

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги

Тиббий таълимни ривожлантириш маркази

Тошкент Педиатрия Тиббиёт Институти

Тери ва таносил касалликлари кафедраси

4 курс

Цикл: ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯДАН

МАВЗУ 17 «Сузак. Киз болалар сузаги. Гонобленорея»

**(Тиббиёт олийгохларини талабалари ва домлалари учун ўқув-услубий
қўлланма)**

Тошкент 2010

Тузувчилар:

ТАҚРИЗЧИ:

ЎзР ССВ РСНИЦДваВ ЖАОЮК бўлими мудири т.ф.д. НАБИЕВ Т.А.

ТошПТИ кафедра профессори, т.ф.д. МАННОНОВ А.М.

Ўқув-услубий қўлланма ТашПТИ МУКда муҳокама қилинган ва
тасдиқланган, баённома № _____дан _____2010 йил
Тош ПТИ Илмий Кенгашида, баённома № _____дан _____2010 йил

Амалий машғулот №17

Мавзу: « Сузак. Киз болалар сузаги. Гонобленорея»

1. Машғулот ўтказиладиган жой:

1. Кафедранинг ўқув тематик хонаси.
2. Ўқув қўланмалар, тарқатув анжомлар, вазиятли масалалар тўплами ва тестлар.
3. Беморларнинг хоналари.
4. Телевизор, видеоаппаратлар, мультимедиа.

2. Машғулотни давомийлиги

4 соат.

3. Машғулотни мақсади:

УАШга ташхис ва таққослов ташхисини қўйишни; касалликни олдини олишда ва оптимал даво тактикасини танлашни ўргатиш.

Ўқитиш масалалари:

1. Сузак, киз болалар сузаги, гонобленорея келиб чиқиш патогенетик механизмларини замонавий кўриниши;
2. Диагностика мезонлари, клиник белгилари таққослов ташхиси;
3. УАШ ва дерматологлар томонидан ташхис қўйишда ва стационарга юбориш учун лозим булган талаблар;
4. Сузак, киз болалар сузаги, гонобленорея касалликларини профилактика усуллари, даволаш ва диспансеризацияси;

УАШ билиши керак:

1. Сузак, киз болалар сузаги, гонобленорея касалликларини профилактика усуллари;
2. Сузак, киз болалар сузаги, гонобленорея касалликларини клиник кўринишини;
3. Сузак, киз болалар сузаги, гонобленорея тиббий ёрдам кўрсатиш қоидаларини;
4. Сузак, киз болалар сузаги, гонобленорея касалликларини таққослов ташхисини.

УАШ мустақил ўтказа олиши керак:

1. Сузак, киз болалар сузаги, гонобленорея касалликларини шикоятларини, анамнезини ва лаборатор натижаларини тахлил қилиш;
2. Таққослов-ташхис мезонларини ўтказиш;
3. Дори воситаларини (в.и., м.о., икки лахзали усулда) юбориш ва маҳаллий хар-хил шаклдаги дори воситаларини қўллаш билиш;
4. Лаборатор ва инструментал текширувлар натижаларини изоҳлаб бериш (қонни, сийдикни, ахлатни умумий тахлили, витропрессия, дермографизм ва х.к.);

4. Мавзунини асослаш

Соғлиқни сақлаш тизимининг биринчи поғона шифокори амалиётида сузак, киз болалар сузаги, гонобленорея касалликларини учраши болаларда тез-тез кузатилиб туради. Бу вазиятда умумий амалиёт шифокорини (УАШ) эътибори тери ва шиллиқ қаватлари касалликларини ташхисини қўйилишига қаратилади. Сузак, киз болалар сузаги, гонобленорея касалликларини ташхиси аниқланганида, бу беморларни даволаш мақсадида, қайси гуруҳ беморларига киритилиш масаласи кўрилади, стационар шароитида, ТТКД ёки махсуслаштирилган стационарларга юборилади. Ушбу ҳолат шу мавзунини УАШ тайёрлаш дастурига киритилишига асос бўла олади.

5. УШБУ ЎҚУВ ДАСТУРИНИ ЎРГАНИШ УЧУН КЕРАК БЎЛГАН ЎҚУВ ДАСТУРЛАР ВА УЛАРНИНГ БЎЛИНМАЛАРИ РЎЙХАТИ

Анатомия ва патологик анатомия, гистология, нормал ва патологик физиология, юқумли касалликлар, аллергология, фармакология ва клиник фармакология, шошилиш педиатрия, жонлантириш.

6. МАШҒУЛОТ МУНДАРИЖАСИ

6.1. Назарий қисм

Сузак сийдик-таносил аъзолари касаллигидир. Касалликнинг кўзгатувчи гонококкларни Олмониялик олим Нейссер 1879 йилда кашф этган. Гонококклар Грам усулида манфий бўяладиган диплококклардир. Улар ловия шаклида бўлиб, узунлиги 1,25 мкм, эни 0,75 мкм ни ташкил этади. Гонококклар фақат одам организминини зарарлайди, таркибида оксил моддаси бўлган сунъий озик муҳитларда яхши ривожланади.

