

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ
САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**

**ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ**

**КАФЕДРА: тиббий-педагогика факультетининг факультет ва госпитал
терапия, халқ табobati ва стоматология факультетининг ички касалликлар**

ФАН: ГОСПИТАЛ ТЕРАПИЯ

**МАВЗУ:
ГОСПИТАЛ ТЕРАПИЯ ФАНИНИ ЎҚИТИШДА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН
ЎҚИТИШНИНГ ИНТЕРФАОЛ УСУЛЛАРИ**

**(Тиббиёт олий таълим муассасалари ўқитувчилари учун)
ўқув-услубий кўрсатма**

Тошкент-2010

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ
САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ**

«ТАСДИҚЛАЙМАН»
ЎзР.ССВ Кадрлар, фан ва
ўқув юртлари Бош
бошқармаси бошлиғи
проф.Ш.Э.Атаханов

2010 й “ ____ ” _____
№ ____ баённома

«КЕЛИШИЛДИ»
Ўз РССВнинг Тиббий
таълимни ривожлантириш
маркази директори
М.С. Юсупова

2010 й “ ____ ” _____
№ ____ баённома

**КАФЕДРА: тиббий-педагогика факультетининг факультет ва госпитал
терапия, халқ табobati ва стоматология факультетининг ички касалликлар**

ФАН: ГОСПИТАЛ ТЕРАПИЯ

МАВЗУ:

**Госпитал терапия фанини ўқитишда қўлланиладиган
ўқитишнинг интерфаол усуллари**

**(Тиббиёт олий таълим муассасалари ўқитувчилари учун)
ўқув-услубий кўрсатма**

Тошкент-2010

Тузувчилар: **Аляви А.Л.** т.ф.д., профессор-Тошкент тиббиёт академияси тиббий-педагогика факультетининг факультет ва госпитал терапия, халқ таоботи ва стоматология факультетининг ички касалликлар кафедраси мудири.
Қодирова Ш.А. олий тоифали терапевт- ТТА тиббий-педагогика факультетининг факультет ва госпитал терапия, халқ таоботи ва стоматология факультетининг ички касалликлар кафедраси катта ўқитувчиси
Умарова З.Ф. т.ф.н., ТТА тиббий-педагогика факультетининг факультет ва госпитал терапия, халқ таоботи ва стоматология факультетининг ички касалликлар кафедраси доценти
Сайдалиев Р.С. т.ф.н., ТТА тиббий-педагогика факультетининг факультет ва госпитал терапия, халқ таоботи ва стоматология факультетининг ички касалликлар кафедраси катта ўқитувчиси
Мунавваров Б.Ж. ТТА тиббий-педагогика факультетининг факультет ва госпитал терапия, халқ таоботи ва стоматология факультетининг ички касалликлар кафедраси ассистенти
Жаббаров А.О. т.ф.н. ТТА тиббий-педагогика факультетининг факультет ва госпитал терапия, халқ таоботи ва стоматология факультетининг ички касалликлар кафедраси ассистенти

Тақризчилар: **Насритдинова Н.Н.** т.ф.д.-ТТА тиббий-педагогика факультетининг факультет ва госпитал терапия, халқ таоботи ва стоматология факультетининг ички касалликлар кафедраси профессори
Ризамухамедова М.З. т.ф.д., профессор ТТА даволаш факультетининг факультет ва госпитал терапия, шарқ таоботи ва тиббий профилактика факультетининг ички касалликлар кафедраси мудири
Юнусова Н.Х.-Тошкент тиббиёт академияси 2-сон тиллар, педагогика ва психология кафедраси мудири, доцент

Ўқув-услубий кўрсатма ТТАнинг тиббий-педагогика факультетининг факультет ва госпитал терапия, халқ таоботи ва стоматология факультетининг ички касалликлар кафедрасининг 2010 йил 29 январь йиғилишида муҳокама қилинган. **Баённома № 12**

ТТА Марказий Услубий Кенгаши терапевтик секциясининг 2010 йил 9 февраль йиғилишида муҳокама қилиниб, нашр этишга тавсия этилди **Баённома №4**

ТТАнинг Илмий Кенгашида 2010 йил кўриб чиқилиб, тасдиқланди. **Баённома №**

Илмий котиб, профессор: **Рахимбаева Г.С.**

“Талабани фақат билиш учун ўқитиш эмас, балки асосий- ишлашни билиш учун ҳам ўқитиш керак. Шаксиз, ушбу кўникма ўқитишнинг асосий мақсади ҳисобланади, билим эса бу йўлда ташланган қадамдир ...”

профессор И.Я.Конфедератов

Таълим – тарбия тизимини тубдан ислоҳ қилиш, уни замон талаблари даражасига кўтариш, миллий кадрлар тайёрлашнинг янги тизимини барпо этиш, баркамол, салоҳиятли авлодни тарбиялаш ҳозирги кунда Давлат сиёсатининг устувор йўналишидир.

Ҳозирги замон талабларига мос, фан ва техниканинг сўнгги ютуқларини ўзлаштирган, миллий ва маънавий қадриятларимизни таълим тизимига татбиқ эта оладиган ўқитувчидан эндиликда (миллий дастур) талабларига хос янгича ёндошув, янгича методика ва янгича касб маҳорати талаб қилинади. **«Кадрлар тайёрлаш миллий дастури»** да таълим сифатини ошириш, таълим тизимларида илғор замонавий педагогик ва ахборот технологияларини кенг жорий этиш, таълим – тарбия сифати ва самарадорлигига эришишда, турли педагогик методларни такомиллаштириш устувор вазифалар сифатида белгиланган.

Кадрлар тайёрлаш Миллий Дастурида таълим тизимига илғор, педагогик технологияларни жорий қилиш, уларни ҳар томонлама ўзлаштириш зарурлиги белгиланган. **Таълим технологияси** – бу ривожланаётган таълим жараёнини, муаммоли ўқитиш вазифасини фаол ўрганиш жараёнини рағбатлантириш, тадқиқот ишлари олиб бориш, тафаккурлаш усулини таркиб топтиришдан иборат

Таълим сифати ва самарадорлигини оширишда янги педагогик технологиялардан фойдаланиш, ҳар бир ўқув предметининг ўзига хос хусусиятларига монанд ёндашиш, педагогнинг ўқитишнинг усуллари ва йўлларининг энг тизимини танлай олган ҳолда дарс жараёнининг тўғри ташкил этиш муҳим роль ўйнайди. Ижодкор ўқитувчи эса ўз соҳаси бўйича янгича педагогик технология методикасини ажрата олмоғи ҳамда уни амалда самарали қўллай олмоғи лозим.

Педагогик технология – таълим-тарбия жараёни сифатида иштирокчиларнинг фаолиятлари орқали амалга оширилади. Бу жараённинг пировард мақсади баркамол инсонни шакллантириш ва ривожлантириш бўлиб, асосан, қуйидагилардан ташкил топади:

- таълим-тарбия бериш;
- ахборотларни авлоддан авлодга узатиш;
- мустақил фикрлашга ўргатиш;
- билим, кўникма, малакаларни ўргатиш ва ўзлаштирилишига эришиш;
- турли методикаларни қўллаш;
- диагностик мониторинг олиб бориш;
- таълим-тарбия жараёнида инсонпарварлик, халқпарварлик, мафкуравий тамойилларга асосланиш;

Мақсади:

- ўқитиш орқали шаклланади;
- ўзлаштирилган мавзуни амалда қўллаш учун кўникмалар шаклланади;
- ўрганувчилар фаолияти орқали амалга ошади (билим, кўникмаларни ривожлантириш ва ўрганилаётган ҳолатнинг натижаси асосланади).

Тузилиш принципи:

- ўқув жараёнини тахминий тузиш;
- охирги натижага таяниш;
- ўқув жараёнини тизимга солиш;
- реал вазифалар ва йирик муаммолар, мураккаб вазифаларни ўрганишда мустақил ишлаш;
- билимни кўникма орқали намоён этиш.

“Фикрлаш-барча нарсанинг бошланиши. Фикрлашни бошқариш мумкин. Шунинг учун ҳам комилликка эришишнинг асосий йўли - фикрлаш устида ишлаш демак....”

Л.Н.Толстой

Мустақил шуғулланишга, изланиш ва қидиришга ёрдам берадиган педагогик йўналишлардан бири бу **интерфаол ўйиндир**. Талабаларнинг таълим даражасини ошириш, чуқур фикрлашга йўналтириш, муаммо юзага келганда шароитга кўра тез хулоса қилиш каби кўникмаларини ривожлантиришда ва мавзунини яхши эслаб қолишлари учун тестлар, ситуацион масалалар қаторида интерфаол ўйинлар ҳам муҳим ўрин тутadi. Интерфаол ўйинларни бутун дарс жараёнида ёки дарсни мустақамлаш ва мавзу учун сарфланган дарс вақтида қандай унумга эга бўлинганлигини аниқлаш, юқорида санаб ўтилган хислатларни талаба ўзида жам қила билиши учун имконият яратади.

Вазифалари:

- ўрганувчиларда ўрганилаётган мавзуга қизиқишни ҳосил қилиш;
- ўқув материални ўзлаштиришни янада мустақамлашга эришиш;
- аналитик тафаккурни ривожлантириш;
- коммуникатив кўникмаларни шакллантириш;
- ўқув жараёнига барча ўрганувчиларни жалб этиш учун шарт – шароитлар яратиш;
- ўқув гуруҳида соғлом психолог муҳитни таъминлаш.

Сифат кўрсаткичлари:

- билимни фаоллаштириш, таълим потенциалидан фойдаланиш;
- юқори мотивация;
- мустақиллик, ташаббускорлик;
- ўз кучига ишониш.

Ташкил этиш:

- ўқиш жараёнига гуруҳнинг барча талабаларини жалб этиш;
- ҳар бир иштирокчи фикри эътиборга олинади;
- ҳар бир иштирокчи ўз фикрини айтиш ҳуқуқига эга (сўз эркинлиги);
- ўзаро ҳурматнинг юзага келиши;
- ишлаш учун ўқув хонасини тайёрлаш.

Интерфаол усуллари

I. Кичик гуруҳларда ишлаш усуллари: «Аклий ҳужум», «Ким кўпроқ, ким тезроқ?», «Ари уяси», «Заиф ҳалқа», «Муаммонинг ечими», «Ручка – стол ўртасида», «Ўргимчак ини», «Юмалоқ стол атрофида» ва ҳ.к.

II. Ўқув жараёнида такомиллаштириш усули: «Вазиятли масалалар ечиш», «Ролли ўйинлар ўйнаш».

III. Умумий амалиёт шифокори ечиши лозим бўлган масалаларни ҳал этишда қўлланиладиган усуллар – ахборот технологиясини қўллаш (интерфаол CD – диск, интернет маълумотлари, PowerPoint компьютер программаси).

Бу турларни танлаш талабаларнинг курсларига ҳам боғлиқ бўлган ҳолда танланади.

Тиббий – педагогика факультети 5 – курс талабалари госпитал терапия фани амалий машғулотида кафедра ходимлари томонидан юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда, қуйидаги интерфаол усуллар амалда қўлланилади:

I. Кичик гуруҳларда ишлаш усуллари: «Аклий ҳужум», «Ким кўпроқ, ким тезроқ?», «Ари уяси», «Заиф ҳалқа», «Муаммонинг ечими», «Ручка – стол ўртасида», «Ўргимчак ини», «Юмалоқ стол атрофида» ва ҳ.к.

II. Ўқув жараёнини такомиллаштириш усули: «Вазиятли масалалар ечиш», «Ролли ўйинлар ўйнаш».

I. Кичик гуруҳларда ишлаш усуллари

Ўқитиш ва тарбиялашнинг замонавий ва кенг тарқалган ўқитиш услуби амалий машғулотларда интерафаол усулларни қўллашдан иборатдир. Шу йўсинда кичик гуруҳларда ишлаш усулларида фойдаланиш мақсадга мувофиқдир. Бу ўйинлар талабаларда фикрни бир жойга жамлаш, мустақил фикрлаш, талабалар диққатини жалб этиш, тафаккурини ривожлантириш каби билим олиш учун муҳим омилларни шакллантиради. Талабалар қизиқиб, ўзлари англамаган ҳолда янгиликни осон ўзлаштирадилар, эслаб қоладилар, ҳар хил вазиятларда ўзларини тутишни ўрганадилар.

Қуйида госпитал терапия фанидан қўлланиладиган кичик гуруҳларда ишлаш усуллариининг сценарийлари келтирилмоқда:

1. "АҚЛИЙ ҲУЖУМ" усули сценарийси

Мақсад: ўз фикрини билдириш, турли ҳолатларда оптимал қарорлар қабул қилишни ўз ичига олади. Асосий қоидалари танқидий фикрлаш, эътирозларсиз ғояларни кадрлаш, кўпроқ таклифларни ўрганиш ва ғояларни такомиллаштиришни ўз ичига олади.

Талабаларга мавзу бўйича барча ғоялар, фикрларни, қарашларни имкони борича кўпроқ ёритиш имконияти берилади. Улар фикрлари ўзаро тўлдирилади, янги, замонавий қарашлар тингланади. Талабалар мавзу бўйича касалликнинг этио-патогенези, таснифи, клиникаси, диагностикаси, ташхисни асослаш, замонавий текшириш усуллариини ёритишади, даволаш принципларига ёндашишади. Бу усул барча талабаларнинг машғулотда фаол иштирокини таъминлайди. Бу усулни барча машғулотларда қўллаш мумкин.

2. "КИМ КЎПРОҚ, КИМ ТЕЗРОҚ?" иш ўйинини ўтказиш усули:

Иш учун зарур:

1. Мавзу бўйича саволлар ёзилган карточкалар (карточкаларнинг сони гуруҳдаги талабалар сонига тенг; ҳар бир карточкада 5 тадан савол бор).
2. Секундомер.

Ишнинг бориши:

1. Ўйин оғзаки тарзда ўтказилади
2. Талабалар навбат билан саволли карточкаларни тўпламдан суғуриб оладилар.
3. Ҳар бир талаба 3 дақиқа давомида карточкада ёзилган саволлар тўпламига (5) оғзаки жавоб беради.
4. Ўқитувчи тўғри жавоблар сонини ҳисоблайди.
5. Ўйинда барча талабалар қатнашадилар
6. Ўйиннинг умумий вақти – 45 дақиқа
7. Тўғри жавоблар берилмаган саволлар муҳокама қилинади.
8. Талабаларнинг жавоблари қуйидаги шаклда баҳоланади:
5 та тўғри жавоб – 100 балл
4 та тўғри жавоб – 80 балл
3 та тўғри жавоб – 60 балл
2 та тўғри жавоб – 40 балл
1 та тўғри жавоб – 20 балл
0 та тўғри жавоб – 0 балл
9. Талабалар олган балл машғулотнинг жорий баҳосини қўйишида ҳисобга олинади.
10. Жариданинг пастки бўш қисмида иш ўйинининг ўтказилганлиги ҳақида маълумот гуруҳ сардорининг имзоси билан белгиланади.

3. “ЎРГИМЧАК” УСУЛИ иш ўйинини ўтказиш усули:

Кадамлар:

1. Дастлаб талабаларга утилган машғулот бўйича саволлар тайёрлашга вақт берилади.
2. Қатнашчилар айлана ҳосил қилиб ўтиради.
3. Қатнашчилардан бирига калава ип берилади, у эса тайёрлаган саволини айтади (талаба тайёрлаган саволининг жавобини тўлиқ билиши лозим) ип учини ушлаб калавани талабалардан бирига отади.
4. Калавани илиб олган талаба саволга жавоб беради (савол берган студент жавобга изоҳ беради) ва яна саволлар эстефетаси давом этади. Қатнашчилар савол-жавобни ҳамма ўргимчак тўрига илингунча давом эттиришади.
5. Талабалар савол беришни тугатгандан сўнг калава ушлаган талаба калавани ўзига савол берган талабага беради ва ўзининг саволини ўнга айтади, калава бутунлай қайта ўралгунча яна савол жавоб бўлади.

Эслатма. Талабалар ҳар бир жавобга диққат билан эътибор бериб, уни тўлиқ ёки нотўлиқлиги баҳолашлари, калава кимга отилаётганлигини кузатиб боришлари лозим.

4. “АСАЛАРИ УЯСИ” иш ўйинини ўтказиш усули:

Кадамлар:

Иш учун зарур:

1. Алоҳида варақда чоп этилган топшириқ вариантлари ва вазиятли масалалар тўплами.
2. Ҳар бир кичик гуруҳдаги талабалар сонига қараб, куръа ташлаш учун сонлар.
3. Тоза қоғоз варақлари, ручкалар.

Ишнинг бориш тартиби:

1. Гуруҳдаги барча талабалар куръа ташлаш йўли билан ҳар бирида 3(2) талабадан бўлган 3 (4) кичик гуруҳга бўлинади.
2. Ҳар бир кичик гуруҳ алоҳида стол атрофига ўтиради, қоғоз варағи ва ручка тайёрлайди.
3. Варақда сана, гуруҳ сони, факультет, мазкур кичик гуруҳ иштирокчи – талабаларининг исми, фамилияси ва иш ўйинининг номи ёзилади.
4. Кичик гуруҳлар иштирокчиларидан бири конвертдан топшириқ вариантыни олади ва бу топшириқ барча кичик гуруҳлар учун қўлланилади.
5. Ҳар бир кичик гуруҳ талабаларидан бири вараққа топшириқни кўчириб оладилар
6. Кичик гуруҳнинг ҳамма талабалари биргаликда топшириқни муҳокама қиладилар, сўнг улардан бирортаси унинг ечимини ёзади.
7. Топшириқ ечимига 15 дақиқа вақт ажратилади.
8. Ўқитувчи ишнинг боришини кузатиб боради.
9. Вақт тугагандан сўнг ишлар ўқитувчига топширилади.
10. Ўйиннинг барча иштирокчилари натижаларни муҳокама қиладилар, энг тўғри бўлган ечимни танлайдилар ва унга максимал балл қўйилади.
11. Муҳокамага 15 дақиқа ажратилади.
12. Талабалар жавоб учун баллни машғулотнинг назарий қисми учун ажратилган рейтингдан оладилар.
13. Энг тўғри жавоб берган кичик гуруҳ машғулотнинг назарий қисми учун ажратилган максимал баллдан – 100% ни, 2 – ўрин олган кичик гуруҳ рейтингнинг 80% ни, 3- кичик гуруҳ рейтингнинг 60% , 4-ўринни олган гуруҳ эса 40% ни олади.
14. Жавоб варақларида ўқитувчи балларни ва ўзининг имзосини қўйди.
15. Талабалар томонидан олинган балл машғулотнинг жорий баҳосини қўйишда эътиборга олинади.
16. Жарийданинг пастки бўш қисмида иш ўйинининг ўтказилганлиги ҳақида белгиланади ва гуруҳ сардори имзо қўйди.
17. Талабаларнинг ишлари ўқитувчида сақланади.

5. “РУЧКА –СТОЛ МАРКАЗИДА” иш ўйинини ўтказиш усули:

Иш учун зарур:

1. Алоҳида варақларда босилган саволлар.
2. Тоза қоғоз варақлари, ручкалар.
3. Иш дафтари.

Ишнинг бориши:

1. Жами талабалар қуръа бўйича 4 та кичик гуруҳга 2-3 тадан бўлиб бўлинадилар.
2. Барча кичик гуруҳ вакиллари алоҳида столга ўтириб, тоза варақ ва ручка тайёрлайдилар.
3. Қоғоз варағида сана, гуруҳ рақами, факультет, талабаларнинг Ф.И.Ш. (иш ўйининг номи) ёзилади.
4. Ҳар бир гуруҳга аниқ бир саволга жавоб бериш шarti қўйилади.
5. Ҳар бир талаба варақда ўз фамилияси ва 1 та тўғри жавоб варианты ёзиб қўшнисига узатади, ўз ручкасини эса стол марказига суриб қўяди.
6. Педагог кичик гуруҳ ишини ва талабалар қандай қатнашаётганликларини назорат қилади.
7. Тўғри жавоб вариантини берган талабалар оғзаки қисм учун мах. рейтинг баллининг 100% - 100 олади,
- 2 – ўринни эгаллаган талабалар 80%-80 балл.
- 3 – ўринни эгаллаганлар 60% -60 балл оладилар.
8. Жавоб ёзилган вараққа домла балл ва имзо қўяди.
9. Талабалар олган баллар жорий баҳода назарда тутилади.
10. Жариданинг пастки қисмида иш ўйин ўтказилган кун белгиланиб, гуруҳ сардори ўз имзосини қўяди.

6. “МУАММОНИНГ ЕЧИМИ” иш ўйинини ўтказиш усули:

Иш учун зарур:

- 1.Алоҳида варақда чоп этилган топшириқ вариантлари ва вазиятли масалалар тўплами.
- 2.Ҳар бир кичик гуруҳдаги талабалар сонига қараб, қуръа ташлаш учун сонлар.
3. Ўйинни оғзаки ўтказиш мумкин. (ёзма ҳам ўтказиш мумкин.)

Ишнинг бориш тартиби:

1. Гуруҳдаги барча талабалар қуръа ташлаш йўли билан ҳар бирида 3(2) талабадан бўлган 3 (4) кичик гуруҳга бўлинади.
2. Ҳар бир кичик гуруҳ алоҳида стол атрофига ўтиради
3. Варақда сана, гуруҳ сони, факультет, мазкур кичик гуруҳ иштирокчи – талабаларининг исми, фамилияси ва иш ўйинининг номи ёзилади.
4. Кичик гуруҳлар иштирокчиларидан бири конвертдан топшириқ вариантини олади ва бу топшириқ барча кичик гуруҳлар учун қўлланилади.
5. Ҳар бир кичик гуруҳ талабаларидан бири вараққа топшириқни кўчириб оладилар
6. Кичик гуруҳнинг ҳамма талабалари биргаликда топшириқни муҳокама қиладилар, сўнг улардан бирортаси унинг ечимини ёзади.
7. Топшириқ ечимига 15 дақиқа вақт ажратилади.
8. Ўқитувчи ишнинг боришини кузатиб боради.
9. Вақт тугагандан сўнг оғзаки равишда жавоб берадилар.
10. Ўйиннинг барча иштирокчилари натижаларни муҳокама қиладилар, энг тўғри бўлган ечимни танлайдилар ва ўнга максимал балл қўйилади.
11. Муҳокамага 15 дақиқа ажратилади.
12. Талабалар жавоб учун баллни машғулотнинг назарий қисми учун ажратилган рейтингдан оладилар.
13. Энг тўғри жавоб берган кичик гуруҳ машғулотнинг назарий қисми учун ажратилган максимал баллдан – 100% ни, 2 – ўрин олган кичик гуруҳ рейтингнинг 80% ни, 3- кичик гуруҳ рейтингнинг 60% , 4-ўринни олган гуруҳ эса 40% ни олади.
14. Жавоб варақларида ўқитувчи балларни ва ўзининг имзосини қўяди.

15. Талабалар томонидан олинган балл машғулотнинг жорий баҳосини қўйишда эътиборга олинади.
16. Жарийданинг пастки бўш қисмида иш ўйинининг ўтказилганлиги ҳақида белгиланади ва гуруҳ сардори имзо қўяди.
17. Талабаларнинг ишлари ўқитувчида сақланади.

7. “ЗАИФ ҲАЛҚА”иш ўйинини ўтказиш усули:

Бу усулни қўллашда гуруҳ талабалари гўё бир халқага тизиладилар, улар олдиндан тузиб қўйилган саволларга қисқа ва лўнда жавоблар билан фикр билдирадилар. Бунда талаба ва ўқитувчи ўртасида тескари алоқа боғланади. Тескари алоқа бу кўзланган бирор мақсадга эришилдими йўқми, шу тўғрисидаги ахборотни қўлга киритишдир. Бевосита боғланадиган тескари алоқа таълим самарадорлигини оширади: ўқувчи материални яхши ўзлаштириб олиши учун дарҳол рағбатлантирилади. Бу усулда талаба хатога йўл қўйишга «ҳаққи йўқ», акс ҳолда у халқадан четлатирилади ва ечилмаган муаммони ундан кейинги талаба ечади. Халқа эса тораяди.

Саволлар енгилдан-оғирга тартибида тузилган бўлиб, турлича ўзлаштириш қобилиятига эга бўлган талабаларнинг барчаси ўзларини синашга муваффақ бўладилар. Бундан ташқари нотўғри тушунчалар кейинги хатола манбаи бўлиб қолмайди.

Иш ўйини учун қўйидагилар зарур:

1. Мавзу бўйича саволлар тўплами.
2. Ўйин протоколини қайд этиш учун гуруҳ рўйхати, оқ қоғозлар.
3. Секундомер.

Ишнинг юритилиши.

1. Назорат бошланишидан олдин, ўқитувчи талабаларга ўйиннинг қандай ўтказилиши ва баҳолаш тартиби ҳақида тушунтириб беради.
2. Ўйинни педагог ва унинг ёрдамчиси ўтказди. Ёрдамчи талабалардан сайланади.
3. Санокчи қайднома тайёрлайди-қоғозга кун, гуруҳнинг номери факультет, ўтказилаётган ўйин, факультет, гуруҳдаги талабалар ёзилади.
4. Ўйин1- чи турдан бошланади.
5. Ўқитувчи тайёрланган саволлардан навбати билан бирин кетин талабаларга савол беради.
6. Талаба 5 секунда саволга жавоб бериши керак.
7. Ўқитувчи «тўғри» ёки « нотўғри» сузи билан жавобни баҳолаб туради.
8. Агар жавоб нотўғри бўлса, ўқитувчи жавобни ўзи беради.
9. Ёрдамчи ўша талаба фамилияси тўғрисида «+» ёки «-» ёзиб қўяди.
10. Шундай қилиб, талабалар сўраб чиқилади ва 2 тур саволларига ўтилади.
11. 2 –чи турдан кейин ўйин тўхтатилиб, қайси талаба 2 та саволга жавоб бера олмаса ўйиндан чиқарилади. Уларни «Заиф халқа» деб аталади.
12. Ўйин яна ўолган талабалар билан давом эттирилади. Уларга яна бир тур саволлар берилади. Жавоб бера олмаган талабалар ўйиндан чиқарилади, қачонки улар аввлги саволлардан 2 та «-» олган бўладилар.
13. Турдан турга энг кучли талаба ўтади, чунки ҳамма саволларга тўлиқ ва кўпроқ жавоб берган бўлади.
14. Ўқитувчи –протоколга ким қачон ўйиндан чиққан, ва заиф халқа олганлигини қайд қилади.
15. Ўйинмаксимал 0,8 балл билан баҳоланади. 2-чи тур ўйиндан чиққанларга «0» балл, 3-чи турдан чиққанларга «0,2»балл, 4-чи турдан чиққанларга «0,4» 5-чи турдан чиққанларга «0,6»берилади энг кучли иштирокчига «0,8» балл куйилади.
16. Ўқитувчи балларни эълон қилиб, «Энг кучли ва энг заиф халқа» ни айтади.
17. Протоколга қўйилган баллар жорий баҳолашда теоритик билимлар сифати бўйича ҳисобга олинади.
18. Ўйин протоколи сақланади.

19. Журналнинг пастки очик жойига ўқитувчи ўйин ўтказганлиги тўғрисида числони белгилаб қўяди. Староста имзо қўяди.

1-Мавзу: «ДОРИЛАР АЛЛЕРГИЯСИ, АНАФИЛАКТИК ШОК» бўйича

«Ким кўпроқ, ким тезроқ?» иш ўйини.

Иш ўйинини ўтказиш учун саволлар:

1. Дорилар аллергиясига тушунча беринг.
2. Дорилар аллергиясининг этиологияси.
3. Дорилар аллергиясининг патогенези.
4. Аллергик реакцияларнинг типларини айтиб беринг
5. 1-типли аллергик реакция қандай номланади ва унинг иммун механизмида қайси антителалар иштирок этади?
6. 2-1-типли аллергик реакция қандай номланади ва унинг иммун механизмида қайси антителалар иштирок этади?
7. 3-типли аллергик реакция қандай номланади ва унинг иммун механизмида қайси антителалар иштирок этади?
8. 4-типли аллергик реакция қандай номланади ва унинг иммун механизмини нима ташкил этади?
9. Дориларнинг ножўя таъсирларини сананг.
10. "Ҳақиқий аллергик реакция" нима?
11. "Псевдоаллергик реакция" нима?
12. Дорилар аллергиясини тезлаштирувчи хавфли омилларни айтинг.
13. Дорилар аллергияси клиникасида кузатиладиган асосий органоспецифик синдромларни сананг.
14. Квинке шиши нима?
15. Лайелл синдромини айтинг
16. Стивенс-Джонсон синдромини айтинг.
17. Умумий қон ва сийдик таҳлилларида нималар кузатилади?
18. Қоннинг биохимик таҳлилларида нималар аниқланади?
19. Инструментал текширувларда қандай натижалар кузатилади?
20. Аллергологик анамнез нима?
21. Дорилар аллергиясининг диагностик мезонларини сананг.
22. Дорилар аллергиясининг қиёсий ташхисини сўзланг.
23. Анафилактик шок тушунчасини нима?
24. Анафилактик шокнинг этиологияси?
25. Анафилактик шокнинг юзага чиқишида қайси реакция типи иштирок этади?
26. Анафилактик шокнинг клиникаси.
27. Дорилар аллергиясида парҳез.
28. Дорилар аллергиясини даволашнинг асосий принципларини сананг.
29. Дорилар аллергиясида қўлланиладиган асосий препаратлар гуруҳларини сананг.
30. Анафилактик шокда қўлланиладиган асосий табдилларни айтинг
31. H-1 гистамин рецепторни қамал этувчи препаратларга мисоллар келтиринг
32. ГКС препаратлари қўлланилишига кўрсатма?
33. Анафилактик шокда ГКС препаратларининг дозасини айтинг.
34. Лайелл ва Стивенс-Джонсон синдромларини даволаш?
35. Дорилар аллергиясининг олдини олишни сўзланг.
36. Полипрагмазия нима?
37. Дори препаратларини тавсия этганда нималарга эътибор берилади?

2 – мавзу “ Аритмияларни биласизми бўйича «Заиф халқа» иш ўйини ўтказиш

1.«Юракнинг мураккаб ритм ва ўтказувчанлик бузилишлари»

**мавзуси бўйича иш ўйини ўтказиш учун саволлар рўйхати
ва стандарт жавоблари.**

1-5. Қайси электрофизиологик жараёнлар юрак мушакларида акс этади?

- а) Р тишча – чап ва ўнг бўлмачалар деполяризациясида акс этади.
- б) PQ оралиғи – Р бошланишидан то QRS бошлангунча ўлчанади.
- в) QRS – комплекси – қоринчалар деполяризациясида акс этади.
- г) RS – Т – сегменти S нинг тугаши Т бошланиши иккала қоринчанинг тўлиқ қўзғалишини ўз ичига олади.
- д) Т – тишча – қоринчаларнинг тез реполяризациясида акс этади.

6. QT қандай аталади ва ўлчанади. – QT қоринчалар электрик систоласи бўлиб, QRS бошланишидан Т нинг тугашигача ўлчанади. Баззета формуласи бўйича аниқланади.

7. Р – I, II, AVF, V₂-V₆, III, AVL, V₁ ва AVR да қанақа нормал оғиши (полярность) ва формуласи I – II, AVF – V₂-V₆ да.

Жавоб: - Р тишча III, AVF, V₁-V₃ ҳамма вақт мусбат. Баъзан 2^x фазали бўлиши мумкин. III ва AVLда баъзан манфий. AVR да доимо манфий бўлади.

8. Р тишчанинг узунлиги ва амплитудаси. – узунлиги – 0,1 сек. амплитудаси – 1,5 2,5 мм.

9. PQ узунлиги – 0,12 – 0,21 сек

10. QRS узунлиги нормал – 0,08 – 0,1 сек.

11. Нормда Q тиш амплитудаси қандай ўзгаради? – Q тиш R тишнинг ¼ дан ошмаслиги керак. 0,03 сек. AVR да QS тип бўлиши мумкин.

12. Q тиш – қайси тармоқларда регистрация қилинади. Q тишча ҳамма стандарт тармоқларда регистрация қилинади, ҳамда V₄-V₆ ларда V_{1,2} да ҳамма вақт бўлмайди.

13. Нормда R амплитудаси қандай ўзгаради? Аста – секин V₁ дан V₄ гача ўсиб боради. Баъзан V₁ да бўлмайди.

14. Т – тишча нимани белгилайди? Т – тишча миокарднинг тез реполяризациясида акс этади.

15. Т тишнинг қутбилиги қанақа. Тармоқларда? нормада – I, II, AVF, V₂ – V₆ ларда доимо мусбат. III, AVL, V₁ – 3 ларда 2 фазали, ёки манфий. AVR да доимо манфий.

16. ЭКГ да юрак ритми тахлили ўз ичига олади? – юрак ритми, юрак қисқаришлар сони ва қўзғалиш ўчоғини, ўтказувчанлигига баҳо беради.

17. Юрак қисқариши ва унинг тартиблилиги қандай баҳоланади? R-R оралиғи ўлчанади, ритм тўғрилиги ёки аритмия борлиги аниқланади. М: экстрасистолия, мерцал аритмия.

18. ЮҚС– қандай саналади. $\text{ЮҚС} = \frac{60}{\text{R-R}}$ формуласи бўйича.

