shovqin kuchli yoki aksincha, bazi bir holatlarda yurak shovqinlari perikardga yoki plevruga tegishlidir-ekstrakardial shovqinlar. **Umumiy xarakteristika.** Hosil bo'lgan oddiy shovqinlar qon oqimi bo'ylab tarqaladi. Masalan aortal teshik stenozida hosil bo'ladigan sistolik shovqin, o'mrov osti arteriyasida, tashqi uyqu arteriyasiga eshitaladi. Yurak yetishmovchiligida, aorta klapanida hosil bo'lgan diastolik shovqin o'ng tomonda aorta proektsiyasidan tashqari (II-qovurg'a oralig'idan) tashqari chap tarafda III-qovurg'a sohasi (Botkin-Erb nuqtasi) da eshitaladi. **Ekstrakardial shovqinlar** - perikardning ishqalanish shovqini perikardni yallig'lanishlarida parietal va vistseral plevra varaqasida fibrin cho'ksa paydo bo'ladi. Bazanda miokard infarkti tufayli hosil bo'ladigan anevrizm natijasida ham diastola vaqtida bu shovqin eshitaladi. Plevraperikardial shovqin – bu shovqin qachonki perikard bilan birga shu sohadagi plevra varaqasining yallig'lanishi birgalikda kelsa yuzaga keladi.

III. Instrumental tekshirish usullari.

Yurak-qon tomir tizimi kasalliklarida quyidagi instrumental tekshirish usullari o'tkaziladi.

1. EKG; FKG;
2. EXOKG, doplerli EXOKG;
3. Rentgenologik;
4. Koronarografiya (angiografiya);
5. Sfigmografiya;
6. Flebografiya;
7. Kapilyaroskopiya;
8. Kapilyarografiya;
9. Reografiya;
10. Yurakni ultratovush tekshiruvi
11. Radionuklid ventrikulografiya
12. Yurak bo'shliqlari kateterizatsiyasi
13. Magnitli rezonansli tomografiya;
14. Perfuzion stsintografiya (201 TL). Miokardni perfuzion radioizotop stsintografiya va sutkalik monitoringi h.k.).

Baholash mezonlari №13

| Mavzuning nomi | Bal l | Ba ho | Talabning bilim darajasi |
|---|------------------|------------------|--|
| Yurak auskultatsiyasi. Yurak shovqinlarini hosil bo'lish mexanizmi, ularni tasnifi. Yurak, qon-tomir patologiyasida yurak shovqinlarini xarakteristikasi. FKG yozish tizimi. Normal FKG, EXOKG haqida tushuncha. Diagnostik ahamiyati | 86-100 | A'lo | Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 71-85 | Yaxshi | Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 55-70 | Qoniqarli | Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 0-54 | Qoniqarsiz | Tasavvurga ega emas, bilmaydi. |

Mustaqil ish. Organic va funksional shovqinlarni qiyosiy diagnostikasi
Uyga vazifa. 14

Amaliy mashg'ulot №9

Ovqat hazm qilish tizimi. Qizilungach, oshqozon, ichaklarni tekshirish usullari (surab-surishtirish, fizikal, laborator- asbobiy). Asosiy klinik sindromlar.

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

| | |
|----------------------------|---|
| Mashg'ulot vaqti – 4 soat | Studentlar soni: 10 dan 12 gacha |
| Mashg'ulot formasi | Amaliy mashg'ulot |
| Amaliy mashg'ulot rejasi | Hazm qilish a'zolari kasalliklari bilan og'riqan bemorlarni tekshi-rish usuli. So'rab-surishtirish, anamnez yig'ish, umumiy va og'iz bo'shlig'ini ko'zdan kechirish. |
| Amaliy mashg'ulot maqsadi: | Hazm qilish a'zolari kasalliklari bilan og'riqan bemorlarni tekshi-rish usullari: so'rab-surishtirish, anamnez yig'ish, umumiy va og'iz bo'shlig'ini ko'zdan kechirish. |
| O'qitish uslubi | So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma. |

| | |
|------------------------|---|
| O'qitish formasi | Kichik podgruppalarda. |
| O'qitish jihozlari | O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter. |
| O'qitish holati | Metodik jihozlangan auditoriya. |
| Monitoring va baholash | Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala. |

1.2. *Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi*

| Ish bosqichlari va vaqti. | Ta'lim beruvchi | Ta'lim oluvchilar |
|--|--|---|
| Tayyorlov bosqichi | 22. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 23. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 24. Davomatni nazorat qiladi | |
| 1. o'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa) | 1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | |
| 2 –asosiy bosqich (160 daqiqa) | 1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi | Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar |
| 1-yakuniy bosqich (10 daqiqa) | 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi | Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi |

3. Talabalarining nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

1. Qizilo'ngach bilan og'rigan bemorlarning asosiy shikoyatlarini sanab o'ting
2. Oshqozon kasalliklari bilan og'rigan bemorlarning asosiy shikoyatlarini sanab o'ting
3. Ichak kasalliklari bilan og'rigan bemorlarning asosiy shikoyatlarini sanab o'ting
4. Oshqozon kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish
5. Ichak kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish
6. Hazm a'zolari kasalliklarida tilning o'zgarishi
7. Og'iz bo'shlig'ining umumiy ko'zdan kechirishning diagnostik ahamiyati

“Miya shturmi” usuli

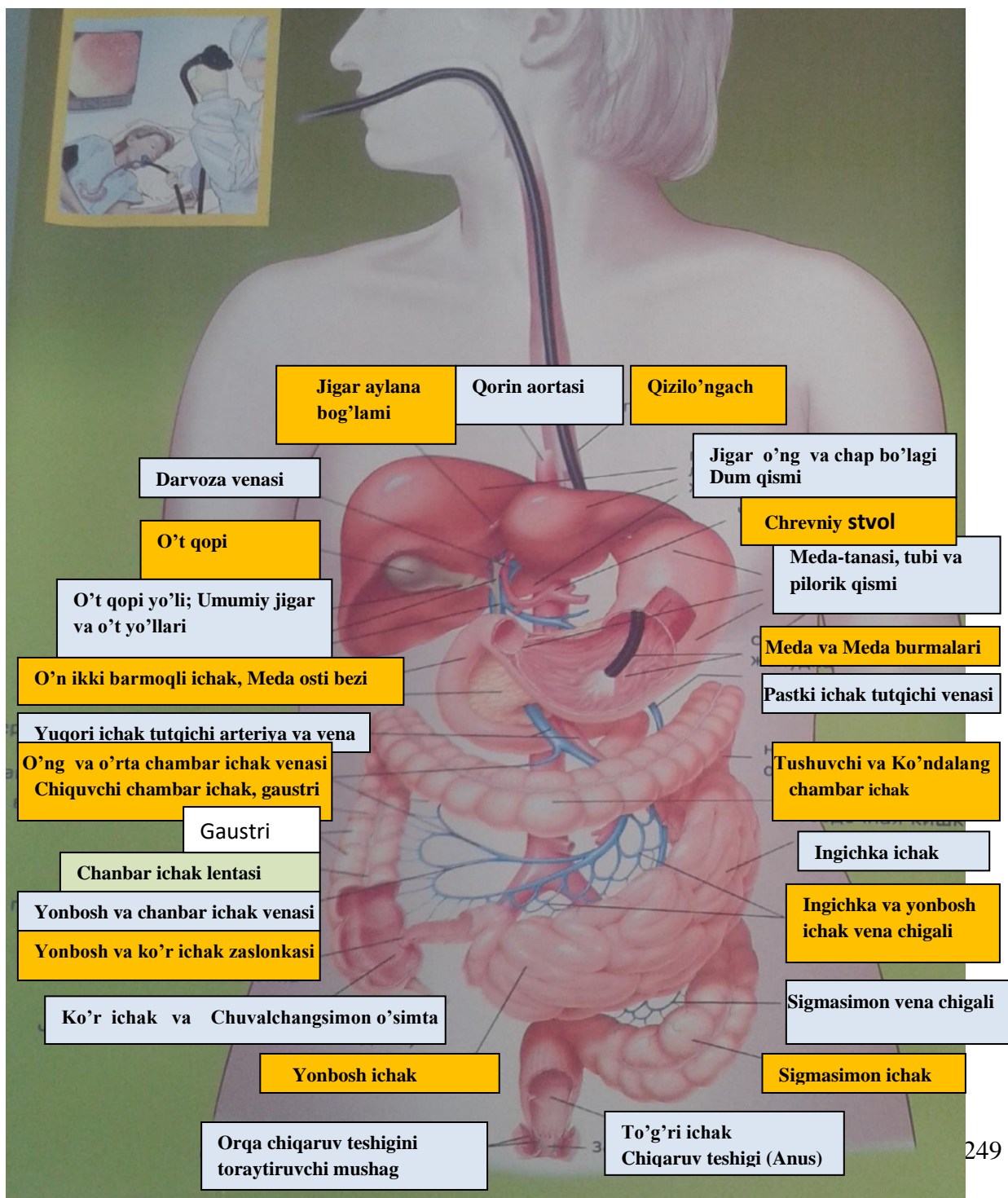
Asosiy qoidalari:

- G'oya paydo bo'lishiga halaqit beruvchi kamchiliklarni aytmaslik

- G'oyalari va fikrning yuksakligi, chunki g'oya qanchalik noodatiy bo'lsa, shunchalar u yaxshi
 - Ko'p takliflarni qabul qilish
 - G'oyalari kombinatsiyasi va ularning rivojlanishi
 - Fikrni argumentatsiyasiz lo'nda qilib taqdim etish
 - Gruppani ikkiga bo'lish: fikr generatorlari va fikrni analiz qiluvchilarga
- Bu usul g'oya va fikrlarni argumentatsiyalashni, o'zining shaxsiy fikrini, har qanday holatlarda optimal yechim topishga sharoit yaratadi.

Ovqat hazm qilish a'zolari tizimi xastaliklarida bemorni so'rab-surishtirish (interrogatio)

Ovqat hazm qilish tizimi a'zolari anatomiyasi va endoskopik tekshiruv usuli



Me'da-ichak tizimi kasalliklari bilan xastalangan bemorlarni tekshirish sxemasi:

1. Bemor holatini baholash.
2. Bemorni so'rab - surishtirish.
3. Ko'zdan kechirish.
4. Palpatsiya.
5. Perkussiya.
6. Auskultatsiya usuli kam informativ.
7. Instrumental tekshirish usullaridan iborat.
8. Laborator tekshirish usullari, gastroskan bilan tekshirish.
9. Funktsional tekshirish usullari.

I- Me'da-ichak tizimi kasalliklari bilan bemorlarning holatini baholaganda quyidagilarga e'tibor beriladi;

1. Uning es-hushiga (o'zida, o'zida emas, stupor, sopor, koma holatida, savollarga javob beradi, to'g'ri javob beradi, kechikib javob beradi, noto'g'ri javob beradi va h.k.
2. Uning holatiga e'tibor beriladi (faol, passiv, majburiy holat).

II- Bemorni so'rab-surishtirish quyidagilarga ahamiyat berish lozim.

1. Asosiy shikoyatlari
2. Qo'shimcha shikoyatlari
3. Kasallik tarixi (anamneziz morbi)
4. Hayot anamnezi (anamneziz vitae).

III- Ko'zdan kechirishda quyidagilarga e'tibor berilishi lozim.

1. Konstitutsiyasiga (astenik, normastenik, giperstenik).
2. Qorin sohasidagi patologik o'zgarishlar bor yo'qligi (Qorin hajmi, qorin devori tomirlari, kindik holati, qorin terisidagi toshmalar, teri rangiga e'tibor beriladi);
3. Teri holati baholanadi (teri elastikligi, uning namligi);
4. Shish (Atsit);
5. Bemorlarning barmoqlari holatiga (nog'ora tayoqchasimon barmoq) yiringli kasalliklarda.
6. Tirnoqlari holatiga (soat shishasiga oxshash tirnoqlar (yiringli kasalliklarda) mavjudligiga.
7. Tana haroratiga (o'tkir yuqumli meda ichak kasalliklari).
8. Mushaklar holati (atrofiyaga uchragan, uchramaganligi) baholanadi.

IV- Me'da-ichak tizimi kasalliklarida bemorni paypaslaganda quyidagilarga e'tibor berilishi kerak.

1. Yuzaki palpatsiyada (og'riqli nuqtalar mavjudligi, qorin terisi holati baholanadi);
2. Chuqur palpatsiya (me'da, ichaklar, jigar, taloq va buyrak paypaslanib, ulardagi og'riqlar va boshqa patologik jarayonlar mavjudligi aniqlanadi);
3. Turtkilab paypaslaganda chayqalish simptomlarini aniqlash, medani pilorik qismi stenozida.

V- Me'da-ichak tizimi kasalliklarini perkussiyasida quyidagilar ahamiyatli:

1. Perkutor tovushning turi: timpanik, to'mtoq;
2. Og'riqli nuqtalar aniqlanadi (misol uchun epigastral sohada turtkilovchi perkussiya qilganda - Mendel simptomi aniqlanadi);
3. Jigar va taloq o'lchami aniqlanadi.

VI- Auskultatsiyada quyidagilar aniqlanadi.

1. Qorinda kuldirash;
2. Me'daning quyi charasi aniqlanadi (auskultativ-atraksiya usuli)

VII- Instrumental tekshiruv usullari.

Me'da-ichak tizimi kasalliklarida quyidagi instrumental tekshirish usullari o'tkaziladi.

1. Rentgenologik tekshiruv usuli (Bariy sulfat kontrast moddasi yuborib);
 - a) Qizilo'ngach, me'da, 12 barmoqli ichak va boshqa ichaklar rentgenoskopiyasi;
 - b) Irigografiya yoki irigoskopiya;
2. Oshqozon ichak traktini endoskopik tekshiruv usuli;
 - a) fibroezofagogastroduodenoskopiya
 - b) Kolonoskopiya
 - v) Rektoromonoskopiya
 - g) Kapsulali endoskopiya (Gavriel Iddan (1981y));
 - d) Qo'sh balonli enteroskopiya (Xironori Yamamoto 2004y.);
3. Ultratovush tekshiruv usullari
4. Gastroskan bilan tekshirish usuli
5. Kompyuterli tomografiya orqali tekshirish usuli, MSKT;
6. Parenximatoz a'zolari skanirlab tekshirish usuli

VIII-Laborator tekshirish usullari.

Me'da-ichak tizimi kasalliklarida quyidagi laborator tekshirish usullari o'tkaziladi.

1. Qon umumiy tahlili.
2. Qonning bioximiyaviy tahlili
3. Atsit suyuqligini klinik, tsitologik, kimyoviy tekshiriladi.
4. Najasni koprologik tekshiriladi.
5. Siydik tekshiriladi.
6. Morfologik tekshirish usullari.
7. Mikroskopik tekshirish usullari.

Laborator tekshirish usullari (qonda xolesterin-kichik va yuqori zichlikdagi lipoproteidlar, triglitseridlar, qonda qand miqdori, ALT, AsT, gemoglobin). Ushbu usullarni aniq bajarish, bemorlarga aniq tashxis qo'yishda muhim hisoblanadi.

IX-Funksional tekshirish usullari

Me'da ichak tizimi kasalliklarida o'tkaziladigan funksional tekshirish usullari.

1. Me'dani zondlash.
2. 12 barmoqli ichakni zondlash.
3. Gastroskan bilan tekshirish

Gastroskan kompyuterli pribor oilasidan bo'lib, meda ichak trakti funksiyasini tekshirishga mo'ljallangan. Ushbu tekshirish usuli orqali meda ichi pH metriyasi, sutkalik pH metriya, gastrokardiografiya, manometriya, elektogastroenterografiya tekshiruv usullari o'tkaziladi. Gastroskan 5 M, Gastroskan 24, Gastroskan D, Gastroskan GEM, Gastroskan EKG va dori moddalar aprobatsiyasida ishlatiladigan Gastroskan mavjud.

Gastroskan 5 M (77 a surat) bilan bir martaga 5 kishida yoki meda ichak traktini 5 ta sohasida meda ichi pH metriyasi o'tkazish imkoniyati mavjud va shu bilan birga meda ichak traktini yuqori qismlari funksional holatini baholash uchun diagnostik testlar o'tkaziladi. Meda shirasi kislotaligini o'lchaganda 0,2 pH aniqlik darajasigacha 1,1 dan to 9,2 birlik pH gacha o'tkaziladi. Tekshirish 2-3 soat mobaynida o'tkazilib birdaniga 1 kishidan 5 kishigacha tekshirish mumkin.



Gastroskan 5 M



Gastroskan 24

77 surat

Tekshirish och qorinda va ovqatlangandan so'ng o'tkazilishi mumkin. Ushbu pribor meda va 12 barmoqli ichak va boshqa bir qator kasalliklarni kechishini aniqlashda yordam beradi. Gastroskan programmashtirilgan bo'lib, monitor ekraniga har bir bemor malumotini tekshiruv vaqtiga chiqarib turadi, ularni pechat qilish imkoni bor hamda malumotlarni xotiraga saqlasa ham bo'ladi.

Gastroskan-24 (77 b surat) meda shirasini sutkalik pH metriyasi o'tkazishga mo'ljallangan kompyuterli pribordir. Kompyuterni qayd qiluvchi blogini bemor belidagi tasmaiga taqib olib yuradi toki tekshiruv tugaguncha. Bemorga pH zondi ovqatlanishi va yotishiga xalaqit bermasligi uchun trans nazal o'tkaziladi va tibbiy xodim saylagan hazm traktini uch nuqtasiga birdaniga qo'yilib pH metriya monitoring o'tkaziladi. Gastroskan-24 reflyukus borligini, uning rivojlanganlik darajasini (fiziologik yoki patologik), uni kuchaytiruvchi omillarni (ovqatlanish xarakteri, tana holati, dori moddalarni qabul qilish va h.k. larni), meda shirasi kislotaligini sutkaning xohlagan vaqtida aniqlash hamda adekvat davo charasini belgilab beradi. Proton pompa ingibitorlarini saylashda 36 yoki 48 soat tasir qiluvchi darilar saylanadi.

Reflyukus otilishini va reflyukus kasalligini atipik shakllarini reflyukus indutsirlangan astma, faringit, laringit, kariyes va boshqalarni aniqlashda o'lchavchi elektrodlar tomoq yoki qizilo'ngach yuqori qismiga o'rnatiladi.

«**Gastrokan-D**» perfuzion monometriya o'tkazish uchun mo'ljallangan kompyuterli pribor. Hazm trakti azolarini qotor kasalliklari borki u hazm trakti u yoki bu qismi motorikasini va ular sfinkterlarini ishlashini buzilishi bilan kechadi. Qizilo'ngach va meda motorikasini, qizilo'ngachni pastki va yuqorigi sfinkteri, Oddi sfinkterini peristaltikasini aniqlashda ularni monometrik tekshirish usulidan foydalaniladi. Ushbu metod orqali hazm traktini u yoki bu bo'shlig'ida bosimni oddiy tinch holatda yoki qandaydir test (zo'riqish) o'tkazilayotgan vaqtda o'zgarishini qayd qilinishiga **78 surat**

asoslangan. «Gastrokan D» hazm traktida bosimni 8 kanalli suvli perfuzion kateter orqali o'lchanadi. Har bir kateter kanali yon devori yoki teshigi orqali minutida 0,5 ml suyuqlik yuboriladi. Suyuqlik sathi bosimi datchikka berilib o'lchanadi va monitor ekraniga ko'rsatadi. Bosimni o'lchash 0 dan to 220 mm.sim ust. gacha olchanadi, bir vaqtning o'zida hazm traktini har xil qismlarida o'lchanadi va 3 mm.sim. ust aniqlik darajasigacha aniqlanadi. Buni kateter kanallarini chiquv teshik (porta) lari aniqlaydi. Tekshiruv 30 minut davom etadi. Natijada monitor ekranida qizilo'ngachni qisqarishini to'lqinsimon qisqarishi qayd etiladi.

«**Gastrokan GEM**» (78 surat) periferik elektogastroenterografiya uchun mo'ljallangan kompyuter pribori. «Gastrokan GEM» birdaniga hazm traktini uzoq muddat elektrik faolligini va kislotaligini aniqlashga mo'ljallangan. Bu usulda 40 minutlik elektogastroenterografiya ham o'tkazish mumkin. Bu usul hazm trakti motorikasini nahorda va zo'riqish qo'llaganda yoki prokinetiklardan so'ng ham qo'llaniladi. Tekshirish usuli noinvaziv bo'lib, oyoq-qo'llarga birlashtirilgan uch elektroddan olingan signallarga asoslangan. Hazm traktini u yoki bu qismidan olingan signallar monitor ekranlarida ishlov beriladi. Tekshiruv natijalariga ko'ra tibbiy xodim hazm traktini u yoki bu qismi faolligini va ishini aniqlaydi. Priborda dori modda bilan davolashni ham padbor qiladi.

«**Gastrokan EKG**» (79 surat) birdaniga uzoq muddat hazm trakti shirasi kislotaligini harakat monitoringi va EKG qilishga mo'ljallangan kompyuter priboridir. Chunki qizilo'ngach kasalliklarini og'riqlari ko'krak kafasiga beriladi va bu og'riqlarni yurak ham beradi. Shuning uchun birdaniga qizilo'ngach hamda meda shirasi pH ni o'lchash va EKG qilish diferensial diagnostikaga yordam beradi. Hazm trakti kislotaligi uchta nuqtada olib boriladi va xuddi shunday EKG ham uch ko'krak uzatgichida qilinadi CS-1, CS-2, CM-5. Pribor pH metriya va EKG da olingan natijalarga korrelyatsion ishlov ham beradi. Yurak ritmi buzilishini, S-T segmentni siljish kattaligini aniqlaydi. Bu usul faqat hazm trakti pH ini va yurak qon-tomir tizimi faoliyatini baholamay balki gastroezofageal reflyukus kasalligini ham aniqlab, davolashni optimizatsiya qiladi. Sutkalik pH metriya va EKG monitoringi xulosasini korelyatsion ishlov berish, gastroezofageal reflyukus kasalligini kardial formasida yurak ritmini buzilishi va ST segmentni o'zgarishini aniqlashda muhim o'rin egallaydi.

Gastrokan oilasidagi priborlar ko'pchilik ilmiy tekshirish ishlarini hal qilishga mo'ljallangan. Bular:

- Diagnostika va davolashni yangi metodini aprobatsiya qilish va yaratishda;
- Bemorlarni medikamentoz davolashda dori preparatlarini va ular dozasi tanlash;
- Maxsus kasalliklarni davolash amaliyotida dari moddalar tasirini samaradorligini aniqlash uchun mo'ljallangan kompyuter priboridir.





Gastroscan EKG

79 surat

Dori moddalarni aprotatsiyasida ishlatiladigan Gastroscan.

Kapsulali endoskopiya

Kapsulali endoskopik tekshiruv usulu meda, 12 barmoqli ichak, ingichka va yon bosh ichakni hamda yo'g'on ichakni mitti videokamera yordamida ko'rish imkoniyatiga ega kapsuladan iborat. Bemorlar tekshiruvdan o'tishdan oldin 8 soat davomida ovqatlanmasligi kerak. Kapsula oson yutiladi, barcha hazm trakti a'zolarida tabiiy yo'l bilan harakatlanib, 70000-80000 ta surat olish imkonini beradi. Olingan tasvirlar bemor belida ulangan yozib oluvchi qurilmaga uzatiladi. Tekshiruv og'riqsiz bo'lib, 4-9 soat davom etadi. Bemorning odatdagi turmush tarziga ta'sir qilmaydi. Bemorga mutlaqo zararsiz bo'lib, 1 marta ishlatiladi va tabiiy yo'l orqali chiqarilib yuboriladi. Ushbu usul orqali FGDS tekshirishda ko'rib bo'lmaydigan sohalardan ham ma'lumot olish mumkin. Ingichka ichakni tekshirish uchun Pill Cam SB3, yo'g'on ichakni tekshirish uchun Pill Cam COLON 2 va hazm traktini tekshirish uchun Pill Cam patency ishlatiladi. Usul mutlaqo og'riqsiz, xavfsiz, komfort va yuqori informativligi bilan ajralib turadi. Ushbu kapsulali endoskopiyaning kamchiligi kamera qaysi tomonga bo'lsa meda ichak traktini shu tomonini tasvirga oladi va boshqa devorlarini tasvirga ololmaydi.

Qo'sh balonli enteroskopiya (80 surat)

Ushbu enteroskop 2001 yil Hironi Yamamoto tomonidan yaratilgan. Enteroskop diametri katta bo'lmagan egiluvchan tubusdan iborat. Uning ichaklarga kirib borishi tubusga o'rnatilgan balonlarni havo to'ldirish va chiqarish yo'li bilan amalga oshiriladi. Ushbu asbob yordamida tekshirish uchun enteroskopni teleskop hamda tashqi nayli balon va havo yuboruvchi pompa tizimidan foydalaniladi. Ushbu muolaja umumiy narkoz ostida olib boriladi.

Og'iz orqali o'tkaziladigan enteroskopiya qizilo'ngachni, me'dani, 12 barmoqli ichakni va ingichka ichakni ko'rish imkoniyatini beradi. Og'iz orqali enteroskopiya o'tkazish 4 bosqichdan iborat.

1. Enteroskopni qizilo'ngach, me'da, privratnikdan 12 barmoqli ichakni vertikal qismiga o'tkazish;
2. Treys bog'lamidan o'tish;
3. Ingichka ichakni yig'ilishi;
4. Ingichka ichakni tutilishi;

Malumot olish darajasi yuqori, kolonoskop bilan ko'rib bo'lmaydigan ichak qismlarini ham ko'rish imkoniyati bor. Transanal enteroskopiya usuli to'liq kolonoskopik tekshiruv natijalarini beradi. Ushbu usulda to'g'ri ichak, sigmasimon ichak va chamber ichaklarni ko'rib, ulardagi barcha o'zgarishlarni aniqlasa bo'ladi.

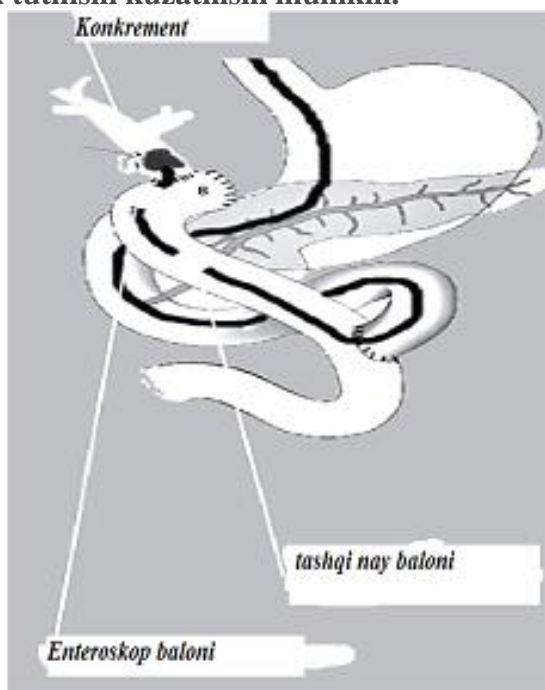
Tekshiruv afzalliklari. Qo'sh balonli enteroskopiya bilan ingichka va yo'g'on ichakni hamma qismini ko'rish mumkin.

Salbiy tomoni. Ingichka enteroskop tubusi bilan a'zo ichida burilish-aylanish yoki rotatsiya jarayoni qiyin.

Bemorlarni tekshiruvga tayyorlash. Tekshiruvdan oldin bemorlarni ruhan tayyorlash uchun kasallikni aniqlashda ushbu usul muhim va mutlaqo og'riqsiz hamda yengil o'tishi haqida tushuntiriladi. Tekshiruv o'tishdan oldin maxsus tayyorgarlik o'tish kerak, bir qator laborator tahlillar topshirish, elektrokardiogramma o'tish, terapevtidan maslahat olish va ichaklarni huqna qilib yoki surgu dorilar orqali tozalash kerak.

Ushbu tekshiruv usuli ingichka ichak kasalliklari, Kron kasalligini tashxisini, ichakdan qon ketishni, qon ketishini to'xtatish, o'smalarni aniqlashda samarali usul hisoblanib, biopstat olish, polioplarni va yot jismlarni olib tashlash hamda ingichka ichak stenozi ham davolash imkonini beradi. Bundan tashqari qo'sh balonli enteroskop - ingichka ichak yallig'lanishini, ingichka ichak strukturasi balonli dilyatatsiyasini, me'da va ingichka ichakni operatsiyadan keyingi kasalliklarini, og'riq va surunkali diareya sababini aniqlashga mo'ljallangan. Hozirgi kunda ushbu usul ingichka ichak kasalliklarini aniqlashda yangi zamonaviy usuldir.

Enteroskopiyada sodir bo'ladigan asorotlari-og'riq sindromi, tomog'ida og'riq, gipertermiya, qusish, qon ketish 1,2%, shilliq qavat perforatsiyasi 1,7%, o'tkir pankreatit 0,6%, aspiratsion pnevmoniya va paralitik ichak tutilishi kuzatilishi mumkin.



Ru bo'yicha ingichka ichak chigallni qo'sh balonli enteroskopiya qilish sxemasi

80 surat

Qizilo'ngach kasalliklari

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

Qizilo'ngach kasalligi bilan kasallangan bemorlarni so'rab surishtirish. Bemorlardan asosiy va qo'shimcha shikoyatlari, kasallik tarixi hamda hayot anamnezi so'rab surishtiriladi.

Asosiy shikoyatlar: 1- nisbatan nerv-psixik xarakterdagi simptomlar: funktsional disfagiya, ogiz achchiqligi, tomoq tutilishi .

2 – nisbatan motor-evakuator xarakterdagi: organik dysphagia, odenophagiya, ruminatio.

3 – nisbatan dispeptik xarakterdagi: pyrozis (zarda qaynashi), eructatio (kekirish), regurgitatio (qayd qilish), tam bilishni buzilishi (metal tami, nordon tam) (dysgeuzia), agevziya tam bilishni butunlay yo'qolishi.

Qo'shimcha shikoyatlariga quyidagilar kiradi. Holsizlik, ish qobiliyatini pasayishi, oruqlash.

So'rab-surishtirishda qizilo'ngach kasalliklari bilan kasallangan bemorlar ovqat luqmasining qiyinchilik bilan qizilo'ngachdan o'tishi (disfagiya), ovqat luqmasining og'riq bilan qizilo'ngachdan o'tishi (odenofagiya), qusish, kekirish, jig'ildon qaynashi, gipersalivatsiya – ko'p miqdorda so'lak ajralishi yoki so'lak ajralishini buzilishi (Shegren sindromi) dan shikoyat qiladilar.

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

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

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

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

Qusish. Qizilo'ngachdan qusish qizilo'ngachning qisilishida yuz beradi (masalan, qizilo'ngachni chandiqli strikturalar bilan torayishida yoki o'smalarda). Oshqozon hamda 12 barmoqli ichak kasalliklaridagi qusishdan farqli ravishda, qizilo'ngachdan qusishda ovqat luqmasi qizilo'ngachda ushlanib qolinadi, qusishdan oldin ko'ngil aynimaydi hamda oldingi qorin devoridagi muskullar ishtirokisiz amalga oshadi. Bunda qusiq massasi HCl kislota, pepsin tutmaydigan so'lak aralashgan kam o'zgargan, chaynalgan ovqat massasidan iborat bo'ladi. Qizilo'ngach rakida qusiq massasi yiring hidiga ega bo'lib, allaqachon iste'mol qilingan ovqat qoldiqlarini, ma'lum miqdorda shilliq tutib, qon aralashgan bo'ladi.

Qayt qilish (regurgitatsiya). Qabul qilingan ovqatning ma'lum qismini og'iz bo'shlig'iga qaytishi va shuningdek qizilo'ngachdan ovqat luqmasining o'tishida to'siq bo'lganida kuzatiladi. Qizilo'ngachda to'plangan moddalarning kechqurungi regurgitatsiyasi ko'pincha kardiya axialaziyasida kuzatiladi.

Kekirish (eructatio) - havo bilan kekirish kuzatilishi mumkin. Bazanda hidlangan havo bilan kekirish kuzatiladi, bu ovqatni uzoq muddat hazm yo'llarida turishi natijasida vujudga keladi.

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

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

Anamnez morbi. Kasallik tarixini yig'ishda simptomlarni o'tkir boshlanishiga etibor berishimiz kerak. Misol uchun adenofagiya og'riqli yutinish ko'pincha qizilo'ngach shilliq qavatini kuyishida bo'lib o'tkir boshlanadi. Disfagiya –yutinishning buzilishi qizilo'ngach kuyishida o'tkir boshlansa, ezofagitda sekin asta rivojlanadi. Og'riqni irradiatsiyasiga ham etibor beriladi. Ko'pincha qizilo'ngach kasalliklarida og'riq doimiy bo'lib, simillovchi yoki xurujsimon bo'ladi va tosh ostiga, yelkaga, bo'yinga hamda chap ko'krak qismiga beriladi. Qizilo'ngach axialaziyasida disfagiya birdaniga boshlanib bemorlar qachon boshlangan vaqtini ham aytishlari mumkin va ko'pincha riyhiy omillardan so'ng rivojlanadi. Kasallik xurujlari remissiya bilan kechadi.

Anamnez vitae. Hayot anamnezini yig'ishda qizilo'ngach kasalliklariga olib keluvchi omillarni so'rab surishtirish maqsadga muvofiq bo'ladi. Buning uchun issiq ovqat yoki qizilo'ngachni kuydiruvchi boshqa termik yoki kimyoviy moddalar (uksus kislotasi, kislota va ishqorlar suitsid sifatida istemol qilingan yoki qilinmaganligi) qabul qilinganligi, qizilo'ngach travmalari bo'lgan – bo'lmaganligi, bemorning zararli odatlari chekish, spirtli ichimliklar, haddan ziyod achchiq oziq ovqat mahsulotlarini doimiy istemol qilishi so'raladi, bular reflyuks ezofagitga olib keladi. Bemorlarda qizilo'ngachni shikastlovchi boshqa ichki kasalliklar bilan kasallangan haqidagi ma'lumotlar yig'iladi. Bu kasalliklarga sistemali kasalliklar (tizimli sklerodermiya), temir tanqis kamqonligi kabi kasalliklar bilan kasallanganligi surishtiriladi.

• **Fizik tekshirish usullari.** Qizilo'ngach xastaliklarida fizik tekshirish usullari imkoniyati keskin chegaralangan, faqatgina ko'zdan kechirish ahamiyatlidir. Bemorlarni ko'zdan kechirganda bir qator diqqatga sazovor alomatlar aniqlanadi – oriqlash, hattoki kaxeziya (Qizilo'ngach rakida va axialaziyasida (qizilo'ngach sfinkteri bo'shalishini buzilishi), terini qurishi, oqarrishi (qizilo'ngach rakida) kuzatiladi. Ba'zan suvsizlanish, vitamin yetishmovchiligi kuzatiladi. Kardiya axialaziya hamda qizilo'ngach yuzasini qoplab olgan o'sma kasalliklarida perkussiya qilinganda Traube sohasi yo'qolishi kuzatiladi, lekin perkussiya kam informativdir. Qizilo'ngach kasalliklarida palpatsiya, va auskultativ tekshirish usullari kam informativligi uchun deyarli qo'llanilmaydi.

Instrumental va laborator tekshirish usullari. Qizilo'ngach kasalliklari diagnostikasida rentgenologik, endoskopik, morfologik, ezofaganokimografik tekshirish usullaridan foydalaniladi.

1. Rentgenologik-bemorlarga bariy sulfat ichirib qizilo'ngachdan otishini kuzatishimiz mumkin va bazi bir kasalliklarda qizilo'ngachni u yoki bu tomonga siljiganini ko'rishimiz mumkin (Misol uchun chap qorincha gipertrofiyasida (mitral stenozda), ko'ks oralig'i organlari o'smalarida). Rentgenologik tekshirish qizilo'ngach holati, shakli, uzunligi, konturlarini baholashga, uning shilliq qavati relefini aniqlashga, motorikaning turli xil buzilishlarini bilishga imkon beradi. Aniq diagnoz qo'yish maqsadida bugungi kunda turli xil rentgenologik tekshirish usullaridan foydalanilmoqda (bariy sulfat qabul qilish bilan amalga oshiriladigan oddiy rentgenoskopiya va rentgenografiya, ikki marta kontrastirovkalash usuli, kompyuter

tomografiyasi, rentgenokinematografiya va rentgenotelevideniya, yadroli magnitli rezonans tomografiyasi, pnevmomediastenografiya va boshqalar), bular qizilo'ngach zararlanishiga olib keladigan ko'krak qafasi organlaridagi o'zgarishlarni aniqlashga imkon beradi (limfa tugunlarining, o'smaning kattalashgani, aorta anevrizmasi va boshqalar). Bemorlarni tekshirayotganda yanada aniq ma'lumot olish uchun ularni turli holatlarda har xil proektsiyadagi rentgen suratlarini olish mumkin.

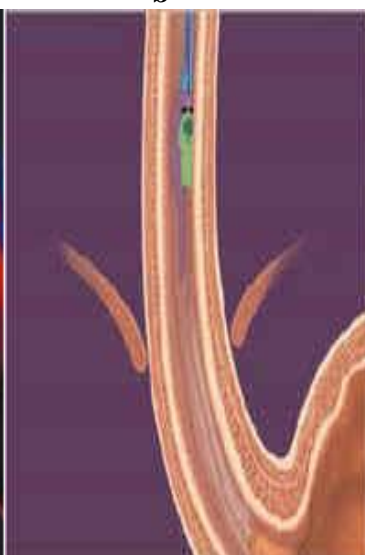
• 2. Endoskopik tekshiruv usuli aniq usul bo'lib, qizilo'ngach shilliq qavati yallig'lanishida qizarish, shilliq qavatni shishi, shilliq qavat yaralari, poliplarini, mushaklar torayishini, kengayishini, qizilo'ngach sfinkteri holatiga baho berish mumkin. **Ezofagoskopiya.** Qizilo'ngachni endoskopik tekshirish uchun maxsus yon tomonlama joylashgan yorituvchi optikadan iborat bo'lgan fibrozofoskopdan yoki kapsulali endoskopdan (81 surat) foydalaniladi. Ezofagoskopiya qizilo'ngach kasalliklari diagnostikasida yordam beradi, zarur holatlarda zararlangan sohadan biopsiya olishga, olingan materialda gistologik tekshirishlar olib borishga imkon yaratadi, turli xil davolovchi manipulyatsiyalar: qizilo'ngachni kengaytirish, qonayotgan tomir elektrokoagulyatsiyasi (masalan peptik yaralarda), qizilo'ngach varikoz kengaygan venalari skleroterapiyasini o'tkazishga sharoit yaratadi.

Kapsulali edoskopiya tekshirish usuli;



a

b



v

g

d

81 surat. a) Radiokapsula tuzilishi; b) Radiokapsulani qabul qilish; v) Radiokapsula ish jarayoni; g) Radiokapsula o'rnatilishi; d) Radiokapsula priyomnigi;

4. Qizilo'ngachni manometrik tekshiruvda qizilo'ngach sfinkteri tonusi holatiga baho beriladi. 4 – sutkalik pH – monitorlash; 5 – impedansometriya tekshiruv usulida qizilungach mushaklari xarakat aktivligi aniqlanadi. 6. Sutkalik pH- ko'rsatkichini aniqlash. pH

ko'rsatkichining 4 dan kichik 7dan katta ko'rsatkichini hamda davomiyligini aniqlaydi. Shuningdek uning subyektiv simptomlar bilan bog'lanishini aniqlaydi. (Ovqat qabul qilish, tananing holati, dori qabul qilish, chekish) preparatlarning qo'llanilish effektivligini nazorat qilish va individual terapiya imkoniyatlarini beradi. 7. 48 soatlik (zondsiz) pH ko'rsatkichini "Bravo" radiokapsulasi yordamida aniqlash. Bemorda ortiqcha noqulayliklarni keltirib chiqarmasdan qizilo'ngachdagi muhit pH ko'rsatkichini zondsiz 48 soat davomida aniqlash imkoniyatini beradi ([yuqoridagi V.G.D. suratga qarang](#)).

5. AQSh Medtronik firmasi tomonidan 2003 yildan boshlab ishlab chiqarilayotgan «Bravo» (angl. Bravo™) pH-radiokapsulasi erkin siljiydigan imkoniyatga ega emas. Maxsus moslama yordamida u qizilo'ngach epiteliysiga o'rnatiladi, odatan qizilo'ngach quyi sfinkteridan chamasi 5 sm yuqorida va bir necha sutka davomida (ko'pincha 48 soat) qizilo'ngach shilliq qavtidagi pH muhiti to'g'risida bemorning kisasida yoki gavdasining biror bir qismida o'rnatilgan priyomnikka uzluksiz axborot berib turadi. So'ngra olingan axborot kompyuterga tashlanadi va unda tahlil qilinadi. Vazifasini ado etgan kapsula bir necha kecha kunduzdan keyin epiteliydan ajraladi va najas bilan birgalikda orqa chiqaruv teshigi orqali tashqariga chiqadi.

Boshqa tekshiruv usullari. Qizilo'ngach yomon sifatli o'smalarining diagnostikasida qo'shimcha usul tsitologik tekshirish bo'lib, bunda qizilo'ngach yuvilgan suvdan yoki shilliq qavatdan ajratma sifatida olingan yoki bioptat materialdan foydaniladi. Ajratmani keng yuzali yorituvchi ballonchadan iborat bo'lgan maxsus zond yordamida olinadi.

Ezofagotonokimografiya qizilo'ngach turli qismlari harakat aktivligini registratsiya qilish, shuningdek qizilo'ngach pastki sfinkteri tonusini aniqlashda va qizilo'ngach diskineziyasi, kardiya axialaziyasi, diafragma qizilo'ngach yorig'i churrasi diagnostikasida qo'llaniladi. Gastroezofagial reflyuks kasalligini aniqlashda qizilo'ngach ichi pH metriyasidan foydalaniladi. Bunda qizilo'ngach ichi pH i 4,0 dan past bo'lsa oshqozondagi nordon moddalarning qizilo'ngachga o'tilganini bildiradi.

Endosonografiya. So'nggi yillarda qizilo'ngach kasalliklari diagnostikasida endosonografiya ancha keng tarqalgan usullardandir, bu ultratovushli tekshirish usuli bo'lib, bu tekshirish ultratovushli datchikni ezofagoskop yordamida qizilo'ngachga kiritishdan iborat. Bu metod qizilo'ngach o'smalarini aniqlashga yordam beradi (ayniqsa shilliq qavat ostida bo'lsa) va operativ davolashdagi muhim savollarga javob beruvchi regionar limfa tugunlari holatini baholashda qo'llaniladi.

Qizilo'ngachning organik va funktsional qisilishlarini differentsial diagnostika qilishda hozirgi kunda turli xil farmakologik moddalardan foydalaniladi. Nitroglitserin qizilo'ngach pastki sfinkteri tonusini pasaytirib, kardiya axialaziyasi bilan kasallanganlarda qizilo'ngachdan ovqat luqmasini o'tishini osonlashtiradi va qizilo'ngachning organik tabiatli zararlanishida bunday effekt bermaydi.

Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari bilan kasal-langgan bemorlarni shikoyati patologik jarayonga va hazm yo'lining qaysi qismi zararlanishiga bog'liq holda turlicha bo'ladi. Og'iz bo'shli'g'ida mahalliy yallig'lanish yoki tishlar kariesi natijasida kelib chiqadigan og'riqlar stomatologiya, xirurgiya sohasiga ta'lluqli bo'lib hisoblanadi. Stomatitlar (og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining yallig'lanishi) - mahalliy sabablar yoki umumiy kasalliklarning bir ko'rinishi sifatida yuzaga kelishi mumkin. Stomatitlar og'iz bo'shlig'idagi og'riqlar bilan birga kuzatiladi. Og'riqlar asosan tilda va milklarda bo'lib, o'tkir va tuzli ovqatlar iste'mol qilganda bu og'riqlar kuchayadi. Tilning achib og'rishi yomon sifatli anemiyaning simptomlaridan biri bo'lishi mumkin (Addison- Birmer kasalligi). Og'izda achishish va yoqimsiz ta'm bo'lishi gastritlarda va ayniqsa jigar, o't yo'llari kasalliklarida kuzatiladi.

Haddan tashqari og'iz qurishi qandli diabetda kuzatiladi. Qizilo'ngach kasalliklarida bemorlar shikoyati quyidagicha: disfagiya, qizilo'ngach bo'ylab og'riq, qusish, zarda qaynashi va qon ketishlar bo'ladi. Disfagiya – bu qabul qilingan ovqat mahsulotlarini qiyin yutish yoki to'la yuta olmaslik bo'lib hisoblanadi. Disfagiya qizilo'ngach o'smasida, yot jismni yutganda,

qizilo'ngach ishqor yoki kislotalar ta'sirida kuygandan keyin chandiq hosil bo'lishi, shu bilan birga aorta anevrizmasi yoki ko'ks orti o'smasi bilan siqilganda va divertikul xastaligida yuzaga kelishi mumkin. Qizilo'ngachdan qon ketishi jigar sirrozida kengaygan varikoz venalar yorilishi natijasida ro'y beradi. Oshqozon kasalliklarida asosiy shikoyatlar epigastral sohada og'riq, ko'ngil aynishi, qusish, ishtaha pasayishi, kekirish, zarda qaynashi hisoblanadi. Oshqozon sohasida og'riq bo'lganda nafaqat uning lokalizatsiyasi, balki (irradiatsiyasi, xarakteri va qanday sharoitdan keyin yuzaga kelishini (ovqatlanish vaqti, ovqat xarakteri va hokazo) aniqlash kerak. Shu bilan birga og'riq nimadan keyin pasayishi va yo'qolishiga ahamiyat berish kerak. Qusish - tez-tez uchraydigan shikoyatlardan biri bo'lib, oshqozonning turli kasalliklarida kuzatilishi mumkin (o'tkir va surunkali gastritlar, yara kasalliklari, piloroduodenal stenoz, oshqozon raki va boshqalar).

Bemorni so'rab – surishtirganda, qusish simptomi oshqozonga bog'liq bo'lmagan holda boshqa kasalliklarda ham kuzatilishi mumkinligini nazarda tutmoq kerak. Masalan: bosh miya o'smalarida, meningitda, uremiya, xoletsistit, peritonit va boshqa kasalliklarda ham uchratish mumkin. Shu bilan birga ayrim dori moddalarini qabul qilganda (digitalis) va oshqozon shilliq qavatiga ba'zi ximiyaviy vositalarning ta'siri (sulema, mishyak) natijasida ham qusish kuzatilishi mumkin bo'ladi.

O'tkir gastritda ovqat yegandan so'ng qusish kuzata boshlanadi. Oshqozon atoniyasi, gipersekretsiyasida esa qusish ovqatdan keyin 3-4 soat o'tgach boshlanadi.

Oshqozondan chiqish qismi stenozida nahorda qusish xarakterli bo'lib, qusuq massasida ovqat qoldiqlari saqlanib 3-4 litr miqdorni tashkil qiladi va «palag'da tuxum» hidiga o'xshash hidga ega bo'ladi. Ba'zan kuchli qusish paytida oshqozon shilliq qavatidagi mayda tomirlar zararlanadi va buning natijasida qusuq massalarida qon tomchilari aniqlanadi.

Oshqozondan ko'p miqdorda qon ketishi jiddiy simptomlar hisoblanib, oshqozon o'smasida va yara kasalligida yirik tomir zararlanishi natijasida yuzaga keladi. B'zan qon ketishda oshqozon shilliq qavati kuyishi, gemorragik diatez, portal gipertoniyada oshqozon venalarining varikoz kengayishi ham sabab bo'lishi mumkin. Bunday hollarda qusuq massasidagi qon ochiq qizil rangda bo'ladi. Agar qusish qon ketishdan keyin ma'lum vaqt o'tgach yuzaga kelsa, bu vaqt ichida qon oshqozon saqlanmasi bilan qo'shilishga ulguradi va buning natijasida qusuq massa qahva quyqasi rangida bo'ladi. Bu ko'pincha oshqozon rakida kuzatiladi.

Qusishdan oldin bemorda ko'ngil aynish hissi paydo bo'ladi. Bu simptom oshqozon kasalligi bilan bog'liq bo'l-masligi ham mumkin. Bu simptom gipertonik krizlarda, buyrak kasalliklari va boshqa kasalliklarda ham uchraydi.

Oshqozonda bijg'ish jarayonining kuchayishi natijasida bemorda havo yoki ovqat qo'shmasi bilan kekirish kuzatiladi. Nevroz bilan kasallangan bemorlarda uzoq masofadan eshitiluvchi, bolalarda ovozli havo bilan kekirish kuzatiladi. Bu simptom «aerofagiya» deyiladi. Bundan tashqari achchiq yog' hidiga o'xshash kekirish uchraydi. Bunday kekirish bijg'ish jarayonida organik kislotalar (yog', sut, kislota va boshqalar) hosil bo'lganda yuzaga keladi. Ba'zida bemorlar zarda qaynashidan shikoyat qilishadi. Bu ko'pincha oshqozonda saqlanmagan kislotalikning oshishi natijasida yuzaga keladi, lekin kislotalikning normal bo'lganda va hatto past bo'lganda ham zarda qaynashi kuzatilishi mumkin. Zarda qaynashining yuzaga kelish sababi- kardial sfinkter etishmovchiligi natijasida oshqozon saqlanmasining qizilo'ngachga qaytib o'tishidir.

So'rab- surishtirishda bemorning ishtahasiga ham etibor berish kerak. Oshqozonda kislotalik muhiti past bo'lganda, ishtaha pasaygan bo'ladi, aksincha yuqori kislotalik muhiti bilan kechadigan oshqozon kasalliklarida ishtaha yuqori bo'ladi. Biroq shuni inobatga olish kerakki, kislotalik muhitning oshib ketishi bilan kechuvchi oshqozon yara kasalliklarida bemorning ishtahasi yuqori bo'lishiga qaramay, og'riq xurujidan qo'rqib ovqat eyishdan o'zlarini tiyishadi. Ba'zi bemorlarda haddan tashqari yuqori ishtaha ya'ni, bulimiya (bo'ri ishtahasi) kuzatiladi.