Касаллик катта ёшдаги кишиларга жинсий алоқа пайтида юқади. Болаларга ножинсий йўл билан: касалликка чалинган ота-оналаридан ва уй-рўзғор буюмлари орқали юқади.

Гонококклар цилиндрсимон эпителий хужайралари билан қопланган шиллиқ қаватларда яшайди ва уларни зарарлайди. Шу сабабли одатдаги сузак жараёни қуйидаги аъзоларнинг яллиғланишига олиб келади: сийдик чиқарув йўли (уретрит), бачадон бўйни (эндоцервицит), йўғон ичакнинг пастки қисми (проктит), қиз болаларда қин (вагинит) ва янги туғилган чақалоқларда кўзнинг конъюнктивал ва мугуз қаватлари (бленнорея). Бошқа сийдик-таносил аъзоларининг ва экстрагенитал органларнинг гонококклардан зарарланиши сузакнинг асорати ҳисобланади.

Сузакда бемор организмга тушган гонококклар қон зардобидида махсус қарши таначалар (комплемент боғлаб олувчи, бир-бирига ёпишиб чўкмага тушувчи ва бошқа турдаги антитаналар) ҳосил бўлишига олиб келади. Бу антитаналар оксилларнинг 6-8 турига мансубдир. Бироқ ҳосил бўлган иммун таначаларнинг ҳимоя кучи жуда паст бўлади. Улар беморларни организмга қайта тушган гонококклардан ҳимоя қила олмайди. Шу сабабли сузакдан даволанган беморларга касаллик қайта юқиши мумкин (реинфекция). Сузак билан касалланган беморларда кузатиладиган фагоцитоз асосан кўп ядроли нейтрофиллар томонидан олиб борилади. Аммо бундай фагоцитоз

тугалланмаган ҳисобланади (эндоцитобиоз). Сўзакнинг кечиши, касалликнинг оғир ёки енгил ўтиши бемор организмнинг иммунобиологик ҳолатига боғлиқ. Сўзак сепсисининг кўпинча организми заифлашиб қолган беморларда кузатилиши фикримизнинг далилидир.

Амалий венерологияда сўзакнинг қуйидаги клиник турларини фарқлаш қабул қилинган:

1. Янги сўзак (касаллик муддати 2 ойдан кўпга чўзилган бўлмаса);

а) ўткир сўзак - касаллик белгилари ўта ривожланган;

б) ўртача ўткир сўзак - касаллик белгилари ривожланган;

в) торпид, сезилар-сезилмас сўзак - касаллик белгилари кам ёки аҳён-аҳёнда намоён бўлади.

Сурункали сўзак (касаллик шаклланганига 2 ойдан кўп вақт ўтган). Бунда сўзак жараёни чуқурлашади, ўчоқли тус олади, сўзак асоратлари кузатилади. Касалликнинг клиник белгилари кўпинча суст бўлади, баъзан у кўзиб туради. Йиллаб давом этиши мумкин.

Яширин сўзак ёки гонококк ташувчанлик.

Сўзакнинг бу турида касаллик белгилари кузатилмайди. Аммо бемор организмида, айниқса унинг сийдик-таносил аъзоларида гонококклар мавжуд бўлиб, улар лаборатория усулларидагина аниқланади. Гонококклар ташувчи одамлар кўпчилик ҳолларда ўзларини соғлом деб ҳисоблайдилар. Улар касаллик юктириш манбаи ҳисобланади. Гонококк ташувчанлик диагнози одатда тасодифан қўйилади, яъни текширилаётган шахсда бактериоскопик ва бактериологик усуллар ёрдамида сўзак кокклари топилгандан сўнг уларнинг касаллик манбаи эканлиги исботланади.

Уретритлар. Сийдик чиқарув йўлининг яллиғланиши уретрит деб аталади. Уретритлар одатда касаллик юққанидан сўнг 3-5 кун ўтгач ривожланади. Баъзан 1 кундан ва аксинча, 15 кундан кейин ҳам касаллик белгилари пайдо бўлиши мумкин. Дастлаб беморларни уретранинг ачишиши ёки қичишиши безовта қилади. Сўнгра уретра оғзида шиллиқли ёки шиллиқ-йирингли суюқлик пайдо бўлади. Сийдик чиқарув каналининг ташқи чиқарув тешиги шишади, атрофи қизаради. Уретрадан келаётган йиринг канал оғзида қотиб қолиб, сийишни қийинлаштириши мумкин.

Касаллик ривожлана боргач жинсий олат танасида оғриқ пайдо бўлади. Пайпаслаб кўрилганда уретранинг сим арқондек қотганини сезамиз, оғриқ кучаяди. Сийдик чиқариш йўлидаги яллиғланиш жараёни дастлаб уретранинг олдинги қисмида, кейин орқа қисмида ривожланади. Мазкур жараённи топографик жиҳатдан аниқлаш мақсадида икки стаканли синов усули қўлланилади. Беморга навбат билан биринчи ва иккинчи стаканларга сийиш буюрилади. Бунда биринчи стаканга қуйиладиган сийдик оқими узилмаслиги лозим. Олдинги уретритда фақат биринчи стакандаги сийдик лойқаланади. Иккинчи стакандаги сийдик эса тиниқ ва тоза бўлади.

