

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro tibbiyot instituti

Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası

DAVOLASH VA TIBBIY PEDAGOGIKA FAKULTETI 2 KURS
TALABALARI UCHUN ICHKI KASALLIKLAR
PROPEDEVTIKASI FANIDAN 2019-20 UKUV YILI UCHUN
O'QUV-USLUBIY MAJMUA



BUXORO-2019

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

«TASDIQLAYMAN»

O'quv va tarbiyaviy ishlar prorektori

Dots. _____ G.J. Jarilkasimova

« _____ » _____ 2019 yil

**2-kurs Davolash va tibbiy pedagogika fakulteti
talabalari uchun «Ichki kasalliklar propedevtikasi» fani
o'quv-uslubiy majmuasi**

Buxoro - 2019

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

Bilim sohasi	500000	-Sog'liqni saqlash va ijtimoiy taminot
Ta'lim sohasi	510000	-Sog'liqni saqlash
Ta'lim yo'nalishi	5510100	-Davolash ishi
	5111000	-Kasb talimi
	5510200	-Pediatriya

Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedراس

mudiri, t.f.n. dots.

Bobojonova Z.H.

Tuzuvchi:

Narziyev Sh.S. Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedراس katta o'qituvchisi, t.f.n.

Hazratov O'.H. Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedراس katta o'qituvchisi, t.f.n.

Taqrizchilar:

Nurboyev F.E. Xalq tabobati va fizioterapiya kafedراس dotsenti t.f.d.

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

Buxoro Tibbiyot instituti ilmiy metodik kengashining
2019 yilgi №_2__ sonli yig'ilishida ko'rib childi

Mundarija

Annotatsiya.....	5
Fanning sillabusi.....	6
Ichki kasalliklar propedevtika fanining o'quv dasturi.....	9
Ishchi o'quv dasturi.....	25
Мавзулар48	48
Tarqatma materiallar. Assesmentlar.....	99
Мавзуларга оид testлар.....	106
Мавзуларга оид масалалар.....	111
Mavzularga oid suratlar.....	116
Amaliy mashg'ulot materiallari	158
Amaliy mashg'ulot texnologik xaritasi	272
Amaliy ko`nikmalarni bajarish texnikasi	303
Mustaqil talim mavzulari.....	314
Baholash.....	322
Glossariy.....	324
Baholash mezonlari	364
Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati	365

Annotatsiya

Ushbu o'quv uslubiy majmua 2 kurs davolash, tibbiy pedagogika fakultetlari talabalari foydalanishi uchun mo'ljallangan bo'lib, namunaviy dastur asosida tuzilgan. Ushbu o'quv uslubiy majmua Bilim sohasi 500000 -Sog'liqni saqlash va ijtimoiy taminot, Ta'lim sohasi 510000 -Sog'liqni saqlash, Ta'lim yo'nalishi 5510100 -Davolash ishim ta'lim yo'nalishlariga mos keladi. Mazkur o'quv uslubiy majmuada namunaviy dasturda aks ettirilgan barcha maruzalarning to'liq matni yoritilgan. Majmua ovqat hazm qilish tizimi, siydik ajratish tizimi, endokrin tizimi, qonkasalliklari va qon yaratish tizimi, suyak mushak va biriktiruvchi to'qima kasalliklari hamda allergozlar kabi kasalliklar mavzulari yoritilgan. Maskur majmuada amaliy mashg'ulotlarni sifatli o'tkazish va talabalarni mustaqil ravishda tayorlanishi va echishlari uchun mavzular yuzasidan assesmentlar (ikki test, tushuncha tahlil, vaziyatli masali va amaliy ko'nikmadan tashkil topgan), barcha mavzular bo'yicha tuzilgan testlar (murakkab testlar ham mavjud) hamda muammolili masalalar (zanjirband savollardan tashkil topgan) ham o'rin olgan. Ushbu majmuada talabalar o'qishlari uchn barcha amaliy mashg'ulot mavzular matnlari yoritilgan va mavzular yuzasidan savollar ham aks ettirilgan. Amaliy mashg'ulotlarni o'tkazish uchun amaliy mashg'ulot texnologik xaritasi mukammal yoritilgan. Ushbu o'quv uslubiy majmuada talabalar amaliy ko'nikmalarini bajarib, o'rganishlari uchun barcha mavzular yuzasidan amaliy ko'nikmalarini qadamma-qadam bajarish texnikalari keltirilgan. Talabalar mustaqil ishlarga tayorlanishlari uchun, mavzular yuzasidan savollar keltirilgan. Majmuaning glossariy qismida tibbiyot terminologiyalari va ular to'g'risida tushuncha berib o'tilgan.

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

« Ichki Kasalliklar Propedevtikasi »
Fanning 2019/2020 o‘quv yili uchun mo‘ljallangan
SILLABUSI

Fanning qisqacha tavsifi			
OTMning nomi va joylashgan manzili:	Buxoro tibbiyot instituti		Navoiy ko‘chasi. 1
Kafedra:	Ichki kasalliklar propedevtikasi		“ Stomatologiya” fakulteti tarkibida
Ta’lim sohasi va yo‘nalishi:	510000 – “Sog‘liqni saqlash” ta’lim sohasi 55107100- “Ta’lim yo‘nalishi”	Davolash ishi	
Fanni (kursni) olib boradigan o‘qituvchi to‘g‘risida ma’lumot:	Narziev Shamsidin Saypilloevich	e-mail:	ikp.uz@mail.ru
Dars vaqti va joyi:	Viloyat Ko‘p tarmoqli tibbiy markaz gastroenterologiya, nefrologiya va gematologiya bo‘limi 3,4,5	Kursning davomiyligi:	02.09.2019 - 01.02.2020
Individual grafik asosida ishlash vaqti:	_____ kunlari 08.30 dan gacha		
Fanga ajratilgan Soatlar	Auditoriya soatlari		Mustaqil ta’lim:52
	Ma’ruza:	16	Amaliyot 56
Fanning boshqa fanlar bilan bog‘liqligi (prerekvizitlar):	Odam anatomiyasi, normal fiziologiya, umumiy patologiya, umumiy fiziologiya, hamshiralik ishi nazariyasi, terapiyada hamshiralik ishi, klinik farmakologiya fanlari bilan uzviy bog‘liqdir.		
(postrekvizitlar):	“Ichki Kasalliklar Propedevtikasi”		
Fanning mazmuni			

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

Elektron pochta orqali munosabatlar tartibi

Professor-o'qituvchi va talaba o'rtasidagi aloqa elektron pochta orqali ham amalga oshirilishi mumkin, **telefon orqali baho masalasi muhokama qilinmaydi, baholash faqatgina institut hududida, ajratilgan xonalarda** va dars davomida amalga oshiriladi. Elektron pochta ochish vaqti soat 15.00 dan 20.00 gacha

3. O'quv soatlari miqdori

Soat hajmi	O'quv yuklama miqdorining auditoriya mashg'ulotlari bo'yicha taqsimlanishi (soat)				
	Jami	Ma'ruza	Amaliy mashg'ulot	Klinik mashg'ulot	Mustaqil ish
124 TP	16	20	36	52	

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

Рўйхатга олинди:

Соғлиқни сақлаш вазирлиги

№ БД _____

201__ йил “__” _____

201__ йил “__” _____

ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАР ФАН ДАСТУРИ

Билим соҳаси: 500000 – Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот
Таълим соҳаси: 510000 – Соғлиқни сақлаш
Таълим йўналиши: 5510300 – Тиббий – профилактика иши

Тошкент – 2019

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 20__ йил “__” _____ даги “__” – сонли буйруғининг __-илоvasи билан фан дастури рўйхати тасдиқланган.