19. ЭКГ да синус ритм дегани нима? – Демак, ритм ҳайдовчиси синус тугуни бўлиб, ЭКГ да II стандарт тармоқда ҳар QRS дан кейин тартибли Р пайдо бўлади.

20. Экстрасистолия нима? – Бу юракнинг навбатдан ташқари қўзғалиши бўлиб, нормал ёки патологик ритми фонида пайдо бўлади.

21. Экстрасистолия ҳосил бўлиши асосий механизми қанақа? – Ри-Энтри – қўзғалиши тўлқинининг қайта кириши.

22. Бўлмачали экстрасистолиянинг ЭКГ белгилари? – Р тишчанинг навбатдан ташқари деформацияланган формаси ҳосил бўлиши, ундан кейин ўзгармаган QRST бўлиши, Нотўлиқкомпенсатор пауза билан.

23. Қоринчали экстрасистолиянинг ЭКГ белгисини айтинг? – Навбатдан ташқари деформацияланган QRST ҳосил бўлиши, Р тишчанинг бўлмаслиги, тўлиқ компенсатор пауза бўлиши.

24. Вставочное, (қўйилган) экстрасистола нима? – Бунда компенсатор пауза бўлмайди.

25. Битта эктопик ўчоқдан чиққан экстрасистола нима деб аталади? – Монотоп.

26. Бир неча эктопик ўчоқдан чиққан экстрасистола нима деб аталади? – Политоп.

27. Аллоритмия нима? – Бу нормал синусли циклда қайтарилиувчи экстрасистолия.

28. Пароксизмал тахикардия нима? – Бу юрак ритмининг бир хил уруб, хуруж бўлиб, 140-250 минутада қисқаришига айтилади.

29. Пароксизмал тахикардияни ривожланиш механизми қандай? – 2 та механизм фарқ қилинади: - Қўзғалиш тўлқинларининг қайта кириши ва I-II қатордаги ўтказувчанлик ҳужайраларининг автоматизмининг ошиши.
30. Пароксизмал тахикардияни қандай фарқлаш керак? – Бўлмачали, ав – тугунчали – қоринчали.
31. Бўлмачали пароксизмал тахикардиянинг белгисини айтинг? – Бирдан бошланувчи юрак хуружи ЮҚС 140-250 тагача, тўғри ритм. Р, деформацияланган ва ўзгармаган QRS.
32. Қоринчали пароксизмал тахикардияни белгисини айтинг? – Бирдан бошланувчи юрак хуружи, ЮҚС 140-250 тагача, тўғри ритм, QRS кенгайган, деформацияланган, атриовентриқўляр диссоциацияси.
33. Ҳилпилловчи аритмия кўпроқ қайси касалликларда учрайди? – Ю.И.К. да, митрал стенозда, тиреотоксикозда, кардиосклерозда.
34. Ҳилпилловчи аритмия ЭКГ белгиси? – Р тиш бўлмаслиги, F тишчалар бўлиши, R-R оралиғи ҳар хил.
35. AV – қамал I –чи даражаси қандай? – PQ оралиғи $0,20^1$ дан ортиқ.
36. AV – қамалнинг II –чи даражаси қандай? – PQ ошиб бориб, даврий равишда QRS комплекси тушиб қолади. (Мобитц I)
37. AV қамал Мобитц II. ЭКГ қандай? PQ бир хил ошади ва QRS комплекс тушиб қолади.
38. Фредрик синдроми нима? – Бу тўлиқ ав қамал билан, мерцал аритмия ёки титроқ аритмиясининг биргаликда келиши.
39. Морганье – Адам – Стокс синдроми (MAC) синдромнинг клиник кўринишини айтинг? – Бош айланиш, ҳушдан кетиш, қалтироқлар бўлиш.
40. MAC синдром қачон пайдо бўлади? – Кучли брадикардия фонида, ав қамалнинг тўлиқ қамалга ўтиши сабабли.
41. Стражесконинг кучли тони нима? – Бу клиник диагностик белги бўлиб, тўлиқ ав қамалда, бўлмача билан қоринча қисқариши биргаликда бўлганда юз беради.
42. Синус тугуни сустлик синдромининг диагностик мезонлари:
- Барқарор синус брадикардия
 - Эктопик ритм пароксизми
 - Синатриал қамаллар бўлиши
 - Тахикардия ва брадикардия (Шорт)синдроми
43. Секин ўсиб чиқувчи ритмга нима характерли?
- Тўғри ритм – ЮҚС 60 марта 1 минутда
 - Ҳар бир PQRS комплексида ритм ҳайдовчиси синус ритми бўлмайди.
44. Тезлашган эктопик ритмга нима характерли?
- Хуружсиз юрак ритми тезлашиши $100-130^1$
 - Қоринчали ритм тўғри
 - Ҳар бир PQRS комплексида ритм ҳайдовчиси синус ритми бўлмаслик белгиси бўлади.
45. Суправентриқўляр ритм миграциясига нима характерли?
- Аста – секин Р тиш полярности циклдан циклга ўзгариб боради.
 - PQ оралиғи ўзгариб боради.
 - R-R оралиғи ҳам ўзгариши мумкин.
46. Қамалли экстрасистолия нима? – Бу фақат бўлмачалардан чиққан экстрасистолия бўлиб, фақат Р тиш бўлади, Р дан кейин QRST комплекси бўлмайди.
47. Стволли экстрасистолия нима? – QRS экстрасистолиясидан кейин мусбат Р тиш пайдо бўлиши ва Т тишча қўшилиб кетиши, тўлиқ компенсатор пауза

2. «Ким кўпроқ, ким тезроқ?» иш ўйини

- Юрак аритмиясига таъриф беринг.
- Ритм ва ўтказувчанлик мураккаб бузилишларига сабаб бўладиган касалликлар
- Миокарднинг асосий функцияси.
- Синус тугунинг сусайиш синдромига қисқача таъриф беринг.
- СТСС га хос ЭКГ ўзгаришларни кўрсатинг.
- СТСС ни даволаш

7. «МАС» га қискача таъриф беринг
8. «МАС» нинг ЭКГ белгилари
9. «МАС» ни даволаш
10. «WPW» синдромига қискача таъриф беринг
11. «WPW» синдромига хос ЭКГ ўзгаришлар.
12. «WPW» ни даволаш.
13. Экстрасистола нима?
14. Экстрасистолия таснифи.
15. Қоринча ЭКС да ЭКГ ўзгаришлар.
16. Бўлмача ЭКС да ЭКГ ўзгаришлар.
17. Лаун бўйича қоринча ЭКС таснифи
18. Экстрасистолияни даволаш
19. Фредерик синдроми таърифи
20. Фредерик синдромига хос ЭКГ ўзгаришлари
21. Пароксизмал тахикардия турлари?
22. Суправентрикуляр пароксизмал тахикардияда ЭКГ ўзгаришлар
23. Қоринча пароксизмал тахикардияда ЭКГ ўзгаришлари?
24. Суправентрикуляр пароксизмал тахикардияни даволаш
25. Қоринча пароксизмал тахикардияни даволаш
26. Бўмача ҳилпиллашида ЭКГ ўзгаришлар
27. Қоринча ҳилпиллашида ЭКГ ўзгаришлар
28. Ҳилпилловчи аритмияни даволаш
29. Қоринчалар фибрилляцияси ЭКГ белгилари?
30. Антиаритмик препаратлар таснифи.

3 –мавзу «МИОКАРД ИНФАРКТИ КЕЧИШИНИНГ АТИПИК ШАКЛЛАРИ ВА АСОРАТЛАРИ» бўйича 1.«Ким кўпроқ, ким тезроқ?»иш ўйини.

Иш ўйинини ўтказиш учун саволлар:

1. Миокард инфарктига тушунча беринг.
2. Миокард инфарктининг этиологияси.
3. Миокард инфарктининг патогенези.
4. Миокард инфарктининг хавфли омиллари айтинг.
5. Миокард инфарктининг таснифи,
6. Миокард инфарктининг клиникаси.
7. Миокард инфарктининг атипик шакллари сананг.
8. Миокард инфарктининг абдоминал шаклини айтинг.
9. Миокард инфарктининг астматик шаклини айтинг.
10. Миокард инфарктининг аритмик шаклини айтинг.
11. Миокард инфарктининг белгиларсиз шаклини айтинг.
12. Миокард инфарктидаги оғриқнинг атипик жойлашувли шаклини айтинг
13. Миокард инфарктининг диспептик шаклини айтинг
14. Миокард инфарктининг шишли шаклини айтинг
15. Миокард инфарктининг ўнг қоринча етишмовчилиги шаклини айтинг
16. Миокард инфарктининг коллаптоидли шаклини айтинг
17. Миокард инфарктининг асоратларини сананг.
18. Кардиоген шок ҳақида сўзланг.
19. Ўпка шиши ҳақида сўзланг.
20. Ритм бузилишлари турларини айтиб беринг.
21. Дресслер синдромини сўзлаб беринг.
22. Миокард инфарктида умумий қон таҳлилларида нималар кузатилади?
23. Қоннинг биохимик таҳлилларида нималар аниқланади?

24. Кардиоспецифик маркерлар нима?
25. ЭКГ текширувидаги ўзгаришларни айтиб беринг.
26. Ўта ўткир босқичида ЭКГда нималар кузатилади?
27. Ўткир босқичида ЭКГда нималар кузатилади?
28. Ўткир ости босқичида ЭКГда нималар кузатилади?
29. Чандикланиш босқичида ЭКГда нималар кузатилади?
30. Миокард инфарктининг диагностикасини айтиб беринг.
31. Миокард инфарктининг қиёсий ташхисини сўзланг.
32. Миокард инфарктини даволашнинг асосий принципларини сананг.
33. Миокард инфарктини даволашда қўлланиладиган асосий препаратлар гуруҳларини сананг.
34. Кардиоген шокда қўлланиладиган асосий тадбирларни айтинг
35. Ўпка шишини даволашни сўзланг.
36. Ритм бузилишларини даволашни сўзланг.
37. Дресслер синдромини даволашни сўзланг.
38. Нитратлар гуруҳига кирувчи препаратларни айтиб беринг.
39. Антикоагулянтларга мисоллар келтиринг.
40. Миокард инфаркти асоратларининг олдини олиш ҳақида сўзланг.

2. “ЎРГИМЧАК ТЎРИ” иш ўйини:

- 1-қатнашчи:**
 1. Миокард инфарктига тушунча беринг
 2. Миокард инфаркти асоратларининг олдини олиш ҳақида сўзланг.
- 2-қатнашчи:**
 1. Миокард инфарктининг этио-патогенези.
 2. Миокард инфарктини даволашнинг асосий принципларини сананг
- 3-қатнашчи:**
 1. Миокард инфарктининг таснифи
 2. Миокард инфарктининг қиёсий ташхисини сўзланг
- 4-қатнашчи:**
 1. Миокард инфарктининг клиникаси
 2. Кардиоген шокда қўлланиладиган асосий тадбирларни айтинг
- 5-қатнашчи:**
 1. Миокард инфарктининг атипик шакллари сананг
 2. Ўпка шишини даволашни сўзланг.
- 6-қатнашчи:**
 1. Миокард инфарктининг абдоминал шаклини айтинг
 2. Дресслер синдромини даволашни сўзланг.
- 7-қатнашчи:**
 1. Миокард инфарктининг астматик шаклини айтинг
 2. Ритм бузилишларини даволашни сўзланг
- 8-қатнашчи:**
 1. Миокард инфарктининг аритмик шаклини айтинг
 2. Миокард инфарктининг лаборатор диагностикаси.
- 9-қатнашчи:**
 1. Миокард инфарктининг инструментал (ЭКГ, УТТ) диагностикаси.
 2. Дресслер синдромини сўзлаб беринг
- 10-қатнашчи:**
 1. Миокард инфаркти босқичларининг ЭКГ даги ўзгаришлари?
 2. Миокард инфарктини даволашда қўлланиладиган асосий препаратлар гуруҳи

4 -мавзу «СИМПТОМАТИК АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ» буйича

«Ким кўпроқ, ким тезроқ?» иш ўйини.

Иш ўйинини ўтказиш учун саволлар:

1. Артериал гипертензияга тушунча беринг.
2. Симптоматик артериал гипертензиянинг этиологияси.
3. Симптоматик артериал гипертензиянинг таснифи.
4. Ренопаренхиматоз артериал гипертензиянинг хусусиятлари.
5. Реноваскуляр артериал гипертензиянинг хусусиятлари.
6. Гемодинамик артериал гипертензиянинг хусусиятлари.
7. Эндокрин этиологияли артериал гипертензиянинг хусусиятлари.
8. Конн синдромини айтиб беринг.
9. Феохромоцитомани сўзланг.
10. Ицинг-Кушинг синдромини айтинг.
11. Артериал гипертензияни даволаш принциплари.
12. Гипотензив дорилар таснифи.
13. Диуретикларга мисоллар келтиринг.
14. Диуретикларга қарши кўрсатма.
15. Бета-адреноблокаторларга мисоллар келтиринг.
16. Бета-адреноблокаторларга қарши кўрсатма.
17. Кальций антагонистларига мисоллар келтиринг.
18. Кальций антагонистларига қарши кўрсатма
19. Альфа-адреноблокаторларга мисоллар келтиринг.
20. Альфа-адреноблокаторларга қарши кўрсатма
21. АЎФ ингибиторларига мисоллар келтиринг.
22. АЎФ ингибиторларига қарши кўрсатма
23. Периферик вазодилататорларга мисоллар келтиринг.
24. Ганглиоблокаторларга мисоллар келтиринг.
25. Гипертоник кризни даволаш.
26. Феохромоцитомдаги гипертоник кризни даволаш.
27. Вазоренал гипертензиянинг хусусиятлари

5 –мавзу “Сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ)”.

“Ким кўпроқ ва ким тезроқ?”иш ўйини:

1. Кичик қон айланиш доирасини схематик равишда чизинг.
2. Катта қон айланиш доирасини схематик равишда чизинг.
3. Юрак етишмовчилигига таъриф беринг.
4. Юрак етишмовчилигининг этиологияси.
3. Нью-Йорк кардиологлари уюшмаси бўйича СЮЕ нинг таснифи
4. Стражеско-Василенко (1935) бўйича СЮЕ нинг таснифи.
5. СЮЕ нинг патогенези
6. СЮЕ нинг клиникаси
7. Чап қоринча етишмовчилигининг клиник кўринишини айтинг.
8. Ўнг қоринча етишмовчилигининг клиник кўринишини айтинг.
9. СЮЕ нинг диагностик мезонларини сананг.
10. «Юракнинг олд- ва пост юклама» деганда нимани тушунасиз?.
11. СЮЕ нинг Фреммингем бўйича мезонлари?
12. СЮЕ нинг лаборатор-нструментал диагностикаси
13. СЮЕ ни қиёсий таққослаш..
14. СЮЕ нинг номедикаментоз даволаш усуллари айтинг
15. СЮЕ нинг медикаментоз даволаш усуллари.
16. СЮЕни даволашда қўлланиладиган препаатлар гуруҳини айтинг.
17. АЎФ ингибиторларига кўрсатма ва қарши кўрсатмалар, дозаси,ножўя таъсирини айтинг.
18. Бета-адренергик рецептор блокаторларига кўрсатма ва қарши кўрсатмалар, дозаси, ножўя таъсирини айтинг

19. Альдостерон антагонистларига кўрсатма ва карши кўрсатмалар, дозаси, ножўя таъсирини айтинг
20. Диуретиклар: кўрсатма ва карши кўрсатмалар, дозаси, ножўя таъсирини айтинг
21. Юрак гликозидларига кўрсатма ва карши кўрсатмалар, дозаси, ножўя таъсирини айтинг.
22. СЮЕ да қўшимча даволаш усуллари айтинг
23. СЮЕ да аритмияларни даволаш
24. СЮЕ да қайси дорилар тавсия қилинмайди.?

6 -мавзу «КАРДИОМИОПАТИЯ» бўйича

1. “Ким кўпроқ ва ким тезроқ?” иш ўйини:

1. Кардиомиопатияларга таъриф беринг
2. КМПни қандай формаларини биласиз?
3. Дилатацион КМП га таъриф беринг
4. ДКМП да морфологик ўзгаришлар
5. ДКМП клиник кечиши асослари
6. ДКМПда ўтказиладиган текширув усуллари
7. ДКМП Эхокардиографиясида қандай ўзгаришлар бўлади?
8. ДКМП ЭКГ да қандай ўзгаришлар бўлади?
9. ДКМП да пархез қандай тузилади?.
10. ДКМПни даволаш принциплари қандай олиб борилади?.
11. ДКМПда қандай антиаритмик препаратлар қўлланилади?
12. Антикоагулянт терапия қачон зарур?
13. Гипертрофик КМП га таъриф беринг.
14. ГКМПнинг таснифини айтинг.
15. ГКМПнинг этиологияси ва патогенези.
16. ГКМП да миокардаги морфологик ўзгаришлар.
17. ГКМП обструктив формасининг клиник кечиши.
18. Аортанинг чиқиш тракти йўли обструкциясини кучайтирувчи синамалар?
19. Аортанинг чиқиш тракти йўли обструкциясини сусайтирувчи синмалар?
20. ГКМПга хос бўлган систолик ва диастолик дисфункция нима?
21. ГКМП да ўтказиладиган аҳамиятли текширув усули.
22. ГКМПга хос ЭхоКГ маълумотлар?
23. ГКМП га хос ЭКГ ўзгаришлари?
24. ГКМП ни даволаш принциплари
25. ГКМПнинг обструктив шаклида қайси дориларга қўлланилмайди?
26. Рестриктив КМП га таъриф беринг.
27. РКМП таснифини айтинг.
28. РКМП этиологияси ва патогенези.
29. РКМП да миокарда морфологик ўзгаришлар?
30. Леффлер эндокардити кечиши хусусиятлари.
31. Эндокардиал фиброзластоз клиник кечиши.
32. РКМПнинг диагностикасини айтинг..
33. РКМП га хос ЭхоКГ ўзгаришлар
34. РКМП да ЭКГ ўзгаришлар
35. РКМП даволаш принциплари.

2. “Асалари уяси” иш ўйини:

- 1 – гуруҳ:** Дилатацион кардиомиопатия этиопатогензи, клиникаси, диагностикаси.
- 2 – гуруҳ:** Гипертрофик кардиомиопатия этиопатогензи, клиникаси, диагностикаси.
- 3 – гуруҳ:** Рестриктив кардиомиопатия этиопатогензи, клиникаси, диагностикаси.

4 – гуруҳ: Ўнг қоринчанинг аритмоген кардиомиопатияси этиопатогензи, клиникаси, диагностикаси.

**7 –мавзу «ИНФЕКЦИОН ЭНДОКАРДИТ» бўйича
“Ким кўпроқ ва ким тезроқ?”иш ўйини:**

Машгулот ўйинини қўллаш учун комплекс саволлар.

1. ИЭ ҳақида тушунча беринг.
2. Бирламчи ИЭ деб нимага айтилади?
3. Иккиламчи ИЭ деб нимага айтилади?
4. ИЭ нинг этиологияси.
5. ИЭ нинг патогенези.
6. ИЭ нинг босқичлари.
7. ИЭ нинг клиникаси.
8. ИЭ да умумий қон ва сийдик таҳлилидаги ўзгаришлар.
9. ИЭ даги биохимик кўрсаткичларнинг ўзгариши
10. ИЭ нинг инструментал диагностикаси.
11. ИЭ нинг диагностик мезонлари.
12. ИЭнинг дифференциал диагностикаси.
13. ИЭнинг асоратлари
14. ИЭ ни даволаш
15. Кун тартиби ва парҳез
16. ИЭ ни хирургик даволашга кўрсатмалар
17. ИЭ профилактикаси.

**8 - мавзу «Биргаликда келган юрак нуқсонлари»
«КИМ КУПРОК? КИМ ТЕЗРОК?» УЙИНИ**

1. Юрак нуқсонлари (ЮН) таснифини келтиринг.
2. ЮНга олиб келувчи касалликларни сананг.
3. Юракнинг асосий функциялари.
4. Юрак фаолиятига хос гемодинамик кўрсаткичларни сананг.
5. Қўшилган митрал нуқсонлардаги гемодинамик ўзгаришларни айтинг
6. Қўшилган митрал нуқсонлардаги клиник манзара хусусиятлар.
7. Қўшилган митрал нуқсонларда ЭхоКГ да қайдай ўзгаришлар бўлади.
8. Қўшилган аортал нуқсонлардаги гемодинамик ўзгаришларни айтинг.
9. Қўшилган аортал нуқсонлардаги клиник манзара хусусиятлар.
10. Қўшилган аортал нуқсонларда ЭхоКГ да қандай ўзгаришлар бўлади.
11. ЮН беморларни текширув режаси.
12. Ревматик жараённинг фаоллигини қайси кўрсаткичлар белгилайди.
13. «Пассив» ўпка гипертензияси нима?
14. «Актив» ўпка гипертензияси нима?
15. Чап қоринча гипертрофияси ЭКГ белгиларини айтинг.
16. Ўнг қоринча гипертрофияси ЭКГ белгиларини айтинг.
17. «Бедана ритми» қайси нуқсонга хос? Пайдо булиш механизми.
18. Диастолик АКБнинг пасайиши қачон кузатилади?
19. Қайси нуқсонда периферик вазодилататорларни куллаш мумкин эмас?
20. Қайси ҳолатларда оператив аралашув мумкин эмас?

**9 - мавзу «Қўшилиб келган юрак нуқсонлари»
Мавзуси бўйича «Кучли ва заиф халқа» усули:**

№	Саволлар	Жавоблар
---	----------	----------

1.	Митрал нуқсон таснифи	1.«Соф» митрал стеноз 2.Ифодаланган митрал стеноз кам ифодаланган митрал клапан етишмовчилиги билан. 3 Ифодаланган митрал стеноз ифодаланган митрал етишмовчилик билан 4.Митрал етишмовчиликнинг кучли устунлиги 5 Кучли митрал стеноз, бошқа клапанлар нуқсонлари билан биргаликда келиши
2.	Ифодаланган МС да ва кам ифодаланган МЕ да юрак перкуссиясидаги ўзгаришлар..	1.Юкорига кенгайиш 2.Ўнгга кенгайиш. 3.Озрок чапга кенгайган ёки кенгаймаган.
3.	Ифодаланган митрал стенозда ва ифодаланган митрал етишмовчиликдаги юрак чегараларининг ўзгариши.	1.Чапга кенгайиш 2.Юкорига кенгайиш 3.Ўнгга озрок кенгайган ёки кенгаймаган.
4.	Қўшилиб келган митрал нуқсонда МС нинг устунлиги билан, кечганда юрак аускультатив белгилари	1 Биринчи тон кучайган ёки узгармаган. 2 Юрак чўққисида диастолик шовқин. 3.Юрак чўққисида систолик шовқин. 4.2- тоннинг ўпка артерияси устидаги акценти. 5.Учланган ритм- «бедана ритми»
5.	Қўшилиб келган митрал нуқсоннинг митрал етишмовчилик устунлигида аускультатив манзараси.	1.1 тон сусайган 2. юрак чўққисида систолик шовқин 3.юрак чўққисида диастолик шовқин 4. ўпка артериясида 2 чи тон акценти. 5. хилпилловчи артмия. Мавжудлиги
6.	МС устунлигида рентгенологик белгилар	1 чап бўлмача гипертрофияси ва ифодаланмаган чап қоринча гипертрофияси 2. ўнг қоринча гипертрофияси. 3.юрак бели яссиланган.
7.	Ўнг қоринча гипертрофиясининг ЭКГ мезонлари.	1.RV1 катта ёки 7 мм га тенг 2.R/ S V1 катта ёки 1 3.RV1 + SV5 катта ёки 10,5 мм га тенг 4. ўнг қоринча гипертрофияси Гис тутамининг нотўлиқ камалида: RV1 катта 10 мм дан 5. ЎГТТҚ даRV1 катта 15 мм дан 6. ўнг қоринча зўриқишида Т тишча V1 –V2 манфий
8.	Чап қоринча гипертрофиясининг ЭКГ мезонлари	1.RV5 +SV1 катта 35 ммдан 2.Корнел вольтаж индекси 3.RV5 катта RV4 катта RV6дан
9.	МС нинг ЭХОКГ белгилари.	1. Комиссурал склероз булиши. 2. МК тавақасининг бир томонлама ҳаракати 3. МК кальцинози 4 Диастола фазасида МК нинг «елкансимон деформация»си.
10.	МЕ нинг ЭХОКГ белгилари.	1.ЧБ кўндаланг ўлчамининг 4 см дан катталашуви 2. ЧҚ ОДЎ (охирги диастолик ўлчами) нинг диастолада 5,4 см дан ката булиши 3. ЧҚ ОДХ (охирги диастолик ҳажм) нинг 150 млдан ката булиши 4. Зарб ҳажми нормада.
11.	МЕ нинг ЭХОКГ белгилари. (давоми)	1 МК ҳалқаси фибрози ва қопқоқчалар кальцинози 2.Қон ҳажмининг пасайиши ҳисобига аортал клапан тавақаларининг майда амплитудали титраши кузатилади. 3. Доплерда - регургитация
12.	Аортал етишмовчиликнинг ЭХОКГ белгилари	1.МКнинг диастола пайтида олдинги тавақасининг тебраниши. 2.Диастолада АК тавақаларининг тўлиқ ёпилмаслиги. 3 ЧҚ дилатацияси 4. ЧҚ ОДХ ининг ошиши.
13.	Аорта оғзи стенозининг ЭХОКГ	1Аорта клапанларининг калтираши.

	белгилари.	2.Юрак миокард массасининг 3 маротабадан катталашуви.. 3.Зарб ҳажмининг камайиши 4.Аорта диаметрининг 2,6 см дан кам булиши. 5 Аорта клапани тавақасининг очилиш даражаси - 1,5 см дан кам
14.	Яккаланган МСнинг рентгенологик белгилари.	1.Чап контур бўйича II ва III ёйнинг бўртиши (ЧБ ва ЧҚ қулоқчаси) 2. 1V ёйнинг тушиши. 3.Юрак белининг яссиланиши. 4.Ўнг контур бўйича II ёйнинг буртиши. (ЎБ ва ЎҚ) 5.Қизилўнгачни барий билан контраст килинганда кичик радиус ёйи бўйича (3-6 см) га силжийди.
15.	МЕ нинг рентгенологик ўзгаришлари	1 Декомпенсацияда. чап контур бўйича III ва IVёйнинг бўртиши.. 2Ўнгда II ёйнинг буртиши. 3.Қизилўнгач барий билан контраст килинганда катта радиус ёйи бўйича силжийди.
16.	Аортал етишмовчиликда рентгенологик ўзгаришлар	1 Чап контур бўйича 1V ёйнинг бўртиши. 2. Декомпенсацияда – II ва III ёйнинг буртиши 3.Аорта соясининг кенгайиши,амплитуда пульсациясининг катталашуви.
17.	Аорта оғзи стенозининг рентгенологик ўзгаришлари.	1.Чап контур бўйича III 1V ёйнинг бўртиши. 2.Кейинчалик II ёй ва III ёйнинг бўртиши 3. Юрак бели ифодаланган.
18.	Митрал стенознинг шикоятлари.	1.Ҳансираш 2.Юрак астмаси хуружи. 3.Тез чарчаш 4. Юрак ўйнаши. 5. Қон туфлаш 6.Бош оғриғи, бош айланиш 7. Юрак соҳасида сиқувчи оғриқ.
19.	Митроаортал стенозда кўкрак қафасини кўриш ва пальпация қилиш	1.Юрак туркиси. 2 Ўнг қоринча гипертрофияси ҳисобига чап контур бўйича (II ва 1V коворга оралиғи).эпигастрал соҳада пульсация 3.Юрак чўққиси пальпациясида диастолик қалтираш бўлади. 4.Ўнгда 2 - коворга оралиғида систолик қалтираш бўлади..
20.	Митроаортал стенознинг аускультацияси.	1 .2 тон қарсилловчи. 2 Юрак чўққисида диастолик шовқин. 3.Ўнгда 2 чи коворга оралиғида систолик шовқин эшитилади ва у бўйин томирларига узатилади 4. 2 - тоннинг аорта устида сусайиши 5.Ўпка артериясида 2 тон акценти.
21.	Митроаортал стенознинг аортал стеноз устунлигида пульс ва АБ нинг характеристикаси.	1.Пульс секин, кичик, ва қаттик 2.Систолик АБ нормада, диастолик ошган 3.Пульс босими фарқи кичрайган
22.	Митроаортал стенознинг рентгенологик белгилари	1.ЧБ ва ЎҚ нинг катталашуви 2.ЧҚ нинг гипертрофияси 3. Аортанинг юқорига кўтарилувчи бўлимининг кенгайиши, амплитуда ва пульсациясининг ошиши.
23.	Митрал стенозда аортал етишмовчилик билан кушилиб келган нуксони митрал стеноз устунлиги билан кечганда аускультатив белгилар..	1. I тон юрак чўққисида қарсиллоқсимон. 2.Юрак чўққисида диастолик шовқин. 3. “Бедана сайраши” ва митрал клапан очилиш тони. 4.Боткин-Эрб нуктасида диастолик шовқин. 5. Тўшнинг чап кирраси бўйлаб Грехэм- Стилл диастолик шовқини.
24.	Митрал стенознинг аортал етишмовчилик билан биргаликда кечганда, аортал етишмовчилик устунлиги билан кечганда аускультатив ва периферик белгиларини аниқланг.	1.Аортада 2 - тон акценти. 2.Боткин-Эрб нуктасида диастолик шовқин эшитилади. 3.Юрак чўққисида 1 -тон кучайган, МК очилиш тони 4.Юрак чўққисида диастолик шовқин 5.Пульс – тез ва кўп. 6. Систолик босим ошган, диастолик босим пасайган
25.	Кўшилиб келган митрал ва аортал етишмовчиликда рентгенологик белгилар:	1. IV, III,II ёйларнинг катталашуви 2. II ёйнинг ўнгда бўртиши 3. Аорта сояси кенгайган унинг амплитудаси ва пульсацияси

		кучайган
26.	Ифодаланган аорта оғзи стенози беморларининг шикоятлари:	1.Бош айланиши 2.Асабийлашиш 3.Зўриқиш пайтида ҳушдан кетиш. 4. Тўш орқасида, юрак соҳасида ғижимловчи оғриқ. 5 Кечки босқичларда юрак астмаси хуружи. 6.Тез чарчаш.
27.	Аортал етишмовчиликнинг этиологияси	1.Ревматизм (80%) 2.Чўзилгансептик эндокардит 3.Сифилис 4. Кўкрак қафаси жароҳатлари. 5. Аорта атеросклерози 6. Туғма холатлар.
28.	Митроаортал етишмовчиликда аускультация, пульс ва АБ.	1.1 тон юрак чўққисида сусайган. 2. Юрак чўққисида систолик шовқин. 3. Боткин –Эрб нуқтасида диастолик шовқин. 4. Аортада 2 тон сусайган. 5.Пульс- баланд ва тез 6. Пульс босими фарқининг ошиши.
29	Биргаликда келган аортал нуқсоннинг аортал етишмовчилик устунлиги билан кечганда аускультация ва периферик белгилари.	1.ЧҚ ва аортада систолик градиент фарқи 25 мм. сим уст.га тенг 2. 2 ковурада ўнгда систолик шовқин ,унинг бўйин томирларига узатилиши. 3.Боткин-Эрб нуқтасида диастолик шовқиннинг юрак чўққисига узатилиши. 4.Ифодаланган периферик белгилар (Квинке псевдокапилляр пульси, Мюссе белгиси ва бошқалар.)
30	Биргаликда келган трикуспидал нуқсоннинг 3 тавақали клапан етишмовчилиги устунлиги билан кечганда диагностикаси.	1. Тўшнинг пастки қисмида систолик шовқин ва ўша жойда диастолик шовқин эшитилиши.. 2.Юрак ўнг чегарасининг кенгайиши. 3. Жигар катталашуви ва асцит пайдо булиши.
31	Аортал стенознинг 3 хил шакли	1.Клапанли, тавақанинг бужмайиши билан боглик 2. Клапан ости (субаортал стеноз, ГКПМ) 3. Клапан усти- коронар артериянинг оғиз қисмида циркуляр оғирлик бўлиши.
32	Митрал стенознинг даражалари.	1. Кам ифодаланган стеноз-4-3см ² 2.Ифодаланган -2.9-2см ² 3.Кучли ифодаланган стеноз -1.9-1.1 см ² 4.Критик – 1 см ² дан кам

10 -мавзу “ЎЧОҚЛИ ПНЕВМОНИЯЛАР”бўйича

1.“Асалари уяси” иш ўйини:.

Иш ўйини учун саволлар:

1-гурух:Микоплазмали пневмониянинг хусусиятлари.

2-гурух: Хламидийли пневмониянинг хусусиятлари.

3-гурух: Легионеллали пневмониянинг хусусиятлари.

4-гурух: Вирусли пневмониянинг хусусиятлари.

2.“Ручка – стол марказида” иш ўйинини ўтказиш усули

Иш ўйини саволлари:

1-гурух:Ўчоқли пневмонияларнинг этиопатогенези.

2-гурух: Ўчоқли пневмонияларнинг таснифи, клиник синдромлар

3-гурух: Ўчоқли пневмонияларнинг лаборатор-инструментал диагностикаси.