Агар сўзак жараёни орқа уретрани ҳам зарарлаган бўлса, иккала стакандаги сийдик ҳам лойқаланиб, унда ипир-ипир иплар сузиб юрганини ёки қуйқанинг чўкмага тушаётганини кўрамиз (тотал уретрит). Диагностик хатога йўл қўймаслик учун бемор камида 200-300 мл микдорда сийиши

лозим. Шунингдек, сийдик бошқа сабабларга кўра (масалан, сийдик-тош касаллиги) ҳам лойқаланиши мумкинлигини ҳисобга олиш зарур. Айниқса, буйрак ва сийдик пуфаги касалликларига хос бўлган ўзгаришлар сийдик таркибида турли-туман тузлар, бактерия ва йирингли массаларнинг (пиурия) тўпланишига олиб келади. Агар сийдик фосфорли тузлар ҳисобига лойқаланган бўлса, унга хлорид кислотани томизиш сийдикнинг тиниқлашишига сабаб бўлади. Уратлар (сийдик кислотанинг тузлари) ҳисобига лойқаланган сийдик уни қиздириш йўли билан аниқланади.

Юқорида таърифланган белгиларнинг ривожланиши даражасига қараб, уретритларнинг ўткир, ўртача ўткир ва торпид турлари фарқланади.

Сўзак диагностикасида, жумладан уретритларнинг сўзакка алоқадорлигини аниқлашда бактериоскопик ва бактериологик усуллар ҳал қилувчи роль ўйнайди. Сийдик чиқариш йўлидан ажралаётган йирингли суюқликдан суртма тайёрлаб, уни Грамм усулида бўяш лозим. Бўяш натижаларига қараб (гонококklar грамманфий бўялади) сўзак кўзгатувчилари диплококklarдан фарқланади. Шунингдек гонококklarнинг хужайра ичида жойлашганлиги (эндоцитопаразит), жуфт учраши, ловиясимон шакли ва бошқа белгилари уретритларнинг асл табиатини аниқлашда ёрдам беради.

Эркакларда сўзак уретрит қуйидаги асоратлар қолдиради:

Парауретрит - уретра ёнидаги йўлчаларнинг яллиғланиши;

Баланопостит - закар бошчаси ва жинсий олат қалпоғи ички юзасининг яллиғланиши;

Куперит - Купер безларининг зарарланиши;

Простатит - простата безининг яллиғланиши;

Эпидидимит - мойк ортиғининг касалланиши;

Везикулит - уруғ пуфакчасининг зарарланиши;

Цистит - сийдик пуфагининг яллиғланиши;

Орхит - мойкнинг зарарланиши;

Пиелонефрит - буйрак ва буйрак жомининг йирингли яллиғланиши ва бошқа асоратлар.

Простатит кўпчилик ҳолларда жинсий ожизликка олиб келса, орхит бола кўрмасликка (фарзандсизликка) сабаб бўлади.

Сўзакнинг экстрагенитал асоратлари асосан метастаз йўли билан ривожланади: сўзакли сепсис, эндокардит, бўғимларнинг зарарланиши, асаб системаси ва терининг зарарланиши. Янги сўзакда асоратлар жуда кам кузатилади, сурункали сўзакда эса деярли барча ҳолларда у ёки бу турдаги асоратлар пайдо бўлади. Сўзак асоратларини аниқлаш нафақат диагностик аҳамиятга эга. Уларнинг табиатини билиш даволаш режасининг тўғри тузилишига имконият яратиб беради. Сўзак асоратлари кўпинча гонококklarнинг ўзидан вужудга келади. Шу билан бир қаторда қўшилиб келадиган юқумли микроорга-низмлар ва бошқа аллергик жараёнлар ҳам сўзак асоратларининг қисқа муддат ичида шаклланишига ва хилма-хил бўлишига сабабчи бўлиши мумкин.

Энг кўп учрайдиган сўзак асоратларидан (45-50%) простатитга тўхталиб ўтамиз. Простата безининг специфик зарарланиши одатда орқа уретрага ўтган гонококкларнинг без чиқарув йўлларига тушиши натижасида шаклланади. Баъзан гонококклар лимфоген ва гематоген йўллар билан ҳам безга ўтиши мумкин. Касалликнинг кечишига қараб, ўткир ва сурункали простатитлар фарқ қилинади. Ўткир простатит кам қайд этилади. Сурункали простатит касалликнинг ўткир тури сифатсиз даволанганда ёки бутунлай даволанмаганда ривожланади. Шунингдек, сурункали простатит бирламчи (ўткир формасиз) шаклланиши мумкин. Касалликнинг табиати ва безнинг яллиғланиш даражасига қараб катарал, фолликуляр ва паренхиматоз простатитлар тафовут қилинади.

Катарал простатитда яллиғланиш ўчоғи асосан без бўлмачаларининг чиқарув йўллари соҳасида кузатилади. Простата беzi пайпаслаб кўрилганда патологик ўзгаришлар деярли сезилмайди. Фақатгина без суюқлиги микроскопда текширилганда катта миқдорда лейкоцитлар борлиги аниқланади ва лецитин дончаларининг камайганлиги маълум бўлади.