Фан дастури Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги тиббиёт олий ва ўрта махсус касб-хунар таълим муассасалари фаолиятини Мувофиқлаштирувчи кенгашининг 20__ йил “__” _____ даги “__” – сонли баённомаси билан маъқулланган.

Фан дастури Олий ва ўрта махсус, касб-хунар таълими йўналишлари бўйича Ўқув-услубий бирлашмалар фаолиятини Мувофиқлаштирувчи Кенгашда маъқулланган, ОЎМТВнинг 201__ йил “__” _____ даги __ -сонли буйруғи билан келишилган.

Фан дастури Тошкент тиббиёт академиясида ишлаб чиқилди.

Тузувчилар:

- Набиева Д.А. – ТТА “1-сонли факультет ва госпитал терапия” кафедраси мудири, т.ф.д., доцент
- Пулатова Ш.Б. – ТТА “1-сонли факультет ва госпитал терапия” кафедраси ассистенти.
- Алиева К.К. – ТТА “1-сонли факультет ва госпитал терапия” кафедраси ассистенти.

Такризчилар:

- Собиров М.О. – Тошкент Давлат стоматология институти 2-сон терапевтик йўналишидаги фанлар кафедра мудири, т.ф.д., доцент.
- Парпибоева Д.А. –Тошкент тиббиёт академияси Ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси доценти

Фан дастури Тошкент тиббиёт академияси Кенгашида кўриб чиқилган ва тавсия қилинган (201__ йил “__” _____” даги “__”-сонли баённома).

Ўқув фанининг долзарблиги ва олий касбий таълимдаги ўрни

Кадрлар тайёрлаш миллий дастурининг асосий мақсадларидан бири тиббиётда ҳар томонлама камол топган юксак маънавиятли шахсни тарбиялаб етиштириш, унинг илмий дунёқарашини шакллантиришдир. Ички касалликлар – кенг тарқалган касалликларнинг этиологияси, патогенези, таснифи, клиник кечиши, лаборатория, асбоб-ускуналар, клиник кўрсатмалар ёрдамида ташхис қўйиш, оқибати, асорати, олдини олиш чоралари, кечиктириб бўлмайдиган ҳолатларда тезкор ёрдам кўрсатиш, мустақил равишда текшириш ўтказиш, ишга лаёқатлилигини билиш, даволаш асосларини ўргатадиган фан бўлиб, умумий амалиёт шифокори-бакалавр мутахассислигига оид тафаккур ва дунёқарашни шакллантиришда катта аҳамиятга эгадир.

Ушбу фан дастури Ўзбекистон Республикаси Давлат таълим стандарти ва бакалаврият таълим йўналиши малака талабларига асосланган ҳолда тузилган. Ушбу дастур асосида замонавий педагогик технологияларни ўқитиш жараёнида қўллаган ҳолда, талабани назарий маълумотидан амалий кўникмаларни бажаришга ўргатиб, орттирилган кўникмаларни замонавий тиббий технологиялар орқали клиник амалиёт билан уйғунлаштирган ҳолда қўллашга имкон яратади.

Фанни ўқитиш учун гистология, одам анатомияси, ички касалликлар фанлари назарий замин бўлиб хизмат қилади. Ички касалликлар фани кейинчалик бошқа клиник фанлар учун назарий замин бўлиб хизмат кўрсатади.

II. Ўқув фанининг мақсади ва вазифаси

Ички касалликлар турли вариантларида, шунингдек, баъзи кенг тарқалган касалликларнинг атипик кечишида, кам учрайдиган касалликларнинг типик кечишида ташхисни асослашни, улар асоратлари ва даволаш принципларини ўргатиш кўникмасини шакллантириш.

Дастур ўзида ички касалликлар фанининг турли аспектларини ҳозирги замонда ривожланиш ҳолатини акс эттиради.

Фанни вазифаси:

-ички касалликларнинг этиология, патагеноз, таснифи, клиник кўринишлари, асоратлари, кечиши, оқибати, даволаш ва профилактикаси бўйича билимларни такомиллаштириш;

-беморларни анамнез йиғиш, турли системалар бўйича, клиник текшириш бўйича амалий кўникмаларни такомиллаштириш;

-касалликларнинг асосий диагностик мезонларини аниқлай олишни ўргатиш;

- тахминий, клиник диагнозларни асослашни ўргатиш;

-беморларни текшириш режасини тузиш, шифокор тактикаси ва даволашни ўргатиш;

-лабаратор ва инструментал текширувлар натижаларини интерпретация қилишни ўргатиш;

-қиёсий таққослаш ва якуний диагнозни асослай билишни ўргатиш

-ички касалликларнинг турлича вариантлари бўйича кечишида даволашни тавсия эта олиш ва шошилиш ҳолатларда тезкор ёрдам беришни ўргатиш.

Фан бўйича талабаларнинг билим кўникма ва малакаларига қуйидаги талаблар қўйилади.