4-гурух: Ўчоқли пневмонияларни қиёсий таққослаш

5-гурух: Ўчоқли пневмонияларни даволаш.

**11 – Сурункали ўпка юраги мавзуси бўйича «Заиф ҳалқа»
иш ўйини.**

1.Қайси жавобда ўпка юргининг мезонлари тўғри кўрсатилган.

- А. Ўнг қоринча гипертрофияси.
- Б. Ўнг қоринча дилатацияси.
- В. Ўпка гипертензияси.
- Г. Ҳаммаси нотўғри
- Д. Ҳамма жавоблар тўғри.

2. Ўткир ўпка юрагида қайси сабаблар энг кўп учрайди.

- А. Пневмония.
- Б. Астматик ҳолат.
- В. Ўпка артериясининг тромбоэмболияси.
- Г. Клапанли пневмотораксда.
- Д. Ҳамма ҳолатларда бир хилда учрайди.

3. Ўткир ўпка юрагининг сабаби бўлиши мумкин:

- А. Ўткир пневмония
- Б. Астматик статус.
- В. Ўпка артериясининг тромбоэмболияси.
- Г. Ҳамма саналганлар тўғри.
- Д. Ҳамма саналганлар нотўғри.

4.Сурункали ўпка юрагининг сабабчилари:

- А. Ўпканинг носпецифик касалликлари
- Б. Ўпканинг интерсциал касалликлари.
- В. Ўпканинг томир касалликлари
- Г. Кўкрак қафасининг деформацияси ва мушак нерв системасининг бузилиши
- Д. Ҳаммаси тўғри.

5. Қайси сабаблар аксарият ҳолларда сурункали ўпка юрагига олиб келади?

- А. Ўпканинг носпецифик касалликлари.
- Б. Ўпканинг интерсциал касалликлари.
- В. Ўпканинг томир касалликлари.
- Г. Кўкрак қафасининг деформацияси, семириш, нейро-мушак аппаратининг бузилиши.
- Д. Ўпка юраги ҳамма санаб ўтилган ҳолатларда пайдо бўлади.

6. Ўпка юраги куйида ўпканинг сурункали носпецифик касалликларида энг кўп учрайди:

- А. Сурункали бронхитда.
- Б. Бронхиал астмада.
- В. Бронхэктазияда.
- Г. Санаб ўтилганларда бир хил даражада учраши мумкин.
- Д. Ўпка эмфиземасида.

7. Нормда кичик қон айланиш доирасилаги томир қаршилигидан катта қон айланиш доирасидаги томир қаршилигидан тахминан канча кичик?

- А. 2 марта.
- Б. 5 марта.
- В. 10 марта.
- Г. 20 марта.
- Д. 20 мартадан кўп.

8. Ўпка вазоконстрикциясини кучли қўзгатувчи сабаб бўлади:

- А. Гипоксия.
- Б. Ацидоз.
- В. Гиперкапния.
- Г. Ҳамма санаб ўтилган омиллар бир хил даражада ўпкада вазоконстрикция чақиради.
- Д. Яллиғланиш.

9. Ўпканинг алвеоляр гипоксиясидаги рефлекс вазоконструкциянинг сабабчилари:

- А. Ўпка ўз функциясини нормал бошқариш учун бир қисми ҳисобланади.
- Б. Нормада ўпка вентилизациясини ва ўпка перфузиясини керакли миқдорда сақлаш.
- В. Ўпкада қон оқим даражасини пасайтиради.
- Г. Ҳамма жавоблар тўғри.
- Д. Тўғри жавоб йўқ.

10. Ўпка юраги ривожланиши учун энг кўп омиллар бўлиб ҳисобланади.

- А. Функциядаги қон томирларининг камайиб кетиши.
- Б. Ўпка гипертензияси.
- В. Гиперкапния ва ацидоз.
- Г. Ўнг қоринча миокард ишемияси.
- Д. Ҳамма саналганлар.

11. Гипоксияга қарши реакция пастлиги (ҳансираш йўқлиги ёки кучли бўлмаган хансираш) қуйидаги касалликларга хос:

- А. Сурункали бронхит.
- Б. Эмфизема.
- В. Бронхиал астма.
- Г. Бронхоэктатик касаллик.
- Д. Санаб ўтилганларнинг ҳаммаси бир хил учрайди.

12. Гипоксияга қарши реакциянинг кучлилиги (ифодаланган хансираш) қуйидаги касалликларга хос:

- А. Сурункали бронхит.
- Б. Эмфиземага.
- В. Бронхиал астмага.
- Г. Бронхоэктатик касаллик.
- Д. Санаб ўтилганларнинг ҳаммасида бир хил учрайди.

13. Ўпканинг носпецифик касалликларида МВБнинг ва периферик шишларнинг ошиши қуйидагиларда бўлиши мумкин:

- А. Ўнг қоринча етишмовчилигида.
- Б. Кўкрак қафасининг ички босими ошганда.
- В. Ифодаланган ўпка гипертензиясида.
- Г. Ҳаммаси нотўғри.
- Д. Ҳамма саналганлар.

14. Ўпканинг сурункали носпецифик касалликларида нафас етишмовчилиги билан кечганда беморларнинг бош оғригига қуйидагилар сабаб бўлади:

- А. Гипоксия.
- Б. Гипокапния.
- В. Гиперкапния.
- Г. Полицитемия.
- Д. Ўпка гипертензияси.

15. Гиперкапния қуйдагиларнинг келиб чиқишига сабаб бўлади:

- А. Бош оғриги.
- Б. Тремор.
- В. Кома.
- Г. Ҳамма саналганлар.
- Д. Саналганларнинг ҳаммаси эмас.

16. Эмфизема касалликларига хос фақат ундан бошқа:

- А. Бўйинвеналарининг буртиб чиқиши.
- Б. Кўкрак қафаси экскурсиясининг камайиши.
- В. Нафаснинг сусайиши.
- Г. Нафас дириллашининг сусайиши.
- Д. Чўққи турткисининг кучайиши.

17. Ўпка юраги беморларига қуйдаги саналган белгилар хос фақат ундан бошқа.

- А. Марказий веноз босимнинг ошиши.
- Б. Ўнг қоринча турткисининг пальпация килиниши.
- В. Уч тавакали клапан етишмовчилигида систолик шовқин.
- Г. 2 тоннинг кучайиши.
- Д. 2 тоннинг ифодаланган иккиланганлиги.

18. Ўпка эмфиземаси беморларида ЭКГ да қуйдаги ўзгаришлар бўлади фақат ундан бошқа.

- А. Вольтажнинг пасайиши.
- Б. Ўтиш зонасининг чапга силжиши.
- В. Ўтиш зонасининг ўнгга силжиши.
- Г. Ўнг кўкрак тармоқларида манфий Т тишганинг пайдо бўлиши.
- Д. AVF, III, II тармоқларда баланд Р тишча пайдо бўлиши.

19. Ўпка эмфиземаси беморларида рентген текширувида қуйдаги ўзгаришлар хос эмас:

- А. Ўпка расми тиниқлигининг ошиши.
- Б. Диафрагма текисланиши.
- В. Қовурғалар горизонтал ўлатда.
- Г. Юрак катталашиши.
- Д. Юрак ўлчамлари нормал.

20. Ўпка юраги беморлари учун қуйдагилар хос эмас:

- А. Эритроцитлар сонининг ошиши.
- Б. Анемия.
- В. Гемоглобин миқдорининг кўпайиши.
- Г. Гипоксемия.
- Д. Гиперкапния.

21. Нафас чиқаришнинг узайиши қуйдаги касалликларга хос:

- А. Эмфизема.
- Б. Сурункали бронхит.
- В. Бронхоэктатик касалликда.
- Г. Саркоидозда.
- Д. Пневмокониозда.

22. Ўпканинг сурункали носпецифик касалликларини даволашни узида мужассамлаштиради:

- А. Ўпка- бронх инфекцияси хуружини даволаш.
- Б. Бронходилятаторларни қўллаш.
- В. Балғамни суюлтирувчи дориларни қўллаш.

- Г. Ҳамма саналганлар.
- Д. Ҳаммаси нотўғри.

23. Бронхал обструкциянинг даражасини пасайтириш учун қўлланилади.

- А. Бета 2-стимуляторлар.
- Б. Эуфиллин.
- В. Глюкокортикоид гормонлар.
- Г. Ҳамма саналганлар.
- Д. Ҳаммаси нотўғри.

24. Бета 2 стимуляторларга қуйидагилардан қайси бири кирмайди?

- А. Сальбутамол.
- Б. Тербуталин.
- В. Беротек.
- Г. Интал.
- Д. Альбутериол.

25. Ўпка гипертензиясининг энг кўп учрайдиган белгиси.

- А. Ҳансираш.
- Б. Ёутал.
- В. Ҳушдан кетиш.
- Г. Қон туфлаш.
- Д. Кўкрак қафасида оғрик.

**12 - мавзу «НЕФРОТИК СИНДРОМ (НС). БУЙРАК АМИЛОИДОЗИ» мавзуси бўйича
“Ким кўпроқ ва ким тезроқ?”иш ўйини:**

1. Бирламчи НС деб нимага айтилади?
2. Иккиламчи НС деб нимага айтилади?
3. НС даги шиш синдромининг ўзига хослиги
4. Умумий қон ва сийдик таҳлилидаги ўзгаришлар
5. НС даги қоннинг биохимик кўрсаткичларининг ўзгариши
6. Буйрак УЗТда қандай ўзгаришлар аниқланади?
7. Сиз НСнинг қандай кечиш вариантларини биласиз?
8. Тоза ва аралаш НС деганда нимани тушунасиз?
9. НСнинг асоратларини санаб беринг
10. Нефротик кризнинг клиникаси ва даволаш
11. Буйрак ва юрак шишларининг қиёсий диагностикаси
12. НСнинг дифференциал диагностикаси
13. Қон тартиби ва парҳез
14. Симптоматик даволаш
15. Гломерулонефрит касаллигидаги нефротик синдромни патогенетик даволаш
16. ГКС билан даволаш ва унга қарши кўрсатмалар
17. Сиз қандай цитостатикларни биласиз?
18. Цитостатикларнинг салбий таъсирлари
19. Пульс терапия нима? Ўтказиш усули?
20. Сиз қандай антиагрегантларни биласиз ва улар қандай таъсия қилинади?
21. Гепаринотерапия қўллаш усули ва назорат қилиш усули
22. Сиз қандай аминихинолин препаратларини биласиз? Уларнинг салбий таъсирини айтинг.
23. Амилоидозга таъриф беринг
24. Амилоид қандай таркибий компонентлардан иборат?
25. Амилоидознинг халқаро таснифи.
26. AL – амилоидоз нима ва қандай касалликларни ҳарактерлайди?

27. АА – амилоидоз нима ва қандай касалликлар учун ҳарактерли?
28. Амилоидознинг буйрак белгилари
29. Амилоидознинг буйракдан ташки (юрак) белгилари
30. Амилоидознинг буйракдан ташкари белгилари (ошқозон-ичак, тери белгилари)
31. Даврий касаллик нима ва уни даволаш?
32. Амилоидознинг лаборатор диагностикаси.
33. Буйрак амилоидозида УТТ нималар аниқланади?
34. Ташхис қўйишда қандай текшириш усули ҳал қилувчи роль ўйнайди
35. ГН ва амилоидоз қиёсий ташхис
36. Амилоидозда парҳез ва кун тартиби
37. Амилоидозни дастлабки босқичда даволаш
38. Амилоидознинг асоратлари
39. Амилоидоз профилактикаси.

13 - мавзу “СУРУНКАЛИ БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ” мавзуси бўйича «Ким кўпроқ, ким тезроқ?» иш ўйини.

Иш ўйинини ўтказиш учун саволлар:

1. Сурункали буйрак етишмовчилигига тушунча беринг.
2. Сурункали буйрак етишмовчилигига қайси касалликлар олиб келади?
3. Буйрақларнинг асосий функциялари.
4. Буйрақларнинг асосий функцияларини ҳарактерловчи лаборатор кўрсаткичларни сананг.
5. Умумий қон ва сийдик таҳлилларида нималар кузатилади?
6. Қоннинг биохимик таҳлилларида нималар аниқланади?
7. Буйрақлар УТТ текширувида қандай натижалар кузатилади?
8. Реберг синамаси нима ва у нимани ҳарактерлайди?
9. Зимницкий синамаси қандай ўтказилади ва унинг аҳамияти.
10. Лопаткин бўйича сурункали буйрак етишмовчилигининг босқичларини сананг.
11. Сурункали буйрак етишмовчилигининг клиникаси.
12. Сурункали буйрак етишмовчилигида юрак қон-томир тизимидаги ўзгаришлар?
13. Сурункали буйрак етишмовчилигида сув-электролит алмашинуви бузилишлари.
14. Сурункали буйрак етишмовчилигида фосфор-кальций алмашинуви бузилишлари.
15. Сурункали буйрак етишмовчилигида КИМ (кислота-ишқор мувозвнати) қандай аниқланади?
16. . Сурункали буйрак етишмовчилигида парҳез.
17. Сурункали буйрак етишмовчилигида фосфор-кальций алмашинуви бузилишларини коррекциялаш.
18. Сурункали буйрак етишмовчилигида КИМни коррекциялаш.
19. Сурункали буйрак етишмовчилигида анемияни даволаш.
20. Гемодиализга кўрсатма.
21. Гемодиализга қарши кўрсатма.
22. Гемодиализнинг асоратлари.
23. Сурункали буйрак етишмовчилигида қайси антибиотиклар қўлланилади?
24. Сурункали буйрак етишмовчилигида артериал гипертонияни даволаш.
25. Сурункали буйрак етишмовчилигида морфологик ўзгаришлар.
26. Сурункали буйрак етишмовчилиги латент босқичининг хусусиятлари.
27. Сурункали буйрак етишмовчилиги компенсация босқичининг хусусиятлари.
28. Сурункали буйрак етишмовчилиги интермиттирловчи босқичининг хусусиятлари.
29. Сурункали буйрак етишмовчилиги терминал босқичининг хусусиятлари.
30. Сурункали буйрак етишмовчилигининг профилактикаси

14 -мавзу «НОСПЕЦИФИК ЯРАЛИ КОЛИТ» бўйича 1.«Ким кўпроқ, ким тезроқ?» иш ўйини.

1. Носпецифик ярали колит тушунчаси.
2. НЯК этиологияси.

3. НЯКнинг кечишига кура таснифи.
4. НЯКдаги асосий инструментал текширув усули.
5. НЯКнинг активлик даражаси нечта?
6. НЯКда ичакдан ташкари қандай ўзгаришлар хос?
7. НЯК нинг таснифи.
8. НЯКнинг патогенези.
9. НЯКнинг жойлашишига кура таснифи.
10. НЯКнинг асоратланишига кура таснифи.
11. НЯКдаги асосий клиник синдромлар.
12. НЯКдаги оғриқ характери.
13. НЯКдаги диарея характери.
14. НЯКнинг енгил даражасига нималар хос?
15. НЯКнинг ўрта оғир даражасига нималар хос?
16. НЯКнинг оғир даражасига нималар хос?
17. НЯКдаги органларнинг зарарланиши.
18. НЯКда буйраклар қандай зарарланади?
19. НЯКда ичакка тааллуқли асоратлар?
20. НЯКда копрокўлтурадаги ўзгаришлар?
21. НЯК қандай касалликлар билан қиёсланади?
22. НЯКда базис терапияни нималар ташкил этади?
23. Дисбактериоз тушунчаси нима?
24. Сульфасалазиннинг ножўя таъсирлари?
25. НЯКда қайси гуруҳ препаратлари қўлланилади?
26. ГКС га кўрсатма?

2.«Носпецифик ярали колит» мавзуси бўйича «Заиф халқ» интерактив усули

1. Саволлар.
2. НЯК га таъриф.

Жавоб: Бу тўғри ичакнинг шиллиқ қаватининг некротик яллиғланиш жараёни бўлиб, яралар, геморрагия, рецидив ишемия билан кечувчи сурункали жараёнга айтилади.

2. Этиологияси.

Жавоб: Аниқланмаган, инфекция билан боғлиқлиги тахмин қилинади.

Генетик иммун дефицит детерминанти ҳам бўлиши мумкин. HLA – DR2 ва B27 лар билан боғлиқлиги ҳам аниқланган.

3. Патогенез.

- 1) Дисбактериоз.
- 2) Ичак шиллиқ қаватининг ўтказувчанлигининг бактериал агент ва оксил молекулалар учун ошиши.
- 3) Ичак аутоантигени ва аутоантителалари ҳосил бўлиши.
- 4) ЦИК ҳосил бўлиши.
- 5) Ичакдан ташкари систем кўринишларнинг ривожланиши.

4. Патоморфологияси.

- 1) Жараённинг шиллиқ қаватида ва шиллиқ ости қаватида жойлашиш.
- 2) Лимфоцитлардан, плазматик хужайралардан ва эозинофиллардан катта инфильтратлар ҳосил бўлиши.
- 3) Тўғри ичакдан бошланиши.
- 4) Шиллиқ қаватнинг геморрагия билан қопланиши, эрозия, яра ҳосил бўлиши.
- 5) Псевдополипозлар.

- 6) Сурункали кечишида – ичак эпителиясининг дисплазияси ва ичак деворининг фибрози кузатилади.

5. Кечиши бўйича тасниф:

- 1) “Яшин” тезлигида кечиши.
- 2) Ўткир
- 3) Сурункали рецидив
- 4) Доимий сурункали рецидив

6. II. Оғирлик даражаси бўйича

III. Тарқалиши бўйича

IV. Фаоллик

V. Асорат бўлиши.

Жавоблар:

- 1) Енгил
- 2) Ўртаоғир
- 3) Оғир
- 4) Тотал
- 5) Чап томонлама
- 6) Дистал (проктосигмондит) I, II, III
- 7) Маҳаллий
- 8) Системали

7. Клиникаси

- 1) Диарея қон билан ва йиринг билан (стул 4 мартадан – 20 мартагача) эрталаб ва кечки пайт.
- 2) Касаллик бошланиши бўлиши мумкин:
 - а) Аввал диарея, бир неча кундан кейин – шиллиқ ва йиринг бўлиши.
 - б) Ректал қон кетиш билан.
 - в) Бир вақтда диарея ва қон кетиш.
- 3) Қоринда оғриқ бўлиши доимий симптом ҳисобланади. Оғриқ хуружсимон, акт дефекация олдида оғриқ кучаяди ва ич келгандан кейин оғриқ пасаяди.
- 4) Пальпация пайтида оғриқ бўлиши.
- 5) Интоксикацион синдром.
- 6) Системали кўриниш симптомлари.

8. Системали кўринишлар.

- 1) Полиартрит, саркоилент
- 2) Тугунчали эритема
- 3) Гангрена пиодермия, терида яра, ўчоқли дерматит
- 4) Кўз зарарланиши – ирит иридоциклит, увеит
- 5) Афтозли стоматит, глоссит, гингивит.
- 6) Жигарнинг ёғли дистрофияси фиброз, САГ
- 7) Аутоиммун, гемолитик анемия.

9. Кечиши:

- 1) Ўткир
- 2) “Яшин” тезлигида кечиши
- 3) Сурункали узлуксиз кечиши 6 ойдан кўпроқ ремиссия бўлмайди.
- 4) Сурункали рецидив – ремиссия 3 ойдан 6 ойгача бўлади.

10. НЯК ни енгил кечиш даражаси.

Дефекация – 4 мартагача

Ахлатда қон бўлиши

Ориқлаш <10% гача
Температура <37%
Системали кўриниши – йўқ
Маҳаллий асорат – йўқ
ЭЧТ – 26 мм..с. гача кўтарилади.

11. НЯК нинг ўрта оғир кечиши.

Дефекация 5-6 марта
Қон кўпроқ бўлади
Шиллиқ қаватда ўзгаришлар бўлади.
Ориқлаш – 10 - 20%
Температура 37 – 38%
Системали кўриниши бўлади
Маҳаллий асорат – йўқ
ЭЧТ – 26 – 30 мм..с.

12. НЯК нинг оғир кечиши.

Дефекация > 6 мартадан кўп
Лахта қон бўлади
Шиллиқ қаватида ифодаланган ўзгариш бўлади
Ориқлаш 20% дан кўп
Температура > 38⁰⁰
Системали кўриниши йўқ
Маҳаллий асорат йўқ
ЭЧТ > 30 мм..с.

13. Асоратлари.

1. Перфорация:
2. Йўғон ичакнинг токсик дилатацияси: дистал бўлимнинг торайиши, мушак тонусининг пасайиши, оғриқ кучайиши, акт дефекациянинг пасайиши, интоксикация кўтарилади, кучли кенгайган ичак пальпация қилинади, температура 39⁰ дан ошади.
3. Ичакдан қон кетиши.
4. Йўғон ичак структураси
5. Ичак тутилиш клиникаси рўй беради. Полиплар аниқланади
6. Ўсма

14. Лаборатор диагностика.

1. У.Қ.А.
2. У.С.А.
3. ҚБТ: умумий оқсиллар албуминлар камаяди, γ глобулинлар, ААБ ошади.
4. Ахлат анамнезида: эритроцитлар, лейкоцитлар, ичак эпителияси
5. Ахлатни экиш – дисбактериоз.

15. Инструментал текшириш.

1. Ректороманоскопия
2. Колоноскопия: ичак деворининг торайиши
3. Рентгенография – шиш, рельефнинг ўзгариши псевдополипоз, гаустрация бўлмаслиги, торайиши, яра дефекти бўлиши, шиллиқ қаватнинг донаторлиги.

16. Қиёсий ташхис. – Дизентерия.

Ахлатни микробиологик текшириш катта аҳамиятга эга.
Анамнез: ахлати «малинагли қиёмга» ўхшайди. Ойнада шиллиқ қават худди «қурбақа икриси»га ўхшайди. Ректороманоскопияда ҳар хил яралар кўрилади.

17. Крон касаллиги билан қиёсий ташҳис ўтказиш.

Бу ингичка ва йўғон ичакнинг гранулематоз жараёни бўлиб, НЯК дан фарқи сегментли бўлиши, яраинг чуқур жойлашиши, яра ичакни барча даворларини қамраб олади. Ички ва ташқи оқмалар бўлиши, структура ва перианал абсцесслар бўлиши. Кўпинча ёнбош ичакнинг терминал қисми зарарланади.

Макроскопияда: афтод, ўчоқли яралар, ичак деворини ҳамма қисмини зарарлайди. Микроскопияда саркоид гранулема ва Пирогов-Лангас гигант хужайралари топилади.

18. НЯК даволаш. Диета.

Стол №4, 4^а, 4^б. Оқсилга бой ёғлар чекланади. Яхши тезлиги кечишида парэнтерал овқатлантирилади.

19. Енгил ва ўрта оғир формали НЯК ни даволаш.

1. Диета. Стол №4.

2. Базис терапия: 5. Аск сакловчи дори – сульфасалазин, сульфатеридин сакловчи 5 Аск гуруҳи 4-8 г суткасига самарадор бўлгунча ичилади ва ушлаб турувчи дозада (1,5 г) узоқ вақт ичилади. Яхшиси месалазин 2-4 г ичилади.

20. Оғир ва резистентли НЯК ни даволаш.

а) Преднизолон 1 мг/кг, ўткир кечиши 500 мг 5-7 кун парэнтерал ва кейинчалик перорал йўл билан даволанади.

б) Резистентли формасида – иммунодепрессантлар: метотрексат (25 мг в/м 2 марта суткасида) азатиоприн (2 мг/кг суткасига) ёки меркаптопурин (5 мг/суткасига)

21. Сульфасалазиннинг ножўя таъсири:

Ошқозон – ичак трактида бузилишлар, бош оғриғи, иситма, артралгия, агронулоцитоз, гранулематоз гепатит, олигоспермия, панцитопения.

22. Симптоматик терапия:

а) Тикловчи, адсорбит, антидиарей.

б) Анемияни коррекциялаш.

в) Дезинтоксикацион терапия.

г) Антибактериал дорилар.

д) Дисбактериозни коррекциялаш

е) М.Н.С нинг функциясини нормаллаштириш.

23. Хирургик даволашга кўрсатма.

а) Ичак перфорациясига шубҳа қилинганда

б) Йўғон ичакнинг токсик дилатацияси консерватив терапиядан эффект бўлмаганда.

в) Ичакнинг турғун стриктурасида ва ичак тутилиши эҳтимоли бўлганда.

г) Сурункали жараён сабабли рак бўлганда.

24. Маҳаллий даволаш.

А) Микроклизма фурацилин билан, ромашка, ёғли микроклизма, сульфасалазин, преднизолон билан микроклизма.

15 -мавзу «СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТ» мавзуси бўйича «ЗАИФ ХАЛҚА» усули.

№	Саволлар	Жавоблар
1.	Сурункали панкреатитга таъриф.	Сурункали панкреатит – ошқозон ости безининг ўсиб боровчи яллиғланиш склеротик жараёни касаллигига айтилади. Бунда аста –

		секин бириктирувчи тўқима ўсиб бориб, ошқозон ости безининг экзокрин ва эндокрин етишмовчилиги келиб чиқади.
2.	Клиник формалари.	1. Сурункали кальцификатли (49-95%) 2. Сурункали обструктив (кўп учрайди) 3. Сурункали паренхиматоз яллиғланувчи
3.	Сурункали кальцификатли панкреатитнинг патоморфологияси.	Текис бўлмаган бўлакли зарарланиши. Кичик йўллари, атрезия ёки склерозланган бўлади. Деворида: оксилли бирикма ва кальцификатлар бўлади.
4.	Сурункали обструктив панкреатитнинг патоморфологияси.	Катта ва кичик қуйилиш йўлларининг обструкцияси кузатилади.
5.	Сурункали паренхиматоз яллиғланиш панкреатитнинг патоморфологияси.	Паренхимасида ўчоқли яллиғланиш жараёни бўлиб, инфильтратив моноклеар хужайра ва фиброз участкалари бўлади. Қуйилиш йўллари зарарланмаган, кальцификатлар йўқ.
6.	Этиология.	1. Эркаларда чекиш ва алкоголь биринчи ўринда туради. 2. Ўт йўлининг касалликлари (дискенезия, холециститлар) 3. Катта дуоденал сўргичнинг касалликлари (папиллит, ўсмалар) 4. Овқат маҳсулотига оксил ва ёғларнинг кам бўлиши. 5. Наслий равишда аминокислоталар алмашинувининг бузилиши сурункали туғма панкреатитга олиб келади. 6. Токсик моддалар таъсири (эритмалар, дорилар, азатиоприн, гидрохлортиазид, меркаптопурин, сульфаниламидлар). 7. Гиперлипидемия. 8. Инфекцион касалликлар (паротит) гиперкальциемия гиперпаратиреозда, травма.
7.	Патогенез.	1. Секреция фаоллиги бунинг ўзини тўқимасини емиради. 2. Ошқозон ости беши шиши, коагуляцион некроз ива фибрози. 3. Ацинар хужайраларнинг ўлиши натижасида панкреас ички йўлларида обструкция, панкреатик ферментлар дуоденумга кам тушиб, ташқ секретор функция етишмовчилигига олиб келади. 4. Лангенганс оролчалари зарарланиши туфайли ошқозон ости безининг эндокрин функцияси етишмовчилиги келиб чиқади.
8.	Гребнев (1982 й) этиология бўйича тасниф.	1. Бирламчи сурункали (яллиғланиш жараёни ошқозон ости безидан бошланади). 2. Иккиламчи сурункали (бошқа касалликлар туфайли).
9.	Морфологик белгилари бўйича тасниф.	1. Шишли формаси 2. Склеротик – атрофик формаси 3. Фиброз. 4. Псевдотумароз. 5. Кальцификатли.
10.	Клиник кечиш хусусияти бўйича.	1. Полисимптом (сурункали рецидив панкреатит). 2. Оғриқли 3. Псевдоўсмали. 4. Диспептик формаси 5. Латент формаси.
11.	Клиника.	1. Оғриқ синдроми. Панкреаснинг қайси қисми зарарланишига боғлиқ. Оғриқ овқат егандан кейин 40-60 минутдан кейин бошланади. Айниқса аччиқ ва ёғли овқатлардан кейин. Оғриқ ётганда кучаяди ва ўтирганда (олдинга эгилиб) оғриқ пасаяди. Оғриқ чап елка остига, юракка узатилиши мумкин. Оғриқ симилловчи ва ўткир бўлиши мумкин.
12.	Клиника.	1. Диспептик синдром: кекириш, жиғилдон қайнаши, кўнгил айниши
13.	Клиника.	Экзоген етишмовчилик ичакда овқат ҳазм бўлиши бузилиши ва сўрилиши, микробларнинг кўплаб ўсиши (ингичка ичакда). Бу ич кетиш, стеаторея, метеоризм қоринда оғриқ, кўнгил айниш, қайд қилиш, иштаха бузилиши, ориқлаш, кўринишида бўлади.
14.	Стеаторея клиникаси.	Ифодаланган стеатореяда ич кетиш 3 мартадан 6 мартагача, бўтқасимон, бадбўй хидли, ёғли бўлади. Агар ёғли овқат истемол қилинса ёки панкреатик ферментлар қабул

		килинганида стеаторея камайиши мумкин. Кам ҳолларда сувли ич кетиш бўлиши мумкин.
15.	Эндокрин етишмовчилигининг клиникаси.	Углевод алмашинувининг бузилиши – гипогликемик синдром (дефицит глюкогон) қандли диабет кўринишида ўтади. Панкреатик қандли диабет кечиши хусусияти гипогликемияга мойил, кетоацидоз ва томир асоратлари камдан – кам ҳолларда бўлади.
16.	Объектив текшириш.	Терининг қуриши, глоссит, стоматит. Тана массасининг дефицити. Тўш соҳаси – қоринда ва белда – кичик доначали қизил тошма айлана шаклда 3 мм гача бўлади. Пankreas фақат кистоз ва ўсма бўлган ҳоллардагина пальпация қилинади. Френикус симптом чапда мусбат бўлади.
17.	Лаборатор текшириш.	1. УҚА – да лейкоцитоз, ЭЧТнинг ошиши. 2. Ферментлар фаоллиги ошиши: амилаза, трипсин, липазанинг қон зардобидида ошиши, қон ва ахлатда эластазининг ошиши. 3. Панкреатик секреция кўрсаткичларининг ўзгариши. 4. Умумий ахлат таҳлилида: лейкоцит, эритроцит, ичак эпителиси 5. Ахлатни экиш – дисбактериоз.
18.	Экзокрин етишмовчиликни аниқлаш.	1. Ахлатни текшириш, полифекалия, стеаторея, креаторея (10 ва ундан ортиқ мушак толаси бўлса – бу панкреатик етишмовчиликнинг оғир белгиси ҳисобланади). 2. Секретин – панкреозиминли тест. Панкреозимин (1 б/кг дозада) ёки церумзин юборилганда панкреас кўп бўлмаган секрет ишлаб чиқиши мумкин, бу ферментларга бой, бикарбонатлар оз миқдорда бўлади. Гормон юборилгандан кейин дуоденал шира 40 минут давомида йиғилади, сўнгра 1 б/кг секретин юборилади, бунда панкреас кўп сок ажратади, бу бикарбонатларга бой, ферментлар кам бўлади, сўнгра дуоденумда 80 минут давомида шира йиғилади. 3. ПАБК – тест (бентираминли) 0,5 грамм бентирамин қабул қилиниши билан баҳоланади. Ҳосил бўлган натижа патологик ҳисобланади, қачонки 6 соат давомида сийдикда ажралган бентирамин 50% дан кам бўлса. 4. Лунд тест. Бу алоҳида аралашма (15 гр. оливка ёғи, 15 гр сутли порошок, 45 гр глюкоза, 15 мл мевали шира, 300 мл гача дистилланган сув) дуоденумда ишлаб чиқилган гормонлар секретин, панкреозимин – эндоген маҳсулотини ишлаб чиқишига асосланган.
19.	Эндокрин етишмовчилигини аниқлаш.	Қонда глюкоза концентрациясини аниқлаш ва гликемик профил ўтказиш (икки ўрқачли қийшиқ чизик, қандли диабет учун характерли).
20.	Инструментал текшириш.	1. Қорин соҳасини обзор рентгенография қилиш, ошқозон ости безидаги кальцификатларни аниқлашда ёрдам беради. 2. Ошқозонни рентген ва 12 бармокли ичак рентгеноскопияси: дискенизияни аниқлашда ёрдам беради. 3. УТТ ўлчамларни аниқлайди. Контурининг текисмаслиги, эхогенноснинг пастлиги, структурасининг ҳар хиллиги, псевдокисталар бўлиши. 4. КТ – олдинги текширувларни тўлдиради. 5. ЭФГДС, в/и холеграфия, радионуклеид холецистография катта дуоденал сўргичнинг зонасини аниқлайди. 6. Эндоскопик ретроград панкреатохоланграфия – ошқозон ости безининг катта йўлидаги ўзгаришларни аниқлайди. 7. Ўсма жараёнини аниқлаш учун – УТТ, КТ, биопсия, ошқозон ости беzi томирларининг ангиографияси қилинади.
21.	Қиёсий ташхис:	1. 12 бармоқ ичак яра касаллиги билан. 2. Сурункали холецистит билан 3. Сурункали колит ва энтерит билан. 4. Сурункали абдоминал ишемик синдром билан

		5. Ошқозон ости беи ўсмаси билан.
22.	Даволаш.	1. Ошқозон ости беи секретиясини нормаллаштириш: Диета. секретиясини стимуляция қилиш керак. Кучли ифодаланган оғрик хуружда 3-5 кун оч қолдириш ва гидрокарбонат суви берилади. Керак бўлганда, параэнтерал овқатлантириш керак. Дуоденостазда ошқозондаги маҳсулотни ингичка зонд билан аспирация қилинади. Агар ошқозон шираси РН 4,0 кам бўлса, параэнтерал гистамин Н ₂ блокатори юборилади. Ранитидин – 3,5 кун перорал юборилади. Овқатланиш тез-тез, оз миқдорда бўлади.
23.	Даволаш.	2. Секретияни дори воситалари билан нормаллаштириш. Ошқозон ширасини пасайтирувчи дорилар. Панкреас ферментларини фаоллигини ва унинг деструктив хусусиятини пасайтирувчи дорилар. Буларга трасилол, 100 минг б./суткасида, контрикал 20-40 минг б./суткасида. Гордокс 50-100 минг дозада 400 мл 5% глюкозада юборилади, ҳамда аминаокапрон кислота 100 мл – 50 1-2 марта суткасида 5-10 кун. Диспептик ҳолатларда метоклопрамид берилади.
24.	Даволаш.	3. Оғрик синдромини бартараф қилиш. Юқорида саналганлар оғрик қолдирувчи хусусиятга эга. Оғрик сақланиб қолганда, анальгин, баралгин қилинади. Таъсир бўлмаганда наркотик аналгетиклар: промедол, морфин қарши кўрсатма бўлади. Агар 3-4 кунда оғрик қолмаса, унда сабабини қидириш керак.
25.	Ўрнини босувчи терапия.	1. Енгил стеаторея диета орқали коррекция қилиш мумкин. 2. Фермент препаратлар ошқозон РН ширасини пасайтириши керак эмас. Шунинг учун ўт сакловчи ва ошқозон шиллик қаватига таъсир қилувчи дорилар мумкин эмас. Панкреатин, мезим – форте, креон, ингичка ичакда эрувчи дорилар берилади. Ҳар овқатланганда 20-30 минг б. липаза берилади. Ферментлар беморнинг бутун умри давомида берилиб борилади.
26.	Санитар – курорт даволаш.	Ессентуки, Железноводск, Тошминсувлари, Семашко.
27.	Хирургик даволаш.	1. Дуоденум ва катта сўргичда торайиш ва обтурация бўлганда. 2. Холедохолитиаз. 3. Механик сарғайма, псевдокиста ва кисталарда.
28.	Асоратлари.	1. Гиповолемик шок. 2. Ошқозон- ичакдан қон кетиш 3. Сарғайиш. 4. Абцесс, сепсис. 5. Псевдокисталар. 6. Умумий ўт йўли торайиши

16 - мавзу «ЖИГАР ЦИРРОЗИ», «ЖИГАР ЕТИШМОВЧИЛИГИ» мавзуси бўйича

1. “Асалари уяси” иш ўйини.