Фолликуляр простатитда эса без соҳасида билкиллайдиган оғриқли ўсмалар ёки чегараланган тугунларни пайпаслаб кўриш мумкин. Беморларнинг шикоятларидан оралиқ соҳасида оғриқ сезиш, уруғ отилиш муддатининг тезлашганлиги, жинсий олатнинг суст таранглашиши, жинсий қониқиш сезгисининг пасайганлиги диққатни жалб этади.

Паренхиматоз простатитда юқорида санаб ўтилган шикоятлар кучаяди. Сийганда ачишиш, қичишиш, уретрадан шиллиқ-йирингли суюқликнинг аҳён-аҳёнда келиши бемор кайфиятини бузади. Жинсий ожизлик белгиларининг кўпайиши уларга уйқу бермайди. Без суюқлигида кўп миқдорда лейкоцитлар топилиши билан бирга лецитин дончаларининг кескин камайиб кетганлиги аниқланади. Простатитнинг сўзакка алоқадор эканлигини исботлаш учун уретрал суюқликдан тайёрланган суртмаларда гонококкларни топиш лозим. Бактериоскопик усуллар фойда бермаган беморларда экиб ўстириш усули ёрдам беради.

ҚИЗ БОЛАЛАР СЎЗАГИ

Қиз болаларда сўзак касаллиги кўпинча вульвовагинит ва уретрит кўринишида намоён бўлади. Бачадон ва бачадон ортиқларининг зарарланиши деярли кузатилмайди. Гонококклар қўзғатадиган вульвовагинит қизлар жинсий аъзоларида кузатиладиган юқумли касалликларнинг 4% ини ташкил этади.

Қизларни сўзакка нисбатан мойиллиги улар организмнинг ўзига хос анатомик, физиологик, биокимёвий ва гормонал хусусиятлари билан тушунтирилади. Айниқса қин суюқлигининг ишқорий муҳити, қин деворининг кўп қаватли ясси эпителийдан тузилмаганлиги ва гонококкларнинг антагонисти ҳисобланган Дедерлейн таёқчаларининг ривожланмаганлиги қин шиллиқ қаватининг яллиғланишига сабаб бўлади.

Сўзакдан даволанмаган ёки сифатсиз даволанган қизларда сўзак жараёни жинсий балоғатга етиш давригача чўзилиши мумкин. Жинсий

балоғат (пубертат давр) га етган қиз болалар организмида кузатиладиган ўзгаришлар натижасида организмнинг ўз-ўзидан даволаниш ҳолати кузатилади. Бунга қин шиллиқ қаватида кузатиладиган гистологик ўзгаришлар, қин суюқлигининг физик ва кимёвий хоссалари, бошқа иммунологик ўзгаришлар сабаб бўлади.

Сўзакнинг инкубацион даври қиз болаларда ўртача 5-7 кунни ташкил этади. Касаллик жинсий аъзолар ва орқа чиқарув тешиги соҳаларида кузатиладиган оғриқ ачишиш, қичишиш каби белгилар билан бошланиб, бемор қизнинг умумий ҳарорати кўтарилади, тез-тез сийиш, сийганда ачишиш сезгиси безовта қилади. Кичик жинсий лаблар терисида, қин даҳлизи, қиннинг девори, сийдик чиқариш найчаси ва тўғри ичакнинг пастки қисмларида яллиғланиш белгилари кузатилади. Бундан ташқари, катта уятли лаблар ва оралик терисида ҳам қизариш, шишиш каби белгилар намоён бўлади. Жинсий ёриқдан оққан йирингли суюқлик жинсий лаблар соҳасида қуриши натижасида сарғимтир-жигар ранг қатқалоқлар ҳосил бўлади. Қин даҳлизида майда эрозиялар пайдо бўлиши мумкин. Баъзан ўткир яллиғланиш жараёни оқибатида қиннинг девори, уретранинг оғзида полипоз ўсимталарнинг ривожланганлигини кўриш мумкин.

Вульвовагинитга дучор бўлган қизларнинг барчасида уретрит белгилари кузатилади: уретранинг ташқи чиқарув тешиги қизарган, шишган ва кенгайган; сийдик йўлининг пастки девори босиб кўрилганда ундан йирингли суюқлик ажралади. Қиз болалар тез-тез сийдик ажратиб туради, баъзан сийдигини тутиб тура олмайдилар. Сўзак 3-7 ёшли қизларда бартолинит ва эндоцервицит каби асоратлар бериши мумкин. Бундай ҳолларда бу безларнинг катталашганлигини, чиқарув йўллари соҳасида эса қизил нуқталарни яққол кўриш мумкин. Бачадон бўйни қизарган ва шишган. Унинг оғзидан йиринг суюқлиги ажралиб туради, атрофида эса майда-майда эрозиялар кузатилади. Қиз болаларда сўзак диагнозини қўйиш учун Грамм усулида ва метилен кўки билан бўялган суртмаларда албатта гонококкларни топиш лозим.