Талаба:

– ички касалликларда беморларни парваришлаш;

- энг кўп тарқалган ички аъзолар касалликларининг этиологияси, патогенези, клиникаси, асоратлари, даволаш усуллари;
- текширув ва комплекс даво режасини тузиш;
- асосий тиббий хужжатларни билиш;
- ЭКГ юкламали синама билан; ЭКГ-мониторинг;
- Эхокардиография, доплерография билан;
- Рентгенография, компьютер томография, ядро-магнит резонанс томография, ангиография ва юрак катетеризацияси;
- балғамни бактериологик экиш; Плевра бўшлиғини пункцияси; Бронхография; Spiroграфия; Брехоскопия;
- нажасни бактериологик экиш; нажасни дисбактериозга текшириш; Ошқозон шираси ва дуоденал суюқлик таркибини текшириш; Пункция (бўшлиқлар ва бўғим оралиғи);
- гепатитнинг маркерларини аниқлаш; УТТ; ЭГДФС; Колоноскопия; Биопсия;
- иммунологик текширувлар, РФ, ЦИК;
- пешоб бактериологик экмаси ва антибиотикограмма тўғрисида
- ички касалликларнинг ички аъзолар касалликларини текшириш;
- беморни профессионал сўроқ ва кўрикдан ўтказиш; ЭКГ олиш ва ўқишни билиш; пикфлоуметрия қилиш; мос пархез ва даволаш режасини буюриш; ички аъзолар касалликларига дастлабки ва клиник ташхис қўя **билиши керак**;
- тиббий хужжатлар;
- тана ҳароратини ўлчаш;
- антропометрия: беморнинг бўй узунлигини ўлчаш, беморнинг оғирлигини ўлчаш, беморнинг кўкрак қафаси айланасини аниқлаш.
- кўкрак қафаси пальпацияси;
- ўпканинг таққослама перкуссияси;
- ўпканинг топографик перкуссияси;
- ўпка аускультацияси;
- юрак соҳаси пальпацияси;
- юрак перкуссияси (нисбий бўғиқ чегаралари);
- юрак перкуссияси (мутлок бўғиқ чегаралари);
- юрак аускультацияси;
- артериал қон босимни ўлчаш;
- пульснинг текшириш;
- ЭКГ- олиш усуллари;
- нормал ЭКГ;
- қорин бўшлиғининг юзаки пальпацияси;
- қорин бўшлиғининг чуқур пальпацияси;
- жигар пальпацияси;
- Курлов бўйича жигар перкуссияси;
- буйрак пальпацияси;
- лимфатик тугунлар пальпацияси;
- талок пальпацияси ва перкуссияси;
- анализлар тахлили: балғам, ошқозон шираси, дуоденал йиғиндиси, сийдик,

ахлат, умумий қон тахлили;

– бўғилиш ҳуружида ингаляторларни қўллаш;

– бўғилиш ҳуружида биринчи ёрдам кўрсатиш *кўникмаларига эга бўлиши керак.*

- ҳаёт учун хавфли бўлган ҳолатларда шошилиш терапиясига ёрдам кўрсатиш *малакаларига эга бўлиши керак.*

III. Асосий назарий қисм (маъруза машғулотлари)

Беморларни парваришlash. Ички касалликлар пропедевтикаси.

1-мавзу. Беморларни парваришlash

Ички табобат илми ва унинг бошқа тиббиёт фанлари қаторидан олган ўрни. Ички касалликлар тўғрисидаги та'лимот тараққиётининг қисқача баёни. Терапевтик мактаблар. Терапевтик беморларни парваришlashнинг аҳамияти ва вазифалари. Беморларни парваришlash даволаш жараёнининг ажралмас қисми. Беморларни парваришlashда тиббиёт ходимларининг роли. Кичик тиббий ходим ва хамширанинг маънавий ва юридик маъсулияти ва вазифалари. Поликлиника, амбулатория ва шифохона муассасалари, уларнинг тузилиши ва таъминоти. Шифокор деонтологияси ва тиббиёт этикаси.

2-мавзу. Қабулхона фаолияти ва тиббий ҳужжатлари

Қабулхона фаолияти ва тиббий ҳужжатлари билан танишиш. Беморни санитар кўриқдан ўтказиш. Антропометрия: бўйи, вазни, кўкрак қафасини айланасининг, қорин ва бел айланасининг ўлчамларини аниқlash, Ювинтириш, чўмилтириш, сочиқ билан артиш техникасини билиш. Беморни педикулёзга текшириш ва аниқlangандан сўнг тозалаш усуллари. Беморларни терапевт куригида иштирок этиш. Беморни қон босимини, пульсини текшириш. Беморга тез тиббий ёрдам кўрсатиш ва тез тиббий синамаларни ўтказиш. Беморни рўйхатга олиш ва касаллик тарихини паспорт қисмини тўлдиришни билиши керак. Юқумли касалликлар аниқlangанса тезда сигнал варақасини тўлдириш ва тез керакли тадбирларни бажара олиши керак. Беморни бўлимга транспортировка қилиш усуллари билиши керак.

3-мавзу. Терапевтик бўлим фаолияти

Терапевтик бўлим фаолияти билан танишиш. Беморларни парвариш қилишдаги жиҳозлар: туфукдон, тувакларни тозалаш қодалари. Беморларнинг шахсий гигиенаси. Беморнинг қон тартиби. Оғиз бушлиғи, тери, ётоқ яралар, соч, тирноқларни тозалаш. Тана ҳароратини ўлчаш. Гигиеник ванналар, душ, беморларни ювинтириш, артинтириш. Беморларни овқатлантириш. Парҳез таом ҳақида тушунча. Оғир аҳволдаги беморларни овқатлантириш. Қон айланишига таъсир қилувчи тадбирлар: хантал, банка, компресс, грелка, музли халтача. Уларни қўллаш услублари. Нафас аъзолари, юрак, қон-томир, ҳазм қилиш, буйрак ва сийдик чиқариш йўллари касалликларини, оғир ва агонал ҳолатидаги беморларни парваришlash. Беморларни кузатиш, парваришlash: қон босимини ўлчаш, пульсини аниқlash ва санаш, нафас олиш сонини аниқlash, тана ҳароратини ўлчаш, дориларни тарқатиш, беморларни кийимини ва чойшабини алмаштириш, ётоқ яраларни олдини олиш, ётоқ ҳолдаги беморларни овқатлантириш. Тери ости, мушак ичига ва венага дорилар юбориш техникасини билиш. Беморларни рентген текширувига, ректоромоноскопияга, меъда ва дуоденал зондlashга тайёрlash, Зимницкий синамаси учун пешоб йиғиш, хукна (тозаловчи, сифон, озиқлантирувчи, даволовчи), катетер қўйишни билиш. Даволаш муолажаларида (плеврал пункция, асцитда қорин

бўшлиғи пункцияси) врачга ёрдам бериш ва тезкор ёрдам кўрсатиш чораларини қўллаш билиш (стенокардия хуружида, астматик ва коматоз ҳолатларда, коллапсда, жигар ва буйрак санчигида ва ҳ. к). Дориларни ёзиш ва сақлаш.

Беморларни парҳез таомлар билан таништириш. Беморларни ички аъзоларини эндоскопик, колоноскопик, ректоромоноскопик, рентгенологик текширувларга тайёрлаш.