Иш ўйини учун саволлар:

1-гурух: Жигар циррозларининг этиопатогенези.

2-гурух: Жигар циррозлари таснифи, клиник синдромлар.

3-гурух: Жигар циррозлари лаборатор-инструментал диагностикаси, лаборатор синдромлар.

4-гурух: Жигар циррозларини даволаш.

2. “Ручка – стол марказида” иш ўйини

Иш ўйини саволлари:

1-гурух: Жигар циррозларининг этиопатогенези.

2-гурух: Жигар циррозлари таснифи, клиник синдромлар.

3-гурух: Жигар циррозлари лаборатор-инструментал диагностикаси, лаборатор синдромлар.

4-гурӯх:Кардиал этиологияли жигар циррозининг хусусиятлари.

3. «ЗАИФ ХАЛҚА» усули

№	Саволлар	Жавоблар
1.	Таъриф.	Бу жигарнинг ўсиб боровчи диффуз касаллиги бўлиб, функциядаги гепатоцитларнинг камайиши фиброз тўқиманинг кўпайиши, жигарнинг нормал паренхимаси ва томирларининг қайта тикланиши бўлиб, регенатор – тугунча ва портал гипертензия ва жигар етишмовчилиги келиб чиқадиган жараёндир.
2.	Этиология.	1. Сурункали В, С, Д, гепатитлар. 2. Алькоголь ва аутоиммун гепатитлар. 3. Гемохраматоз, Вилсън – Қоновалов касаллиги. 4. Альфа 1-антитрипсин етишмовчилиги 5. Бирламчи билиар цирроз. 6. Бирламчи склеротик холангит. 7. Бадди – Киари касаллиги – вена димланиши. 8. Криптоген.
3.	Патогенез.	1. Гепатоцитлар некроз ива яллиғланиш жараёни фибробластик жараёни стимуляция қилади. 2. Кўшувчи тўқима бирикмаси ҳосил бўлиб, маркази ва портал венани улайди (бирлаштиради) ва жигар бўлаклари ва ёлғон бўлақлар пайдо бўлади. 3. Гепатоцитлар системасига тўқима бирикмаси орқали марказий венадан қон тушади. 4. Жигар паренхимасини қон оқими четлаб ўтганлиги сабабли гепатоцитлар ишемияга ва некрозга учрайди. 5. Гепатоцитларнинг парчаланиши регенератив жараённинг авж олишига олиб келади, қон томирлар босилишига ва қон айланишини кийинлаштиради.
4.	Портал гипертензияни патогенези.	1. Регенатор тугунлар ва фиброз тўқима билан дарвоза венаси босилиб қолади. 2. Портал гипертензия (бош стволида босим 30 мм.рт.ст. ошиқ бўлади) бу портоковал шунтлаш, асцит ва спленомегалиянинг ривожланишига сабаб бўлади. 3. Дарвоза венаси ва системали веноз қон айланиши бир-бири билан коллетраллар ҳосил қилади. Хавфли анастомозлардан қизилўнғач венаси билан ошқозоннинг кардиал қисми ҳисобланади.
5.	Жигар циррозининг таснифи. (А.С. Логинов, Ю.Е. Блон 1987)	1. Вирусли. 2. Алькоголли. 3. Аутоиммун. 4. Токсик. 5. Генетик. 6. Кардиал. 7. Жигар ичи холестази. 8. Криптоген.
6.	Этиология. Морфологик вариантлари.	1. Микронодуляр. 2. Макронодуляр. 3. Аралаш. 4. Нотўлиқсептал. 5. Билиар.
7.	Портал гипертензиянинг босқичлари.	1. Компенсациялашган. 2. Бошланғич декомпенсация. 3. Ифодаланган декомпенсация.
8.	Жигар хужайраларининг етишмовчилик босқичлари.	1. Компенсация. 2. Субкомпенсация. 3. Декомпенсация.

9.	Фаоллиги ва фазалари.	1. Хуруж (фаоллиги минимал, ривожланган, ифодаланган). 2. Ремиссия (нофаол)
10.	Кечиши.	1. Секин авж олувчи. 2. Тез авж олувчи.
11.	Морфологияси.	1. Микронодуляр кичик тугунлар 1-3 мм (алькогол, гемохроматоз, ўт йўлларидаги обструкцияда). Тугунлар регуляр равишда жойлашади, катталиги бир хил бўлади. Жигар озроқ катталашган бўлади.
12.	Морфология.	2. Макронодуляр. Жигар кучли деформацияга учраган. Юзаси ғадир – будир тугунлар билан қопланган, катталиги 3 мм дан кўп. Микроскопияда псевдодолькалар топилади.
13.	Морфология.	3. Аралаш цирроз. Микро ва макронодуляр жигар циррозидан ташкил топади. 4. Нотўлиқ септал. Қўшувчи тўқима септалари – паренхимада кесишиб, портал майдонда қўшилмасдан марказий вена билан қўшилади.
14.	Клиника.	1. Цирроз билан кўпинча эркаklar касалланади. Шикоятлари: ўнг қовурға тагида оғриқ, овқат егандан кейин кучаяди, физик зхриқишда капсуласи таранглашади, ёндош касалликлардан гастрит ва бошқалар. Кўнгил айниш, қорин дам бўлиши, ориқлаш. Эркаklarда жинсий заифлик, аёлларда менструация бузилади.
15.	Объектив текшириш.	Тери қуруқ – сариқ, оқиш рангда бўлади. Мушаклар атрофияси, астенизация ксантелазмалар – юқори қовоқда сариқ липид доғлари бўлади. Бармоқлари “барабан” таёқчасига ўхшаб бармоқ учлари кизарган бўлади. Қорин олдинги деворида веналар кенгайган ва «медуза боши» бўлади. Асцит, гепатомегалия 80-90% ҳолларда., спленомегалия 30% беморларда.
16.	Кичик белгилар.	Томирлар юлдузчалари, телеангиоэктазия (гиперэстерегенемия ҳисобига) бурун ва кўз атрофида ангиомалар бўлади. Кафтда эритема. Бемор тили қизил лаксимон бўлади. Оғиз ва лаблар қизил тусга бўялган бўлади. Қўлтиқ ости ва чов қисмларда жунлар камайиб кетади. Терининг қорайиши меланин моддасининг ўтириб қолишидан бўлади.
17.	Жигар циррозидagi асосий лаборатор синдромлар.	1. Портал гипертензия синдроми: қорин дам бўлиши, қориннинг ва ичаклар тўлиб тургандай бўлиши. Кучли ориқлаш. Вақти – вақти билан ич кетиш ва иситма бўлиши. Спеломегалия, асцит, олигоурия, «Caput medusae». Ошқозон ва қизилўнгач веналарининг кенгайиши. Ошқозон ва геморройдан қон кетиш.
18.	Спленомегалия ва гиперспленизм.	Талокнинг катталашуви, ундаги веноз димланиш, фиброз пульпа бўлиши ва кўплаб артериовеноз шунтлар билан боғлиқ. Гиперспленизм синдроми суяк кўмигиининг тормозланиши, қон элементи ферментларига қарши антитела ҳосил бўлиши ва эритроцитларнинг талокда парчаланиши билан боғлиқ. Панцитопения бўлади. (Анемия, лейкопения, тромбоцитопения).
19.	Мезенхимал яллиғланиш жараёни.	РЭС фаоллиги ва иммункомпонент хужайраларнинг сенсбилизацияси билан боғлиқ. Патологик жараённинг фаоллиги учун характерли: 1) Тана ҳароратининг кўтарилиши 2) Талокнинг катталашуви. 3) Лейкоцитоз. 4) ЭЧТ нинг ошиши. 5) Эозинофилия. 6) Тимол синамасининг ошиши. 7) Сулема синамасининг камайиши. 8) Гипер альфа-глобулин ва гамма-глобулинемия. 9) Протеинурия. 10) С реактив оксилнинг пайдо бўлиши.
20.	Гепаторенал синдром.	Бу буйрак функциясининг бузилиши бўлиб, буйракда қон айланиш бузилиши, буйрак мағиз қисмида қон айланиш бузилиб, қоптоқчалар капилярларида ишемия кузатилади. Қонда мочевино ва креатинин ошади. Сийдик солиштира оғирлиги нормада, оксил ҳамма вақт ҳам бўлмайди, патологик чўкма бўлмайди.
21.	Жигар- хужайра етишмовчилиги	Бунинг асосида жигар хужайраларининг зарарланиши, цитологик,

	синдроми.	холецистатик, экскретор билиар синдромлар ётади. Клиникаси: «Ёмон овқатланиш» синдроми, (ёмон иштаҳа, кекириш, метеоризм, ичнинг бузилиши, ориқлаш, полигиповитаминоз) иситма, сариклик, тери ва эндокрин бузилишлар, оғиздан жигар ҳиди келиши, геморрагик диагноз, жигар энцефалопатияси симптоми. Билирубин кўтарилиши, аминотрансфераза протромбин пасайиши, умумий оксил ва холестерин пасайиши.
22.	Жигар хужайралари функцияларини Чайлд-Пью бўйича баҳолаш.	1 – Гуруҳ: А) Билирубин 2,0 дан кам конда альбумин 3,5 дан кўп. Протромбин 80-60%. Асцит йўқ. Неврологик бузилишлар йўқ. Овқатланиш яхши.
23.	Жигар хужайралари функцияларини Чайлд-Пью бўйича баҳолаш.	2 – Гуруҳ: Б) Билирубин 2-3. Альбумин 2,8-3,5. Протромбин 60-40. Асцит даволанганда тезда кетади. Неврологик бузилишлар йўқ. Овқатланиш яхши.
24.	Жигар хужайралари функцияси етишмовчилигини Чайлд-Пью бўйича баҳолаш.	3 – Гуруҳ: С) Билирубин кўтарилган 3. Альбумин 2,8 дан паст, протромбин 40% дан кам. Асцит даволанганда яхши кетмайди. Овқатланиш пасайган.
25.	Фаол жигар циррози.	1. Умумий қон анализи: анемия, лейкопения, тромбоцитопения. 2. Аминотрансфераза фаоллиги 2-5 марта, билирубин 2-5 марта ошган. 3. Альбумин ва протромбин пасайган. 4. Алькоголли жигар циррозида гамма-глутаминаза ферменти фаоллиги ошади. 5. Вирусли этиологияли жигар циррозида В ва С маркерлар топилади. 6. 80-90% беморларда биохимик ўзгаришлар бўлади.
26.	Минимал фаоллик.	1. Умумий билирубин 1,5-2 марта ошган. 2. Трансфераза фаоллиги 1,5-4 марта ошган. 3. Протромбин индекси пасайган. 4. Биохимик ўзгаришлар 30-50% беморларда аниқланади.
27.	Инструментал диагностика.	1. УТТ – жигар ва талоқ ўлчамларининг ўзгариши, портал гипертензия белгилари. 2. КТ – бу айниқса асцит ва метеоризм касалликларида кўп маълумотлар беради. 3. Радионуклеид сканерлаш олтин дорилари билан ўтказилади. Жигарнинг дориларни ўзида қабул қилиш диффуз равишда пасайиб кетганлигини кўрамиз. Бу усул кенг қўлланилмайди. 4. Ангиографик текшириш. Портал гипертензиянинг қанчалик ривожланганлигини кўрсатади. 5. ЭФГДС ва ошқозон рентген текшириш қизилўнгач ва ошқозон веналарининг кенгайганлигини кўрсатади. 6. Пункционал биопсия ва радиоизотоп текшириш.
28.	Бирламчи билиар цирроз. Этиология ва патогенез.	Бунинг асосида йирингсиз деструктив холангит (этиологияси ноъмалум). Кўпинча майда ўт йўллари зарарланади, иммун бузилишлар бўлади.
29.	Билиар цирроз клиникаси.	Клиникасида холестаз синдроми устун туради. (тери қичиши), кейинчалик сариклик кўшилади, ҳолсизлик, ориқлаш, суякларда оғриқ. жигар каттиқлашган ва катталашган.
30.	Билиар жигар циррозининг ташхиси.	Гипербилирубинемия 3-10 марта ошади, ИФ фаоллиги ошади, гамма-глобулин ва холестерин ошади. ЭФГДС (катта сўргич ҳолати) УТТ – Панкреас бошчаси ва умумий ўт йўллари ҳолати, жигар ости сариклигини аниқлаш учун ўтказилади. Эндоскопик ретроград панкреатохоланграфия-иккиламчи билиар циррозда ўтказилади.
31.	Вильсон - Қоновалов касаллиги.	1. Церулоплазин синтезининг наслий равишда бузилиши организмда мисс транспортининг бузилишига олиб келиб қонда ва тўқималарда мисс миқдори ошиб кетади. 2. Цирроз клиникасида минимал фаоллик давом этиб, (калтирок, мушак тонусларининг ошиши, юришнинг ўзгариши) ва интеллектуал ўзгаришлар (деменция, психоз) бузилишлари билан кечади. 3. Қонда церулоплазмин камайган ёки йўқ бўлади. (1,25-2,81 ммоль)

		мисс миқдори кўпайган (нормаси 1,3,4-24 ммоль) мисс ажралиши сийдикда кўпайган (норма 20-50 мг суткада). Тўқималарда мисс кўплаб тўпланади, биопсияда ҳам аниқланади. Офтальмоскоп орқали кўзнинг кўзнинг шох пардасида Кайзер-Флейшера «узуги - белгиси» аниқланади.
32.	Гемохроматоз. (Бронзали диабет, пигментли жигар циррози).	Наслий касаллик бўлиб, ичак орқали қонга темир моддаси сўрилиши кучаяди, орган ва тўқималарга ўтириб қолиб, фиброзга олиб келади. Кўпинча эркаклар касалланади. <u>Клиникасида:</u> тери пигментацияси бронза рангида бўлади, жигар катталашади, қандли диабет ривожланади, гипопроотеинемия, кардиомиопатия ривожланади. Қонда темир моддаси 37 мк моль, қон зардобиди ферритин 200 мк моль бўлади. Стернал пункция қилинганда пунктатда темир топилади. Жигар биопсиясида гемосидирин ўтириб қолганлигини кўриш мумкин. Терида кўплаб меланинлар бўлади.
33.	Вирусли жигар циррозининг кечиш хусусиятлари.	Кўпинча эркаклар ўрта ёшларида учрайди. Ўткир гепатитлар билан боғлиқлиги бор. Макрондуляр бўлади. Жигар функционал етишмовчилиги эрта бошланади. Ошқозон ва қизилўнгач веналари катталашуви, геморройдиал синдром ҳарактерли. Асцит кейинчалик пайдо бўлиши мумкин, Тимол синамаси кўтарилиб кетади. Вирус гепатитнинг серологик маркерлари топилади.
34.	Алкоголли жигар циррози кечиши хусусиятлари.	Анамнезида алкоголь кўп қабул қилган бўладилар. Ҳарактерли белгиси: юзи шишинқираган, териси қизарган, бурни қизарган, телеангиоэктазия, қовоқлари шишган, эйфория бўлади. Алкоголли жигар циррозининг бошқа белгилари: периферик полинейропатия, энцефалопатия, миокардиодистрофия. Ифодаланган диспептик синдром панкреатит ҳисобига. Дюпетрин контрактураси, тухумлар атрофия бўлиб кетади. Портал гипертензия эрта ривожланади. Қонда иммуноглобулин А ва гамма-глутатаминаза ва ишқорий фосфатаза миқдори кўп бўлади. Жигар биопатида Маллори таначалари, гепатоцитлар атрофида нейтрофил лейкоцитлар тўпланиши, гепатоцитларнинг ёғли дистрофияси кузатилади.
35.	Қиёсий ташхис.	1. Вирусли гепатит, ўсмалар билан УТТ, КТ, радионуклеид диагностика ўсмада ёрдам беради. Жигар раки учун стабил равишда альфа-фетопротеин ўсиши ҳарактерли.
36.	Асоратлари.	1. Жигар энцефалопатияси. 2. Қизилўнгач ва ошқозон веналаридан қон кетиш. 3. Жигар хужайраларининг карциномаси ривожланиши.
37.	Циррознинг фаол даврини даволаш.	1. Вирусли этиологиясида компенсациялашган циррозларда (А гуруҳ) интерферон, В гуруҳда В ва С Чайлд-Пью бўйича альфа интерферон мумкин эмас. 2. Аутоиммун этиологияли циррозда ва бошқа циррозларда гиперспленизм синдроми билан кечганда ГКС 30-40 мг дозада, суткасига, кейинчалик пасайтириб борилади. Даволаш узоқ вақт давом этади. 3. Алкоголли циррозда - урсодезоксихолевая кислота 500-1000 мг сут. Дозада берилади. 4. ББЖЦ да – холестирамин 4-5 16 гача суткада берилади. Билигин (5-10 гр. 3 мартадан 30 минут овқатгача – 2-3 ой давомида). Урсодезоксикол кислотаси (13-15 мг) кг дан 2-3 йил берилади.
38.	Вильсон – Коновалов касаллигини даволаш.	1. Мисли маҳсулотлар чекланади (ёнғоқ, шоколад, жигар). 2. Д-пеницилламин мис билан бирикиб, буйрак орқали чиқиб кетади. 150 мг/сут 1500 мг суткасида кўтариш мумкин ва узоқ вақт ичилади.
39.	Бошқа даволаш чора тадбирлари.	1. Ҳамма касалларга поливитамин тавия этилади. 2. Колхицин фиброз ҳосил бўлишини олдини олади. 1-1,2 мг/сут. 2-3 йил давомида.
40.	Гемохроматозни даволаш.	Диета №5. Оксилга бой, лекин темир моддаси бўлмаслиги керак. (балиқ, тухум, асал, олма). Ҳафтада 500 мл қон чиқариб туриши керак.

		Десферал 10% 10 мл м/о, ёки в/и томчи шаклда 20-40 кун.
41.	Жигар энцефалопатияси.	М.Н.С нинг фаолияти бузилиши жигар етишмовчилиги туфайли.
42.	Этиологияси.	1. Ўткир вирус гепатитлар, лептоспироз сариклиги, жигарнинг замбуруғлар билан зарарланиши. Микоплазмали инфекцияларда, септицемияда, жигар абцессда, йирингли холангит, алкоголь интоксикациясида. 2. Сурункали гепатит фаол даври, жигар циррозининг охирги даврида, гемохроматоз, Вильсон-Коновалов касаллигида, жигар хавфли ўсмаларида.
43.	Қўзғатувчи факторлар.	1. Алкогол қабул қилиш, токсик дорилар, наркоз, хирургик операциялар, портоковал анастомозлар, ошқозондан қон кетганда, овқат орқали катта миқдорда оқсил кириши. 2. Парацентез орқали катта миқдорда суюқлик чиқариб ташлаш. 3. Диуретикларни кўп қабул қилиш
44.	Патогенез.	1. Паренхиматоз етишмовчилик асосий роль ўйнайди, ҳамда портоковал шунтлаш. 2. Жигарнинг зарарсизлантириш функциясининг тушиб кетиши, миёга токсик таъсир қилади. Аммиак метаболизми бузилади, қонда унинг миқдори ошади ва церебротоксик хусусиятга эга бўлади. 3. Метиониннинг оқсил - триптофан парчаланиш маҳсулоти йўғон ичакда ҳосил бўлади.
45.	Босқичлари. I – босқич клиникаси.	1. Кома олди ҳолати, Кома I: - Бемор ҳуши ўзида, бош айланиши, кўнгил айнаш, оғзида аччиқ таъм. Беморлар саволларга тўғри жавоб беради, вақти – вақти билан ориентировкани йўқотиш мумкин. Баъзан қўзғалган, эйфорин бўлади. - Диққат эътибори бузилган, сўзларни қайта гапиради. - Баъзан кераксиз қилиқлар қилиб, оддий юмушларни ҳам бажара олмайди. Ҳаракатида координация бузилади, ёза олмайди, уйқу бузилади, кўз қорачиғи кенгайган. ЭЭГ да ўзгаришлар йўқ. Шкала бўйича кўриш бали 13-14
46.	II - босқич клиникаси.	2. Прекома 2. Бемор ҳолатида сопор: - Бемор қўзғалган эйфрия алатия билан алмашинади, касаллар тормозланган, уйқучанлик. - Беморлар вақтни пайқамайдилар, қаерда ётганликларини ҳам билмайдилар. - Вақти – вақти билан ҳушини йўқотади. - Баъзан галлюцинация бўлиб, ноадекват ҳолатда бўлади. - Баъзан тоник тиришишлар, мушаклар тортилиши рўй беради. - Баъзан қарсилловчи тремор ҳосил бўлади. - Глазго – бали 11-12 бўлади - ЭЭГ да тўлқин амплитудаси катталашади. - Қорачиғ рефлексии, пай рефлекслари кичкиналашган бўлади. - Оғзидан жигар ҳиди келиб туради, жигар ўлчамлари кичиклашган (ўткир жараёнда) жигар циррозларида жигар ўлчами кичиклашуви кузатилмайди.
47.	III - босқич клиникаси.	3 босқич III. Сопор, чуқур бўлмаган кома. Кома I: - бемор ҳуши бузилган, агар қаттиқ таъсир қилса, уйғониши мумкин, алаҳлаш ва галлюцинация бўлади. - Қорачиғ кенгайган, ёруғликка реакцияси йўқ. - Бабинский, Гордон, Россолимо патологик рефлекслари бўлади. Склет мушаклари ригидности кузатилади. Хуружли клоник тиришишлар бўлади. - Оғзидан жигар ҳиди келади. - Глазго шкаласи – 10 дан кам. - ЭЭГ да альфа ва бетта фаоллик йўқолади.
48.	IV - босқич клиникаси.	4 - босқич IV. Кома: - Ҳуши умуман бўлмайди.

		- Қорачиғи кенгайган, ёруғни сезмайди. - Куссмаул ва Чейн – Стокс нафас олиши кузатилади. - Энса мушаги таранглиги кузатилади. - Пай рефлексии йўқолади, гипотония - Сарғайиш кучаяди, тахикардия, анурия. - Геморрагик диатез кузатилади.
49.	Даволаш – диета.	1. Диетада оксил чекланади, 30-50 гр ўсимлик оксили. Ёғлар 80 гр, углеводлар 200-30 гр. Калория – 500-1700 ккал. Оксил киритилиши чекланади. Сўнгра, фақат параэнтерал овқатлантиришга ўтилади.
50.	Даволаш. Аммиак интоксикациясини бартараф қилиш.	а) Ичак микрофлорасини бартараф қилиш аммиакни пасайишига олиб келади. Ҳар куни 1-2 марта тозаловчи хукна қилинади. Бу неомизин сульфат, сувда эритилган, оғиз орқали ҳар 6 соатда, хукна орқали ва назогастрал зонд орқали юборилади. Суткалик дозаси 4-6 гр. Трихопол, канамицин қўллаш мумкин. б) Лактулоза билан даволаш. Бу синтетик полисахарид. Ичак бактериялари орқали гидролиз бўлиб, сут кислотасига айланади ва кислоталик муҳит ҳосил қилади. Йўғон ичакда, ичакда ҳайдаш хусусияти чақириб, ичакда аммиак сўрилишини пасайтиради. Бунини сироп ҳолатида 30 мл дан 3-5 марта овқатдан кейин қабул қилинади. в) Орнител – аммиак боғловчи, флакonda венага 5% глюкозада 2 гр дан юборилади. г) Метаболик алкалознинг олдини олиш учун 50-80 мл 4% калий хлор 5% глюкозада 500 мл да юборилади, венага томчилаб. д) Дезинтоксикацион терапия. Глюкоза эритмаси, Рингер эритмаси, витаминлар билан биргаликда, гемосорбция, гемофилтрация, энтеросорбция, энтеросорбент 10 гр. 3 марта суткасида.

**17 мавзу - «ТИЗИМЛИ ВАСКУЛИТЛАР» мавзуси бўйича
“Заиф халқа усули” интерфаол ўйини:**

№	Саволлар	Жавоблар	Макс балл
1.	ТПда қандай томирлар шикастланади?	Ўрта ва майда катталикдаги томирлар	4
2.	ТПнинг этиологияси	1. Вирусли гепатит В ва С 2. ВИЧ 3. Цитомегаловирус 4. Дорилар (йод препаратлари, висмут, антибиотиклар, сульфаниламидлар).	6
3.	Патогенези, патоморфологияси	1. Оғир панваскулит, инфаркт, кон қуйилиш, чандикларнинг ривожланиши билан . 2. Қоннинг реологик ўзгариши ва тромбоцитлар агрегациясининг ошиши, гиперкоагуляция, тромбозларнинг ривожланиши ва ДВС.	8
4.	Таснифи (клиник вариантлари)	1. Классик шакли (буйрак висцерал ва буйрак полиневротик). 2. Астматик 3. Тери- тромбангитик. 4. Якка аъзоли	5
5.	Кечиши	1. Яхши сифатли 2. Секин ривожланувчи. 3. Қайталанувчи 4. Тез ривожланувчи. 5. Ўткир.	5
6.	Асоратланишига кўра таснифи:	1. Турли органларнинг инфаркти 2. Геморрагиялар (аневризма ёрилиши)	6

		3. Яранинг тешилиши. 4. Ичак гангренази. 5. Уремия. 6. БМЎҚАБ 7. Энцефаломиелит.	
7.	Диагностик мезонлари	1. Буйрак шикастланиши. 2. Коронариит. 3. Абдоминал синдром. 4. Полиневрит. 5. БА эозинофилия билан	5
8.	Кичик диагностик мезонлар:	1. Иситмалаш. 2. Вазнининг камайиши. 3. Миалгик синдром.	3
9.	Умумий клиник кўриниши	1. Иситмалаш 38-39 ⁰ С гача. 2. Миалгия. 3. Артралгия, баъзан артрит. 4. Тана вазнининг камайиши. 5. Теридаги тошмалар, тугунчалар (livido retikularis).	10
10.	Буйрак етишмовчилиги	1. АГ, баъзан ёмон сифатли. 2. Тез ривожланувчи буйрак етишмовчилиги. 3. Буйрак аневризмасининг ёрилиши ва буйрак атрофида гематомалар	6
11.	ТПда юракнинг шикастланиши	1. Коронариит. 2. Стенокардия ёки инфаркт миокарднинг ривожланиши. 3. Юрак ритми бузилиши. 4. Артериал гипертония .	6
12.	Нерв тизимининг шикастланиши	1. Ассиметрик моно- ва полиневритлар. 2. Инсултлар. 3. Менингоэнцефалитлар. 4. Эпилептик шаклдаги хуружлар.	8
13.	Ўпканинг шикастланиши	1. Ўпка васкулитлари ёки интерстициал пневмония. 2. Эозинофилли БА. 3. Ўпка инфарктлари	6
14.	Лаборатория диагностикаси	1. КУА: ўртача анемия, нейтрофилли лейкоцитоз, Гипертромбоцитоз, ЭЧТнинг ошиши. 2. СУА: протенурия, микрогематурия. 3. ҚБА: креатинин ошиши, КФ тушиши. 4. Иммунолог НИА ВС	8
15.	Инструментал диагностика	1. Ичак ва буйрак артериялари ангиографияси: микроаневризмалар ёки сегментарли стенозлар. 2. Тери-мускул биопсияси. 3. Кўкрак қафаси рентгенограммаси.	6
16.	Қандай касалликлар билан қиёсий ташхис ўтказилади?	1. Микрокристалли полиартрит. 2. Вегенер гранулематози. 3. Ревматоид васкулити. 4. Сепсис.	8
17.	ТПнинг патогенетик терапияси	1. ГКСни юқори дозада қўллаш (1мг/кг). 2. Имуннодепрессантлар: циклофосфамит 2мг/кг. 3. Нbs Fg мусбат бўлганда видорабин.	6
18.	ГКС ларнинг салбий таъсири	1. Ошқозон-ичакда яра ҳосил қилиши. 2. АҚБнинг кўтарилиши. 3. Инфекцияни фаоллаштириш. 4. Гипокалиемиа, гипокальцемиа.	6
19.	Циклофосфаннинг салбий таъсири	1. Лейкопения, цитопения. 2. Инфекция ўчоғининг фаоллашуви. 3. Геморрогик цистит.	6
20.	Делагилнинг салбий таъсири	1. Лейкопения.	4

		2. Ретинопатия.	
--	--	-----------------	--

Носпецифик аортоартрит

№	Саволлар	Жавоблар	Макси мал балл
1.	НАА па тогенези ва патоморфологияси	1. Эндотелиянинг шикастланиши, жойларда тромб ҳосил бўлиши. 2. ЦИКнинг кўчиб юриши. 3. АТни фосфолипидларга нисбатан ҳосил бўлиши 4. Табиий антикоагулант системага тормозловчи таъсири.	8
2.	НААнинг таснифи: 4 типли шикастланиши.	1. Аорта ёйи ва унинг шохчаларига. 2. Аортали кўкрак ва қорин бўлими. 3. Аорта ёйи ва аорта кўкрак бўлими. 4. Ўпка артерияси.	8
3.	Умумий белгилари	1. Иситмалаш. 2. Озиш. 3. Холсизлик. 4. Уйқучанлик. 5. Артралгия, миалгия.	5
4.	Қўлларни қон билан таъминловчи артерияларнинг шикастланиши.	1. Қўлларни вақти-вақти билан қон билан таъминланиш бузилиш синдроми. 2. Билак, елка, қўлтиқ ости артерияларида пульсни бўлмаслиги. 3. Кўкрак қафасининг чап худудида, елкада, бўйин соҳасида оғрикнинг бўлиши. 4. Артериал қон босимининг қўлларда ҳар хил бўлиши. 5. Оёқларда қон босимининг қўлга қараганда баланд бўлиши. 6. Шикастланган артерияларда оғрикни бўлиши, систолик шовқин эшитилиши.	10
5.	Нерв системасининг шикастланиши	1. Бош оғриғи, бош айланиши. 2. Хотирани ёмонлашиши, диққатни пасайиши. 3. Юрганда оёқларнинг чалиниши. 4. Хушдан кетиши. 5. Миёда ўчоқли ўзгаришлар ишемия билан боғлиқ бўлган.	10
6.	Кўриш аъзоларини шикастланиши	1. Кўриш ўткирлигининг пасайиши. 2. Кўзда иккита бўлиб кўриниши. 3. Тўр пардаси артериясининг окклюзияси натижасида тўсатдан бир кўзнинг кўр бўлиб қолиши ва кўриш нервининг атрофияси	
7	Юракнинг шикастланиши	1. Аортанинг кўтариладиган қисмида ўзгаришлар бўлиши. 2. Аорта клапанлари етишмовчилиги. 3. Стенокардия, ўткир миокард инфаркти. 4. Миокардит, юрак етишмовчилиги.	6
8.	Аортанинг қорин қисмининг шикастланиши	1. Оёқларда қон таъминлашишини пасайиши. 2. Юрганда оёқларда оғрик бўлиши. 3. Аорта систолик шовқин эшитилиши.	6
9.	Бўйрак артерияларининг шикастланиши	1. Протеинурия, микрогематурия. 2. Тромбозлар. 3. АГ.	6
10.	Ўпка артерияларининг шикастланиши	1. Кўкрак соҳасида оғрик.. 2. Ҳарсиллаш. 3. ЭКГда ўпка юраги белгилари.	6
11	Лаборатория маълумотлари	1. УКА: ўртача анемия, лейкоцитоз, ЭЧТнинг ошиши. 2. УСА: протеинурия, микрогематурия. 3. ҚБА: ↓ альбумин, ↑ гаммоглобулин, ↑ серомукоид ва гаптоглобулин. 4. HLA .	6

12.	Инструментал диагностикаси	1. Томирлар ультратовуши, сканерлаш. 2. Ангиографияда қон оқишини пасайиши. 3. Реэнцефалографияда миёда қон айланишининг пасайиши. 4. Электроэнцефалографияда миё функциясининг пасайиши.	7
13.	Диагностик мезонлари	1. Касалликнинг 40 ёшгача бўлган даврда бошланиши. 2. “чўлоклик белгисининг” бўлиши. 3. Елка артериясида пульсининг сусайиши. 4. Елка артериясида АҚБни фарқи 10 мм .сим.уст.дан ошиқ бўлиши. 5. Ўмров ости артериясида ёки аортанинг қорин қисмида шовқин эшитилиши. 6. Ангиографияда ўзгаришлар	8
14.	Патогенетик терапия	1. Преднизолон 30 мг- суткада . 2. Азациоприн 100мг суткада, ПФ. 3. Антикоагулантлар ва антиагрегантлар	6
15.	Симптоматик даволаш	1. Ангиопротекторлар: продектин, никотин кислотаси. 2. Ишемия ва унинг асоратларини даволаш. 3. АГни даволаш. 4. Миёда қон айланишни яхшилаш. 5. Операция ёрдамида даволаш.	8
16.	АЎФ ингибиторларни қўлланишига қарши кўрсатмалар.	1. Гиперкалиемиа. 2. Буйрак артериясини икки томонлама стенози. 3. Ҳомиладорлик.	6

18 -мавзу «Бириктирувчи тўқима диффуз касалликлари»: Системали склеродермия, дерматомиозит мавзуси бўйича
1. “Муаммонинг ечими” иш ўйинини ўтказиш усули.