Сўзакни даволаш махсус услубий қўлланма асосида олиб борилади. Мазкур қўлланмага асосан касалликни даволашда антибиотиклар, сульфаниламидлар, специфик ва носпецифик иммунологик дорилар, шунингдек маҳаллий даво препаратлари қўлланилади. Антибиотиклардан пенициллин тузлари, левомецетин, тетрациклинлар, эритромицин, мономицин ва канамицинлар ишлатилади. Кейинги йилларда сўзакни даволашда цефалоспоринларнинг (цепорин, цефамизин, кефзол, цефуроксим, цефолексин) самарадорлиги текширилди.

Сульфаниламидлардан сульфомонометоксин, сульфадиметоксин, сульфатон ва бисептол-480 қўлланилади.

Иммунологик даво ўтказилаётганда гоновакцина, пирогенал, продигозан, аутоқон ва витаминлардан кенг фойдаланилади.

Янги ўткир, ўртача ўткир асоратсиз сўзак фақат антибиотиклар билан даволанади. Кўпинча пенициллин ва унинг таъсири узайтирилган

ҳосилалари қўлланилади. Бензилпенициллин 300 000 ТБ дан ҳар 4 соатда, бициллинлар 1 200 000 ТБ дан ҳар 48 соатда юборилади, жами 3 млн. ТБ.

Янги торпид ва сурункали асоратсиз сўзакларни даволашда дастлаб иммун даво, сўнгра антибиотиклар билан даво ўтказилади. (пенициллин гуруҳи даво курсига 4,2-6 млн. ТБ).

Янги ва сурункали асорат қолдирган сўзакларни даволаётганда ҳам дастлаб иммун даво ва сўнгра антибиотиклар қўлланилади. Аммо сўзакнинг бундай мураккаблашган турларида антибиотикларни танлашдан олдин уларга нисбатан гонококкларнинг сезувчанлиги аниқланади. Шу билан бирга асоратнинг турига қараб у ёки бу хил маҳаллий даво ўтказилади (уретрани ювиш, простата безини уқалаш, мойк халтасига (ёроққа) суспензорий кийгизиш ва ҳоказо). Сульфаниламидлар асосан сурункали асорат қолдирган сўзак билан касалланган беморларда антибиотикларга нисбатан чидамлилиқ ҳолати ёки ноҳуш белгилар кузатилганда ишлатилади.

Яширин сўзакда навбат билан иммун даво ва антибиотиклар билан даво ўтказилади. Бундай ҳолларда бир вақтнинг ўзида икки турдаги антибиотикни қўллаш мумкин (уларнинг гонококкларга нисбатан сезувчанлигини ҳисобга олган ҳолда).

Болалар сўзагини даволаётганда даво чоралари стационар (касалхона) шароитида олиб борилиши лозим. Қизларнинг янги асоратсиз сўзаги пенициллин (500 000 ТБ дан ҳар 3 соатда юборилади, жами 2 млн. ТБ) билан даволанади. Янги асоратли ва сурункали сўзакда пенициллин миқдори 4 млн. ТБ гача, эритромицин 6-8 млн. гача етказилади. Бироқ керакли натижа олиш мақсадида антибактериал давога қадар иммун даво (ёши 4 дан ошган қизларда) ўтказилади. Қин ва тўғри ичак 1-2-3% протаргол ёки колларгол эритмаси билан ювилади. Бачадон бўйнига ихтиолнинг 5-10% глицеринли эритмаси суртилади.

Сўзакка қарши даво ўтказилгандан 7 - 10 кун ўтгач, беморларда даволанганлик мезони аниқланади. Буни аниқлаш учун қўшма провокация (касалликни сунъий қўзғатиш) усулларида фойдаланилади. Касалликни сунъий қўзғатишнинг қуйидаги турлари мавжуд:

- биологик усул - мушак орасига гоновакцина юбориш, катта ёшдаги кишиларга 0,5 млрд., болаларга 200 млн.- 300 млн. микроб таначалари;
- кимёвий усул - 1-3% кумуш нитрат эритмаси маҳаллий қўлланилади;
- алиментар усул - ўткир ва шўр таомлар истеъмол қилиш;
- механик усул - уретрага буж киритиш;
- физик усул - турли иситувчи муолажалар ўтказиш.

Қўшма провокация усуллари ўтказилгандан сўнг 24, 48, 72 соат ўтгач 3 марта суртма тайёрланиб, бактериоскопик текширувдан ўтказилади. Шунингдек, экиб ўстириш йўли қўлланилади, простата безининг суюқлиги текширилади ва уретроскопия қилинади.

Агар суртмаларда, озикли муҳитларда, жинсий безлар суюқлигида ва сийдик йўлларида касаллик белгилари кузатилмаса, шунингдек гонококклар топилмаса, тек-ширилаётган бемор соғлом, яъни бутунлай даволанган деб ҳисобланади.