Ishtahaning umuman yo'qolishi (anoreksiya) va ayniqsa go'shtli ovqatlarni iste'mol qilolmaslik oshqozon rakiga xarakterli bo'ladi. Ishtaha yuqolishi bilan birga ozib ketishdan shikoyat qilinadi. Ichak kasalliklarida bemorning asosiy shikoyati ichaklar bo'ylab og'riq hissi, meteorizm, ich ketishi, qabziyat va bazan ichakdan qon ketishi yuzaga keladi. Ichakdagi og'riqlar ichak musaklarining spazmi natijasida yuzaga kelib ko'pincha ingichka ichak (enterit) va yo'g'on ichak (kolit) yallig'lanishi jarayonlarida kuzatiladi. Spastik og'riqlar shuningdek, mishyak, miss kabi kim-yoviy moddalar bilan zaharlanganda kelib chiqishi mumkin. Ayniqsa miss bilan surunkali zaharlanganda og'riq san-chiqsimon xarakterga ega bo'ladi.

Shuningdek og'riqlar ich o'tmasligi sababli ichaklar-ning keskin kengayishi yoki ko'p miqdorda gaz to'planishi natijasida yuzaga kelishi mumkin.

Ichaklarda og'riq kuzatilganda, uning lokalizatsiyasini aniqlash muhim hisoblanadi. Og'riq chap yonbosh sohada bo'lsa, sigmasimon ichak kasalliklaridan, aksincha o'ng yonbosh sohada og'riq bo'lsa, ko'r ichak kasalliklari, appen-ditsitdan darak beradi. Qorinning o'rta sohasidagi og'rilar ingichka ichak kasalliklarida kuzatiladi. Defekatsiya aktida yuzaga keladigan og'riqlar to'g'ri ichak kasalliklarida (gemorroy, anal teshigi yorig'ida, sigmasimon va to'g'ri ichak o'smasida) kuzatilib, axlat bilan qonning aralashib kelishi aniqlanadi.

Agar qon ketish ichaklarning yuqori qismidan bo'lsa, bu o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligiga xos bo'ladi va bunda axlat qora rangda bo'ladi.

Ichakdan qon ketishi boshqa kasalliklarda ham sodir bo'lishi mumkin. Masalan kapilyarotoksikozda, Verlgoff kasalligida, mezenterial tomir trombozlarida kuzatiladi. Ma'lum miqdorda qon yuqotishda, bemorda teri qoplamlari oqarishi, umumiy holsizlik, bosh aylanishi, sovuq ter bosishi kuzatiladi. Ichaklarda bijg'ish va chirish jarayonlarining kuchayishi natijasida qorin dam bo'ladi (meteorizm) va og'riqlar paydo bo'ladi.

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

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

Anamnesis morbi

Anamnesis vitae

Oshqozon ichak trakti kasalliklarida kuzatiladigan sindromlar quyidagilardir.

1 – Og'riq sindromi: xarakteri, intensivligi, lokalizatsiyasi, irradiatsiyasi, davomiyligi, yuzaga keltiruvchi omillar(odatan taom qabulidan keyin 30-50 min o'tgach);

2 – Dispeptik sindrom: nausea (ko'ngil aynishi), vomitus (qusish), haemotemesis (qon qusish), eructatio (kekirish), regurgitacio (qayd qilish), melena, diareya;

3 – Astenovegetativ sindrom: anoreksiya (ishtahaning yo'qolishi), ogiz achishi, gipersalivatsiya yoki og'iz qurishi

4 -Oshqozon-ichakdan qon ketishi (gemoragik sindrom);

5-Tana massasining kamayishi;

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

-Barvaqt og'riqlar odatda oshqozon patologiyasi bilan bog'liq. Ovqat istemol qilingandan so'ng ovqat massasi jarohat bor joyga tasir qiladi va og'riq paydo bo'ladi. Ular ovqat istemol qilingandan so'ng tezda paydo bo'ladi (odatda 30-60 minutdan keyin), davomiyligi 1-1,5 soat. Oshqozondagi massa evakuatsiya qilingandan keyin kamayib boradi.

-Kechki og'riqlar 12 barmoqli ichak kasalliklari bilan bog'liq va bu og'riqlar meda shirasi tarkibidagi chlorid kislotani jarohat bor jayga ta'siri natijasida yuzaga keladi. Ular ovqatdan so'ng (1,5-3 soatdan keyin) paydo bo'ladi. Shuningdek yana och qorindagi og'riqlar va tungi og'riqlar tafovut qilinadi. Og'riq ovqat iste'mol qilgandan so'ng kuchsizlanuvchi yoki sekinlashadi, bu meda shirasi tarkibidagi chlorid kislotasini oziq-ovqat mahsuloti bilan neytrallanishi bilan bog'liq. Kasallar quyidagilarga shikoyat qiladilar; epigastral sohada bosim yoki og'riq sezishi, oshqozonda hazm bo'lishi bilan bog'liq shikoyatlar. Shuningdek ichaklarda gaz hosil bo'lishi kuchayishi natijasida qorinda dam (meteorizm) kuzatiladi.

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

Dispeptik sindrom sabablari: Organik va funktsional bo'ladi.

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

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

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

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

Oshqozon-ichakdan qon ketishi sabablari:

Yara kasalligi

Gastrit va oshqozon eroziyasi

Ezofagit yoki qizilo'ngach yarasi

Qizilo'ngach venalari varikoz kengayishi (jigar tsirrozi).

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

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

Qo'shimcha shikoyatlar:

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

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

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

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

Qusilgan massa xarakteri:

-Qusiq massasi qon aralash bo'lishi mumkin. Bu qizilo'ngach, me'da-ichakdan qon ketishini bildiradi. Bu qusuq massa "quyuq kofe" ko'rinishidadir.

- Qusuq massasidan chirigan hid kelsa, ovqatning me'dada ko'p saqlanishi, me'daning pilorik qismi stenoz hamda atoniyasi uchun xos.

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

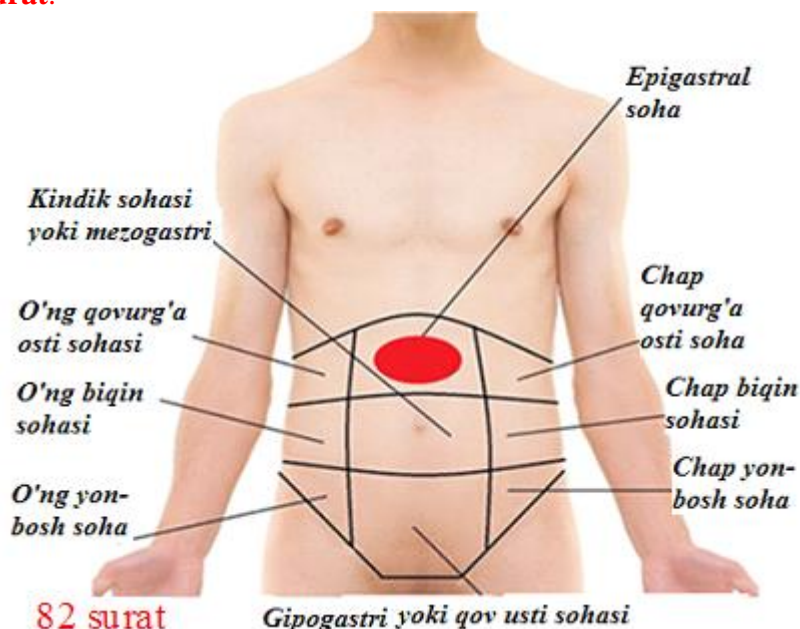


Kasallik anamnezi. Kasallikni simptomlari qachon boshlangan, ovqatlanish bilan bog'liq, bog'liq emasligi, sezon xarakterda (bahor va kuz) ega yoki yo'qligini, og'riq davomiyligi, kuchayishi, sekinlashishi (meda yarasida ovqalangandan so'ng kuchayadi, 12 barmoqli ichak yarasida ovqatlangandan so'ng susayish va kechki, tungi og'riqlar xarakterli), og'riqning lokalizatsiyasi tarqoq yoki local xarakterdaligini ham diagnostikada ahamiyati katta. Nosteroid yallig'lanishga qarshi dori vositalari qabul qilganligi, bemorni o'tkazgan kasalliklari (jigar tsirrozi) me'da ichak traktidan qon ketishini aniqlash maqsadida, o'tkazgan kasalliklari va avlodida qayd etilgan kasalliklar surishtiriladi. Qusuq massasi xarakterini baxolash katta ahamiyatga ega. Ichining qabziyat bilan yoki suyuq, qoramtir (dekteobraz), qon aralash, shilliq va ko'pik aralash o'tishi ichak kasalliklaridan dalolat beradi.

Hayot anamnezi. Anamnez yig'ishda bemorning ovqatlanishini baholay olish kerak (ovqatlanish rejimini buzilganligi, ko'proq achchiq, sho'r va quruq ovqatlarni istemol qilganligini so'rash ahamiyatli). Ovqat hazm qilish a'zolari kasalliklari asosiy omili bo'lgan

ovqat qabul qilish ketma-ketligi buzilganligini aniqlashdir. Bemor qanday ovqat iste'mol qilganligi (yog'li, qovurilgan, o'tkir, sho'r, achchiq, o'tkir ichimliklar (uksus kislota)), qancha miqdordaligini aniqlash kerak. Tizimli kasalliklar, qandli diabet, buyrak yetishmovchiligi, diffuz toksik buxoq kabi kasalliklar o'tkazganligini diagnostikada ahamiyati katta.

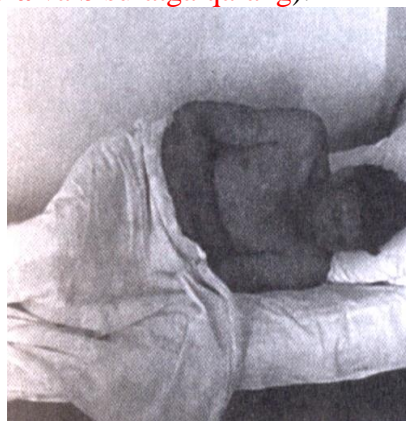
Obyektiv tekshirish usullari: Ko'zdan kechirishda-(inspectsio): Qorin sohasi azolarini ko'zdan kechirishda, qorin devorini uch qavatga bo'lib o'rganiladi, epigastri, mezogastri va gipogastri hamda har qaysi qavat uch qismga bo'linadi va jami 9 ta kvadratga bo'linadi. Ushbu kvadratlarni paypaslashda va perkussiya qilinganda shu soha azolari kasalliklari haqida malumot olinadi **82 surat**.



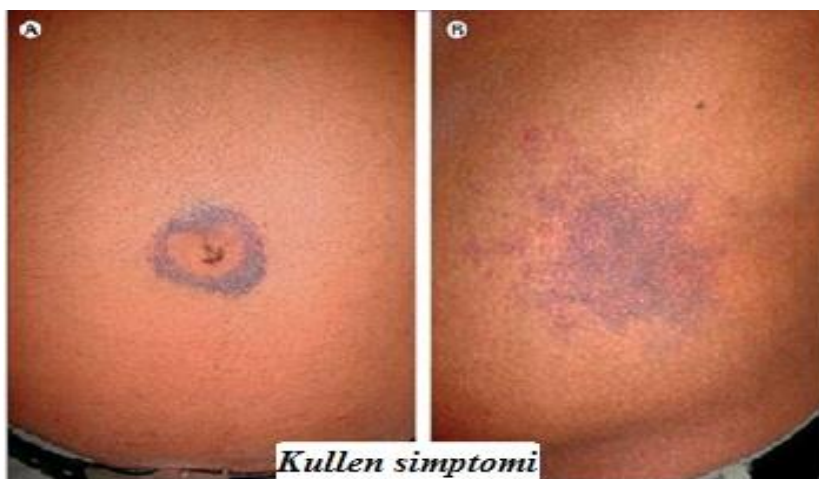
Bemorlarni ko'zdan kechirishda uning holatiga etibor berish lozim. Bunda bemorlar holati faol, passiv va majburiy holat bo'lishi mumkin. Majburiy holat bemorlarda yara kasalliklarida og'riq kuchli bo'lganda yoki peritonitda kuzatiladi (**83 a va b suratga qarang**).



a 83 surat b



Bemorlarda – oriqlash, hattoki kaxeksiya (rakda va qizilo'ngach axialaziyasida), terini qurishi, oqaruvi (qizilo'ngach rakida) kuzatiladi. Qorin shakli, peristaltikaga etibor beradi. Terida chandiqlar, chiziqlar (striae), pushti rang chiziqlar – Kushing sindromida, teri osti venalarining kengayishi (tsirrozlarda yoki v. cava inferior obstruksiyasida), kindikning bo'rtib chiqishi (astsit, o'smalarda), pushti rangga bo'yalishi (pankreatitda, pastga siljishi (astsitda), yuqoriga (homiladorlikda, chanoq organlari o'smasida). Ekximozlar (yumshoq to'qimalarga qon quyilishi), kindik atrofida – Kullen simptomi (**84 surat**), qorin yon devorlarida–Grey Turner simptomi (qorin parda ichra yoki orti bo'ylab teri osti qon oqishida), qorin bo'shlig'i o'smalarida assimetriya kuzatiladi. Qorin sathi kuzatilayotgan paytda qorin oldingi devorini nafas ekskursiyasiga ishtirokiga; teri osti venoz anastomozlarga va operatsiyadan keyingi chandiqlarga alohida e'tibor berish maqsadga muvofiqdir.



84 surat

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

«Kombinatsion» usullar:

1 – auskultoaffrikatsion:

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

2 – auskultativ perkussiya

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

Me'da shirasini tekshirish

Oshqozon shirasini tekshirish (oshqozonning sekretor funksiyasi)-oshqozon shilliq qavatining morfologik va funktsional holatini o'rganish, shuningdek masofadan turib uning evakuator funksiyasiga baho berishga imkon beruvchi asosiy metodlardan biri. Oshqozon shirasini tekshirishning zondli va zondsiz usuli keng tarqalgan. Zondlash oshqozonning sekretor (oshqozon shirasi miqdori) kislota va ferment ishlab chiqarish funksiyasi (sekretor funksiyasi) ni tekshiruvchi metod hisoblanadi. Oshqozon bezlarining sekretor funksiyasi haqida tasavurga ega bo'lish uchun maxsus (ingichka) zond bilan zondlash va oshqozon suyuqligini doim yoki 1 xil vaqt oralig'idan keyin so'rib olinishi kerak. Barcha holatlarda boshlang'ich bosqichda intensiv oshqozon shirasi 1 soat (har 15min) davomida uning tinch va ovqat hazm qilish oralig'ida olinadi va u bazal sekretsia deyiladi. Laboratoriyada zond orqali ovqat hazm qilish jarayonida oshqozon shilliq qavatining sekretor faoliyatini tekshirish uchun bemorlarga ovqatga javoban hosil bo'ladigan shira ishlab chiqarilishini stimullovchi medikamentoz preparatlar teri ostiga yuboriladi (gistamin, pentagastrin.). Oshqozon sekretsiasini stimullovchi kimyoviy preparatlar laborator tekshirish uchun yaroqli bo'lgan toza oshqozon shirasini olishga

yordam beradi. Gistamin in'eksiya qilingandan keyin tekshirilayotgan odamda bir necha daqiqadan so'ng o'tib ketuvchi qizarish, boshida bosim va issiqlikning sezilishi kuzatiladi. Yuqoridagi nojo'ya ta'sirlarni oldini olish uchun, hamshira 20-30 daqiqa oldin dimedrol, suprastin va boshqa allergiyaga qarshi preparatlar mushak orasiga yuborishi kerak. Hozirgi kunda oshqozon shirasini stimullovchi ovqat mahsulotlarini (kofein, alkohol, karam qaynatmasi, go'shtli bulyon) qabul qilish rad etilmoqda. Chunki ular sust stimullovchi xususiyatga ega, shuningdek, ular oshqozonning kislota va ferment ishlab chiqarish funksiyasiga ob'ektiv baho berishga yo'l qo'ymaydi.

Meda shirasini zondsiz tekshirish usuli

Bazi bir bemorlarga zondli tekshirish usuliga qarshi ko'rsatma bo'lishi munosabati bilan zondsiz tekshirish usuli qo'llaniladi.

Bu usulga Sali bo'yicha desmoid sinama, ion almashuvchi smola usuli, atsidotest, gastrotest kiradi. Bu usullar zondli usullarga nisbatan kamroq malumot beradi.

Sali bo'yicha desmoid sinama. Buning uchun Metilen ko'ki kichkina ingichka elastik rezina qopchaga joylashtiriladi va bu qopcha ketgutli ip bilan bog'lanadi. Tekshiriluvchi nahorda qopchani yutadi va keyin nonushta qiladi. Qopcha medaga tushgandan so'ng xlorid kislota va pepsin tasirida ketgut hazm boladi va qopcha ochiladi. Qopcha ichidagi metilen ko'ki qonga so'rilib, siydik bilan ajraladi. Tekshiruv vaqtida 3-5- va 20 soatdan so'ng siydik yig'iladi va siydik bo'yalish (ranglanish) intensivligi vaqti belgilanadi. Medada sekretor faoliyati meyorda bo'lsa **1-** portsiya rangsiz, **2-** portsiya oq-yashil va **3-** portsiya ko'k-yashil rangda bo'ladi.

Ion almashuvchi smol usuli. Ushbu usul biror bir kichik molekulyar birikma (xinin, papaaminosalitsil kislota) bilan birikkan ion almashuvchi smol ichga qabul qilishga asoslangan. Meda shirasi tarkibidagi xlorid kislotaning vodorodi ionlar indikatorini bilan almashinadi va indikatorlar smoladan ajraladi va ichakka so'rilib, siydik bilan ajraladi.

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

Meda shirasini zondsiz atsidotest orqali kislotaligini aniqlash

Atsidotest tekshirish usuli meda shirasi tarkibidagi kislotali muhitini aniqlash uchun diagnostika sifatida ishlatiladi. Buning uchun bemordan ertalabki nahorgi portsiya siydik olinadi. Atsidotest o'tkazish uchun bemor siydik qopini boshatadi va bu portsiya analiz uchun olinmaydi. Siydik qopi bo'shatilgandan so'ng bemor Vengriyada ishlab chiqarilgan 2,4-diamino-4-etoksi-azobenzol 3 ta draja 0,05 dozada va 2 tabletka 0,2 dozada kofein benzoate natriy ichadi. Tabletkalar bilan birga pachkada atsidotest natijalarini baholash uchun rangli shkala (**A-erkin xlorid kislota bor va B erkin xlorid kislota yo'q**) bo'ladi va shu orqali baholanadi.

Bemor siydik qopi boshatilgandan so'ng 2 tabletka kofein benzoat natriy ichadi va 1 soatdan so'ng siydik qopi bo'shatilib idishga analiz olinadi va idishga nazorat guruhi deb yoziladi. Bemor ikkinchi marta siydik qopini bo'shatgandan so'ng 3 ta draja 2,4-diamino-4-etoksi-azobenzol qabul qiladi va 1,5 soat o'tgandan so'ng bemordan qayta siydik analizi olinib idishga yig'iladi va 1,5 soatlik deb belgilanadi. Nazorat guruhidagi hamda bir yarim soatdan so'ng olingan siydik 200 ml gacha suv bilan suyultiriladi, va xlorid kislota bilan kislotali muhit hosil bo'ladi. Bundan boshqa probirkada 5 ml olinib, har bir probirkadagi siydik rangi baholanadi.

Bunda nazorat guruhidagi siydik rangi o'zgarmay odatdagidek bo'ladi.

Bir yarim soatlik siydik rangi qirmiziga (aliy) bo'yaladi. Bo'yalish intensivligi diagnostik ahamiyatga ega va buni rangli shkala bilan solishtirilib meda shirasi kislotaligi aniqlanadi.

Kofein benzoate natriy meda shirasini ajralishini stimulyatsiya qilish uchun ishlatiladi.

Ion almashtiruvchi smola drajasi, 2,4-diamino-4-etoksi-azobenzol bilan to'yingan. 2,4-diamino-4-etoksi-azobenzol bo'yovchi (boyovq) modda bo'lib, ion almashtiruvchi smola bilan bog' hosil qiladi. Meda shirasini kislotali muhitida vodorod ionlari tasirida siqib chiqariladi, ion almashtiruvchi smola bilan bog' hosil qilmaydi. Bo'yovchi modda yog'on ichakka so'riladi va siydik bilan ajraladi. Siydik rangi intensivligiga qarab meda shirasi kislotaligi aniqlanadi.

* Anatsid holatda vodorod ionlari deyarli bo'lmaydi va bo'yovchi modda ion almashtiruvchi smoladan siqib chiqarilmaydi. So'rilgan va siydik bilan ajralgan boyovchi modda miqdori kam bo'ladi. Shuning uchun ham siydik rangi rangli shkala bo'yicha «B» bo'limga to'g'ri keladi.

* Giperatsid holatda vodorod ionlari ko'pligi tufayli drajadan boyovchi moddani to'liq siqib chiqaradi. Boyovchi moddani ko'p so'rilishi va siydik bilan ajralishi siydik rangini intensivligini baland qiladi «A» bo'limga to'g'ri keladi.

* Normatsid holatda siydik rangi giperatsid va gipoatsid o'rtasida bo'ladi.

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

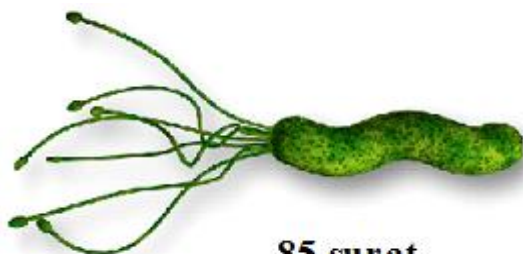
Helicobakter pylorini aniqlash. Helicobakter pylori (**85 surat**) oshqozondan biopsiya yordamida olingan materialni tekshirish yo'li orqali aniqlanadi (FEGDS yordamida biopstat olinadi). Tekshirish uchun Ureaz testi qulay hisoblanadi. Bunda biopstat, tarkibida machevina saqlovchi gelga surtiladi. Agar Helicobakter pylori bo'lsa bir necha daqiqa o'tgach rang o'zgaradi. Helicobakter pylorini kulturada o'rganish qiyin, serologik yo'l bilan tekshirib bo'lmaydi.

Oshqozon shilliq qavatidan biopsiya olish va uni gistologik tekshirish.

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

Rentgenologik tekshirish

Me'dani tekshirish uchun rentgenografik va rentgenoskopik metodlar qo'llaniladi. Rentgenoskopik tekshirish orqali oshqozonning harakat funksiyasiga taxminiy baho berish mumkin. Bemorni tekshirishga tayyorlash uchun kechqurun yengil ovqatlanadi va o'sha kuni ertalab tozalovchi huqna qilinadi. Tekshirish och qorinda va vertikal holatda o'tkaziladi. Kontrast modda sifatida bariy sulfat qo'llaniladi. Tekshirish oshqozon shilliq qavatiniq relifini o'rganishdan boshlanadi. Ovqat hazm qilish stadiyasiga bog'liq ravishda oshqozon burmalari keng doirada o'zgaradi (burmali yoki tekislashgan). Burmalar yo'nalishi buzilgan soha



85 surat



patologik o'choq hisoblanadi. Tekshirishning muhim komponenti bu oshqozon konturlarini o'rganish hisoblanadi. Malum bir joydagi doimiy botiqlik soyasi "tokcha" (nisha) termini bilan yuritiladi (oshqozon yarasiuning tipik belgisi), ko'rsatkich barmoq simptomi aniqlash mumkin.

Oshqozon ma'lum bir sohasining kontrast modda bilan to'lmasligi oshqozon defekti deb ataladi (o'sma oldi holati). **86 surat Fibroezofagogastroduodenoskopiya.** Tolali optikadan foydalana boshlangach gastroduodenoskopiya intensiv rivojlandi va bu metod Me'da va o'n ikki barmoqli ichak kasalliklariga tez va aniq ma'lumot beradigan metod hisoblanadi. Ushbu metod yordamida morfologik tekshirish uchun biopsiya olish mumkin. Bu metodning qulayliklaridan biri bu uzoq vaqt qon ketishini mahalliy davolash shuningdek rentgenologik tekshirishda aniqlab bo'lmaydigan shilliq qavatdagi o'zgarishlarni aniqlash mumkin.

Rentgenologik tekshirishda oshqozonda yara aniqlanganda, o'smaning yaraga aylanmaganligini gistologik tasdiqlash uchun endoskopik tekshirish olib borish kerak. Me'da o'smasiga gumon qilinganda (shuningdek tana massasining kamayishi, anemiya) endoskopik tekshirilishi asosiy ko'rsatmadir. Vaholanki endoskopik tekshirish rentgenologik tekshirishdan farqli ravishda bazi bir holatlarda oshqozon o'smalarini aniqlashga yo'l qo'ymaydi. Masalan infiltrativ o'suvchi oshqozon o'smasini aniqlab bo'lmaydi, chunki u shilliq qavat butunligini deyarli o'zgartirmaydi. Endoskopik tekshirishda biopsiya olish va qon oquvchi yaralarni kuydirish qulay.

Amaliy mashg'ulot №10

Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari: qizilo'ngach kasalliklari-ezofagit, gastritlar klinikasi, diagnostikasi.

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

| | |
|----------------------------|--|
| Mashg'ulot vaqti – 4 soat | Studentlar soni: 10 dan 12 gacha |
| Mashg'ulot formasi | Amaliy mashg'ulot |
| Amaliy mashg'ulot rejasi | GERB simptomatologiyasi. Zamonaviy tashxisot usullari Jigar va o't yo'llari kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni so'rab-surishtirish (shikoyatkari, anamnez), ko'zdan kechi-rish, palpatsiyasi va perkussiyasi. Asosiy klinik sindromlar haqida tushuncha: sariqlik, portal gipertenziya, jigar yetishmovchiligi. |
| Amaliy mashg'ulot maqsadi: | GERB kasalligi bilan tanishish.. Jigar va o't yo'llari kasalliklari og'rigan bemorlarni so'rab-surishtirish (shikoyatkari, anamnez), ko'zdan kechirish, palpatsiyasi va perkussiyasi. Asosiy klinik sindromlar haqida tushuncha: sariqlik, portal gipertenziya, jigar yetishmovchiligi. |
| O'qitish uslubi | So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma. |
| O'qitish formasi | Kichik podgruppalarida. |
| O'qitish jihozlari | O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter. |

| | |
|------------------------|---|
| O'qitish holati | Metodik jihozlangan auditoriya. |
| Monitoring va baholash | Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala. |

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

| Ish bosqichlari va vaqti. | Ta'lim beruvchi | Ta'lim oluvchilar |
|---|--|--|
| Tayyorlov bosqichi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 2. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 3. Davomatni nazorat qiladi | |
| 1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | |
| 2 – asosiy bosqich (160 daqiqa) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Talabalarni kichik guruhga bo'b, mavzu bo'cha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi | <p>Kichik guruhlariga bo'linadilar</p> <p>Tomosha qiladilar</p> <p>qatnashadilar</p> <p>Tinglaydilar va savollarga javob beradilar</p> |
| 2-yakuniy bosqich (10 daqiqa) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi | <p>Tinglaydi</p> <p>Yozib oladi</p> <p>Yozib oladi</p> |

3. Talabalarining nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

“Qor parchalari” usuli

Talabalar ikki guruhi bir muammo yoki vaziyatli masala yechimi ustida, ko'proq to'g'ri javob topish maqsadida, bahs olib boradilar. Masalan, o'tkir xolesistit belgilari, yoki qorinda og'riq sindromi bilan kechuvchi kasalliklar differensial diagnostikasi. Har bir to'g'ri javob, bir ball bilan baholanadi va shu

guruhga bitta qor parchasi beriladi. Eng ko'p qor parchalar yig'gan guruh a'zolari a'lo baholar bilan baholanadi.

Ezofagit

Ezofagit bu qizilo'ngach shilliq qavatining yallig'lanishi bo'lib, disfaqiya, odenofagiya va qator boshqa simptomlar bilan kechadigan kasallikdir . Odatda birlamchi va ikkilamchi ezofagit farqlanadi. Birlamchi to'g'ridan-to'g'ri qizilo'ngachni shikastlanishi bo'lsa, ikkilamchi bu boshqa ichki a'zo kasalliklari natijasida qizilo'ngach zararlanadi, bu kasalliklarga tizimli kasalliklar (tizimli sklerodermira, tizimli qizil bo'richa, dermatomiozit), anemiya (temir tanqis anemiyasi), Shagas kasalligi (qizilo'ngachni kengayishi (amerika tripanosomozi-bog'inoyoqlilar chaqishidan o'tadi)), eozinofilli ezofagit (surunkali autoimmun kasallik bo'lib, qizilo'ngachni disfunktsiyasi bilan kechadi va qizilo'ngach devorlarini yallig'lanishli eozinofilli infiltratsiyasi bilan kechadigan kasallik (oziq-ovqat allergiyasidan so'ng rivojlanadi)), gastroezofageal refluyksli kasalligi, aroqxo'rlarda doimiy ravishda qusadigan bo'lsalar rivojlanadi. Birlamchi ezofagitlar juda kam hollarda uchrashi mumkin.

Etiologiyasi -doimiy ravishda dag'al ovqat istemol qilinishi, haddan ziyod issig yoki sovuq oziq-ovqat mahsulotlarini qabul qilish, suitsid sifatida uksus kislotasini yoki boshqalarni istemol qilish natijasida yizaga keladi.

O'tkir va surunkali ezofagitlar farqlanadi.

Yallig'lanish xarakteriga qarab o'tkir ezofagitni quyidagi turlari farqlanadi:

Kataral;

Fibrinoz;

Flegmonoz;

Yarali;

Gangrenoz

Nekrotik

Eroziv

O'tkir ezofagitni 3 ta darajasi farqlanadi. I daraja - qizilo'ngachni yuzasi shikastlanib yaralar va eroziyalar yo'q.

II daraja - qizilo'ngachni shilliq qavatini nekrozli va yarali nuqsonlar bilan kechishi.

III daraja - qizilo'ngachi shilliq osti qavatlari shikastlanib, chuqur nuqsonlar va qon ketishlar bilan kechadi.

Ezofagitning klinikasi- jig'ildan qaynashi, nordon tam bilan kekirish, odenofagiya (og'riqli yutinish), yutinishni qiyinlashuvi, to'sh ortida achishish, hiqillash (ikota), ko'ngil aynishi, qusish, to'sh ortida yot modda borligi hissiyotini paydo bo'ishi kabi simptomlar bezovta qiladi.

Palpator, perkutor va auskultativ tekshiruvlarni diagnostik ahamiyati kam informativdir.

Diagnostika. Asosan rengenologik va endoskopik tekshiruv usullari diagnostikada yetarli ma'lumot beradi. Rengenoskopik tekshiruvda bemor tekshiruvdan oldingi kechkurun suyuq yengil ovqat istemil qiladi va ertalab nahorda keladi. Bemorni tekshiruvdan oldin 200 ml bariy sulfat ichiriladi va rengenda ichayotgan vaqtda kuzatilib boriladi. Qizilo'ngachdagi shilliq qavatdagi o'zgarishlarni, qizilo'ngachni toraygani yoki kengaygani, uni u yoki bu tomonga siljigani (chap bo'lmacha gipertrofiyasi, ko'ks oraliq'i azolari o'smalari, traxeya atrofidagi limfa tugunlarini haddan ziyod kattalashishida) ni ko'rishimiz mumkin. Endoskopik tekshiruvda bemorlar ruhan va jismonan tayyorlanadi. Ruhani tayyorlashda bemorlarga endoskopik tekshiruvni mutlaqo sog'lik uchun zararsiz va og'riqsiz, bemorga hech qanday asorot qoldirmasligi, diagnostikada juda muhimligi tushuntiriladi. Jismonan tayyorlashda bemor tekshiruvdan oldingi kechkurun suyuq yengil ovqat istemil qiladi va ertalab nahorda keladi, tekshiruvdan oldin sifonli huqna qilish orqali me'dani yuvib tozalanadi. Bemorni tekshiruvdan 10 daqiqa oldin qusish reflekslarini pasaytirish uchun tomog'iga, hiqildog'iga dikain yoki lidokain sepiladi. So'ngra

endoskop qizilo'ngachga kiritiladi. Qizilo'ngach shilliq qavati ezofagitda qizargan va shishgan bo'ladi, kuyishlarni, kataral yallig'lanishda shilliq qavatda oq karash qoplanganini ham ko'rish mumkin. Ba'zanda qizilo'ngachda endoskopik tekshiruvda poliqlar, qizio'ngach rakini, torayishi yoki kengayishini ham ko'rishimiz mumkin. Qizilo'ngach monometriyasi (qizilo'ngach sfinkteri tonusini aniqlash), impedansometriya tekshiruv usuli (qizilo'ngach mushaklari harakat aktivligini aniqlash) va sutkalik pH monitorlash (yuqoriga qarang) kabi tekshiruv usullari o'tkaziladi. Ph ko'rsatkichining 4 dan kichik 7dan katta ko'rsatkichini hamda davomiyligini aniqlaydi. Shuningdek uning subyektiv simptomlar bilan bog'lanishini aniqlaydi. (Ovqat qabul qilish, tananing holati, dori qabul qilish, chekish) preparatlarning qo'llanilish effektivligini nazorat qilish va individual terapiya imkoniyatlarini beradi.

Surunkali ezofagit

Surunkali ezofagit qizilo'ngachni turli omillar tomonidan surunkali ta'sirlanishi oqibatida rivojlanadi (alkogol, issiq yoki dagal ovqat istemol qilish), qon aylanishining buzilishi va h.k. Alohida shakli (regurgitatsiya), reflyuks ezofagit va h.k.

Savari- Millerning tasnifiga asosan surunkali ezofagitning 4 darajasi tafovut qilinadi. I daraja - qizilo'ngach shilliq qavatida distal sohalarida qizarish bor.

II daraja - kichik eroziyalar qo'shiladi, lekin shilliq qavatning hamma qismi ham zararlanmaydi.

III daraja – qizilo'ngachi pastki uchligini yarali shikastlanishi bilan kechadi.

IV daraja – surunkali yaralar paydo bo'ladi va qizilo'ngach torayadi.

Klinikasi, diagnostikasi otkir ezofagitga qarang.

Qizilo'ngach raki

Asosan qizilo'ngachning o'rta va past qismi sohalarida rivojlanadi. Qizilo'ngach raki sabablari noaniq bo'lsada, ko'pincha haddan ziyod issiq ovqatlar va ichimliklar istemol qilib doimo shilliq qavat tasirlanishi, doimo spirtli ichimliklar istemol qilish, chekish, radiatsiya, Barret qizilo'ngachi, oldin o'tkazilgan kasalliklar qizilo'ngach rakiga olib keladi. Kasallik shilliq qavatni yaralanishi bilan kechib, qizilo'ngachi aylanasi bo'ylab tarqaladi va uni toraytirib qo'yadi, shuni hisobiga oziq – ovqatlarni qizilo'ngachdan medaga o'tishi qiyinlashib evakuator funktsiyasi buziladi. Kasallik atrofdagi regional limfa tugunlariga tez metastaz beradi.

Klinikasi. Bemorlarda qizilo'ngach torayishi hisobiga kuchayib boruvchi disfagiya, avvalo qattiq va so'ng suyuq ovqat yutish ham qiyinlashadi. Bemorlar yutinganda og'riq paydo bo'ladi, bu og'riqlar to'sh ostida paydo bo'ladi. Bu og'riqlar bo'yin, orqa va umurtqa sohasiga beriladi. Bunga sabab o'smani qizilo'ngachni butun aylanasi egallab olganidir. Qizilo'ngachda o'sma o'sgan sohalaridan qon oqishi ham kuzatiladi. Bemorlarni ko'zdan kechirganda oruqlashlarini ko'rishimiz mumkin. Teri tarangligi susayadi. Diagnostika qilish uchun rentgenologik tekshiruv va endoskopik tekshiruv usullaridan foydalaniladi. Endoskopik tekshiruv o'tkazilgan vaqtda o'sma sohasidan biopsiya qilinib morfologik va gistologik tekshiruv uchun material olinadi va atipik hujayralar aniqlanadi.

Patologik anatomiyasi. Makroskopik shakllari: Halqasimon qattiq konsistentsiyali rak; So'rg'ichsimon rak; Yaralanuvchi rak ko'rishimiz mumkin. Mikroskopik shakllari. Qizilo'ngach raki ko'pincha yassi hujayrali muguzlanuvchi yoki muguzlanmaydigan tuzilishga ega bo'ladi. Agar qizilo'ngach bezlaridan rivojlansa – adenokartsinoma tuzilishida bo'ladi. Metastazlanishi –limfogen yo'l bilan.

Asorati. Qo'shni a'zolarga o'sib kirishi bilan bog'liq – traxeya, ko'ks oraligi, plevra. Bunda – traxéal oqmalar, aspiratsion pnevmoniya, o'pkaning abstsessi va gangrenalari, plevra empiyasi, yiringli mediastenit rivojlanadi. Qizilo'ngach rakida juda erta kaxeksiya yuzaga keladi.

Davosi. Boshlang'ich bosqichlarida operativ davo samaralidir, kechki bosqichlarida nur va ximiya terapiya usullaridan foydalaniladi (ftoruratsil, tsisplatin).

O'tkir gastrit

Gastrit – me'da shilliq qavatining o'tkir yallig'lanishidir. Morfologik hamda funktsional qayta qurilishi va rivojlanib boruvchi atrofiya bilan surunkali shaklga o'tishi mumkin.

Etiologiyasi. Bunda dag'al va to'liq yanchilmagan sifatsiz oziq-ovqat mahsulotlari, turli mikroorganizmlar (*Helicobakter pylori*, *stafilakokk*, *salmonellalar*) bilan zararlanish, dori vositalar

birinchi o'ringda aspirin va boshqa nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar (NYQD) qabul qilish, etanol va ekzoallergenlar, haddan ziyod issiq ovqat qabul qilish, toksik moddalarni medaga tushishi kabi ekzogen omillar muhim o'rin tutadi. Endogen omillar ham gastrit kelib chiqishiga ahamiyati katta. Bular nafas, buyrak, jigar va yurak yetishmovchiliklari hamda tizimli kasalliklardan keyin paydo bo'ladi. NYQD prostoglandinlarni ingibitsiyalanishi bilan bog'liq bo'lib, bunda ko'pincha o'tkir eroziv gastrit kelib chiqadi. O'tkir ichimliklar ichish, ma'lum bir oziqa mahsulotlariga allergiya, kuyish, travma va operatsiya natijasida, stress tufayli ham kelib chiqishi mumkin.

Eroziv gastritning kelib chiqishi me'da shilliq qavatida qon aylanishining buzilishi bilan birga yuqoridagi sabablar muhim rol o'ynaydi.

So'rab surishtirish. O'tkir kataral gastritda epigastral sohada og'riq, dispeptik sindrom (ko'ngil aynishi, oziq-ovqat, shilliq va o't suyuqligi aralashgan qusish), ba'zan subfebril isitma bilan xarakterlanadi. Simptomlari me'da shilliq qavatida patogen faktorlar ta'siri 6-8 soatdan keyin paydo bo'ladi. O'tkir eroziv gastrit turli ko'rinishdagi va davomiylidagi qon ketishi bilan asorotlanishi mumkin (shuning uchun bu o'tkir gastritning xavfli shaklidir). Bemorning epigastral sohasi palpatsiya qilinganda yengil og'riq yoki diskomfort perkussiya q'lganda timpanik tovush eshitiladi. Rentgenologik tekshirish kam ma'lumot beradi. Diaqnoz FEGDS bilan tasdiqlanadi, bunda ko'p sonli eroziya va giperemiya aniqlanadi. FEGDS qo'llanilganda odatda me'da shilliq qavatida diffuz giperemiya kuzatiladi. Shilliq qavatni kechroq bosqichlarida atrofiyasi yoki bo'lmasa gipertrofiyasini ko'rishimiz mumkin. Me'da shilliq qavati burmalari qalinlashadi yoki tekislanishi mumkin.

Tekshirish usullari; rentgenologik, endoskopir, laborator tekshirish metodlari.

Surunkali gastrit

Surunkali gastrit-me'da shilliq qavatining surunkali yallig'lanishi bo'lib, bunda strukturasi qayta qurilishi va rivojlanib boruvchi atrofiya, motor, sekretor, evakuator va boshqa funksiyalarining buzilishi bilan kechadigan kasallikdir.

Etiologiyasi. Surunkali gastrit kelib chiqishida asosan ekzogen va endogen omillar rol o'ynaydi. **Ekzogen omillarga** dag'al yetarli chaynalmagan oziq-ovqatlar; etanol va u qator moddalar; nospetsifik yallig'lanishga qarshi dori darmonlar; Helligobakter pylori; kislota va ishqorlar parlari; radiatsion nurlar kiradi.

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

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

Surunkali gastritning sekretor funktsiyasiga qarab;

Surunkali gipoatsid va anatsid gastrit;

Surunkali giperatsid gastrit;

Morfologik o'zgarishiga qarab;

Surunkali atrofik gastrit;

Surunkali gipertrofik gastrit (Menetre kasalligi 1888 y);

Eroziv gastrit;

Surunkali antral (rigid) gastrit

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

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

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

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

Instrumental tekshirish metodlari

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

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

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

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

zonada NYQD ikkilamchi adaptatsiyasi sodir bo'ladi (prostaglandinli gastroproteksiya fenomeni) 3-4 oydan keyin NYQD-gastropatiya qabul qilish xavfi pasayadi.

Amaliy mashg'ulot 11

Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi simptomatologiyasi. Enterit va kolitlar simptomatologiyasi.

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

| | |
|----------------------------|--|
| Mashg'ulot vaqti – 4 soat | Studentlar soni: 10 dan 12 gacha |
| Mashg'ulot formasi | Amaliy mashg'ulot |
| Amaliy mashg'ulot rejasi | Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi simptomatologiyasi. Enterit va kolitlar simptomatologiyasi. Laborator mashg'ulot: axlatni tekshirish. |
| Amaliy mashg'ulot maqsadi: | Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi, enterit va kolitlar haqida tushuncha. |
| O'qitish uslubi | So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma. |
| O'qitish formasi | Kichik podgruppalarida. |
| O'qitish jihozlari | O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter. |
| O'qitish holati | Metodik jihozlangan auditoriya. |
| Monitoring va baholash | Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala. |

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

| Ish bosqichlari va vaqti. | Ta'lim beruvchi | Ta'lim oluvchilar |
|--|---|---------------------------------|
| Tayyorlov bosqichi | 25. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 26. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 27. Davomatni nazorat qiladi | |
| 1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa) | 1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | |
| 2 –asosiy bosqich | 1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. | Kichik guruhlariga bo'linadilar |

| | | |
|--------------------------------------|---|--|
| (160 daqiqa) | 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi | Tomosha qiladilar qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar |
| 2-yakuniy bosqich (10 daqiqa) | 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi | Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi |

3.Talabalarining nazariy bilimlarini baholash:

A)Frontal usuli:

1. Yara kasalligi etiologiyasida tahlil qilinadigan faktorlar
2. Oshqozon va 12 b.i. yara kasalligining patogenezi
3. Yara kasalligi Yuzaga kelishda zamonaviy nazariyalar
4. Yara kasalligi klassifikatsiyasi
5. Yara kasalligini asosiy sabablari
6. Oshqozon va 12 b.i. yara kasalliklarida pal'pator tekshirish natijalari
7. Yara kasalliklari diagnostikasida funktsional tekshirishlar
8. Yara kasalliklarida laborator tekshirish usullarining ahamiyati
9. Yara kasalliklari klinikasi
10. Yara kasalliklari klinik kechish xususiyatlari
11. Yara lokalizatsiyasiga qarab oshqozon funktsiyasining o'zgarishi
12. Yara kasalligida rentgenologik tekshirishning ahamiyati
13. Yara kasalligining diagnostikasida EGDFSning ahamiyati
14. Yara kasalligining asorati va profilaktikasi
15. Yara kasalligini zamonaviy davolash usullari
16. Surunkali enteritning etiopatogenezi
17. Surunkali enteritning klassifikatsiyasi klinik kechishi,diagnostika
18. Surunkali kolitning etiopatogenezi
19. Kolitlarning klinik ko'rinishi,diagnostikasi
20. Koprologik tekshirish:makroskopik,mikroskopik va ximik

“Miya shturmi” usuli

Asosiy qoidalari:

- G'oya paydo bo'lishiga halaqit beruvchi kamchiliklarni aytmaslik
- G'oyalar va fikrning yuksakligi, chunki g'oya qanchalik noodatiy bo'lsa, shunchalar u yaxshi
- Ko'p takliflarni qabul qilish
- G'oyalar kombinatsiyasi va ularning rivojlanishi
- Fikrni argumentatsiyasiz lo'nda qilib taqdim etish
- Gruppani ikkiga bo'lish: fikr generatorlari va fikrni analiz qiluvchilarga

Bu usul g'oya va fikrlarni argumentatsiyalashni, o'zining shaxsiy fikrini, har qanday holatlarda optimal yechim topishga sharoit yaratadi.

Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi

Me'da va 12 barmoqli ichak yara kasalligi – bu organizmning surunkali davom etuvchi va tez-tez retsidivlovchi umumiy kasalligi bo'lib, ularning shilliq qavatda (87 surat) yarali defektlar paydo bo'lishi bilan kechadi.

Yaraning paydo bo'lishi meda shirasi tarkibidagi kislotaga bog'liq. Shilliq qavat butunligi xlorid kislotaga va pepsin saqlagan meda shirasi ta'sirida buziladi. Shilliq qavatdagi yara dispeptik sindrom va qorindagi uzoq davom etuvchi og'riqning asosiy sababi hisoblanadi. Kasallik silliq kechib, unga mavsumiylik xos (bahor va kuz).

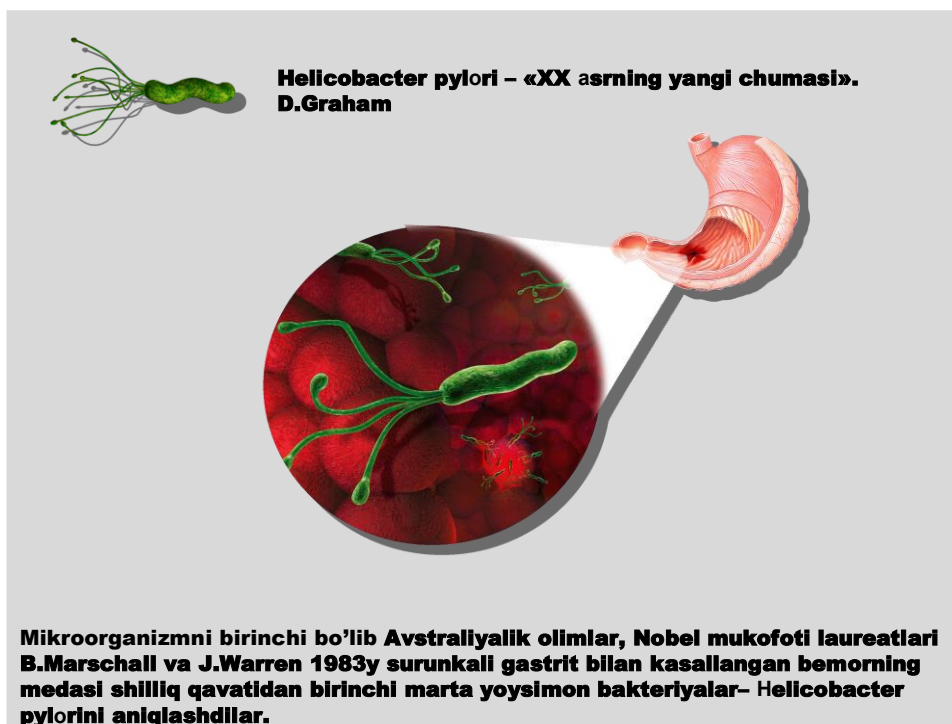
Yara kasalliklari ichida 12 barmoqli ichak yarasi ko'proq uchraydi. **Bundan tashqari meda ichak traktida simptomatik (ikkilamchi) yaralar ham yuzaga keladi.** Bularga tireotoksikozda kelib chiqadigan, nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar, Kushing kasalligida va stressdan keyingi, bazi bir yurak qon tomir, nafas olish tizimi, buyrak kasalliklari tufayli kelib chiqadigan, Zollinger-Ellison sindromi (meda osti bezi adenomasi, gastrinoma bilan yara birga kelishi), Kurling (kuyishlarda) yuzaga keladigan yaralarni kiritish mumkin. Simptomatik yaralar chin yaradan farq qiladi. Simptomatik yaralar mavsumiy xarakterga ega emas va ko'p sonli bo'ladi, shakli chiziqsimon, ushbu yaralardan 50 % gacha qon ketish xavfidor, asosan 12 barmokli ichakda uchrashi mumkin va davolashda asosiy kasallik davolanishi kerak.

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

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

Infeksion nazariya 1983 yilda Helikobakter pylori Avstraliyalik (B.Marshall, A. Warren) olimlar aniqlashdi (63 surat) , neyropsixik, alimentar, zararli omil, medikamentoz omillar ham rol o'ynaydi

- Pepsinogenni ko'payishi Peptik - 1856-1878 y (C. Bemard, H. Quincke);
- Yallig'lanishdan keyin (gastrit)-1817-1923 y (F. Uden va G.E. Konjetzny),
- Qon-tomir nazariyasi (Vaskulyar - 1852 y (R. Virchov)),
- Stress -1953 y (Seiye),
- Kislotali peptik omil – 1956 y (L.R. Dragstedt),G hujayralar giperfunksiyasi;
- Kortiko-vistseral – 1949 y (k.M. Bikov, I.T. Kurtsin),
- Travmatik - 1912 y (L. Aschoff),
- I (0) qon guruhi;
- Alfa antitripsin yetishmovchiligi;
- Alfa makroglobulin yetishmovchiligi;
- Mukoproteidlar yetishmovchiligi;
- B5, B15, B35 HLA antigen mavjud kishilarda yara ko'proq kuzatiladi.



87 surat

Patogenez. Kasallik rivojlanishiga agressiv va himoya omillari orasidagi muvozanatni buzulishi yotadi. Agressiv omillar kuchi oshsa, himoya omillar ham kompensator osha boradi yoki zaiflasha boradi. Agressiya omillari va gastroduodenal giperomotor diskineziya medadagi oziq-ovqat va meda shirasini tezda 12 barmoqli ichakka evakuatsiya qiladi va meda shirasi tarkibidagi xlorid kislota shilliq qavatga tasir qiladi.