Иш ўйини учун саволлар:

- 1-гурух:** Системали склеродермия, этиопатогенези, таснифи, клиникаси.
2-гурух: Системали склеродермиянинг диагностик мезонлари ва даволаш.
3-гурух: Дерматомиозит, этиопатогенези, таснифи, клиникаси
4-гурух: Дерматомиозитнинг диагностик мезонлари ва даволаш

2. «Заиф халқа» усули

Системали склеродермия мавзуси бўйича саволлар.

- ССД га тушунча беринг** (ССД – аутоиммун касаллик бўлиб, унинг асосини коллаген толалари гипертрофияси (кўплаб ҳосил бўлиши), бириктирувчи тўқиманинг фиброз-склеротик ўзгариши ва микроциркуляциянинг бузилиши ташкил қилади).
- ССДнинг этиологиясини нималар ташкил қилади?** (ноаниқ, вирус этиологияси, ирсий – генетик назария мавжуд)
- ССД билан кимлар кўпроқ оғрийди?** Аёллар ёки эркакларми? Нисбати? (аёллар; 1:8, 1:10 (30-50 ёш)).
- ССДнинг патогенезини нималар ташкил қилади?** (1. Иммун бузилиш: фибробластлар томонидан коллаген синтезининг кучайиши; 2. Микроциркуляциянинг бузилиши: тромбоцитлар агрегациясининг кучайиши; 3. Бириктирувчи тўқиманинг протеогликанларида оксил-ферментлар ўзгариши; 4. Склеротик тўқиманинг ҳосил бўлиши).
- ССДнинг кечишида қайси вариант фарқланмайди?** (ўткир, нимўткир, сурункали, сурункали узлуксиз).
- ССДда нималар зарарланади?** (тери, бўғимлар, қон томирлари, суяк тизими, ўпка, юрак, буйрак, ошқозон-ичак тракти, трофик ўзгаришлар).

7. **ССДа тери синдромига хос ўзгаришларни сананг** (зичлашган шиш, индурация, тотал мумификация, атрофия).
8. **ССДа бўғим синдромига нималар хос?** (артралгия, артрит, периартрит, букувчи контрактура).
9. **ССДа мушаклар зарарланишини кўрсатинг** (миозит, мушаклар атрофияси, миастения).
10. **ССДа юз қиёфасига нималар хос?** (никобсимон, амимик, ёноқлар “капалак”симон, ёноқлар қизил рангда).
11. **«Киссетсимон»- чоксимон оғиз бўшлиғи қайси касалликда учрайди?** (СКЮ, ССД, ДМ, ТП).
12. **Шегрен синдромини нималар ташкил қилади** (ксерофтальмия, ксеростомия-трахея, бронхлар, ошқозон, қин шиллиқ пардаларининг қуруқланиши).
13. **ССДа ўпкага хос зарарланишни айтинг** (пневмония, пневмосклероз, плеврит, пневмонит, эмфизема, бронхоэктазия).
14. **ССДа юрак қандай зарарланади** (оғир кечувчи кардиосклероз, авж олувчи ЮЕ, митрал клапани етишмовчилиги нуқсони, перикардит – адгезив, экссудатив).
15. **ССДа буйрак зарарланишини айтинг** (пиелонефрит, гломерулонефрит, ҳақиқий склеродермик буйрак).
16. **«Ҳақиқий склеродермик буйрак»ка нималар киради?** (тез ривожланувчи протеинурия, АКБ ошиши, олигоурия, азотемия, анурия, буйрак томирларининг зарарланиши, кўплаб кортикал некрозлар ҳослиги).
17. **ССДа ошқозон-ичак трактидан кўпроқ қайсилар зарарланади?** (эзофагит, гастрит, ичаклар атонияси (қабзият), холецистит, гепатит).
18. **ССДа трофик бузилишлардан нималар хос?** (тери гиперемияси, озиб кетиш, соч тўкилиши).
19. **Рейно синдромига нималар хос эмас?** (бармоқларнинг оқариши, кўкариши ёки қизариши, панжа ва оёқ қафти совуқлиги, парестезияси, гиперэстезияси).
20. **Тибьерж-Вессенбах синдромини айтинг** (юмшоқ тўқималарнинг, қўл-бармоқларининг – оҳакланиши ва унинг визуал ва рентгенологик аниқланиши).
21. **ССДа лаборатор текширишларни сананг** (қонда ва сийдикда оксипролинлар – коллаген метаболизми ҳосиласи – кўпайиши, гипергаммаглобулинемия, ЭЧТ ошиши, СРО (+), антителалар кўпайиши).
22. **CREST – синдромига нималар киради?** (кальциноз, Рейно синдроми, эзофагит, склеродактилия, телеангиэктазия).
23. **CREST – синдромига нималар кирмайди?** (кальциноз, Рейно синдроми, эзофагит, пневмосклероз, кардиосклероз).
24. **ССДнинг катта диагностик мезонларини айтинг** (терининг склеродермик зарарланиши, Рейно синдроми, бўғим-мушаклар ва висцерал зарарланишлар).
25. **ССДнинг кичик диагностик мезонларини айтинг** (склеродактилия, тери гиперпигментацияси, трофик ўзгаришлар, Шегрен синдроми, лимфаденит, полиневрит, церебрал патологиялар).
26. **Рейно синдроми кўпроқ ССДнинг қайси кечишига хос?** (сурункали).
27. **ССДни даволашда қўлланиладиган препаратларни кўрсатинг** (ГКС, НЯКП, Д-пенициламин, лидаза, никотин кислотаси, нитрофуранлар).
28. **ССДа базис терапияга киради** (Д-пенициламин, ГКС, ЦС).
29. **Рейно синдромини даволашда қўлланилади** (коринфар).
30. **ССДнинг ўткир ва нимўткир турида, буйрак зарарланиши авж олса, нима қўлланилади?** (Цитостатиклар-ЦС).

«Заиф халқа» усули

«Дерматомиозит» мавзуси бўйича саволлар.

1. **ДМ этиологиясида қандай омиллар рол ўйнайди?** (вирус, антиген).

2. ДМни тезлаштирувчи омиллар қандай? (инсоляция, совуққотиш, физик фаоллик, хирургик муолажалар, климакс, хомиладорлик).
3. ДМда қайси мушаклар зарарланади? (кўндаланг-тарғил мушаклар).
4. ДМ тери зарарланишисиз кечса, қандай номланади? (полимиозит).
5. ДМнинг нечта шакли бор? (2 та).
6. ДМнинг асосий шакллари қандай номланади? (идиопатик, ноаниқ, иккиламчи шишли, паранеопластик).
7. ДМнинг ўсмасимон шаклида ўсма қаерларда жойлашади? (сут безлари, тухумдон, ошқозон, ўпка, бачадон, буйрак ва б.).
8. ДМда терида қандай ўзгаришлар хос? (юзнинг олсимон қизариши, параорбитал шиш).
9. ДМда кўзойнак белгиси қаерда жойлашган? (юз, бўйин, кўкракда, кўз атрофида).
10. ДМда мушак системасининг қайси мушаклари зарарланади? (оёқ ва қўлларнинг проксимал мушаклари).
11. ДМда мушак зарарланишига хос белгиларни айтинг: («тараш белгиси», «автобус», «кўйлак кийиш» белгиси).
12. ДМда қайси очик органлар функцияси бузилиши кузатилади? (ошқозон-ичак, нафас ва юрак тизими органлари).
13. ДМда ҳиқилдоқ зарарланишининг белгиларини айтинг? (манқаланиш, афония).
14. ДМда ошқозон-ичак тизими қандай зарарланади? (дисфагия, сфинктерлар функцияси зарарланиши).
15. ДМда ўпканинг зарарланишида қайси мушаклар зарарланади? (нафас мушаклари).
16. ДМ диагностикасида қандай лаборатор натижалар кузатилади? (ЭЧТ ошиши, α_2 -глобулин, С-реактив оқсил (+), кретининфосфокиназа, трансаминазалар ошиши мушаклар емирилиши белгиси), электромиография.
17. ДМнинг асосий диагностик мезонларини сананг: (1. Тери зарарланиши; 2. Мушаклар зарарланиши; 3. Ферментлар (КФК, АТ) ошиши >50%; 4. Электромиографияда ўзгариш).
18. ДМнинг қўшимча мезонларига кирмайди? (кальциноз, дисфагия, эозинофилия).
19. ДМ диагнози қачон қўйилади? (1. 3 та асосий симптом бўлганда; 2. 2 та асосий ва 2 та қўшимча симптом бўлганда).
20. ДМнинг қайси турида хирургик муолажа қўлланилади? (паранеопластик).
21. Цитостатикларнинг ножўя таъсирини сананг? (лейкопения, тромбоцитопения, ўсма касалликлари хавфи, геморрагик цистит).
22. ДМ касаллигининг оқибати қандай? (сурункалида бир мунча хавфсиз ва ўтқирда хавфли).

19 - мавзу “ПОДАГРА” бўйича

1. “Асалари уяси” иш ўйинини ўтказиш усули.

Иш ўйини учун саволлар:

- 1-гуруҳ: Подагра этиологияси ва патогенези
- 2-гуруҳ: Подагранинг таснифи, клиникаси.
- 3-гуруҳ: Подагранинг лаборатор-инструментал диагностикаси, диагностик мезонлар.
- 4-гуруҳ: Подагра даволаш.

2. “Ручка – стол марказида” иш ўйинини ўтказиш усули

Иш ўйини саволлари:

1. гуруҳ: Подагра этиологияси ва патогенези
- 2-гуруҳ: Подагранинг таснифи, клиникаси.
- 3-гуруҳ: Подагранинг лаборатор-инструментал диагностикаси, диагностик мезонлар.
- 4-гуруҳ: Подагра даволаш. Ўтқир подагрик артрит хуружини бартараф этиш.

20 - мавзу “СЕРОНЕГАТИВ СПОНДИЛЛОАРТРИТЛАР: БЕХТЕРЕВ КАСАЛЛИГИ, РЕАКТИВ АРТРИТЛАР: РЕЙТЕР КАСАЛЛИГИ бўйича **1. ИНТЕРАКТИВ УСУЛ «КУЧЛИ ВА ЗАИФ ҲАЛКА»**

1.	Қайси касалликлар ССА гуруҳига киради.?	1.Анкилозирующий спондилоартрит 2.Псориатик артрит 3. Рейтер синдроми. 4.Реактив артритлар Крон, Уипл, НЯК касалликларида..
2.	ССА нинг ўхшаш клиник лаборатор белгилари.	1. РФ ва АНО нинг қонда бўлмаслиги. 2.Тери ости тугунларнинг бўлмаслиги. 3.Периферик бугимлар артрити(ассиметрик) 4.Белдаги оғриқ яллигланиш характерида бўлиши. 5.Рентгенграфияда сакроилеит ёки анкилоз булиши. 6 Бу гуруҳга кирувчи касалликларда «Overlap» булиши.. 7. Сакроилеит блиан HLAB27 нинг боғлиқлиги. 8. Оилавий анамнезнинг боғлиқлиги.
3.	Рейтер синдромини аниқлаш.	Сийдик ажратиш системасининг бўғим билан биргаликда зараланиши(носпецифик уретеропростатит), (реактив олиго- ёки моноартрит) ва кўз зарарланиши. (конъюнктивит).
4..	Рейтер синдромининг этиологияси.	1.Хламидийлар, уреоплазма 2.Шигелла, сальмонелла, йерсиний
5..	Хламидийлар қайси сийдик ажратиш системасининг касалликларини келтириб чиқаради.?	1.Ногонококкли уретритлар 2.Сурункали цервицит 3. Сальпингит и аднексит 4. Цистит
6.	Хламидийли инфекциянинг юқиш йўллари.	1 Жинсий. 2. Маиший
7.	Рейтер синдромининг 2 хил шакли.	1. Спорадик ва Рейтер касаллиги. 2.Эпидемик ёки постэнтероколитик (Рейтер синдроми.)
8.	Реактив артритларнинг умумий клиник белгилари.	1. Ёшларда ривожланиши. 2.Урогенитал ёки ичак инфекцияси билан боғлиқлиги. 3. Бўғимларнинг моно-олигоартикуляр тарзда ифодаланган асимметрия шаклида зарарланиши ва пастки бўғимларларда жойлашиши характерлидир. 4.Бошқа системаларда ўзгаришларнинг топилиши: конъюнктивит, кератодермия, афтозли стоматит, баланит 5. Серонегативлик. 6. HLAB27 билан боғлиқлик. 7.Рентгенологик текширида: товондаги қадоклар., периостит, паравертебрал оссификация 8.Кўпинча илеосакрал чигал зарарланиши (ассиметрик сакроилеит).
9.	Урогенитал реактив артритларнинг кечиш хусуиятлари.	1.Ёшларда кўпроқ учраб, инфекция ташувчилари кўпинча аёллар ҳисобланади. 2.Бошланиши тўсатдан, жинсий алоқадан кейин 7-28 кун ўтгандан кейин бошланади. 3.Артритнинг ривожланиши пастки бўғимлардан бошланиб, сийдик йўллари инфекциясидан 1-6 ҳафтадан кейин моно-олигоартрит ҳолида ривожланади. 4 Кейинчалик бошқа бўғимлар: бармоқлар дефугурацияси, «сосискасмон» ҳолида ривожланади.. 5. Бир вақтнинг ўзида пайлар, бойламлар, бўғим халтаси ва фасциялар зарарланади. 6Бўғимдан ташқари зарарланишлар.кўз, оғиз бўшлиғи, ички органлар. 7.Рентгенологик текширишда: бўғим атрофида остеопороз, товондаги қадок., сакроилеит
10.	Энтероколитик артритларнинг кечиш хусусиятлари.	1. Ҳамма ёшдагилар касал бўлиши мумкин. 2. Энтероколитдан 1-3 ҳафтадан кейин ўткир бошланади. 3.Бошланиши пастки бўғимлардан бўлсада, қўл бармоқлари зарарланмайди, тендовагинит ва бурситлар бўлади.

		4.Кўпинча жараён қайтар бўлади, 30% ҳолларда сурункали артрит ва секин авж олувчи сакроилеит ҳолида кечади.
11	Рейтер касаллигида нерв системасининг зарарланиши.	1.Радикулит.2.Периферик неврит 3.Энцефалопатия
12.	Буйрак зарарланиши.	Енгил протеинурия, микрогематурия, асептик пиурия. IgA-нефропатия.
13.	Кўз зарарланиши.	1.Конъюнктивит.2.Ретинит. 3.Увеит
14.	Бўғимлар зарарланиши.	1.Ассиметрик артрит. 2. Тизза, болдир,кафт,бармоқлар аро бўғимлар зарарланади. 3.Бармоқнинг периартикуляр шиши.. 4.Бармоқларнинг «сосискасимон» деформацияси. 5. Ахиллит. 6. Сакроилеит
15	Тери ва шиллиқ пардаларнинг зарарланиши.	1.Эритематоз тошмалар. 2.Оёқ соҳасида кератодермия. 3.Оғизда яралар..4. Баланопостит 5.Тирноқлар зарарланиши. (ониходистрофия)
16	Ум.қон, ум сийдик таҳлили,простата суюқлиги ўзгаришлари.	1.Анемия, лейкоцитоз, ЭЧТ нинг тезлашиши. 2. Нечипоренко синамасида лейкоцитоз. 3. 3 стаканли синамада – 1 порцияда ўзгаришлар. 4. Простата суюқлигида 10 лейкоцитлар, лецитинлар сонининг камайиши.
17	Биохимик ва иммунологик кўрсаткичларнинг ўзгариши.	1. альфа-2 и бета глобулинларнинг, сиал кислота, серомукоидларнинг ошиши. 2. HLAB27 ташувчанлик.
18.	Хламидийли инфекцияни алоҳида текшириш усуллари.	1.Хламидийларни уретрадан суртма олиб текшириш. 2.КБР ёрдамида қонда хламидийларга нисбатан антитела топилиши. 3 Полимер реакцияси орқали ДНК диагностикаси.
19.	Синовиал суюқликнинг ўзгариши.	1.Муцинли қоричма. 2. Лейкоцитларнинг кўплаб топилиши. 3.Нейтрофиллар 70%.дан кўп. 4 .Хламидийли антиген ва антителалар. 5. Комплементларнинг юкори даражадалиги. 6 .Манфий ревматоид омил
20.	Асосий диагностик мезонлар.	1.Артрит:а) ассиметрик. б) моно- ёки олигоартрит в) пастки бўғимлар зарарланиши. 2. Инфекция: а)энтерит (6 ҳафтадан кейин),б)уретрит (6 ҳафтадан кейин)
21	Қўшимча мезонлар.:	Триггер инфекцияси нинг исботланиши. (сийдик каналидан олинган матеалнинг мусбатлиги ёки бачадон бўйнидан олинган «суртманинг» мусбатлиги, ахлат экишдан кейин мусбат натижа.. Синовиал суюқликда инфекция топилиши, . (полимер занжир реакциясининг хламидийга мусбатлиги)
22.	Рентгенологик ўзгаришлар.	1Бўғим атрофияси: асимметрик остеопороз. 2 Бўғим ёриғининг ассиметрик торайиши. 3. Товондаги қадоқлар. 4 Бир томонлама сакроилеит белгилари.
23.	Реактив артритни даволаш.	1.Тетрациклин, метациклин,доксациклин. 2.Эритромицин, левомецетин. 3.Сумамед, ципробай, абактал. 4. Сийдик ажратиш системасини маҳаллий даволаш.
24.	РАнинг базис давоси ва бўғим синдромини даволаш.	1.Делагил. 2. Иммунодепрессантлар.3. Сульфасалазин 4.НЯҚП.5.ГКС

БЕХТЕРЕВ КАСАЛЛИГИ

1.	Этиологияси ва унга олиб келувчи омиллар.	1.Этиологияси ноъмалум 2.Наслий НLAB27га мойиллик 3.Инфекция ҳам роль ўйнаши мумкин.
2.	Патоморфологик ўзгаришлар.	1. Лимфоцитлар ва макрофаглар инфильтрацияси. 2.Фаол фибропластик жараённинг чандиқ тўқима ҳосил қилиши, кальцификация ва оссификация. 3.Склетнинг асосий бўғимларида фиброз ва суякнинг анкилозга учраши. 4.Умurtқа бойламларининг суякланиши.
3.	Эрта босқичнинг белгилари.	1.Бел умurtкаларида ва думгаза ёнбош соҳасидаги чигалда кучли оғрик куннинг 2 чи ярмида кучаяди. 2.Думба соҳасида оғрик. 3.Бел умurtқаси соҳасида қотиш ва қийнчилик билан ҳаракатланиши.
4.	Эрта босқичнинг белгилари (4)	1.Кўкрак қафасида оғрик. 2. Бел тўғри мушакларининг қотиши. 3.Бел умurtқаси лордозининг зичлашиши. 4.Икки томонлама сакроилетнинг клиник ва рентгенологик белгилари.
5.	Кечки босқичнинг белгилари.(5)	1Умurtқанинг ҳар хил жойларидаги оғрик. 2.Тик туришнинг бузилиши, «доскасимон» елка», «тиланчи ҳолати», кўкрак қафасининг ифодаланган кифози. 3.Қорин тўғри мушакларининг атрофияси. 4.Кўкрак қафаси экскурсиясининг кескин камайиши. 5. Умurtқа погонаси ҳаракатининг чекланиши.
6.	Юракнинг зарарланиши.	Аорта клапанининг етишмовчилиги. А-В қамаллар.
7.	Кўз ва буйракнинг зарарланиши.	Ўткир увеит (Ўткир ирит ёки иридоциклит) IgA- нефропатия , кам ҳолларда буйрак амилоидози.
8.	Кечки босқичнинг белгилари. (5)	1.Думаза ёнбош ва умurtқалар аро чигалнинг анкилози. 2.Елка ва чанок бўғимининг зарарланиши. 3.Буйрак зарарланиши. 4.Аортитлар, аорта клапаннинг етишмовчилиги. 5.Ўпка фибрози.
9..	Клиник вариантлари.	1.Марказий шакли.2. Ризеомиелик шакли. 3.Периферик. 4.Ревматоидсимон 5.Септик шакли
10.	Клиник мезонлари.	1Анамнезида 3 ойдан кам бўлмаган яллиғланиш жараёни ва физик зўриқишда камайиши. 2.Сагиттал ва фронтал ҳаракатларда умurtқа погонасининг ҳаракати чекланиши. 3.Кўкрак қафаси ҳаракатининг чекланиши.
11.	Лаборатор ўзгаришлар.	1.ЭЧТ нинг ошиши,гипохром анемия, лейкоцитоз 2. Альфа-2 ва гамма глобулинларнинг ошиши, серомукоид, гаптоглобин, сиал кислотларининг шоиши. 3 Манфий РО. 4.HLB27
12.	Рентгенологик ўзгаришлар.	1 Икки томонлама сакроилеит. 2 Умurtқалар аро дискнинг периферик оссификацияси, суяк кўприкларининг (синдесмофитлар) ҳосил бўлиши.
13.	Медикаментоз даволаш.	1.НЯҚП. 2.ГКС (кам ҳолда).3.Сульфасалазин.4.Миорелаксантлар.
14.	Номедикаментоз даволаш.	1 .Фаол ҳаёт тарзи.. 2.ДФК, массаж 2.Физиотерапия ноактив босқичида (ультразвук, фонофорез, Бернар токи.)

“СЕРОНЕГАТИВ СПОНДИЛОАТРИТЛАР”

2. «Ким кўп? Ким тезроқ?» иш ўйинини қўллаш:

Иш ўйинини ўтказиш учун саволлар мажмуаси:

1. Серонегатив спондилоартритларга характеристика беринг.
2. ССПА гуруҳига қайси касалликлар киради.?

3. ССПА нинг лаборатор-клиник ўхшашлигини аниқланг.
4. РеА га характеристика беринг.
5. РеА нинг ҳозирги замон тушунчаси.
6. РеАнинг этиологияси
7. РеАнинг патогенези
8. Серонегатив спондиллоартритлар тушунчаси ва умумий белгилари
9. Серонегатив спондиллоартритларга қайси касалликлар киради?.
10. РеАнинг қайси 2та хилини биласиз?
11. РеАнинг диагностик мезонлари.
12. Урогенитал РеАнинг клиник хусусияти.
13. Энтеколитли РеАнинг клиник хусусиятлари.
14. РеАниг лаборатор диагностикаси.
15. Урогенитал РеА нинг лаборатор диагностикаси
16. Энтероколитли РеАнинг лаборатор диагностикаси.
17. Подагра артритининг қиёсий диагностикаси.
18. Реактив артритни қиёсий таққослаш.
19. Псориатик артритнинг қиёсий диагностикас и
20. Бехтерев касаллигининг қиёсий ташхис
21. РеАнинг даволаш режаси.
22. Этиологик даволаш.
23. НЯҚП ларни қўллаш.
24. РеАнинг базис терапияси.
25. Иммуномодуляторларни қўллаш
26. РеАни локал даволаш.
27. РеА да ГКС қандай қўлланилади?.
28. РеАни физиотерапевтик даволаш.
29. РеАнинг даволаш физкультурасини тавсия этиш.
30. Анкилозловчи спондилоартритга характеристика беринг.
31. АС нинг этиология ва патогенези.
32. АС нинг патофорфологияси.
33. АС нинг клиникаси.
34. АС да лаборатор ва инструментал диагностикаси.
35. АС нинг диагностик мезонлари.
36. АС нинг клиник вариант кечишлари.
37. Қиёсий ташхис.
38. АС ни даволаш.

II. Ўқув жараёнини оптималлаштириш усуллари.

1. Вазиятли масалалар ечиш

Бу усул амалий машғулотларнинг барчасида кенг қўлланилади. Бунда ўқитувчи машғулотлар бўйича тузилган масалалардан фойдаланади. Вазиятли масалаларни ечиш мобайнида талабаларнинг қисқа вақт мобайнида фикрлаш қобилияти, вазиятларга ижодий ва амалий қай даражада ёндашиши яна бир бор назорат қилинади. Бу усул талабаларнинг ўз билимларидан оптимал фойдаланган ҳолда тўғри хулоса чиқариш имқониятини кенгайтиради.

Бу усулдан барча амалий машғулотлар ўтишда, оралиқ, якуний назорат ва амалиётда қўлланилади

"Дори аллергияси"мавзуси бўйича вазиятли масалалар:

1-масала

42 ёшли беморда вена ичига томчи шаклда альбуминни юборилгандан сўнг терида қичишиш, кўнгил айниш, ўта бўшашиш пайдо бўлди, тери қатламлари қизариб, А/Б тушиб кетди.

Беморнинг аҳволининг ёмонлашуви нима билан боғлиқ?Даволашни тавсия этинг.

Жавоб: Дорилар аллергияси, даволаш-препарат юборишни тўхтатиш, антигистамин, ГКСпрепаратларидан юбориш.

2-масала.

“Пневмония” диагнози билан касалхонада даволанаётган 32 ёшли беморда цефамизин қўлланилгандан кейин-7-куни ҳарорати ошиб, терида тошмалар, қичишиш билан пайдо бўлди. Умумий қон таҳлилида- эозинофилия.

Диагноз? Даволаш?

Жавоб: Дорилар аллергияси-аллергик дерматит, даволаш- гипоаллергик пархез, препарат юборишни тўхтатиш, антигистамин, ГКСпрепаратларидан юбориш

3-масала.

“Реактив артрит” касаллиги бўйича индометацин қабул қилаётган 48 ёшли беморда 12 соат ўтгач тана ҳарорати ошиб, эт увишиш, бош оғриғитерисида эса эритематозтошмалар пайдо бўлиб, тошмалар тезда нотўғри шакли бўш пуфакчаларгга айланиб, ўткир юрак-томир етишмовчилиги белгилари авж ола бошлади.

Беморда қандай синдром ривожланди? Тезкор ёрдам?

Жавоб: Лайелл синдроми, ГКС, декстранлар юбориш, гемодинамикани яхшилаш, гемосорбция, плазмаферез.

4-масала.

35 ёшли системали қизил югурдакли беморнинг бўғимлари ва буйраклари зарарланган (нефротик синдром), 4 ҳафтадан буён преднизолон (60 мг/сут.) қабул қилмоқда. Қуйида келтирилган қайси ўзгаришлар даволашнинг асорати ҳисобланади?

1. Рейно синдроми
2. Қонда умумий оксилнинг ошиши.
3. Анемия
4. Гипергликемия, гипокальциемия.
5. Қон босимининг пасайиши.

“Ритм бузилишлари” мавзуси бўйича вазиятли масалалар

1-масала.

62 ёшли бемор 3 йил олдин миокард инфаркти ўтказган, кардиолог назоратида туради. Уйда озрок жисмоний фаолликдан сўнг бирданига хушидан кетди. Касалхонага келтирилганда АБ 175/90 мм.с.у., ЮКС 1 мин.да 42 марта. ЭКГ да тўлиқ АВ қамал.

Сизнинг ташхисингиз?

Даволашни белгиланг.

2-масала.

Бемор 70 ёшда. Юракнинг ўйнаб кетиши, хансираш ва умумий дармонсизликка шикоят қилмоқда.

Объектив: юрак тонлари бўғиқлашган, юрак чўққисида систолик шовқин, пульси аритмик, АБ 150/80 мм.с.у., ЭКГ да R-R оралиғи турлича, Р тишча йўқ.

Беморда юрак ритми бузилишининг қайси тури мавжуд?

Даволашни тавсия этинг

3-масала.

Бемор 65 ёшда. ЮИК: ПИКС ташхиси билан диспансер назоратида туради. Баъзи-баъзида умумий бўшашиш, бош айланиши, қисқа муддатли хушдан кетиш безовта қилиб туради. Объектив: юрак тонлари бўғиқ, АБ 130/60 мм.с.у., пульс 70 та 1 мин.

ташхисни асослаш учун қандай текшириш усуллари қўллаш керак?

4-масала.

37 ёшли бемор терапия бўлимига ревматизм натижасида тушиб қолган. Унда икки тавақали қопқоқ етишмовчилиги ва тешигининг торайиши, катта ва кичик қон айланиш доирасида

етишмовчилик аниқланган. Бемор кўпроқ юрак уриши хуружидан, ҳаво етишмаслигидан қийналмоқда. Юрак уриши 1 мин. да 180 та, аритмик, пульс дефицити 1 мин.да 24 та.

Беморда қанақа ритм бузилиши мавжуд?

5-масала.

24 ёшли беморда сурункали тонзиллит мавжуд. Яқинда фолликуляр ангина бўлиб, иситмалаган. 5 кун давомида амбулатор даволанган, даволашни тўхтатганда 7-8 кун сўнг бўшашиш аломати пайдо бўлган, юрак соҳасида нохушлик сезган.

Беморда ритм бузилишини кўрсатинг:

1. Бўлмачалар экстрасистолияси

“ЮИК: миокард инфарктининг атипик кечиш вариантлари ва асоратлари» мавзуси бўйича вазиятли масалалар:

1 – масала

Бемор А., 7 йилдан бери юрак ишемик касаллиги билан хасталаниб юрган 52 ёшли бемор уйига врачни чакиртди. Бемор нитроглицерин қабул қилишга қармасдан унинг жисмоний ҳаракати кескин чегараланган, юрагидаги кучли оғриқ тўхтамаган. Врач беморнинг уйига келганда унда ҳаво етишмаслиги кучайган ва совуқ тер босган, артерия босими 110/50 гача пасайган. Наркотик берилганда оғриқ бутунлай йўқолмаган. Юраги тез ураётганда ЭКГ қилинган.

1. Сизнинг ташхисингиз?

2. Текшириш усуллари тавсия этинг.

Жавоб: ЮИК: Миокард инфаркти. УКТ, қонни биохимик текшириш, юрак ЭХОКГ.

2 - масала

Бемор Ю., 67 ёш, инженер, шошилиш кардиология бўлимига қуйидаги шикоятлар билан ётқизилди: чап қўрак соҳасида ғижимловчи кучли оғриқ, оғриқ икки қўлга ва бўйинга иррадиацияланади, умумий ҳолсизлик, тана ҳарорати $37,8^{\circ}$ гача кўтарилган. 2 йилдан бери “стенокардия” билан оғрийди. Амбулатор ва икки марта стационар шароитда даволанди. Кечаси беморнинг аҳволи тўсатдан ёмонлашди. Юкорида кўрсатилган шикоятлар кузатилгандан кейин бемор нитроглицерин қабул қилган, лекин оғриқ босилмаган ва «тез ёрдам» га мурожат қилган. Бемор қабул қилинганда ҳолати оғир. Тери қоплами оқиб, тер билан қопланган. Юрак тонлари чўққида бўғиқлашган. Пульс 108, экстрасистола. АБ 100/60 мм.сим.уст. Ўпкада везикуляр нафас. Лейкоцитлар – 10 200, ЭЧТ – 12 мм/с, АСТ -2,1, АЛТ-0,98. ЭКГаммада I, avl, v-1-6 тармоқларда ўчоқли ўзгаришлар топилган.