4-мавзу. Жонлантириш (реанимация) муолажалари

Оғир ва агонал ҳолатдаги беморларни парвариш қилиш, тез тиббий ёрдам бериш, сунъий нафас (оғиз-оғиз, оғиз-бурун) олдириш усуллари, юракни бевосита уқалаш усуллари, марказий кислород, кислород ёстикчасини қўллаш услублари. Ўлим белгилари. Ўликни саромжонлаш.

5-мавзу. Беморларни физикал текшириш усуллари

Беморнинг илмий-тиббий, юридик баённомаси схемаси: сўраб-суриштириш, асосий ва қўшимча шикоятлари, касаллик ва ҳаёт тарихи. Физикал текшириш услублари. Беморларни умумий кўриш: аҳволи, эс-хуши, ҳолати, тана тузилиши, конституцияси, териси ва кўзга кўринадиган шиллиқ пардалари, тери ости ёғ қавати, лимфа тугунлари, юз ифодаси, кўз, бурун, бўйин, қўл, оёқ, мушак, бўғим, суякни кўриш.

Нафас аъзолари касалликлари тешириш усуллари

Нафас аъзоларини текшириб кўриш усуллари. Шикоятлари, анамнез. Кўкрак қафасини кўздан кечириш: меъёрий ва патологик кўкрак қафаслари. Нафас типлари, тезлиги, чуқурлиги ва ритми. Патологик нафас турлари (Грокк, Чейн-Сток, Биот ва Кусмаул) кўкрак қафасини пайпаслаб кўриш. Кўкрак қафасини перкуссия қилиш. Ўпка аускультацияси. Асосий нафас ва патологик нафас шовқинлари. Лаборатор ва асбоб-ускуналар ёрдамида ташхислаш.

6-мавзу. Юрак, қон-томир касалликлари тешириш усуллари

Юрак, қон-томир касалликлари тешириш усуллари. Сўроқлаш. Юракнинг турли касалликларида оғриқли синдроми. Касаллик ва ҳаётнинг анамнез. Физикал текшириш усуллари, Функционал текширув усуллари. Юрак аускультацияси. Аускультация тартиби. Юрак тонларининг ҳосил бўлиш механизми. Меъёрий юрак тонларини тавсифлаш. Юрак шовқинлари. Юрак шовқинларини тавсифлаш. Функционал ва органик шовқинлар. Қон-томирларни физикал ва асбоб-ускуналар ёрдамида текшириш. Юракни асбоб-ускуналар ёрдамида текшириб кўриш. ЭКГ, ЭКГ – таҳлил қилиш ҳақида тушунча, ФКГ, ЭхоКГ. Юракни рентгенологик текшириш.

7-мавзу. Ҳазм системаси касалликлари тешириш усуллари

Ҳазм аъзолар системаси. Текшириш услуби: шикоятлари, касаллик ва ҳаёт тарихини сураб-суриштириш. Оғиз бушлигини ва қорин соҳасини куриш. Пайпаслаш; юзаки ва чуқур. Лаборатор ва асбоб-ускуналар билан текшириш. Меъда ширасини, нажасни текшириш. Эзогастроуденофиброскопия, колоноскопия, ректороманоскопия, рентгенологик текшириш. Жигар ва ўт йуллари касалликларини текшириш услуби: шикоятлари, касаллик ва ҳаёт тарихини сўраб-суриштириш. Физик текшириш услублари: қорин соҳасини куриш, пайпаслаш, тукуллатиш. Лаборатор ва асбоб-ускуналар билан текшириш. Текшириш услуби: дуоденал зондлаш. Жигарнинг функционал синамалари. Радиоизоп текширув. Жигарни сканирлаш. УЗД. Рентгенологик ва иммунологик текширувлар.

8-мавзу. Буйрак ва пешоб ажратувчи системаларни тешириш усуллари

Буйрак ва пешоб ажратувчи системаларни текшириш услуги: шикоятлари, касаллик ва ҳаёт тарихини сураб-суриштириш. Физик текшириш услублари: буйрак соҳасини куриш, пайпаслаш, тукуллатиш. Лаборатор ва асбоб-ускуналар билан текшириш. Буйракнинг функционал синамалари. УЗД. Радиоизотоп текширув. Рентгенологик текширув.

9-мавзу. Эндокрин ва қон яратувчи аъзолар системаларни тешириш усуллари

Эндокрин системаси касалликлари билан оғриган беморларни шикоятлари, касаллик ва ҳаёт тарихини сураб-суриштириш. Умумий кўриш, қалқонсимон безни пайпаслаш. Лаборатор ва асбоб-ускуналар билан текшириш. Умумий модда алмашинувини аниқлаш. Радиоизотоп услубида текшириш. Қон касалликлари билан оғриган беморларни шикоятлари, касаллик ва ҳаёт тарихини сураб-суриштириш. Умумий кўриш, суяк ва лимфа тугунларини пайпаслаш, тукуллатиш. Лаборатор ва асбоб-ускуналар билан текшириш. Қон умумий анализи. Тўш суягини пункция килиш.

Ички касалликлар

1-мавзу. Крупоз ва ўчоқли зотилжам. Плевритлар.

Ўпка тўкимасининг зичлашиш синдроми: крупоз ва ўчоқли зотилжам. Плевра бўшлиғига суюқлик тўпланиш синдроми. Плевритлар. Этиологияси, патогенези, патологик анатомияси, клиникаси. Лаборатор ва асбоб-ускуналар ёрдамида ташхислаш. Дифференциал ташхис. Кечиши, маълумоти, оқибати, даволаш. Пневмониялар: ўчоқли ва крупоз. Этиологияси, патогенези, патологик анатомияси: клиникаси, лаборатор ва асбоб ускуналар ёрдамида ташхислаш. Дифференциал ташхис. Маълумоти, асоратлари, даволаш.

2-мавзу. Бронхитлар: ўткир ва сурункали. Бронх астмаси.

Ўпканинг хаволаниши ортиши синдроми. Бронхитлар. Ўткир ва сурункали бронхитлар. Этиологияси, патогенези, патологик анатомияси, клиникаси. Лаборатор ва асбоб-ускуналар ёрдамида ташхислаш. Дифференциал ташхис. Кечиши, маълумоти, оқибати, даволаш. Пневмониялар: ўчоқли ва крупоз. Этиологияси, патогенези, патологик анатомияси: клиникаси, лаборатор ва асбоб ускуналар ёрдамида ташхислаш. Дифференциал ташхис. Маълумоти, асоратлари, даволаш.

3-мавзу. ЮИК: Стенокардия.

ЮИК: Стенокардия. Этиологияси, патогенези, таснифи, клиникаси, лаборатор, асбоб-ускуналар ёрдамида текшириш. Дифференциал ташхис.

4-мавзу. Миокард инфаркти.