Quyidagi jadvalda agressiv va himoya omillari keltirilgan

| | Agressiv omillar | Himoya omillar |
|----|--|--|
| 11 | Meda shirasi tarkibidagi xlorid kislota | Medada shilliq hosil bo'lishi |
| 22 | Meda shirasi tarkibidagi pepsin | Bikarbonatlar ishlab chiqarilishi |
| 33 | Meda shirasi tarkibidagi gastrin | Shilliq qavat mikrotsirkulyatsiyasi yetarli bo'lishi |
| 44 | Nosteroid yaraga qarshi dorilar | Yetarlicha shilliq qavatda prostoglandinlar |
| 55 | Helikobakteri pylori | Shilliq qavatning regenerato holati |
| 66 | O't kislotalari | Immun tizim himoya qiladi |
| 77 | Meda va 12 barmoqli ichakni motor evakuator funksiyasini buzulishi | Shilliq qavatning agressiv omillar tasiriga rezistentligi; |

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

Gastrin yoki xolinergik mediatorlarni, parietal hujayralar kislota ishlab chiqarishini gistamin stimullaydi. Bu esa H₂-gistamin retseptorlari antagonistlarini (tsimetidin, ranitidin va

b.q.) terapevtik effektini tasdiqlaydi. AKTG meda sekretsijasini kuchaytiradi va meda shilliq qavatidagi shilliqni kamaytiradi, shu munosabat bilan agressiv omillarni tasiri kuchayadi.

Meda sekretsijasini pasaytiruvchi omillar.

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

Himoya omillariga quyidagilar kiradi (yuqoriga jadvalga qarang).

Meda shilliq qavatini himoya funksijasini pasaytiruvchi omillar.

Xlorid kislota, pepsin, o't kislotasi.

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

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

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

Meda shilliq qavatini himoya funksijasini oshiruvchi omillar.

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

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

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

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

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

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

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

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

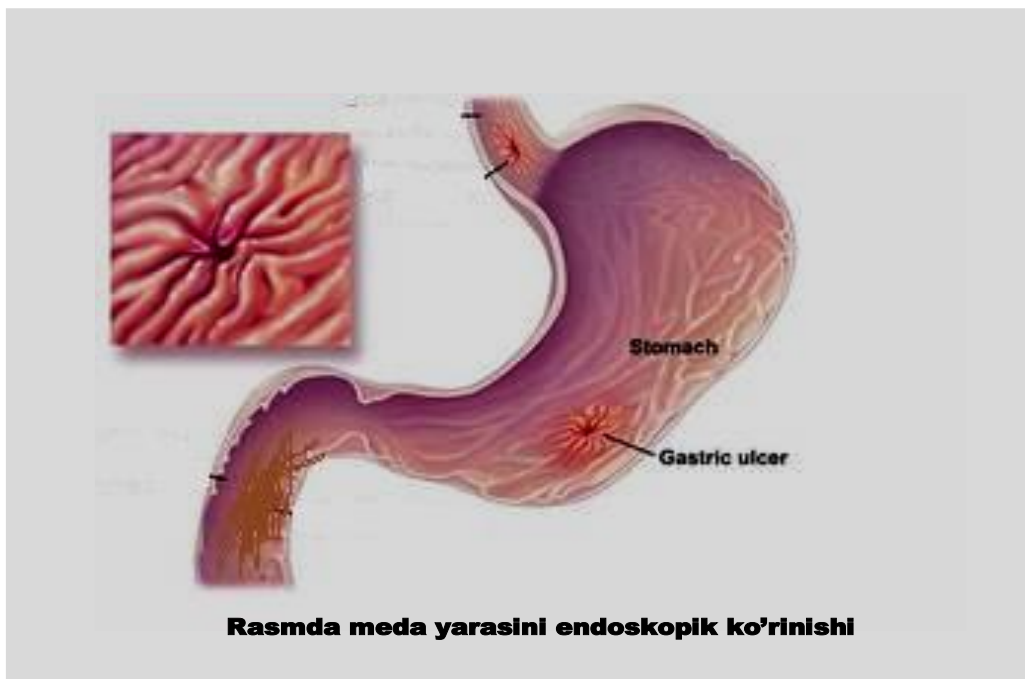
- Yara kasalligining o'tkirlashuvi (ayniqsa 12 barmoqli ichak yarasi) ko'pincha yo'g'on ichak motorikasi buzilishi bilan bog'liq qabziyat bilan kechadi (5% bemorda bu asosiy symptom hisoblanishi mumkin).

- Zarda qaynash, kekirish kuzatilishi mumkin.

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

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

Gastrofibroduodenoskopiya tekshiruvda yarani, yaradan keyingi chandiqni, gastrit, duodenitni ko'rishimiz mumkin. Endoskopik tekshiruvda shilliq qavat burmalari tekislangan atrofida qizarish bo'ladi, qon ketish bosqichida uni ko'rishimiz mumkin, poliqlar ko'rinadi (**88 suratga qarang**). Biopsiya olish mumkin (quyidagi surratga qarang). **Laborator tekshirish**. Qon tekshiriladi-yaranning qon ketish davrida eritrotsitlar va hemoglobin miqdori tushgan bo'ladi va rang ko'rsatkichi past bo'ladi. Qonda gemopoez kuchayishi hisobiga retikulotsitlar ko'rishimiz mumkin. Yara kasalliklarida meda shirasida xlorid kislotasi tekshiriladi. 12 barmoqli ichak yara kasalliklarida bazal va stimullangan xlorid kislotasi tekshiriladi va gipersekretsia kuzatiladi, subkardial va meda tanasi yaralarida xlorid kislotasi meyorda yoki pasaygan bo'ladi. Gistamin yuborilgandan keyin axlorgidriya kuzatilsa 12 barmoqli ichak yarasi yo'qligidan dalolat beradi. Yashirin qon ketishini aniqlash uchun Gregerson usulida najas tekshiriladi.



88 surat

Asorotlari

- Perforatsiya (6-20%);
- Qon ketish (10-15%);
- Pilorik qism stenoz (6-15%);
- Qo'shni organga penetratsiyalanishi (15%);
- Malignizatsiya Hozir juda kam uchraydi;
- Sariqlik -12 barmoqli ichak yarasida Oddi sfinkteri yara chandigi' va osma bilan yopilsa kuzatiladi;

Perforatsiya “xanjarsimon” og’riq bilan xarakterlanadi, keyinchalik o’tkir peritonit rivojlanishiga olib keladi.

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

Pilorik qismi stenoz u ko’pincha 12 barmoq ichak yara kasalligida, kam hollarda me’dada bo’lganda kuzatiladi. Bu jarayonni rivojlanishi bilan bemorlar ovqatlanish og’riqni kamaytirmay balki oshirishini sezishadi. Ko’proq xarakterli bo’lgan simptomlari–kop’ miqdorda qusish bunda bemor ko’p miqdorda me’da shirasini yo’qotadi, bu esa gipoxloremiya va buyrak yetishmovchiligiga olib kelishi mumkin. Yuzaki sirpanuvchi palpatsiyada epigastral sohada “chayqalish” shovqinni sezish mumkin. Stenoz sababi FEGDS va gistologik tekshirish uchun olingan biopsiya orqali aniqlanadi (bu me’da raki va pilorik qism gipertrofiyasini inkor qilish uchun).

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

Parhez. Ratsiondan dispeptik holat chaqiradigan va me’da sekretsiyasini oshiradigan mahsulotlar (o’tkir ziravorlar, konservalar, achchiq choy, kofe, alkogol, qovurilgan go’sht)

chiqarish kerak. Bo'lakli ovqat qabul qilish (har 3-4 soatda), ya'ni 1 martalik ovqat hajmini kamaytirish me'da sekretsiasini kamaytirishda muhim ahamiyatga ega. Chunki ovqat miqdori sekretsiani stimullaydi parhez bilan bir vaqtda ichish, chekishni ham cheklash kerak.

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

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

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

Ichak ta'sirlanish sindromi

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

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

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

Kasallikning klinikasi. Bazi bir bemorlarlarda spastik kechadigan qabziyat va qorinda og'riq bo'lsa, ba'zilarida diareya bilan kechishi kuzatiladi. Ba'zi bemorlarda og'riqli qabziyat diareya bilan almashinadi, bu ko'pincha ertalablari, nonushtadan keyin kuzatiladi. Ertalabki suv va shilliqli 3-4-mahalli diareyadan so'ng bemor o'zini kun davomida yaxshi sezishi, uni diareya umuman bezovta qilmasligi mumkin. Bunday hodisalar bir necha hafta, hatto oylar davomida davriy davom etishi va noma'lum vaqtga to'xtashi mumkin. Dizbakterioz rivojlanishi bilan ichakdagi bijg'ish va chirish tufayli meteorizm kuzatiladi.

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

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

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

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

Buyrak kasalligi bilan kasallangan bemorlarni tekshirish rejasi. So'rab-surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, asosiy klinik sindromlar. Laborator mashg'ulot: siydikni tekshirish. Buyrakni funktsional sinamalari

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

| | |
|----------------------------|---|
| Mashg'ulot vaqti – 4 soat | Studentlar soni: 10 dan 12 gacha |
| Mashg'ulot formasi | Amaliy mashg'ulot |
| Amaliy mashg'ulot rejasi | Nefritlar simptomatologiyasi (o'tkir va surunkali). Qon kasalligi bilan kasallangan bemorlarni so'rab-surishtirish va tekshirish usullari (shikoyarini, anamnez yig'ish, nasliy faktorlar). Ko'zdan kechirish, limfatik tugunlar palpatsiyasi. Taloqni palpatsiya va perkussiyasi |
| Amaliy mashg'ulot maqsadi: | Nefritlar simptomatologiyasi (o'tkir va surunkali). Qon kasalligi bilan kasallangan bemorlarni so'rab-surishtirish va tekshirish usullari haqida tushuncha hosil qilish. Taloqni palpatsiya va perkussiyasi. |
| O'qitish uslubi | So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma. |
| O'qitish formasi | Kichik podgruppalarida. |
| O'qitish jihozlari | O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter. |
| O'qitish holati | Metodik jihozlangan auditoriya. |
| Monitoring va baholash | Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala. |

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

| Ish bosqichlari va vaqti. | Ta'lim beruvchi | Ta'lim oluvchilar |
|--|---|---|
| Tayyorlov bosqichi | 28. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 29. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 30. Davomatni nazorat qiladi | |
| 1.O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa) | 1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | |
| 2 –asosiy bosqich (160 daqiqa) | 1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi | Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar |

| | | |
|----------------------------------|---|--|
| | 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi | Tinglaydilar va savollarga javob beradilar |
| 3-yakuniy bosqich (10 daqiqa) | 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi | Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi |

3. Talabalarining nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

1. 1. Nefritlar to'g'risida tushuncha
2. O'tkir glomerulonefritning etiopatogenezi
3. O'tkir glomerulonefritning klassifikatsiyasi
4. O'tkir glomerulonefritning klinik ko'rinishi
5. O'tkir glomerulonefritda siydik o'zgarishlar
6. O'tkir glomerulonefritning diagnostik kriteriyalari
7. O'tkir glomerulonefritning zamonaviy davolash usullari va profilaktikasi
8. Surunkali glomerulonefritning etiopatogenezi
9. Surunkali glomerulonefrit klassifikatsiyasi
10. Surunkali glomerulonefritning diagnostik kriteriyalari
11. Surunkali glomerulonefritni davolash va profilaktikasi
12. Surunkali glomerulonefrit bilan og'rikan bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish
13. Surunkali glomerulonefrit klinik kechish turlari
14. Surunkali glomerulonefritda siydikdagi o'zgarishlar
15. O'tkir va surunkali glomerulonefrit qiyosiy tashxislash
16. Qon kasalliklari bilan og'rikan bemorlarning shikoyatlari
17. Qon kasalliklari bilan og'rikan bemorlarni ko'zdan kechirishda nimalarga e'tibor beriladi
18. Limfa tugunlarini palpatsiya qilishning diagnostik ahamiyati
19. Taloqni palpatsiya va perkussiya qilish texnikasi
20. Taloqni palpatsiya va perkussiya qilishning diagnostik ahamiyati

“Stol o'rtasida ruchka” usuli

Butun gruppaga savol beriladi (masalan, qandli diabet simptomlari, beta-blokator gruppasiga mansub dori darmonlar, YuIK moyillik omillari). Har bir talaba o'z javobini varaqqa yozib oladi va hamsoyasiga yuboradi, ruchkani esa stol o'rtasiga qo'yadi.

O'qituvchi gruppaga ishini kontrol qiladi va umumiy variantni daftariga yozib oladi.

Siydik ajratish tizimi kasalliklari

Buyrak juft parenximatoz organ bo'lib, umurtqa pog'onasining ikki tomonida XI ko'krak va III bel umurtqalari sohasida joylashgan. Buyrak kasalliklarini keltirib chiqaruvchi omillar ekzogen hamda endogen omillarga bo'linadi. Ekzogen infeksiya retrograd yo'l orqali siydik yo'llaridan buyrakka tushadi, bundan tashqari virusli gepatit B va S, dori darmon yoki vaktsinatsiyadan so'ngi allergik reaksiyalar, homiladorlik gestozidan keyingi shikastlanishi, bazi bir dorilarning (gentamitsin, baszi bir analgetiklar, oltin preparatlari, penitsilamin, aminoglikozidlar, epilepsiyaga

qarshi dorilar) nefrotoksik tasiri, toksik moddalar tasiri (jumladan ilon, qoraqurt, bezgak qo'zg'atuvchisi va boshqa zaharli hasharotlar chaqishi) kiradi. Infeksiya gematogen yo'l orqali boshqa infeksiya o'choqlaridan ham buyrakka tushib alteratsiya jarayonlarini rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Endogen sabablarga buyrak toshlari, gipertoniya, qandli diabet, tizimli kasalliklar, buyrak tomirlari trombozi, VICH infeksiya, sifilis, tuberkulyoz kabi patologik jarayonlar hamda qon aylanishini buzilishi muhim rol o'ynaydi.

Siydik ajratish tizimi kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni tekshirish sxemasi:

I. Sub'ektiv tekshirish usullari

1. Bemorni so'rab surishtirish (asosiy va qo'shimcha shikoyatlari).
2. Kasallik tarixi
3. Hayot anamnezi

II. Ob'ektiv tekshirish usullari

1. Bemor holatini baholash.
2. Ko'zdan kechirish.
3. Palpatsiya.
4. Perkussiya.
5. Auskultatsiya.

III. Instrumental tekshirish usullari.

1. Rentgenologik tekshirish usullari
2. Kompyuterli tomografiya
3. Magnit-rezonansli tomografiya
4. Endoskopik tekshiruv usuli
5. Ultratovush tekshiruvi
6. Radioizotop tekshirish usullari

IV. Laborator tekshirish usullari

1. Qon tahlili;
 - 1.1 Qonda mochevina midori;
 - 1.2 Qonda kreatinin miqdori;
2. Umumiy siydik tahlili;
 - 2.1 Siydikdagi oqsil miqdori;
 - 2.2 Siydikdagi qand miqdori;
 - 2.3 Siydikda mochevina miqdori;
 - 2.4 Siydikda kreatinin miqdori;
 - 2.5 Siydikni mikrofloraga ekish;
3. Punktsion biopsiya tekshiruvi

V. Funktsional tekshirish usullari.

1. Buyrakni kontsentrlash va suyultirish funktsiyasini aniqlash
2. Nisbiy zichligi aniqlash
3. Koptokchalarda filtrlash tezligini aniqlash
4. Nechiporenko usulida siydik tahlili
5. Addis-Kakovskiy usulida siydik tahlili
6. Zimnitskiy usulida siydik tahlili

7 Ambyurje usulida siydik tahlili

8. Roberg sinamasi

Bemorlarni so'rab-surishtirish (interrogatio)

Bemorni so'rab surishtirishda quyidagilarga ahamiyat berish lozim.

1. Asosiy shikoyatlari aniqlanadi.
2. Qo'shimcha shikoyatlari aniqlanadi.
3. Kasallik tarixi (anamneziz morbi) yig'ish.
4. Hayot anamnezi (anamneziz vitae) yig'ish.

Siydik ajratish tizimi kasalliklari bilan kasallangan bemorlarda asosan, buyrak va buyrakdan tashqi simptomlar bezovta qilib turadi. Buyrak simptomlariga bel sohasidagi og'riq va siydikdagi o'zgarishlar (siydik rangini, miqdorini, tarkibini o'zgarishi), siyish bilan bog'liq og'riqlar, shish kirsas, buyrakdan tashqi yani, umumiy simptomlarga bosh og'rig'i, bosh aylanishi, qulog'ida shovqin, yurak sohasidagi og'riqlar, ko'rish qobilyatini pasayishi kiradi. Bu simptomlar gipertoniya bilan kechadigan buyrak kasalliklarida uchraydi. Buyrak kasalliklari bilan kasallangan bemorlarda buyrakdan tashqi simptomlarga holsizlik, ish qobilyatini pasayishi, xotirasini qobilyatini susayishi, uyquning buzilishi, teri qichishi, og'izdan bad bo'y hid kelishi bezovta qiladi, bular organizmni mochevina bilan bosh miyani zaharlanishi bilan bo'g'liq. Ko'pchilik bemorlarda kasallik og'ir kechsa dispeptik holatlar ishtahaning bo'g'ilishi, og'iz qurishi, og'izda noxush tam, ko'ngil aynishi qusish va ich ketishi ham bezovta qiladi. Bu simptomlarning sababi asosan mochevina bilan ovqat hazm qilish traktini zaharlanishi bilan bo'g'liq.

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

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

Buyrakning kuchli siqilishlari oqibatida kelib chiqqan og'riq ko'pincha bel va qorin sohasida tarqaladi. Shamollash natijasida og'riq siydik chiqarish kanaligacha tarqaladi. Asosiy og'riq belgilari kasallik xarakterini belgilaydi. Ba'zan piyelonefritda og'riq ingrash bilan kechadi, siydik yo'lining yopilishi natijasida og'riq kuchayishi mumkin. Bemor ko'pincha o'zini notinch sarosimada tutadi, shu bilan birga bemorda umumiy holsizlik, tez-tez u holatdan bu holatga o'zgarib turishi kuzatiladi. Og'riq o'tkir tus olganda bemorlar tez-tez qusishlari ham mumkin. Bunday bemorlarda

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

Siydik bilan qon ajralishi (gematuriya) deyiladi. Gematuriya makro (ko'z bilan siydikda qon ko'rsa (go'sht yuvindisi suvidek siydik rangi)) va mikrogematuriya (siydikda mikroskop bilan eritrotsitlar topilganda) bo'lishi mumkin.

Gematuriya kelib chiqishi bo'yicha;

1. Prerenal gematuriya - gemostazni buzilishi bilan bog'liq bo'lib, trombositopeniya, trombositopatiya, gemofiliya, DVS sindrom va antikoagulyantlar peredozirovkazida bo'ladi.

2. Renal gematuriya – **glomerulyar**-buyrak kasalliklari simptomi hisoblanib, glomerulonefritda, buyrak tosh kasalligi, buyrakni tizimli kasalliklarida, buyrakning vaskulitlarida va neglomerulyar buyrak to'qimasi destruksiyasida buyrak abtsessi, infarkti, travmasi, nekrozi, nefropatiyasi, gidronefroza, onkologik kasalliklari va buyrak tuberkulyozi parchalanish bosqichida, yuzaga keladi.

3. Posrenal gematuriya – siydik chiqarish yo'llari kasalliklarida yuzaga kelib, siydik naylari va qopi toshlari, o'smalari va jarohatlarida yuzaga chiqadi.

Siydik ajratish tizimi kasalliklarining asosiy klinik belgisi siydik ajralishini (diurez), uning rangi, miqdorini, siydik tarkibi va chastotasini buzilishidir. **Diurez** malum vaqt oralig'ida siydikning ajralishi (sutkada meyorda 1000-1800-2000 ml) dir. Tropik mamlakatlarda (issiq) shu jumladan O'zbekistonda ham bu nisbat fasllarga qarab o'zgaradi. Yoz fasllarida tei orqali va nafas yo'llari orqali issiqlik tufayli ko'p suyuqlik ajralishi munosabati bilan siydik ajralishi miqdori kamayadi. Diurez musbat va manfiy bo'ladi. Ichgan suyuqligiga nisbatan siydik ajralishi kam bo'lsa manfiy (qusganda, ich suyuq ko'p o'tganda, ko'p terlash, yurak, buyrak kasalliklarida shish rivojlanish vaqtida, atmosfera havosi haddan tashqari issiq bo'lsa ko'p terlaydi va h.k.). Ichgan suyuqligiga nisbatan siydik ajralishi ko'p bo'lsa musbat diurez hisoblanadi (siydik haydovchi vositalar ichganda shish kamayishida, qandli va qandsiz diabetda). Fiziologik holatga qarab va bazi bir kasalliklarga diurez ko'payishi va kamayishi mumkin.

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

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

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

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

Anuriya - siydikning siydik qopiga 50 ml dank am yoki umuman to'planmasligini anglatadi. Bu simptom – buyrakda qonning aylanishi to'liq izdan chiqishida hamda buyrak parenximasining boshqa kimyoviy moddalar bilan zaharlanishi orqali va buyrakda toshlar paydo bo'lishi orqali, surunkali glomerulonefrit dekompensatsiya bosqichida yuzaga chiqadi. Anuriya prerrenal, renal, posrenal va juda kam holatlarda arenal (buyraklar bo'lmaganda) bo'lishi mumkin. Prerrenal buyrakda qon kelmasa (buyrak qon tomirlari trombozi) va yurak yetishmovchiligi III darajada, renal buyrak parenximasi og'ir shikastlanishi, buyrak yetishmovchiligida, posrenal yuqori siydik yo'llarini toshlar hamda o'smalar bilan obturatsiyasi yoki tashqaridan siqilishi natijasida yuzaga keladi va siydik qopiga siydik tushmaydi. Anuriya secretor-buyrakda ikkilamchi siydik hosil bo'lmaydi va ekskretor siydik qopiga siydik yo'llari orqali siydik tushmaydi (siydik yo'llarini toshlar hamda o'smalar bilan obturatsiyasi yoki tashqaridan siqilishi, orqa miya shikastlanishi, koma holati). Markaziy va periferik nerv sistemasining ish faoliyati buzilganda siydik ajralishining to'xtamasligiga olib keladi. Bu holat ko'pincha o'tkir tsistit yoki siydik pufagining bo'yini o'smasi bilan bog'liq. Shok, og'ir travma, og'ir metal tuzlari bilan zaharlanganda, buyrakdan va siydik nayidan tosh, o'sma bilan siqilishi tufayli siydikni siydik qopiga tushmasligi tufayli yuzaga keladi. Anuriya juda ham o'tkir xastalik hisoblanib, agar u o'z vaqtida davolanmasa o'limga olib kelishi mumkin.

Pollakiuriya – sutkada olti va undan ko'p marotaba siydikning ajralishi. Siydik qopi muskulaturasiga reflektor tasir natijasida yoki tashqi siydik yo'llarini yopilishi, qisilishi natijasida yuzaga keladi. Bu simptom siydik ajratish tizimi kasalliklariga bog'liq (tsistit, uretrit, siydik tosh kasalligi, ushbu tizim zaharlanishida) va bog'liq bo'lmagan (prostatit, ayollarda homiladorlik, bachadonni miomasi va undagi boshqa patologik jarayonlar) holatlarda kelib chiqadi. Ayrim hollarda pollakiuriya nevroz kasalligining kelib chiqishida ham katta rol o'ynaydi. Pollakiuriya fiziologik holatda

(stress va hayajonlanganda) yoki bazi bir kasalliklarda siydik haydovchi dori vasitalari qo'llanishi hisobiga ham bo'lishi mumkin.

Ishuriya-bu siydik chiqishining tutilishi bo'lib, siydik qopida to'planib qolishi, bemorlar siydik qopini bo'shata olmaydilar. Ishuriya organik va funktsional bo'ladi. Birinchi holat orqa miyani shikastlanishi tufayli, siydik qopi atoniyasi (siydik qopi innervatsiyasi buziladi va uning qisqarish faoliyati izdan chiqadi) o'smalari, prostata bezi adenomasi tufayli siydik yo'lini yopilishi hatijasida yuzaga kelsa, ikkinchi holatda qattiq qo'rqishni misol qilish mumkin.

Stranguriya bu: qiyin, og'riqli siydik ajralishi

Gipoizostenuriya siydik nisbiy zichligining 1,009 dan 1,011 gacha pasayishi (buyrak yetishmovchiligida ko'pincha vujudga keladi).

Shish. Buyrak xastaliklarida asosan bemorning yuqori va pastki qovog'ida va yuzida shish kuzatiladi (113a va b surat) va asosan ertalablari yaqqol namoyon bo'ladi. Bemorlarning yuz terisi oqimtir rangda, yuzlari, yuqori, pastki qovoqlari shishgan hamda ko'z tirqishlari toraygan (facies nephritica **113 a va b surat**).



a 113 surat b



Kasallikning kechki bosqichlarida shish butun tana bo'ylab tarqaladi (anasarka). Bunday hollarda siydikda qonning shakliy elementlari uchrashi natijasida siydik rangi o'zgaradi (mikro-makrogematuriya) kuzatiladi.

Yashirin shishlarni aniqlash usullari

1. Mak-Klyura-Oldrich sinamasi – buning uchun tirsakni yuqori uchligiga teri ichiga 0,2 ml fiziologik natriy xlor eritmasi yuboriladi va bo'rtma hosil qilinadi. Bu bo'rtma sog'lom kishilarda bir soat atrofida so'riladi, shishga moyillik bo'lsa tez so'riladi va sinama musbat hisoblanadi.

2. Bemor vaznini har kuni o'lchab turish.

3. Sutkalik diurezni o'lchab turish (ichgan suyuqligi va ajralgan suyuqlikni solishtirish).

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

Anamnez morbi. Buyrak xastaliklari birinchi navbatda shamollagandan keyin yuzaga chiqib, ko'pincha angina, tepki, skarlatina, otit, sinusit, qandli diabet,

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

Anamnez vitae yig'ishda buyrak kasalliklarini chaqiruvchi omillarga ko'proq ahamiyat beriladi. Hayot davomida dizurik holatlar kuzatilganligi (siydik ajralishining buzilishi, siydik ajralish chastotasining va miqdorini, tarkibini buzilishi, uning rangini o'zgarganligini diagnostikada ahamiyati katta). Ish jarayonida yoki hayot davomida toksik moddalar bilan muloqotda bo'lganligi buyrakni toksik alteratsiyasiga olib keladi. Siydik ajratish tizimi kasalliklariga olib keluvchi omillarga tez-tez shamollash, nam yoki sovuq jayda yashash, organizmning sovuq qotishi, sovuq kiruvchi (skvoznyak) jayda turish yoki ishlash kabi omillar pielonefrit, glomerulonefrit kelib chiqishiga turtki bo'ladi. Hayot davomida o'tkazilgan kasalliklar jinsiy azolar yallig'lanishlari, tuberkulyoz, kollagenozlar, qandli diabet, qon kasalliklari kabi kasalliklar buyrak kasalliklariga olib keladi. Osteomielit, bronxoektaz kasalliklari buyrak amiloidoziga olib keladi. Homiladorlik nefropatiyaga olib keladi. Buyrak va siydik yo'llariga operatsiya bo'lgan yoki bo'lmaganligi to'g'risida so'rab surishtirish kerak. Irsiy kasalliklar va buyrak kasalliklari avlodida qayd etilganligi so'raladi. Keyin allergologik va epidemiologik anamnez yig'iladi.

Ob'ektiv tekshirish usullari

I-Bemorning holatini baholaganda quyidagilarga e'tibor beriladi;

1. Bemorning es-hushi (o'zida, xiralashgan, o'zida emas, stupor, sopor, koma holatida va h. k. Qondagi mochevina miqdorini meyorga nisbatan bir necha baravar oshishi uning xotirasini xiralashiga yoki uremik komaga olib kelishi mumkin.

2. Bemorning holati (faol, passiv, majburiy holat). Kasallikning boshlang'ich davrlarida bemorlar o'z-o'ziga xizmat qila oladilar, faol holatda bo'ladilar, bazanda koma oldi, koma holatlarida passiv holatda bo'ladilar, oz'-o'ziga xizmat qila olmaydilar, kimdir ularga yordam berishi kerak. Buyrak va siydik tosh kasalligi yoki paranefritda bemorlar majburiy holat egallab turadilar va o'zlarida yengillik sezadilar.

Ko'zdan kechirish-quyidagilarga e'tibor berilishi lozim.

1. Teri rangi: rangpar-oqimtir, dog'lar bor-yo'g'ligiga etibor beriladi;

2. Shishlar lokalizatsiyasiga: mahalliy, umumiy, tarqoq, anasarka; qovoq sohasidan boshlanishi; shish konsistentsiyasiga-yumshoqligiga etibor qaratiladi.

3. Nafas tipiga (uremik komada Kussmaul).
4. Teri hidiga (komada mochevina hidi keladi).
5. Tana haroratiga (gipotermiya, gipertermiya).
6. Teri rangi va holatiga (oqimtir, komada qashalgan tirnoq izlarini ko'rish mumkin).

Buyrak sohasini tekshirish. Bemorning bel va qorin sohasini tekshirgan vaqtda buyrak kasalligini aniqlash qiyin, ammo, buyrak hajmi keskin kattalashganda biror bir malumotga ega bo'lish mumkin. Buyrakning surunkali va o'tkir xastaliklarida bel va qorinning pastki sohasida shish hosil bo'lishi, siydik pufagining tez-tez to'lishi natijasida qorinning pastki (qov usti) sohasini shishganligini ko'rsa bo'ladi. Bu holat ko'pchilik holatlarda siydik tutilishi (funktsional va organik) natijasida siydik qopini siydik bilan ko'p miqdorda to'lishi hisobiga yuzaga chiqadi.

Buyrakni paypaslash (palpatio)

Siydik ajratish tizimi kasalliklarini paypaslaganda quyidagilarga etibor berilishi kerak. Buyrakni obyektiv tekshirishda palpatsiya usulidan foydalaniladi.

1. Buyrakning yuzasimeyorda silliq, tekis va yumshoqbo'ladi, patologik holatlarda yuzasi notekis, konsistentsiyasi qattiq va kattalashgan bo'lishi mumkin.

2. Buyrak sohasida og'riqlar aniqlanadi.

Bemorlarda, ozg'in kishilarda ular buyragini palpatsiya qilishda nafas olish aktida buyrakni paypaslasa bo'ladi. Buyrak pastga siljishida (nefroptozda) uni paypaslash oson, ayniqsa nafas olganda pastga siljiydi. Buyrak palpatsiyasida bimanual palpatsiya usulidan foydalaniladi. Qo'l ichkariga kiritilgandan keyin bemorga nafas olish tavsiya etiladi, bu vaqtda diafragma pastga tushib buyrak ham pastga tushadi va bu vaqtda buyrakni paypaslash mumkin. Palpatsiya orqali chap buyrakning o'ng buyrakka nisbatan I umurtqa pastroqda joylashganini bilib olish mumkin bo'ladi. Buyraklarni palpatsiyalashda bemor gorizental holatida yotib oyog'ini tizzasiga bukkan holatda, qo'llari ko'krak qafasiga qo'yganidan keyin qorin mushaklari susayadi. Buyrakni paypaslashda shifokor o'ng tomonda turib chap qo'lini bemorning bel sohasiga qo'ygan holda barmoqlarning uchi umurtqa pog'onasining yonida bo'lishi, ko'rsatgich barmoq esa 12-qovurg'aga tegib turishi kerak. Qorin mushaklari bo'shashganda barmoqlar yordamida qorin paypaslanadi, shu bilan bir vaqtda chap qo'l kafti bilan bel sohasi bosiladi. Buyraklarni paypaslab tekshirganda ularni shaklini, chegarasini aniqlash mumkin. Demak, meyorda buyrakning uzunligi 12 sm, kengligi 6 sm, yuzasi silliqdir. Buyrak palpatsiyasida bemor ta'sirlanmaydi, ammo keyinchalik o'zini noxush sezib qayt qilishi ham mumkin. Buyrak tuzilishining me'yorda bo'lmasligi o'sma, shish yoki boshqa patologiyalarning hosil bo'lishidan darak beradi. Ma'lumki, buyraklar boshqa organlardan o'z elastik tuzilishi bilan ajralib turadi, lekin buyrakning turli xastaliklari (piyelonefrit, paranefrit, buyrak o'smalari) da buyrak elastikligini yo'qotib, aksincha dag'allashadi.

Buyrakni paypaslab tekshirib ko'rishimizdan maqsad: Buyrakning katta - kichikligini (hajmini) va qattiq yoki yumshoqligi, yuzasi tekis, notekisligini aniqlashdir. Shakli o'lchamlari yuqoriga pastga va yon tomonga siljishini, og'riq darajasini aniqlash. (114 surat)



114 **a** va **b** surat. Suratda buyrakni paypaslash texnikasi izohlangan.

Balatirlovchi turtib – turib paypaslash yoki (Gyuvon usuli).

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

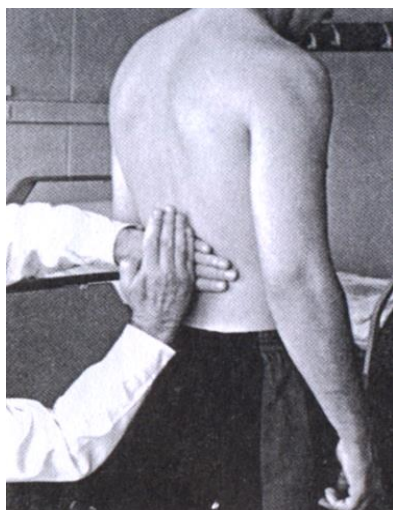
Buyrak paypaslansa 1 darajali: hammasi qo'lga ushlansa 2 - darajali (ren mabilis); o'z joyidan har tomonga siljiy olsa 3- darajali (ren migrans) nefroptoz bo'ladi.

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

Buyrak perkussiyasi (percussion (115 a va b surat)). Siydik ajratish tizimi kasalliklarini perkussiyasida Pasternadskiy simptomi musbat, manfiyligiga e'tibor berilishi kerak.

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

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



115 a va b surat

Suratda Pasternadskiy simptomini aniqlash texnikasi izohlangan

Auskultatsiya. Siydik ajratish tizimi kasalliklari auskultatsiyasida yurak tonlari va shovqinlarga baho beriladi.

Buyrak arteriyasi stenozini aniqlashda auskultatsiya usuli qo'l keladi. Buning uchun bemor yuqoriga qarab yotgan holatda bo'lishi kerak. Fonendoskopni qorin devoriga kindikdan 2-3 sm yuqori va 2-3 sm undan tashqariga qo'yiladi va buyrak arteriyasida stenoz bo'lsa, ushbu nuqtada sistolik shovqin eshitiladi. Orqa tomondan bemorning o'tirgan holatiga auskultatsiya qilish mumkin. Buning uchun fonendoskopni qovurg'a-umurtqa burchagiga qo'yiladi va eshitiladi.

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

III. Instrumental tekshirish usullari.

Siydik ajratish tizimi kasalliklarida quyidagi instrumental tekshirish usullari o'tkaziladi.

1. Rentgenologik tekshirish usullari.
 - a) ekskretor urografiya;
 - b) retrograd pielografiya;
 - v) infuzion urografiya
2. Kompyuterli tomografiya.
3. Magnit-rezonansli tomografiya
4. Buyrak arteriyasi angiografiyasi
5. Endoskopik tekshirish usullari.
 - a) tsistoskopiya;
 - b) xromotsistoskopiya;
 - v) siydik pufagi, siydik naylari va buyrak oxankasi tsistoskop orqali kateterizatsiyasi;
6. Ultratovush tekshiruvi.
7. Radioizotop renografiya tekshirish usuli.

8. Buyrakni skanirlash

Rentgenologik tekshirish. Rentgenologik tekshirish usulida bemorlarni tekshiruvdan oldin ruhan va jismonan tayyorlanadi. Ruhan tayyorlashda bemorga tekshiruv usulini diagnostik ahamiyati, muolaja og'riqsizligi va sog'ligiga tasir qilmasligi to'g'risida tushuncha beriladi. Bemorlarni tekshiruvga jismonan tayyorlashda ularga tekshiruvdan bir kun oldin uglevodsiz parhez buyuriladi va huqna qilib ichaklari tozalanadi. Bu tekshiruv usulida buyrakni shakli, hajmi, buyrak soni, uning joylashuvi va ularda toshlar borligini aniqlasa bo'ladi. Chap buyrak meyorda o'ng buyrakka nisbatan 1,5-2 sm yuqori joylashgan. Oddiy rentgenologik suratlarda buyrak, siydik yo'llari va qovuq kasalliklarini aniqlash biroz qiyin, lekin ozg'in odamlarda umurtqa pog'onasining ikki tomonida XI ko'krak va III bel umurtqalari sohasida oval shaklidagi soyani aniqlash mumkin. Oksalatli va fosfatli siydik-toshlari buyrakda joylashgan o'rni va siydik chiqaruv yo'lida toshning shakli aniq ko'rinadi. Buyrakning shakli va joylashishi haqida aniqroq ma'lumot olish uchun qorin parda orqasida havo yuborish-retropnevmoreperitoneum yoki pnevmoren usulidan foydalaniladi. Bu usulda buyrakning soyasi yorug' fonda aniq ko'rinadi.

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

1. **Retrograd pielografiya** . Ushbu tekshiruv usuli nefrologiyada o'smalar, tuberkulyoz, buyraklarni anomal rivojlanishi, siydik naychalari holati va siydik tosh kasalliklarini aniqlash va tashxislashda qo'llaniladi. Ushbu usul kam qollaniladi.

Retrograd pielografiya qilishdan oldin bemorga tekshiruv maqsadi va uni tashxislashda va davolashda ahamiyati tushuntiriladi va tekshiruv o'tkazishdan oldin siydik qopi kateter orqali siydikdan bo'shatiladi va keyin tekshiruv olib borish maqul.

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

Antegrad pielografiya. Bu usulda kontrast modda buyrak jomiga teri orqali punktsiya qilinib yuboriladi. Bu usul funktsiyasini to'liq yo'qotgan buyrakda qo'llaniladi.

2. Vena ichi ekskretor urografiya (**116 a va b surat**). Bu tekshiruv usulida buyrak orqali ekskretsiya qilinadigan kontrast modda bemorning tomiriga yuborilib rentgenda buyrak, siydik naychalari va siydik qopi soyalarini ko'rish mumkin. Faqatgina anatomik holatini baholamay balkim funktsional holatini ham baholanadi, shuningdek kontrast moddani qanchalik tez va yaxshi ajralishini ko'rish mumkin. Kontrast yuborilgan bemorga har 1-10-15-20-30-60 daqiqada rentgen tasvir tushiriladi. Ushbu tekshiruv usuli surunkali pielonefritni tashxislashga samarali usuldir. Ayniqsa buyrakning kosacha va jomlari holati baholanadi.



116 a va b surat

a) Rentgen tasvirida buyrak va siydik yo'llarini ikkilanishi tasvirlangan.

b) o'ng buyrakni pielouretral stenoz va stenoz ustida jomlarni kengayishi.

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

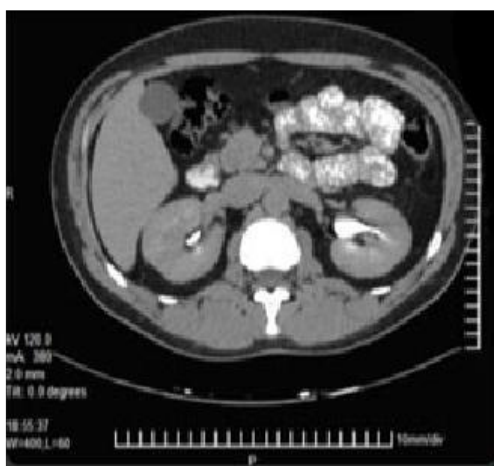
Infuzion urografiya. Ushbu tekshuruv usulu vena ichiga tomchi usulda rentgenoktrast (1 ml/kg massaga yani oddiy ekskretor urografiya dozasiga ko'p) modda vena ichiga 10-15 daqiqa ichida yuborib, buyrak, va siydik yo'llarini rentgenologik tekshirish usulidir. Ushbu tekshirish usuli oddiy ekskretor urografiya tekshruvidan sifatlidir. Agarda nojo'ya tasiri sezilsa darhol kontrast yuborish to'xtatiladi. Infuzion urografiya tekshiruv usuli o'tkazish uchun 60 ml 65% urotrast yoki boshqa kontrast modda 120 ml fiziologik eritma yoki 5% glyukoza eritmasiga qo'shib vena ichiga tomchi usulda yuborilib rentgenda tekshiriladi va 5 daqiqadan so'ng birinchi tasvir olinadi va keyingi tasvir olinishi tibbiy xodim tomonidan belgilanib tasvir olinib xulosa beriladi.

Ekskretor urografiya qarshi ko'rsatma-shok, kollaps, dekompensatsiyaga uchragan buyrak etishmovchiligi, haddan ziyod kuchli giperazotemiya, jigarni og'ir kasalliklari va uning funksiyasini yetishmovchiligi, gipertireoidizm, yod elementiga sezuvchanlikni yuqoriligi, gipertoniya kasalliklari yurak yetishmovchiligi dekompensatsiya bosqichi bilan tekshiruv o'tkazish mumkin emas.

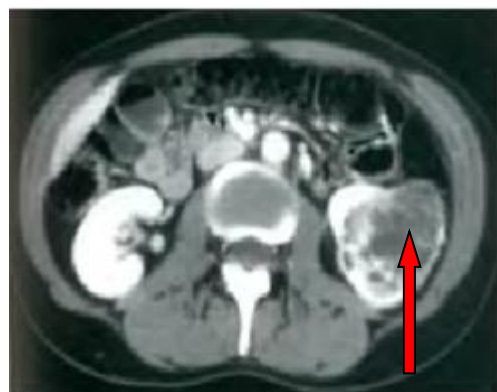
Kompyuterli tomografiya tekshirish usuli. Ushbu usul buyrak to'qimalaridagi patologik o'zgarishlarni aniqlash uchun samarali usul bo'lib, patologik o'zgarishlarni qaysi sohasidaligini qavatma-qavat aniqlab berish imkoniyati bor. Kompyuterli tomografiyada buyrak shikastlanishi xarakteriga baho berish mumkin. Bunda buyrak o'smalarini topishga va ularni buyrakdan tashqariga tarqalganligini aniqlash oson. Shuning uchun murakkab diagnostik jarayonlarda samaradorligi yuqori **117 a, b, c suratga qarang.**

Magnit-rezonansli tomografiya. Magnit-rezonansli tomografiyada tekshiruv obektini uchta yuzaga **ko'ndalang, frontal** va **sagital** yuzada tasvirlab berish imkoniyatiga ega. Bu tekshiruv usulida boshqa usullar bilan tashxislash imkoni bo'lmagan holatlarni tashxislash mumkin. Buyrak tomirlari va tomirlar atrofi (anevrizm, arterio-venoz svish (oqma), tromboz va osmalar) o'zgarishlarini aniqlash mumkin. Buyrak kistalari va kista suyuqligi xarakterini baholasa bo'ladi va qon ketish, qon quyilishini infeksiyadan farqlay olsa bo'ladi.

117 a, b, c surat

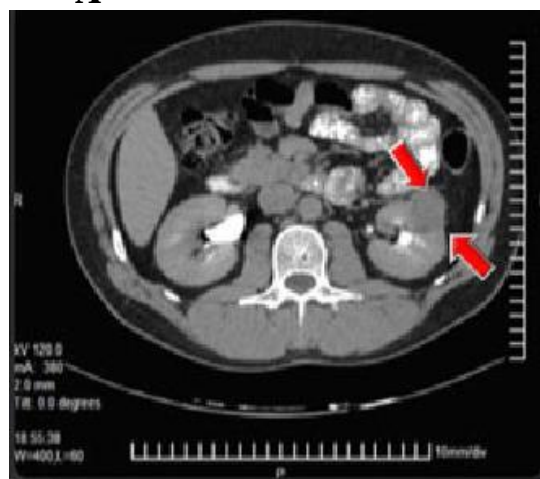


A



Kompyuter tomografda vena ichi kontrastlash yo'li orqali topilgan gigant buyrak o'smasi

B



C 117 a, b, c surat

Buyrak MRT si. Chap buyrakda strelka bilan buyrak o'smasi ko'rsatilgan

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

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

Buyrak angiografiyasi. Angiografiya tekshiruv usuli buyrak va buyrak usti bezida o'sma jarayoni rivojlanganda, gidronefroza, vazorenal gipertenziya diagnostikasida samarali usul hisoblanadi. Klinik amaliyotda buyrak angiografiyasida olingan tasvirlarni kompyuterda ishlov beriladi va baholanadi. Ushbu tekshiruv usulida oddiy vena ichi urografiya nisbatan yuboriladigan kontrast miqdori 2-3 baravar kam va vena ichiga yuboriladi. Kompyuter bilan buyrak tasvirlarini olish uchun tovush signallarida ishlov berilib malumot olinadi. **Tekshiruvga qarshi ko'rsatma.** Buyrak yetishmovchiligida, organizmni yodga bo'lgan sezgirligi oshganda, jigarni og'ir shikastlanishlari ushbu tekshiruvga qarshi ko'rsatma hisoblanadi. Bu tekshiruv usullarini o'tkazish jarayonida allergik reaksiyalar to anafilaktik shokkacha, hushdan ketish, o'tkir buyrak yetishmovchiligi, o'tkir jigar yetishmovchiligi kabilar kelib chiqishi mumkin, shuning uchun tekshiruv olib borilganda bu asorotlarga yordam berishga tayyor bo'lish kerak.

IV. Siydik ajratish tizimini laborator tekshirish usullari

1. Qon tahlili.

- a). Umumiy qon tahlili (anemiya kuzatiladi);
- b). Qonda mochevina miqdori oshadi;
- v). Qonda kreatinin miqdori oshadi;
- g). Gipoproteinemiya

2. Siydik tahlili.

a). umumiy siydik tahlili (eritrotsituriya, leykotsituriya, proteinuriya, bakteriuriya, glyukozuriya kuzatiladi);

b). siydikda mochevina miqdori

v). siydikda kreatinin miqdori

3. Biopsiya materiallari morfologik tekshiriladi.

Buyrakdan biopsiya olish. Bemordan biopsiya olish uchun yozma ravishda roziligi haqida tilxat olinadi. Maxsus nefrologiya bo'limlarida buyrak kasalliklarini aniqlashda undan bioptat (kichkina buyrak to'qimasi) olinadi. Buning uchun aspiratsiya qiluvchi shpritsga uzun biopsion igna o'rnatilib, buyraklar joylashgan yerdan kichkina buyrak to'qimasi olinadi va uni morfologik, mikroskopik tekshiriladi. Agar buyrak kasalligini chaqiruvchisini aniqlash lozim bo'lsa, shu buyrak to'qimasidan bir qismi oziqli muhitga ekiladi hamda keyinchalik o'sgan floraning qaysi antibakterial dori moddalariga sezgirligi ham aniqlanadi. Bu usul juda aniq tekshirish usuli bo'lishiga qaramay uncha keng tarqalmagan, chunki o'ziga yarasha asoratlar beradi. **Biopsiyaga mutloq qarshi ko'rsatma bo'lib;** 1. Yagona

buyrak; 2. Qon ivish tizimini buzilishi (gipokoagulyatsiya, trombotsitopeniya, gemorragik diatez); 3. Buyrak venalari trombozi; 4. Gidronefroz, pionefroz, polikistoz hisoblanadi. **Nisbiy qarshi ko'rsatma**; 1. Og'ir arterial gipertoniya diastolik bosim 110 mm. sim. ust.dan yuqori bo'lsa; 2. Surunkali buyrak yetishmovchiligida kreatinin miqdori 0,44 mmol/l dan yuqori bo'lsa; 3. Buyrakni patologik siljishi; 4. Tomirlarini rivojlangan aterosklerozi hisoblanadi. **Asoroti**. Buyrak jomlariga, kapsula ostiga, kletchatkaga qon quyilishi, gematomalar hosil bo'lishi, biopsiya qilingan joyni yiringlashi, qo'shni azolarni shikastlanishi hisoblanadi.

Siydik ajratish tizimini laborator tekshirish usullari

Siydik ajratish tizimi kasalliklarida siydikning tarkibi va miqdori o'zgaradi. Siydikning miqdori kamayishi, ko'payishi mumkin. Uning tarkibida qonning shakliy elementlari, oqsil, qand, mikroorganizmlar, kreatinin, siydik kislotalarini patologik holatlarda aniqlash mumkin.

Oqsil. Oqsilning siydik bilan ajralishi proteinuriya deb yuritiladi. **Proteinuriya fiziologik va patologik** bo'lishi mumkin.

Oqsilning siydik bilan ajralishi siydik ajratish tizimi kasalliklarini asosiy belgilaridan hisoblanadi. Meyorda siydik bilan bir sutka davomida 50-200 mg oqsil ajralishi mumkin. Garchi siydik tarkibidagi oqsil miqdori 0,033 gr/l dan ko'p bo'ladigan bo'lsa, bu patologik jarayondan dalolat beradi. Adabiyotlarda ko'rsatilishicha sutka davomida oqsil siydik bilan bir xil ajralmas ekan. Oqsilning ajralishi ko'proq tananing gorizontol holatiga va kunduziga to'g'ri kelar ekan. Shuning uchun sutkalik proteinuriyani aniqlash maqsadga muvofiqdir.

Siydik tarkibidagi oqsil miqdoriga qarab; **rivojlangan** proteinuriya 3 gr/sut ko'p; **rivojlanmagan** proteinuriya 1-3 gr/sut dan kam va **qisman** proteinuriya 1 gr/sut va undan ham oz bo'ladi. Siydik tarkibidagi oqsillar kichik molekulali oqsillar, globulinlar hamda albuminlar bo'ladi. Proteinuriya sababiga qarab quyidagi shakllarga bo'linadi. **Buyrakka bog'liq proteinuriya**-glomerulyar, tubulyar va aralash bo'ladi. Buyrakka bog'liq bo'lmagan proteinuriya-gemodinamik yani siydik ajratish tizimi yo'llari va kanalchalarida qonning dimlanishi hisobiga yuzaga chiqadi. Bunday xarakterga ega bo'lgan proteinuriya yurak yetishmovchiligida, siydik yo'llari venalari trombozida, oqsil ko'pligi hisobiga qon plazmasining onkotik bosimi oshishi (mielom kasalligi) da kuzatiladi.