1. Сизнинг ташхисингиз?

2. Даволаш тактикангиз.

Жавоб ЮИК: Миокард инфаркти, (чап қоринчанинг трансмурал) ўткир даври. Нитратлар, наркотик анальгетиклар, антикоагулянтлар.

3 – масала

Бемор С, 53 ёшда, касалхонага шошилиш равишда олиб келинди, беморни қуйидаги шикоятлар безовта қилади: эпигастрал, ўнг қовурға, баъзида қориннинг ўнг ярмида кучли оғриқ, оғриқ куракка, кураклараро соҳага берилиб, кўнгил айнаши, қусиш (беморга енгиллик тугдирмайди), ҳаволи кекириш, қориннинг дам бўлиши. Бемор 6 йилдан буён гипертоник касаллик билан оғриб келади. Объектив кўрикда: бемор ҳолат оғир. тери қоплами оқиб. Юрак тонлари бўғиқлашган. АБ 110/50 мм.сим.уст. Пульс – 86 та. Ўпкада везикуляр нафас.

Сизнинг ташхисингиз? Текшириш усуллари?

Жавоб: ЮИК: Миокард инфарктининг гастралгик кечиш шакли. УКТ, қонни биохимик текшириш, ЭКГ, юрак ЭХОКГ

4-масала

Бемор С, 56 ёшда, трансмурал миокард инфаркти билан огриган, 2-куни аритмия пайдо бўлиб, у хансираш ва бош айланиши билан кечмоқда. Обьектив: кам ифодаланган лабларда цианоз, юрак тонлари бўғиқ, аритмик, ўпканинг орқа-пастки бўлакларида дағал нафас, нафас асосида кам микдорда нам хириллашлар эшитилмоқда, АБ 110/60 мм.сим.уст. Пульс 78 та. ЭКГ: ритм синусли, навбатдан ташқари, тез-тез келувчи, деформацияланган, давомийлиги 0,12 секунд бўлган QRS комплекси пайдо бўлди. Р тишча йўқ.

1. Сизнинг ташхисингиз?
2. Даволашни тавсия этинг.

Жавоб: ЮИК: Миокард инфаркти, ўткир даври асорати: Килипп III (ўпка шиши, қоринчалар экстрасистолияси). Нитратлар, антикогулянтлар, кордарон, диуретиклар.

5- масала

Бемор В. 66 ёшда клиникага юрак соҳасида кучли сикувчан оғриқ, давомийлиги 30 минутгача, нитроглицерин наф бермаслиги, совуқ тер босиши, ўлим ваҳимаси, хансираш, каби шикоятлар билан мурожат қилди. Обьектив кўрикда тери ранги рангпар, эластик, ўпкада икки томонлама везикуляр нафас эшитилади, НОС минутига 24 марта, Юракда тонлар бўғиқ, ритмик, шовқинлар йўқ, А/Б 100/60 мм сим.уст.да, пульс минутига 70 марта. Хазм қилиш ва сийдик айириш системасида ўзгаришлар йўқ, нормал. Умумий қон анализи, умумий сийдик анализи, биохимик қон анализидида ўзгаришлар топилмади. ЭКГ да III, AVF тармоқларида QS комплекси, STсегменти кўтарилганлиги аниқланади.

1. Клиник диагнозингиз.
2. Даволаш тактикангиз.

Жавоб: ЮИК: Чап қоринча орқа девори миокард инфаркти, ўта ўткир даври. Нитратлар вена ичига, стрептокиназа вена ичига, наркотиклар.

"Симптоматик артериал гипертензия" мавзуси бўйича вазиятли масалалар:

1-масала

Ф. исмли бемор аёл 37 ёшда, касалхонага гипертоник криз, ўпка шиши билан асоратланган ҳолатда олиб келинган. А/Б 220/140 мм сим.уст. 7 йилдан буён А/Б 150/90, 180/120 мм сим.уст. га тенг ҳолда ошиб туради, сабаби номаълум, (беморга экскретор урография килинган, нормал натижани берган). Гипертоник кризни пентамин, лазикс билан, вена ичига клофелин, дроперидолларни қўллаш билан ҳам бартараф этишнинг имкони бўлмади.

1. Сизнинг ташхисингиз?
2. Даволаш усули.

2-масала

В, исмли 60 ёшли беморда тўлиқ кўндаланг камал, юрак қисқаришлари сони 32-46 мартагача, А/Б 220/100 мм сим.уст.га ошиб гипертоник кризлар безовта қилади.

Даволашни тавсия этинг.

3-масала

М, исмли бемор 32 ёшда, кучайиб борувчи мушакларда бўшашиш ва умумий, кучаювчи чарчаш пайдо бўлди, А/Б баркарор 180/100, 190/120 мм.сим.уст.да, сийдиги ишқорий муҳитли, оксил – 0,66%, солиштира зичлиги –1020, гипертоник ретинопатия аниқланган. Резерпин, гемитон, допегит, анаприлиндан самарадорлик йўқ.

1. Сизнинг ташхисингиз?
2. Даволашни тавсия етинг.

4-масала

Т, исмли 50 ёшли бемор, касалхонага «гипертоник криз» диагнози билан олиб келинди, шикоятлари кучли бош оғриғи, қусиш, айниқса юқоридагилар бошни бурганда ва гавда ҳолатини

ўзгартирганда кучаяди. А/Б 170/100 мм сим.уст., тўсатдан куннинг иккинчи ярмида ўткир равишда оғриб қолди. Олдинлари А/Б ошмаган.

1. Сизнинг ташхисингиз?
2. Даволашни тавсия етинг.

5-масала

К, исмли 18 ёшли беморда, тиббий кўрикда А/Б нинг 170/100 мм сим.уст.га тенглиги аниқланиб, терапевтик касалхонага ётқизилди, бу ерда аорта устида систолик шовқин аниқланиб, «ревматик этиологияли нуқсон ва нейросирқўлятор дистония» диагнозлари қўйилди.

1. Сизнинг ташхисингиз ва текшириш режангиз?
2. Даволашни тавсия этинг.

6– масала

Бемор Т. 24 ёшда, 17 ёшида қон босими 150/ 90 мм. сим. гача ошганлиги (тасодиф) аниқланган, сийдик таҳлили нормада бўлган. Ўзини хис қилиши нормал бўлганлиги муносабати билан врачга мурожат қилмаган. Орадан 5 йил ўтгач, бош оғриғи пайдо бўлган. АҚБ 180/110 мм. сим. уст. га кўтарилган. Сийдикнинг айрим таҳлилларида оксил миқдори 0,033% бўлган.

1. Дастлабки ташхис?
2. Ташхисни тасдиқловчи текширишларни тавсия этинг.
3. Даволашни тавсия этинг.

7 – масала

Бемор 18 ёшда, врач кўригида қон босими 170/100 мм. сим. уст. га кўтарилганлиги аниқланган. Касал терапевтик стационарга ётқизилган ва аорта устида систолик шовқин борлиги топилган.

1. Шубҳа қилинаётган ташхис?
2. Даволаш тактикаси

«Кардиомиопатиялар» мавзуси бўйича вазиятли масалалар:

1– масала.

Бемор м., 47 ёш. Охирги 3-4 ой ичида хансираш, юрак уйнаши, жисмоний юкламада юрак соҳасида давомли симмиловчи оғрик безовта қилади. Алкогол истеъмол қилади. Юрак тонлари бўғиқ, чўққида “от дупури” ритми. ЭКГ да ҳилпилловчи аритмия. Кўкрак қафаси рентгенграфиясида кардиомегалия

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?

А. Дилатацион КМП
Б. Ностабил стенокардия
В. Рестриктив КМП
Г. ЮИК: аритмик формаси
Д. Митрал стеноз

2. Информатив текширув усули.

А. ЭхоКГ
Б. ЭКГ
В. Рентгеноскопия грудной клетки
Г. Холтернинг мониторинги
Д. Нэбу бўйича ЭКГ

3. Даволашда қайси дори тавсия қилинмайди?.

А. Нифедипин
Б. Лизиноприл
В. Конкор
Г. Дигоксин

2– масала.

Бемор Н., 20 ёш. Сузиш билан шуғулланади. Тез-тез бош айланиш хуружи безовта қилади. Анамнезида – дадаси ёшлигида тўсатдан ўлган.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз.

- А. ГКМП обструктив форма
- Б. Дилатацион МКП
- В. Рестриктив КМП
- Г. НЦД
- Д. Аорта тешиги стенози

2. Текширувнинг бошланғич режаси.

- А. ЭхоКГ
- Б. ЭКГ
- В. Рентгеноскопия
- Г. Холтер мониторинги
- Д. Нэбу бўйича ЭКГ

3. Сизни тавсиянгиз

- А. Жисмоний юкламани бекор қилиш
- Б. Бета-блокаторлар
- В. Юрак гликозидлари
- Г. АУФ ингибиторлари
- Д. Диуретиклар

3– масала

Бемор 47 ёш, шифохонага охирги ярим йил ичида жисмоний юкламада ўсиб боровчи хансираш безовта қилиб мурожат қилган. объектив: юрак тонлари бўғиқ, юрак чўққисида систолик шовқин ва галоп ритми. Рентгенда – юракнинг чап томонга кенгайиши, ўпка пастки соҳасида веноз димланиш.

1. Сизнинг ташхисингиз.

- А. Юракнинг қўшилган митрал нуқсони
- Б. Дилатацион КМП
- В. Гипертрофик КМП
- Г. Сурункали обструктив бронхит
- Д. Бронхиал астма

2. Информатив текшириш усули:

- А. ЭхоКГ
- Б. ЭКГ
- В. Кўкрак қафаси рентгенографияси
- Г. Холтер мониторинги
- Д. Нэбу бўйича ЭКГ

3. Даволашда қайси препарат ишлатилмайди?:

- А. Бета-блокаторлар
- Б. АУФ ингибитори
- В. Антиагрегантлар
- Г. Глюкокортикогидлар
- Д. Антикоагулянтлар

4– масала

Бемор Р., 55 ёш, ДКМП билан оғрийди, жисмоний юкламада хансирашга, юрак ўйнашига, оёқлардаги шишга шикоят қилади. Даволашда қайси дориларни қўллаш лозим:

- А. АУФ ингибиторлари
- Б. Бета-блокаторлар
- В. Кальций антагонистлари
- Г. Сийдик ҳайдовчилар
- Д. Альфа-блокаторлар

5— масала.

Бемор З. 38 ёш. Шикояти, юракда босувчи оғриқ, оғриқ юрганда ва тинч турганда ҳам бўлади, нитроглицерин кам эффектив. Оғриғи йилда артериал босими ошган. Аб 160/90 мм.сим. уст гача ошган. Кўрикда: тўшни чап қиррасида, III-IV қовурға оралиғида ностабил систолик шовқин эшитилади. Рентгенда: юрак конфигурацияси ўзгаришсиз

- 1. Сизнинг тахминий таъхисингиз
- 2. Текширув режангиз
- 3. Даво

“Инфекцион эндокардит” мавзуси бўйича вазиятли масалалар:

Масала №1.

Бемор 38 ёш. 2 ой аввал тиш олдирган. Охирги 3 ҳафта ичида 38°C дан юқори иситмага, ваража тутишига, юрак соҳасидаги оғриққа, хансираш ва юрак уриб кетишига шикоят қилади. Юз териси оқиш, оёқ ва қўлларида кичик нуқтали тошмалар, юрак ўлчамлари чапга катталашган. АКБ – 110/70 мм.сиб.уст. Пульс минутига 92 та. Боткин нуқтасида диастолик шовқин, жигар +2. Сон артерияси тромбоэмболияси. Қон таҳлилида – анемия, лейкоцитоз, ЭЧТ ошган. Фибриноген 6 ммоль/л. ЭКГда – чап қоринча гипертрофияси белгилари.

- 1.Тахминий диагноз
- 2.Диагнозни тасдиқловчи текшириш усуллари
- 3.Даволаш режаси

Масала №2.

28 ёшли бемор ревматизм ва юрак митрал нуқсони билан хасталанган. 2 ой давомида 38°C дан юқори иситмаси, юрак уриб кетиши, хансираш, терлаш, терисида петихиал геморрагик тошмалар бор. Чўққида I – тон сусайган, дағал систолик шовқин, аортада диастолик шовқин, гепатомегалия, спленомегалия, ЭЧТ 60 мм/соат.

- 1.Тахминий диагноз
- 2.Қайси микроб келтириб чиқарганлигига шубҳа қилиш мумкин?

Масала №3.

Бемор 36 ёшда. абортдан кейин 2 ҳафта давомида субфебрил ҳарорат, холсизлик, бўғимларида оғриқ ва қорин терисида геморрагик тошмалар пайдо бўлди. Ўпкасида везикуляр нафас. ЮКС минутига 100 та, чуққида I – тон сусайган, жигар +1,5 см. қонда яшил стрептококк аниқланган.

- 1.Қайси касаллик ҳақида ўйлаш мумкин?
- 2.Қандай махсус текшириш усуллари зарур?

Масала №4.

Бемор 45 ёшда. Гектик иситма фонида конъюнктивит ва терисида геморрагик тошмалар пайдо бўлди. Юрак чуққисида I – тон сусайган, аорта устида II тон сусайган, Боткин – Эрб нуқтасида диастолик шовқин.

- 1.Сизнинг тахминий диагнозингиз?
- 2.Даво тавсияси.

Масала №5.

Бемор 45 ёшда. Терини қайта ишлаш корхонасида ишлайди. Инфекцион септик эндокардит билан касалланган.

1. Касаллик этиологиясида катта эҳтимолликка эга микробни аниқланг:

1. Бруцелла
2. Вируслар
3. Яшил стрептококк
4. Стафилококк
5. Замбуруглар
2. Текшириш режаси.

Масала №6.

Бемор 38 ёш. 2 ой аввал тиш олдирган. 38°C дан юқори иситмага, ваража тутишига, юрак соҳасидаги оғриққа, ҳансираш ва юрак уриб кетишига шикоят қилади. Юз териси гиперемияланган, юрак ўлчамлари чапга катталашган. Боткин нуқтасида диастолик шовқин, жигар +2. Сон артерияси тромбоэмболияси. Қон таҳлилида – лейкоцитоз, ЭЧТ ошган.

1. Тахминий диагноз
2. Текшириш режаси

Масала №7.

Юрак ревматик нуқсони бор беморда ритм бузилишлари ва юрак етишмовчилиги белгилари йўқ. Тиш олдиргандан сўнг 1 ой мобайнида умумий аҳволи ёмонлашиши, доимий субфибрелитет кузатилмоқда. Озган. Умумий қон таҳлилида ЭЧТ 40 мм/соатгача ошган. Сийдигида кам микдорда протеинурия ва микрогематурия. Аспирин ва ибупрофен билан даволаш самарасиз.

1. Тахминий диагноз
2. Текшириш режаси

Масала №8.

Бемор Ш. 25 ёшда. Митро – аортал юрак нуқсони, компенсация босқичи билан кузатувда. Ярим йил аввал врачлар маслахатида амал қилмай ҳомиладорликни тўхтатмаган. Ҳомиладорлик ва туғриқ асоратсиз ўтган. Лекин бир неча кун ўтгач тана ҳарорати кечалари 38 – 39°C гача кўтарилиши ва ваража тутиши безовта қила бошлади. Етти кунлик антибиотик терапиядан сўнг иситма меъёрлашди, лекин бир неча кундан сўнг симптомлар яна пайдо бўлди. Бир ойдан сўнг бел соҳасида чап томонлама кучли оғриқ, сийдик тутилиши пайдо бўлди.

Объектив кўрганда: тери қопламлари оқиб - сарғиб, Кончаловский белгиси мусбат, юрак чегаралари ўнгдан тўш суягини ўнг қирғоғидан 1,5 см ўнгда, чапдан 4 қовурға оралиғида ўрта ўмров чизигидан 2,5 см чапда. Юрак тонлари ритмик, чўққида ва Боткин – Эрб нуқтасида I – тон сусайган, систолик шовқин қўлтиқ ости соҳасига узатилади, аортада протодиастолик шовқин. Қовурға остидан жигар 1 см, талок 1,5 см чиқиб туради.

Қон таҳлили: анемия, лейкоцитар формула чапга силжиган, ЭЧТ 30 мм/соат.

Сийдик таҳлили: кам микдорда оксил, кўп микдорда эритроцитлар, С-реактив оксил 2+, иситма энг юқори бўлганда олинган гемокультурада стафилококк аниқланган.

1. Сизнинг диагнозингиз?
2. Даво тавсияси.

“Пневмониялар” мавзуси бўйича вазиятли масалалар:

1-масала

Совуқ қотишдан кейин беморнинг тана ҳарорати 39-40°C гача ошди, кўкрак кафасида оғриқ пайдо бўлди. Беморнинг ҳолати мажбурий – оғриқ намоён бўлган томонида, герпес ва юзининг ўнг тарафида кизил доғ пайдо бўлди. Нафас олиш сони 1 дақиқада 28та.

1. Бемор аҳволининг оғирлик даражасини баҳоланг?
2. Сизнинг ташхисингиз.
3. Даволаш тактикаси.

Жавоб: Ўнг ўпканинг лобар пневмонияси, ўртача оғирликда.

Антибиотиклар, муколитиклар, умумий қувватни оширувчилар.

2-масала

Беморда кўкрак қафасининг чап томонида қуруқ ва нам жарангсиз хириллашлар, ўнг томондаги пастки бўлагида нам кичик пуфакчали жарангли хириллашлар эшитилади.

1. Беморда ўнг ўпканинг пастки бўлагида қандай патологик жараён ривожланаяпти?
2. Жарангли нам хириллашлар пайдо бўлиш механизмини айтиб чиқинг.

Жавоб: Беморда ўнг ўпканинг пастки бўлагида яллиғланиш жараёни ривожланаяпти. Жарангли нам хириллашлар пайдо бўлиш механизми.

3-масала

Бўлимга тана ҳарорати баланд, ҳансирашга шикоят қилувчи бемор ётқизилди. Бемор кўригида - цианоз. Бир неча кундан кейин цианоз ва хансираш камайди. Тана ҳарорати ҳар доимгидек баланд. Пальпацияда ўнг ўпка пастки бўлаги устида овоз дириллиши кучайган.

1. Сизнинг ташхисингиз.?
2. Аускультацияда қандай нафас аниқланади?

Жавоб: Ўнг ўпка пастки бўлаги ўчоқли пневмонияси. Аускультацияда везикуляр нафас сусайган.

4-масала

45 ёшли сурункали алкаголизм билан беморда пневмония белгилари: шикоятлари - малина қиёмисимон ёпишқоқ балғамли йўтал, кўкрак қафасида оғриқ мавжуд. Рентгенда чап ўпка бўлаги зарарланганлиги аниқланди.

1. Касалликнинг қўзғатувчисини аниқланг

клебсиелла
микоплазма
пневмококк
замбуруғ
вирус

1) А 2) Б 3) В 4) Г 5) Д

2. Даволашда антибиотикни танланг?

цефалоспоринларнинг I ва II авлоди.

макролидлар

пеницилинлар

замбуруғга қарши препаратлар

интерферон

1) А 2) Б 3) В 4) Г 5) Д

Жавоб: 1. А. 2. А.

5-масала

Жамоа – жамоа бўладиган ташкилотларда учрайди, эпидемик тусга эга, аускультацияда рентген текширувларида ўзгаришлар кам, эритромицин ва тетрациклиндан даволашда самара бор.

1. Касалликнинг қўзғатувчисини аниқланг?

микоплазма

легионелла

замбуруғ

пневмококк

стрептококк

1) А 2) Б 3) В 4) Г 5) Д

Жавоб: А-микоплазма.

**“Нефротик синдром. Буйраклар амилоидози” мавзуси бўйича
вазиятли масалалар:**

1-масала

20 ёшли ўспирин, ўта совқотгандан сўнг юзида, қўл-оёқларида шишлар пайдо бўлиб кўпая бошлаган; ундан ташкари умумий ҳолсизлик, сийдик камайишига шикоят қилади. Турар жойида касалхонада даволанган, лекин самарасиз булган. 2 ойдан сўнг нефрология бўлимига ётқизилган. Беморни кўриқдан ўтказганда териси оқарган, қуруқ. Юзи оёқ-қўллари шишган. Асцит . перкуссияда куракнинг пастки бурчагидан пастда ўпка товуши бўғиқлашган, аускультацияда шу зонада нафас олиш кучсизлашган. Юрак тонлари бўғиқлашган. АҚБ 90/60 мм.с.м.уст. Суткалик протеинурия 6 гр.

1. Дастлабки ташхисни шакллантиринг
2. Кўшимча текшириш усуллари
3. Патогенетик даволаш ва пархез

Жавоби: 1. Сурункали гломерулонефрит. Нефротик шакли.

Қоннинг ва сийдикнинг умумий таҳлили, умумий оқсил ва унинг фракциялари, холестерин, бета-липопротеидлар, қон коагулограммаси, буракни УТТ, кўкрак рентгеноскопияси, буйрак биопсияси. Кортикостероидлар, антикоагулянтлар, антиагрегантлар. Пархез 7-стол

2-масала

38 ёшли бемор (арман) ўспиринлик давридан бошлаб вақти – вақти билан қорнида оғриқ ва бир вақтнинг ўзида ҳарорати кўтарилади. Оғриқ бир суткадан кейин мустақил равишда ўтиб кетади. Охириги йилда сийдик таҳлилида протеинурия 3,3 г/л гача кузатилди. Беморнинг отаси буйрак касаллигидан вафот этган.

А. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

1. Сурункали гломерулонефрит.
2. Амилоидоз касаллигининг даврий ривожланиши билан.
3. Ним ўткир гломерулонефрит.
4. Сурункали пиелонефрит.

Б. Даволаш.

Жавоб: А – 2, Б – колхицин

3-масала

62 ёшли беморни 5 йил олдин гипофиз ўсмаси олиб ташланган эди. Ярим йил олдин сийдикда 0,9 г/л протеинурия аниқланган. Кейинчалик юзида ва қўл – оёқларида шишлар пайдо бўлган. Суткалик протеинурия – 6 гр. Қоннинг умумий оқсили – 50 г/л; холестерин 8 г/л.

Қайси бир тахмин тўғри?

А. Касалда НС.

Б. Беморда ўткир ГН.

В. Онкологик касалликни аниқлаш учун (ўсма қайталанишини) текширишни давом эттириш зарур.

Г. Преднизолон ва циклофосфан билан даволашни тезда бошлаш керак.

Жавоб: А, Б.

4-масала

Бемор М 45 ёшда. Бронхоэктатик касаллиги билан огриган юзида, белида, оёғида шишлар пайдо бўлиб, диурези камайиб кетган. Текширилганда қондаги гемоглабин микдори 8 г/л, ЭҚТ – 60 мм/с. Сийдик таҳлилида протеинурия 6,6 г/л, сийдик чукмасида 1 – 2 та эритроцитлар, донатор цилиндрлар мавжуд.

А. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

Б. Ташхисни тасдиқловчи текшириш усули.

В. Даволаш.

Жавоб: А. Иккиламчи буйрак амилоидози, бронхоэктатик касаллик асорати.

Б. Буйрак, тўғри ичак, милк шиллик кавати биопсияси.

В. Диуретиклар, делагил, унитиол, хом жигар.

5-масала

Бемор А. 42 ёшда, 18- ёшдан бошлаб 1 типдаги қандли диабет билан оғрийди, инсулин билан даволанади. 2-йилдан бери АКБ оша бошлади ва юзида, оёқларида шиш пайдо бўлди. Сийдигида 3.3 г/л. Протеинурия аниқланди. Қонидаги умумий оқсил – 50 г/л., холестерин – 9 г/л., мочевино – 12 ммоль/л., креатинин – 0.3 ммоль/л.

А. Клиник ташхисни шакллантиринг

Б. Даволаш

Жавоби: А. Биринчи типдаги қандли диабет, оғриқ кечуви. Асорати: диабетик нефропатия V.

САГ, СБЕ, интермиттирли боскич

Б. Парҳез 7- стол, фуросемид, курантил, реополиглюкин, эналаприл

6-масала

Бемор Е. 56-ёшда. Шикоятлари: қўл ва оёқларидаги шишларига, вакти-вакти билан ҳарсиллашга, юрак ўйнашига, бармоқ, тизза, болдир – товон бўғимларидаги оғриқларга никтурияга. Анамнезида 20-йилдан ошиқроқ даврда ревматоид артрит билан касалланган. Суткасида 30 мг преднизолон қабул қилади. Сийдикнинг умумий тахлилида суткалик диурез 1600 мл. унинг нисбий зичлиги 1008, оқсил 2,8 г/л., лейкоцитлар – 4-7, эритроцитлар 4-5 та (1-қуриш майдонида). УКА: нормахромли анемия, ЭЧТ-30 мм/с. Қондаги қанд миқдори – 4,2 ммоль/л. Креатинин – 0.088 ммоль/л, мочевино – 6.5 ммоль/л. Тимол синамаси 6 ХБ. Холестерин – 6,8 ммоль/л., умумий оқсил – 53 г/л.

1. Сизнинг дастлабки ташхисингиз

2. Қандай қўшимча текширишлар зарур

3. Буйракни шикастланганлигини эътиборга олган ҳолда РА ни даволашни коррекция қилинг

Жавоби: 1. Беморда иккиламчи буйрак амилоидозини ривожланиши натижасида НС юзага келган, бунинг сабабчиси узоқ вақт давомида сурункали ялликланиш жараёнини мавжудлиги, яъни РА.

2. Инструментал текшириш усулларида (УЗТ, экскреторли урография, ренография) ташкари амилоидоз ташхисини тасдиқлаш учун буйрак биопсияси, ёки тўғри-ичак ва милк шиллик кавати биопсияси.

3. ГКС препаратларини ичишни тўхтатиш зарур, чунки улар амилоидозни ривожланишини тезлаштиради ва уларни инъекция ёрдамида беришга ўтишлик лозим. Амилоидознинг ривожланишида секинлаштириш мақсадида колхицин, цитостатиклар аминоксинолин препаратлари, унитиол каби препаратлар тавсия этилади.

“СУРУНКАЛИ БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ” мавзуси бўйича

Вазиятли масалалар:

1-масала

48 ёшли беморда 3 йил аввал артериал гипертензия аниқланганди.

Текширишлар мобайнида сурункали гломерулонефрит асорати: СБЕ, компенсация босқичи ташхиси қўйилди. Обьектив: тери қатламлари рангкор қуруқ, ЮҚС 60 мартта минутига, А/Б 200/100 мм с. уст, II тон аортада зарбли.

Артериал гипертензияни кўрсатилган қуйидаги препаратлардан қайсилари билан даволаш мумкин?

А. Атенолол

Б. верапамил

В. клофелин

Г. триампур

Д. эналаприл

Жавоб:эналаприл, буйрак ичи гемодинамикасини яхшилаиди..

2-масала

40 ёшли бемор бош оғриғи, умумий холсизланиш, баъзида кўнгил айнаш, қайт қилишга шикоят қилмоқда. 17 ёшида ангинадан сўнг сийдигида ўзгариш бўлганлиги ва артериал босими ошганлиги учун стационарда даволанган.

Тузалиб чиқач, шифокорларга бошқа мурожат қилмаган.

Текширишлар мобайнида куйидагилар аниқланди: қонда мочевино 28 ммоль/лин, креатинин – 0,4 ммоль/лин, умумий сийдик: оксил 0,66 г/л, эритроцитлар 2 – 4 та бир кўриш майдонида. УҚТ гемоглабин – 88 г/л, эр 2,3 млн, лейкоцитлар – 7 мингта, ЭЧТ – 10 мм\с.

1)17 ёшда беморда қайси касаллик бўлган.

2)Ташхисни шакллантиринг.

3) Реберг синамаси ва буйраклар УТТ ида қанақа ўзгаришларни кутмоқдасиз?

4) Даволашни тавсия этинг

Жавоб:17 ёшида беморда ўткир гломерулонефрит бўлган.

2.Сурункали гломерулонефрит декомпенсация босқичи.СБЕ терминал босқич.

3.Реберг синамасида-КФ-10 мл/мин.Р-95%

4.Гемодиализ тавсия этилади.

3-масала

45 ёшли бемор аёл клиникага тез – тез сийиш, эт увишиш, бўшашиш, кўнгил айнаш шикоятлари билан келтирилди. Бир неча йилдан буён бемор. Анамнезида цистит.

Кўрикдан ўтказганда: умумий ахволи ўртача оғирликда, тери қатламлари рангпар ва қуруқ. А\Б 150\100 мм с. уст .УСТ. – протеинурия 0,99 – г/л, лейкоцитлар – 15 – 20 – 30 та кўриш майдонида, эритроцитлар – 1 – 2 та кўриш майдонида, сийдик эқилганда топилган микроларга сифлокс ва эритромицинга сезгир, қонда мочевино 12 ммоль/лин креатинин – 0,3 ммоль/л

1)Ташхисни шакллаштиринг

2)Буйраклар УТТ ида нималар кузатилади?

3) Қанақа функционал текширишлар ўтказиш керак ва улардан кутиладиган натижалар?

4)Даволаш

1.Сурункали пиелонефрит актив яллиғланиш даври.

2.Буйраклар УТТ-контурлари нотекис.Бжт деформация, бужмайишга мойиллик.

3.Реберг синамаси: КФ-35 мл/мин,реабсорбция-97%,Зимницкий синамас-изостенурия.

4.Микрофлорага кўра антибиотик танланади.Диета-ош тузи ва оксил чекланади.Микроциркуляцияни яхшиловчилар ва глюкоза.

4-масала

28 ёшли бемор аёл клиникага бўғимларда оғрик, йўтал, гохида ҳароратнинг кўтарилиши, хансираш, соч тўқилиши каби шикоятлар билан келтирилган.

Бир неча йиллардан буён бемор, касаллик туғриқдан кейин бошланган, 2 та таблетка преднизолон қабул қилади. Ахволининг ёмонлашувини ўтказган шамоллаш билан боғлайди.

Объектив: ахволи оғир, нафас сони минутига 24 та, юз ва қўлларида эритемасимон доғлар, аллопеция , ЮҚС 100 та, юрак тонлари бўғиқлашган, юрак чўққисида систолик шовқин, бўғимларда ҳаракат оғриқли ўпканинг орқа-пастки бўлақларида ўпка товуши бўғиқлашган, нафас сусайган.

УСТ: протеинурия – 3,3 г/л, эритроцитлар-4-6 та, цилиндрлар гиалинли ва донатор- 1 та кўриш майдонида.

УҚТ: гемоглобин-70 г/л, эритроцитлар- 2,5 млн, ЭИТ – 40 мм/с, қонда мочевино-20 ммоль/л, креатинин-0,5 ммоль/л.

1) Ташхисни шакллантиринг.

2) Қўшимча текшириш усуллари.

3) Даволаш.

Жавоб: 1. СКЮ, ним ўткир даври, фаол даври

(люпус нефрит, полиартрит, дерматит, аллопеция, пневмонит), асорати: СБЕ.

2. "бўрисимон" хужайраларга қонни текшириш, ўткир синамалар, буйраклар УТТ, рентген, ЭКГ. Антинуклеар омил, Т ва В лимфоцитларни аниқлаш.

3. ГКС, АК, ААГ, темир препаратлари, 5%ли глюкоза, натрий бикарбонат.

5-масала

40 ёшли бемор аёл 20 йилдан буён қандли диабетнинг оғир шакли билан оғрийди, инсулин қабул қилади. 5 йил илгари сийдик тхилида ўзгаришлар аниқланган.

Охирги 2 йилдан буён А/Б нинг ошиши кузатилиб, оёқлар ва юзда шиш пайдо бўлган.

Объектив: умумий аҳволи оғир, тери қатламлари рангпар, лабларида цианоз, нафас олиш сони 22 та минутига, А/Б 200/110 мм с. уст, юрак тонлари бўғиқлашган, II тон аортада зарбли, жигар қовурға ёйидан 3-4 см ташқарида.

УҚТ- эритроцитлар 2,3 млн, гемоглобин 70г/л, лейкоцитлар- 6 минг, ЭКГ- 10 мм/с қонда қанд- 5,6 ммоль/л, мочевино -16 ммоль/л, креатинин -0,3 ммоль/л, кўз тубида –ретинопатия.

ЭКГ амма- чап қоринча гипертрофияси.

1) Қўшимча текшириш усуллари.

2) Сизнинг ташхисингиз.

3) Даволаш.

Жавоб: 1. Электролитлар, КИМ, Реберг синамаси, Буйраклар УТТ ва изотоп ренография.

2. Қандли диабет, I тип, оғир кечувчи, асорати: Диабетик нефропатия, СБЕ интермиттирловчи босқич. САГ.

3. Оксилни чеклаш, эналаприл, фуросемид, трентал, натрий бикарбонат в/и

НОСПЕЦИФИК ЯРАЛИ КОЛИТ ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР:

1-МАСАЛА

30 ёшли бемор бўлимга қуйидаги шикоятлар, яъни, суткасига 10 мартагача ич кетиши, унинг баъзан қон аралаш бўлиши, ҳароратнинг кўгарилиши, умумий ҳолсизланиш, чез чарчаш кабилар билан ётқизилди. Анамнезидан, бир неча йилдан буён оғриши, глюкокортикоидлар қабул қилганлиги аниқланди. Объектив: қорни шишганроқ, сигмасимон ичак соҳасида оғриқ сезади.