Миокард инфаркти. Миокард инфаркт атипик вариантлари, асоратлари. Этиологияси, патогенези, таснифи, клиникаси, лаборатор, асбоб-ускуналар ёрдамида текшириш. Дифференциал ташхис.

5-мавзу. Гипертония касаллиги. Симптоматик артериал гипертония.

Гипертония касаллиги. Этиологияси, патогенези, клиникаси, ташхислаш, дифференциал ташхис, даволаш. Гипертоник кризларнинг асоратлари. Тарифи, таснифи, гипертоник кризларда шошилиш ёрдам. Симптоматик артериал гипертония. Этиологияси, патогенези, клиникаси, ташхислаш, дифференциал ташхис, даволаш.

6-мавзу. Юрак мароми бузилиши (аритмиялар).

Юрак ритмининг бузилиши. Аритмиялар таснифи. Синусли тахикардия, синуси аритмия. Синусли брадикардия, пароксизмал тахикардия, титроқ аритмия ва блокадалар. Ташхислаш. ЭКГ-мезонлари, даволаш.

7-мавзу. Ўткир ревматик иситма. Юракнинг сурункали ревматик касаллиги.

Ўткир ревматик иситма. Этиологияси, патогенези, патологик анатомияси, клиникаси. Лаборатор ва асбоб-ускуналар ёрдамида ташхислаш, дифференциал ташхис, даволаш. Юракнинг сурункали ревматик касаллиги.

8-мавзу. Орттирилган юрак нуқсонлари. Юрак митрал ва аортал нуқсонлари.

Орттирилган юрак нуқсонлари. Юрак митрал ва аортал нуқсонлари. Этиологияси, патогенези, патологик анатомияси, клиникаси. Лаборатор ва асбоб-ускуналар ёрдамида ташхислаш, кечиши, клиникаси, оқибати, даволаш.

9-мавзу. Инфекцион эндокардит.

Инфекцион эндокардит. Этиологияси, патогенези, патологик анатомияси, клиникаси, тасниф мезонлари. Лаборатор ва асбоб-ускуналар ёрдамида ташхислаш, кечиши, клиникаси, оқибати, даволаш.

10-мавзу. Гастрит. Колит. Энтерит.

Гастритлар. Ўткир ва сурункали гастритлар. Сурункали колит. Сурункали энтерит. Этиологияси, патогенези, патологик анатомияси, клиникаси, таснифи, ташхислар, дифференциал ташхис, даволаш.

11-мавзу. Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги.

Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги. Этиологияси, патогенези, патологик анатомияси, клиникаси, таснифи, ташхислар, дифференциал ташхис, даволаш.

12-мавзу. Сурункали гепатитлар. Жигар циррози ташхиси.

Сурункали гепатитлар. Этиологияси, патогенези, таснифи, клиникаси, ташхислаш, дифференциал ташхис. Даволаш. Профилактикаси.

Жигар циррозлари. Этиологияси, патогенези, таснифи, клиникаси, ташхислаш, дифференциал ташхис. Даволаш. Профилактикаси.

13-мавзу. Гломерулонефритлар ва пиелонефритлар.

Сурункали буйрак етишмовчилиги ташхиси.

Ўткир ва сурункали пиелонефритлар ва гломерулонефритлар. Этиологияси, патогенези, клиникаси, ташхислаш, дифференциал ташхис, даволаш. Сурункали буйрак етишмовчилиги ташхиси. Этиологияси, патогенези, клиникаси, ташхислаш, даволаш.

14-мавзу. Темир танқислиги камқонлиги. В 12-фолат кислотаси танқислиги камқонлиги. Лейкоз: ўткир ва сурункали.

Анемиялар. Таснифи, темир-танқислик ва Вит.В-12-фолиев кислота танқислик анемиялари. Этиологияси, патогенези. Клиникаси, ташхислаш, дифференциал ташхис, даволаш. Қон кетиш сабаблари. Тромбоцитопеник пурпура, гемофилия. Этиологияси, патогенези, клиникаси. Ташхислаш, дифференциал ташхис, даволаш. Гемобластозлар. Таснифи. Лейкозлар. Ўткир ва сурункали лейкозлар. Этиологияси. Патогенези, клиникаси, ташхислаш, даволаш.

15-мавзу. Қандли диабет. Тарқалган захарли бўқоқ.

Қандли диабет. Этиологияси, патогенези. Таснифи. Клиникаси, дифференциал ташхис, асорати, даволаш. Баъзи ички касалликларда кузатиладиган шошилинч ҳолатлар (коматоз ҳолатлар, гипо, гиперглекемик диабетик комалар, уремик, жигар, бош мия комалари). Клиник кечиши, ташхислаш, тез ёрдам. Тиреотоксикоз. Этиологияси, патогенези, клиникаси, ташхислаш, дифференциал ташхис, даволаш. Тиреотоксик кризларда шифокор тактикаси.

16-мавзу. Бўғим касалликлари: Ревматоидли артрит. Остеоартроз.

Ревматоидли артрит. Этиологияси, патогенези. Таснифи. Клиникаси, дифференциал ташхис, асорати, даволаш. Остеоартроз. Этиологияси, патогенези. Таснифи. Клиникаси, дифференциал ташхис, асорати, даволаш.

17-мавзу. Бириктирувчи тўқиманинг диффуз касалликлари: ТҚБ. ССД.

Бириктирувчи тўқиманинг диффуз касалликлари (БТДК): тизимли қизил бўрича, Системали склеродермия. Этиологияси, патогенези, клиникаси, ташхислаш, ташхис мезонлари, дифференциал ташхис, даволаш.

18-мавзу. Аллергик касалликлар.

Ўткир аллергик реакциялар. Анафилактик шок. Квинки шиши. Квинке шиши, анафилактик шок ривожланганда тез ёрдам кўрсатиш.

IV. Амалий машғулотлар бўйича кўрсатма ва тавсиялар

Амалий машғулотлар 50% назарий (маъруза ва амалий машғулот) ва 50% амалий қисм (ўқув клиник амалиёт)дан иборат бўлган ҳолда ўтказилади. Амалий машғулотнинг назарий ва амалий қисми ўзаро боғлиқ ҳолда ўтказилади.

Амалий машғулотлар учун қуйидаги мавзулар тавсия этилади:

Беморларни парваришлаш. Ички касалликлар пропедевтикаси.

Беморларни парваришлашда тиббиёт ходимларининг роли. Кичик тиббий ходим ва хамширанинг маънавий ва юридик маъсулияти ва вазифалари. Поликлиника, амбулатория ва шифохона муассасалари, уларнинг тузилиши ва таъминоти. Шифокор деонтологияси ва тиббиёт этикаси.