Oqsilning siydik bilan ajralish mexanizmi. Genli chigalining chiquvchi qismida alohida oqsil uroproteinning sekretsiyasi yuzaga keladi. Oqsilni filtrlash uchun buyrak filtri 3 qavatdan iborat. Birinchi qavat epiteliy qavati, ikkinchi qavat bazal membrana (ikki qavat geldan iborat) qavati. Uchinchi qavat epiteliyal hujayralar podotsitlar qavatidan tashkil topgan. Uchinchi qavatni tanasi va oyoqchalari bor va bazal membranada o'rnashgan. Podotsitlar orasida teshiklar bor va shu teshiklar orgali qisman albuminlar va kichik molekulali oqsillar o'tadi. Albuminlarning asosiy massasi buyrak filtridan o'tmaydi, chunki buyrak filtri va albuminlar bir xil musbat zaryadlangan, bir-birini itarishi tufayli ular buyrak filtridan o'tmaydi. Buyrak shikastlanishida (immun komplekslar, yallig'lanishda, degenerativ va sklerotik o'zgarishlarda) bazal membrana, endoteliy va padotsitlar zaryadi

o'zgaradi va albuminlar buyrak filtridan erkin o'tadi va proteinuriya yuzaga keladi. Ko'pincha glomerulonefrit, amiloidoz, diabetik glomeruloskleroz va gipertoniya kasalligida buyrak filtri shikastlanadi.

Fiziologik holatlarda ham proteinuriya bo'lishi mumkin. 1. Ortostatik proteinuriya-Astenik va lordozi bor kishilarda 30 yoshgacha kuztilishi mumkin. 2. Tana harorati ko'tarilishidagi proteinuriya-ko'pincha bolalar va keksalarda kuzatiladi. 3. Zo'riqish proteinuriasi- og'ir jismoniy ishlar bajarganda, zo'riqishlarda, stress holatlarda va organizmni haddan ziyod sovuq qotishida yuzaga keladi. Funktsional proteinuriyada qisman oqsil (1 gr/s) ajralib, keyinchalik o'tib ketadi va eritrotsituriya, leykotsituriya hamda bakteriyauriya bilan kechmaydi.

Proteinuriya yolg'on musbat bo'lishi ham mumkin. Mioglobinuriya, eritrotsituriya va leykotsituriya va ularning parchalanishi hisobiga, bazan yodli kontrast modda yuborilganda hamda siydikda penitsillin, tsefalosporinlar hamda sulfanilamid preparatlari siydikda bo'lganda yuzaga keladi.

Proksimal kanalchalarning reabsorbtion xususiyati pasayishi hisobiga kanalchali proteinuriya yuzaga keladi. Kanalchali proteinuriyada β_2 -mikroglobulinlar - albuminlardan ustunlik qiladi. Meyorda ko'ptokchalardan filtrlangan β_2 -mikroglobulinlar, kanalchalarda to'liq qayta so'riladi. Pielonefritda, kanalchalarning o'tkir nekrozida, buyrak transplantantini ko'chishida va tug'ma tubulopatiyalarda kanalchali proteinuriya kuzatiladi.

Qand. Siydik bilan qand ajralishi glyukozuriya deb yuritiladi. Meyorda siydik tarkibida qand uchramaydi ammo, haddan tashqari uglevodlarni ko'p istemol qilinsa glyukozuriya kuzatiladi, bazanda kunduzgi portsiyada ham uchraydi. Shuning uchun ham siydik tarkibidagi qandni aniqlash uchun, ertalab nahorda tahlil olinadi. Bazanda qonda qand miqdori meyorda bo'lishi mumkin va siydikda glyukozuriya kuzatiladi. Bu kanalchalar disfunktsiyasidan dalolat beradi. Bu halat ko'pincha nefrotik sindrom va glomerulosklerozda ko'proq uchraydi. Bazanda qand miqdorini tekshirish uchun bemor siydigini bir kecha-kunduz davomida yig'ishi lozim. Erta bilan soat 8 da bemor siydik qopini bo'shatishi lozim. Bir kecha-kunduz mobaynida yig'ilgan siydik bitta idishga yig'iladi. Barcha idishlardagi siydik yaxshilab aralashtirilib, undan 100-200 ml kichikroq idishga solinib tahlil uchun yuboriladi.

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

Davolash jarayonida, operatsiyalar qilingandan keyin, kasalga qon quyishdan avval yoki keyin boshqa a'zo hamda tizimlardagi patologik o'zgarishlarni aniqlashda siydikni ancha tez-tez klinik analiz qilib turish zarur bo'ladi. Ayol kishining siydigini olishdan avval tashqi jinsiy organlarini yuvish lozim, bordiyu, u hayz ko'rgan bo'lsa, kateter yordamida siydik olish kerak. Umumiy analiz uchun 150-200 ml siydik

kifoya. Siydikni yaxshilab yuvilgan idish yoki tagiga tutiladigan tuvakka olinadi. Tuvakdan siydikni laboratoriyaga jo'natish uchun toza shisha idishga quyib olish lozim. Bakteriya va zamburug'larni aniqlash (ekib ko'rish) va biologik tekshirish uchun siydik olishdan avval tashqi jinsiy a'zolari dezinfektsiyalovchi eritma (masalan, furatsilin yoki kaliy permanganat eritmasi) bilan yuvish va steril kateter bilan maxsus idishga 15-20 ml siydik olib, uning og'zini darrov berkitish zarur. Olingan siydikka antiseptik moddalar qo'shilmaydi. Har xil sharoitlar ta'siri bilan jismoniy ish natijasida, badan qizib ketganida, ichilgan suyuqlik miqdori, iste'mol qilingan ovqatning xususiyatlariga qarab, hattoki odam ortiqcha his-hayajonlarga berilganida siydik o'z xossalarini o'zgartirib qo'yadi.

Laboratoriya tekshiruvini uchun siydik yig'ish. Kerakli ashyolar: toza shisha idish, yo'llanma, plastmas probirka. **Muolaja algoritmi:** Siydik yig'ishdan oldin bemorning jinsiy a'zolari yaxshilab yuviladi. Hayz ko'rish davrida siydik tahlili olish 2-3 kun tugaguncha va 5-7 kun tsistoskopdan so'ng tavsiya qilinmaydi, bordiyu bunga zarurat bo'lsa, siydikni kateter yordamida olinadi. **Umumiy tahlil uchun siydik yig'ish.** Buning uchun bir necha ml siydik kerak bo'ladi. Umumiy tahlil uchun yig'ilgan siydik 1,5-2 soatdan ortiq **saqlanmasligi** kerak va 2-8°C dan yuqori bo'lmagan harorat bo'lishi kerak. Bemor 100—200 ml ertalabki siydigini toza quruq shisha idishga yig'ishi lozim. Idishga bemorni ismi sharifi, tahlil olingan kuni va tekshirish kuni hamda maqsadi yozilgan qog'oz kleylanadi va laboratoriyaga jo'natiladi. **Siydikni bakteriologik tekshirish.** Siydik olish uchun 12 ml li yashil rangdagi **118 surat. SARSTEDT** probirkasi to'ldiruvchi qismi bilan ishlatiladi va bakteriyalar ko'paymasligi uchun Borat kislotasi o'zida saqlaydi. Xona haroratida borat kislotasi bakteriyalarni 48 soat davomida ko'payishiga yo'l qo'ymaydi. **Nechiporenko usulida siydik yig'ish.** Bemorga siydik yig'ishning bu usuli tushuntiriladi. Buning uchun bemorning tashqi jinsiy a'zolari yuviladi va siydikning «o'rta qismi» toza idishga yig'iladi. Analiz uchun ertalab uyqudan so'ng olinadi va siydikning o'rta qismi idishga olinadi. Yoki sutkaning istalgan vaqtida olish mumkin. Birinchi va oxirgi portsiya unitazga yuboriladi. Siydik olish uchun 12 ml li sariq rangdagi **SARSTEDT (urine)** probirka shpritsdan foydalaniladi. Buning uchun toza idishda siydik olinadi va idishdan siydik shprits orqali olinadi. Shprits sariq kalpachok bilan burilib yopiladi va bu kalpachokda porshen mavjud. Shprits siydikka tushirilgandan so'ng porshen tortiladi va shprits siydikka

to'ldiriladi to belgilangan nuqtagacha yani 12 ml gacha. Siydik olingandan so'ng kalpachok yaxshilab yopilib keyin sindiriladi (119 surat). Tahlil uchun -2-3 ml



118 surat



(119 surat)

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

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

Addis-Kakovskiy usulida siydik yig'ish. Bemorga bir kun oldin siydikni qanday yig'ish tushuntiriladi. Bemor siydikni yig'ishdan oldin kechqurun soat 10 larda siydik qopini bo'shatishi va imkon daraja tunda hojatga bormasligi lozim. Erta bilan soat 8 da siydik toza shisha idishga yig'iladi va laboratoriyaga jo'natiladi. Addis-Kakovskiy usulida bemorlardan 10 soatlik siydigi yig'iladi, 12 minutlik miqdori 1/50 qismi olinib tsentrifuga qilinadi va mikroskop ostiga Goryaev kamerasida ko'radi va sutkalik miqdoriga hisoblaydi. Normada eritrotsitlar 1 mln, leykotsitlar 2 mln, tsilindrlar 20 ming, kasallarda shakliy elementlarlar miqdori oshadi. Siydikni tekshirish uchun asosan ertalab olinadi. Leykotsit, eritrotsit va tsilindrlar (soni), qon elementlarini aniqlash uchun yig'ilgan siydik tahlilxonaga 1 soat ichida olib boriladi. Yo'llanmada umumiy tushuntirish ma'lumotidan tashqari siydikning umumiy miqdori yoziladi. Sinamani o'tkazishga monelik qiladigan hollar

yo'q. Agar siydik miqdorining biror qismi shishaga sig'may qolsa, qolgan qismi ikkinchi shishaga quyiladi va qog'ozga belgilab yuboriladi.

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

V-Buyrakni funksional tekshirish usullari

Buyrakning funksiyasi. Buyrak organizmda gomeostaz funktsiyani bajarib, hujayra tashqi suyuqligini va qon hajmini, organizmda kislota - ishqor muvozanatini, qon bosimini, eritropoezni boshqaradi va azot almashinuvi natijasida hosil bo'ladigan oxirgi maxsulotlarni ekskretsiya qiladi.

Buyrak funktsiyasini aniqlash uchun siydikda uning; 1. nisbiy zichligi aniqlanadi, Zimnitskiy sinamasida ham aniqlasa bo'ladi; 2. Qonda va siydikda kreatinin miqdori aniqlanadi; 3. Koptokchalarda filtratsiya tezligini aniqlanadi; 4. Buyrakda siydikning suyultirish va kontsentirlash funktsiyasi aniqlanadi. Siydikning nisbiy zichligi buyrakning suyultirish va kontsentirlash funktsiyasidan dalolat beradi. Bu hujayradan tashqi suyuqligini boshqarishidir. Siydikning nisbiy zichligi 1005-1025 atrofda bo'ladi. Siydikning nisbiy zichligi organizmga kirgan va ajralib chiqqan suyuqlik miqdoriga bog'liq. Qancha ko'p suyuqlik ichsa siydik miqdori ko'p bo'lib, nisbiy zichligi past bo'ladi va aksincha kam suyuqlik istemol qilsa, ko'p terlasa, ichi suyuq o'tsa, ko'p qusish bo'lsa ko'p suyuqlik yo'qotilsa, siydik miqdori kam bo'lib, uning nisbiy zichligi yuqori bo'ladi. Siydikni nisbiy zichligini yuqori bo'lishi nefrotik sindromda siydikda oqsil bo'lganligi tufayli va qandli diabetda siydikda qand bo'lganligi tufayli yuzaga keladi.

Siydikning ertalabki portsiyasida uning nisbiy zichligi 1020-1018 bo'lsa buyrakning kontsentirlash funktsiyasi meyorda deb qarash mumkin. Qayta nisbiy zichligini tekshirganda u past bo'lsa unda buyrakni kontsentirlash funktsiyasi pasaygan bo'ladi. Siydikda nisbiy zichlikni past bo'lishi surunkali buyrak yetishmovchiligida, surunkali interstitsial nefritda, pielonefritda, kanalchchalat disfunktsiyasida, buyrak qandli diabetida, polikistoz va gidronefroзда kuzatiladi. Buyrakni kontsentirlash funktsiyasini aniqlash uchun maxsus Zimnitskiy sinamasidan faoydalanamiz va bir sutka davomida 8 portsiya har 3 soatda alohida idishlarda siydik yug'iladi. Sog'lom insonlarda sutkalik siydik miqdori ichilgan suyuqlikni 70-75% ni tashkil qiladi. Meyorda sutkalik siydik miqdorini 65-80% kunduzgi siydikka to'g'ri kelishi kerak. Sutkalik siydik miqdorida, Zimnitskiy sinamasida siydikni nisbiy zichligini o'zgarishi 12-16 dan kam (misol;1008-1020; 1006-1022) bo'lmasligi kerak. Buyrakning suyultirish funktsiyasi buzilganda (ortishida) siydikning biror bir portsiyasida uning nisbiy zichligi 1011-1013 dan past bo'lmaydi va aksincha kontsentratsion funktsiyasini pasayishida biror bir portsiyada uning nisbiy zichligi 1020 dan yuqori bo'lmaydi. Siydikning naicbiy zichligi 1011-1013 dan past bo'lsa gipostenuriyadan dalolat beradi va bu buyrak kasalliklarida yuzaga keladi. Buyrakni kontsentirlash va suyultirish qobilyatini aniqlash uchun Folgard sinamasi bo'yicha 36 soat davomida quyuq ovqat istemol qilinadi, suyuq ovqat istemol qilinmaydi. Siydik xuddi Zimnitskiy sinamasiga o'xshab yig'iladi. Buyrakning kontsentratsion funktsiyasi yaxshi bo'lganda siydik miqdori 500-600 ml gacha kamayadi. Bunda siydikning nisbiy zichligi 1028-1034 gacha oshadi.

Buyrakning konsentratsion xususiyati pasaygan bo'lsa, siydik miqdorida o'zgarish kam bo'lib (siydik miqdori deyarli kamaymaydi), siydikning nisbiy zichligi 1028 dan oshmaydi. Bazanda quruq ovqat istemol qilib, modifikatsiyalangan metod ham o'tkazish mumkin. Bunda bemor kunduzi soat 2.00 dan 8 ertalabgacha suyuqlik ichmaydi. Ertalab soat 8 da bemor siyadi va bu siydikdan analiz olinmaydi va 1-1,5 soat davomida siydik yig'iladi, unda nisbiy zichlik aniqlanadi, o'rtacha 1024 bo'lishi kerak. Bundan past bo'lsa, buyrak funksiyasini pasayishidan dalolat beradi.

Buyrakni suyultirish funksiyasini aniqlash sinamasi. Bu usulda suniy gipergidratatsiya qilinganda, buyrakni maksimal siydikni suyultirish qobiliyatini aniqlanadi. Tekshiriluvchiga bir marta yoki sutka davomida ko'p miqdorda suv ichiriladi. Bir martalik sinamada tekshiriluvchi 30-90 daqiqa davomida suyuqlik ichadi. Suyuqlik miqdori 20 ml/kg tana massasiga to'g'ri kelishi kerak. Sog'lom kishilarda siydikning nisbiy zichligi 1003 gacha pasayadi. Bunda birinchi 2 soat davomida ichilgan suyuqlikni 50% dan va 4 soatda 80% dan ortig'i ajralib chiqishi kerak. Buyrak funksiyasi buzilganda siydikning nisbiy zichligi 1004 dan pasaymaydi.

Kreatinin miqdorini aniqlash. Kreatinin mushak hujayralar tomonidan ishlab chiqariladi va koptokchalarda filtirlanadi, lekin, qayta so'rilmaydi va siydik bilan ekskretsiya qilinadi. Shuning uchun qondagi kreatinin bilan, uning siydikdagi ajralgan miqdoriga qarab, buyrakni ekskretor funksiyasini aniqlash mumkin. Kreatinin miqdori mochevina va qoldiq azotdek jismoniy va fizik zo'riqishga va dietaga bog'liq emas. Qonda kreatinin miqdori 0,06-0,123 mmol/l ga teng. Buyrakning ekskretor funksiyasi pasaysa kreatinin miqdori qonda ortadi.

Koptokchalarda filtrlash tezligini aniqlash. Bunda tashilib filtrlanadigan, qayta so'rilmaydigan moddalar klirens (tozalash) metodi qo'llaniladi. Buning ushuni kreatinin qo'llagan maqul va insulin hamda mochevinani ham qo'llasa bo'ladi. Bu usulda kreatininning siydikdagi va qondagi miqdori aniqlanadi va minutlik diurezga qarab formula bo'yicha aniqlanadi. Meyorda 80-120 ml/daq bo'ladi. Koptokchalarda filtratsiya tezligi (KFT) ni bilib, filtratsiyani % larda hisoblanadi.
KFT – minutlik diurez KFT %

Insonlarda fiziologik holatda 40 yoshlardan so'ng KFT pasayadi, taxminan yiliga 1 % ga pasayadi. 80 yoshdan oshgandan so'ng KFT 40 dan 80 ml/daq gacha tashkil qiladi. Buyrak kasalliklarida filtratsion jarayonlar susayib ketadi. SBE KFT 2-5 ml/daq pasayishi mumkin. Buning sababi funksiyasini bajaruvchi nefronlar sonini kamayishi, koptokchalarni filtrlash qobiliyatini pasayishi, buyrakda plazma oqib kelishini susayishi, buyrak kanalchalari obstruksiyasi shikastlangan buyrak epiteliylari ko'p filtratsiya bo'lish jarayoni bilan bog'liq. Bu surunkali glomerulonefrit, surunkali pielonefrit, surunkali interstitsial nefrit, amiloidoz, nefroskleroz, arterial gipertenziyada yuzaga keladi. Bundan tashqari KFT ni pasayishi gipotoniya, shok, gipovolemiya, rivojlangan yurak yetishmovchiligida ham kuzatiladi

Kam holatlarda bazi patologiyalarda giperfiltratsiya ham bo'lishi mumkin. Bunda KFT 120 ml/daq dan ortishi mumkin. Bu holat qandli diabetning

boshlang'ich davrlarida, gipertoniya kasalligida, surunkali glomerulonefritning boshlang'ich davrlarida kuzatiladi.

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

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

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

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

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

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

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

Amaliy mashg'ulot №13

Qon tizimi. Tekshirish usullari. Fizik tekshirish usullari laborator-asbobiy tekshirish usullari. Qon tizimi kasalliklari. anemiyalar klinikasi, diagnostikasi.

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

| | |
|----------------------------|--|
| Mashg'ulot vaqti – 4 soat | Studentlar soni: 10 dan 12 gacha |
| Mashg'ulot formasi | Amaliy mashg'ulot |
| Amaliy mashg'ulot rejasi | Laborator mashg'ulot: qonni tekshirish. Umumiy qon analizini klinik ahamiyati. Kamqonliklar simptomatologiyasi (temir yetishmovchilik, postgemorragik, gemolitik). |
| Amaliy mashg'ulot maqsadi: | Laborator mashg'ulot: qonni tekshirish haqida tushuncha hosil qilish. Kamqonliklar simptomatologiyasi (temir yetishmovchilik, postgemorragik, gemolitik). |
| O'qitish uslubi | So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma. |
| O'qitish formasi | Kichik podgruppalrida. |
| O'qitish jihozlari | O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter. |

| | |
|------------------------|---|
| O'qitish holati | Metodik jihozlangan auditoriya. |
| Monitoring va baholash | Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala. |

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

| Ish bosqichlari va vaqti. | Ta'lim beruvchi | Ta'lim oluvchilar |
|--|--|---|
| Tayyorlov bosqichi | 31. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 32. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 33. Davomatni nazorat qiladi | |
| 1.O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa) | 1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | |
| 2 – asosiy bosqich (160 daqiqa) | 1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi | Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar |
| 3-yakuniy bosqich (10 daqiqa) | 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi | Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi |

3.Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A)Frontal usuli:

1. Qonning umumiy tahlili nimani bildiradi
2. Qonning umumiy tahlili diagnostik ahamiyati
3. Qon olish texnikasi
4. Gemoglobinni aniqlash texnikasi
5. Qon shakliy elementlarini hisoblash
6. Eritrotsitlar cho'kish tezligini aniqlash
7. Leykotsitar formula nima
8. Qon umumiy tezligini normadagi ko'rsatkichlari
9. Qon yaratish organlarini punktsiya qilish
10. Gemolizni baholash
11. Kamqonlik to'g'risida tushuncha
12. Anemiyaning ko'rinishlari
13. Postgemorragik anemiya, klinik ko'rinishi
14. Temir etishmovchiligi anemiyasiga xarakteristika bering
15. Temir etishmovchiligi anemiyasini kelib chiqish sabablari

16. Temir etishmovchiligi anemiyasini klinik ko'rinishi
 17. Temir etishmovchiligi anemiyasida qon tahlilidagi o'zgarishlar
 18. V12 (foli kislota) etishmovchiligi anemiyasi etiopatogenezi
 19. V12 (foli kislota) etishmovchiligi anemiyali bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish
- Anemiyalarda qonning laborator diagnostikasi

“Uch pog'onali intervyu” usuli

Har bir gruppada uchta talaba tanlab olinib, ular orasida “vrach”, “bemor” va “ekspert-UASh” rollari bo'linib beriladi. Bemor rolini tanlagan talabaga anonimno diagnozi aytiladi, va u shu diagnozga taaluqli shikoyatlar bildiradi, vrach diagnoz qo'yadi, ekspert UASh shikoyatlar va diagnoz mutanosubligini tekshiradi. Har bir guruh 10-15 daqiqa davomida konsultatsiya qilinadi, ekspert vrach faoliyatini 3 punk bo'yicha tekshiradi:

7. Nima to'g'ri qilindi
8. Nima noto'g'ri qilindi
9. Qanday qilish kerak

Guruh konsultatsiyasi xulosasini ekspert xulosasi bilan taqqoslaydilar.

Boshqa xil turi: talabalar ekspert rolida poliklinikada, haqiqiy konsultatsiyada ishtirok etib, butun guruh bilan analiz qilinadi.

Mavzu bayoni

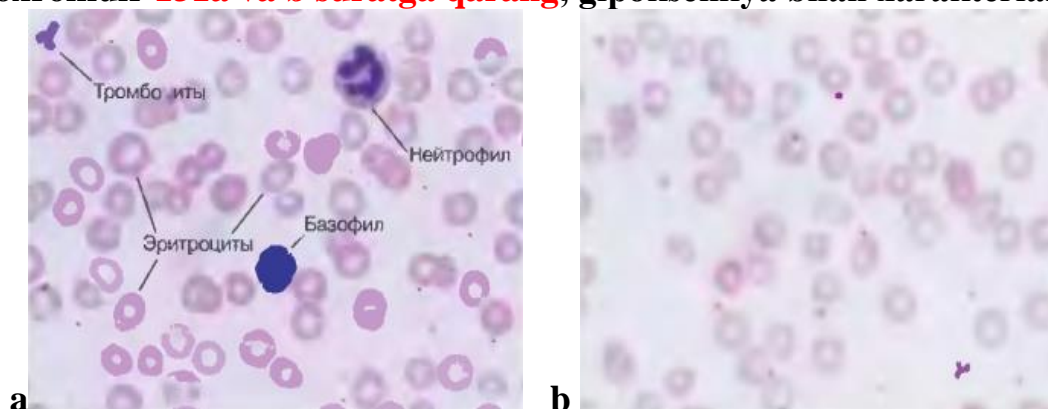
Anemiya (kamqonlik)-qonning hajm birligida eritrotsitlar, gemoglobinni va ularning eritrotsitlar tarkibida miqdorining kamayishi, ularning sifati o'zgarishi natijasida yuzaga keladigan kasallik bo'lib, kelib chiqishiga ko'ra irsiy va orttirilgan (birlamchi va ikkilamchi) bo'ladi.

Anemiyaning keltirib chiqaruvchi sabablari polietiologikdir va turli tabiatga ega. Anemiya kelib chiqishiga ko'ra, ekzogen va endogen omillarning ta'sirida kelib chiqadi. Ekzogen omillar o'z navbatida infeksiyon (bezgak qo'zg'atuvchisi) va noinfeksiyon (har xil toksik moddalar (fenilgidrazin), ilon, chayon chaqishi va h.k.), alimentar (vitamin B12 va folat kislota, temir moddasi yetishmasligi va h.k.) omillarga bo'linadi. Endogen sabablarga misol sistemali kasalliklar. Anemiyaning kelib chiqishiga qarab sabablari ham turlicha bo'ladi. Anemiya bilan kasallangan bemorlarda birinchi navbatda eritrotsitlarning nafas funksiyasi, ya'ni to'qimalarga kislorod yetkazib berish faoliyatining buzilishi kuzatiladi va oqibatlar (agar tegishli choralar o'z vaqtida qo'llanilmasa) yomon tugashi bilan boshqa kasalliklardan farq qiladi. Ayni vaqtda, shuni ta'kidlash lozimki, anemiya nihoyatda har tomonlama, faqat tibbiy-biologik emas, ekologik-ijtimoiy, iqtisodiy va h.k. tomondan ham muhim ahamiyatga molik jiddiy muammodir. Anemiyalarda qonda eritrotsitlarning turli patologik shakllari paydo bo'lib, ular normal funktsional imkoniyatga ega bo'lmay, kislorod tashib berish qobiliyati pastdir. Ularning ayrimlari gemoglobinni kam tutganligi tufayli kislorodni yetarli miqdorda biriktirmaydi, boshqalari esa, masalan, yosh eritrotsitlar, bir tomondan, kislorodni kam biriktirsa, ikkinchidan, kislorodni o'zlarining hayoti uchun sarflaydi (ular turli sharoitlarga nisbatan chidamsiz bo'lib, yashash davrlari qisqa bo'ladi va h.k.).

Temir tanqis kamqonlik

Temirning organizmdagi umumiy miqdorini (5 gr) taqsimoti:

Anemiyaning bu turida eritrotsitlar soni deyarli o'zgarmay turib, ularning asosan gemoglobinga to'yinishi pasayishi (30-35 pgdan) hisobiga yuzaga kelib gipoxromdir **131a va b suratga qarang**, gipoksemiya bilan xarakterlanadi.



131 surat

Klinikasi: Sub'ektiv: So'rab surishtirish – interrogatio.

Shikoyatlar – **anemik, gipoksemik simptomlar:** ko'z oldi qorong'ulashishi, ish qobiliyati pasayishi, tez charchash, hansirash, darmonsizlik, bosh aylanishi, yurak urishi, yurak sohasida og'riq, quloqlarda shovqin, terida sezuvchanlikni susayishi, badanda, terida chumoli yurish hisi paydo bo'lishi, ishtaha pasayishi, ko'ngil aynishi, tam bilish qobiliyatini yo'qolishi, kesak, bo'r istemol qilish, kerasin va benzin hidlash (Pico xloratika), kekirish, ovqatdan so'ng epigastral sohada noxush holat, ba'zan ichi suyuq o'tishi, qo'l va oyoqlar uyushishi, sideropenik disfagiya, ta'm bilishni buzilishi (disgivziya), g'ayriodatiy hidlarga moyillik paydo bo'lishi (Rossolimo-Bexterov sindromi 1900-1901y aniqlangan va keyinchalik, Plammer va Vinsonlar aniqladilar).

Gipoksik sindromlar bilan birga **markaziy asab** tizimi tomonidan-bosh og'rig'i, bosh aylanishi, ko'z oldida sharpalar uchishi, diqqatni uzoq jamlay olmaslik, fikrlash qobiliyatini pasayishi, xotirasini susayishi, uyquning buzilishi, qo'zg'aluvchanlik, bolalarda psixomotor rivojlanishda orqada qolish, yig'loqi bo'lish, astenovegetativ buzilishlar va uzoq muddatda subfebril isitma asab tizimi tomonidan bezovta qiladi.

Yurak-qon tomir tizimi tomonidan pulsning labilligi, taxikardiya, tomirlarda «bo'richa shovqini», yurak uchida sistolik shovqin eshitiladi. Og'ir holatlarda bemorlar juda behol, kuchsiz, uyquchan, yig'loqi bo'ladilar. Bemorlar ko'zdan kechirilganda ranglari oqargan qo'g'irchoq yuzidek rangda yoki biroz sarg'ish rang tovlanadilar. Bemorlar yuzi shishgan, oyoqlarda, tizzada shish, teri va shilliq qavatlarda ekximoz kuzatiladi. Teri quruq, oyoqlar sovuq, muskulatura bo'shalgan.

Anamnez morbi; kasallikning boshlanishi, qancha davom etishi, sochlarining holati, tirnoqlari holati-koylonixiya, sideropenik sindromlar va hokazo o'zgarishlarga etibor qaratish lozim.

Anamnez vitae; hayoti davomida Me'da ichak traktida yallig'lanish, gijja kasalliklari bo'lganligi, bola emizishi, homiladorligi, hayz tsiklining uzayishi va surunkali ravishda ko'p qon yo'qotishi, Me'daning giposekretsiyasi va boshqa omillarning kasallik rivojlanishiga olib keladi.

TTA yuzaga keladigan sindromlar

| t/r | Tam bilishning buzilishi (Pico xloratica) | Sideropenik sindromlar |
|-----|--|---|
| 1 | Tam bilishning buzilishi; bo'r, ohak, tish pastasi va tish poroshogi, o'chirgich, qum, tuproq, xom go'sht, xamir istemol qilish, namlik, loy, ko'mir iste'mol qilishga intilish kabi belgilari | Terining qurishi, teri tarangligini (turgor) pasayishi, og'iz burchaklarining bichilishi yoki yorilishi, tovonning (oyoq) yorilishi (giperkeratoz) ; |
| 2 | Har xil yomon tasir qiluvchi hidlarni; Kerasin, benzin, atseton, mazut, rezina, kosmetik lak va bo'yoqlar hidlashni xush ko'rish va h.k. | Sochning ingichkalashishi, qurushi, oqarishi, tez sinishi, uchlarini yorilishi (ikkiga bo'linishi) va ko'p to'kilishi; |
| 3 | To'satdan ba'zi bir oziq ovqat maxsulotlarini istemol qilgisi kelishi | Koylonixiyaning rivojlanishi-tirnoqlarning yupqalashib yassilanishi, qiyyashayishi, ichkariga botishi (qoshiqsimon bo'lishi), shakli o'zgarishi, sinuvchan bo'lishi, tirnoq oldi to'qimasi yalig'lanishi, ularda ko'ndalang chiziqlarni hamda deformatsiya paydo bo'lishi; |
| 4 | | Og'iz burchagi yorilishi, og'iz bo'shlig'ida gingivit, angulyar stomatit, shilliq qavat atrofiyasi, glossit, laklangan til, tishlar kariesi va sinishining sodir bo'lishi hamda qizilo'ngach epiteliysi distrofiyasi va shu sababli disfagiya shikoyat qiladi. Qattiq ovqatni yutish qiyinligi. |
| 5 | | Oshqozonda atrofik gastrit va gipoatsid holatning kuzatilishi, duodenit, enterit, kolit qayd etilishi; |

Ob'ektiv: – sideropeniya simptomlari: burun halqumquyi qismlari va qizilo'ngach yuqori qismi epiteliylari shikastlanishi natijasida sideropenik disfagiya (Plummer-Vinson sindromi) kuzatiladi. Shu sababli quruq va qattiq ovqatni yutishi buzilishi, ovqatni qayta chiqishi hamda bu qizilo'ngachni yuqori uchligini og'rihi bilan kechadi. Til epiteliylarini o'zgarishi uning so'rg'ichlarini atrofiyasiga olib keladi shu tufayli til silliq, yaltiroq, bu tilni achishib kuyishi va og'rishiga olib keladi. **Ko'zdan kechirish** - Inspectsio; bolalar o'sishdan orqada qolib, infantilizm rivojlanadi, terisi va shilliq qavatlar rangpar (terini mumsimon oqarishi), terisi quruq va ko'chuvchan, tirnoqlar yupqalashib, yassilashishi, sinuvchan bo'lib qolishi,

shakli o'zgarishi, qoshiqsimon bo'lib qolishi-**koylonixiya** (132 surat), sochlarni oqarishi,



132 surat

Suratda qoshiqsimon tirnoq-koylonixiya

ingichkalashishi, mo'rt bo'ladi va to'kiladi, quruq va sinuvchanligi kuzatiladi, mushaklarni susayishi. **Og'iz bo'shlig'i o'zgarishlari.** Og'iz burchaklari yoriladi, yaralar paydo bo'ladi va og'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlardan angulyar stomatit, gingivit, glossit, til so'rg'ichlari atrofiyasi, tish milklarida yiringli yallig'lanishlar (alveolyar pioreya), tishlarida yaltirash yo'qolib temir preparatlari qabul qilish natijasida qorayadi va destruktiviyaga olib keladi, bu tishlarni tezda shikastlanishiga olib keladi, gastrit, duodenit, kolit paydo bo'ladi.

Palpatsiya - Palpatsio; yurak turtki zarbi maydoni kengayishini aniqlash mumkin. Bolalarda jigar biroz kattalashishi mumkin.

Perkussiya - Percussio; yurak chegaralari kattalashishi mumkin asosan chap qorincha.

Auskultatsiya - Auskultatsio; yurak uchida va o'pka arteriyasida sistolik shovqin eshitiladi, qon tomirlari auskultatsiya qilinganda asosan bo'yin venalarini qonning reologik xususiyatlari pasayganligi tufayli qon oqimi tezlashadi, shu tufayli "bo'richa" shovqini eshitiladi, asosan o'ng tomonda va bu shovqin bo'yinni teskari tomonga burganda kuchayadi.

Laborator: Qonning umumiy tahlili; Gematokrit soni; Zardobdagi temir miqdori; Trombotsitlar sonini aniqlash lozim.

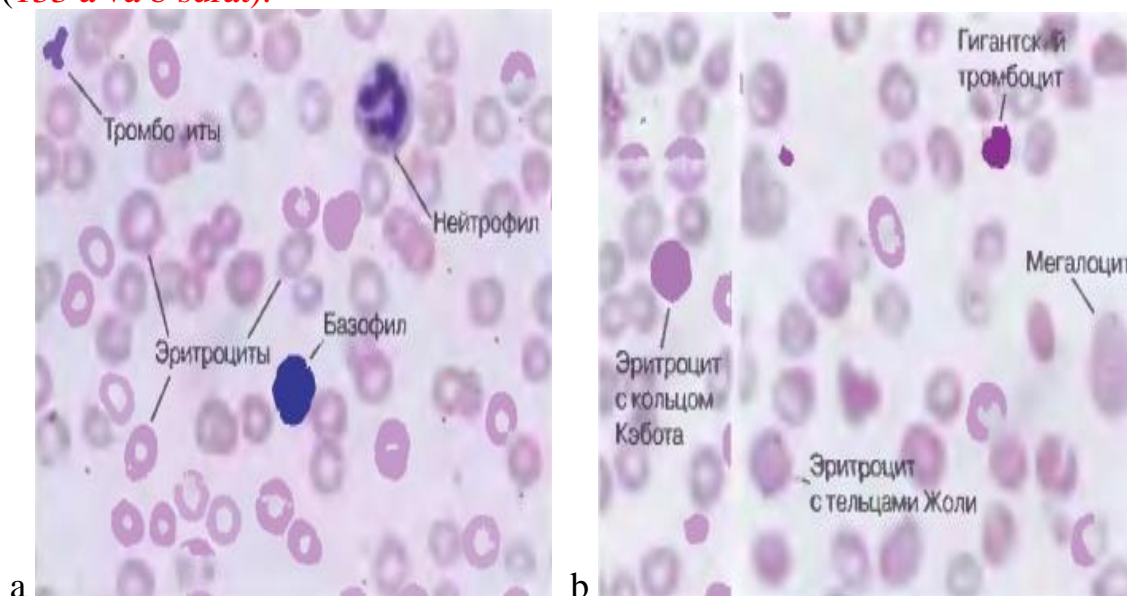
Gemogrammada birinchi navbatda eritrotsitlar va ko'proq gemoglobinning keskin kamayganligi ko'zga tashlanib, qonning rang ko'rsatkichi 0,6 (0,85-1,05 normada) gacha va undan ham kam bo'lishi mumkin. Qon surtmasida gipoxromiya, mikrotsitoz, anizotsitoz, poykilotsitoz kuzatilib, gipoxromiya bilan mikrotsitozning ifodalanish darajasi kasallikning og'ir kechishidan dalolat beradi. Retikulotsitlar soni normaga yaqin bo'lib, qon ketish davrlarida biroz ko'payishi mumkin. Trombotsitopeniya kuzatiladi, nisbiy limfotsitoz, monotsitoz, eozinopeniya kuzatilishi mumkin. Qon zardobida temirning kamayishi 1,5-2,5 marta va transferinni temir moddasiga toyinishi 15 marta kamayadi. Temir saqlovchi fermentlar faolligi pasayishi munosabati bilan me'da va ichaklar shilliq qavatlarida atrofik jarayonlar kechib, axlorgidriya va axiliya ya'ni me'da shirasi ishlab chiqarilishi pasayishi kuzatiladi.

Instrumental: Steril punktsiya; Rentgenologik tekshirishda qizilo'ngach, me'da va ichaklar shilliq qavatlari burmachelari atrofiyaga uchrab tekislanadi, bularni

gastrofibroskopiya o'tkazganda yana aniqroq ko'rishimiz mumkin. Morfologik tekshirish.

Vitamin B12 va folat tanqis anemiyasi

Bu kamqonlikda qon hosil bo'lishini buzilishi vitamin B12 yetishmovchiligi natijasida yizaga keladi va giperxrom va megaloblastik tip kamqonlik hisoblanadi (133 a va b surat).



133 a va b surat

So'rab surishtirish. Addison-Birmer kasalligining klinikasi va qondagi o'zgarishlari asosan retsidiv paytida yaqqol bilinadi va keksa yoshdagi insonlar ko'proq kasallanib, asosan erkaklar orasida ko'p tarqalgan. Kasallik bilinar bilinmas rivojlanadi va boshlang'ich simptomlari holsizlik, tez charchash, til qurishi sezgilarini paydo bo'lishi, dispeptik holatlar bezovta qilib turadi. Yurak urishi (taxikardiya) bezovta qiladi, **palpatsiyada** puls yumshoq va tezlashgan. Yurak chap tomonga siljishi mumkin, **auskultatsiyada** yurak uchida sistolik shovqin, bo'yin venalarida "bo'richa" shovqini eshitiladi. EKGda tishchalar amplitudasi asosan T pasayadi, ST segment izoliniyadan pastga yoki yuqoriga siljishi mumkin. Ba'zan asab sistemasi faoliyati buzilishi bilan kechib, funikulyar miyeloz belgilari namoyon bo'ladi. Addison-Birmer kasalligining xuruji davrida klinikasi triada sindromlar bilan kechadi: bular - anemik, hazm-ichaklar tizimi, nevrologik sindromlardir.

Anemik sindromlarga quyidagilar kiradi: holsizlik, bosh aylanishi, quloqda shovqin, hansirash, kuchlanish vaqtida yurak sohasida sanchiq bo'lib, stenokardiyani eslatadi. Bemorlar ko'zdan kechirilganda terisi va ko'rinib turgan shilliq qavatlar rangpar bo'lib limon sariq tovlanadi, teri osti yog' qavati rivojlangan bo'ladi. Bu toifadagi bemorlarda qon bosimi past bo'ladi, auskultatsiyada sistolik shovqin eshitilib, tomirlarga beriladi. EKGda miokarda diffuz distrofik o'zgarishlar namoyon bo'ladi.

Hazm-ichaklar tizimidagi o'zgarishlar bular tilning achishi, ko'p holatlarda tam sezgisini yo'qolishi, tilning og'rishi, ishtahaning yo'qolishi, epigastral sohada og'riq va noxush holat, ichining suyuq o'tishi bezovta qiladi. Bemorlarni ko'zdan

kechirganda teri qoplami va shilliq qavatlar oqimtir sarg'ish rangdaligini hamda yuzlari shishganligini ko'rish mumkin. **Og'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlar**-tili to'q qizil rangda (malina rangi), yaltiroq, til so'rg'ichlari asosan til uchi hamda yon tomonlarida atrofiyaga uchraganligi tufayli yuzasi silliq (atrofik Gunter glossiti), til uchi va yon tomonlarida og'iz shilliq qavatlari va orqa devori atrofiyaga uchrab tekislanadi, ba'zan og'iz bo'shlig'i shilliq qavatlarida va til uchida, atroflarida yaralar paydo bo'ladi, tishlar kariesga moyil bo'lib, kasallanadi.

Me'da shirasi tekshirilganda gastromukoproteinlar va pepsinning bo'lmasligi hamda axlorgidriya kuzatiladi va bu remissiya davrida ham saqlanadi. Palpatsiyada jigar og'riqli va kattalashgan, yumshoq. Ba'zan taloq ham kattalashadi. Perkussiyada yassi va naysimon (katta boldir) suyaklarda suyak ko'migi giperplaziyasi tufayli og'riq seziladi. Fibrogastroduodenoskopiyada me'da shilliq qavatlari atrofiyaga uchrab, shilliq qavat burmachalarida polipsimon o'zgarishlar bo'lib qalinlashganligini ko'rishimiz mumkin.

Nevrologik sindromlari. Vitamin B12 yetishmovchiligi natijasida orqa miyaning yon-biqin devori (stolblar) shikastlanib distrofik o'zgarishlarga olib keladi va bu **funikulyar miyelozga** olib keladi. Ba'zanda miyada ishemik o'choqlar paydo bo'lib nerv hujayralari yumshayadi. Asosiy klinik simptomi paresteziya, chuqur va vibratsion sezgirligining yo'qolishi, asosan oyoqlarda. Shu tufayli ataksiya kuzatilib, harakat buziladi. Qo'l oyoqlarda holsizlik, parezlar, pay reflekslarini pasayishi yoki yo'qolishi. Shular bilan birga Babinskiy, Rossolimo patologik reflekslari paydo bo'ladi. Xuruj davrida tana harorati ko'tarilishi mumkin.

Bemorlar qoni xuruj vaqtida tekshirilganda asosan eritrotsitlar miqdori kamligi va kam miqdorda ular tarkibida gemoglobinni kontsentratsiyasi ortishi kuzatiladi. Bu kasallikka chalingan bemorlarda qonning rang ko'rsatkichi 1,05 dan baland bo'lib, gipperxromdir. Qonda har xil shaklli va har xil razmerli (anizotsitoz, poykilotsitoz) eritrotsitlar paydo bo'ladi, leykopeniya neytropeniya bilan, eozinopeniya, monotsitopeniya, trombotsitopeniya kuzatilib, EChT oshadi. Retikulotsitlar soni davolanish boshlangandan so'ng oshib ketadi va bu eritropoezni kuchayganligidan dalolat beradi. Qon surtmasida gemoglobinga boy eritrotsitlar ya'ni megalotsitlar, Jolli tanachalari va Kebot halqalarini mikroskop ostida ko'rish mumkin.

Gemolitik anemiyalar

Gemolitik hamqonlikning asosiy belgisi eritrotsitlarning yuqori darajada parchalanishi va ular yashash davrining qisqarishidir. Fiziologik sharoitlarda eritrotsitlarning yashash davri 100-120 kunning tashkil qiladi. Qarib borayotgan eritrotsillar taloq sinuslarida va ilikda sekvestratsiya (o'lik elga aylanish)ga uchraydi (parchalanadi). Eritrotsitlarning fiziologik parchalanishi natijasida hosil bo'lgan bilirubin pigmenti qonda erkin bilirubin holatida aylanib Jigar hujayralariga yetkaziladi. U yerda fermentlar ta'sirida glyukuron kislota bilan birikadi. Hosil bo'lgan bilirubin-glyukuronid (bog'langan bilirubin) jigar hujayralaridan o't yo'llariga o'tadi va o't bilan ichakka ajralib chiqadi.

Gemolitik anemiyalar orasida irsiy turlari bo'lib, eritrotsitlarning chidamligining pasayganligi bilan bog'liqdir. Gemolitik anemiyaning 3 xil turini farqlash mumkin:

1. Parchalanish - gemolizning sababi eritrotsitlarning o'zida bo'lgan anemiyalar; 2. Parchalanishga turli zaharli moddalar sabab bo'ladigan (gemotoksik) anemiyalar; 3. Parchalanish sababi antitanalar bilan bog'liq (autoimmun, immunogemolitik) anemiyalar.

Gemolitik anemiyaning bir turida eritrotsitlarning gemolizi hujayra (makrofaglar) ichida bo'lsa, boshqa turida gemoliz qonning o'zida ham yuzaga kelishi mumkin, bunday hollarda gemoglobinuriya kuzatiladi.

Irsiy gemolitik anemiya

Klassifikatsiyasi. Ular 3 turiga bo'linadi:

Membranopatiya. Bu anemiya asosan eritrotsit membranasidagi oqsilning irsiy defekti tufayli kelib chiqadi. Ushbu anemiyada oqsilning irsiy defekti hamda ATF-aza, fosfolipidlar va xolesterinning yetishmasligi tufayli eritrotsitlar membranasining o'tkazuvchanligi ortib, kaliy-natriy nasosi buziladi. Natijada hujayra ichida natriy va uning ortidan suv to'planadi, hujayra bo'kadi, shakli o'zgaradi (sferik shaklga o'tib qoladi). Bunday eritrotsitlar, ya'ni sferotsitlar o'z shakllarini o'zgartirish qobiliyatiga ega bo'lmaydi, taloqda sinuslardan o'tishi qiyinlashadi, va eritrotsitning bir qismi ajralib qoladi (mikrosferotsit) tiqilib o'tadi va nobud bo'ladi, oxirida taloq makrofaglari tomonidan gemolizga uchraydi, yutib yuboriladi - anemiya yuzaga keladi.

Klinikasi kasallik xuruj qilganda asosan bemorlarni holsizlik, bosh aylanish, tana haroratining ko'tarilishi bezovta qiladi. Kasallikning asosiy belgilaridan biri teri va shilliq qavatlarning sarg'ayishi, uzoq cho'ziluvchan, qiyin davolanadigan yaralarning tizzada payda bo'lishidir. Bu jigarning bilirubinni qay darajada bog'lash xususiyatiga bog'liq bo'ladi. Axlatning rangi sterkobilin ko'pligi tufayli qoramtir-sarg'ish rangda bo'ladi. Bemorlarda rivojlanishni orqada qolishi va yuz skeleti tuzilishini buzulishi "minora bosh" ko'rinishida, tanglayni yuqori turishi, tishlarni rivojlanishi va joylashishini buzulishi, ko'z olmasini torayishi, egarsimon burun kabi o'zgarishlar kuzatiladi. Bemorlarni palpatsiya qilganda taloqning va ba'zanda jigarning kattalashganini aniqlashimiz mumkin. Kasallik qonning to'xtovsiz gemolizi bilan birga kriz bilan kechadi.

Enzimopatiya. Bu turdagi anemiya asosan ressesiv yo'l orqali avloddan avlodga beriladi. Mikrosferotsitar anemiyadan farqi eritrotsitning normal shakli va osmotik reziztentligi normal yoki yuqori bo'lgan eritrotsitlar paydo bo'ladi. Enzimopatiyaga eritrotsitlar membranasida glyukozo-6-fosfatdehidrogenaza, glyutation reduktaza, piruvatkinaza, glyutation peroxidaza fermentlari yetishmasligiga bog'liq anemiyaning misol qilib keltirish mumkin. Bu anemiyada NADF ning NADFH gacha qaytarilishi sekinlashib, oksidlangan glyutationdan, qaytarilgan (tiklangan) glutationning hosil bo'lishi buziladi. Natijada organizmda kechadigan bioximiyoviy jarayonlar borishi bilan birga va turli dorilar ta'sirida hosil bo'ladigan kislorodning faol shakllari (atomaar kislorod) va peroksid birikmalar eritrotsitlarning qobig'ini shikastlab ularni gemolizga uchratadi.

Klinikasi. Og'ir holatlarda bemorlarda tana haroratining ko'tarilishi, holsizlik, orqada umurtqalar atrofida, qorinda og'riq, ko'p miqdorda qusish bilan birgalikda hansirash, yurak urishi bezovta qiladi. Ba'zan bemorlar hushdan ketadilar.

Eritrotsitlarning (gemoglobinning) parchalangan qoldiqlari buyrak kanalchalarida tiqilib qoladi va buyrak yetishmovchiligiga olib keladi. Bemorlarning terisi va ko'rinib turgan shilliq qavatlar sarg'ish rang tovlanib, siydigi rangi qoramtir rangda bo'lib, bu siydikda gemosiderin ajralishi bilan bog'liq. Palpatsiyada taloqning va ba'zanda jigarni kattalashganligini aniqlashimiz mumkin.

Gemoglobinopatiya. O'roqsimon-(yarimoysimon) hujayrali anemiya. Bu anemiya gemoglobinning birlamchi tuzilishida defekt - nuqson borligi tufayli yuzaga keladi. Bemorning qonida HbF aniqlanadi (normada HbA), bunday gemoglobin molekulasidagi Hb ning β zanjirlaridan birida 6-gidrofil glutamin kislotasi o'rnini valin egallaganligi tufayli gemoglobinning gipoksiyaga chidamliligining susayishi anemiyaga sabab bo'ladi.

Talasemiya. Talasemiya gemoglobinning polipeptid zanjirlari sintezining buzilishiga bog'liq bo'lib, α zanjirining sintezi buzilganda α -talasemiya, β zanjirining sintezi buzilganda β -talasemiya yuzaga keladi.

α –talasemiya. Gemoglobin sintezi vaqtida α -zanjir uchun javobgar xromasoma mutatsiyaga uchraydi va Hb ning α -zanjiri sintezi buziladi. Bunda bolalarda Bart Hb va kattalarda HbH sintezlanadi. Bunday gemoglobin saqlovchi eritrotsitlar tez oksidlanadi, elastikligi yo'qoladi, umri qisqa bo'ladi va ular taloqda parchalanib yuboriladi.

β – talasemiya. Hb tarkibidagi globinning β -zanjirida ortiqcha HbA₂ va HbF (Fetal) sintezlanadi va α -zanjiri sintezi vujudga keladi. Bunday eritrotsitlar membranasida kaltsiyga o'tkazuvchanlik oshadi, natijada eritrotsitlarni elastikligi yo'qoladi va fermentlarga sezuvchan bo'lib tez parchalanadi.

Talasemiya eritrotsitlar a'zolaridagi (taloq, jigar va b.) makrofaglarda gemolizga uchraydi. Gemolitik anemiyalarda ko'pincha qondagi eritrotsitlar bilan gemoglobin bir tarzda kamayadi, shuning uchun qonning rang ko'rsatkichi polixromatofill normoblastlar va sideroblastlar soni ko'payadi. Bo'yalgan qon surtmasida poykilotsitoz, gipoxromiya va nishonsimon eritrotsitlarni ko'rish mumkin. Eritrotsitlarning diametri odatdagidan kichik, retikulotsitlar soni ko'payib, qonda normoblastlar ham uchrashi mumkin. Leykotsitlar soni me'yoridan biroz ko'proq bo'ladi.