1. Сизнинг ташхисингиз?

2. Қайси касалликлар билан қиёсий таққослаш мумкин?

3. НЯК, оғир даражали.

4. Крон касаллиги, дизентерия ва б.

2-МАСАЛА

50 ёшли бемор 5 йилдан буён бемор бўлиб, уни кейинги пайтда суткасига 7—8 мартагача, қон аралаш ич келиши хуружсимон қоринда оғриқлар, ҳароратнинг 37,5—38С гача кутарилиши, бўғимларда оғриқ безовта қилмоқда. Тахлилларда ифодаланган анемия, ЭЧТ ошган, диспротеинемия. Объектив: чап болдирнинг терисида тугунсимон эритема, пайпаслаганда сигмасимон ичак соҳасида оғриқ, тахикардия аниқланган.

1. Касалликнинг оғирлик даражасини аниқланг.

2. Даволаш режасини тузинг.

3. НЯК, оғир даражали.

4. Базис терапия, диареяга қарши ва дезинтоксикацион терапия.

3-МАСАЛА

18 ёшли бемор 3 ҳафтадан бери қорнида оғриқ сезади, бир кунда 2—3 мартагача ичи суюқ кетади, ич кетиш баъзан қон ва шилимшиқ аралаш кетади. Левомецетин билан даволанишдан унча фonda бўлмай, терисига геморрагик тошма тошган. Объектив: пайпаслаб кўрилганда йўғон ичагида бир оз оғриқ сезади, бошқа аъзоларида ўзгариш аниқланмади.

1. Беморда қандай касаллик бор деб ўйлаш мумкин?

2. Текшириш режасини тузинг.
3. Носпецифик яралли колит.
4. УҚТ, УАТ, ҚБТ, ректораманоскопия.

4-МАСАЛА

37 ёшли бемор касалхонага қоринда хуружсимон оғри, оғриқнинг ҳолатига кучайиши 8—10 мартагача қон аралаш ич кетиши, иштаҳанинг йўқолишига, бош оғриғи, бош айланиши, бўғимларда оғриқ, кечкурунлари субфебрил температурага, умумий ҳолсизланишга, вазнини сезиларли йўқотаётганлигига шикоят қилиб тушди. Анамнезидан, ярим йилдан буён бемор, касаллигини ҳеч нима билан боғлай олмайди. Объектив: умумий аҳволи ўртача оғирликда, териси куруқ, қорин пайпаслаганда йўғон ичак соҳасида кўпроқ чап ёнбош қисмда оғриқ сезади.

1. Ташхисингиз?
2. Даволаш режасини тузинг.
3. НЯҚ, оғир даражали, максимал активликда.
4. УҚТ, УАТ, ҚБТ, ректораманоскопия.

“Жигар циррози. Жигар етишмовчилиги” мавзуси бўйича вазиратли масалалар:

1-масала:

26 ёшли бемор бир неча ҳафтадан бери қорни катталашаётганлигидан, оёқларида шиш ва ўнг қовурғи остида оғриқ пайдо бўлганлигидан шикоят қилади.

Бир неча йил илгари сил касалликлари диспансерида сил касаллиги бўйича даволанган. Фтивазид, ПАСК, рифампицин билан даволанган. Объектив: қоринда асцит ва оёқларида шиш бор, жигари 4 см. катталашган, пайпаслаб қўрилганда қаттиқ ва бир оз оғриқли. Эшитиб қўрилганда, юрак тонлари бўғиқ. Шифокорлар ҳар хил ташхис қўйишмоқда.

1. Қуйидаги ташхиснинг қайси бирини тўғри деб ҳисоблайсиз?
 - а) жигар раки
 - б) жигар сили
 - в) силга қарши дорилар таъсиридан келиб чиққан жигар циррози
 - г) констриктив перикардит.
2. Текшириш режасини тузинг.

Жавоб: В-. силга қарши дорилар таъсиридан келиб чиққан жигар циррози.

2. УҚТ, УСТ, қонни биохимик текшириш, қорин бўшлиғи органлари УТТи, ЭФГДС.

2-масала

43 ёшли беморнинг шикоятлари ўнг қовурғи остида оғриқ, унинг ёғли овқатдан сўнг кучайиши, иштаҳанинг камайиши, қориннинг дам бўлиши, кўнгил айланиши, асабийлашиш, иш қобилиятининг пасайиши, умумий ҳолсизлик безовта қилмоқда.

Анамнезида: вирусли гепатитнинг В турини ўтказган, тез-тез асабийлашиб, физик зўриқиш билан ишлайди. Объектив: умумий аҳволи ўртача оғирликда. склералари субиктерик, тили “малинасимон”, ялтироқ, жигари катталашган, таҳлилларда: УҚТ-лейкоцитлар-10000, ЭЧТ-26 мм/с, тимол синамасы- 9 б, умумий билирубин-32 мкмоль/л.

1. Сизнинг ташхисингиз?
2. Қўшимча текшириш режасини тузинг.
3. Даволашни тавсия этинг.

Жавоб: 1. Жигар циррози, вирус этиологияли.

2. УСТ, қон зардобиди АЛТ, АСТ, иммунологик текширув, қорин бўшлиғи органлари УТТи, ЭФГДС.

3. Пассив интерферонизация (альфа2-интерферон 1 млн ХБ 10-15 кун, м/о.га)
Актив интерферонизация ва иммуномодуляция (тималин, Т-активин).

Гепатопротекторлар, холестази бўлмаса, эссенциале вена ичига ва перорал.

Пешоб ҳайдовчилар.
Витаминлар.
Дезинтоксикацион таъсирга эга препаратлар (орнецил).

3-масала

Бемор 58 ёшда, узоқ вақтдан бери алкагол қабул қилади. Охириги пайтда қориннинг катталашини ва дамлашини сеза бошлади.

Объетив: териси сарғайган, жигари ва талоғи бироз катталашган. Таҳлилларда-АЛТ-2,5 ммоль, АСТ-1,3 ммоль., этанол мусбат.

1. Беморда жигар циррозининг қайси тури мавжуд?
2. Қайси текшириш усуллари қўшимча тавсия этасиз?

Жавоб: 1.Алкагол этиологияли.

- 2.УҚТ, қонни биохимик текширувни кенгайтириш, қорин бўшлиғи органлари УТТи, ЭФГДС.

ВАСКУЛИТЛАР мавзуси:

1- масала

Бемор С. 40 ёш, шифохонага узоқ вақтдан буён антибиотик терапия фониди давом этаётган иситмалаш, оғир артериал гипертония, полинейропатияга шикоятлар билан мурожат қилган. Бир ойда 10 кг га озиган.

Саволлар:

1. Сизнинг дастлабки таъхисингиз?
2. Таъхисни тасдиқловчи текширув?
3. Даволаш тактиканингиз?

Жавоблар:Тугунли периартериит, САГ, полинейропатия (буйрак – полиневритик вариант)

Мушак-тери лахтаги биопсияси

Преднизолон, азатиоприн, курантил, гепарин.

2- масала

Бемор К. 30 ёш, шифохонага кучли совуккотишдан сўнг қўл-оёққа тугунли тошмалар тошиши, мушак-бўғимларда оғрик, иситмага шикоят қилиб келган. 3 ойда 10 кг га озиган.

Умумий қон анализиди: анемия, лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши. Тери ости тугунлари гистологик текширилганда ўрта калибмли артерияларда деструктив-продуктив панваскулит аниқланган.

Саволлар:

1. Сизнинг дастлабки таъхисингиз:

А. Носпецифик аортоартериит

Б. Тугунли периартериит

В. Вегенер гранулёматози

Г. Хортон касаллиги

Д. Тугунли эритема

2. Даволаш:

А. Сульфасалазин

Б. Юкори дозада пенициллин

В. Индометацин

Г. Преднизолон

Жавоблар: 1Б, 2Г.

3-масала

Бемор А. 34 ёш, шифохонага умумий холсизлик, мушак ва бўғимларда оғрик, тана ҳароратининг 38⁰С га кўтарилиши, жуда озиб кетишга шикоят қилиб келган. АБ 200/110 мм.сим.уст. Қўлларда томир йуналиши бўйича майда тугунлар пайпасланади. Умумий қон анализиди: лейкоцитоз, ЭЧТ 50 мм/соат. Умумий сийдик анализи: оксил 0,5 г/сут.

Саволлар:

1. Сизнинг дастлабки таъхисингиз?
2. Сиз тери-мушак лахтаги биопсиясидан қандай жавоб кутаяпсиз?

3. Қандай даво тавсия киласиз?

Тугунли периартериит, буйрак-полиневритик варианты.

Жавоблар:Биоптатда – продуктив васкулит.

Цитостатиклар, кортикостероидлар, антикоагулянт ва антиагрегантлар.

4- масала

Бемор Т. Касаллик 36 ёшда бошланган, йирик бўғимларда оғрик, субфебрил тана ҳарорати, ЭЧТ 38 мм/соатга ошган. Беморга «ревматизм» ташхиси қўйилиб, пенициллин билан даволанган. 6 ойдан сўнг холсизлик, бош айланиш, кўнгил айланиши, бош оғриғи, кўриш ўткирлигининг пасайиши безовта қилган. Чап билак артериясида пульс сусайган, АБ ошган. Объектив кўрикда: бемор аҳволи нисбатан қониқарли, бўғимларда ўзгариш йўқ, юрак чап чегараси lin.claviculamedialis га тўғри келади, юракни ҳамма эшитиш нуқталарида, бўйин томирида, қорин аортасида систолик шовқин эшитилади. Ўнг қўлда АБ 230/130 мм.сим.уст., чап қўлда 150/80 мм.сим.уст., оёқларда 220/110 мм.сим.уст. УҚТ: гемоглобин 14 г/л, ЭЧТ 32мм/соат.

Саволлар:

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?

А. Облитерацияловчи тромбоангиит

Б. Носпецифик аортоартериит

В. Тугунли периартериит

Г. Вегенер гранулёматози

Д. Тугунли эритема

2. Ташхисни тасдиқлаш учун яна қандай қўшимча текширув методларини ўтказиш лозим?

А. аортаграфик текширув

Б. ЭКГ

В. компьютер томография

Г. УТТ

Жавоблар:

1Б, 2А.

“ПОДАГРА” мавзуси бўйича вазиятли масалалар

1-Масала.

Бемор 52 ёшда, шикоятлари: оёқда I бош бармок соҳасида, тизза бугимида кучли оғрик, ҳароратнинг кутарилиши, терлаш. Анамнездан: бемор алкоголь ва гуштли овкатларни суистеъмол қилади. Объектив оёқ панжаси бош бармок бўғимлари шишган, териси кизарган, кукимтиррок аралаш, пайпасланганда зарарланган соҳада кучли оғрик сезади, тизза бўғимлари бир оз шишган, ҳаракат пайтида оғриқли.

1. Ташхис?

2. Текшириш режаси.

2-Масала.

45 ёшли бемор, оёқ ва қўл кафти бармоқларида, тизза бўғимларида оғриққа ва унинг кечкурунлари кучайишига, А/Б нинг ошишига, бош оғриши, бош айланиши, бел соҳасида симилловчи оғриққа, оғиз қуришига шикоят қилмоқда. Объектив: бемор вазни ошган, тирсак бўғимлари, қўлок супраси атрофидаги тери остида турли улчамдаги тофуслар мавжуд, юракнинг нисбий чегаралари чапга силжиган.

1. Ташхис?

2. Текшириш режаси.

3-Масала.

48 ёшли бемор, банкетдаги зиёфатдан сўнг тунда оёқ кафти бармоқларидаги кучли оғриқдан уйғониб кетди, тана ҳарорати 39 градусгача кўтарилди. Анамнездан: қизил вино, шоколадга ўч.

Объектив: умумий ахволи ўртача оғирликда, оёқ кафти териси атрофи қизарган, пайпасланганда шу соҳада оғриқ сезади.

1. Ташхис?
2. Текшириш режаси ва даволаш.

4-Масала.

35 ёшли бемор, касалхонага ўнг тизза, болдир-товон бўғимларида оғриқ ва уни куннинг иккинчи ярми ва тунда кучайишига, баъзида белда симилловчи оғриққа шикоят қилиб тушди. Анамнезидан: 7 йилдан буён бемор, касби паст ҳарорат ва сув билан боглик, охирги икки йилдан буён қон босими ошмоқда. Текширувларда: УКТ – лейкоцитлар $10,2 \cdot 10^9$ г/л; ЭЧТ-45 мм/с; УСТ – оксил изи, лейкоцитлар 10-15 та қуриш майдонида, КБТ – сийдик кислотаси 0,54 ммоль/л; Радиоизотоп рентгенография – буйраклар функцияси бузилган; Рентгенда – бугим оралиги торайган.

1. Ташхис?
2. Даволаш.

Амалий машғулотлар бўйича вазиятли масалалар:

Топширик № 1.

40ёшли бемор, узоқ вақтдан буён бронхоэктатик касаллик билан оғриб юрган беморда: диурез камайиши, оёқларда, бел соҳасида ва юзида шиш пайдо бўлди.

Объектив: тери қопламлари рангпар, бутун танасида «юмшоқ» шишлар. А/Б 120/70 мм сим уст. Умумий сийдик анализиди: оксил 6.6 г/л, микрогематурия, цилиндрурия.

Умумий қон таҳлили: гемоглобин 90 г/л, лейкоцит-8000, ЭЧТ 45 мм/с, холестерин 7.5 ммоль/л, мочевино 6.5 ммоль/л, креатинин 0.12 ммоль/л.

1. Беморда қандай асорат юзага келган?
2. Диагнозни тасдиқловчи қўшимча текширув усуллари айтинг.
3. Клиник ташхис қўйинг
4. Даволаш.

№	ЖАВОБЛАР	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон-сиз жавоб
1.	Буйрак амилоидози. Нефротик синдром	30	20-30	5-19	0-4
2.	Буйрак, тўғри ичак ёкки шиллик каватидан биопсия	20	10-20	5-9	0-4
3.	Асос: Бронхоэктатик касаллик Асор: Иккиламчи буйрак амилоидози нефротик синдром	30	20-30	5-19	0-4
4.	Асосий касалликни дволаш. Делагил, хом жигар, унитиол, диуретиклар	20	10-20	5-9	0-4

Топширик №2.

42 ёшли бемор. Қандли диабет I тип билан 15 йилдан буён оғрийди. Ҳар куни 60 ЕД инсулин олади. 2 йилдан буён А/Б ошиши кузатилади: 180/100 мм сим уст гача. 6 ой олдин оёқларда шиш пайдо бўлди, шишлар бутун танасига тарқала бошлади, ҳансираш, оғиз қуриши, кўнгил айнаши пайдо бўлди, диурез кескин камайди.

Текширувда: умумий сийдик таҳлилида оксил 9.9 г/л.

Қон таҳлилида: умумий оксил 50 г/л, холестерин 10 ммоль/л,

Коптокчалар филтрацияси 35 мл/мин. Мочевина 12 ммоль/л, креатинин 0.3 ммоль/л.

1. Беморда қандай асорат юзага келган?
2. Клиник ташхис қўйинг
3. Даволаш.

№	ЖАВОБЛАР	Макс.	Тўлиқ	Нотўлиқ	Қон-
---	----------	-------	-------	---------	------

		балл	жавоб	жавоб	сиз жавоб
1.	Диабетик нефропатия. Нефротик синдром. Сурункали буйрак етишмовчилиги	40	30-40	5-29	0-4
2.	Асос: Кандли диабет I типа. Асор: Диабетик нефропатия 5.Нефротический синдром. СБЕ интермиттирловчи боскич.	20	10-20	5-9	0-4
3.	Асосий касалликни даволаш, инсулин дозасини коррекция қилиш. Диуретиклар: фуросемид, АЎФ ингибиторлари, Реополиглюкин, трентал.	40	30-40	5-29	0-4

Топширик № 3.

20 ёшли ўспирин совукда колгандан сўнг: юзида, қўл-оёқларида шиш пайдо булганлигини, умумий холсизлик ва диурез камайганлигини таъкидлади. Яшаш жойида стационар даволанган, эффект бўлмагач, 2 ойдан сўнг нефрология булимига етказилган.

Объектив: тери копламлари рангпар, куруқ. Юзида ва қўл оёқларида шиш, асцит аниқланади. Ўпка перкуссиясида курак киррасидан пастда перкутор товуш бўғиқ, аускультацияда шу соҳада нафас кескин сусайган. Юрак тонлари бўғиқ ритмик. А/Б 90/60 мм сим уст. Суткалик протеинурия 6.0 г/л.

1. Дастлабки ташхис қўйинг.
2. Қандай қўшимча текширув керак
3. Диета ва патогенетик даवони тавсия қилинг.

№	ЖАВОБЛАР	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон- сиз жавоб
1.	Сурункали гломерулонефрит нефротик шакли.	40	30-40	5-29	0-4
2.	Ум. қон ва сийдик тахлили, ум. оксил ва оксил фракцияси, холестерин, бета-липопротеидлар, Коагулограмма. УТТ буйрак, Рентгенография кўкрак қафаси. Буйрак биопсия.	30	20-30	5-19	0-4
3.	Стол № 7. кортикостероидлар, цитостатик, антикоагулянт ва антиагрегантлар.	30	20-30	5-19	0-4

Топширик № 4.

35 ёшли бемор қўл бармоқлари увишиши ва музлашига, қўл оёқ бўғимларида оғриқ, овқат ютиш бузилганлиги, оғиз атрофида тортишиш ҳисси, куруқ йўталга шикоят қилади. Ўзини 2 йилдан буён касал ҳисоблайди: касаллик бўғимларда оғриқ, қўл увишиши ва музлашишидан бошланган. 1 йил олдин юз терисида ўзгариш ва овқат ютиш бузилиши пайдо бўлган.

Объектив: юзи «ниқоб» симон, «кисет» белгиси, оёқ қўлларда зич шиш. Юрак тонлари бўғиқ, А/Б 150/100 мм сим уст. Ўпкада везикуляр нафас, орқа пастки соҳаларда нафас сусайган.

Умумий қон анализиди: анемия, ЭЧТ ошган.

Рентгенографияда: базал пневмосклероз аниқланади.

1. Қандай 2 та текширув диагноз қуйишга имкон беради?
2. Клиник диагноз қўйинг
3. Қандай препаратлар фиброз авж олишини тўхтатади?

№	ЖАВОБЛАР	Макс. Балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон- сиз жавоб
1.	«Склеродермик» аутоантителаларни аниқлаш, ЭФГДС	30	20-30	5-19	0-4

2.	Системали склеродермия, Ўткир ости кечиши (дерматит, эзофагит, Рейно синдроми, пневмонит)	40	30-40	5-29	0-4
3.	Д-пеницилламин, колхицин	30	20-30	5-19	0-4

Топширик №5.

60 ёшли бемор аёл қўл-оёқ мускулларда оғриқ ва қувватсизликка, тана ҳароратини ошишига, артрологияга шикоят қилди. Кўрик махали мускуллар катта ҳажмли, оғриқли. Юз ва бўйин сохаларида эритиматоз ўзгаришлар, параорбитал шиши аниқланди. Бемор қўлини ва оёғини кўтара олмайди.

1. Дастлабки ташхис.
2. Ташхисни тасдиқловчи текширув усули.
3. Даволаш.

№	ЖАВОБЛАР	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон-сиз жавоб
1.	Бирламчи дерматомиозит, ўсма табиатли эканини инкор этиш керак.	30	20-30	5-19	0-4
2.	Мушак биопсияси.	30	20-30	5-19	0-4
3.	Преднизолон суткасига 60-80 мг кам эмас	20	10-20	5-9	0-4

Топширик № 6.

45 ёшли эркак касби ошпаз. 1 кафт-фаланга бўғими, тизза, қўл проксимал ва дистал фалангалараро бўғимларида оғриқка шикоят қилди. Оғриқ ўткир бошланди. Кўпроқ тунда алкагол ёки кўп гўшт егандан сўнг ўзини 5й-дан буён касал ҳисоблайди. 3-йил олдин кучли оғриқдан сўнг сийдикда майда тошчалар аниқланган. Онасини ҳам худди шу бўғимлар оғриши безовта қилган.

1. Тўғри ташхис қўйинг
2. Тахминий ташхис
3. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай текширув қилиш керак ?
4. Даволаш тактикаси

№	ЖАВОБЛАР	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон-сиз жавоб
1.	Подагра. Подагрик полиартрит Буйрак-тош касаллиги.	30	20-30	5-19	0-4
2.	Қонда ва суткалик сийдикда сийдик кислота тузлари микдорини аниқлаш. Бўғимлар ва буйрак рентгенографияси,. буйраклар УТТ.	30	20-30	5-19	0-4
3.	Пархез, пуринни чегаралаш. Кўп микдорда ишкорий овкатлар. Аллопуринол. НЯҚП	40	30-40	5-29	0-4

Топширик № 7

22 ёшли талаба тизза бўғимлари, чап болдир-товон бўғими,. оёқ катта бармоқлар бўғимларда, чап думба соҳасида оғриқ, кўз ачишиши,. кўз намланиши безовта қилади. Сийганда кучсиз ачишиш бор. 2 ойдан буён касал. Жинсий алоқалари тартибсиз. Кўрикда ички азолар томондан ўзгаришлар йўқ. Тана ҳарорати 37.7С Чап ахил бойлам товонга бирикма соҳасида шиш бор. Окулист «Конъюнктивит» ташхис қўйган.

ОАК: лейкоцитоз, ЭЧТ – 54 мм/с. Уретрадан суртма гококок аниқланмади

1. Қайси текширув энг юкори маълумот беради?.
2. Ташхис.
3. Даволаш режаси

№	ЖАВОБЛАР	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон-сиз
---	----------	------------	-------------	---------------	---------

					жавоб
1.	Уретра суртмасини хламидияга текшириш.	30	20-30	5-19	0-4
2.	Реактив артрит. Рейтер синдроми.	30	20-30	5-19	0-4
3.	Антибиотиклар тетрациклин катори, азитромицин, фторхинолонлар НПВС	40	30-40	5-29	0-4

Топширик № 8.

33 ли эркак умуртқа поғонасининг бўйин-кўкрак ва бел соҳасида қотиб қолиш, ёнбошда кечаси оғриқларни кучайишига шикоят қилмоқда. Бемор ўзини 5 йилдан бери касал ҳисоблайди. Доимо индометацин қабул қилиб юради.

Объектив: бўйин умуртқаси кифоз, «тиланчи ҳолатида», паравертебрал мушаклари таранг.

Периферик бўғимлар ўзгармаган. Қон таҳлилида ЭЧТ – 38 мм/с.

1. Ташхисни қўйиш учун қайси текширув қилиш керак ?
2. Ушбу текширувдан сиз қандай натижа кутмоқдасиз?
3. Клиник ташхис қўйинг
4. Даволашни белгиланг

№	ЖАВОБЛАР	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон-сиз жавоб
1.	Чанок рентгенограммаси	20	10-20	5-9	0-4
2.	Икки томонлама сакроилеит	30	20-30	5-19	0-4
3.	Бехтерев касаллиги, марказий форма	20	10-20	5-9	0-4
4.	Индометацин узоқ вақт. ДФК, массаж белга, чўмилиш .	30	20-30	5-19	0-4

Топширик № 9.

Бемор 38 ёш. Кўп маротаба шиллиқ, йирингли, қон аралаш ич кетишига, чакирик бўлаверишига, қорин оғриқ, озиб кетиш, тана ҳароратини 38 га кўтарилишига шикоят қилмоқда. Бемор 1 йилдан бери касал. Тили малина рангида, ёриқлар бор. Корни юмшоқ, йўғон ичак бўйлаб оғриқли. Жигар пайпасланмайди. Шишлар йўқ.. Ректорамоноскопияда ичак деворлари инфильтрацияланган, қон-талаш, шиллиқ-йирингли яралар бор.

1. Тахминий ташхис қўйинг.
2. Қайси касаллик билан фарқлаш лозим?
3. Мазкур касалликда қўлланиладиган базис препаратларни айтинг.

№	ЖАВОБЛАР	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон-сиз Жавоб
1.	Носпецифик яралли колит, урта оғир даража, фаоллиги 2	30	20-30	5-19	0-4
2.	Дизентерия, амебиаз, Крон касаллиги	30	20-30	5-19	0-4
3.	Сульфасалазин, преднизолон, азатиоприн	40	30-40	5-29	0-4

Топширик № 10.

Бемор 45 ёш. Қорин юқори қисмида белбоғсимон оғриққа, бетиним қайт қилиш, беқарор ич келишига шикоят қилмоқда. Анамнезида бемор ўн йилдан бери сурункали холецистит ва ўт-тош касаллиги билан оғрийди.

Объектив: Иштаҳаси кам. Тили қуруқ, оқ қараш билан қопланган. Палпацияда эпигастрал ва ўнг қовурға остида оғриқлар аниқланади. Френикус симптоми чапда мусбат. Қонда амилаза ошган.

Ахлатда креаторея и стеаторея.

1. Тахминий ташхис.
2. Қайси касалликлар билан фарқлаш лозим?

3. Даво тавсия этинг.

№	ЖАВОБЛАР	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон-сиз Жавоб
1.	Сурункали панкреатит оғриқли шакли	30	20-30	5-19	0-4
2.	Яра касалликлари, панкреас раки. Сурункали абдоминал ишемик синдром. Сурункали энтерит и колит	30	20-30	5-19	0-4
3.	Диета: Қонтрикал, аминокaproн кислота, м-холиноблокатор, метоклопрамид, баралгин, промедол, фермент препаратлар.	40	30-40	5-29	0-4

Топширик № 11.

Бемор 45 ёш. енгил жисмоний зўриқишда ҳансираш, юрак уриб кетиши, оёқларда шишларга шиқоят қилмоқда. % йилдан бери касал, анамнезида ревматизм ва ЮИК ўтказмаган. Ахволи прогрессив оғирлашиб шишлар кўпаймоқда.

Объектив: умумий ахволи ўрта оғирликда, оёқларда массив шишлар, ўпка пастки соҳаларида везикуляр нафас сусайган, юрак чегаралар ҳамма томонга кенгайган, тонлар кескин бўғиқлашган, чўққида систолик шовқин, мерцал аритмия. ЮКС – 105 та/мин, пульс аритмик 96 та/мин, пульс дефицити 9 та. ЭКГда: мерцател аритмия, ЮКС 110-90, иккала қоринча гипертрофияси зўриқиш билан вольтажи пасайган.

1. Беморни текширув режасини тузинг.
2. Ташхис қўйиш учун текширувлардаги қайси натижа муҳим?
3. Ташхис қўйинг.
4. Даво тавсия этинг.

№	ЖАВОБЛАР	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон-сиз Жавоб
1.	УКТ, УПТ, КБТ, ЭКГ. Рентгенограмма кўкрак қафаси, Эхокардиография	20	10-20	5-9	0-4
2.	Эхокардиография: умумий кискарувчанлик пасайган, юрак бушлиги кенгайган.	20	10-20	5-9	0-4
3.	Дилятацион кардиомиопатия Асор: КАЕ II Б. Мерцал аритмия доимий шакли.	30	20-30	5-19	0-4
4.	Ингибитор АПФ, диуретик, юрак гликозидлари, антиаритмик препаратлар, гепарин, антиагрегантлар.	30	20-30	5-19	0-4

Топширик № 12.

Бемор Ф, 58 ёш. Ревматик митрал стенози билан оғрийди. Бемор 3 кундан бери давом этаётган кучли юрак уриб кетиши ва ўсиб боровчи хансираш билан госпитализация қилинган. Кўрув пайтида ҳолати ортопноэ, лаблар цианоз, акроцианоз, товон ва болдирда пастозлик бор.

Аускултацида – митрал стенозга хос, ЮКС – 137 та/мин. юрак тонлари аритмик, НОС – 26 та/мин. Ўпка пастки соҳаларида дагаллашган везикуляр нафас фонида нам хириллашлар эшитилади. Жигар ўнг ковурга ёйи остидан ташқарида пайпасланади.

ЭКГ: Р Тиш йўқ, R-R оралиги ҳар хил.

1. Текширув режасини тузинг.
2. Клиник ташхис қўйинг.
3. Даво белгиланг.

№	ЖАВОБЛАР	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон-сиз жавоб
---	----------	------------	-------------	---------------	---------------

1.	УКТ, УП, КБТ Рентгеноскопия кўкрак қафаси, Эхокардиография. УЗИ қорин бушлиги.	30	20-30	5-19	0-4
2.	Ревматизм. Митрал стеноз Асор: КАЕ II Б. Мерцал аритмия персистириловчи шакли.	30	20-30	5-19	0-4
3.	Калий препаратлари, бета-адреноблокатор кичик дозада, кордарон, диуретик, антикоагулянт, антиагрегантлар.	40	30-40	5-29	0-4

Топширик № 13.

Бемор 48 ёш, бош оғриғи, мушаклар кучсизлиги, диурезнинг кўпайиши, ковоқларнинг салкиши, қўл бармоқларида парестезия ва жонсизланишга шикоят қилмоқда.

Объектив: Юрак тонлари бўғиқ, экстрасистолия. АҚБ 170/100 мм. сим. уст. Қонда калий миқдори 2,6 ммол/ л гача пасайган. Плазмада ренин миқдори ҳам пасайган. Верошперон билан даволаниш яхши самара бермоқда.

Электролитлар текширувидаги натижалар ва буйрак томондан қилинган текширувлар

1. Қандай патология беради?
2. Клиник ташхис қўйинг.
3. Даво тавсия этинг.

№	ЖАВОБЛАР	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон-сиз жавоб
1.	Гипокалиемиа. УПТ: биров протеинурия. Гипоизостенурия, никтурия.	30	20-30	5-19	0-4
2.	Бирламчи гиперальдостеронизм. Қонн касаллиги.	30	20-30	5-19	0-4
3.	Усмани олиб ташлаш. Икки томонда гиперальдостеронизм. Верошпирон 300-400 мг/сутки	40	30-40	5-29	0-4

Топширик № 14.

Бемор К, 52 ёш. Балғамли йўтал, нафас чиқаришнинг қийинлашуви, хансираш, қориннинг катталашуви, оёқларда шишга шикоят қилмоқда. Бир неча йилдан бери “сурункали бронхит” билан оғрийди. Бир неча марта стационар даволанган. Шишлар бир йил аввал пайдо бўлиб кўпайиб бормоқда. Объективно: ахволи оғир, Тинч холатда ҳам хансираш. НОС 28 та/мин. Юз ва оёқ-қўлларда диффуз цианоз. Акроцианоз. Оёқларда шишлар. Пульс 100 та. АҚБ 110/70 мм. Юрак ўнгга кенгайган, эпигастрал пульсация аниқ. Ўпкада пастки соҳаларда сусайган везикуляр нафас, таркок курук хириллашлар эшитилади. Жигар +3 см катталашган.

1. Беморда қандай асорат юзага келган?
2. ЭКГ да қандай маълумотлар кутяпсиз?
3. Даволаш режаси.

№	ЖАВОБЛАР	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон-сиз жавоб
1.	Сурункали ўпка-юрак декомпенсия даври.	30	20-30	5-19	
2.	Ўнг булмача ва қоринча гипертрофияси. Юрак электрик ёки ўнгга силжиган.	30	20-30	5-19	0-4
3.	Антибиотик, бронхолитик, диуретик, юрак гликозиди, антагонист кальций, ингибитор АПФ, антикоагулянтлар, антиагрегант, кисородоткрапия.	40	30-40	5-29	0-4

Топширик № 15

Бемор Ф., 46 ёш. Бир ой олдин йирик ўчоқли миокард инфаркти билан шифохонага ётган эди. 2 кун олдин яхши ҳолатда шифохонадан чиқарилди. Кеча тўш ортида интенсив оғриқ бўлди, оғриқ кўкрак қафасига тез тарқалди. Сўнгра титраш, тана ҳароратининг ошиши кузатилди. 38.6 С гача. Перикард ишқалиниш шовқини эшитилмоқда.

1. Диагностика учун қайси текширув усули ёрдам беради?
2. Беморда қандай асорат юзага келган?
3. Даволаш.

№	ЖАВОБЛАР	Макс. Балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон-сиз жавоб
1.	Рентгенография кўкрак қафаси. Эхокардиография	30	20-30	5-19	0-4
2.	Дресслер синдроми.	30	20-30	5-19	0-4
3.	Глюкокортикостероидлар урта дозада	40	30-40	5-29	0-4

Топширик № 16.

Оғир иш кунининг охирида 35 ёшли аёл тез ахволи ёмонлашуви, кучли бош оғриқ, бош айланиш, кўнгил айланиш, юрак уриб кетиши, тез-тез қўп сийиш кузатилди. Аёл саломатлик пунктидаги фельдшерга мурожаат қилди.

Объектив: Бемор хаяжонли, тери қоплами нам, гиперемик, Юрак тонлари баланд ритмик. Аортада II – тон акценти. Пульс 100 та/мин, ритмик. Хуруж пайтида қон анализида глюкоза миқдори аниқланган.

1. Тахминий ташхис
2. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай қўшимча текширув усуллари қилиш лозим?
3. Хуружни бартараф қилиш ва кейинги даво тактикангиз.