Беморни санитар кўриқдан ўтказиш. Антропометрия: бўйи, вазни, кўкрак қафасини айланасининг, корин ва бел айланасининг ўлчамларини аниқлаш, Ювинтириш, чўмилтириш, сочиқ билан артиш техникасини билиш. Беморни педикулёзга текшириш ва аниқлангандан сўнг тозалаш усуллари. Беморларни терапевт куригида иштирок этиш. Беморни кон босимини, пульсини текшириш. Беморга тез тиббий ёрдам кўрсатиш ва тез тиббий синамаларни ўтказиш. Беморни рўйхатга олиш ва касаллик тарихини паспорт қисмини тўлдиришни билиши керак. Юқумли касалликлар аниқланса тезда сигнал варақасини тўлдириш ва тез керакли тадбирларни бажара олиши керак. Беморни бўлимга транспортировка қилиш усуллари билиши керак.

Терапевтик бўлим фаолияти билан танишиш. Беморларни парвариш қилишдаги жиҳозлар. Беморларнинг шахсий гигиенаси. Беморнинг кун тартиби. Оғиз бушлиғи, тери, ётоқ яралар, соч, тирноқларни тозалаш. Тана ҳароратини ўлчаш. Гигиеник ванналар, душ, беморларни ювинтириш, артинтириш. Беморларни овқатлантириш. Оғир аҳволдаги беморларни овқатлантириш. Қон айланишига таъсир қилувчи тадбирлар: хантал, банка, компресс, грелка, музли халтача. Уларни қўллаш услублари. Нафас аъзолари, юрак, қон-томир, ҳазм қилиш, буйрак ва сийдик чиқариш йўллари касалликларини, оғир ва ағонал ҳолатидаги

беморларни парваришлаш. Беморларни кузатиш, парваришлаш. Тери ости, мушак ичига ва венага дорилар юбориш техникасини билиш. Беморларни текширувларга тайёрлаш. Дориларни ёзиш ва сақлаш.

Оғир ва агонал ҳолатдаги беморларни парвариш қилиш, тез тиббий ёрдам бериш, сунъий нафас (оғиз-оғиз, оғиз-бурун) олдириш усуллари, юракни бевосита уқалаш усуллари, марказий кислород, кислород ёстикчасини қўллаш услублари. Ўлим белгилари. Ўликни саромжонлаш.

Беморнинг илмий-тиббий, юридик баённомаси схемаси: сўраб-суриштириш, асосий ва қўшимча шикоятлари, касаллик ва ҳаёт тарихи. Физикал текшириш услублари. Беморларни умумий кўриш: аҳволи, эс-ҳуши, ҳолати, тана тузилиши, конституцияси, териси ва кўзга кўринадиган шиллиқ пардалари, тери ости ёғ қавати, лимфа тугунлари, юз ифодаси, кўз, бурун, бўйин, қўл, оёқ, мушак, бўғим, суякни кўриш.

Нафас аъзоларини текшириб кўриш усуллари. Шикоятлари, анамнез. Кўкрак қафасини кўздан кечириш: меъёрий ва патологик кўкрак қафаслари. Нафас типлари, тезлиги, чуқурлиги ва ритми. Патологик нафас турлари (Грокк, Чейн-Сток, Биот ва Кусмаул) кўкрак қафасини пайпаслаб кўриш. Кўкрак қафасини перкуссия қилиш. Ўпка аускультацияси. Асосий нафас ва патологик нафас шовқинлари. Лаборатор ва асбоб-ускуналар ёрдамида ташхислаш.

Юрак, қон-томир касалликлари тешириш усуллари. Текшириш усуллари. Сўроқлаш. Юракнинг турли касалликларида оғриқли синдроми. Касаллик ва ҳаёт тарихи анамнез. Физикал текшириш усуллари, пальпация, юрак чегаралари перкуссияси. Функционал текширув усуллари.

Юрак аускультацияси. Аускультация тартиби. Юрак тонларининг ҳосил бўллиш механизми. Меъёрий юрак тонларини тавсифлаш. Юрак шовқинлари. Юрак шовқинларини тавсифлаш. Функционал ва органик шовқинлар. Қон-томирларни физикал ва асбоб-ускуналар ёрдамида текшириш. Юракни асбоб-ускуналар ёрдамида текшириб кўриш. ЭКГ, ЭКГ – таҳлил қилиш ҳақида тушунча, ФКГ, ЭхоКГ. Юракни рентгенологи текшириш.

Ҳазм аъзолар системаси. Текшириш услуги: шикоятлари, касаллик ва ҳаёт тарихини сураб-суриштириш. Оғиз бушлигини ва қорин соҳасини куриш. Пайпаслаш; юзаки ва чуқур. Лаборатор ва асбоб-ускуналар билан текшириш. Меъда ширасини, нажасни текшириш. Эзогастроуденофиброскопия, колоноскопия, ректороманоскопия, рентгенологик текшириш.

Жигар ва ўт йуллари касалликларини текшириш услуги: шикоятлари, касаллик ва ҳаёт тарихини сураб-суриштириш. Физик текшириш услублари: қорин соҳасини куриш, пайпаслаш, тукуллатиш. Лаборатор ва асбоб-ускуналар билан текшириш. Текшириш услуги: дуоденал зондлаш. Жигарнинг функционал синамалари. Радиоизоп текширув. Жигарни сканирлаш. УЗД. Рентгенологик ва иммунологик текширувлар.

Буйрак ва пешоб ажратувчи системаларни текшириш услуги: шикоятлари, касаллик ва ҳаёт тарихини сураб-суриштириш. Физик текшириш услублари: буйрак соҳасини куриш, пайпаслаш, тукуллатиш. Лаборатор ва асбоб-ускуналар билан текшириш. Буйракнинг функционал синамалари. УЗД. Радиоизотоп текширув. Рентгенологик текширув.

Эндокрин системаси касалликлари билан оғриган беморларни шикоятлари, касаллик ва ҳаёт тарихини сураб-суриштириш. Умумий кўриш, қалқонсимон безни пайпаслаш. Лаборатор ва асбоб-ускуналар билан текшириш. Умумий модда алмашинувини аниқлаш. Радиоизотоп услубида текшириш. Қон касалликлари билан оғриган беморларни шикоятлари, касаллик ва ҳаёт тарихини сураб-суриштириш. Умумий кўриш, суяк ва лимфа тугунларини пайпаслаш, тукулатиш. Лаборатор ва асбоб-ускуналар билан текшириш. Қон умумий анализи. Тўш суягини пункция килиш.