Klinik kechishiga ko'ra talasemiyaning «kichik» va «katta» deb atalgan turlari bo'lib, «kichigi» geterozigotlarda uchraydi va uning yengil turi hisoblanadi. «Kattasi» og'ir turi gomozigotlarda uchraydi va bolalik davridanoq o'zini namoyon qiladi. Gomozigot β talasemiya (Kuli anemiyasi) chaqaloqlarda, tug'ilgandan 7 oy o'tgach klinik belgilari namoyon bo'la boshlaydi, bu HbF ning HbA ga almashinuv davriga to'g'ri keladi.

Klinikasi. Bunday bolalarda holsizlik, lanjlik, rangparlik, ko'zi oqi va shilliq pardalarda mo'tadil sariqlik kuzatiladi, shular bilan birga gepatosplenomegaliya va qorinning kattalashuvi namoyon bo'ladi. Bunday bolalarda bosh suyagining rivojlanishini buzilishi, uning minorsimon shaklga va yuzining mo'g'lsimon qiyofaga kirishiga olib keladi.

Rentgenologik tekshiruv suyaklarla asosan osteoparoz, naysimon suyaklarni ingichkalashishi, bosh suyagida cho'tkasimon (tipratikan ignachalari) kabi o'zgarishlar kuzatiladi.

Laborator tekshiruvda bemorlar qonida nishon (mishen) li eritrotsitlar, anizotsitoz, paykilotsitoz, ko'pgina eritro va normablastlar hamda retikulotsitoz bo'ladi. Boshqa turdagi gemolitik kamqonliklardan farqli, Kuli kamqonligida eritrotsitlarning osmotik chidamliligi oshadi.

Gomozigot β -talasemiya bilan kasallangan bemorlarda HbF 90% gacha oshgan, HbA1 sintezi kamaygan bo'lib va HbA2 kamayishi mumkin yoki meyorda bo'lib, oshishi ham mumkin.

Oilaviy- irsiy (shajaraviy) tahlil Kuli kamqonligi bo'yicha proband β talasemiya genlarini bir vaqtda ota va onasidan olganligini bildiradi.

Ortirilgan gemolitik anemiya

Klinikasi: Klinik kechishiga ko'ra o'tkir va surunkali autoimmun GA farqlanadi. O'tkir shaklida kasallik kutilmaganda holsizlik, yurak urishi, hansirash, tana harorati ko'tarilishi, teri va shilliq qavatlarining sarg'ayishi bilan boshlanadi. Surunkali shaklida kasallik asta-sekin boshlanib, bemorlarning holatida kamroq o'zgarish kuzatiladi. Bemorlar garchi shikoyat qilmasada, palpatsiyada ularning talog'i va ba'zan jigari kattalashganligini aniqlash mumkin. Kasallik gemolitik kriz bilan kechadi va bu infeksiya hamda sovuq ta'sirida yuzaga keladi. Kasallikning o'tkir shaklida lekotsitoz leykotsitar formulaning chapga siljishi bilan miyelotsitlargacha. Surunkali shaklida garchi leykotsitlar soni normada bo'lsa ham EChT yuqori bo'ladi. Suyak ko'migida giperplaziya kuzatiladi. Qonda bog'lanmagan bilirubin miqdori oshadi, najas bilan sterkobilin ajralishi ko'payadi.

Paroksizmal kechqurungi gemoglobinuriya va doimiy gemosiderinuriya bilan kechadigan GA (Markiafav – Mikel kasalligi)

Birinchi bo'lib Markiafav – Mikel (1928 y) tomonidan bir vaqtda aniqlangan kasallik bo'lib, ortirilgan GA turiga kiradi va doimiy tomir ichidagi gemoliz bilan kechib, siydik orqali gemosiderin ajralib chiqadi. Har 1:500000 aholiga uchrab, bolalar va kattalar (30-40 yoshda) kasallanadilar.

Klinikasi. Bemorlar asosan holsizlikka, bosh aylanishiga, tez charchash, hansirashga, yurak urishiga shikoyat qiladilar. Kriz vaqtida qorinda og'riq bo'lishi xarakterli, bu mezenterial tomirlarni trombozi bilan bog'liqdir. Ba'zanda periferik tomirlarda ham tromboz kuzatiladi (qo'l, oyoq, miya, taloq, buyrak). Kriz vaqtida tana harorati ham ko'tarilishi mumkin. Siydikning rangi tarkibida gemosiderin va gemoglobin borligi tufayli to'q rangli bo'ladi. Gemoglobinuriya ba'zanda kechqurunga yuzaga keladi shu tufayli kechqurungi paroksizmal gemoglobinuriya deyiladi. Bu kechqurunda atsidoz va properdinni faollashuvi bilan bog'liqdir. Bu kasallik uchun eng xarakterlisi hemoglobinuriyadir.

Kechqurungi paroksizmal gemoglobinuriya diagnostikasida asos bo'ladigan omillar quyidagilardir:

1. Retikulotsitoz va gipoxromiya.
2. Neytropeniya va trombositopeniya

3. Qon plazmasida bog'lanmagan bilirubin miqdori oshishi va gemoglobinuriya, gemosiderinuriya mavjudligi.

4. Xem (Gem) (kislotali) va saxaroz usuli musbatligi.

5. Kumbs usuli manfiyligi.

Asosiy zomonaviy tashxis usullari bu eritrotsit va trombositlarda CD55 va CD59 ekspressiyasining tsitoflyuorimetriyasi usulida aniqlanganda bo'lmasligidir.

Aplastik anemiya

Aplastik yoki gipoplastik anemiyada qon yaratuvchi to'qimalarda (suyak ko'migi) bo'linuvchi hujayralar faoliyatining pasayishi, pantsitopeniya, ya'ni qon hujairalarining hamma turlarining kamayishi kuzatiladi. Bu kasallikning asosida hujayralar proliferatsiyasi va differentsiatsiyasini buzilishi yotadi. Gipoplastik anemiyaga qaraganda, aplastik anemiyada qon ishlab chiqarilishi chuqurroq buziladi.

Klinika. Bemorlarni asosan holsizlik, tez charchash, hansirash, yurak urishi bezovta qilib, o'tkir va o'tkir osti kechishida burundan, milklardan qon ketishi, ayollarda hayz tsiklini uzayishi va kopayishi, tana harorati oshishi bezovta qiladi.

Bemorlarni ko'zdan kechirganda terilari rangpar, limon rangiga tovlanadi va sariq rang tus oladi. Aplastik yoki gipoplastik anemiyada gemoragik sindromlar rivojlanadi-petexiyalar, ekximozlar, teri osti qon quyilishlari va gematomalar asosan in'ektsiya joylarida paydo bo'ladi. Shuning uchun bu bemorlarda jgut simptomi musbat bo'ladi. Bemorlarda ba'zan og'iz bo'shlig'i shilliq qavatlarida, ko'zning to'r pardasida, ba'zan miyada qon quyilishi mumkin. Qon bosimi pasayadi. Auskultatsiyada hamma nuqtada sistolik shovqin eshitiladi va bu shovqinlar katta qon tomirlariga beriladi.

Laborator o'zgarishlar. Qon surtmalarida esa normotsitoz, normaxromiya kuzatiladi. Kasallik leykopeniya bilan kechadi va organizmning o'zini turli biologik omillardan himoya qilish qobiliyati pasayadi. Bu anemiyaning o'ziga xos ko'rinishlaridan biri trombositlar sonining kam bo'lishi va shu tufayli qon ivishining buzilishi, qon ketishidir. Suyak ko'migi punktsiya qilinganida yadro saqlovchi hujayralarni kamayishi, eritroid, myeloid, megakariotsitar hujayra rivojlanishini tormozlanishi kuzatiladi. Bu tur anemiyada suyak ko'migi butunlay yog' hujayralar bilan almashadi.

O'tkir postgemoragik anemiya

O'tkir postgemorragik anemiya turli sabablarga ko'ra yuzaga keladi. Bular quyidagilardir: travmalar, shikastlanishlar, operatsiyalar, tomirlarning kesilishi, homiladorlikdagi (tug'ruqdan keyin yo'ldosh ko'chmasligi, (Shixan sindromi-quyiga qaranq)) patologik holatlarda, bachadon nayida homila rivojlanishida va h.k.

Shixan sindromi - bu gipofizning tug'ruqdan keying nekrozidir. Bu holat tug'ruqdan keyin juda ko'p o'tkir qon yo'qotilishi natijasida yuzaga keluvchi asorat bo'lib, arterial gipotoniya rivojlanishi bilan kechadi. Buning sababi homiladorlik vaqtida gipofizning hajmi kattalashadi, ammo qon bilan taminlanish oldingi darajada qoladi. Tug'ruqdan keying o'tkir qon yo'qotilishlar va arterial gipotoniya gipofizni qon bilan taminlanishini kamaytirib yuboradi va gipoksiya va nekroz rivojlanishiga olib keladi.

Klinikasi o'tkir qon yo'qotilgandan so'ng bemorlarda holsizlik, bosh aylanishi, ko'z oldi qorong'ulashishi, ko'ngil aynishi, qusish, qulog'ida shovqin, yurak urishi, ko'z oldida sharpalar uchib yurishi hisi bezovta qiladi. Bemorlar ichki a'zolaridan qon ketganida qon qusish (qizilo'gachdan ketsa toza qon va Me'dadan ketsa kofesimon qusuq massasi), najas bilan qon ketishi (melena, qoramtir Me'da va ingichka ichakdan va toza yoki ivigan qon yo'g'on ichakdan qon ketganda) kabi o'zgarishlar vujudga keladi. Ba'zanda ichki a'zolaridan qon ketishini aniqlash qiyin bo'ladi, qachonki bo'shliqlarda qon ketsa. Bularga bo'shliqlarga qon ketishi misol bo'ladi, plevra bo'shlig'i (gemotorax), ichki a'zolar travmasida qorin bo'shlig'ida, (jigar, taloq yorilishi tufayli) qon ketsa va h.k.

Bemorlarni ko'zdan kechirganda teri va ko'rnib turgan shilliq qavatlar rangpar, terisi sovuq ter bilan qoplangan, nafas olishi tezlashgan, yuzaki, puls tezlashgan, ipsimon, yumshoq, qon bosimi ham sistolik ham diastolik bosim tushadi.

Auskultatsiya. Yurak auskultatsiya qilinganda tonlar tezlashgan, funktsional shovqin va I tonni kuchayganligini eshitishimiz mumkin. Qon tomirlari auskultatsiya qilinganda asosan bo'yin venalarini qonning reologik xususiyatlari pasayganligi tufayli qon oqimi tezlashadi, shu tufayli "Bo'richa" shovqini eshitiladi, asosan o'ng tomonda va bu shovqin bo'yinni teskari tomonga burganda kuchayadi.

Qon yo'qotilgandan so'ng 24-48 soat davomida gemogrammada deyarli ko'zga tashlanuvchi o'zgarishlar kuzatilmaydi. Bunda qonning faqat umumiy hajmi kamayib, uning o'lchov birligida eritrotsitlar soni, gemoglobin miqdori, rang ko'rsatkichi va gematokrit ko'rsatkichi normada bo'lishi mumkin. Mikroskop bilan qon surtmasi tekshirilganda normotsitoz, normoxromiya kuzatiladi. Keyinchalik (1-2 kun o'tgach) yo'qotilgan qon hajmi o'rni to'qimalardan o'tuvchi suyuqlik hisobiga to'ldirilib, qon suyuladi, uning o'lchov birligida eritrotsitlar va gemoglobin miqdori kamayadi, lekin qonning rang ko'rsatkichi o'zgarmaydi. 3-4 kundan so'ng qonda retikulotsitlar soni orta borib, ularning ko'payish cho'qqisi haftaning oxirgi kunlariga to'g'ri keladi va bunda yadroli eritrotsitlar ham paydo bo'lishi mumkin. Endi yosh eritrotsitlar hisobiga qonning rang ko'rsatkichi biroz kamayadi. Suyak ko'migi qiltomirlarga nihoyatda boy to'qima bo'lib, ular sfinkterlar bilan ta'minlangandir. Eritropoez ma'lum muddatda davom etib, eritrotsitlar voyaga yetguncha qiltomirlar sfinkteri berk bo'ladi. Eritrotsitlar yetilgan vaqtda sfinkterlar bo'shshib hujayralar umumiy qon oqimiga o'tadi. Regeneratsiya kuchayganda ko'mikda doimo yosh hujayralar bo'lgani tufayli qiltomir sfinkterining bo'shshishi hujayralarning ham yetilmagan davriga to'g'ri kelib, hujayralar qonga o'tadi. Demak, o'tkir postgemorragik anemiya giperregenerator anemiya hisoblanadi. Bunda eritropoez bilan birga leykopoez ham kuchayadi (neytrofiliya). Trombopoez ham kuchayishi mumkin.

Bu turdagi anemiyada tez va sekin kompensator mexanizmlar ishga tushadi. Bular quyidagilardir; - birinchi kunlari-Yurak faoliyatini tezlashishi; Nafas olishni tezlashishi; Qon tomirlarni torayishi; Depoga to'xtagan qonning qon tomiriga otib ishga tushishi; To'qima oraliq'i suyuqligining qon tomiriga o'tishi;

- 3-4 kun o'tgandan so'ng; Qon ivishini kuchayishi; Suyak ko'migida qon ishlab chiqarilishini (eritropoezni) kuchayishi kuzatiladi.

Surunkali postgemorragik anemiya

Surunkali postgemorragik anemiya turli surunkali (masalan, me'dava12 barmoq ichak yaralari, bavoasil, ayollarda qon ketish bilan kechadigan kasalliklar, gemofiliya, Me'da-ichaklar, o'pka, buyrak va boshqa a'zolar o'smalarini parchalanisn bosqichida, bronxoektazda, gemorragik diatezlar va b.q.) kam miqdorda uzoq muddat qon ketishi bilan kuzatiladigan kasalliklarda kuzatiladi.

Klinikasi surunkali qon yo'qotilgandan so'ng bemorlarda holsizlik, bosh aylanishi, ko'z oldi qorong'ulashishi, ko'ngil aynishi, qusish, qulog'ida shovqin, yurak urishi, ko'z oldida sharpalar uchib yurishi hisi bezovta qiladi. Bemorlar najas bilan qon ketishi (melena, qoramtir Me'da va ingichka ichakdan va toza yoki ivigan qon yo'g'on ichakdan qon ketganda) kabi o'zgarishlar vujudga keladi.

Bemorlarni ko'zdan kechirganda teri va ko'rnib turgan shilliq qavatlar rangpar, terisi nam, ter bilan qoplangan, nafas olishi tezlashgan, yuzaki, puls tezlashgan, ipsimon, yumshoq, qon bosimi ham sistolik ham diastolik bosim pasayadi.

Auskultatsiya. Yurak auskultatsiya qilinganda tonlar tezlashgan, funktsional shovqin va I tonni kuchayganligini eshitishimiz mumkin. Qon tomirlari auskultatsiya qilinganda asosan bo'yin venalarini qonning reologik xususiyatlari pasayganligi tufayli qon oqimi tezlashadi, shu tufayli "Bo'richa" shovqini eshitiladi, asosan o'ng tomonda va bu shovqin bo'yinni teskari tomonga burganda kuchayadi.

Qon surtmasida gipoxromiya, poykilotsitoz, anizotsitoz, mikrotsitoz ko'riladi. Trombotsitlar soni me'yoridan biroz kam bo'ladi. Leykotsitlar soni kam yoki nisbiy leykotsitoz kuzatiladi. Qon yo'qotilgan vaqtlarda biroz retikulotsitoz, leykotsitoz (vaqtincha) kuzatilishi mumkin. Qon oqishi tufayli yuzaga keladigan surunkali kamqonlikda oq qon bir muncha kam o'zgaradi: regenerator fazada leykotsitlar sal ko'payadi ham (chapga suriladi), giporegenerator fazada, keyingi davrda leykotsitlar miqdori biroz kamayadi (o'ngga suriladi). Qon oqqanda keyin yuzaga keladigan kamqonlik prognozi uni keltirib chiqargan sabablarga bog'liq. Agar bu sabablarni bartaraf qilib bo'lmasa, kamqonlik og'irlashib boradi va aplastik formaga o'tadi. Agar bu sabablari bartaraf qilish mumkin bo'lsa, ko'mik vaqt o'tishi bilan asli holiga kelishi, kamqonlik esa yo'qolib ketishi mumkin.

Amaliy mashg'ulot №14

Laborator mashg'ulot: qonni tekshirish. Umumiy qon analizini klinik ahamiyati. Kamqonliklar simptomatologiyasi (temir yetishmovchilik, postgemorragik, gemolitik).

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

| | |
|---------------------------|--|
| Mashg'ulot vaqti – 4 soat | Studentlar soni: 10 dan 12 gacha |
| Mashg'ulot formasi | Amaliy mashg'ulot |
| Amaliy mashg'ulot rejasi | Laborator mashg'ulot: qonni tekshirish. Umumiy qon analizini klinik ahamiyati. Kamqonliklar simptomatologiyasi (temir yetishmovchilik, postgemorragik, gemolitik). |

| | |
|----------------------------|---|
| Amaliy mashg'ulot maqsadi: | Laborator mashg'ulot: qonni tekshirish haqida tushuncha hosil qilish. Kamqonliklar simptomatologiyasi (temir yetishmovchilik, postgemorragik, gemolitik). |
| O'qitish uslubi | So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma. |
| O'qitish formasi | Kichik podgruppalarida. |
| O'qitish jihozlari | O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter. |
| O'qitish holati | Metodik jihozlangan auditoriya. |
| Monitoring va baholash | Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala. |

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

| Ish bosqichlari va vaqti. | Ta'lim beruvchi | Ta'lim oluvchilar |
|---|--|---|
| Tayyorlov bosqichi | 34. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 35. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 36. Davomatni nazorat qiladi | |
| 1.O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa) | 1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | |
| 2 – asosiy bosqich (160 daqiqa) | 1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi | Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar |
| 3-yakuniy bosqich (10 daqiqa) | 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi | Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi |

3.Talabalarining nazariy bilimlarini baholash:

A)Frontal usuli:

20. Qonning umumiy tahlili nimani bildiradi
21. Qonning umumiy tahlili diagnostik ahamiyati
22. Qon olish texnikasi
23. Gemoglobinni aniqlash texnikasi

24. Qon shakliy elementlarini hisoblash
 25. Eritrotsitlar cho'kish tezligini aniqlash
 26. Leykotsitar formula nima
 27. Qon umumiy tezligini normadagi ko'rsatkichlari
 28. Qon yaratish organlarini punktsiya qilish
 29. Gemolizni baholash
 30. Kamqonlik to'g'risida tushuncha
 31. Anemiyaning ko'rinishlari
 32. Postgemorragik anemiya, klinik ko'rinishi
 33. Temir etishmovchiligi animiyasiga xarakteristika bering
 34. Temir etishmovchiligi animiyasini kelib chiqish sabablari
 35. Temir etishmovchiligi animiyasini klinik ko'rinishi
 36. Temir etishmovchiligi animiyasida qon tahlilidagi o'zgarishlar
 37. V12 (foli kislota) etishmovchiligi anemiyasi etiopatogenezi
 38. V12 (foli kislota) etishmovchiligi anemiyali bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish
- Anemiyalarda qonning laborator diagnostikasi

“Uch pog'onali intervyu” usuli

Har bir gruppada uchta talaba tanlab olinib, ular orasida “vrach”, “bemor” va “ekspert-UASh” rollari bo'linib beriladi. Bemor rolini tanlagan talabaga anonimno diagnozi aytiladi, va u shu diagnozga taaluqli shikoyatlar bildiradi, vrach diagnoz qo'yadi, ekspert UASh shiloyatlar va diagnoz mutanosubligini tekshiradi. Har bir guruh 10-15 daqiqa davomida konsultatsiya qilinadi, ekspert vrach faoliyatini 3 punk bo'yicha tekshiradi:

10. Nima to'g'ri qilindi
 11. Nima noto'g'ri qilindi
 12. Qanday qilish kerak
- Guruh konsultatsiyasi xulosasini ekspert xulosasi bilan taqqoslaydilar.

Boshqa xil turi: talabalar ekspert rovida poliklinikada, haqiqiy konsultatsiyada ishtirok etib, butun guruh bilan analiz qilinadi.

Mavzu bayoni

Qon yaratish tizimi kasalliklari

Qon yaratish tizimi kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni tekshirish sxemasi

1. Sub'ektiv tekshirish usullari

- a. Asosiy va qo'shimcha shikoyatlari yig'iladi.
- b. Kasallik tarixi yig'iladi.
- v. Hayot anamnezi yig'iladi.

2. Ob'ektiv tekshirish usullari

- a. Ko'zdan kechirish.
- b. Palpatsiya.
- v. Perkussiya.
- g. Auskultatsiya

3. Laborator tekshirish usullari

- a. Umumiy qon tahlili.
- b. Qonda eritrotsitlar miqdori aniqlanadi.
- v. Qonda gemoglobin miqdori aniqlanadi.

- g. Qonda leykotsitlar miqdori leykoformula bilan aniqlanadi.
- d. Qonda EChT aniqlanadi.
- e. Qon ivish vaqti aniqlanadi.
- j. Siydik tahlili

4. Morfologik tekshirish usullari.

- a. Suyak ko'migi punktati.
- b. Jigar va taloq punktati.

5. Instrumental tekshirish usullari.

- a. Rentgenologik tekshirish.
- b. Radioizotop tekshirish usuli
- v. Ultratovush tekshiruv.
- g. Kompyuterli tomografiya

Qon tizimi kasalliklari bilan bemorlarni so'rab surishtirish

Qon yaratish tizimi xastaliklarida bemorlarning shikoyatlari xilma-xil bo'lib, umumiy xarakterda bo'ladi. Bular: holsizlik, tez charchash, uyquchanlik, bosh og'rig'i, bosh aylanishi, jismoniy ish qilganda hansirab qolish, yurakning tez-tez urishi, ko'z oldi qorong'ulashib, ba'zan hushdan ketish va boshqalar. Bunday shikoyatlar ko'pincha turli sabablarga ko'ra kelib chiqqan kamqonlik (anemiya) da, leykoz, mieloid gipoplaziya kasalliklarida kuzatiladi. Bundan tashqari, tilda og'riq sezgilari, til uchi va chetlarining achishishi-kamqonlik kasalligining ilk belgisi bo'lishi mumkin. Nekrotik angina, stomatit, milklarning qonashi- leykoz va agranulotsitoz uchun xarakterlidir.

O'tkir leykozda bemorlar yutinganda tomoqda og'riq sezadilar.

Ko'pgina qon kasalliklarida bemorlar ishtaha bo'lmaganligi natijasida juda ozib ketadilar, hatto kaxeksiya holatiga borib yetadilar. Bunday holat ayniqsa surunkali leykoz, xavfli limfomalarda qayd etiladi. Temir yetishmovchiligi natijasida kelib chiquvchi anemiyalarda (xlorozlar) ko'pincha tam bilish buziladi. Bemorlarda sog'lom odam iste'mol qilmaydigan narsalar, ya'ni ko'mir, loy, bo'r, ohak va boshqalarni yeyishga moyillik paydo bo'ladi, hid bilish buzilishi kuzatiladi, bemorlar o'tkir hidli benzin, efir, kerosin va shunga o'xshash narsalarning hidini yoqtiradilar.

Kasallik tarixi. Bemorlarni so'rab-surishtirganda undan uning kasallik boshlanmasdan oldingi ahvoli (quvvatsizlik, isitmalash, turli qon ketishlar) va bemorning fikricha kasallikning yuzaga kelishiga sabab bo'lgan omil yoki holat (nurlanish, qon ketish, hayz tsiklining holati, gijja kasalligi bor yo'qligi, ovqatlanish tartibi, homiladorligi va uning soni, homiladorlik intervali, me'da ichak tizimi yallig'lanish kasalliklari bilan kasallanganligi va b.), kasallikning har bir belgisi boshlangan vaqt, shu belgilarning yo'qolib ketishi yoki avj olishining xarakteri haqida so'rash lozim. Kasallik boshlanmasdan oldin bemorning qoni tekshirilganligi, agar tekshirilgan bo'lsa, qanday o'zgarishlar bo'lganligi, bemor boshqa kasalliklar sababli qanday dori-darmonlarni (qonga ta'sir qiluvchi) qachon va qancha miqdorda qabul qilganligini aniqlash lozim. Agar bemor qon kasalligi

tufayli davolangan bo'lsa, qanday dori-darmonlar qabul qilgani va ularning samaradorligi haqidagi ma'lumotlar ham tashxisni aniqlashda muhimdir.

Bemorning hayot anamnezi. Qon sistemasi kasalliklariga chalingan bemor hayot anamnezini so'rab-surishtirganda bir qancha narsalarga e'tibor berilishi kerak. Avvalo bemorning hayot tarzi, bolalikdagi va hozirgi yashash sharoiti, ovqatlanish tartibi, sifati, ish joyidagi zararli omillar (fenilgidrazin) ning ta'siri haqida undan so'raladi. Bundan tashqari, ota-onasi, qarindosh-urug'larining sog'ligi, ya'ni ularda qon kasalliklari bo'lgan-bo'lmaganligi, bemorning hayoti davomida boshidan kechirgan kasalliklari surishtiriladi. Ba'zi kasalliklarda sekin-asta yoki ko'p miqdorda qon ketishi natijasida, me'da shilliq qavatining atrofiyasida va uning bir qismi rezeksiya qilinganda temir, vitamin B12 ning so'rilishi buzilishi tufayli kamqonlik yuzaga kelishi mumkin. Jigar va buyrakning surunkali kasalliklari, sistemali kasalliklar ham anemiyaga sabab bo'lishi mumkin. Turli surunkali kasalliklarni davolashda ishlatiladigan ba'zi dori-darmonlar suyak ko'migi faoliyatini susaytiradi. Xuddi shunday radiatsiya bilan ishlash yoki radiatsion zonalarda uzoq vaqt bo'lish ham suyak ko'migi faoliyatini susaytiradi.

Qon tizimi kasalliklari bilan bemorlarni ob'ektiv tekshirish usullari

Bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish. Qon sistemasi kasalliklariga chalingan bemorlarning umumiy ahvoli kasallikning turiga va davriga qarab yengil, o'rtacha va og'ir bo'lishi mumkin. Bemorlar anemiyalarning oxirgi davrlarida, mieloid aplaziya va leykozlarning tez rivojlanuvchi turlarida og'ir ahvolda bo'ladilar. Bunday hollarda ularning hushlari ham chalg'igan bo'ladi.

Qonda eritrotsitlar va gemoglobin kamayishi natijasida teri va shilliq pardalar rangpar bo'ladi. Surunkali kamqonlikda rangparliklar sekin-asta rivojlansa, o'tkir kamqonlikda birdan paydo bo'ladi va bu ko'pincha qon ketayotganining asosiy belgisi hisoblanadi. Kamqonlik turiga qarab, rangparlik ham turlicha bo'ladi. Masalan, vitamin B12 yetishmovchiligidan kelib chiqqan Addison-Birmer kamqonligida bemorlar terisi oqimtir -sarg'ish bo'ladi, ya'ni teri sariq tusga kiradi, ko'z oq pardasi ham sarg'ayadi. Temir yetishmovchiligidan yuzaga kelgan anemiyada, ayniqsa, yuvenil xlorozda teri rangi yashilsimon bo'lib oqaradi, ba'zan «alebastr» rangini eslatadi. Gemolitik anemiyalarda terining rangi sariq bo'ladi. Terining rangini aniqlash qiyin bo'lgan vaqtlarda ko'z va milklarning rangini ko'rish lozim. Surunkali leykozlarda teri rangi kulrang bo'ladi.

Og'iz bo'shlig'ini ko'zdan kechirish ham diagnostik ahamiyatga ega. Vitamin B12 yetishmovchiligi natijasida yuzaga kelgan anemiyada bemor tilining so'rg'ichlari tekislangan, yaltiroq, to'q qizil rangda bo'ladi.

Limfa tugunlari va taloq palpatsiyasi. Qon sistemasi kasalliklarida limfa tugunlar, jigar, taloq va suyaklarni palpatsiya yo'li bilan tekshiriladi. Periferik limfa tugunlarini navbatma-navbat ikki qo'llab paypaslab, avval bo'yin, undan keyin o'mrov osti, qo'ltiq osti, chov sohasidagi limfa tugunlari paypaslab ko'riladi. Ularning elastikligi, harakatchanligi, yuzasi silliqligi yoki notekisligi aniqlanadi. Limfoleykoz, limfogranulematoz va limfosarkoma kasalligida limfa tugunlari ayniqsa kattalashib ketadi. Odatda avval bemor tanasining bir joyidagi limfa

tugunlari va sekin-asta boshqa guruh tugunlari ham kattalashadi. Bunda faqat yuza limfa tugunlarigina emas, balki chuqur joylashgan tugunlar ham kattalashadi.

Leykoz, limfoma kasalliklarida ular qattiq, og'riqsiz, atrofidagi to'qimalar bilan bitishmagan bo'ladi va hech qachon yiringlab oqmaydi. Limfoleykozda ular xamirsimon elastik konsistentsiyaga ega bo'ladi. Faqat limfogranulematoz, ayniqsa limfosarkoma kasalligida limfa tugunlari kattalashib, bir-biri bilan bitishib, katta-katta konglomeratlar hosil qiladi. Ko'pgina qon kasalliklarida taloq kattalashadi. Verl-Goff kasalligida, Addison-Birmer kamqonligida, limfogranulematozda taloq biroz kattalashadi. Faqat gemolitik anemiya va surunkali mieloid leykozlarda taloq juda katta, qattiq konsistentsiyaga ega bo'ladi, ba'zan butun qorin bo'shlig'ining chap qismini egallab, o'ngga hamda kichik chanoqqa ham yetishi mumkin. Uning qirralari yumaloqlashib, usti silliq bo'ladi.

Taloqni palpatsiya qilish uchun bemor chalqancha yoki o'ng yonboshida yotadi. Tekshiruvchi shifokor esa bemorning o'ng tomonida o'tiradi va chap qo'li bilan bemorning ko'krak qafasini biroz bosib turadi. Bu bilan nafas harakatlari cheklanadi. O'ng qo'lning birlashtirilgan va biroz egilgan barmoqlarini chap qovurg'a yoyi ostiga qo'yadi. Agar taloq ancha kattalashgan bo'lsa, unda qo'lini uning perkussiya yo'li bilan topilgan pastki qirrasidan sal pastroqqa qo'yadi. Bemor asta-sekin nafas chiqarganda o'ng qo'lini ichkariga, qovurg'a yoyi tagiga kiritib boradi va bemorga chuqur nafas olishni tayinlaydi. Agar taloq kattalashgan bo'lsa, pastga harakatlanadi va qo'lga urilib, uning ustidan sirpanib o'tadi. Paypaslash vaqtida taloqning qattiq yoki yumshoqligiga, og'riqliligiga, harakatchanligiga, ustki chetida uyiqcha bor-yo'qligiga etibor beriladi. Kattalashgan taloq ko'pincha og'rimaydi. Faqat taloq venasi trombozida, perisplenitda bemor chap qovurg'a yoyi ostida qattiq og'riq sezishi mumkin. Qon kasalliklaridan tashqari, taloq bir qancha yuqumli kasalliklarda, jigar tsirrozida kattalashadi. Qon sistemasi kasalliklarini aniqlashda yassi suyaklarni hamda naysimon suyaklar epifizini paypaslashda, bu kasalliklarda ko'mikning kuchli giperplaziyasi natijasida, ular og'riqli bo'ladi.

Perkussiya. Taloq-chap qovurg'a ostida Me'daning yuqori qismi tashqarisida, diafragma ostida joylashgan bo'lib, nafas olish aktida harakatlanadi. Uning proektsiyasi ko'krak qafasining chap yon yuzasida IX-XI (bazi adabiyotlarda IX-X) qovurg'alar orasida joylashgan. Qon sistemasi kasalliklarida taloqning o'lchamlarini aniqlash uchun perkussiya usuli qo'llaniladi. Buning uchun bemor yotgan yoki tik turgan holatda bo'ladi va juda sekin perkussiya qilinadi, chunki taloq havo saqlovchi a'zolar bilan o'ralgan va o'zi ham ancha yupqa bo'ladi. Perkussiyani aniq perkutor tovushdan bo'g'iq tovushgacha, juda sekin perkutor zarba bilan bajariladi.

Taloqning uzunasiga ketgan o'lchamini aniqlash uchun X qovurg'a ustidan ikki tomondan perkussiya qilib boriladi va u sog'lom odamda 6-8 sm ga teng bo'ladi, ko'ndalang o'lchamini topish uchun liniya kostoartikularis sinistra chizig'idan 4 sm lateralroq chiziq bo'ylab perkussiya qilinadi va u 4-6 sm ga teng bo'ladi. Taloqning ko'ndalang o'lchamini bo'g'igiligi chap tomonda IX-X qovurg'alar oralig'iga to'g'ri keladi.

Kurlov bo'yicha perkutor razmerini aniqlash. Birinchi taloqni yuqori va pastki chegarasi aniqlanadi, keyin uning orqa va old cheti aniqlanadi. Perkussiya

o'tkazish tartibi bemor on'g yonboshda yotadi yoki turgan holatda bo'lishi kerak. Plessimetr barmoq tekshiriluvchi zonada paralel ravishda qo'yiladi. Perkussiya yuqoridan pastga otkazilganda o'pka tovushi yoki Travbe maydonidagi timpanik tovushdan bo'g'iq tovushgacha perkussiya qilinib, plessimetr barmoqni tashqarisidan aniq tovush tomonidan (timpanik tovush tomonidan) belgilanadi. Perkutor zarb sust va sekin bo'lishi kerak. Taloq razmeri meyorida bo'lganda bo'g'iqroq perkutor tovush beradi, chunki Me'daning havo shari va Traube maydoni hamda ingichka va chambar ichak gazlari yaqin joylashgan. Taloqning yuqori chegarasini aniqlash uchun plessimetr barmoqni ko'ndalang yo'nalish bo'yicha, ko'krak qafasini chap yon bosh yuza V qovurg'a sathida qoyiladi. Qovurg'alar yoki qovurg'alar oralig'i bo'yicha barmoqni ko'ndalang holatini saqlagan holda bo'g'iqroq perkutor tovush eshitguncha chap yonbosh suyak qanotigacha perkussiya qilib boriladi. Bo'g'iqroq perkutor tovush eshitilgan joy taloqni yuqori chegarasi hisoblanadi, meyorida IX qovurg'ada yotadi. Dermograf yoki chap qo'l beshinchi barmoq bilan bu nuqtani belgilab olib, plessimetr barmoqni chap yonbosh suyagi qanoti bo'ylab joylashtirib va o'rta qo'litiq osti chizig'i bo'ylab qarama-qarshi tomonga perkussiya qilinib boriladi (pastdan yuqoriga qarab). Timpanik tovushni bo'g'iq tovushga o'tishi demak taloqni pastki chegarasi hisoblanadi va bu normada XI qovurg'aga to'g'ri keladi. Taloq kengligini topish uchun yuqori va pastki chegara oralig'i o'lchanadi, bu meyorida 4-7 smni tashkil qiladi.

Taloqni orqa chetini aniqlash uchun chap X qovurg'ani paypaslab topib, umurtqaga birikish joyini topish kerak. Keyin barmoq plessimetrni chap umurtqa oldi chizig'iga joylashtiriladi, bunda barmoqning o'rta falangasi (o'rta suyagi) X qovurg'aga perpendikulyar bo'lishi lozim. Barmoq plessimetrni shunday holatini saqlab, X qovurg'a bo'ylab taloq tomon timpanik tovushdan bo'g'iqroq tovushgacha perkussiya qilinadi. Bu taloqning orqa cheti hisoblanadi va dermatograf bilan belgilanadi. Meyorda taloqning orqa cheti chap kurak chizig'idan tashqariga chiqmaydi.

Taloqni oldingi cheti chegarasini aniqlash uchun plessimetr barmoqni qorinni oldingi chizig'i bo'ylab shunday joylashtirish kerakki, bunda barmoq o'rta falangasi kindik chizig'iga perpendikulyar bo'lishi kerak. Taloq tomon perkussiya qilib boriladi, kindik va chap X qovurg'a kesishish nuqtasidan chap qo'litiq osti chizig'igacha boriladi. Timpanik tovushni bog'iqroq tovushga o'tishi, taloqni old cheti chegarasi hisoblanadi. Meyorda bu old qo'litiq osti chizig'idan tashqariga chiqmaydi. Keyin taloqni oldingi va orqa chegaralari oralig'i o'lchanadi, va bu 6-8 smni tashkil qiladi. Taloq haddan ziyod kattalashsa old chegarasi qovurg'a yoyidan tashqariga chiqadi. Bu holatda tashqariga chiqqan qismi o'lchanadi. Taloqni Kurlov bo'yicha aniqlangan chegarasi kasallik tarixiga kasr chizig'i bo'yicha kiritiladi.

6 x 17/9cm

Bu yerda butun (6) sonlar taloqning qovurg'a yoyidan chiqqan qismi.

Surat (17) bo'g'iqlik uzunligi. Maxraj (9) bo'g'iqlik kengligi .

Taloqni kattalashganligini yana bir oddiy usul bilan aniqlash mumkin. Agar perkussiya vaqtida bemor holati o'ng yonboshga bo'lsa, X qovurg'ani chap o'rta

qo'ltiq osti chizig'i bilan kesishish joyida xuddi jigarni kattaligicha bo'g'iqlik tovushi aniqlansa, demak taloq juda kattalashgan (Ragoza simptomi).

Taloqning kattalashuvi qator kasalliklarni asosiy diagnostik belgilaridan biridir. Jigar, taloq va limfa tugunlarni birdaniga kattalashuvi bazi bir o'tkir va surunkali infektsiyalar, sepsis, infeksiyon endokardit, gemoblastozlar va sistemali immunopatologik kasalliklarda uchraydi. Jigar va taloqning kattalashuvi surunkali faol hepatitda, jigar tsirrozida, gemolitik anemiyada va moddalar almashinuvi buzilishi (yig'ilish) kasalliklarida (Goshe, Nimanna-Pika) uchraydi. Taloqning kattalashuvi darvoza va taloq venasi trombozida, taloqda o'sma, kista va boshqa mahalliy jarohatlar rivojlansa kuzatiladi. Taloqning juda kattalashib ketishi surunkali mieloleykozda, osteomielofibroza kuzatiladi va bu bazan qorin bo'shlig'ini katta qismini egallaydi hatto kichik chanoqqacha tushishi mumkin.

Qondagi laborator ko'rsatkichlar. Gemoglobin miqdorini aniqlash

Bemorlarni laborator tekshiruvga tayyorlash. Qonni tekshirish. Qon ko'rsatkichlari sutka davomida o'zgarib turadi, shuning uchun ham iloji boricha qonni ertalab tekshirish lozim, shoshilinch holatlardan tashqari. Hamma analizlar ham rentgenografiya, ultra tovush tekshiruvi, fibrogastroduodenoskopik tekshiruvlar va fizioterapevtik davolashdan oldin olinishi kerak. Bular tahlillarni o'zgarishiga olib keladi. Analiz topshirgunga qadar 1 soat davomida chekish ham man etiladi. Sutka davomida jismoniy zo'riqishlardan, spirtli ichimliklardan, kun rejimi va ovqatlanish rejimini o'zgartirmaslik kerak. Tahlil nahorda topshirilishi kerak, oxirgi ovqatlanishdan 12 soat o'tgandan so'ng, suv ichsa bo'ladi. Tahlil natijalariga dori moddalar tasir qiladi, dori ichilmasligi kerak sutka davomida. Qonni yotgan holatda olish maqul, turgan holatda bosh aylanishi mumkin. Qaysi tomirdan qon olinsa shu tomirda 1 soat davomida yuk tashish mumkin emas (sumka tashish). Laborator ko'rsatkichlarni nazorat qilish uchun sutkaning bir vaqtda, bir laboratoriyada olinib, bitta reaktivdan foydalangan maqul. Chunki har xil reaktiv ishlatilsa natijalar har xil bo'lishi mumkin. Venadan qon olish uchun vakumli sistemadan foydalanish zarur. Gematoma bo'lmasligi uchun igna sanchilgan joy, qon olingandan so'ng yaxshilab steril mato bilan 15 daqiqa qavomida bog'lanadi. Umumiy tahlil uchun qon 4- barmoqdan kamida oxirgi ovqatlanishdan 1 soat otgandan so'ng olinadi. Chaqaloqlarda oyoq (tovon) dan olinishi mumkin.

Qonni bioximik tekshirish uchun nahorda oxirgi ovqatlanishdan 12 soat o'tgandan so'ng olinadi. Lipidogrammaga tekshirish uchun (xolesterin va uning fraksiyalari) oxirgi yengil ovqatlanishdan kamida 14 soat o'tgan bo'lishi kerak. Glukozaga tolerantlikka tekshirish uchun 3 kun davomida aralash parhez tutishi maqul (parhezda kuniga 250 gr uglevodlar bo'lishi kerak). Uglevod almashinuviga tasir qiluvchi dorilarni va garmonlarni qabul qilinishi qat'iy man qilinadi (diabetiklardan tashqari, hayotiga xavf soladigan bo'lsa). Test 1 soatdan 4 soatgacha davom etadi. Bu vaqt bemor klinikada bo'lishi kerak. Repraduktiv yoshdagi ayollarda garmonlar tekshirilishi lozim bo'lsa, ular menstrual tsiklini tegishli kuniga qon olinishi lozim. Qon ivishini tekshirish uchun pattsientlar varfarin, geparin, fraksiparin, kleksan, plaviks, aspirin, kurantil, tromboass kabi qon ivishini

susaytiruvchi va aminokapron kislota, vitamin K (vikasol), ditsinon kabi qon ivishini kuchaytiruvchi dorilarni qabul qilmagan bo'lishi lozim.

Qon tanachalarini sanash

Qon tanachalari sanash asosan maxsus kamerada sanaladi. Qon tanachalarini sanash ketma-ket keladigan bir qancha manipulyatsiyalardan iborat: 1) tekshiriladigan odam barmog'iga ukol qilish; 2) aralashtirgichga qon olish; 3) olingan qonni tegishli eritma bilan suyultirish; 4) suyultirilgan qon tomchisini hisob kamerasining to'riga tomizishdan iborat. Barmoq odatda alohida asbob -Frank ignasi (skarifikator) bilan ukol qilinadi, bu ignaning oddiy ignalardan afzalligi shuki, uning uchi barmoq to'qimasiga teri qalinligiga qarab, kerakli chuqurlikkacha kiradi; ukolni boshqa usullar bilan ham qilish mumkin. Oldin barmoq terisi bilan ignani spirt (dezinfektsiya qilish uchun) va efir bilan (quritish uchun) yaxshilab artish kerak. Ukol qilingan joydan chiqqan birinchi qon tomchisi artib tashlanadi va keyingi tomchi olinadi. Ukolni takrorlamaslik uchun ignani juda yuza sanchish yaramaydi (2-3 mm). Barmoq iliq bo'lishi lozim.

Aralashtirgichlar (melanjerlar) degan alohida pipetkalar yordami bilan qon olinadi. Aralashtirgich darajalarga bo'lingan kapillyar naydan iborat bo'lib, uchi kengayib keladi va ampula hosil qiladi; ampuladan kapillyar nay oldiniga aslidek, keyinchalik esa, birmuncha kengroq teshik bilan sal davom etadi. Qizil va oq qon tanachalariga sanash uchun har xil aralashtirgichlar ishlatiladi. Eritrotsitlarni sanash uchun mo'ljallangan aralashtirgichlarda birmuncha ingichka kalibrli kapillyar va ancha keng ampula bor; unga belgilar qo'yilgan: bitta belgi aralashtirgichning o'tkir uchi (og'zi) dan 5 daraja keyin - 0,5 ikkinchisi, ampulaga kirish oldida yana 5 darajadan keyin - 1,0 uchinchisi, ampuladan chiqish joyida-101. 0,5 yoki 1,0 belgigacha qon olinadi, 101 belgigacha suyultiruvchi eritma olinadi. Aralashtirgichning 101 belgisigacha bo'lgan suyuqlik hajmi 1,0 belgisigacha bo'lgan hajmdan 100 baravar va 0,5 belgisigacha bo'lgan hajmdan 200 baravar katta.

Leykotsitlar uchun mo'ljallangan aralashtirgich kapillyarining teshigi birmuncha keng bo'lib, ampulasi kichikroq; unga 0,5 yoki 1,0 degan belgilar qo'yilgan; suyultiradigan suyuqlik 11 belgiga qadar so'riladi. Demak aralashtirgichning 11 belgisigacha bo'lgan suyuqlik hajmi 1,0 belgisigacha bo'lgan hajmdan 10 baravar va 0,5 belgisigacha bo'lgan hajmdan 20 baravar katta. Qonning suyultiruvchi suyuqlik bilan aralashishi uchun ikkala aralashtirgichning ampulasida shisha sharcha bor. Aralashtirgichning to'mtoq (keng) uchiga kichkina shisha uchligi bo'lgan rezina naycha kiygiziladi, bu nay so'rish uchun xizmat qiladi. Olingan qon quyidagi eritmalar bilan suyultiriladi.

1. Qizil qon tanachalarini suyultirish uchun odatda osh tuzining 3% li eritmasi ishlatiladi, so'nggi vaqtda Gayem suyuqliklarni ishlatishni maqul hisoblanayapti (5 gr. sulema, 10 gr. natriy xlorid, 37,5 gr. natriy sulfat suvda eritiladi; va suyuqlik hajmi 1 l ga yetkaziladi). Gayem suyuqligida eritrotsitlar uzoqroq saqlanadi. Suyultiradigan suyuqlikka bo'yoq qo'shish ham tavsiya etiladi (masalan, metilviolet yoki gentsianviolet): bo'yoq bir qancha leykotsitlarni bo'yaydi, bu hol leykotsitlarni eritrotsitlarga qo'shib sanamaslik uchun imkon beradi. Odatda, qizil qon

tanachalarini sanash uchun aralashtirgichga kiygizilgan rezinka trubka orqali sal so'rib 0,5 belgisiga qadar qon olinadi. Shundan keyin aralashtirgichning uchi yuqorida ko'rsatilgan suyultiruvchi suyuqliklarning biri bilan to'ldirilgan kosachaga tushiriladi va suyuklik butun ampulaning 101 belgisigacha to'ldirib so'riladi (200 marta suyultirish); so'ngra aralashtirgich uch minut mobaynida har tomonga qarab kuch bilan tez chayqatiladi. Kam qonli bemorning qoni tekshirilayotgan bo'lsa, qonni 1,0 belgisigacha so'rib olgan ma'qul (100 marta suyultirish). **Oq qon tanachalarini suyultirish uchun sirka kislotaning 5 % li eritmasi ishlatiladi.** Sirka kislota qizil qon tanachalarini eritadi. Biroq bunday kontsentratsiyada oq qon tanachalariga shikast yetkazmaydi, bu hol oq qon tanachalarining o'zini sanashga imkon beradi. Oq qon tanachalarining birmuncha aniq ko'zga tashlanishi uchun suyultiruvchi suyuqlikka gentsianvioletning suvdagi 1 % li eritmasidan bir oz ko'shiladi, gentsianviolet leykotsitlar yadrosini bo'yaydi. Oq qon tanachalarini sanash uchun 1,0 belgisigacha qo'ldan qon olinadi, so'ngra 11 belgisigacha suyultiruvchi eritma so'rib olinadi; shunday qilib, qon 10 baravar suyultiriladi; leykotsitlar miqdori ko'p bo'lsa, qon 0,5 belgisigacha olinadi. (20 marta suyultiriladi). Aralashtirgich xuddi yuqorida aytilgandek qilib chayqatiladi. Aralashtirgichga qon olish katta aniqlikni talab qiladi (havo pufakchalarisiz tegishli belgiga bo'lishi kerak va hokazo), aralashtirgich suyuqligi saqlanib qoladigan holatda bo'lishi kerak (uchi gazlama yoki qog'ozga tegmagan holda gorizontol holatda, gazlama yoki qog'oz aralashtirgichdan suyuqlikning bir qismini o'ziga tortib olishi mumkin). Aralashtirgichlar nihoyatda toza va quruq bo'lishi kerak. Suyultirilgan qon tomchisi aralashtirgich suyuqligini obdon aralashtirilganidan keyingina hisob kamerasing to'riga tomiziladi. Dastlabki bir nechta tomchini (kapillyar qismidagi suyuqlikni) aralashtirgichdan to'kib tashlash va ampuladagi suyuqlikdangina (yaxshi aralashgan suyuklikdangina) foydalanish kerak. Tomchi to'g'ri yoki tug'ridan-to'g'ri (Tom-Tseyss tipidagi kamerada) tushiriladi, (tomchi bu holda tegishli kattalikda bo'lishi kerak, tomchining katta-kichikligini belgilashga faqat tajriba yordam beradi) yoki bo'lmasa tomchi to'r yonidagi maxsus chuqurchaga (ariqchaga) tushiriladi, to'r esa bunda o'z-o'zidan to'ladi (Byurker tipidagi kamera). Birinchi xil turlarga tomchi tushirilganidan keyin unga qoplag'ich shisha yopiladi. Ikkinchi xil turlarda qoplag'ich shisha oldin qo'yiladi, bunda aralashtirgichdan olingan tomchi uning chetiga keltiriladi va tomchi kapillyarlik xususiyati bilan to'rni to'ldiradi. Hisob kamerasi qalin buyum oynasidan iborat bo'lib, unga to'r qo'yilgan alohida shisha plastinka o'rnatilgan yoki qisib qo'yilgan bo'ladi, To'r atrofiga (yoki ikkala yoniga) 0,1mm qalinlikdagi shisha plastinka ham qo'yilgan. To'r ustiga qo'yiladigan qoplag'ich oyna xuddi shu plastinkaga mustahkamlanadi. To'r bilan qoplag'ich oyna orasidagi bo'sh joyning balandligi, ya'ni to'rning chuqurligi shunday qilib, 0,1 mm ga baravar bo'ladi. Shlifovka qilingan, yuzasi nihoyat darajada tekis bo'lgan qoplag'ich oynalardan foydalanish kerak (odatdagi qoplag'ich oynalar ko'pincha notekis bo'ladi, bu- kameraning kerak bo'lgan balandligini buzib qo'yadi). Qoplag'ich oynalarni kameraga Nyuton halqalari (to'r atrofida yoysimon aylanadi) ko'rilguncha zich qilib taxlab

yopishtirish kerak. Tom-Tseyss va Byurker xilidagi hisob kameralari tafovut qilinadi.