**Талабани мавзу бўйича тайёргарлик даражасини текшириш мақсадида
«Айлана стол атрофида» интерактив усулини ўтказиш сценарийси.**

«Айлана стол атрофида» интерактив усулидан фойдаланиш

1. Мавзунини танлаш: Сузакни нозологик шакллари
2. Топширикни оқиб келганга ўзи билан столга қўйлади.
3. Хар бир талаба ўз жаболарини келганга ўзидилар.
4. Хар бир талаба ўзган жавоблар бирма бир қўриб чиқилиб муҳокама қилинади, нотиқ жавоблар олиб ташланади.
5. Тугри жавоблар микдорига қараб талаба баҳоланади.

Тугри жавоб:

- Янги уткир олдинги гонококкли уретрит.
- Сурункали тотал гонококкли уретрит .Уткир ости келиши.
- Сурункали гонококкли уретрит, эндоцервекит, эндометрит
- Уткир гонококкли уретрит, вульвовагинит.
- Гонобленорея
- Хронический тотальный гонококковый уретрит, Осл: катаральный простатит.

Ручка стол марказида « интерактив усулини қўллаш

Мавзу танланади: «Сурункали тотал гонококкли уретрит, Асорати: катарал простатит» клиник қўрилиши

Талабаларга масала тушунтирилади:Оқиб келганга хар бир талаба битта жавоб ўзи билан кейинги талабага ўзатади,ўзининг ручкасини эса столнинг марказига қўяди. 10-15 дақиқа ичида ичида жавоблар муҳокама қилиниб баҳоланади.

Тахминий жавоблар:

- Беморни асосий шикоятлари – сийдик чиқарув каналидан асосан эрталаб йирингли оқмалар ажралиши
- оқилик соҳасидаги оқиликлар дефекация пайтида қўчади.
- потенцияни қамайиши
- бактериоскопияда уретрадан суртма олиб тайёрланганда гонококклар аниқланган.
- ректал усулида простата бези пайпасланганда қаттиқлашганлиги, оқилик ва қатталашганлиги аниқланмоқда.
- простата суюқлиги анализида эритроцитлар, лейкоцитлар ва лейкоцитин доначаларини микдори қамайганлиги аниқланмоқда.
- простата суюқлигини ҳажми қамаяди.ди.

6.2. Аналитик қисм

Вазиятли масалалар:

1. Тугриқхонада янги тугрилган чакалокни 2 қўни чап қўзни шиллик қаватларидан сероз-йирингли оқмалар ажралган, эртасига йиринг ажралиши қўпайган, ҳамда унқ қўзда ҳам худди шундай ўзгаришлар пайдо бўлган. Қўрик

махалида куз ковоклари шишган, скелераси кизарган, томирлари кенгайган, куз олмасини ён сохаларига босилганда йирингли окмалар чикиши кузатилмоқда. Бола инжик ва уйкуси безовта.

1. Сизнинг ташхисингиз?

2. Ташхисни тасдиклаш мақсадида қандай текширув усулларини утказиш керак?

3. Қасаллик кузгатувчисини айтинг?

4. Сизнинг даво тактикангиз.

Жавоб эталон :

1. Гонобленорея.

2. а). Куздан ажралаётган сероз- йирингли суюкликдан суртма олиб, Грамм усулида буяш ва бактериоскопик текшириш. б). Онасини уретрасидан, цервикал каналдан ва киндан суртма олиб тайёрлаш ва бактериоскопик текшириш.

3. Хужайра ичи диплококклар (гонококклар).

4. Венеролог чакириб ва она-болани тери-таносил диспансерига утказиш.

2. Шифокор қабулига 32 ёшли уйланган эркак сийганда ачишиш ва оғриқларга шикоятлар билан мурожат қилди. Бемор узини 3-4 кундан бери қасал ҳисоблайди. Қасаллик белгиларини биринчи бор эрталаб сийганда ачишиш ҳамда эртасига уретрадан йирингли ажралма ажралиши ва сийишдан олдин оғриқ пайдо бўлганли аҳамият берди. Мустақил ҳолда узича марганцовка ердамида ванночка қилган, шу сабабли ажралмалар ажралиши қамайган, лекин эрталаб оз микдорда йирингли ажралмалар ажралиб турганлиги сабабли венеролога мурожат қилган. Бемор сузига кура 15 кун аввал маст ҳолатда бегона аёл билан жинсий алоқада бўлган. Бошқа жинсий алоқаларни инкор этади.

1. Сизнинг ташхисингиз?

2. Қандай текширувлар утказилиши лозим. ва қайси инфекциялар учун?

3. Провакация усулидан фойдаланиш зарурми? Қандай усулда ?

4. Қуйидаги ҳолатда венеролог иши ҳажми қандай?

Жавоб эталонлари:

Сузак, трихомониаз, кандидоз, хламидия, микоплазма ва носпецифик уретритлар ҳақида уйлаш мумкин.

а). Уретрадан ажралаётган сероз- йирингли суюкликдан суртма олиб, Грамм усулида буяш ва бактериоскопик текшириш. б). ПЦР ёрдамида барча жинсий йул билан юқадиган инфекцияларга текшириш.

Уретрадан чиқаётган ажралма микдори кам бўлганлиги сабабли алиментар провакация утказилиши зарур.