Ички касалликлар

1. **Крупоз ва ўчоқли зотилжам.** Плевритлар. Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш.
2. **Бронхитлар: ўткир ва сурункали. Бронх астмаси.** Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш.
3. **ЮИК: Стенокардия.** Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш.
4. **Миокард инфаркти.** Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш.
5. **Гипертония касаллиги. Симптоматик артериал гипертония.** Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш.
6. **Юрак мароми бузилиши (аритмиялар).** Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, ЭКГ белгилари, даволаш.
7. **Ўткир ревматик иситма. Юракнинг сурункали ревматик касаллиги.** Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш.
8. **Орттирилган юрак нуқсонлари. Юрак митрал нуқсонлари.** Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш.
9. **Юрак аортал нуқсонлари.** Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш.
10. **Инфекцион эндокардит.** Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш.
11. **Гастрит. Колит. Энтерит.** Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш.
12. **Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги.** Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш.
13. **Сурункали гепатитлар. Жигар циррози ташхиси.** Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш.
14. **Гломерулонефритлар ва пиелонефритлар.** Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш.
15. **Сурункали буйрак етишмовчилиги ташхиси.** Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш.
16. **Темир танқислиги камқонлиги. В 12-фолат кислотаси танқислиги камқонлиги. Лейкоз: ўткир ва сурункали.** Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш.
17. **Қандли диабет. Тарқалган захарли бўқоқ.** Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш.

18. Бўғим касалликлари: Ревматоидли артрит. Остеоартроз. Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш.
19. Бириктирувчи тўқиманинг диффуз касалликлари: ТҚБ. ССД. Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш.
20. Аллергик касалликлар. Анафилактик шок. Квинки шиши. Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш.

Амалий машғулот давомида аниқ бир мавзуларни назарий жиҳатдан чуқур ўрганиш, услубий жиҳатдан долзарб бўлган мавзуларни чуқур таҳлил қилиш, алоҳида муоммолар бўйича илмий жиҳатдан ишлаб чиқиш мақсадида савол-жавоб, суҳбат, доклад ва рефератларни муҳокама қилиш, ёзма назорат ишларини олиш, вазиятли масалаларни муҳокама қилиш ва тест саволларига жавоб бериш орқали эгалланилади. Шу билан бирга машғулот давомида интерфаол усуллардан ва компьютер, инновацион технологиялардан фойдаланган ҳолда назарий билимларни мустаҳкамлаш лозим.

- Амалий машғулотларни ўтказишда қуйидаги дидактик тамойилларга амал қилинади:

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

Ички касалликлар фани бўйича амалий машғулотда талабалар амалий кўникмаларни ўзлаштиришлари кўзда тутилган.

Амалий кўникмалар рўйхати:

1. Тиббий хужжатлар;
2. Тана ҳароратини ўлчаш;
3. Антропометрия: беморнинг бўй узунлигини ўлчаш, беморнинг оғирлигини ўлчаш, беморнинг кўкрак кафаси айланасини аниқлаш.
4. Кўкрак кафаси пальпацияси;
5. Ўпканинг таққослама перкуссияси;
6. Ўпканинг топографик перкуссияси;
7. Ўпка аускультацияси;
8. Юрак соҳаси пальпацияси;
9. Юрак перкуссияси (нисбий бўғиқ чегаралари);
10. Юрак перкуссияси (мутлок бўғиқ чегаралари);
11. Юрак аускультацияси;
12. Артериал қон босимни ўлчаш;
13. Пульснинг текшириш;
14. ЭКГ- олиш усуллари;
15. Нормал ЭКГ;
16. Қорин бўшлиғининг юзаки пальпацияси;
17. Қорин бўшлиғининг чуқур пальпацияси;
18. Жигар пальпацияси;
19. Курлов бўйича жигар перкуссияси;
20. Буйрак пальпацияси;

21. Лимфатик тугунлар пальпацияси;
22. Талок пальпацияси ва перкуссияси;
23. Анализлар тахлили: балғам, ошқозон шираси, дуоденал йиғиндиси, сийдик, ахлат, умумий қон тахлили;
24. Бўғилиш хуружида ингаляторларни қўллаш;
25. Бўғилиш хуружида биринчи ёрдам кўрсатиш.

Ўқув клиник амалиётни ташкил этиш бўйича кўрсатма ва тавсиялар

Талабаларнинг “Ички касалликлар” фани бўйича клиник амалиёти таълим жараёнининг 50%ини ташкил қилади ва амалий машғулотлар “1-сон факултет ва госпитал терапия” кафедраси, ревматология, кардиоревматология, терапия ва шошилиш тез тиббий ёрдам клиник шифохонаси бўлимларида ўтказилади.

Амалий машғулотда амалий кўникмаларга ўргатиш жараёни батафсил режалаштирилади ва бир неча босқични ўз ичига олади:

1. Биринчи босқич – машғулотнинг мақсади ва вазифаларидан келиб чиққан ҳолда ўрганилаётган амалий кўникмани ўрганиш мотивацион асоси аниқланади, унинг назарий жиҳатлари муҳокама қилинади. Амалий кўникмаларни амалга ошириш учун керакли асбоб-анжомлар ишлаш механизми, ишлатиш қоидалари билан талабалар таништирилади.

Биринчи босқични амалга ошириш учун кафедрада барча асбоб анжомлар мавжуд ва ишчи ҳолатда бўлиши лозим.

2. Иккинчи босқич – амалий кўникмани намоиш қилиб бериш ва кўп марта машқ қилиш. Бу босқични амалга ошириш учун амалий кўникмаларни қадамма қадам алгоритми педагог томонидан ва видеофильмлар орқали намоиш этилади, алгоритм асосида босқичма босқич тўғри бажаришга алоҳида эътибор қаратилади. Талаба амалий кўникмани мустақил, бироқ педагог назорати остида муляжлар, тренажёрлар, фантомлар ва манекенларда, кўп марта машқ қилиб ўрганадилар. Бошида барча босқичларини алоҳида, кейинчалик умумлаштирган ҳолда тўлиқ ва тўғри бажара олгандан сўнг беморда қўллашга руҳсат берилади (имитацион тренинг).

Иккинчи босқични амалга ошириш учун кафедра томонидан ишлаб чиқилган амалий кўникмалар қадамма қадам алгоритми ва видеофильми, ўқув-услубий қўлланмаси, бажариш схемаси ёки техникаси ва ҳ.к., баҳолаш мезонлари ишлаб чиқилган бўлиши лозим. Муляжлар, тренажёрлар, фантомлар ва манекенлар, имитаторлар, асбоб анжомлар бўлиши лозим ва керакли шарт шароитлар (максимал даражада иш шароитига яқин моделлаштирилган) яратилиши лозим. Бу босқичда педагог назорат қилади ва керак бўлганда талабалар ишидаги хатоликларни тўғирлайди. Бу жараёнда талаба ҳаракатлари видеотасвирга олиниб ўзига намоиш этилиши, танқидий муҳокама қилиниши мумкин. Талаба, унинг хатоси нимада эканлигини, ўқитувчига ва бошқа талабаларга тушунтириб беради ва сўнгра муолажани такрорлайди. Интерфаоллик шунда намоён бўладиги, бунда бошқа талабалар эксперт сифатида чиқишда ва ўқитилаётган талабанинг амалий кўникмани тўғри ўзлаштирилганлигини баҳолашда иштирок этадилар. Амалий кўникма афтоматизм даражасигача етказилиши мақсадга мувофиқ.