2. Tom-Tseyss kamerasi ko'rsatilgan. To'r yopishtirilgan plastinka dumaloq bo'ladi; uning atrofiga torgina aylanma ioncha qoldirib, ikkinchi, birmuncha qalinroq plastinka joylashtirilgan, bu plastinkaning ustki yuzasi ichki dumaloq plastinka yuzasidan ko'tarilib turadi, shunga ko'ra. To'rli plastinka bilan shu plastinkani o'rab turadigan birmuncha qalin plastinkaning chetlari orasidagi balandlik 0,1mm ga baravar bo'ladi. Tomchi markazdagi to'rli plastinkaga tushiriladi. Ustiga oyna nyuton xalqalapi paydo bo'lguncha ishlab yopishtiriladi. Tomchining hajmi to'rni boshdan-oyoq bir tekis qoplay oladigan darajada bo'lishi kerak; sal ortiqcha suyuqlik qisman noychaga tushadi.

3. Byurker kamerasing so'ngi, birmuncha mukammal xili qalin buyum oynasidan iborat bo'lib, uning markaziga shu oynaga ko'ndalang bo'lib turadigan ikkita to'r qo'yilgan, bu turlar yon tomondan va bir-birining o'rtasidan novlar bilan o'ralgan; yon novlarning tashqi chetlari ko'tarilib turadi, shunga ko'ra, to'r yuzasi bilan novcha Goryaevlar ustida ko'tarilib turadigan ustki chekkalar orasidagi balandlik 0,1 mm ga teng bo'ladi (kameraning chuqurligi). Qoplag'ich oyna tomchi tushirilishidan oldin qo'yiladi; qoplag'ich oyna ostidan chiqib turadigan tashqi novlarning bariga aralashtirgichdan tomchi tushiriladi. Kapillyarlik tufayli bu tomchi to'rni to'ldiradi. To'rlarning ikkalasidan bir xil foydalanish mumkin, unda yoki bir xil qon bilan yoki ikkita har xil qon bilan to'rlar to'ldiriladi (tomchilarning har biri birinchi va ikkinchi to'rning yonidan tushiriladi). To'rlar har xil ko'rinishda bo'ladi. Lekin ularning tuzilish printsipi bir xil. Hamma to'rlar har xil qilib gruppallashtirilgan «kichik» va «katta» kvadratlardan iborat. Kichik kvadrat tomonlari 10 mm, ya'ni uning yuzi 400 mm². Kameraning balandligi -5 mm bo'lganligidan kichik kvadrat hajmi, shunday. Katta kvadrat yoki 16 ta kichik kvadratdan tashkil topgan bo'ladi, yoki yuzasi hajmi jihatidak 16 ta kichik kvadratga mos keladi. Tom to'ri har biri 16 tadan kichik kvadratdan tashkil topgan 16 ta katta kvadratdan iborat; katta kvadratlar «uch qavat chiziqlar», ya'ni yana bitta chiziq bilan bo'lingan mayda kvadratlar bilan bir-biridan ajralib turadi. Shunday qilib, butun to'r har qatorda 16 va yana 4 ta bo'lingan mayda kvadratdan, ya'ni 20 qator bo'lib joylashgan (har qatorda 20 tadan kichik kvadratdan), ja'mi 400 ta kichik kvadratdan tashkil topgan. Tom to'ri eritrotsitlarni sanash uchun kifoya qiladiyu biroq, leykotsitlarni sanash uchun kichikroq shunga ko'ra leykotsitlarni sanash uchun to'rni bir necha marta to'ldirish va sanash hamda o'rtacha raqamlarni olishga to'g'ri keladi. Tyurk to'ri markazi Tom to'ridan iborat, lekin yuzasi ancha katta bo'ladi. Chunonchi, unda shunday yuzalardan yana 8 tasi bor. Ana shu qushimcha yuzalar faqat katta kvadratlarga ajralgan. To'rda hammasi bo'lib, 9x16, har qatorda 12 tadan, jami 144 ta katta kvadrat bor. Predtechenskiy to'ri juda qulay bu to'rda 100 ta katta kvadrat bor, ularning bir qismi mayda kvadratlarga bo'lingan, bo'linganda ham to'rning har xil bo'limlarida bir tekis bo'lingan. Goryaev to'ri Predtechenskiy to'rining yanada mukammallashgan xili bo'lib, undan katta (15 ta qatorning har birida 15 tadan, jami 225 ta katta kvadratdan iborat) hozirgi vaqtda, bizda Byurker tipidagi kameralarda ishlatiladi.

4. Byurker to'ri Tyurk to'riga o'xshaydi, u ham 144 ta katta kvadratdan iborat, qon tanachalarini sanash vaqtida to'r bo'shlig'ida bir tekis tarqalgan mayda kvadratlardan foydalaniladi, bu kvadratlar katta kvadratlarni ajratib turadigan chizig'larning kesilishidan hosil bo'ladi. Goryaev to'ri hammasidan ham yaxshi. To'rda shaklliy elementlar kamera tomchi bilan to'ldirilganidan keyin, 2-3 minut o'tgach, sanaladi (qon elementlarining tinishiga imkon berish uchun). Kvadrat ichida yotgan hamma hujayralar, yarmidan ko'pi mazkur kvadrat ichiga kirib turgan bo'lsa, chegara chiziqlarida turgan hujayralar ham sanaladi. Bundan tashqari chegara chiziqlari yarmidan kesib o'tgan hujayralar ham hisobga qo'shiladi. Biroq ularning yoki ustki va chapki yoki pastki va o'ng tomonidagi chiziqlarda yotganlarigina sanaladi (ya'ni kvadratni cheklab turgan 4 ta chiziqdan ikkitasidagi hujayralar). Bitta hujayralarning o'zini ikki martadan sanab qo'ymaslik uchun shunday qilinadi. Yarmidan ko'pi mazkur kvadratdan tashqarida yotgan hujayralar shu kvadratda mutlaqo hisobga qo'shilmaydi. Qizil qon tanachalari kichik kvadratlardan sanaladi. Goryaev to'rlarida 16 ta kichik kvadratdan iborat katta kvadratlar tanlab olinadi va odatda, 5 ta katta kvadrat (ya'ni, 80 ta kichik kvadrat) sanaladi. Yaxshisi, to'rning har xil joylarida yotgan kvadratlarni tanlab olish kerak (eritrotsitlarning to'rda notekis tarqalishidan kelib chiqadigan noaniqlikni kamaytirish uchun. Byurker to'rida katta kvadratlar o'rtasida (katta kvadratlarni bo'lib turadigan bo'shliqning kesishgan joylarida) joylashgan kichik kvadratlardan foydalaniladi. Butun to'r bo'ylab bir qatorda 10 ta kichik kvadrat bo'ladi. Odatda 6 qatordagi kichik kvadratlar va yana yettinchi qatordagi qanday bo'lmasin ikkita kichik kvadrat sanaladi. Bunga ham jami 80 ta kvadrat bo'lib chiqadi.

Bu quyidagicha bo'lib qilinadi: 16 ta katta kvadratga barobar bo'lgan 80 ta kichik kvadratdaga eritrotsitlar sanalganidan keyin, avvalo kichik kvadratdagi eritrotsitlarning o'rtacha soni hisoblab chiqiladi. Kichik kvadrat hajmi yuqorida aytilganidek 1 mm^3 ga teng bo'lganidan eritrotsitlar sanaladigan 1 mm^3 aralashmada eritrotsitlar bitta kichkina kvadratdagidan 4000 baravar ko'p bo'ladi. Olingan qon aralashtirgichda suyultirilgani (odatda 200 marta) sababli, kelib chiqqan sonni yana 200 ga ko'paytirish kerak. Misol. 80 ta kichik kvadratning hammasida 400 ta qizil qon tanachalarini sanadik, deb faraz qilaylik; demak bitta kichik kvadratda ular $400:80 = 5$ dir; melanjerdan olingan 1 mm^3 aralashmada $5 \times 4000 = 20\,000$, 1 mm^3 qonda. esa $20\,000 \times 200 = 4\,000\,000$ qizil qon tanachasi bor. Amalda 80 ta mayda kvadratda (yoki 5 ta katta kvadratda) sanab chiqilgan eritrotsitlar soniga 4 ta nol qo'yiladi (ya'ni o'sha son 10 000 ga ko'paytiriladi). Leykotsitlar katta kvadratlarda sanaladi. Tom kamerasida butun to'r yuzasida (ya'ni 400 ta kichik kvadratda) yotgan leykotsitlar sanaladi; kamida 3-4 ta tomchi sanab chiqiladi. Byurker to'rida 100 ta katta kvadrat sanaladi (96 tasi 8 qatordan va 4 tasi qanday bo'lmasin qatordan olinib), qatorlar birin-ketin olinmaydi. Yaxshisi Byurker to'rida to'r doirasida yotgan leykotsitlarni sanab chiqish kerak. To'r hajmi $0,9 \text{ mm}^3$ ga baravar. Modomiki shunday ekan, 1 mm^3 qondagi leykotsitlar sonini olish uchun butun to'rdan sanab chiqilgan leykotsitlar miqdorini $10/9$ ga va suyultirish raqamiga (10 yoki 20 ga) ko'paytirish kifoya. Goryaev to'rida ham 100 tadan katta kvadrat sanab chiqiladi, odatda «bo'sh» (kichik kvadratlarga bo'linmagan) kvadratlar tanlab

olinadi - ular 4 tadan qator turadi. To'ra bunday kvadratlar hammasi bo'lib 25 ta. 100 ta katta kvadratdan sanalgan leykotsitlar soni 100 ga, keyin 16 ga bo'linadi (bitta kichik kvadratga keltiriladi). Bitta kichik kvadratga to'rtinchi keladigan leykotsitlarning o'rtacha soni 10 yoki 20 ga (1 : 10 yoki 1 : 20 suyultirilganiga qarab) va 4000 ga ko'paytiriladi.

Qondagi gemoglobin miqdorini aniqlash

Gemoglobinni (Hb) aniqlash uchun qo'lning to'rtinchi barmog'i uchidan maxsus pipetkaga qon olinadi, pipetkaning belgisigacha bo'lgan sig'imi 20 mm³. Olingan qon maxsus eritmaga suyultiriladi va MiniGEM da yoki hemometrda hemoglobin miqdori aniqlanadi.

Gemoglobinometr MiniGEM. MiniGEM gemoglobinometrlarning yangi avlodi bo'lib, keng imkoniyatga ega va 540 nm ishchi to'lqin uzunligida gemoglobinni hamma usulda aniqlaydi. Asosiy usul bu-gemoglobintsiyanid va gemixrom usulidir

Gemoglobinometr MiniGEM 523 nm to'lqin uzunlikda hemoglobinni aniqlash uskunasi ham mavjud bo'lib, bunda reagent sifatida 0,04% li ammiak eritmasi ishlatiladi (modifikatsiyalangan Derviz-Vorobyov usuli).

Gemoglobin kontsentratsiyasini aniqlash. Bemordan qon olinishi traditsion usulda bo'lib, 20 mkl kapilyar venoz qon olinadi. Sinamani tayyorlash vaqti 5-20 daqiqa va sinama hajmi 4-5 ml gacha. Qon eritmasi tayyorlangandan so'ng, kyuvetaga solinadi va hemoglobinometr MiniGEMning fotometrik yacheykasiga qo'yiladi va 1 soniyaga bormay MiniGEM displeyida kontsentratsiya soni chiqadi. Eritmani optik zichligini hemoglobin kontsentratsiyasiga avtomatik ravishda hisoblab beradi.

Gemoglobinometr MiniGEMning qulayligi shundan iboratki yoqib isitish va kalibrovka qilish shart emas. Kyuveta MiniGEM yacheykasiga tushirilgandan so'ng, avtomatik tarzda 134 surat **apparat yonadi va o'lchashni boshlaydi va yacheykadan kyuveta olingandan so'ng hemoglobinometr keying sinamagacha kutish rejimiga o'tadi. Hemoglobinometrda har 2 soniyada hemoglobinni aniqlash mumkin. Gemoglobinometr MiniGEM imkoniyati.** Optik zichlikda apparatning o'lchash diapozoni 0 dan 0,9 B gacha, bu hemoglobin kontsentratsiyasini 0 dan 360 g/l ga to'g'ri keladi.

Gemoglobinni qonda gemiglobintsiyanid usulda aniqlash

Analiz o'tkazish tartibi. Qizil qon tuzi bilan (jelezosinerodist kaliy) hemoglobin metgemoglobin (gemiglobin) ga oksidlanadi. Hosil bilgan atsetotsiangidrin bilan bo'yalgan tsianmetgemoglobin (gemiglobintsiyanid) kalorimetrik usulda aniqlanadi.

Kerakli reaktivlar; 1. Transformatsiyalovchi atsetotsiangidrin-0,5 mg;. Qizil qon tuzi-0,2 g; Natriy gidrokarbonat-1 g; Distillangan suv-1 l; Eritma tiniq sariq rangda.

2. Gemiglobintsiyanid standart eritmasi kerak bo'ladi. 100 analizda kerak bo'ladigan eritma-transformatsiyalovchi eritma 600 ml va 1 ampula hemiglobintsiyanid standart eritmasi.

Analiz o'tkazish tartibi; Probirkadagi 5 ml transformatsiyalovchi eritmaga 20 mkl qon qo'shiladi, yaxshilab aralashtirilib 10 daqiqa to'xtaydi va MiniGEM da kyuvetaga solib tekshiriladi.

Bu eritmani 543 spektrofotometrda 1 sm qalinlikdagi kyuvetaga solinib nazorat sinama qarshisiga qo'yib ham aniqlasa bo'ladi.

Kalibrlovchi grafik tuzish uchun, standart eritmadan jadvalda ko'rsatilgandek suyultirilgan eritma tayyorlanadi;

| № t/r | Standart eritma, ml | Transformatsiyalovchi standart eritma, ml | Gemoglobin konsentratsiyasi, g/l |
|-------|---------------------|---|----------------------------------|
| 1 | □ | 6 | □ |
| 2 | 2 | 4 | 50 |
| 3 | 4 | 2 | 100 |
| 4 | 6 | □ | 150 |

Hemoglobin miqdorini kalibrlovchi grafik asosida standart gemoglobinsianid standart eritmasi asosida yoki quyidagi formula asosida aniqlanadi;

$$Hb (\Gamma / \Pi) = \frac{E_{оп}}{E_{ст}} \cdot C \cdot K \cdot 0,001 \cdot 10$$

Bu yerda; $E_{оп}$ – tajriba sinamasi extinktsiyasi;

$E_{ст}$ – standart eritma extinktsiyasi;

C - standart eritmada gemoglobinsianid konsentratsiyasi mg/%;

K - qonning suyultirilgan koeffitsienti;

0,001 - qayta hisoblash koeffitsienti mg/100 ml g/100ml;

10 - qayta hisoblash koeffitsienti g% g/l da.

Sali gemometrda hemoglobinni aniqlash

Qon Sali gemometrining alohida probirkasiga puflab tushiriladi. Gemometr kolorimetrlning eng oddiy xilidir. U shtativga o'rnatilgan ikkita kichkina probirkalardan iborat bo'lib, shtativning orqa tomoniga xira oyna qo'yilgan. Apparatning bitta probirkasida standart suyuqlik, chunonchi gematin xloridning glitserindagi bir protsentli eritmasi bor; bu probirka ikkala tomonidan kavsharlangan. So'ngi vaqtda asboblardagi shu probirka o'rniga vaqt o'tishi bilan rangi aynib ketmaydigan qo'ng'ir tusdagi shisha tayoqchalar qo'yilmoqda.

Birinchi probirka bilan bir xil kalibrda bo'ladigan ikkinchi probirka bo'sh; uning devori 140 ga bo'lingan. Tekshiriladigan qon xuddi ana shu probirkaga solinadi. Pipetkadan qonni shu probirkaga tuflab tushirishdan oldin probirkaga 10 darajasigacha xlorid kislotaning detsinormal eritmasi quyiladi. Pipetka bilan aniqlanib o'lchangan qon pipetka uchini suyuqlik yuzasiga tekizib turib va suyuqlikka havo kiritmaslikka harakat qilib, kislotaga tushiriladi (havo kirmasligi uchun so'ngi tomchini xlorid kislotadan sal yuqoriroqda probirka devoriga puflab tushirish,

so'ngra probirkani sal engashtirib, uni yuvib olish kerak. Probirkadagi qonni xlorid kislotasi bilan obdon aralashtirib 10 minut qo'yiladi. Shu vaqt ichida Hb xlorid kislotasi bilan birikib, gematin xloridga aylanadi va suyuqlik tuzi jihatidan probirka yoki tayoqchani rangiga o'xshaydigan, ammo ancha to'g'riligi bilan undan ajralib turadigan rangga kiradi. Shu muddat o'tganidan keyin probirkaga undagi suyuqlik rangi standart rang bilan baravarlashguncha suv quyila boshlaydi. Ayni vaqtda yoki maxsus shisha tayoqcha bilan yoki probirkani chayqatish yo'li bilan suyuqlik aralashtirib turiladi. Suyuqlik rangi tuzining to'g'riligi standart bilan bir xil bo'lib qolgan suyuqlikning suyultirishdan keyingi sathi shkalaga qarab belgilanadi; tegishli daraja Hb ning normada 100 deb qabul qilinadigan miqdoriga nisbatan protsent miqdorini ko'rsatib beradi.

1. Gemoglobinni qonning kislorod sig'imiga qarab aniqlash eng to'g'ri yo'ldir 1,33 sm kislorod 1 gr gemoglobinga to'g'ri keladi. Normada erkaklarda 100 ml qonda 14-16, ayollarda esa 12-14 gr Hb bo'ladi. Gemometrda standart, 100 raqami qo'yilgan darajasi 100 ml qondagi 16 g Hb ga to'g'ri keladigan qilib tayyorlangan bo'lishi kerak. Afsuski ishlab chiqarilayotgan gemometrlar juda xilma-xil, ko'pincha haddan tashqari to'q tusda bo'ladi. Shu munosabat bilan Hb miqdori noaniq (ko'pincha juda past) chiqadi. Gemometrning ko'rsatishlarga «tuzatish» kiritish, qondagi gemoglobin miqdorining son qiymatlarini esa, grammlar bilan ifodalash kerak,

Qondagi eritrotsitlar sonini aniqlash

Eritrotsitlar Byurker yoki Goryaev kamerasida sanaladi. Buning uchun qon avval maxsus aralashtirgichda 3,5% osh tuzi eritmasi bilan 200 marta suyultirilib olinadi. Aralashtirgich o'rta qismida kengaygan joyi (rezervuari) bo'lgan shisha naychadan iboratdir. Qonni suyultirish uchun aralashtirgichning 0,5 belgisigacha qon tortib olinadi, so'ngra uni 101 belgisigacha 3,5% li osh tuzi eritmasi bilan to'ldiriladi va 3 minut mobaynida silkitiladi. Suyultirilgan qonning dastlabki tomchisi chiqarib yuboriladi va keyingi tomchisi ehtiyotlik bilan hisob kamerasiga tomiziladi. Hisob kamerasida maxsus to'r qo'yilgan maydoncha bo'ladi va qon tomchisi shu to'rga tarqaladi. To'rlarning har birida bir qancha katta, ularning ichida esa kichik kvadratlar bo'ladi. Masalan, Goryaev kamerasida har bir 16 ta kichik kvadratni o'z ichiga olgan 25 ta katta kvadrat mavjud. Bunday kamerada eritrotsitlar 5 ta katta kvadratga (ya'ni 80 ta kichik kvadratga) sanaladi. Masalan, 80 ta kichik kvadratda 440 ta eritrotsit sanalgan bo'lsa, bitta kichik kvadratda $440:80=5,5$ ta, melanjerdan olingan 1 mm^3 aralashmada $5,5 \times 400=22000$, 1 mm^3 periferik qonda esa $22000 \times 20=4400000$ ta qizil qon tanachasi bo'ladi. Sog'lom odamlarda eritrotsitlar erkaklarda 1 litr qonda 4-5.10, ayollarda esa 3,9-4,7.10 atrofida bo'ladi.

Rang ko'rsatkichini aniqlash

Rang ko'rsatkichi qondagi qizil qon tanachalarining soni bilan ulardagi gemoglobin miqdori o'rtasidagi nisbatdan iborat. Gemoglobin 100% va eritrotsitlar 5000000 bo'lganda, bitta eritrotsitga to'g'ri keladigan gemoglobin miqdori birlik, deb qabul qilinadi. Formula bo'yicha hisoblab chiqiladi: topilgan gemoglobinning grammlar bilan ifodalangan miqdori 16 ga bo'linib (yoki topilgan gemoglobinning protsentlar bilan ifodalangan miqdori 100 ga bo'linib), topilgan eritrotsitlarning 5

000000 ga bo'lingan miqdoriga ko'paytiriladi. Rang ko'rsatkichi normada taxminan 1,05 ga teng.

Rang ko'rsatkichi avvalo muayyan holda kamqonlikning nima hisobiga ko'proq gemoglobin yetishmasligi hisobigami (rang ko'rsatkichining pastligi) yoki ko'proq qizil qon tanachalarining kam ishlanib chiqishi hisobigami (rang ko'rsatkichining balandligi) yuzaga kelganligini ko'rsatib beradi. Shu bilan birga, bu ko'rsatkich, har bir eritrotsitning gemoglobinga naqadar to'yinganligini belgilab beradi (o'rta hisobda). Normal sharoitlarda gemoglobin eritrotsitni batamom siqqunicha to'ldiradi. Bir eritrotsitdagi gemoglobin miqdori normadagidan ko'ra ko'proq bo'lib qolishi va shu yo'l bilan birga teng bo'lgan rang ko'rsatkichini ko'tarishi uchun eritrotsit o'zining maydoni yoki xajmini kattalashtirishi kerak. Mana shuning uchun ham shunday qondagi qizil qon tanachalari o'rtacha normadan katta bo'lsa, rang ko'rsatkichi katta bo'lib chiqadi.

Eritrotsitlarning cho'kish tezligini aniqlash

Eritrotsitlarning cho'kish tezligi (EChT) ni Panchenko apparatida aniqlanadi

Periferik qonda eritrotsitlar bir xil zaryadli bo'lgani uchun ular bir-biridan qochadi va hech qachon yopishmaydi. Tomirdan tashqarida esa ular og'irligi natijasida cho'ka boshlaydi va bir-biriga yopisha boshlaydi. Lekin bu cho'kish tezligi ayollarda 1 soatda 2-15 mm, erkaklarda 2-10 mm/s dan oshmasligi kerak. EChT qon plazmasida globulinlar, fibrinogen va mukopolisaxaridlar miqdoriga bog'liq.

Turli kasalliklarda eritrotsitlarning yopishqoqligini tezlashtiruvchi yuqoridagi moddalar qon plazmasida ko'payib ketadi va EChT ham tezlashadi.

Bu kasalliklar qatorida turli yuqumli kollagen kasalliklar, xavfli osmalar kiradi. Eritrotsitlarning cho'kish tezligi patologik holatning faolligini ko'rsatuvchi kattalik hisoblanadi. Ko'p yillardan beri EChTni aniqlashda Panchenkov asbobidan foydalanilmoqda.

Bu asbob shtativ va kengligi 1 mm li 100 ta bo'limli shisha naychalardan iborat. Shisha naychaning 50 deb belgilangan bo'limigacha 5 % li natriy tsitrat eritmasidan tortib olinib, uni soat oynasiga tushiriladi. Bemor barmog'idan yana 2 marta naychaning 100 bolimigacha qon tortib olinib, uni ham soat oynasidagi reaktiv bilan aralashtiriladi va yana naychaning 100 bo'limigacha to'ldiriladi. To'ldirilgan shisha naychani shtativga aniq vertikal holatda o'rnatiladi va 1 soatdan keyin qon ustunchasining qancha mm ga kamayganligi aniqlanadi.

Amaliy mashg'ulot texnologik xaritasi

Amaliy mashg'ulot №1

Terapiya fani haqida tushuncha va klinik tibbiyot vazifalari. Bemorlarni klinik tekshirish usullari. Kasallik tarixi sxemasi. So'rab-surishtirish. Bemorlarning shikoyatlari: asosiy va qo'shimcha. Kasallik hozirgi tarixi, hayot anamnezi. Yashash sharoiti, ish joyidagi sharoitlar va prof. noqulayliklar. Epidimiologik va allergologik anamnez.

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

| | |
|---------------------------|---|
| Mashg'ulot soati 4 vsoat | Talabalar soni 10 gacha |
| Oqitish joyi | Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya |
| Mashg'ulot shakli | Amaliy mashg'ulot |
| Amaliy mashg'ulot rejasi | Kirish. Ichki tibbiyotning rivojlanish tarixi. Terapiya fani. Maqsadi, vazifalari. Vrachlik deontologiyasi asoslari. Maslahat berish ko'nikmalarini o'rganish. |
| Amaliy mashg'ulot maqsadi | Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish |
| O'qitish uslubi | So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish |
| O'qitish shakli | Kichik guruhlariga bo'lib |
| O'qitish jihozlarii | O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj |
| Baholash tartibi | Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha |

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

| Ish bosqichlari va vaqi | Talim beruvchi | Talim oluvchilar |
|-------------------------------|--|-----------------------------|
| Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa) | 1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish | Eshitib tayyorlanib turadil |

| | | |
|---|---|--|
| O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | Talabalar tayyorlanib turadilar |
| Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi | <p>Kichik guruhlariga bo'linadilar</p> <p>Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar</p> |
| Klinik mashg'ulot (80 daqiqa) | <ol style="list-style-type: none"> 1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar. | Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar |
| Yakuniy bosqich (10 daqiqa) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi | <p>Tinglaydi</p> <p>Yozib oladi</p> |

Amaliy mashg'ulot №2

Fizik tekshirish usullari. Umumiy ko'zdan kechirish texnikasi. Es-hush, bemorning holati. Konstitutsiyasi. Yuz qiyofasi. Og'iz bo'shlig'ini va terini ko'zdan kechirish Shishlar. Limfa tugunlar. Mushak, suyak va bo'g'im tizimini tekshirish. Isitma egri chiziqlari va ularning diagnostik ahamiyati. Antropometriya.

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

| | |
|--------------------------|-------------------------|
| Mashg'ulot soati 4 vsoat | Talabalar soni 10 gacha |
|--------------------------|-------------------------|

| | |
|---------------------------|---|
| Oqitish joyi | Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya |
| Mashg'ulot shakli | Amaliy mashg'ulot |
| Amaliy mashg'ulot rejasi | Bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish: umumiy holati, es hushi, vaziyati, tana tuzilishi. Bemorni tana qismlari bo'yicha ko'zdan kechirish: bosh, yuz, bo'yin, teri qoplamlari, suyak-mushaklari, bo'g'imlarini o'rganish |
| Amaliy mashg'ulot maqsadi | Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish |
| O'qitish uslubi | So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish |
| O'qitish shakli | Kichik guruhlariga bo'lib |
| O'qitish jihozlari | O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj |
| Baholash tartibi | Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha |

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

| Ish bosqichlari va vaqi | Talim beruvchi | Talim oluvchilar |
|----------------------------------|--|---------------------------------|
| Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa) | 1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish | Eshitib tayyorlanib turadil |
| O'quv jarayonini o'tkazish etapi | 1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash | Talabalar tayyorlanib turadilar |

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| (10 daqiqa) | 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | |
| Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa) | 1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi | Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar |
| Klinik mashg'ulot (80 daqiqa) | 1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar. | Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar |
| Yakuniy bosqich (10 daqiqa) | 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi | Tinglaydi Yozib oladi |

Amaliy mashg'ulot №3

Antropometriya. Termometriya. Laborator va instrumental tekshiruvlar haqida umumiy tushuncha. Zamonaviy laborator va instrumental tekshiruv usullarining ahamiyati.

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

| | |
|-------------------------|---|
| Mashg'ulot soati 4 soat | Talabalar soni 10 gacha |
| Oqitish joyi | Kompyuter, multimedia va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya |
| Mashg'ulot shakli | Amaliy mashg'ulot |

| | |
|---------------------------|---|
| Amaliy mashg'ulot rejasi | Antropometriya. Termometriya. Laborator va instrumental tekshiruvlar haqida umumiy tushuncha. Zamonaviy laborator va instrumental tekshiruv usullarining ahamiyati. |
| Amaliy mashg'ulot maqsadi | Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish |
| O'qitish uslubi | So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish |
| O'qitish shakli | Kichik guruhlariga bo'lib |
| O'qitish jihozlari | O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj |
| Baholash tartibi | Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha |

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

| Ish bosqichlari va vaqti | Talim beruvchi | Talim oluvchilar |
|---|--|---------------------------------|
| Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa) | 1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish | Eshitib tayyorlanib turadil |
| O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa) | 1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | Talabalar tayyorlanib turadilar |

| | | |
|-----------------------------------|--|---|
| Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Talabalarni kichik guruhlarga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi | <p>Kichik guruhlarga bo'linadilar</p> <p>Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar</p> |
| Klinik mashg'ulot (80 daqiqa) | <ol style="list-style-type: none"> 1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar. | <p>Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar</p> |
| Yakuniy bosqich (10 daqiqa) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi | <p>Tinglaydi</p> <p>Yozib oladi</p> |

Amaliy mashg'ulot №4

Nafas tizimi a'zolarini klinik tekshirish usullari. so'rab-surishtirish, umumiy ko'ruv, ko'krak qafasini ko'zdan kechirish. Ko'krak qafasi palpatsiyasi, maqsadi va vazifalari, bajarilishi, diagnostik ahamiyati.

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

| | |
|--------------------------|--|
| Mashg'ulot soati 4 soat | Talabalar soni 10 gacha |
| Oqitish joyi | Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya |
| Mashg'ulot shakli | Amaliy mashg'ulot |
| Amaliy mashg'ulot rejasi | Nafas tizimi a'zolarini klinik tekshirish usullari. so'rab-surishtirish, umumiy ko'ruv, ko'krak qafasini ko'zdan kechirish. Ko'krak qafasi palpatsiyasi, maqsadi va vazifalari, bajarilishi, diagnostik ahamiyatini o'rganish. |

| | |
|---------------------------|---|
| Amaliy mashg'ulot maqsadi | Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish |
| O'qitish uslubi | So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish |
| O'qitish shakli | Kichik guruhlariga bo'lib |
| O'qitish jihozlari | O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj |
| Baholash tartibi | Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha |

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

| Ish bosqichlari va vaqti | Talim beruvchi | Talim oluvchilar |
|--|--|--|
| Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa) | 1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish | Eshitib tayyorlanib turadil |
| O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa) | 1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | Talabalar tayyorlanib turadilar |
| Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa) | 1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. | Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar |

| | | |
|--------------------------------------|--|---|
| | 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi | qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar |
| Klinik mashg'ulot (80 daqiqa) | 1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar. | Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar |
| Yakuniy bosqich (10 daqiqa) | 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi | Tinglaydi Yozib oladi |

Amaliy mashg'ulot №5

Nafas tizimi a'zolarini fizikaltekshirish usullari: o'pka perkussiyasi, qoidalari va bajarilishi. Solishtirma perkussiya. Topografik perkussiya, perkutor tovush va o'pka chegaralarining norma va patologiyada xususiyatlari.

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

| | |
|---------------------------|--|
| Mashg'ulot soati 4 soat | Talabalar soni 10 gacha |
| Oqitish joyi | Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya |
| Mashg'ulot shakli | Amaliy mashg'ulot |
| Amaliy mashg'ulot rejasi | Nafas tizimi a'zolarini fizikaltekshirish usullari: o'pka perkussiyasi, qoidalari va bajarilishi. Solishtirma perkussiya. Topografik perkussiya, perkutor tovush va o'pka chegaralarining norma va patologiyada xususiyatlarini o'rganish. |
| Amaliy mashg'ulot maqsadi | Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, |

| | |
|--------------------|---|
| | palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish |
| O'qitish uslubi | So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish |
| O'qitish shakli | Kichik guruhlariga bo'lib |
| O'qitish jihozlari | O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj |
| Baholash tartibi | Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha |

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

| Ish bosqichlari va vaqti | Talim beruvchi | Talim oluvchilar |
|---|--|--|
| Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa) | 1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish | Eshitib tayyorlanib turadil |
| O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa) | 1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | Talabalar tayyorlanib turadilar |
| Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa) | 1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi | Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar |

| | | |
|----------------------------------|--|---|
| | 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi | tinglaydilar va savollarga javob beradilar |
| Klinik mashg'ulot (80 daqiqa) | 1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar. | Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar |
| Yakuniy bosqich (10 daqiqa) | 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi | Tinglaydi Yozib oladi |

Amaliy mashg'ulot №6

O'pka to'qimasida havo ortishi sindromi. Obstruktiv o'pka kasalliklari, bronxial astma, o'pka emfizemasi bilan kasallangan bemorlarni tekshirish. O'pka to'qimasi zichlashish sindromi. O'pka to'qimasi yallig'lanish kasalligi (krupoz va o'choqli pnevmoniya).

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

| | |
|---------------------------|--|
| Mashg'ulot soati 4 vsoat | Talabalar soni 10 gacha |
| Oqitish joyi | Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya |
| Mashg'ulot shakli | Amaliy mashg'ulot |
| Amaliy mashg'ulot rejasi | O'pka to'qimasini zichlashish sindromi (Krupoz va o'choqli pnevmoniya misolida). O'pkada bo'shliq sindromi (O'pka abstsessi va bronxoektaz kasalligi misolida). Diagnostika, etiologiyasi va patogenezi. Asosiy davolash prinsiplarini o'rganish |
| Amaliy mashg'ulot maqsadi | Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish |

| | |
|--------------------|---|
| O'qitish uslubi | So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish |
| O'qitish shakli | Kichik guruhlariga bo'lib |
| O'qitish jihozlari | O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj |
| Baholash tartibi | Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha |

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

| Ish bosqichlari va vaqti | Talim beruvchi | Talim oluvchilar |
|--|--|--|
| Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa) | 1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish | Eshitib tayyorlanib turadilar |
| O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa) | 1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | Talabalar tayyorlanib turadilar |
| Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa) | 1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi | Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar |

| | | |
|----------------------------------|--|---|
| | 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi | |
| Klinik mashg'ulot (80 daqiqa) | 1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar. | Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar |
| Yakuniy bosqich (10 daqiqa) | 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi | Tinglaydi Yozib oladi |

Amaliy mashg'ulot №7

Yurak, qon-tomir kasalligi bilan bemorlarni tekshirish usullari. So'rab-surishtirish, ko'zdan kechirish. Yurak soxasini, periferik tomirlarni ko'zdan kechirish. Yurak soxasini palpatsiya qilish. Yurakperkussiyasi.

Yurakauskultatsiyasi.

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

| | |
|---------------------------|---|
| Mashg'ulot soati 4 soat | Talabalar soni 10 gacha |
| Oqitish joyi | Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya |
| Mashg'ulot shakli | Amaliy mashg'ulot |
| Amaliy mashg'ulot rejasi | Diagnostik ahamiyati. Yurak sohasi va periferik tomirlar sohasini ko'zdan kechirish. Yurak sohasi palpatsiyasi va diagnostik ahamiyatini o'rganish |
| Amaliy mashg'ulot maqsadi | Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish |

| | |
|--------------------|---|
| O'qitish uslubi | So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish |
| O'qitish shakli | Kichik guruhlariga bo'lib |
| O'qitish jihozlari | O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj |
| Baholash tartibi | Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha |

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

| Ish bosqichlari va vaqti | Talim beruvchi | Talim oluvchilar |
|--|--|---|
| Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish | Eshitib tayyorlanib turadilar |
| O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | Talabalar tayyorlanib turadilar |
| Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi | <p>Kichik guruhlariga bo'linadilar</p> <p>Tomosha qiladilar qatnashadilar</p> <p>tinglaydilar va savollarga javob beradilar</p> |

| | | |
|----------------------------------|--|---|
| | 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi | |
| Klinik mashg'ulot (80 daqiqa) | 1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar. | Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar |
| Yakuniy bosqich (10 daqiqa) | 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi | Tinglaydi Yozib oladi |

Amaliy mashg'ulot №8

Gipertoniya kasalligi simptomatologiyasi. Simptomatik gipertenziya haqida tushuncha (buyrak, endokrin, markaziy, gemodinamik).

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

| | |
|---------------------------|--|
| Mashg'ulot soati 4 soat | Talabalar soni 10 gacha |
| Oqitish joyi | Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya |
| Mashg'ulot shakli | Amaliy mashg'ulot |
| Amaliy mashg'ulot rejasi | Yurak shovqinlari. Pulsni tekshirish. Pulsni xususiyatlari. Arterial bosim va uni o'lchash qoidalari. Gipertoniya va gipotoniya haqida tushuncha. Diagnostik ahamiyati va tekshirish usullarini o'rganish. |
| Amaliy mashg'ulot maqsadi | Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish |
| O'qitish uslubi | So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish |
| O'qitish shakli | Kichik guruhlariga bo'lib |

| | |
|--------------------|---|
| O'qitish jihozlari | O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj |
| Baholash tartibi | Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha |

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

| Ish bosqichlari va vaqti | Talim beruvchi | Talim oluvchilar |
|--|---|--|
| Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish | Eshitib tayyorlanib turadil |
| O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | Talabalar tayyorlanib turadilar |
| Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi | <p>Kichik guruhlariga bo'linadilar</p> <p>Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar</p> |
| Klinik mashg'ulot (80 daqiqa) | 1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi | Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va |

| | | |
|--------------------------------|---|---|
| | 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar. | kuratsiya natijalari daftarga yozadilar |
| Yakuniy bosqich (10 daqiqa) | 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi | Tinglaydi Yozib oladi |

Amaliy mashg'ulot №9

Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish.

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

| | |
|---------------------------|---|
| Mashg'ulot soati 4 vsaat | Talabalar soni 10 gacha |
| Oqitish joyi | Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya |
| Mashg'ulot shakli | Amaliy mashg'ulot |
| Amaliy mashg'ulot rejasi | Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish |
| Amaliy mashg'ulot maqsadi | Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish |
| O'qitish uslubi | So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish |
| O'qitish shakli | Kichik guruhlariga bo'lib |
| O'qitish jihozlari | O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj |
| Baholash tartibi | Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha |

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

| Ish bosqichlari va vaqti | Talim beruvchi | Talim oluvchilar |
|----------------------------------|---|---------------------------------|
| Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa) | 1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish | Eshitib tayyorlanib turadil |
| O'quv jarayonini o'tkazish etapi | 1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish | Talabalar tayyorlanib turadilar |

| | | |
|--------------------------------|---|---|
| (10 daqiqa) | 4.Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | |
| Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa) | 1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi | Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar |
| Klinik mashg'ulot (80 daqiqa) | 1.O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar. | Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar |
| Yakuniy bosqich (10 daqiqa) | 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi | Tinglaydi Yozib oladi |

Amaliy mashg'ulot №10

Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari: qizilo'ngach kasalliklari-ezofagit, gastritlar klinikasi, diagnostikasi.

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

| | |
|---------------------------|---|
| Mashg'ulot soati 4 vsaat | Talabalar soni 10 gacha |
| Oqitish joyi | Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya |
| Mashg'ulot shakli | Amaliy mashg'ulot |
| Amaliy mashg'ulot rejasi | Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari: qizilo'ngach kasalliklari, gastritlar.. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish |
| Amaliy mashg'ulot maqsadi | Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish |
| O'qitish uslubi | So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish |
| O'qitish shakli | Kichik guruhlariga bo'lib |
| O'qitish jihozlari | O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj |
| Baholash tartibi | Interfaol oyinlar, assesment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha |

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

| Ish bosqichlari va vaqti | Talim beruvchi | Talim oluvchilar |
|--|---|---|
| Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa) | 1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish | Eshitib tayyorlanib turadil |
| O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa) | 1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | Talabalar tayyorlanib turadilar |
| Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa) | 1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi | Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar |
| Klinik mashg'ulot (80 daqiqa) | 1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar. | Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar |
| Yakuniy bosqich (10 daqiqa) | 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi | Tinglaydi Yozib oladi |

Amaliy mashg'ulot №11

Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi simptomatologiyasi. Enterit va kolitlar simptomatologiyasi.

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

| | |
|---------------------------|--|
| Mashg'ulot soati 4 vsoat | Talabalar soni 10 gacha |
| Oqitish joyi | Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya |
| Mashg'ulot shakli | Amaliy mashg'ulot |
| Amaliy mashg'ulot rejasi | Yara kasalligi, mal'absorbtsiya sindromi, surunkali kolitlar. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish |
| Amaliy mashg'ulot maqsadi | Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish |
| O'qitish uslubi | So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish |
| O'qitish shakli | Kichik guruhlariga bo'lib |

| | |
|--------------------|---|
| O'qitish jihozlari | O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj |
| Baholash tartibi | Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha |

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

| Ish bosqichlari va vaqti | Talim beruvchi | Talim oluvchilar |
|--|---|---|
| Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa) | 1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish | Eshitib tayyorlanib turadil |
| O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa) | 1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | Talabalar tayyorlanib turadilar |
| Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa) | 1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi | Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar |
| Klinik mashg'ulot (80 daqiqa) | 1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar. | Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar |
| Yakuniy bosqich (10 daqiqa) | 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi | Tinglaydi Yozib oladi |

Amaliy mashg'ulot №12

Buyrak kasalligi bilan kasallangan bemorlarni tekshirish rejasi. So'rab-surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, asosiy klinik sindromlar. Laborator mashg'ulot: siydikni tekshirish. Buyrakni funktsional sinamalari

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

| | |
|---------------------------|--|
| Mashg'ulot soati 4 vsotat | Talabalar soni 10 gacha |
| Oqitish joyi | Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya |
| Mashg'ulot shakli | Amaliy mashg'ulot |

| | |
|---------------------------|--|
| Amaliy mashg'ulot rejasi | Buyrak va siydik ajratish tizimi. Tekshirish usullari:. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish |
| Amaliy mashg'ulot maqsadi | Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish |
| O'qitish uslubi | So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish |
| O'qitish shakli | Kichik guruhlariga bo'lib |
| O'qitish jihozlari | O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj |
| Baholash tartibi | Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha |

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

| Ish bosqichlari va vaqti | Talim beruvchi | Talim oluvchilar |
|--|---|---|
| Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa) | 1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish | Eshitib tayyorlanib turadil |
| O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa) | 1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | Talabalar tayyorlanib turadilar |
| Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa) | 1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi | Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar |
| Klinik mashg'ulot (80 daqiqa) | 1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar. | Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar |
| Yakuniy bosqich (10 daqiqa) | 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi | Tinglaydi Yozib oladi |

Amaliy mashg'ulot №13

Qon tizimi. Tekshirish usullari. Fizik tekshirish usullari laborator-asbobiy tekshirish usullari. Qon tizimi kasalliklari. anemiyalar klinikasi, diagnostikasi.

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

| | |
|---------------------------|--|
| Mashg'ulot soati 4 vsaat | Talabalar soni 10 gacha |
| Oqitish joyi | Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya |
| Mashg'ulot shakli | Amaliy mashg'ulot |
| Amaliy mashg'ulot rejasi | Qon tizimi. Tekshirish usullari. Fizik tekshirish usullari laborator-asbobiy tekshirish usullari. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish |
| Amaliy mashg'ulot maqsadi | Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish |
| O'qitish uslubi | So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish |
| O'qitish shakli | Kichik guruhlariga bo'lib |
| O'qitish jihozlari | O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj |
| Baholash tartibi | Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha |

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

| Ish bosqichlari va vaqti | Talim beruvchi | Talim oluvchilar |
|--|---|---|
| Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa) | 1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish | Eshitib tayyorlanib turadil |
| O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa) | 1. Mavzu bo'yicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | Talabalar tayyorlanib turadilar |
| Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa) | 1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi | Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar |
| Klinik mashg'ulot | 1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi | Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va |

| | | |
|--------------------------------|---|---|
| (80 daqiqa) | 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar. | kuratsiya natijalari daftarga yozadilar |
| Yakuniy bosqich (10 daqiqa) | 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi | Tinglaydi Yozib oladi |

Amaliy mashg'ulot №14

Laborator mashg'ulot: qonni tekshirish. Umumiy qon analizini klinik ahamiyati. Kamqonliklar simptomatologiyasi (temir yetishmovchilik, postgemorragik, gemolitik).

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

| | |
|---------------------------|---|
| Mashg'ulot soati 4 vsaat | Talabalar soni 10 gacha |
| Oqitish joyi | Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya |
| Mashg'ulot shakli | Amaliy mashg'ulot |
| Amaliy mashg'ulot rejasi | Qon tizimi kasalliklari. Anemiyalar. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish |
| Amaliy mashg'ulot maqsadi | Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish |
| O'qitish uslubi | So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish |
| O'qitish shakli | Kichik guruhlariga bo'lib |
| O'qitish jihozlari | O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj |
| Baholash tartibi | Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha |

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

| | | |
|--------------------------|---|-----------------------------|
| Ish bosqichlari va vaqti | Talim beruvchi | Talim oluvchilar |
| Tayyorlov bosqichi | 1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi | Eshitib tayyorlanib turadil |

| | | |
|---|---|---|
| (5 daqiqa) | 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish | |
| O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa) | 1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish | Talabalar tayyorlanib turadilar |
| Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa) | 1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi | Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar |
| Klinik mashg'ulot (80 daqiqa) | 1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar. | Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar |
| Yakuniy bosqich (10 daqiqa) | 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi | Tinglaydi Yozib oladi |

Amaliy ko`nikmalarni bajarish texnikasi

Amaliy ko`nikma №1

1. Vazni o`lchash texnikasi.

(Zaruriy jihozlar: medistina tarozisi, bemorni nazorat kilish varakasi, medistina kulkoplari, dezinfekstion eritma saklanadigan idish, bemor oegi ostiga tushaluvchi bir martalik salfetkalar eki odatdagi varak xam ishlatilishi mumkin).

Bajarilish tartibi etaloni.

| <i>№</i> | <i>Harakatlar ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakatlar):</i> | <i>Ballar</i> |
|----------|--|---------------|
| 1. | | |

| | | |
|-------|---|-----|
| | Medistina tarozisini tugri ishlashiga ishonch xosil qilish; | 8 |
| 2. | Amalga oshirilanishi lozim bulgan manipulyastiya tugrisida etarli axborot berish; | 6 |
| 3. | Medistina kulkoplarini va salfetkani tayearlash; | 7 |
| 4. | Bemor oegi ostiga bir martali salfetkani eki odatiy kogozni tushash; | 8 |
| 5. | Idishda dez. eritma borligiga ishonch xosil qilish va uni tayearlanish muddatini nazardan utkazish; | 5 |
| 6. | Siydik pufagi va ichakni bushatish lozimligini uktirish; | 15 |
| 7. | Bemorga ichki kiyimgacha echinish xamda poyafzalni echish lozimligini ta'kidlash; | 15 |
| 8. | Medistina tarozisi maydonchasiga bir martalik salfetkani eki oddiy kogozni eyish; | 6 |
| 9. | Bemorga tarozi maydonchasi maydoni urtasiga chikishni taklif etish (tarozi shayini bush paytda); | 5 |
| 10. | Tarozi shayinini ishchi xolatiga keltirish va bemor vaznini aniklash; | 12 |
| 11. | Olingan natijalarni bemor xolatini nazorat qilish varakasining maxsus ajratilgan kismiga kiritish; | 8 |
| 12. | Qo`lqoplarni kiyish va ishlatilgan salfetka eki kogozni dez.eritma bilan namlash; | 5 |
| Jami: | | 100 |

Amaliy ko`nikma №2

Bo`y o`lchash texnikasi.

Zaruriy jixozlar: medistina buy ulchagichi (rostomer), bemorni nazorat qilish varakasi, medistina kulkoplari, dezinfekstion eritma saklanadigan idish, bemor oegi ostiga tushaluvchi bir martalik salfetkalar (oddiy varak xam ishlatilishi mumkin).

Bajarilish tartibi etaloni.

| <i>№</i> | <i>Harakatlar ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakatlar):</i> | <i>Ballar</i> |
|----------|---|---------------|
| 1. | Buy ulchagich (rostomer)ni tugri ishlashiga ishonch xosil kilish; | 8 |
| 2. | Amalga oshirilanishi lozim bulgan manipulyastiya tugrisida etarli axborot berish; | 7 |
| 3. | Medistina kulkoplarini va salfetkani tayearlash; | 7 |
| 4. | Bemor oegi ostiga bir martali salfetkani eki odatiy kogosni tushash; | 8 |
| 5. | Idishda dez. eritma borligiga ishonch xosil kilish va uni tayearlanish muddatini nazardan utkazish; | 10 |
| 6. | Bemorga ichki kiyimgacha echinish xamda poyafzalni echish lozimligini ta'kidlash; | 10 |
| 7. | Buy ulchagich plankasini kutarish va uning maydonchasi markaziga kutarilishni bemorga taklif etish xamda orkasi bilan asbob shkalasiga shunday epishishi lozimki, bunda bemorning ensasi, kuraklari, dumbasi va tovonni vertikal shkalaga maxkam tegib turishi kerak; | 15 |
| 8. | Bosh shunday xolatda bulishi kerakki, bunda tashki kulok yulining yukori kirrasi va kuz burchaklari satxi bir gorizontal yunalishda bulishi shart; | 15 |
| 9. | Buy ulchagich plankasini bemor boshini tepa kismiga tushirish va buy ulchamini planka pastki yuzasi soxasiga tugri keladigan kursatgichga tayanib aniklash lozim; | 10 |
| 10. | Olingan natijalarni bemor xolatini nazorat kilish varakasining maxsus ajratilgan kismiga kiritish; | 5 |

| | | |
|-------|--|-----|
| 11. | Kulkoplarni kiyish va ishlatilgan salfetka eki kogosni dez.eritma bilan namlash; | 5 |
| Jami: | | 100 |

Amaliy ko`nikma №3

Tana haroratini o`lchash texnikasini ko`rsating.