Беморни ЖАОЮК га текшириш. Барча оила аъзоларини текшириш. Жинсий шеригини топиш ва текшириш зарур.

3. Венеролог куригига 19 ёшли киз бола қуйидаги шикоятлар билан мурожат қилди: йирингли ажралма ажралиши ва сийиш вақтида оғриқга. Қасаллик

аломатлари 2 кун аввал пайдо булган.Узининг касаллигини 10 кун аввал жинсий зурлаш билан боглайди.

Курик махалида уретра дахлизи гиперемияланган, шишган, яшил- саргимтир йирингли ажралма ажралмокда, худди шундай ажралмалар цервикал каналидан ажралаётгани курунмокда. Лимфа тугунлари катталашмаган.Тана харорати нормал. Бемор турмашга чикмаган.

Сизнинг ташхисингиз?

Беморга текширувлар режасини тузинг

Даво тактикаси.

Жавоб эталони:

Сузак, трихомониаз, кандидоз, хламидия, микоплазма, кандидоз ва носпецифик уретритлар хакида уйлаш мумкин.

Уретра деворидан, вагина ва цервикал каналдан суртма олиб, бактероскопия усулида текшириш.

Касаллик манбаи аникланмаганлиги сабабли беморга специфик даводан сунг, захмга карши огохлантирувчи даво утказиш зарур.

Тестлар:

1. Сузакни кузгатувчиси:

Гонококлар

Диплакоклар

Стрептакоклар

Стафилакоклар

Трихомонадалар

2. Куйдаги сузакни клиник турлари фарк килинади (нотугри жавобни топинг):

Сурункали сузакли отит

Янги сузакли олдинги уретрит

Янги сузакли тотал уретрит

Сурункали сузакли вульвовагинит, эндометрит

Сурункали сузакли паропроктит

3.Эркаклар сузагида учрайдиган асоратлар(нотугри жавобни топинг):

Офарит

Простатит

Уретра безларининг абцеслари

Орхит

Дифферентит

4. Простатитни кандай клиник шакиллари фарк килинади?

Катарал, фолликуляр, паренхиматоз

Катарал, фолликуляр, интестинал

Катарал, фолликуляр, диффуз

Диффуз, фолликуляр, паренхиматоз

Барча саволлар тугри

5. Провакацияни кандай услублари бор (нотугри жавобни топинг)?

Суний
Алементар
Биологик
Химиявий
Физикавий

6. Таносил касалликларининг асосий профилактикаси:

Саналган барча тадбирлар тугри.

Секс вақтида химоя чораларини куллаш

Пала-партиш жинсий алокалардан сакланиш

Аноним текшириш таянч пункти хизматидан фойдаланиш

Аҳолии орасида тушунтириш ишларини кенг куламда олиб бориш

7. Гонококклар қандай қуринишидаги шиллик қаватларни зарарлайди:

А. Цилиндрик эпителий

В. Куп ясси қаватли эпителий

С. Кубсимон эпителий

Д. Куп ясси қаватли мугузланувчи эпителий

Е. Барча жавоблар тугри

8. Сузакни инкубацион даври купинча неча кунни ташкил этади:

А. 5-7 кун

В. 3-4 кун

С. 1-2 кун

Д. 8-10 кун

Е. 10-14 кун

9. Аёлларда сузакни купрок қуйидаги клиник шакли учрайди:

А. Янги торпид ва сурункали

В. Янги уткир ости

С. Уткир юқорига кутарилувчи сузак

Д. Янги уткир

Е. Сурункали юқорига кутарилувчи сузак

10. Сузак реинфекцияси критерияларига қиради. (Нотугри жавоб):

А. Даводан сунг клиник белгиларини сакланиб қолганлиги;

В. Даводан сунг суртма олиб қурилганда гонококклар топилмаслиги ва лейкоцитлар микдори нормаллашганлиги

С. Тулик даво олганлиги

Д. Даводан сунг клиник тузалиш

Е. Сузак билан касалланган шерик билан жинсий алоқада бўлганлиги ҳақида маълумот

6.3. Амалий қисм

Қуйидаги амалий кўникмалар УАШ дарсдан сўнг билиши лозим

1. Сузак, киз болалар сузаги, гонобленорея касаллик билан хасталанган болаларни кўздан кечириш.
2. Сузак, киз болалар сузаги, гонобленорея касалликларни олдини олиш

- чоралари (профилактикаси).
3. Бемордан шикоятлари ва касалликнинг анамнезини йиғиш;
 4. Беморни клиник жихатдан текшириш ва асоси касаллик баенини езиш;
 5. Таккослов ташхисини ўтказиш;
 6. Анамнез ва асосий клиник белгиларни тахминий ташхис учун ажратитиб олиш;
 7. Беморни ва унинг ота-онасини лаборатор текширувдан ўтказиш режасини тузиш зарур (ИФА, ПЦР, УЗИ);
 8. Лаборатор текширув натижаларини интерпретацияси;
 9. Даволаш тактикасини тузиш.