№	ЖАВОБЛАР	Макс. Балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон-сиз жавоб
1.	Феохромоцитома. Симптоматик артериал гипертония. Гипертоник криз	30	20-30	5-19	0-4
2.	Қонда ва пешобда адреналин ва норадреналин. Рентгенологик текширувлар, буйрак усти бези УТТ ва КТ.	30	20-30	5-19	0-4
3.	Кризни бартараф этиш учун: тропafen, нитропруссид натрия+ бета-адреноблокаторлар. Ўсмани хирургик Даволаш.	40	30-40	5-29	0-4

Топширик № 17.

30 ёшли аёл шикоятлари ҳолсизлик, чап кўзнинг кўришини пасайиши, катта бўғимларда учувчан оғриқлар, чап қўлда дискомфорт ва кучсизликка.

Объектив: Пульс асимметрик, АКБ (ўнгда 180/100, чапда 160/94 мм.с.у.). Қорин аортаси устида систолик шовқин эшитилади. Ҳароратнинг даврий кўтарилиши 37.5-38.0, УКТ: анемия, ЭЧТ тезлашиши. Ўткир яллиғланишнинг кўрсаткичлари ошган.

1. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай қўшимча текширув усуллари қилиш лозим?
2. Тахминий ташхис
3. Даво тактикаси.

№	ЖАВОБЛАР	Макс. Балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон-сиз жавоб
1.	Шикастланган томирлар селектив ангиографияси.	30	20-30	5-19	0-4

	Томирлар УЗИ.				
2.	Носпецифик аортоартериит.	30	20-30	5-19	0-4
3.	Преднизолон схема бўйича, метотрексат, гипотензив препаратлар, хирургик даво, яллигланишни бартараф килингандан сўнг.	40	30-40	5-29	0-4

Топширик №18.

Бемор В 20 ёшда. Касалхонага келди. 10 йилдан бери АКБ кўтарилиб келган. Шу билан бирга оёқларда, қўлларда, юзда шиш ва бош оғриқлар кузатилади. Бир неча марта нефрологик бўлимларда ривожланган. Охирги қўзиш бир hafta олдин шамоллашдан сўнг ўтказган. Об'ектив: ахволи оғир, оғзидан мочевина хиди келади, Нафас олиш шовқинли. НОС 30 та/мин, Карахт. Саволларга зўрға жавоб беради. Териси қуруқ, тирналган тирноқ излари бор. АКБ 220/120 мм.с.у. 180/110булмокда. УПТ: оксил – 0.33-1.165 %, гематурия, цилиндрлар – 1-2, Қонда мочевина – 28 ммол/л, креатинин – 0.7 мол/л.

1. Реберг синамаси ва буйрак УТТсида қандай ўзгаришлар бўлиши мумкин?
2. Клиник ташхис қўйинг
3. Даво тавсия этинг

№	ЖАВОБЛАР	Макс. Балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон-сиз жавоб
1.	Реберг синамаси: коптокча фильтрацияси ва каналчалар реабсорбцияси. Буйрак УТТда: буйрак ўлчамлари кичрайган, паренхимаси кискарган.	30	20-30	5-19	0-4
2.	Сурункали гломерулонефрит гипертоник шакли декомпенсация босқичи Асор: СБЕ терминал босқич.	30	20-30	5-19	0-4
3.	Диета: стол № 7А, гипотензив терапия, натрий бикарбонат, гемодиализ.	40	30-40	5-29	0-4

Топширик № 19.

58 ёшли бемор кўп йиллардан буён спиртли ичимликлар қабул қилади. Умумий холсизлик ва иштаҳа пасайиши фонида охирги 3 йилда пешобни камайиши ва қорин катталашишига шикоят қилди. Ўнг қовурға остида оғирлик хисси. Бир неча бора бурнидан қон кетган.

Об'ектив: умумий ахволи оғир, қорнида асцит, веноз коллатераллари кенгайган, томир юлдузчалари кўринади. Талок киндик соҳасида. УКТ: анемия, лейкопения, тромбоцитопения. Биохимик таҳлилларда% гипербилирубинэмия, АСТ, АЛТ – ошган.

1. Тахминий ташхис
2. Яна қандай қўшимча текширув усуллари қилиш лозим?
3. Даво режаси.

№	ЖАВОБЛАР	Макс. Балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон-сиз жавоб
1.	Портал жигар циррози Асцит. Спленомегалия.	30	20-30	5-19	0-4
2.	Ум. оксил ва фракцияси, тимол синамаси, ишкорий фосфатаза, Коагулограмма, холестерин, мочевина. креатинин. УЗИ қорин бушлиги. Жигарни сканирлаш. Жигар биопсияси. ЭФГДС.	30	20-30	5-19	0-4
3.	Диета: стол № 5. Верошпирон, фуросемид, гепатопротектор, витаминлар, лактулоза, Н-2 гистамин рецепторлари блокаторлари, урсосан	40	30-40	5-29	0-4

Топширик № 20.

Бемор 32 ёшда. 2 йил олдин ВГ билан оғриган. Юкумли касалликлар шифохонасида 63 кун даволанган. Сўнг 1 йил пархез қилган ва амбулатор даволанган. Бир неча бор билирубин ва ферментлар кўтарилиши кузатилган.

Объектив: умумий аҳволи ўрта оғирликда, тери ва склера сарғайган, қичишишлар бор. Тана ҳарорати 38 гача кутарилади. Жигар +5-6 см. Каттиклашган, оғрикли, тугунчалар мавжуд. Талок 1-2 см катталашган, қаттиқ. УҚТ: Нб, эритроцит, лейкоцитлар камайган, билирубин ва ферментлардан АЛТ, АСТ, ЛДГ ошган.

1. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай қўшимча текширув усуллари қилиш лозим?
2. Тахминий ташхис.
3. Даволашга тавсиянгиз.

№	ЖАВОБЛАР	Макс. Балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон-сиз жавоб
1.	Ум. оксил ва фракцияси, тимол синамасы, ишкорий фосфатаза, Коагулограмма, холестерин, мочевино. креатинин. УЗИ қорин бушлиги. Жигарни сканирлаш. Жигар биопсияси. ЭФГДС.	30	20-30	5-19	0-4
2.	Жигар циррози, вирусдан кейинги фаол даври, субкомпенсацияланган.	30	20-30	5-19	0-4
3.	Диета: стол № 5. Верошпирон, фуросемид, гепатопротектор, интерферон, витамин, лактулоза, Н-2 гистамин рецепторлари блокаторлари, урсосан	40	30-40	5-29	0-4

Топширик № 21.

38 ёшли бемор 2 ой олдин тишини олдириган. Охириги 3 ойда тана ҳароратининг ошиши, қалтираш, юрак соҳасида оғрик, нафас қилишга ва юрак уриб кетишига шикоят қилмоқда. Юзлари оқарган, оёқ-қўлларда майда нуқтали тошмалар бор, юрак чегараси чапга силжиган. АД - 110/70 мм.сим.уст. Пульс – 92 та/мин. Боткин нуқтасида диастолик шовқин эшитилади, жигар +2 см. Сон артерияси тромбоэмболияси. УҚТ – анемия, лейкоцитоз, ЭЧТ тезлашган. Фибриноген - 6 ммоль/л ЭКГ- чап қоринча гипертрофияси белгилари.

1. Тахминий ташхис
2. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай қўшимча текширув усуллари қилиш лозим?
3. Даволаш режаси.

№	ЖАВОБЛАР	Макс. Балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон-сиз жавоб
1.	Бирламчи бактериал эндокардит инфекцион-токсик фазаси. Аорта клапан етишмовчилиги. Асор: Тромбоэмболик синдром	30	20-30	5-19	0-4
2.	Қон бактериологик посеви. Эхокардиография	30	20-30	5-19	0-4
3.	Бактерицид антибиотиклар узок муддат. Антикоагулянтлар, антиагрегантлар	40	30-40	5-29	0-4

Топширик № 22.

Бемор Х. 36 ёш. Шикоятлари тўсатдан бошланувчи юрак уриб кетиши хуружи, нафас етишмовчилиги хисси, умумий ҳолсизлик.

Объектив: умумий аҳволи оғир, тери қоплами оқарган. Ўпкасида везикуляр нафас, юрак тонлари кескин бўғиқлашган. ЮҚС - 160 та/мин. АД 100/70 мм. сим. уст. ЭКГ: QRS комплекси кенгайган,

0,12 сек. дан катта. S-T сегмент ва T Тиш асосий тишга дискордант жойлашган. P Тиш йўқ. ЮҚС 160 та/мин.

1. Бу беморда қайси ритм бузилиши ҳақида ўйлаш керак?
2. Хуружни бартараф қилинг
3. Мазкур беморда ритм бузилишининг сабаби ва патогенези нимада?

№	ЖАВОБЛАР	Макс. Балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон-сиз жавоб
1.	Пароксизмал қоринчалар тахикардияси	30	20-30	5-19	0-4
2.	Лидокаин, новокаинамид, амиодарон , Соталол. Радиочастот катетер билан эктопик учокни абляция қилиш ва верапамил ёки атеналол буюриш.	30	20-30	5-19	0-4
3.	Миокарда активлашган эктопик учок бор ёки re-entry тулқин туфайли	40	30-40	5-29	0-4

2. Клиник иш ўйинлари.

Клиник иш ўйинлари тавсия қилишнинг асосий усули танланган мутахассислик бўйича амалий ва коммуникатив кўникмаларни шакллантириш ҳисобланади. Бу усул талаба билими ва кўникмасини реал мураккаб вазиятларга йўналтиришда ғоят самарали ҳисобланади. Ўйин мобайнида талаба фақатгина мутахассислик бўйича эмас, балки ижтимоий жиҳатдан ҳам

Клиник иш ўйинларининг асосий қондаси – бу маълум ҳолат бўйича сценарийни тузишдир.

Сценарий режаси – бу воқеаликнинг мантиқан мажмуасини акс эттиради, воқеалар кетма – кетлигини баён этади.

Клиник иш ўйинларининг **мақсади:**

- касбий ҳолатларда аниқ ва тез ёндошиш, тўғри қарор қабул қилишни шакллантиради;
- бўлғуси мутахассиснинг фаолиятида реал хатоликларнинг олдини олади;
- билим ва кўникмаларни аниқлаб, тўғрилайди;
- Клиник иш ўйинлари реал воқеликка яқин вазиятли ҳолатларни яратишга имкон беради;

Иш ўйинини ўтказиш этаплари:

I. Тайёрлаш этапи:

1. Курс ва мавзунини аниқлаш.

Клиник иш ўйинларини юқори курсларда ва магистратура йўналишида ўтказиш мақсадга мувофиқ.

Бунда асосан шошилиш ҳолатларни ўзида акс эттирган ҳолатларни танлаган яхшироқ ҳисобланади.

2. Ўйиннинг мақсадини аниқлаш:

Ўйин давомида қандай билим ва кўникмани намоиш этишни шакллантириш.

3. Иш ўйинининг марказида сценарий режасини тузиш ташкил этади:

- а) касбий фаолиятда вазиятли ҳолатни (реал, долзарб, типли)
- б) ролларни аниқлаш ва уларни мутахассислик ва мансабига қараб алоҳида карточкаларда қайд қилиш.

в) ҳаракат жойини (бемор хонадони, тез ёрдам машинаси, қабул бўлими ва б. аниқлаш.

г) реал тиббий ҳужжатларни (таҳлиллар, рентгенограмма ва ЭКГ тўплами) тайёрлаш, ўйинни фантон, муляж жадваллар ва б. билан таъминлаш.

4. Параллел ўрганилаётган фанларни ўрганиш ва базис бўлимларни такрорлаш .

Талабаларга такрорлаш учун адабиётлар рўйхати келтирилади.

II. Ўйиннинг бориши.

Бошловчи – ўқитувчи ўйинни маълум ҳолатдан бошлаб, талабаларни роллар бўйича тақсимлайди.

Ўйин давомида ўқитувчи ёки аълочи талаба – эксперт сифатида қўшимча вазиятни оғирлаштирувчи ҳолатлар (бемор аҳволининг ўзгариши, дориларнинг йўқлиги ва б.)

Бундай ҳолларда ўйин турли ҳолатларда иштирокчининг ўзи ва ҳамроҳининг ҳаракатларини баҳолаш имкониятини беради.

Иш ўйини деонтология принципига асосланган коммуникатив кўникмаларни шакллантиради.

III. Ўйин муҳокамаси.

Экспертлар барча ўйин иштирокчиларининг муваффақиятли ва муваффақиятсиз ҳаракатларини таҳлил қилишади.

Ҳар бир талаба бу ҳақда ўзининг нуқтаи назарини баён қилади.

Эксперт гуруҳи маслаҳатни бир неча босқичлар бўйича баҳолайди:

- ахборот йиғиш – анамнез;
- врач – бемор ўзаро ҳаракати;
- пациентни ҳар томонлама кўриқдан ўтказиш;
- пациентни (менеджмент) олиб бориш;

Шундай қилиб, клиник иш ўйинлари талабаларда мустақиллик, Ишбилармонлик, ташкилотчилик, коллективизм, қўйилган муаммони ечишда ижодий ёндошишни тарбиялайди.

Қуйида 5 курс машғулотларида кам учрайдиган касалликларни ҳал қилишда ва беморларнинг клиникада бўлмаган ҳолатда қўлланиладиган клиник иш ўйинлари келтирилмоқда:

I. Ролли клиник ўйин «Системали васкулит. Тугунчали периартериит» мавзуси бўйича ролли ўйин сценарийси

Иштирокчилар: барча талабалар.

Ролларда:

- 1 талаба – бемор
- 2 талаба – врач – терапевт
- 3 талаба – булим мудир
- 4 талаба (консультант) – невропатолог
- 5 талаба (консультант) – окулист

Қолган талабалар экспертлар ролини бажаришади.

Ўйин мавзу бўйича ўтказилади. Ўқитувчи талабаларга ўйин утиш шартини тушинтиради. Ўйин бошлашдан олдин ўқитувчи карточкаларни тарқатади. Унга роллар ёзилган бўлиб, талабалар ўзлари танлаб оладилар.

Роль № 1 талаба – бемор. Ўқитувчи талабага мавзу бўйича ахборотларни айтади. Бошқа талабалар буни билмайди.

- I. **Шикоятлари:** Тана ҳароратининг ошиши, иситма, антибиотикларга самарасизлик, мушакларда оғриқ, бўғимда, чарчаш, оёқ-қўлларни ўзиникимаслик хисси, йўтал, балғам чиқиши билан, қон туфлаш, қоринда оғриқ, иштаҳасизлик, прогрессирланувчи озиш, терлаш, умумий ҳолсизлик.
- II. **Қисқа анамнез:** Бемор, 28 ёшли эркак, 2001 йилда вирусли гепатит В ўтказган, 2002 йили ЎРВК ўтказиб, шу бўйича 2 кун даволанган, аспирин, бисептол ичиб ишида юраверган, олтинчи кун тўсатдан тана ҳарорати юқори кўтарилган, антибиотик гентамицин м/о – уч кун қабул қилган, иситма нормаллашмаган ва юқоридаги шикоятлар пайдо бўлган.
2. Роль № 2 талаба: врач – терапевт кўриги. Врач шикоят ва касаллик тарихига қараб, қайси касаллик тўғрисида гап кетаётганини тушиниши лозим. Беморни объектив кўриқ ўтказди. Объектив кўриқ натижалари:

III. Объектив ўзгаришлар натижалари:

Умумий ахволи ўрта оғирликда, тери қоплами оқарган, иссиқ, терисида эритематоз шикастланиш бор, НОС 30 та/мин. Везикуляр нафас фонида майда пуфакчали нам хириллаўлар эшитилади. АҚБ -180/110 мм.рт.ст., юрак чегаралари чапга силжиган. Аускультацияда юрак чўккисида ўтиб кетмайдиган систолик шовкин, аортада 2 тон акценти. Корни юмшоқ, пайпасланганда эпигастрал соҳада оғриқ. Жигар катталашмаган, диурез мунтазам, оғриқсиз. Ич келиши қабзиятга мойил. Врач тахминий диагнози: «Системали васкулит».

Диагнозни аниқлаш учун врач лаборатор-инструментал текширув режасини тузади: умумий қон таҳлили, ум. пешоб таҳлили, оқсил фракциялари, ўткир фазали синамалар. Қондаги Hbs антигени ,

иммун тест, кўкрак қафаси рентгенографияси, ЭКГ, УТТ. Невропатолог ва окулист маслаҳатларини тавсия этади.

Талаба- невропатолог, талаба-окулист диагнозга ўзларини хулосаларини беришади.

Кейин талаба- терапевт булим мудирига беморни кўрсатади. Бўлим мудир текширув натижаларини интерпретация қилади. Бўлим мудир клиник диагноз қўяди: «Тугунчали периартериит. Симптоматик АГ».

Диагноз қўйишда касалликнинг катта ва кичик мезонларига асосланишади.

Қуйидаги даволашни тавсия қилишади: преднизолон -30 мг/сутки, курантил- 100 мг/сутки, эналаприл – 10 мг/сутки, витамин В6,

Талабаларнинг «эксперт» гуруҳи – кадамма-кадам ўйиннинг боришини таҳлил қилиб, камчиликларни ўзига қайд қилади.

Ўйин охирида ўқитувчи ўз хулосасини айтади, ҳар бир талабанинг ютуқ ва камчиликларини изоҳлайди. Ўқитувчи ҳар бир талабани баҳолайди.

«Симптоматик артериал гипертония. Феохромоцитома»

мавзуси бўйича

РОЛЛИ ЎЙИНИ СЦЕНАРИЙСИ

Барча талабалар гуруҳи бу ўйинда иштирок этади.

Ролларда:

1. Пациент – аёл 35 ёш.
2. Врач – клиницист
3. Врач – лаборант
4. Врач – рентгенолог
5. Врач – функционалист
6. Бўлим мудир
6. Экспертлар.

1 рол талаба – бемор. Ўқитувчи талабага касаллик анамнези ва шикоятлари бўйича ахборот берадим. Ўйин давомида талаба маълумотларни коррекция қилиши мумкин. Бошқа талабалар бу ахборотларни билмайдилар.

1. Пациент шикоятлари: титраш, юрак уриб кетиши, бош айланиши, ўлим кўркуви хисси, юрак соҳасида ғижимловчи оғриқ, кўнгил айниш, қайт қилиш, оғиз қуриши.

Анамнезида: Юқоридаги шикоятлар кунига 5 мартагача қайтарилиб туриб, клофеллин ва допегит билан камаяди. Охирги хуруж тўсатдан бўлиб АД 250/130 мм. сим.уст. ошди. Стационарда врач касалликни аниқлаши лозим. Врач шикоят ва касаллик тарихига қараб, қайси касаллик тўғрисида гап кетаётганини тушиниши лозим. Беморни объектив кўрик ўтказди.

2. Объектив кўрик натижалари:

Тери қоплами оқарган. Қорачиқ кенгайган. Нафас – тезлашган. Пульс 120 – 130 та/минут. Тана температураси – 37,5 градус. АД 280/140 мм.рт.ст. Юрак чап чегараси чапга 1 см кенгайган, чўққида тонлар бўғиқ, аортада 2 тон акценти. Қорин – пальпацияда юмшоқ, оғриксиз, буйрак соҳаси босилса АД – 320/160 мм. сим.уст.га ошиб кетди. Тили - қуруқ, тоза. Диурез тезлашган. Юқоридагиларни хотима қилиб врач тахминий ташхис қўяди: « Феохромоцитома? Симптоматик АГ»

Текширув режаси:

1. Умумий қон ва пешоб таҳлили.
2. Қон ва пешобда қанд микдори
3. Катехоламинлар ва унинг сийдикдаги парчаланган маҳсулотлари(ванилин бодом кислота)
4. Тезлаштируви ва диагностик синамалар
5. Кўкрак қафаси рентгенографияси, ретропневмоперитонеум, буйрак усти беги компьютер томографияси
6. Қорин орти бўшлиғи компьютер томографияси.
7. ЭКГ
8. Буйраклар УТТ.

3. Врач – лаборант текширув натижаларини интерпретация қилади:

а) УҚТ – лейкоцитоз 12 минггача

б) Қонда қанд – 8,8 ммоль/литр

в) Адреналин ва норадреналин суткалик пешобда 100 мг дан кўп.

Ванилин бодом кислота суткада 3,5 мг дан кўп.

г). Умумий пешоб тахлили – нормада

4. Врач – рентгенолог:

1. Обзор ва мўнжалли рентгенография ва компьютер томографияда буйрак устида ўсма кўринди.

2. Компьютер томографияда қорин парда ортида буйрак усти безидан ташқари жойлашган ўсма аниқланди.

5. Врач – функционалист провокацион тест ўтказганда АД 170/110 мм.сим.уст.дан ошмади.

Вена ичига гистамин 0,1% - 0,5 мл. юборилганда синама мусбат чиқиши учун 1-5 минутдан сўнг АД 40/25 мм.рт.ст.га ошиши керак.

Диагностик синама фентоламин билан ўтказилганда вена ичига 0,5% - 1 мл, ёки м/о тропafen 1% - 1 мл в/и ёки м/о. қилинади. Синама мусбат бўлиши учун АД 1 – 1,5 минутдан сўнг 80/60 мм.сим.уст.гача пасайиши керак.

6. Талаба - терапевт беморни бўлим мудирига кўрсатади.

Талаба – бўлим мудирини клиник диагноз қўйади: «Феохромоцитома. Симптоматик АГ».

Қуйидаги давони буюради:

1. Кризни бартараф этиш учун: тропafen 20-40 мг м/о ёки 10-20 мг в/и + нитропруссид натрия + бета-адреноблокаторлар.

2. Режали хирургик даво асосида ўсма олиб ташланди

Талабаларнинг «эксперт» гуруҳи – кадамма-кадам ўйинни боришини таҳлил қилиб, камчиликларни ўзига қайд қилади.

Ўйин охирида ўқитувчи ўз хулосасини айтади, ҳар бир талабанинг ютуқ ва камчиликларини изоҳлайди. Ўқитувчи ҳар бир талабани баҳолайди.

ИНТЕРАКТИВ ЎЙИН СЦЕНАРИЙСИ

«Симптоматик артериал гипертензия. Конн синдроми» мавзуси бўйича

Талабаларнинг барчаси иштирок этади.

Роллар:

1. Бемор.

2. Врач – клиницист

3. Бўлим мудирини

4. Врач – лаборант

5. Врач-функционалист

6. Экспертлар.

1 талаба роли – бемор. 1-талабага ўқитувчи касаллик шикоятини, анамнези тўғрисида тўлиқ ахборотни беради. Қадамма-кадам ўз жавобини тўғирлаши мумкин. Бошқа иштирокчилар ўйин мавзусини билмасликлари лозим.

1. Бемор, 35 ёш. Шикоятлари мушакларда бўшлиқ, парестезия, диурезни 3 литргача ошиши. Анамнезида: бемор 2 йил мобайнида касал. Текширувда АҚБ ошгани кўрилган, бироқ даволанмаган. Бир йилдан сўнг мушаклар бўшлиғи, тортишиши, парестезиялар ва титроқлар пайдо бўлди.

2. Врач шикоят ва касаллик тарихига қараб қайси касаллик тўғрисида гап кетаётганини тушиниши лозим. Беморни объектив кўрик ўтказди. Беморни объектив кўриги натижалари: умумий ахволи ўрта оғирликда. Тана тузилиши астеник, боши «қуйи солинган». Танада шишлар йўқ. Пульс – ритмик, 100 та/мин. Юрак – чапга перкутор 1 см кенгайган,. Тонлар бўғиқ, аритмик, экстрасистолия бор. АБ – 180/100 мм. сим. уст. Ўпкада везикуляр нафас эшитилади. Қорин – юмшоқ, пальпацияда оғриқсиз. Жигар ва талоқ пальпация қилинмайди. Диурез – тезлашган, кечаси 2 марта туради, суткада 3 литр.

Шикоятлари, касаллик анамнези ва объектив кўрик асосида врач тахминий ташхис қўяди: «Бирламчи гиперальдостеронизм. САГ»

Текширув режаси:

1. УҚТ ва УПТ. 2. ЭКГ. 3. Қонда ва пешобда электролитлар. 4. Пешобда альдостерон. 5. Қонда ренин. 6. Буйрак усти бези компьютер томографияси. 7. Буйрак ва буйрак усти бези УТТ си. 8. Қонда мочевино ва креатинин. 9. Радионуклеид сцинтиграфия.

III. Врач – лаборант ўтказилган текширувларни интерпретация қилиб жавобини айтади

а) УПТ – паст солиштирма оғирлик, реакцияси ишқорий.

б) УҚТ - N

в) Қонда калий – 3,5 ммоль/лдан кам, натрий – 130 ммоль/лдан ошди. Пешобда калий ошган натрий – камайган.

г) Пешобда альдостерон – ошган.

д) Плазмада ренин камайган ЮГА угнетенияси ҳисобига.

е) ЭКГ – электрик систола узайган, тахикардия, экстрасистолия.

ж) УТТ, компьютер томография ўсма вазини 2 грамм эканини кўрсатган.

3. Врач - функционалист диагностик синама ўтказди:

а) Верошпирон суткасига 400 мг буюрилди. Бир ҳафтадан сўнг АБ пасайиб калий қонда оша бошлади.

б) Гипотиазид билан қилинганда, 100 мг/сутки 3-5 кун. Қон касаллигида – калий концентрацияси бирдан пасайиб кетади.

4. Сўнг талаба - терапевт бемор ва унинг текширувлари тўғрисида бўлим мудирига доклад қилади.

Талаба – бўлим мудирини клиник диагноз қўяди: «Конн синдроми. Симптоматик АГ».

Қуйидаги давони буюради:

а) Хирургик – ўсма бир томонда жойлашганда

б) 2-томонлама гиперплазияда – операция мумкин эмас. Верошпирон 300– 400 мг/сутка 1 ой мобайнида буюрилади.

Талабаларнинг «эксперт» гуруҳи – қадамма-қадам ўйиннинг боришини таҳлил қилиб, камчиликларни ўзига қайд қилади.

Ўйин охирида ўқитувчи ўз хулосасини айтади, ҳар бир талабанинг ютуқ ва камчиликларини изоҳлайди. Ўқитувчи ҳар бир талабани баҳолайди.

«Реактив артритлар. Рейтер касаллиги» мавзуси бўйича интерактив ўйин

СЦЕНАРИЙСИ

Иштирок этади:

Ҳамма талабалар.

Ролларда:

1 талаба – бемор

2 талаба – врач терапевт

3 талаба - уролог

4 талаба – оқўлист

5 талаба – бўлим мудирини

Қолган талабалар ўйинда эксперт вазифасини бажаради.

Роль 1 талаба (бемор). Ўқитувчи 1 талабага ўйин бўйича ахборотни беради. Яъни, талаба касаллик шикоятлари, анамнези бўйича билиши лозим. Ўйин мобайнида у маълумотларни мувофиқлаштириб бориши мумкин. Қолган иштирокчилар мавзу бўйича ҳеч қандай маълумотларни билмасликлари лозим.

1. Бемор шикоятлари: тана температурасини 38⁰Сгача ошиши, болдир-товон бўғимида оғрик, шиш, пешобни ачишиб келиши, ўнг кўзнинг ёшланиши, қизариши. Қисқача анамнез: Бемор 22 ёшда, ёш йигит, 10 кун олдин мева еган (гилос, қўлупнай), эртасига ошқозон ости соҳада оғрик

аниқланган, кунига 7 – 8 марта ич кетиши кузатилган, тана температураси 38⁰ С гача ошган, бемор левомецетин қабул қилган, шундан сўнг суюқ ич кетиш тўхтаган, тана температураси нормаллашган, сўнгра бемор таблетка қабул қилишни тухтатган, ишга чиққан, 5 кундан сўнг тана ҳарорати 38⁰ С га ошиб кетган ва юқоридаги шикоятлар пайдо бўлган.

2. Роль 2 талаба: врач – терапевт кўриги. Врач шикоят ва касаллик тарихига қараб қайси касаллик тўғрисида гап кетаётганини тушиниши лозим. Беморни объектив кўрик ўтказди. Беморни объектив кўриги натижалари: умумий ахволи ўрта оғирликда, кўзлари қизарган, ўнг кўз шишган, тизза бўғимлари шишган, ҳаракат чегараланган.

Беморнинг ҳозирги муаммоси. Дўстининг айтишича у ревматизм, шунинг учун у доимо даволаниб туриши ва II группа ногиронлигига ўтиши лозим экан. Бемор врачга диагнозни аниқлаш ва даволаниш мақсадида келган.

Шикоятлари, касаллик анамнези ва объектив кўрик асосида врач тахминий ташхис қўяди: «Реактив артрит».

Текширув режаси: УҚТ, УПТ, УА ахлат тахлили, посев - ахлат, қон биохимиясида умумий оксил, ўткир фаза синамасы, ревматоид факторни текшириш, НЛА В27 антиген, синовиал суюқликни текшириш, бўғимлар рентгенографияси, ЭКГ, шунингдек окулист ва уролог кўриги тавсия этилади.

3. Уролог кўриги: соғлом

4. Окулист кўриги: ўнг кўз конъюнктивити

5. Сўнг талаба - терапевт бемор ва унинг текширувлари тўғрисида бўлим мудирига доклад қилади.

Талаба – бўлим мудир клиник диагноз қўяди: «Реактив артрит».

Врач куйидаги давони буюради: эритромицин ёки левомецетин 2-3 ҳафта ичиш, ностероид яллиғланишга қарши препаратлар, кўзга томчи дорилар.

Талабаларнинг «эксперт» гуруҳи – кадамма-кадам ўйинни боришини таҳлил қилиб, камчиликларни ўзига қайд қилади.

Ўйин охирида ўқитувчи ўз хулосасини айтади, ҳар бир талабанинг ютуқ ва камчиликларини изоҳлайди. Ўқитувчи ҳар бир талабани баҳолайди.

Амалий машғулотларда интерфаол ўйинлардан фойдаланиш натижасида шундай хулосаларга келинди:

Хулосалар:

Интерфаол усулларнинг афзаллиги:

1. Аниқ қўйилган муаммони тез ва ўз вақтида ҳал қила билиш.
2. Ҳар бир ўқувчи дарсда, фаол ва қизиққан ҳолда ишлаши ўз навбатида, уларда изланувчанликни, чуқур ўрганувчанликни яратади. Ҳаттоки, энг пассив талаба ҳам қўйилган масалага зўр иштиёқ билан бор кучини қаратиб, ўз ўртоқларининг юзини ерга қаратмаслик учун ҳаракат қиладилар.
3. Талабаларни ўз фикрини ўртага ташлаш, дискуссия ва муҳоқамаларда иштирок этиш, бир-бирига ва педагогларга саволлар бериш, ҳамкасабаларининг жавобларини муҳокама қилиш, қўйилаётган масалаларни ечишда турли усулларни қўллашга ёрдам беради. Шу билан бирга талабаларда ўрганилаётган мавзунини қабул қилиш ва эслаб қолиш, диққатини жалб қилиш ва логик фикрлашни жамлайди
4. Дарсга тўлиқ тайёрланиб келмаган талаба дарсни тинглаб, бошқа талабалар берган жавобларни эшитиб ва тушуниб олиб, дарс ниҳоясида мавзу юзасидан кўпроқ билимга эга бўлади. Демак, оғзаки сўров вақтида маълум бир саволга жавоб бера олмаган талаба дарс охирида (интерфаол ўйин ўтказиладиган вақтда) шу саволнинг ечимини топганини билиши ва бу билиминини мустаҳкамлаши мумкин.
- Ўтилган мавзу юзасидан қандай билим даражасига эга бўлганлиги ва қайси саволларга ўзи тайёрланиб келгани ва қайси саволларга жавобни дарс жараёнида билиб олганлигини талаба шу усуллар ёрдамида аниқлаб олади.
5. Ўқитувчи ҳам дарс ўтилишининг ижобий натижаси ҳақида хулоса чиқаради.

Демак, таълим сифати ва самарадорлигини оширишда янги педагогик технологиялардан фойдаланиш, ҳар бир ўқув предметининг ўзига хос хусусиятларига монанд ёндашиш, педагогнинг ўқитишнинг усуллари ва йўлларининг энг тизимини танлай олган ҳолда дарс жараёнининг тўғри ташкил этиши муҳим роль ўйнайди. Интерфаол ўйинлар ўқитишнинг анъанавий усулини тўлдиради ва бойитади, талабаларнинг билим олишларига ижобий таъсир этади. ақлий фаолиятининг ошишини шакллантиради. Бу усулларни доимо қўллаш талабаларнинг билим савиясини мукамаллаштиришда яхши самара беради.

Тавсия этиладиган адабиётлар рўйхати:

1. Легко ли стать врачом? Л.Б. Наумов Ташкент «Медицина» 1983 г.
2. Учебные игры один из активных методов обучения в медицинском вузе. Педагогические основы игры. Методические рекомендации. М.А Алексанян, И.К. Валиулин, О.П. Шагайдулина. Ташкент 1996 г.
3. Современные интерактивные методы обучения и контроля знаний студентов в подготовке врача общей практики. Методическая рекомендация к проведению занятий со слушателями ЦПК медицинских вузов. Ташкент 2004 г.
4. Педагогик таълимни такомиллаштириш муаммолари. Республика илмий- амалий конференция материаллари. Тошкент 2006 й.