Zaruriy jihozlar: tibbiyot termometri, qum soat, F-003, 4. F-004 tibbiy xujjatlari

Bajarilish tartibi etaloni.

| № | <i>Harakatlar ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakatlar):</i> | Ballar |
|----|--|--------|
| 1. | 1. Termometr kuritilib artiladi, termometr kursatmasi silkitish yuli bilan 34-35 gradus darajaga tushiriladi, | 10 |
| 2. | Bemorni kulay vaziyatda joylashtiriladi. Stulga utkaziladi yoki kushetkaga yotkiziladi, | 10 |
| 3. | Bemorning kultik osti kuruk sochikda artiladi (kultik ostiga mone'lik kiladigan xolatlar bulmasligi kerak), | 10 |
| 4. | Bemorning kuli kultigidan sal yukori kutariladi, termometrni simobli uchini bemorning kultigiga kuyiladi, | 10 |
| 5. | Bemor kulini pasaytirib, termometrning bosh 2\3 kismi zich kisiladi, 8-10 minutdan sung termometrning tashki kismidan ushlanadi, | 10 |
| 6. | Termometr kursatmasi yozib olinadi (simobli kismiga kul tekkizmaslik kerak) | 10 |
| 7. | Termometr kursatmasi 004 – xujjatiga kayd kilinadi, | 10 |
| 8. | 004 – xujjatidan «T» belgisi bor xarorat darajalari, kuni va vakti kursatilgan chiziklarni topasiz va kesishgan joyidan belgi kuyasiz, | 10 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 9. | Termometr xarorat darajasi siljitish yuli bilan pastga 34 gradus darajada tushiriladi, | 10 |
| 10 | Termometr 3% li xloramin eritmasi botirilib, 20-30 minutga kuyiladi, keyin quritilib artiladi va kuruk xolda saklanadi. | 10 |
| Jami: | | 100 |

Amaliy ko`nikma № 4

Bajarilish tartibi etaloni.

| <i>№</i> | <i>Xarakteristik ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakteristik):</i> | <i>Баллар</i> |
|----------|---|---------------|
| 1. | Talaba zondni sterilizastiyadan utkazadi | 6 |
| 2. | Bemorga muolajaning maksadi, uning xavfsizligi tushuntiriladi | 6 |
| 3. | Bemor stulga, uning suyanchigiga maxkam suyanib utiradi | 6 |
| 4. | Oyoklari ostiga togora yoki chelak kuyiladi | 6 |
| 5. | Talaba bemorning ung tomoniga utadi | 6 |
| 6. | Bemor kukragi kleyonka yoki fartuk bilan bekitiladi | 6 |
| 7. | Zondni yuborishga kadar xar bir bemorda kindikdan to kurak tishlarigacha bulgan masofa ulchab belgilanadi, zond yutkiziladi | 6 |
| 8. | Bemor ogzini katta ochib «a» deb tovush chikaradi va burun orkali chukur nafas oladi | 6 |
| 9. | Talaba chakkonlik bilan zondni til ildizi orkasiga kiritadi | 6 |
| 10. | Bemor ogzini yumadi va bir necha yutish xarakteristiklari kiladi | 6 |
| 11. | Zondning bush uchiga 20 gr shprist kiygiziladi | 6 |

| | | |
|-------|--|-----|
| 12. | Me'da suyukligi 1 soat mobaynida 15 minutlik interval bilan 4-probirkaga tuldiriladi | 6 |
| 13. | Zond orkali yana 200 ml ilik bulyon kiritiladi yoki bemorga pentagastrin utkaziladi | 7 |
| 14. | Sungra me'da suyukligi xar 15 minutda 4-probirkaga bir soat ichida takroran suriladi | 7 |
| 15. | Olingan me'da shirasi 8 ta probirkaga olinib, laboratoriyaga uzatiladi | 7 |
| 16. | Muolaja tugagandan sung zond sekin tortib olinadi | 7 |
| Jami: | | 100 |

Amaliy ko`nikma № 5

Me'dani yuvish texnikasi

Zarur jihozlar: Me`da zondi, togora, kleyonka, voronka, distillangan suv, 20 gr shprist

| | <i>Xarakteristik ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakteristik):</i> | <i>Баллар</i> |
|----|--|---------------|
| 1. | Bemorni stulga utkazib, kullarini stul suyanchigiga choyshab bilan boglab, kukragiga fartuk tutib kuyiladi, xamshira va kichik tibbiy xodim xam fartuk tutib oladi. | 10 |
| 2. | Bemorning yonboshida turib, avval zondning medaga tushish uzunligini ulchab olamiz. Buning uchun kurak tushlaridan-kindikkacha ulchab , unga 5 sm kushiladi. | 10 |
| 3. | Bemorning boshini biroz orkaga tashlab , uning ogzini ochishi buyuriladi yoki ogiz ochishgich bilan ochiladi, kukragi biroz oldinga bukiladi. | 10 |
| 4. | Ung kulidagi steril zondning ovalsimon uchini perosimon kilib ushlab, zond ilik suv bilan namlabolinadi, bemorning til ildiziga kuyib , yutinish va burundan chukur-chukur nafas olish buyuriladi. | 10 |
| 5. | Bemor yutinayotganda, zond asta –sekinlik bilan me'daga kiritish kerak, agar bemor yotib, nafas olishi kiyinlashib, kukarib ketsa, | 10 |

| | | |
|-------|--|-----|
| | zudlik bilan zondni tortib olish kerak. Bu xoll zondning nafas yuliga , xikkildok yoki traxeyaga tushib kolganini kursatadi. | |
| 6. | Zond kerakli belgiga etgach , uning erkin uchiga voronkani kiygizib, tezda bemorning tizzasiga tushiridadi, voronkadan me'da shirasi okib chikadi, agar chikmasa , zondni xarakatlantiriladi. | 10 |
| 7. | Shu xolda voronkani bir oz kiyshaytirib , unga 1 litrgacha suv kuyiladi. | 10 |
| 8. | Voronka asta-sekin tubida suv kolguncha yukoriga kutariladi, sung voronkani pastga tushiriladi, undan suv oka boshlaydi. Me'dadan chikkan suv –kuyilgan suv bilan teng bulishi kerak. Bordiyu, chikkan suv kamrok bulsa,bemordan sal kuchanishni iltimos kilinadi. | 10 |
| 9. | Shu xarakat to voronkadan , ya'ni me'dadan toza suv chikkuncha takrorlanadi. | 10 |
| 10. | Me'dani yuvib bulgach , voronkani olib, zondni me'dadan tortib olinadi, yaxshilab okar suvda yuvilib, distillangan suvda 30 dakika kaynatib sterillanadi. | 10 |
| Jami: | | 100 |

Amaliy ko`nikma № 6

Bemorlarning hazm qilish organlarini rentgenologik tekshirishga tayyorlashni ko`rsating.

| <i>№</i> | <i>Xarakatlar ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakatlar):</i> | <i>Ballar</i> |
|----------|--|---------------|
| 1. | Kattik parxez tutiladi | 10 |
| 2. | Ichaklar suyuqlikdan va gazdan xoli kilinadi | 10 |
| 3. | Bemorga engil xazm buladigan ovkatlar buyuriladi | 10 |
| 4. | Bemorga uch kungacha moychechak damlamasi beriladi | 10 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 5. | Bir kun avval bemor kechasi soat 20 dan ovkat kabul kilishi man etiladi | 15 |
| 6. | Soat 22 da tozalash klizmasi kilinadi | 15 |
| 7. | Ichaklarda gaz tuplanmasligi uchun gaz xaydaydigan naycha kuyiladi | 15 |
| 8. | Ertalab bemorga yana tozalash klizmasi kilinadi | 15 |
| Jami: | | 100 |

Amaliy ko`nikma № 7

Duodenal zondlash texnikasini kursating

Zarur jihozlar: Duodenal zond,togora,kleyonka, distillangan suv,voronka

Bajarilish tartibi etaloni.

| <i>№</i> | <i>Xarakterlar ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakterlar):</i> | <i>Баллар</i> |
|----------|---|---------------|
| 1. | Bemor stulga joylashtirib utkiziladi | 7 |
| 2. | Bemor oldiga sochik tutilib oyokka, tizza oldiga togora tutiladi | 7 |
| 3. | Bemor psixologik tayyorlanadi (bemorga chukur nafas olib bezovta bulmaslik, xamshira aytganini tinch, vazmin xolatda bajarishi tayinlanadi) | 7 |
| 4. | Bemorga ogzini «a-a-a» deb ochish va tilini chikarish buyuriladi | 7 |
| 5. | Bemorga ogzini «a-a-a» deb ochish va tilini chikarish buyuriladi | 7 |
| 6. | Bemorga ogzini yopib, zondni tishlamasdan sekin-asta yutish buyuriladi | 7 |
| 7. | Bemorning shu zondni 3 ta belgisigacha yutishi, ya'ni 20-30-45 minut davom etadi | 7 |
| 8. | Bemor kushetkaga ung tomoni bilan boshi pastrok kilib (yostiksiz) yotkiziladi | 7 |

| | | |
|-----|---|---|
| | | |
| 9. | Bemorning ung kovurga ostiga kattik buyum kuyilib, ilik grelka kuyiladi | 7 |
| 10. | Duodenal zond ichi shtativdagi 1 chi probirkaga solinib kuyiladi (probirkalar bemorga nisbatan pastda buladi). 1 chi porstiya 12 barmok ichak suyukligi olinadi | 7 |
| 11. | Shundan keyin bemor chalkancha yotkizilib, zond uchidan 50-60 ml 33% li magneziy sulfat eritmasi yuboriladi va 10 dakika zond uchi kisib kuyiladi | 8 |
| 12. | Kiskich olinib 2-probirkaga ut pufagidan chikadigan suyuklik yigiladi | 6 |
| 13. | Suyuklik rangining uzgarishiga karab 2 chi probirkadan zond 3chi probirkaga kuchiriladi, ya'ni 3chi porstiya yigiladi | 8 |
| 14. | Duodenal zond uchidan suyuklik chikishi tuxtagandan keyin bemor urnidan turgizilib, stulga utkaziladi va zond sekin-asta tortib olinadi, olingan suyuklik tekshirishga yuboriladi (laboratoriyaga). | 8 |

Amaliy ko`nikma № 8

Tozalovchi klizma kilib kursating.

Zarur jihozlar:

1. Esmarx krujkasi, 2. Rezina naycha jumrak bilan, 3. Vazelin, 4. Uchlik, 5. Togora
6. Ilik suv, 7. Kleyonka, 8. Kushetka, 9. Termometr

Bajarilish tartibi etaloni.

| № | Xarakterlar ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakterlar): | Баллар |
|----|--|--------|
| 1. | Kerakli narsalarni tayyorlab, bemor kushetkasi yoniga kuyiladi | 7 |
| 2. | Esmarx krujkasiga ilik suv tuldiriladi, suv 1-2 l gacha, 37-38 darajada | 7 |
| 3. | Naycha ichida xavo kolmasligi uchun uchi pastga karatilib, Esmarx krujkasi yukoriga kutariladi | 7 |

| | | |
|-------|--|-----|
| 4. | Xavo chikarilgandan sung jumrak bekitiladi | 7 |
| 5. | Kushetka ustiga kleyonka tushaladi | 7 |
| 6. | Bemor kushetka ustiga, chetiga yakin, chap yonboshi bilan tizzalarini bukib, korniga tortib yotkiziladi | 7 |
| 7. | Naycha ustiga steril vazelin yupka kilib surtiladi | 7 |
| 8. | Bemorning dumbalari chap kul barmoklari yordamida kiritiladi, orka chikaruv teshigiga vazelin surtiladi | 7 |
| 9. | Uchlik orka chikaruv teshigiga 8-10 sm yukoriga va oldinga karatib, keyin sal orkaga karatib, aylanma xarakat bilan kiritiladi | 7 |
| 10. | Jumrak ochiladi, Esmarx krujkasi kutarilib turiladi | 7 |
| 11. | Krujkada ozgina suv kolganida jumrak yopiladi | 8 |
| 12. | Uchlik orka chikaruv teshigidan chikarib olinadi | 6 |
| 13. | Bemor yana bir necha minutdan sung xojatxonaga borib, ichaklarni bushatadi | 8 |
| 14. | Rezina naychadan uchlik ajratiladi va yukumsizlantiriladi | 8 |
| Jami: | | 100 |

Amaliy ko`nikma № 9

Jigarni perkussiyasi (Kurlov buyicha) texnikasini kursating

Bajarilish tartibi etaloni.

| | <i>Xarakatlar ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakatlar):</i> | <i>Баллар</i> |
|----|---|---------------|
| 1. | bemor yotgan xolda ung urta umrov chizigi buyicha perkutor tovush tumtoklashganga kadar perkussiya kilib boriladi. | 10 |
| 2. | Bu 6 kovurgaga tugri keladi. | 10 |
| 3. | Pastdan xuddi shu liniya buyicha kindik tugrisida timpanik perkutor tovushni tumtoklashgunga kadar perkussiya kilinadi. | 10 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 4. | Bu 10 kovurgaga tugri keladi. | 10 |
| 5. | 1 vertikal liniyaning yukori nuqtasidan tanani oldingi urta chizigiga karab taxminan chizik utkazilib, kesishgan joyiga nuqta kuyiladi. | 15 |
| 6. | Pastdan kindikdan yukoriga karab perkutor tovush tumtoklashgunga kadar perkussiya kilinadi. | 15 |
| 7. | Bu xanjarsimon usik bilan kindik urtasidagi soxasni yukorigi 3 dan 1 kismiga tugri keladi. | 15 |
| 8. | chap kovurga yoyi buylab 10 kovurga soxasidan to tumtok tovush bulgunga kadar perkussiya kilib kelinadi. | 15 |
| 9. | Normada 1 ulcham 10-12, 2 ulcham 8-10, 3 ulcham 5-7 sm bulishi kerak. | |
| Jami: | | 100 |

Amaliy ko`nikma № 10

Siydikni Zimmistkiy usuli buyicha tekshirish texnikasi.

Zarur jihozlar: 8 ta toza banka, blanka

Bajarilish tartibi etaloni.

| <i>№</i> | <i>Xarakteristik ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakteristik):</i> | <i>Баллар</i> |
|----------|--|---------------|
| 1. | 8 ta toza banka tayyorlanadi | 14 |
| 2. | Xar bir bankaga yullanma yoziladi | 14 |
| 3. | Bemor ertalab soat 6 da kovugini bushatadi, bu siydik tukib tashlanadi | 14 |
| 4. | 3 soatlik tanaffus beriladi, soat 6-9 da birinchi porstiya siydik olinadi | 14 |

| | | |
|-------|--|-----|
| 5. | Shuningdek bir sutka davomida bemor 8 marta kovugini bushatadi | 14 |
| 6. | Ertasi ertalab soat 6 da oxirgi porstiya yigiladi | 14 |
| 7. | Siydikning 8 porstiyasi laboratoriyaga uzatiladi | 16 |
| Jami: | | 100 |

Amaliy ko`nikma № 11

Siydikni Addis-Kakovskiy usuli buyicha tekshirish texnikasini kursating.

Zarur jihozlar: 3 ta toza banka, blanka

Bajarilish tartibi etaloni.

| <i>№</i> | <i>Xarakteristik ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakteristiklar):</i> | <i>Баллар</i> |
|----------|--|---------------|
| 1. | Bemorning tashki jinsiy organlari yuviladi | 10 |
| 2. | Siydikni yigish uchun toza idish kattarok bulishi lozim | 10 |
| 3. | Siydik yigishdan oldin idishga konservant solinadi: bir necha timol ristalchasi yoki farmalkdegid tomchisi | 10 |
| 4. | Siydikni uch soat ichida yigish lozim | 10 |
| 5. | Soat 22 da bemor kovukni bushatadi | 15 |
| 6. | Soat 22 dan to ertalab 8 gacha siydik yigiladi | 15 |
| 7. | Ertalab soat 8 da siydik yigiladi va laboratoriyaga uzatiladi | 15 |
| 8. | Bemorga reakstiya beruvchi moddalar | 15 |
| Jami: | | 100 |

4. Mustaqil ta'lim mavzulari

Mustaqil ish 1

Disfagiya sabablari, xavf omillari, etiologiyasi, patogenezi, og'riqning rivojlanish mexanizmi

- 1) Disfagiya izoh bering
- 2) Disfagiya rivojlanish sabablari
- 3) Disfagiya xavf omillar
- 4) Disfagiya etiologiya
- 5) Disfagiya patogenezi,
- 6) Disfagiya og'riq xosil bo'lish mexanizmi
- 7) Disfagiya olib keluvchi ichki kasalliklar
- 8) Disfagiya diagnostikasi
- 9) Disfagiya tekshirish usullari

1-mavzu

| Mavzuning nomi | Ball | Baho | Talabning bilim darajasi |
|--|--------|-------------|---|
| Tibbiy deontologiyasi, evtonaziya muammolari, yatrogeniya. | 86-100 | A'lo | Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 71-85 | Yaxshi | Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 55-70 | Qoni qarli | Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 0-54 | Qoni qarsiz | Tasavvurga ega emas, bilmaydi. |

Mustaqil ish 2

Yara kasalligining klinik ko'rinishlari, klinikolaborator mezonlari, asorati va davolash usullari.

- 1) Yara kasalligi haqida tushuncha (tarifi)
- 2) Yara kasalligi klinik ko'rinishlari
- 3) Yara kasalligi etiologiyasi
- 4) Yara kasalligi rivojlanish mexanizmi
- 5) Yara kasalligi klinikasi
- 6) Yara kasalligi bemorlarni ko'zdan kechirish
- 7) Yara kasalligi bemorlarni palpatsiyasi
- 8) Yara kasalligi bemorlarni laborator tekshirish
- 9) Najasni Gregerson usulida tekshirish
- 10) Yara kasalligi bemorlarni rentgenologik tekshiruvini
- 11) Yara kasalligi bemorlarni endoskopik tekshirish

| Mavzuning nomi | Ball | Baho | Talabning bilim darajasi |
|----------------|------|------|--------------------------|
|----------------|------|------|--------------------------|

| | | | |
|--|--------|-------------|---|
| Asosiy va qoshimcha nafas shovqinlari qiyosiy diagnostikasi. Pnevmoniyalar | 86-100 | A'lo | Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 71-85 | Yaxshi | Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 55-70 | Qoni qarli | Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 0-54 | Qoni qarsiz | Tasavvurga ega emas, bilmaydi. |

Mustaqil ish 3

Pankreatit etiologiyasi, patogenezi, va tasnifi. Oshqozon osti bezi o'smasida o'tkaziladigan diagnostik tekshiruvlar.

1. Pankreatit kasalligi haqida tushuncha (tarifi)
2. Pankreatit kasalligi klinik ko'rinishlari
3. Pankreatit kasalligi etiologiyasi
4. Pankreatit kasalligi rivojlanish mexanizmi
5. Pankreatit kasalligi klinikasi
6. Pankreatit kasalligi bemorlarni ko'zdan kechirish
7. Pankreatit kasalligi bemorlarni palpatsiyasi
8. Pankreatit kasalligi bemorlarni laborator tekshirish
9. Pankreatit kasalligida najas tekshiruvini diagnostik ahamiyati
10. Pankreatit kasalligi bemorlarni rentgenologik tekshiruvi
11. Pankreatit kasalligi bemorlarni endoskopik tekshirish

3-mavzu

| Mavzuning nomi | Bal l | Bah o | Talabning bilim darajasi |
|-------------------------------|--------|------------|---|
| Plevritlar. Bronxial astma | 86-100 | A'lo | Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 71-85 | Yaxshi | Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 55-70 | Qoni qarli | Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 0-54 | Qoni | Tasavvurga ega emas, bilmaydi. |

| | | | |
|--|--|------------|--|
| | | qarsi z | |
|--|--|------------|--|

Mustaqil ish 4

Nospetsefik yarali kolit asoratlari va ichakni diagnostik tekshiruv mezonlari.

1. Nospetsefik yarali kolit kasalligi haqida tushuncha (tarifi)
2. Nospetsefik yarali kolit kasalligi diferentsial diagnostikasi
3. Nospetsefik yarali kolit kasalligi etiologiyasi
4. Nospetsefik yarali kolit kasalligi rivojlanish mexanizmi
5. Nospetsefik yarali kolit kasalligi klinikasi
6. Nospetsefik yarali kolit kasalligi bemorlarni ko'zdan kechirish
7. Nospetsefik yarali kolit kasalligi bemorlarni palpatsiyasi
8. Nospetsefik yarali kolit kasalligi bemorlarni laborator tekshirish
9. Nospetsefik yarali kolit kasalligida najas tekshiruvini diagnostik ahamiyati
10. Nospetsefik yarali kolit kasalligi bemorlarni rentgenologik tekshiruvini
11. Nospetsefik yarali kolit kasalligi bemorlarni endoskopik tekshirish

4-mavzu

| Mavzuning nomi | Ball | Bah o | Talabning bilim darajasi |
|--|--------|-----------------|---|
| Organik va funksional shovqinlarni qiyosiy diagnostikasi | 86-100 | A'lo | Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 71-85 | Yaxshi | Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 55-70 | Qoni qarli | Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 0-54 | Qoni qarsi z | Tasavvurga ega emas, bilmaydi. |

Mustaqil ish 5

Gepatomegaliya bilan kechuvchi kasalliklar etiopatogenezi, klinik ko'rinishlari, kasallikning sindromal diagnostikasi.

1. Gepatomegaliya haqida tushuncha
2. Gepatomegaliya bilan kechuvchi kasalliklar
3. Gepatomegaliya etiologiyasi
4. Gepatomegaliya rivojlanish mexanizmi
5. Gepatomegaliya klinikasi
6. Gepatomegaliya bilan bemorlarni ko'zdan kechirish

7. Gepatomegaliya bor bemorlar bemorlar ni palpatsiyasi
8. Gepatomegaliyada laborator tekshirish
9. Gepatomegaliyada bemorlarni instrumental tekshirish
10. Gepatomegaliyada bemorlarni radioizotop tekshirish

5-mavzu

| Mavzuning nomi | Ball | Baho | Talabning bilim darajasi |
|---|--------|-------------|---|
| Yurak nuqsonlari Yurak tonlari normasi va patologiyada o'zgarishi | 86-100 | A'lo | Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 71-85 | Yaxshi | Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 55-70 | Qoni qarli | Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 0-54 | Qoni qarsiz | Tasavvurga ega emas, bilmaydi. |

Mustaqil ish 6

Jigar sirrozi etiopatogenezi, klinik ko'rinishlari, va diagnostikasi.

1. Jigar sirrozi etiopatogenezi haqida tushuncha (tarifi)
2. Jigar sirrozi klinik ko'rinishlari
3. Jigar sirrozi etiologiyasi
4. Jigar sirrozi rivojlanish mexanizmi
5. Jigar sirrozi klinikasi
6. Jigar sirrozi bemorlarni ko'zdan kechirish
7. Jigar sirrozi bilan bemorlar palpatsiyasi
8. Jigar sirrozi, bemorlarni laborator tekshirish
9. Jigar sirrozi, najas tekshiruvini diagnostik ahamiyati
10. Jigar sirrozi jigar palpatsiyasi, perkussiyasi

6-mavzu

| Mavzuning nomi | Ball | Baho | Talabning bilim darajasi |
|---|--------|--------|---|
| Bakterial endokardit simptomatologiyasi | 86-100 | A'lo | Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 71-85 | Yaxshi | Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |

| | | | |
|--|-------|-------------|--|
| | 55-70 | Qoni qarli | Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 0-54 | Qoni qarsiz | Tasavvurga ega emas, bilmaydi. |

Mustaqil ish 7

Sariqlik bilan kechuvchi kasalliklar etiopatogenezi, klinik ko'rinishlari, kasallikning sindromal diagnostikasi.

1. Sariqlik etiopatogenezi haqida tushuncha (tarifi)
2. Sariqlik klinik ko'rinishlari
3. Sariqlik etiologiyasi
4. Sariqlik rivojlanish mexanizmi
5. Sariqlik klinikasi
6. Sariqlik bemorlarni ko'zdan kechirish
7. Sariqlik bilan bemorlar palpatsiyasi
- 8 Sariqlik, bemorlarni laborator tekshirish
9. Sariqlik najas tekshiruvini diagnostik ahamiyati
10. Sariqlik jigar palpatsiyasi, perkussiyasi
11. Parenximatov sariqlik
12. jigar usti sariqligi
13. jidar osti sariqligi

7-mavzu

| Mavzuning nomi | Ball | Baho | Talabning bilim darajasi |
|--|--------|-------------|---|
| Postinfarkt kardioskleroz simptomatologiyasi | 86-100 | A'lo | Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 71-85 | Yaxshi | Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 55-70 | Qoni qarli | Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 0-54 | Qoni qarsiz | Tasavvurga ega emas, bilmaydi. |

Mustaqil ish 8

Buyrakning yallig'lanish va immun yallig'lanish kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi, kasalliknin klinik namoyon bo'lishi, diagnostikasi va aktivlik mezonlari.

1. Buyrakning yallig'lanish etiopatogenezi haqida tushuncha (tarifi)
2. Buyrakning yallig'lanish klinik ko'rinishlari
3. Buyrakning yallig'lanish etiologiyasi
4. Buyrakning yallig'lanish rivojlanish mexanizmi
5. Buyrakning yallig'lanish klinikasi
6. Buyrakning yallig'lanish bemorlarni ko'zdan kechirish
7. Buyrakning yallig'lanish bilan bemorlar palpatsiyasi
8. Buyrakning yallig'lanish, bemorlarni laborator tekshirish
9. Immun yallig'lanish kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi, kasalliknin klinik namoyon bo'lishi, diagnostikasi va aktivlik mezonlari.
10. Buyrakning yallig'lanish palpatsiyasi, perkussiyasi

8-mavzu

| Mavzuning nomi | Ball | Bah o | Talabaning bilim darajasi |
|---|--------|--------------|---|
| Dilyatatsion kardiomiopatiya simptomatologiyasi | 86-100 | A'lo | Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 71-85 | Yaxshi | Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 55-70 | Qoni qarli | Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega. |
| | 0-54 | Qoni qarsi z | Tasavvurga ega emas, bilmaydi. |

Baholash

TEMATIK REYTING BAHOLASH

IKP kafedrasida Terapiya fani bo'yicha talabalar bilimini nazorat qilish va baholash uchun «Oliy ta'lim muassasalarida talabalar balimini nazorat qilish va baholarning reyting tizimi to'g'risida Nizom» hamda tibbiyot oily ta'lim muassasalari rektorlari Rayosati tomonidan tavsiya etilgan nizom asosida kelib chiqishi.

Baholash tartibi va mezonlari.

Talabalarning bilim saviyasi, ko'nikma va malakalarini nazorat qilishning reyting tizimi asosida talabalarning Terapiya fani bo'yicha o'zlashtirish darajasi ballar orqali ifodalanadi.

« Terapiya » fani bo'yicha talabaning semestr davomidagi o'zlashtirish ko'rsatkichi 100 ballik tizimda baholanadi.

Ushbu 100 ball nazorat turlari bo'yicha quyidagicha taqsimlanadi:

Joriy baholash - 45 ball;

Oraliq baholash –20 ball;

Mustaqil ish - 5 ball;

Yakuniy baholash – 30 ball (15 ball OSKE va 15 ball test);

Stomatologiya fakulteti 3 kurs talabalarini « Terapiya » fani bo'yicha o'qitish uslublarini o'ziga xosligini inobatga olgan holda bilimni baholashda JB, TMI, OB va YABlarning qiymatini hisobga olish uchun koeffitsenti qo'llaniladi.

| № | Baholash turi | Maksimal ball | Saralash bali | koeffitsenti |
|----|------------------|---------------|---------------|--------------|
| 1. | Joriy baholash | 45 | 24,75 | 0,45 |
| 2. | TMI | 5 | 2.75 | 0,05 |
| 3. | Oraliq baholash | 20 | 11,0 | 0,2 |
| 4. | Yakuniy baholash | 30 | 16,5 | 0,3 |
| | JAMI | 100 | 55,0 | 1 |

Talabani baholash va tibbiy pedagogika 3 kurs « Terapiya » fani bo'yicha o'zlashtirish ko'rsatkichini nazorat qilishda quyidagi namunaviy mezonlar tavsiya etiladi:

a) 86-100 ball uchun talabani bilim darajasi quyidagilarga javob berish lozim:

xulosa va qaror qabul qilish;

ijodiy fikrlay olish;

mustaqil mushohada yurita olish;

olgan bilimlarini amalda qo'llay olish;

mohiyatini tushunish;

bilish, aytib berish;

tasavvurga ega bo'lish.

b) 71-85 ball uchun talabani bilim darajasi quyidagilarga javob berish lozim:

mustaqil mushohada yurita olish;

olgan bilimlarini amalda qo'llay olish;

mohiyatini tushunish;

bilish, aytib berish;

tasavvurga ega bo'lish.

v) 55-70 ball uchun bilim darajasi quyidagilarga javob berish lozim:

mohiyatini tushunish;

bilish, aytib berish;

tasavvurga ega bo'lish.

e) quyidagi hollarda talabani bilim darajasi-54 ballgacha baholanishi lozim:

aniq tasavvurga ega bo'lmaslik, bilmaslik.

namunaviy mezonlarga muvofiq mutaxassislik Terapiya fanlar bo'yicha tayanch ta'lim muassasi (TTA) tomonidan yakuniy nazorat uchun baholash mezonlar topshiriqlari ishlab chiqilib, institut Ilmiy- uslub kengashi tomonidan tasdiqlanadi va turdosh oliy ta'lim muassasalariga yetkaziladi.

Talabalarning Terapiya fani bo'yicha mustaqil ishi joriy, oraliq va yakuniy nazoratlar jarayonida tegishli topshiriqlarini bajarishi va unga ajratilgan ballardan kelib chiqqan holda baholanadi.

Talabaning Terapiya fan bo'yicha reytingi aniqlanadi:

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

buyerd:

V–V semestrda Terapiya faniga ajratilgan umumiy o'quv yuklamasi (306 soat).

O' –fan bo'yicha o'zlashtirish darajasi (ballarda).

Terapiya fani bo'yichya joriy, oraliq va yakuniy nazoratlarning har birida ajratilgan ballning 55 foizi saralash ball etib belgilanadi.

Joriy va oraliq nazoratlarning har birida ajratilgan ballning saralash ballining 55 foizidan ortiq ball to'plagan barcha talabalar ushbu fan bo'yicha yakuniy nazoratga kiritiladi.

Agar talaba yakuniy nazoprada shu nazorat turi bo'yicha saralash balidan yuqori to'plasa, bu ball joriy va oraliq nazoratlardan to'plangan ballarga qo'shiladi. Aks holda talaba Terapiya fani bo'yicha o'zlashtirmagan hisoblanadi.

Glossariy

| | |
|---|---|
| <p>Agoniya (grech) borba</p> <p>Ambulatoriya (lat) podvijniy xolyachiy</p> <p>Akrosianoz (grech) krayniy samiy otdalenniy, visokiy.</p> <p>Akromegaliya (grech) krayniy samiy otdalenniy, visokiy.</p> <p>Anamnez (grech) vospominaniye</p> <p>Anasarka (grech) pristavka, oznachayushaya dvejeniyе verx, usulennyoy deystviye, obratnoy, protivopolojnyoy deystviye grech.(myaso)</p> <p>Antropometriya (grech) chelovek grech. (mera)</p> <p>Artrit (grech). Sustav chastitsa</p> <p>Astenik (grech) bessiliye, slabost</p> <p>Assit (grech) bryushnaya vodyanka</p> <p>Auskultasiya (lat) vislushivat</p> <p>Bolezn (grech) nedug, bolezni</p> | <p>Olim arafasida ro'y beradigan xolat</p> <p>Davolash profilaktik muassasi bo'lib, shifoxonadan tashqari tibbiy yordan ko'rsatishga mo'ljallangan. Tarkibida ko'pi bilan 5 ta vrachlik shtati bo'ladi.</p> <p>Odam tanasi distal qismlari, tirnoqlar, burun uchi, quloq pastki uchlarning ko'kimtir tusga kirishi</p> <p>Gipofiz va gipotalamus shikastlanishi natijasida kelib chiqadigan neyroendokrin kasallik bo'lib, qo'l-oyoq panjasi, yuz skeleti suyaklari, ichki organlarning kattalashishi va moddalar almashinuvining buzilishi bilan ifidalanadi.</p> <p>Bemordan bemorning o'zi haqida va kasallikning paydo bo'lishi va rivojlanishi to'g'risida surishtirish</p> <p>Butun teri osti kletchatkasining shishib ketishi, tarqalgan shish</p> <p>Odam gavdasining turli qismlari, vazni va bo'yini o'lchash</p> <p>Bo'g'imning yallig'lanishi</p> <p>Gavda bo'y o'lchovlarining ko'ndalang o'lchovlariga nisbatan haddan tashqari katta bo'lishini xarakterlovchi odam tuzilishining turi.</p> <p>Qorin bo'shlig'ida erkin syuqlikning yig'ilishi</p> |
|---|---|

| | |
|--|---|
| Vezikula (lat) umenshitelno, puzir | Tovush hodisalarini ularning eshitilishi bilan bog'liq bo'lgan eshitib ko'rishga asoslangan ichki organlarning asosiy usuli |
| Vitiligo (lat) porok, porcha | Organizmning zararlanishiga javoban reaksiyasi |
| Gimeplegiya (grech) poluudar | Seroz ekssudat bilan to'lgan (diametri 5 mm gacha bo'lgan) pufakcha holidagi toshmaning birlamchi morfologik elementi |
| Paraplegiya | |
| Tetraplegiya | Terida katta-kichikligi va turlari har xil bo'lgan pigmentsizlangan oq dog'larning paydo bo'lishi |
| Gerpes (grech) polzuchaya | Gavda bir bo'lagi mushaklarining falaji (yarim, bir tomonlama). Qo'l-oyoqlarining (ko'ndalang) falaji. |
| Gigantizm (grech) velikan, gigant | Barcha qo'l-oyoqlarining falajlanishi |
| Gigiyena (grech) prinosyashiy zdorovye, selebniy. Boginya zdorovya (u drevnix grekov) | Barcha qo'l-oyoqlarining falajlanishi |
| Giperpigmentatsiya (grech) pristavka, nad, sverx, chrezmernoye povisheniye, uvelichenie chego-libo | Teri va shilliq pardalarga pufakchalar ko'rinishida toshmalar toshishi (uchi) |
| Giperstenik (grech) sila | Klinik sindrom bo'lib bo'yning xaddan tashqari o'sib ketishi bilan xarakterlanadi (erkaklar 200 sm dan, ayollar 180 sm dan baland bo'ladi) yoki tana ayrim qismlarining juda ham kattalashib ketishi. |
| Gospital (lat) gostepriimniy | Tashqi muxit omillarning odam sog'ligiga ta'sirini o'rganadigan axoli yashaydigan joylarni, odamlarning turmush va ishlash sharoitlarini sog'lomlashtirishga qaratilgan chora-tadbirlar. |
| Gospitalizirovat | Teri qoplamlari va shilliq pardalarning qoramtir rangga zo'r berib bo'yalishi. |

| | |
|---|--|
| Gipertermiya (grech) teplota | Gavda ko'ndalang o'lchovlarining bo'ylama o'lchovlariga nisbatan katta bo'lishi va to'sh suyagi osti burchagining o'tmas bo'lishi bilan xarakterlanadigan kishi tanasining tuzilishi tipi |
| Gipertermiya (grech) pristavka, oznachayushaya: pod, nije, snizu, ponijeniye, umensheniye nedostatocnost, slabaya virajennost | Harbiy xizmatchilarni stasionar davolashga mo'ljallangan davolash muassasi (shifoxona) |
| Gorb (lat) bugor | Bemorni tekshirish va davolash uchun shifoxona (kasalxona) ga yotqizish |
| Depigmentatsiya (lat) oznachayushaya: prekrashenie, udaleniye, ustraneniye, izbavleniye ot chego-libo; dvijeniye vniz | Gavda harorati oshgan holda organizmning issiqlab ketishi |
| Deontologiya doljnoe nadlejashee nauka, ucheniye. Vrachebnoe deontologiya | Tana haroratining pasayishi |
| Diagnoz raspoznavaniye (grech) | Ro'yi-rost ifodalangan kifoiz bilan xarakterlanadidan ko'krak qafasi va umurtqa pag'onasining qiyshayib qolishi (deformatsiyasi), bukirlilik. |
| Diagnostika sposobnost raspoznavat (grech) | To'qimalarning qisman yoki tamomila pigmentsizlanishi |
| Dinamika sila, deystviye (grech) | Shifokorning burchi va vazifalari haqidagi ta'limot axloq etik qonun -qoidalari bemorlar va hamkasblari bilan o'zaro munosabatlarini o'z ichiga oladigan vrachning o'zini qanday tutish haqidagi ilm-fan |
| Irradiatsiya boley ozaryat, ocveshat (let) | Gavda normal qismi shaklining biror organining o'zgarishi (aynishi) turi, formasi. Kasallikning og'ir- yengilligini aniqlash |
| Kaxeksiya istosheniye, xudosochniye (grech) | Kasallik jarayonini aniqlash |
| Klinika—grech | |

| | |
|--|--|
| Klonicheskiy smyatenie, sutoloka (grech) | Birorta harakatning, masalan, kasallikning rivojlanish bosqichlari |
| Koylonixiya | Og'riqlarning patologik o'choq chegarasidan tashqarida tarqalishi |
| Koma spyachka (grech) | Xaddan tashqari ozib ketish darajasi |
| Konstitutsiya | Davolashdan tashqari, ilmiy tekshirish va pedagogik o'tkaziladigan davolash (stasinar) muassasi |
| Kretinizm | Mushaklarning tez-tez qisqarishi |
| Krizis-resheniye (grech) | Tirnoqlar shaklining qoshiqsimon o'zgarishi |
| Krapivnitsa | Es-hush susayishining og'ir darajasi bo'lib, bunda markaziy nerv sistemasi qattiq zararlanib es-hush tamomila yo'qoladi, reflekslar bo'lmaydi va hayotiy muxim funksiyalar izdan chiqadi |
| Kuratsiya- vedeniye, polzovaniye (lat) | Odam gavdasining tuzilishi va shakli, tashqi sharoit, sotsioal muxit ta'sirida kishida paydo bo'ladigan irsiy, morfologik va fiziologik xususiyatlar yig'indisi. |
| Lixoradka- povishenie temperaturi (lat) | Gipofiz oldi bo'lakchasi faoliyatining susayishi natijasida aqliy va jismoniy jihatdan o'smay qolish bilan xarakterlanadigan endokrin kasallik. |
| Postoyannaya lixoradka | Potologik jarayon kechishining keskin o'zgarishi (masalan, isitmaning keskin pasayishi) |
| Poslablyayushaya lixoradka | Terida kamroq shilliq pardalarda cheklangan yoki diffuz holda joylashadigan qizil dog'lar, bular qichish |

| | |
|---|--|
| Peremejayushaya lixoradka | bilan davom etib, pufakcha hoida ko'tarilib turadi. |
| Istoshayushaya ili rekticheskaya lixoradka | Bemorlarni kuzatib borish Tana xaroratining ko'tarilishi bilan ifodalanadigan organizm reaksiyasi |
| Volnoobraznaya lixoradka | Xaroratning doimiy yuqori bo'lishi. Ertalab va kechqurun harorat o'rtasidagi farq 1 C dam oshmaydi. |
| Vozvratnaya lixoradka | Ertalab va kechqurun harorat o'rtasidagi farq 1C dan ortiq bunda ertalab harorat kamida 37 C dan oshiq bo'ladi. |
| Obratnaya ili izvrashennaya lixoradka | |
| Lordoz | |
| Medisiya lechu lechit, vrach, vrachebnoe iskustva | Haroratning bir kunlik farqlanishi 1C dan oshiq bunda ertalab harorat norma atrofida bo'ladi Kechki va ertalabki harorat 3-4C farq qiladi, bunda ertalabki harorat norma atrofida yoki normadan pastroq bo'ladi. Ko'pincha odamning madorini quritadigan terlash va uvishishi bilan davom etadi. |
| Monoartrit | |
| Nanizm | |
| Nozologiya- nauka obolezni (grech) | Harorat vaqti-vaqtida ko'tarilib va tushib turadi |
| Normosteniya | Bir necha kun isitmalash davri isitmasiz davr bilan almashib turadi |
| Osmotr | Harorat ertalab kechqurunga qaraganda yuqori bo'ladi |
| Ortopnoe | Umurtqa pag'onasining oldingi qiyshayishi |
| Obratnoe raspolojenie vnutrennix organov | Kasallikning aniqlashda davolash va uning oldini olishga, odamlar |

| | |
|--|---|
| Nalpassiya | salomatligini saqlash va mustahkamlashga, qobiliyatini oshirish va umrini uzaytirishga qaratilgan ilmiy bilimlar va amaliy choralar tadbirlar sistemasi |
| Papula-uzelok (grech) | Faqat bitta bo'g'imning yallig'lanishi |
| Paralich- rasslablenie (grech) | Endokrin kasallik bo'lib, bo'yi nixoyatda past bo'lishi, jinsiy jixatdan voyaga yetmaslik bilan namoyon bo'ladi |
| Patogenez- stradanie, bolezni (grech) vozniknovenie | Ayrim kasalliklar haqidagi ta'limot |
| Patognomonichniy sindrom-utkazatel | Kishining gavda tuzilishi to'g'ri proporsional bo'lishi bilan farq qiladigan tipi |
| Patalogiya- stradanie, bolezni (grech) | Ko'zdan kechirish, tekshirish |
| Perkussiya | Bemorlarning oyoqlarini pastga tushirib turgan majburiy o'tirgan holati |
| Poliklinika | Ichki organlarning butunlay almashinib joylashishi |
| Petexii | Asosiy tekshirish usuli bo'lib bunda bemor paypaslab ko'riladi |
| Propedvtika- obuchat predvritelno (grech) | Bu teri toshmalaridan bo'lib teridan biroz ko'tarilgan qattiq tugunchadir |
| Prognoz medisinskiy (grech) znanie napered, predskazanie | Ish faoliyatining buzilishi natijasida organlarning falajlanishi |
| Profilaktika- preduppeditelniy, predoxranitelniy (grech) | Kasallikning rivojlanish va paydo bo'lish mexanizmini o'rganuvchi meditsina bo'limi |
| Rubsi posle beremennosti | Muayyan kasallikni ko'rsatuvchi simptom |
| | Kasalliklar haqidagi ta'limot |

| | |
|--|---|
| Rozeola | Bemorni tikillatib ko'rish yo'li bilan tekshirish metodi |
| Rezistentnost | Ixtisoslashtirilgan davolash-profilaktika muassasasi bo'lib, u murojaat qilib kelgan bemorlarga va uyida tibbiy yordam ko'rsatadi |
| Remissiya umenshenniye, oslablenie | Bosib ko'rilganda yo'qolmaydigan nuqta-nuqta holiday teri ostiga qon quyilishi (petexiyalar) |
| Sanasiya- otsyuda sanitarniy, sanatoriy | Bu talabalarga kasalliklarning tekshirish usullarini, aniqlashni belgilarga asosan o'rgatuvchi boshlang'ich fandır. |
| Semiotika, simptomatologiya, semiologiya (grech) | Kasalliklarning kelajak natijalarini oqimini belgilaydi |
| Simptom- sovpadenie, priznak (grech) | |
| Sindrom | Kasalliklarning oldini olish |
| Skolioz- krivoy, izognutniy (grech) | Xomiladorlikda qorin devor terisining ustki qavati cho'zilib yirtiladi, natijada mayday-mayda chandiqlar qoladi. |
| Sopor- spyachka | Bosib ko'rilganda yo'qolib ketadigan pushti rang dumaloq shakldagi mayday dog'lar |
| Status nastoyashiy | Organlarning qarshilik ko'rsatishi, paypastlab ko'rib aniqlash.Organizmning patogen omillar ta'siriga bo'lgan chidamliligi. |
| Stetoskop | Mikroblarning antibiotiklarga, sulfanilamidlarga va boshqa ximioterapevtik vositalarga nisbatan chidamliligi |
| Striya | |
| Stupor | Kasallik hodisalarining vaqtinchalik susayishi |
| Sip | |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Terminalnoy sostoyanie | Sog'lomlashtirish |
| Termometriya (grech) tepliy, mera | Kasalliklar simptomlari, alomatlari haqidagi fan |
| Trofika- pitaniye (grech) | Kasallik belgilarining bir alomati |
| Alimentarnaya distrofiya pisha, eda | Kasallik xolatini, kelib chiqishini belgilovchi simptomlar yig'indosi |
| Turgor | Umurtqa pag'onasining biror yon tomonga qiyshayishi |
| Fonendoskop | Reflekslar saqlangan xushsiz holat |
| O'rtikarnaya sip | |
| Sianoz | Ahvol, holat Bemorni ko'zdan rechirayotganda bo'lgan ahvol |
| Epikriz | Odam organizmida paydo bo'luvchi tovushlarni eshitadigan asbob-uskuna |
| Eritema | Teridagi chiziqlari |
| Endoartering | Karaxtlik bilan ifodalanadigan es-hushning izdan chiqishi |
| Etiologoya | Teri va shilliq qavatlardagi har xil, alohida, ba'zan bir-biri bilan qo'shilib ketadigan dog'lar, tugunchalar, pufakchalar va boshqa belgilar. |
| Yatrogeniya- vrach, lecheniya (grech) | O'sal holat o'lim oldi holati |
| | Haroratni o'lchash |
| | Oziqlanish, ovqatlanish. Ovqatlanishning buzilishi |
| | Ochlik natijasida ovqatlanishning (distrofiya) |

| | |
|--|---|
| | <p>Teri tarangligi va elastikligi</p> <p>Odam organizmida paydo bo'ladigan tovushlarni kuchaytirib eshittiradigan moslamasi bor asbob-uskuna</p> <p>Eshakemi</p> <p>Teri qoplamlari va ko'zga ko'rinadigan shilliq pardalarning ko'kimtir rangda bo'lishi</p> <p>Kasallikning oqibati haqidagi xulosa</p> <p>Terining qizarishi</p> <p>Qon tomir devorlarining organik o'zgarishi</p> <p>Kasalliklarning paydo bo'lishi sabablari va shart-sharoitlari haqidagi fan</p> <p>Shifokor sababchi bo'lgan kasallik</p> |
|--|---|

Nafas sistemasi.

| | |
|-------------------------|--|
| Absess legkogo | O'pka to'qimasining yiringli yallig'lanishi |
| Apnoe | Nafasning to'xtab qolishi |
| Astma | Nafas qisish kasalligi diqqi nafaslik, bo'g'ilish holati. |
| Atelektaz | O'pka biror bo'lagining havo sig'imini yo'qolib, puchayib qolishi. |
| Amforichtskoye dixaniye | Agar o'pka to'qimasining ko'krak qafasiga yaqinroq yerida devorlari tekis katta bo'shliq, Bronx yo'llarida ochilgan bo'lsa, u holda amforik nafas yoki og'zi tor butilkaga puflaganda eshitiladigan tovushga o'xshaydi |
| Bradipnoz | Haddan tashqari siyrak nafas olish |
| Bronxialnaya astma | Bronxial astma. Bu kasallikda bo'g'ilish asosiy o'rin tutadi, allergik va infeksiyon tabiatdagi kasallik bo'g'ilish natijasida paydo bo'ladi. Bunda ayniqsa nafas chiqarish vaqti-vaqti bilan takrorlanib turadi. |
| Bronxit | |
| Bronxografiya | Bronxlar (shilliq qavati) yallig'lanishi |
| Bronxoskopiya | Bronxlarga nur o'tkazilmaydigan kontrast modda yuborilib, ularni rentgen apparati yordamida suratga olib tekshirish |
| Bronxjfoniya | Bronx va shilliq qavatini bronxoskop yordamida tekshirish |
| Bronxoektaziya | Ko'krak qafasini eshitib ko'rganda bronxlardan o'tayotgan havo tovushini eshitish |
| Visipaniya | Bronxlar ayrim qasmlarining kengayishi. Bronxoektazlar silindrsimon, qopsimon, g'altaksomon shaklda bo'ladi. |

| | |
|---------------------------|---|
| Gangrene | Lab va burun atrofidagi uchuqlar |
| Temoptoz | O'pka to'qimasining chirishi |
| Gemotoraks | Qon tupurish |
| Gidropnevmotoraks | Plevra bo'shlig'ida qon to'planishi |
| Giperkapniya | Plevra bo'shlig'ida bir vaqtning o'zida suyuqlik va havoning to'planishi |
| Gidrotoraks | Qonda karbonat angidridning to'planishi. Bu hodisa o'pka ventilyatsiyasi susayishi bilan davom etadigan kasalliklarda kuzatiladi. |
| Gipoksemiya | Suyuqlikning plevra bo'shlig'ida yig'ilishi |
| Gipoksiya | Qonda kislorod konsentrasiyasining kamayishi |
| Diapedez | To'qimalarning kislorod yetishmovchiligi |
| Dixaniya Biota | Qon elementlarning tomirlar devori orqali atrofdagi to'qimaga o'tishi |
| Dixaniya Kussimulya | Nafas ritmining bir necha sekundga to'xtashi |
| Dixaniya Cheyn- stoks | (nafas olish normal bo'lganda) . meningitlarda va boshqa kasalliklarda uchraydi |
| Kaverna | Kuchli shovqinli siyrak nafas olish xarakterli. Bu Kusmaul nafasi. Bunday holat komada kuzatiladi. |
| Kislorodnaya emkost krovi | Nafas ritmining o'zgarishi. Bunda nafas to'liqsimon kuchaya boradi va nafas amplitudalari kamayib, o'rtasida pauzalar bo'ladi. Bu holat takrorlanib turadi. |
| Kifoz | CHeyn- stoks nafasi og'ir kasalliklarda |

| | |
|----------------------------------|--|
| Kompressiya | sog'lom odam uxlagan vaqtda ham ro'y berishi mumkin |
| Krepitasiya | Kavak, bo'shliq o'pka silida, o'pka gangrenasi va o'pka to'qimasining yiringligi kasalliklarida oson hosil bo'ladi. |
| Kashel | Qonning kislorod bilan to'yinish hajmi Umurtqa pag'onasining orqa tomonga qiyshayishi Ko'krak qafasining ezilishi (buzilishi) |
| Krovoxarkanie | G'ijirlash – bu qo'shimcha nafas tovushi bo'lib, sochlarni bir-biriga ishqalaganda chiqadigan ovozni eslatadi. Zotiljam, o'pka silida va og'ir yurak yetishmovchiligida eshitiladi. O'pka alveolarida paydo bo'ladi. Krepitasiya nafas olish avjida yaxshi eshitiladi. |
| Lordoz | |
| Pueril | Yo'tal refektor himoya akti bo'lib aksari nafas yo'llariga yot narsalar tushganda (balg'am, shilliq, qon, ovqat qoldiqlari) paydo bo'ladi |
| Oprelelenie golosovogo drojaniya | |
| Piatoraks | Qon tupurish nafas yo'llari yoki o'pka to'qimasi qon tomirlarining yorilishi natijasida yuzaga keladi. |
| Plevrit | Umurtqa pag'onasining oldinga qarab qiyshayishi Pueril nafas olish (yosh bolalarga uchraydi) Ko'krak suyaklarining ko'krak qafasidan ancha uzoq turishi |
| Pnevmoniya | |
| Pnevmoskleroz | Bu metod ko'krak qafasi a'zolari kasalliklarini aniqlash uchun qo'llaniladi Yiringning plevra bo'shlig'ida to'planishi |
| Pnevmetaxometriya | |

| | |
|---|--|
| Pnevmetoraks | Plevra varaqchalarining yallig'lanishi, quruq va ekssudativ pleuritlar farq qilinadi. Xarakteriga ko'ra pleuritlar seroz seroz-fibrinoz, gemorragik yiringli va aralash pleuritlarga bo'linadi. |
| Pulmonologiya | O'pka to'qimasining yallig'lanishi |
| Sakkadirovannoy ili prerivistoe dixanie | O'pkalarda biriktiruvchi to'qimaning haddan tashqari o'sib ketishi oqibatida zichlashmalar hosil bo'lishi |
| Spirografiya | Nafas olish va nafas chiqarish tezligini o'lchash Tashqi nafas funksiyasini pnevmotaxometr yordamida o'rganiladi. Pnevmetaxometriya usuli nafas muskullari kuchini aniqlashga yordam beradi. |
| Taxipnoz | Havoning plevra bo'shlig'ida to'planishi |
| Tomografiya legkix | Nafas organlari kasalliklarini o'rganadigan fan |
| Flyuorografiya | Bu vezikiulyar nafasning bir turi bo'lib niteks, to'xtab- to'xtab eshitiladi. Bunday nafas ,ba'zi mayda bronxlarda shilliq to'planganda yoki shilliq qavati shishganda havo noteks harakat qilganligi sababli eshitiladi |
| Xripi | Spirograf moslamasi yordamida tashqari nafasni tekshirib ko'rish va yozib olish |
| Shvarti | Nafasning tezlashuvi |
| Transsudat | Ko'krak qafasi organlarini qavatma-qavat qilib rentgenografiya qilish |
| Ekssudat | Dispanserizasiya maqsadida yoppasiga tekshiruv o'tkazish uchun qo'llaniladi. Bu metod tekshiriluvchini rentgen apparati ekraniga mahkamlangan flyuorograf yordamida rasmga tushirishdan iborat. |

| | |
|----------|---|
| Emfizema | <p>Xrillashlar bronxlar kasalliklari (o'tkir va surunkali bronxoektazlar va bronxopnevmoniya) da eshitiladi.</p> <p>Plevra varaqalarining qalinlashuvi</p> <p>Yallig'lanishi belgilari bo'lmagan suyuqlik, qon dimlanishi natijasida qon tomirlari devrlaridan bo'shliqqa sezilib chiqqan suyuqlik. Tarkibida 3 dan kam oqsil solishtirma og'irligi 1006-dan 1012 gacha bo'ladi.</p> <p>Yallig'lanish tufayli hosil bo'lgan suyuqlik. To'qimalarning yallig'lanishi natijasida qon tomirlar o'tkazuvchanlik xususiyatining ortishi. Buning natijasida qonning suyuq qismi to'qimalarga va bo'shliqlarga tushadi. Ekssudatda 3 dan 6 % gacha oqsil bor (solishtirma og'irligi 1015 dan ortiq)</p> <p>O'pka to'qimalari elastiklik holatining buzilishi natijasida havo qoldig'ining ko'payib, o'pka hajmining kengayib ketishi</p> |
|----------|---|