7. Талабалар билимини баҳолаш мезонлари

Аъло 86-100 балл	Хулоса ва қарор қабул қилиш. Ижобий фикрлай олиш. Мустақил мушоҳада юритиш. Амалда қўллай олиш. Мохиятини тушунтириш. Билиш, айтиб бериш. Тасаввурга эга бўлиш.	Сузакнинг қўзғатувчиси, юкиш йуллари, классификацияси, кечиши, клиникаси, эркаклар ва аёллардаги асоратлари, диагностика усуллари, таккослов ташхиси, даволаш ва профилактикаси ҳақида тулиқ билимларга эга бўлиш. Сузакда қўлланилувчи провокация усуллари (алиментар, химиявий, физикавий, биологик, механик, физиологик) тушунтира олиш. Киз болалар сузаги ва гонобленорея клиникаси, кечиши ҳақида тулиқ билимларга эга бўлиш.
Яхши 71-85 балл	Мустақил мушоҳада юритиш. Амалда қўллай олиш. Мохиятини тушунтириш. Билиш, айтиб бериш. Тасаввурга эга бўлиш.	Сузакнинг қўзғатувчиси, юкиш йуллари, классификацияси, кечиши, клиникаси, эркаклар ва аёллардаги асоратлари, диагностика усуллари, таккослов ташхиси, даволаш ва профилактикаси ҳақида умумий билимларга эга бўлиш. Сузакда қўлланилувчи провокация усуллари (алиментар, химиявий, физикавий, биологик, механик, физиологик) тушунтира олиш. Киз болалар сузаги ва гонобленорея клиникаси, кечиши ҳақида умумий билимларга эга бўлиш.
Қониқар ли 55-70 балл	Мохиятини тушунтириш. Билиш, айтиб бериш. Тасаввурга эга бўлиш.	Сузакнинг қўзғатувчиси, юкиш йуллари, классификацияси, кечиши, клиникаси, эркаклар ва аёллардаги асоратлари, диагностика усуллари, таккослов ташхиси, даволаш ва профилактикаси ҳақида тушунчаларга эга бўлиш. Сузакда

		кулланилувчи провокация усуллари (алиментар, химиявий, физикавий, биологик, механик, физиологик) тушунтира олиш. Киз болалар сузаги ва гонобленорея клиникаси, кечиши хакида тушунчаларга эга булиш.
Коникарс из 55 баллдан кам	Аник тасаввурга эга булмаслик. Билмаслик.	Сузакнинг кузгатувчиси, юкиш йуллари, классификацияси, кечиши, клиникаси, эркаklar ва аеллардаги асоратлари, диагностика усуллари, таккослов ташхиси, даволаш ва профилактикаси хакида билимларга эга булмаслик. Сузакда кулланилувчи провокация усуллари (алиментар, химиявий, физикавий, биологик, механик, физиологик) билмаслик.

8. АМАЛИЙ МАШҒУЛОТНИНГ РЕЖАСИ (ХРОНОКАРТА)

№	Ўтказиладиган иш ҳажми	Ўтказиладиган вақт
1	Йўқлама	8.30-8.35
2	Машғулоти мақсади ва вазифаларини талабаларга тушунтириш.	8.35-8.40
3	Конспектларни текшириш	8.40-9.00
4	Назарий билимни баҳолаш	9.00-9.40
5	Танафус	9.40-9.45
6	Бўлимдаги касалларни кўруви, амалий машғулоти ўтказиш	9.45-10.45
7	Тарқатма материал билан ишлаш, ролли ўйинлар ўтказиш, вазиятли масалаларни ҳал қилиш	10.45-11.55
8	Танафус	11.55-12.50
9	Дарс резюмеси. Амалий машғулоти баҳолаш	12.50-13.20
10	Танафус	13.20-13.25
11	Навбатдаги мавзуни тушунтириш	13.25-14.25
12	Мустақил иш	14.30-16.15

Адабиётлар

1. Арифов С.С., Эшбоев Э.Х. Тери ва таносил касалликлари. Тошкент., 1997й. Б.350.
2. Ваисов А.Ш. Тери ва таносил касалликлари. Тошкент., 2004. Б.316.
3. Владимиров В.В.. Диагностика и лечение кожных болезней. Финляндия 1995 г.
4. Капкаев Р.А., Скрипкин Ю.К., Борисенко К.К., Г.Д. Селицкий, А.А. Кубанова. Справочник дерматовенеролога. Ташкент., 1992 г.
5. Кулага В.В., И.М. Романенко. Лечение заболевание кожи. Киев. 1998 г.
6. Лечение кожных болезней. Под редакцией проф. А.Л. Машкилейсон, Москва , 1996 г.

7. Мордовцева В.Н., Г.М.Цветковой. Патология кожи I. II часть. Москва “Медицина” 1993 г.
8. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. Москва. 1999г.
9. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Прохоренков В.И. Дерматологическая синдромология. Красноярск 1998 с-282.
10. Скрипкин Ю.К., Мордовцова В.Н. Кожные и венерические болезни. Москва., 1999г. Т. -1; 2. С.878.
11. Фицпатрик Т., В.Джонсон, К.Вульф, М.Палоно, Д.Сюрманд. Дерматология атлас - справочник М. 1999 г.