QON AYLANISH SISTEMASI

| | |
|------------------------|--|
| Alloritmiya | Yurak qisqarishlari ritmining vaqti-vaqtida (ritmik) izdan chiqishi |
| Anevrizma | Yurak qorinchalari va qon tomir devori muayyan bo'limlarining kengayishi. Ana shu kengaygan joy tomirga o'xshab urib turadi. |
| Aortalgiya | Uzoq davom etuvchi ko'krak og'rig'i. aorta zararlanganda kuzatiladi. |
| Aortit sifiliticheskiy | Zahm kasalligi natijasida yuzaga kelgan aortaning yallig'lanishi. Bu |

| | |
|------------------------|--|
| | kasallik odatda aorta klapanlarining yetishmovchiligiga olib keladi. |
| Aritmiya | Yurak faoliyati ritmining izdan chiqishi |
| Ballistokardiografiya | Ballistikardiograf apparati yordamida yurakning qisqarishi natijasida qonning aortaga va o'pka arteriyalariga tananing harakatiga bog'liq holda o'tishi grafik tarzda yozib olinadi. |
| Bigeminiya | Yurakning har bir normal qisqarishidan so'ng takrorlanadigan ekstrasistoliya |
| Blokaya | Yurakning o'tkazuvchi sistemasi orqali qo'zg'alish impulsining vaqtincha yoki butunlay o'tkazilmasligi. Blokadalar to'liq va to'liqmas bo'ladi |
| Bradikardiya | Yurak qisqarishining siyraklashuvi (1 minutiga 60 dan kam) |
| Bol | Yurak sohasidagi og'riqlar yurak kasalliklarida paydo bo'lishi ehtimol |
| Biche serdse | Yurak chegarasining har tomonga kengayishi. Bu gipertoniya, yurakning aortal poroklarida kuzatiladi. |
| Vektorkardiografiya | Bektorkardiograf yordamida yurakning elektr magnet maydonini o'lchash |
| Vinujdennoy polojeniye | Yurak va qon tomirlarning og'irlashgan kasalliklarida ko'riladi, bunda bemor dardini yengillashtiradigan holatni egallaydi |
| Gidroperikardit | Yurak xaltasida suyuqlik yig'ilishi |
| Gipertrofiya | |
| Gipertenziya | |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Gipotenziya | Yurakning zo'riqib ishlashi natijasida mushaklarining yo'g'onlashuvi |
| Dekompensasiya | Qon bosimining oshishi Qon bosimining pasayishi |
| Dekstrokardiya | Tiklanish qobiliyatining yo'qolishi. Biror organ yoki fiziologik sistemaning o'z ishi qobiliyatini yo'qotishi. Yurak dekompenzatsiyasi yurak kasalliklarida yurak ishining zaiflashishi, o'z vazifasini bajara olmasligi. |
| Diastola | Ko'krak qafasida yurakning o'ng tomonida joylashishi (tug'ma nuqson) |
| Dispnoe | Yurak mushagining bo'shishi, yurakning qon bilan to'lish davri |
| Infark | diastola deb ataladi Xansirash, xarsillash, entirish va nafas olishning qiyinlashuvi |
| Zatyajnoy septicheskiy endokardit | Yurak tojtomirlarining ma'lum bir qismida qon harakatining buzilishi, yurak mushagining chirishi miokard infarkti deyiladi |
| Kapillyaroskopiya | Endrokarditning cho'zilgan yiringligi yallig'lanishi. |
| Kardiologiya | Kapillyaroskop apparati yordamida kapilliyarni va kapilliyarlarda qon aylanishi tekshirish usuli. |
| Kardioskleroz | Kapillyaroskopiya asosan barmoqlarning tirnoq qismida o'tkaziladi |
| Tetrageminiya | Yurak tomir sistemasi kasalliklarini o'rganadigan fan |
| Koshache murlikane | Yurak mushaklarining kasalligi bo'lib, bunga chandiqli to'qima paydo bo'lishi sabab bo'ladi. Kardioskleroz, |

| | |
|-----------------------|--|
| | <p>aterosklerotik va miokardiotik turlar tafovut qilinadi</p> |
| Kompensasiya | <p>Yurak har uch marta qisqargandan keyin takrorlanadigan ekstrasistologiya</p> <p>Mushuk xurillashi, yurah soxasi paypaslab ko'rilganda seziladigan titrash, dirillash . Bu xodisa qonning topaygan teshik orqali o'tishi natijasida paydo bo'ladi. (Masalan, mitral va aortal teshik stenozida)</p> |
| Kofe s molokom | |
| Mersatelnaya aritmiya | <p>Biror organda funksional yoki organic kamchilik bo'lsa, uni shu organning boshqa qismlari tomonidan to'la yoki qisman bajarilishi. Natijada kamchilik bilinmay yoki ancha kamayadi. Masalan, yurak poroklarida yurak faoliyatining moslashuvi bosqichi</p> <p>Yurak endrokardining yiringli yallig'lanishida terining randi kofeli sut rangini eslatadi</p> |
| Miokardit | <p>Yurakning o'tkazish va qo'zg'alish holatining buzilishidan kelib chiqadi.</p> |
| Mitralnoye liso | <p>Puls ushlab ko'rilganda to'lqin navbatlanishi biror tartibni aniqlab bo'lmaydi, yzunligi, shuningdek qattaqligi jihatidan puls to'lqinlari xilma xil bo'ladi. Miltillovchi aritmiyada puls tezlashishi texitistolik bradisistolik yoki normosistolik bo'ladi</p> |
| Oksigemometriya | <p>Yurak mushagining yallig'lanishi</p> |
| Oksigeniterapiya | <p>Bugun va yonoq terisining kapalak qanotlari va qorniga o'xshash ko'kimtir rangga kirishi. Mitral teshikning torayishi uchraydi.</p> |
| Ossilografiya | |

| | |
|-----------------------------|--|
| Otyoki | Van-Slayka va oksigemometriya apparati yordamida qonning kislorodga to'yinishi darajasini aniqlash. Normada qon tomir 94-100% venada qon 70-75% kislorodga to'yingan bo'ladi. |
| Pankardit | Kislorod bilan davolash |
| Paroksizmalnaya taxikardiya | Ossilograf apparati yordamida qon tomirlar tebranishlarini rafik qayd qilish metodi |
| Perikardit | Yurak, qon-tomir kasalliklari og'irlashganda oyoqlarga, ba'zan butun tana bo'ylab shishlar kuzatiladi |
| Peremejayushaya xromota | Yurak barcha qavatlari (endokard, miokard va epikard) ning bir yo'la yallig'lanishi |
| Polikardiografiya | Yurak qisqarishining keskin tezlashishi. Yurakning qisqarishlari soni minutiga 150-240 g gacha yetishi mumkin |
| | Yurak xaltasining yallig'lanishi. Perikarditlar quruq va ho'l (ekssudatli) bo'ladi |
| Poliserozit | Bu holat obliterasiyalovchi endoartritda oyoqda kuchli og'riq bo'ladi. Shu sababli bemor to'xtab-to'xtab yuradi. Yurishda to'qimalarning qon bilan taminlanishi buziladi. |
| Porok | |
| Porok serdsa | Muayyan bir vaqtda EKG, FKG va uyqu arteriyasining sfigomogrammasini polikardiograf apparati yordamida yozib olish. Bu metod qorinchalar sistolosining qancha davom etishini ko'rsatib, yurak vuskullarining qisqarishi imkoniyatini belgilashga yordam beradi |

| | |
|---------------------|--|
| Puls | Bo'shliqlarda suyuqlik to'planishi |
| Revmatizm | Nuqson, kamchilik |
| Revmioendokardit | Yurak poroklarida yurak klapan apparatining nuqsoni tufayli kelib chiqqan kasallik. Yurak poroklaritug'ma va ortirilgan bo'ladi. Ortirilgan yurak porogi klapanlari tuzilishining o'zgarishidir. Tug'ma porok yurak qon tomir sistemasining embrional taraqqiyoti vujudga kelgan nuqsonlar natijasida bo'ladigan kamchiliklardir |
| Reografiya | Tomir urishi, yurakdan chiqqan qon harakati natijasida qon tomir devorining tebranishi |
| Refrakterniy period | Revmatizm deb, organizmdagi biriktiruvchi to'qimalarning (ayniqsa yurakgadi biriktiruvchi to'qimalarning) yallig'lanishi bilan keladigan infeksiyon allergik kasallikka aytiladi. Bu kasallikda yurakning hamma qavatlari, bo'limlari, seroz qavatlari va boshqa organlarining yallig'lanishi kuzatiladi. |
| Ritm galapa | Revmatizm kasalligi tufayli yurak ichki endokard va o'rta (miokard) to'qimasining yallig'lanishi |
| Ritm perepelki | Qon aylanishiga oid funksiyalarni tekshirish usuli bo'lib, organizm tirik to'qimalardan elektr toki o'tkazilganda ko'rsatiladigan qarshilikni maxsus egri chiziqlar-reogrammalar bilan ifodalashga asoslangan usul |
| | Yurak mushagining qo'zg'almay turgan davri |

| | |
|----------------------|--|
| Sistola | Tuyoq ritmi-uch bo'g'inli ritm bo'lib, u fiziologik 3-4-tonlarning kuchayishidan kelib chiqib, yugurib ketaotgan otning tovushini eslatadi. Obrazsov bu ritmni diastolic ritm deb atashni taklif qildi, tuyoq ritmi paydo bo'lish vaqtiga ko'ra, presistolik va summasion ritmlarga bo'linadi. U yurakning uch qismida eshitiladi. |
| Stenoz | |
| Stenokardiya | |
| Sfigmografiya | Bedana ritmi. U kuchaygan I va II tonga qo'shimcha tovush qo'shilishidan paydo bo'ladi. Mitral stenoz kasalligida klapanlar ochilishi paytida, diastola boshlanishida klapanlar tebranishidan iborat bo'ladi |
| Taxikardiya | |
| Tonus | Yurak mushagining qisqarishi yoki qon haydash davri sistola deyishadi |
| Tregeminiya | Teshik torayishi, ya'ni yurak klapanlarining to'liq ochilmasligi |
| Fonokardiografiya | Ko'krak qisish kasalligi, yurak muskullari biror bo'limida qonning birdan kamayib ketishi yoki vaqtincha qonning kelmay qolishi natijasida og'riq paydo bo'lishi |
| Ekstasistoliya | |
| Elektrokardiografiya | |
| Emboliya | Tomir urishini grafik usulda yozish Yurak urishining tezlanishi (minutiga 80 dan ortiq) Muskul taranlashishining muayyan darajasi Har ikkita yurak qisqarishidan keyin takrorlanuvchi ekstrasistoloya |

| | |
|--|---|
| | <p>Yurakda yuz berayotgan tovushlarni fonokardiograf yordamida yozib olish</p> <p>Yurakning nav, atdan tashqari qo'shimcha qisqarishi</p> <p>Yurakda paydo bo'ladigan elektr hodisalarini grafik usulda qayd qilish</p> <p>Periferik qon tomirlariga yot narsalar (havo gaz, yog', qattiq uzilmalar) ning tiqilib qolishi natijasida tomirlarning bekilib qolishi</p> |
|--|---|

HAZM SISTEMASI

| | |
|--------------------|--|
| Anasiditas | Meda shirasida ozod xlorit kislotaning bo'lmasligi |
| Anereksiya | Ishtaxaning butunlay yo'qolishi |
| Axiliya | Meda shirasda proteolitik fermentlar va xlorid kislotaning bo'lmasligi |
| Axlorgidriya | Mada shirasida xlorid kilotaning bo'lmasligi |
| Abdominalnie boli | Qorin bo'shlig'I organlari zararlanganda seziladigan og'riqlar |
| Bryushnaya jaba | O'qtin-o'qtin qoin bo'shlig'ida turadigan og'riqlar |
| Gastrit | Meda shilliq pardasining yallig'lanishi |
| Gastroptoz | Medaning kengayib va cho'zilib pastga tushishi |
| Gastroskopiya | Medaning shilliq pardasini gastroskop yordamida tekshirish |
| Gastroenterologiya | Hazm organlarini o'rganadigan fan |
| Giperaciditas | Meda shirasida ozod xlorid kilatasining oshib ketishi |
| Gipersalivasiya | |

| | |
|------------------------------|---|
| Gipersekresiya | Suyakning ortiq miqdorda ajralishi |
| Gastrokardialniy sindrom | Meda shirasining ko'p miqdorda ajralishi |
| Bolezn Gipshpringa | Ovqatlangandan so'ng yurak ohasida siqilish va og'riqning paydo bo'lishi |
| Gipoasiditas, gipoxloridriya | Yo'g'on ichakning idiopatik kengayishi va cho'zilishi natijasida qabziyat kelib chiqishi |
| Giposalivasiya | Meda shirasida ozod xlorid kislotasining kamayishi |
| Giposekresiya | Suyakning kam miqdorda ajralishi |
| Defekasiya | Meda shirasining kam miqdorda ajralishi |
| Diariya | Ich kelishi |
| Diskeneziya kishechnika | Ichning suyuq ketishi |
| Dispepsiya brodilnaya | Ichaklarning harakat funksiyasining buzilishi |
| Dempink sindrom | Achish dispepsiyasi ichakda uglevodlar hazm bo'lishining buzilishi bilan bog'liq bo'lgan ich ketishi. Bunda bemorda qorinning kudirishi, qorinda shish paydo bo'lishi, natijasining suyuq holatga kelishi va achchiq reaksiyaga ega bo'lishi bilan birga o'simlik to'qimasi va kraxmal donachalarining ko'payib ketishi |
| Dispepsiya gnilostnaya | medasi rezeksiya qilingan bemorlarda ovqat yeyilgandan keyin yoki ovqatlanayotgan paytda |

| | |
|--------------------|--|
| | birdaniga kuch quvvatsiz bo'lib qolish, yurakning tez-tez urish hollari |
| Dispepsiya jeludka | Meda shirasida xlorid kislotasi bo'lmaganidan oqsillarning ichakda yetarlicha hazm bo'lmaganligi aloqador patologik holat. Reaksiyasi ishqorli bo'lgan badbo'y hidli tarkibida hazm bo'lmagan ovqat bo'laklari bo'lgan ich ketishi bilan xarakterkaladi, |
| Disfagiya | Meda funksiyasining buzilishi, bu, og'riq, bemor ishtaxasining pasayishi, kekirish, jig'ildon qaynashi, ko'ngil aynishi, qayt qilish bilan davom etadi. |
| Duodenit | |
| Dolixosigma | Ovqatning qizilo'ngachdan o'tishining qiyinlashishi |
| Zapori | O'n ikki barmoq ichak shilliq pardasining yallig'lanishi (duodenit) |
| Irrigokopiya | Sigmasimon ichakning tug'ma uzun bo'lishi |
| Izjoga | Ich qotishi (qabziyat) |
| Kal | Yog'on ichakni roentgen orqali rasmga tushirish |
| Kolit | Jig'ildon qaynashi |
| Kollonoskopiya | Nafas, axlat, defikasiya paytida yog'on ichakning pastki bo'limidan chiqadigan massa |
| Kolloptoz | Yo'g'on ichak shilliq qavatining yallig'lanishi |
| Kreatopiya | |
| Melena | Yo'g'on ichak shilliq qavatini kolonoskop yordamida tekshirish |

| | |
|-----------------------------|--|
| Meteorizm | Yo'g'on ichakning pastga tushishi Najasda hazm bo'lmagan muskul tolalarining ko'plab paydo bo'lishi Qoramoyssimon najas, bu simptom ichakning yuqori qismidan qon oqishidan dalolat beradi |
| Pankreatit | |
| Proktit | Qorinning dimlanishi, ichaklarda gaz to'planishi |
| Peritonit | |
| Polifagiya | Meda osti bezining yallig'lanishi. O'tkir va surunkali pankreatitlar mavjud To'g'ri ichak shilliq qavatining yallig'lanishi |
| Toshnota | Qorin pardasining yallig'lanishi |
| Gipersalivatsiya (Ptializm) | Haddan tashqari ko'p ovqat iste'mol qilish |
| Pvota | Ko'ngil aynishi |
| Rektoromonoskop | So'lak ajralishining ko'payishi |
| Salivasiya | Medadagi ovqat aralashmasini beixtiyor qizilo'ngach orqali qayt qilish (qusish) |
| Symptom defekta | To'g'ri va sigmasimon ichaklarning shilliq holatini tekshirish usuli So'lak ajralishi |
| Symptom "nishi" | Nuqson simptomi. Bunda rentgenda meda o'smasining tasviri ko'rinadi. |

| | |
|--|--|
| Srigivaniye | “Tokcha” simon simptom. Bu symptom rentgenda meda va o’n ikki barmoq ichak devorida hosil bo’lgan chuqurlik holida ko’rinadi. U yara hosil bo’lganini ko’rsatadi. Bu kasallikni aniqlash uchun meda va o’n ikki barmoq ichak bariy bilan to’ldiradi. |
| Steatoreya | |
| Tenezmi | Ovqatning qizilo’ngachdan tezda og’ir bo’shlig’iga qaytib chiqishi |
| Fibroendoskopiya | Najasda ko’p yog’ bo’lishi |
| Enteroptoz | Kuchayish. To’g’ri ichakning yallig’lanish kasalligi. Ichakning tez-tez qisqarisi natijasida kuchayish paydo bo’lib, og’riq turishi. Bu symptom ko’pincha dizenteriya kasalligida uchraydi. |
| Enterit | Fibroskop yordamida birorta ichki organning shilliq qavatini ko’rish, nishonlangan biopsiya va suratga olish yordamida tekshirish. Qizil o’ngachning shilliq qavatini ezofagoskop yordamida tekshirish |
| Yazvennaya bolezni jeludka I dvenadsatiperstnoy kishki | Ingichka ichakning pastga tushib qolishi Ingichka ichak shilliq qavatining yallig’lanishi Umumiy xronik va qaytalanuvchi kasallik bo’lib, meda va o’n ikki barmoq ichakning devorida yara paydo bo’lishi bilan davom etadi. |

GEPATOBILIAR SISTEMA.

| | |
|----------------|---|
| Axolichniy kal | Axlatning rangsizlanishi, o’t (safro) ning ichakka tushmasligi natijasida sodir bo’ladi. Bilirubining siydik bilan birga ajralishi |
|----------------|---|

| | |
|-------------------------|--|
| Bilurubinuriya | Jigar yetishmovchiligi tufayli markaziy nerv sistemasining zararlanishi keltirib chiqrgan |
| Gapatargiya | Jigar hujayralarining yallig'lanishi |
| Gepatit | Jigarni radioizotop yordamida tekshirish. Bu usul izotopning jigarga kirish tezligi, kirish darajasi, to'planishi va radioaktiv moddaning jigardan ichakka o'tish tezligini grafik rafishda tasvirlashga asoslangan. Radipaktiv modda sifatida Bengal atirguli bo'yog'i va nishonlangan yod 131 ishlatiladi |
| Gepatografiya | Turli sabablar natijasida jigar bilan taloqning bir vaqtda kattalashishi. Bu sindrom, masalan, qon kasalliklarida, gepatit, sirrozlarda va darvoza vena trombozlarida uchraydi. |
| Gepatolienalniy sindrom | Jigar o't pufagi va o't yo'llari kasalliklarini o'rganadigan fan |
| Gepatologiya | Jigarning kattalashishi Qonda bilirubin miqdorining oshishi |
| Gepatomegaliya | |
| Giperbilirubinemiya | “Meduza boshi” kindik atrofidagi kengaygan, shishgan chuvalchangsimon venoz kollaterallarning shulasimon tarqalishi. “Meduza boshi” venada bosimning oshishi va darvoza vena tarmoqlarining kovak venalar bilan anastomozlanishi (birlashishi) natijasida vujudga keladi. Medusa boshi jigar sirrozida uchraydi. |
| Medusa boshii | |
| Diskeneziya | O't pufagi va o't yo'llari harakat (motorik) funksiyasining buzilishi. Gipermotor va gipomotor diskeneziya bo'lishi mumkin |
| Interus | |

| | |
|---|---|
| <p>O't yo'llari obturasiya</p> <p>Punksionnaya biopsiya</p> <p>Portalnaya gipertaniya</p> | <p>Qonda bilirubin miqdorining oshib ketishi natijasida, teri va shilliq qavatlarining sariq rangga bo'yalishi.</p> <p>O't yo'llarining berkilishi</p> <p>Jigar tuzilishini tekshirish. Bu usulda Vim-Silverman, Mengini ninasi bilan jigar to'qimasining kichik qismini olib, mikroskop ostida tekshirish,</p> <p>Darvoza venada qon bosimining ko'tarilishi</p> |
| <p>Skanirovanie pecheni</p> | <p>Skaner (yoki gammatopograf) apparati yordamida jigarning tuzilishi va funksional holatini tekshirish. Radioizotop sifatida oldin 198 va bengal atirguliishlatiladi.</p> |

SIYDIK AJRATISH SISTEMASI

| | |
|---|---|
| <p>Azotemiya</p> | <p>Qonda azot chiqindilarining ko'payishi</p> |
| <p>Azotistie shlaki</p> <p>Anuriya</p> <p>Amiloidoz</p> | <p>Organizmdan siydik bilan birga chiqariladigan azot (oqsil almashinuvining) oxirgi maxsulotlari</p> <p>Siydikning tamomila ajralib chiqmasligi (anuriya)</p> <p>Temir devorlarining oraliq substansiyalarida amiloid massalar to'planib, ular diamonokislotalarga boy maxsus oqsildan iborat. Bu massalar oqsil almashinuvining qattiq aynishi natijasida hosil bo'ladi. Amiloid buyraklar kattalashgan, yaltillaydigan, och sariq ko'rinishida</p> |

| | |
|----------------|---|
| | bo'ladi. Buyraklar amiloidozi aksari boshqa organlar (jigar, taloq, ichaklar) amiloidozi bilan birga davom etadi (amiloidoz) |
| Asetonuriya | Siydikda keton tanachalarining paydo bo'lishi. Bularga aseton, asetosirka, betta-oksimoy kislota mansubdir. Asetonuriya – diabetik koma alomatidir. |
| Gematuriya | Qonning siydik bilan ajralishi (gematuriya) |
| Gemodializ | Qonning azot chiqindilaridan tozalanishi (gemodializ) |
| Giperstenuriya | Siydik solishtirma og'irligining (1026 dan ziyod) oshishi (giperstenuriya) |
| Gipostenuriya | Siydik solishtirma og'irligining (1015 dan kam) pasayishi (gipostenuriya) |
| Gidronefroz | Siydik naylari tiqilishi hisobiga buyrakda suyuqlik to'planishi |
| Stranguriya | Og'riq bilan qiynalib siyish |
| Glikozuriya | Kanadli apparat zararlanishi oqibatida rivojlanib, siydik bilan glyukoza ajralishi. |
| Diurez | Ma'lum vaqt ichida ajralib chiqqan siydik miqdori (bir sutkalik diurez normada 1 dan 2 l gacha ajraladi) diurez) |
| Izostenuriya | Qon plazmasining solishtirma og'irligiga teng bo'lgan siydikning turli porsiyalaridagi o'zgarmaydigan, deyarli bir xil solishtirma og'irlik (izostenuriya) |
| Dizuriya | Siydik ajralishini buzilishi |
| Anuriya | Siydikning siydik pufagida tutilib qolishi (anuriya), kelib chiqishi infeksiyon-allergik bo'lgan buyraklar koptokchalari apparatining yallig'lanishida bo'ladi. |

| | |
|------------------|--|
| Nefrit | Nefrit albuminuriya, gematuriya, gipoprotenemiya, gipertoniya va shishlar bilan birga kechadi (nefrit) |
| Nefroz | Buyrak kanalchalari epiteliysining distrofik o'zgarishlari (nefroz) |
| Nefralogiya | Buyrak kasalliklarining o'rganadigan fan (nefralogiya) |
| Nefroskleroz | Ateroskleroz, gipertoniya kasalligi, nefritlar asorati sifatida rivojlanadigan sindrom. Buyraklartomirlari apparatining zararlanishi bilan xarakterlanib, organning bujmayishi va uremiya bilan tugaydi (nefroskleroz) |
| nefrotik sindrom | Ifodalangan proteinuriya va shishlar borligi bilan xarakterlanadigan sindrom (nefrotik sindrom). |
| Nefrokalsinoz | Buyrak to'qimalari (parenximasida) kalsiy tuzlarining yig'ilishi (nefrokalsinoz) |
| Nefroptoz | Buyraklarning pastga tushishi (nefroptoz) |
| Nikturiya | Siydikning asosan tunda ajralishi (nikturiya) |
| Oksalaturiya | Oksalat tuzlari va kalsiy tuzlarining siydikda ko'plab ajralishi (oksalaturiya) |
| Oliguriya | Bir sutkada ajralib chiqqan siydik miqdorining keskin kamayishi (oliguriya) |
| Paranefrit | Buyrak atrofidagi to'qimalarning yallig'lanishi (paranefrit) |
| Pielonefrit | Buyrak jomlari va parenximasining bakterial yallig'lanishi (pielonefrit) |
| Pielit | Buyrak jomlarining yallig'lanishi (pielit) |
| Pionefrit | Buyrakning yiringli yallig'lanishi (pionefrit) |
| Poliuriya | Bir sutkada ajraladigan siydik miqdorining ko'payishi (poliuriya) |
| Pollakiuriya | Tez-tez siyib turish (pollakiuriya) |

| | |
|--------------------------|--|
| Protenuriya | Siydikda oqsilning paydo bo'lishi (protenuriya) |
| Renin | Buraklarning yukstaglomerulyar apparati ishlab chiqaradigan, tomir toraytiruvchi ta'sir qiladigan modda (renin) |
| Simptom Pasternaskogo | Bel sohasining qo'l bilan urib turilganda seziladigan og'riq (pasternaskiy simptom) |
| Uraturiya | Siydikda amorf-ammiy tuzlari va urat kislota tuzlarining ko'p miqdorda ajralib chiqishi (uraturiya) |
| Piuriya | Siydik tarkibida yiring bo'lishi (Leykositlarning siydik bilan birga ko'plab ajralishi (piuriya)) |
| Glomerulonefrit | Buyrak koptokchalarining yallig'lanishi (glomerulonefrit) |
| Glyukozuriya | Qandning siydik bilan birga ajralishi (glikozuriya) |
| Uremiya | Organizmning azot chiqindilarining to'planishi va zaxarlanishi natijasida rivojlanadigan simptomlar kompleksi (uremiya) |
| Urolitiaz | Siydik pufagida toshlarning bo'lishi (urolitiaz) |
| Sistit | Siydik pufagining yallig'lanishi (sistit) |
| Silindruriya | Bemorning ko'ndalang siydidi tarkibida slindrlar shakliga ega bo'lgan oqsil moddalarining paydo bo'lishi Gialingi donador, epitelial va mumsimon silindrlar bo'ladi (silindruriya) |
| Ekskretornaya urografiya | Kontrast modda yuborish vositasida siydik chiqarish yo'llarini rentgenografik tekshirish. Buyrak kosachalari va jomlarning shakllari va o'lchovlari, siydik yo'llari tekshiriladi. Eksretor urografiya kontrast moddani siydik pufagiga kiritish tezligini aniqlash imkonini beradi (ekskretor urografiya) |

QON SISTEMASI

| | |
|------------|---|
| Anaplaziya | Hujayraning yetilish qobiliyatini yo'qotishi (anaplaziya) |
|------------|---|

| | |
|-------------------------------------|---|
| Anemiya | Kamqonlik. Qon eritrositlar soni va gemoglobin miqdorining amayib ketishi bilan ifodalanuvchi potologik holat. 1 mm kub qonda eritrositlar soni 4 000 000 dan kam bo'ladi (anemiya) |
| Aniositoz | Qonda kattaligi turli xil bo'lgan eritrositlarning paydo bo'lishi (anizositoz) |
| Anizoxramiya | Gemoglobinning turli miqdorda bo'lishi tufayli eritrositlarning har xil rangda (ochiq va to'q) bo'lishi (anizoxramiya) |
| Anezinofiliya | Qonda eozinfillarning bo'lmasligi (aneozinofiya) |
| Aplastic anemiya | Ko'mikning regenator funksiyasining susayishi yoki zararlanishi, atrofiyasi (aplastik anemiya) |
| Aleykemiya | Qonda leykosidlar miqdorining kamayishi (aleykemiya) |
| Bolezn Shenleyn Genoxa | Qon tomir devorlari o'tkazuvchanligining buzilishi natijasida qonning organlarga shilliq parda va teriga sizib chiqishi |
| Gepatomegaliya | Jigarning kattalashishi (gepatomegaliya) |
| Gematologiya | Qon va qon yaratuvchi to'qima kasalliklarini o'rganadigan fan (gematologiya) |
| Gemoliz | Eritrositlar qobig'ining yorilishi, bunda ichidagi gemoglobin qon plazmasiga chiqib, uni qip-qizil rangga bo'yaydi (gemoliz) |
| Gemopoez | Qon yaratuvchi to'qimalarda qon tanachalarining rivojlanish jarayoni (gimopoez) |
| Gemorragicheskiy kapillyarotiksikoz | Gemorragik diatez kasallikgining bir turi, u tomirlar devorining ortiqcha o'tkazuvchan bo'lishi zaminida teriga va shilliq ardalarga qon quyilishiga namoyon bo'ladi (gemorragik kapillyarotoksikoz) |
| Gemorragicheskiy diatez | Asosan qon ketishi bilan xataklandigan kasallik . verlrof, Shenleyn-Genox va gemofiliya kasalliklari bunga visol bo'la oladi (gemorragik diatez) |
| Gemolicheskaya anemiya | Gemoligik kamqonlik erish, eritrositlar qobig'ining yorilishi (eritrositlarning parchalanishi) |
| Gemorragiya | Qon oqishi, qon ketishi (gemorragiya) |
| Gemofiliya | Qon to'xtamasligi bilan xarakterlanadi, tug'ma kasalliklardan biri bo'lib, bu kasallik qon ivishining buzilishi bilan izoxlanadi, qon ivishining 8, 9, 11, omillari bo'lmasligidan kelib chiqadi (gemofiliya) |
| Geofagiya | Xloroz kasalligida uchrab, kasal kesak, bo'r iste'mol qilishga o'ziga xos moyillik sezadi (geofagiya) |

| | |
|------------------------|---|
| Giperplaziya | Qon ishlab chiqaruvchi to'qimalarda qon hujayralarining tez va ko'p miqdorda ishlab chiqarilishi (giperplaziya) |
| Giperproteinemiya | Zardobda oqsil moddalarining (8 foizdan ko'p) oshib ketishi giperproteinemiya. |
| Giperxromiya | Eritrositlarning ortiqcha darajada bo'yalishi (geperxromiya) |
| Gipoproteinemiya | Qon zardobida oqsilning (6 foizdan) kam bo'lishi (gipoproteinemiya) |
| Gipoxromiya | Eritrositlar bo'yalishining susayishi |
| Disproteinemiya | Qon zardobdagi oqsil tanachalarining son va sifat jixatidan o'zgarishi (disproteinemiya o'xshash(albuminlar kamyib globulinlar ko'payadi)) |
| Koylonexii | Tirnoqning qoshiqqa o'xshash shaklga kirishi (koylonexiyalar) |
| Leykoma (leykemiya) | Oq qon tanachalarini ishlab chiqaruvchi to'qimaning system kasalligi, u ko'mik oq tana o'simtasining giperplaziyasi, metaplaziyasi, anaplaziyasi va qonda leykositlarning yetilmagan shakllarining paydo bo'lishi nilan ta'riflanadi. |
| Leykopeniya | Leykositlar sonining kamayishi, 5 00 dan oz kamayib ketishi (leykopeniya) |
| Leykoz | Ko'mikda oq qon tanachalarining rivojlanish jarayoni (leykoz) |
| Leykositarnaya formula | Leykositlar ayrim shakllarining present nisbati |
| Leykositoz | 1 mm kub qonda leykositlar sonining 9 000 dan oshib ketishi (leykositoz) |
| Limpofeniya | 1 mm kub qon limfositlar umumiy sonining 20 % dan kamayib ketishi |
| Limfositoz | 1 mm kub qonda limfositlar sonining 35 % dan oshib ketishi (limfositoz) |

| | |
|----------------------------|---|
| Makrositoz | Qonda diametric katta (9-10mk) bo'lgan eritrositlarning ustun kelishi (makrositoz) |
| Megalositoz | Qonda eritrositlardan farqli o'laroq katta diometri (10-12mkga) bir qadar ellips shaklidagi va gemoglobinga to'yingan megalositlarning paydo bo'lishi (megalositoz) |
| Medulla | Mieloma to'qimasining o'sishi (medulla) |
| Metaplaziya | To'qimalar ayrim turlarining boshqa toqima turlariga aylanishi (metaplaziya) |
| Mielogramma | Suyak ko'migi hujayralarielementlarini present nisbatida yozib olish (mielogramma) |
| Mikrositoz | Qonda diametric kichik bo'lgan (6 mikron va bundan oz bo'lgan) eritrositlarning ko'p bo'lishi (mikrositoz) |
| Mieloma | Ko'mikning o'sib ketishi. |
| Mieloz | Ko'mik, suyak iligi |
| Monositoz | Monositlarning ko'payib (1 mm kub qonda 8 % dan ko'p) ketishi. |
| Neytropeniya | Neytrofillar sonining kamayishi (1 mm kub qonda 50% dan oz) |
| Neytofillyoz Neytrofilliya | Qonda neytrofillar sonining (1 mm kub qonda neytrofillar 70 % dan ortiq) ko'payishi |
| Normoblastoz | Qonda normoblastlarning yavni yadro saqllovchi eritrositlarning paydo bo'lishi (normoblastoz) |
| Poykilositoz | Qonda turli shakldagi eritrositlarning paydo bo'lishi (poykilositoz) |
| Polixromatofiliya | Qonda kislota va ishqoriy bo'yoqlar bilan kulrang binafsha rangga bo'yaluvchi eritrositlarning ko'p miqdorda paydo bo'lishi (polixromatofiliya) |
| Retikulositoz | 1 mm kub qonda retikulositlarning 1% dan ziyod ko'payib ketishi (retikulositoz) |
| Splenomegaliya | Taloqning kattalashuvi (splenomegaliya) |
| Transfuziologiya | Qon va qon o'rni bosadigan suyuqliklarni qo'yish, tayyorlash va saqlash metodlarini o'rganadigan fan (transfuziologiya) |

| | |
|--|---|
| Trombositoz | 1 mm kub qonda trombositlarning 400 000 dan ziyod ortib ketishi (trombositoz) |
| Trombositopenicheskaya purpura (bolezni Verligofa) | Gemorragik diatezning bir turi bo'lib, qonda trombositlar sonining kamayishi yoki yetilmagan trombositlarning paydo bo'lishi bilan tariflanadi (Verlgof kasalligi, trombositopenik purpura) |
| Trombositopeniya | 1 mm kub qonda trombositlarning 220 000 dan kam bo'lishi (trombositopeniya) |
| Trombositopoez | Trombositlarning ko'mikda hosil bo'lishi va rivijlanish jarayoni (trombositopoez) |
| Funikual | Ingichka shnur, ip arqoncha (funikual) |
| Xloroz | Temir moddasining yetishmasligidan kelib chiqadigan kamqonlik (xloroz) |
| Shizositoz | Qonda mayda, noto'g'ri shakldagi eritrositlarning paydo bo'lishi (shizositoz) |
| Eozinofiliya | Qonda eozinofillar sonining 4 % dan ziyod ko'payib ketishi (eozinofiliya) |
| Eritropoez | Ko'mikda eritrositlarning hosil bo'lishi va rivojlanish jarayoni (eritropoez) |
| Eritrositoz | 1 mm kub qonda eritrositlar sonining 5 000 000 dan ziyod bo'lishi (eritrositoz polisitemiya) |

Talabalar bilimni joriy baholash mezonlari

« Terapiya » fanidan reyting ishlanmasi va baholash mezonlari
(3 kurs davolash fakulteti talabalari uchun)

Reyting ishlanmasi.

| № | Nazorat turlari | Soni | Maksimal ball | Koeffitsient | Jami ball |
|----|------------------------|------|---------------|--------------|-----------|
| 1. | J.B. | | | | |
| | 1.1. Amaliy mashg'ulot | 35 | 100 | 0,45 | 45 |
| | | 27 | 100 | 0,05 | 5 |

| | | | | | |
|-------|----------------------------------|------------|-----|-----|-----|
| | 1.2. T.M.I. 1.3. ON | 4 | 100 | 0,2 | 20 |
| 2. | Ya.B. 3.1. Ya.B. 3.2. OTKS | 1 1 | 100 | 0,3 | 30 |
| Jami: | | 68 | 100 | 1,0 | 100 |

Talabalar bilimni baholash tizimi:

Talabalarning fan bo'yicha o'zlashtirish darajasini aniqlash uchun quyidagi nazorat turlari o'tkaziladi:

| № | Baxolash turi | Baxolash shakli | Maks. ball |
|------|------------------|---|------------|
| 1. | Joriy baxolash | Og'zaki,yozma,vaziyatli masalalar echish, amaliy ko'nikmani baholash | 45 |
| 2. | TMI | Konspekt,referat,ilmiy maqola,tezis,ma'ruza, taqdimot tayyorlash | 5 |
| 3. | Oraliq baholash | YOzmayoki og'zakiso'rov, amaliykunikmalarnibajarish | 20 |
| 4. | YAkuniy baholash | Amaliy kunikmalarni bajarish, situatsion masalalarni echish, + og'zaki so'rov | 30 |
| jami | | | 100 |

Baholash mezonlari

- Amaliy mashg'ulotlarda baholash kafedra tomonidan har bir mavzu bo'yicha ishlab chiqarilgan baholash mezonlari asosida baholanadi. Har bir mashg'ulot 100 ballik tizimda (86-100 a'lo, 71-85 yaxshi, 55-70 qoniqarli) baholanadi. O'rtacha qiymati hisoblanib 0,45 koeffitsientga ko'paytiriladi.
- Talabalar mustaqil ishlarining bajarilish hajmi va sifatiga qarab 100 ballik tizimida baholanadi, o'rtacha qiymati topilib 0,05 koeffitsientga ko'paytiriladi.
- Oraliq nazorat 0,02 koeffitsientga ko'paytiriladi.
- Yakuniy baholash ikki bosqichda o'tkaziladi:
 - OTKS – amaliy ko'nikma egallash mahorati 100 ballik tizimida baholanadi va 0,3 koeffitsientga ko'paytiriladi.
 - Talabaning har bir nazorat turidan yig'gan ballari qo'shib umumiy ball topiladi va o'zlashtirishi baholanadi.

$$JB 0,45+TMI0,05+ON 0,2+YaB 0,3 = UO'$$

Joriy nazoratda talabalar bilimi ta'lim modeliga asoslangan holda quyidagi bosqichlarda amalga oshiriladi: nazariy, amaliy qism va TMI (50:40:10)

| | 96-100 | 91-95 | 86-90 | 81-85 | 76-80 | 71-75 | 66-70 | 61-65 | 55-60 | 31-54 | 0-30 |
|--------------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| Nazariy qism | 52- 50 | 46-48 | 43-45 | 41-42 | 38-40 | 36-38 | 33-35 | 31-33 | 28-30 | 15-27 | 0-18 |
| Amaliy qism | 35-40 | 36-38 | 34-36 | 32-34 | 31-32 | 28-30 | 26-28 | 24-26 | 22-24 | 12-22 | 0-12 |
| TMI | 9-10 | 9 | 9 | 8-9 | 7-8 | 7 | 7 | 6 | 5-6 | 4-5 | 0 |

OB baholash mezonlari

| O'zlashtirish% | Baho | Talabaning bilim darajasi |
|----------------|----------|--|
| 96-100% | A'lo "5" | Biletida qo'yilgan barcha savollarga talabaning javobi to'liq, ishonch |

| | | |
|---------|----------|---|
| | | <p>bilan javob beradi. Sindrom buyicha vaziyatli masalani echishda ijodiy fikrlaydi, aniq javob beradi va javobini mantiqan asoslaydi.</p> <p>Javobida odam anatomiyasi, normal fiziologiya va biokimyo fanlaridan olgan bilimlarini umumlashtiradi, mustaqil xulosa va qaror qabul qila oladi. Amaliy ko'nikmalarni qadamma –qadam to'g'ri ko'rsatdi. Nazariy kismdagi nafas a'zolariga oid bo'lgan savollarga to'g'ri javob berdi. Testlarni to'g'ri echdi. Moslikka testlarni javobini to'g'ri talladi. Mustaqil ta'lim topshiriqlarini o'z vaqtida, sifatli bajargan va o'zlashtirgan.</p> |
| 91-95% | A'lo "5" | <p>Biletida qo'yilgan barcha savollarga talabning javobi to'liq, ishonch bilan javob beradi. Sindrom bo'yicha vaziyatli masalani echishda ijodiy fikrlaydi, aniq javob beradi va javobini mantiqan asoslaydi.</p> <p>Javobida odam anatomiyasi, normal fiziologiya va biokimyo fanlaridan olgan bilimlarini umumlashtiradi, mustaqil xulosa va qaror qabul qila oladi. Amaliy ko'nikmalarni qadamma –qadam to'g'ri ko'rsatdi. Nazariy kismdagi nafas a'zolariga oid bo'lgan savollarga to'g'ri javob berdi. Testlarni to'g'ri echdi. Moslikka testlarni javobini to'g'ri talladi. Mustaqil ta'lim topshiriqlarini o'z vaqtida, sifatli bajargan va o'zlashtirgan.</p> |
| 86- 90% | A'lo "5" | <p>Biletida qo'yilgan barcha savollarga talabning javobi to'liq, ishonch bilan javob beradi. Sindrom buyicha vaziyatli masalani echishda ijodiy fikrlaydi, aniq javob beradi va javobini mantiqan asoslaydi.</p> <p>Javobida odam anatomiyasi, normal fiziologiya va biokimyo fanlaridan olgan bilimlarini umumlashtiradi, mustaqil xulosa va qaror qabul qila oladi. Amaliy ko'nikmalarni qadamma –qadam to'g'ri ko'rsatdi. Nazariy kismdagi nafas a'zolariga oid bo'lgan savollarga to'g'ri javob berdi. Testlarni to'g'ri echdi. Moslikka testlarni javobini</p> |

| | | |
|--------|------------|--|
| | | to'g'ri talladi. Mustaqil ta'lim topshiriqlarini o'z vaqtida, sifatli bajargan va o'zlashtirgan. |
| 81-85% | Yaxshi "4" | Biletida qo'yilgan barcha savollarga talabanning javobi to'liq, ishonch bilan javob beradi. Sindrom buyicha vaziyatli masalani echishda ijodiy fikrlaydi, lekin asoslashda bir muncha kiynaldi. Javobida odam anatomiyasi, normal fiziologiya va biokimyo fanlaridan olgan bilimlarini umumlashtiradi, mustaqil xulosa va qaror qabul qila oladi. Amaliy kunikmalarni qadamma-qadam tugri kursatdi, lekin bir oz kiynaldi. Nazariy kismdagi nafas a'zolariga oid bulgan savollarga tugri javob berdi. Testlarni tugri echdi. Moslikka testlarni javobinibir muncha kamchiliklar bor. Mustaqil ta'lim topshiriqlarini o'z vaqtida, sifatli bajargan va o'zlashtirgan. |
| 76-80% | Yaxshi "4" | Biletida qo'yilgan barcha savollarga talabanning javobi to'liq, ishonch bilan javob beradi. Sindrom buyicha vaziyatli masalani echishda ijodiy fikrlaydi, lekin asoslashda bir muncha kiynaldi. Javobida odam anatomiyasi, normal fiziologiya va biokimyo fanlaridan olgan bilimlarini umumlashtiradi, mustaqil xulosa va qaror qabul qila oladi. Amaliy kunikmalarni qadamma-qadam tugri kursatdi, sindromal diagnostikadagi uzgarishlarni asoslab bera olmadi. Nazariy kismdagi nafas a'zolariga oid bulgan savollarga tugri javob berdi. Testlarni tugri echdi. Moslikka testlarni javobinibir muncha kamchiliklar bor. Mustaqil ta'lim topshiriqlarini o'z vaqtida, sifatli bajargan va o'zlashtirgan. |
| 71-75% | Yaxshi "4" | Biletida qo'yilgan barcha savollarga talabanning javobi to'liq, ishonch bilan javob beradi. Sindrom buyicha vaziyatli masalani echishda ijodiy fikrlaydi, lekin asoslashda bir muncha kiynaldi. Javobida odam anatomiyasi, normal fiziologiya va biokimyo fanlaridan olgan |

| | | |
|--------|------------------------------|---|
| | | <p>bilimlarini umumlashtiradi, mustaqil xulosa va qaror qabul qila oladi.</p> <p>Amaliy kunikmalarni qadamma-qadam tugri kursatdi, sindromal diagnostikadagi uzgarishlarni asoslab bera olmadi. Nazariy kismdagi nafas a'zolariga oid bulgan savollarga tugri javob berdi. Testlarni tugri echdi. Moslikka testlarni javobida bir muncha kamchiliklar bor.</p> <p>Mustaqil ta'lim topshiriqlarini o'z vaqtida, sifatli bajargan va o'zlashtirgan.</p> |
| 66-70% | <p>Qoniqarli</p> <p>“3”</p> | <p>Biletida qo'yilgan savollarning 65-70% ga talaba javob beradi.</p> <p>Vaziyatli masalani echishda ayrim xatoliklarga yo'l qo'yadi. Amaliy ko'nikmalarni bajarishda kamchiliklar bor. Mustaqil ta'lim topshiriqlarini bajarilishi sifati past, o'zlashtirishi etarli darajada emas.</p> |
| 61-65% | <p>Qoniqarli</p> <p>“3”</p> | <p>Biletida qo'yilgan savollarning 60% ga talaba javob beradi. Vaziyatli masalani echishda ayrim xatoliklarga yo'l qo'yadi. Amaliy ko'nikmalarni bajarishda kamchiliklar bor. Mustaqil ta'lim topshiriqlarini bajarilishi sifati past, o'zlashtirishi etarli darajada emas.</p> |
| 55-60% | <p>Qoniqarli</p> <p>“3”</p> | <p>Analitik qismda, amaliy ko'nikmalarni bajarishda qo'pol xatoliklarga yo'l qo'yadi. Mustaqil ta'lim topshiriqlarini sifatsiz bajarilgan.</p> |
| 54% | <p>Qoniqarsiz</p> <p>“2”</p> | <p>Amaliy ko'nikmalarni bajarishni to'gri bilmaydi, vaziyatli masalani yecha olmaydi.</p> |

Фойдаланиладиган адабиётлар рўйхати
Асосий адабиётлар

1. Гадаев А.Г., Ахмедов Х.С., Сабиров М.А., Шодикулова Г.З. Терапия, Дарслик. Тошкент. 2019 й.
2. Гадаев А.Г. Ички касалликлар пропедевтикаси, Дарслик. Тошкент. 2012 й.
3. Шарапов Ф.Г. Ички касалликлар, Дарслик. Тошкент. 2006 й.
4. Убайдуллаев А.М. Сил касаллиги, Ўқув қўлланма. Тошкент. 2009 й.

Қўшимча адабиётлар:

1. Бобажонов С.Н. Ички касалликлар, Дарслик. Тошкент. 2008 й.
2. Огороков А.Н. Диагностика внутренних болезней в 10-ти томах, Учебник. Москва. 2007 г.
3. Собиров М.О., Скосырева О.В. Ички касалликлар бўйича масалалар тўплами. Тошкент. 2015 й.
4. Джон Крофтон, Норманн Хорн, Фред Миллер. Сил касалликлар, Дарслик. Тошкент. 2009 й.

Интернет сайтлар

www.tma.uz

www.medlincs.ru

www.medbook.ru

www.zyonet.uz