3. Учинчи босқич - ўрганилган билим ва амалий кўникмани беморда қўллаш. Бу босқичда талаба ўзлаштирилган билим ва амалий кўникмани турли хил клиник ҳолатларда (шу жумладан шошилиш ҳолатларда) қўллашга, олинган натижаларни

таҳлил қилишга ва шу маълумотлар асосида ҳаракат тактикасини белгилашга педагог назоратида ўргатилади.

Учинчи босқични амалга ошириш учун кафедра томонидан ишлаб чиқилган ўқув, услубий қўлланмалар, фотосуратлар, вазиятли масалалар ва тестлар тўплами, кейслар, клиник протоколлар, диагностика ва даволаш стандартлари, ўргатувчи касаллик тарихлари ва амбулатор карталар ва х.к. ишлатилиши лозим. Интерфаоллик шунда намоён бўладики, бунда бошқа талабалар нафақат эксперт сифатида чиқишда ва ўқитилаётган талабанинг амалий кўникмани тўғри ўзлаштирганлигини баҳолашда балки командада ишлашда иштирок этадилар.

4. Тўртинчи босқич – ҳулоса. Бу босқичда педагог талаба томонидан олинган билим ва эгаллаган кўникмани беморларда, турли хил вазиятларда, фаолият жараёнида тўғри ва тўлиқ қўллай олишига ишонч ҳосил қилиши керак ва шунда амалий кўникма ўзлаштирилди деб ҳисобланади.

Тўртинчи босқични амалга ошириш учун талаба бемор билан мустақил ишлаши педагог томонидан назорат қилинади, тиббий ҳужжатларни, касаллик тарихини ёзиб ҳимоя қилганда баҳоланади.

Машғулот сўнггида ўқитувчи ҳар бир талабанинг амалий кўникмани ўзлаштирганлигини тасдиқлайди. Талаба амалий кўникмани ўзлаштира олмаган вазиятларда, машғулотдан ташқари вақтда мустақил ўзлаштириш тавсия этилади ва педагогга қайта топширади. Талаба барча амалий кўникмаларни ўзлаштирган ҳолда фанни ўзлаштирган ҳисобланади.

Лаборатория ишларини ташкил этиш бўйича кўрсатмалар

Фан бўйича лаборатория ишлари намунавий ўқув режада кўзда тутилмаган.

V. Мустақил таълим ва мустақил ишлар

Мустақил таълим учун тавсия этиладиган мавзулар:

1. Ўпканинг сурункали обструктив касалликлари.
2. Пневмосклероз.
3. Ўпка эмфиземаси диагностикаси (этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш).
4. Нафас олиш аъзолари касалликларини замонавий лаборатор-инструментал текширув услублари.
5. Бронхиал астма касаллигида асмастик ҳолатида биринчи ёрдам кўрсатиш чоралари. Замонавий текширув услублари.
6. Юрак қон-томир тизими касалликларини замонавий текширув услублари.
7. Юрак аритмияларида кечиктириб бўлмайдиган ёрдам чоралари.
8. Симптоматик артериал гипертензиялар.
9. Миокард инфарктида кечиктириб бўлмайдиган ёрдам чоралари.
10. Уч табақали копкок етишмовчилиги.
11. Юракни комбинирланган иллатлари.
12. Ўткир чап қоринча етишмовчилигида кечиктириб бўлмайдиган ёрдам чоралари.
13. Ўпка шишида кечиктириб бўлмайдиган ёрдам чоралари.
14. Юрак туғма нуқсонлари. Лаборатор ва асбоб-ускуналар ёрдамида ташхислаш, оқибати, даволаш.
15. Ошқозон ости беши касалликлари диагностикаси. Замонавий текширув услублари.

16. Жигар санчиги, кечиктириб бўлмайдиган ёрдам чоралари.
17. Нефротик синдром. Замонавий текширув услублари.
18. Семизлик, этиопатогенез, кечиши.
19. Гипо ва гипергликемик кома.
20. Гиповитаминоз.

Фан бўйича мустақил иш аудитория ва аудиториядан ташқари ўтказилади.

Талаба мустақил ишини ташкил этишда қуйидаги шакллардан фойдаланилади:

- Беморлар курациясида даволовчи ёки навбатчи шифокор билан назорат қилишда иштирок этиш;
- Аҳоли орасида санитар оқартув ишларни суҳбат ва маърузаларни ўтказиш;
- Айрим назарий мавзуларни ўқув адабиётлари ёрдамида мустақил ўзлаштириш;
- Берилган мавзу бўйича ахборот (реферат) тайёрлаш;
- Фаннинг бўлимлари ёки мавзулари устида махсус ёки илмий адабиётлар (монографиялар, мақолалар) бўйича ишлаш ва маърузалар қилиш;
- Вазиятли ва клиник муаммоларга йўналтирилган вазиятли масалалар ечиш;
- Кейс (реал клиник вазиятлар ва клиник вазиятли масалалар асосида case-study) ечиш;
- График органайзерларни ишлаб чиқиш ва тўлдириш;
- Презентация ва видеороликлар тайёрлаш ҳамда мустақил иш жараёнида кенг қўллаш ва ҳ.к.

Фан бўйича курс иши (лойиҳаси)

Фан бўйича курс иши ўқув режасида кўзда тутилмаган.

VI. Асосий ва қўшимча ўқув адабиётлар ҳамда ахборот манбалари

Асосий адабиётлар

1. Гадаев А.Г. Ички касалликлар. Дарслик. -Тошкент. Турон Замин Зиё нашриёти. 2018 й.
2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. Пропедевтика внутренних болезней. Учебное пособие. Москва. ГЭОТАР Медиа. 2012 г.
3. Гадаев А. Г., Каримов М.Ш. Ички касалликлар пропедевтикаси. Дарслик. - Тошкент. Мухаррир нашриёти. 2012 й.

Қўшимча адабиётлар

1. Гребенев А.Л. Пропедевтика внутренних болезней. Учебное пособие. - Москва. Медицина. 2011 г.
2. Рябов С.И. Внутренние болезни В 2-х т. Санкт-Петербург.: СпецЛит. 2015г.
3. Мурашко В.В. Общий уход за больными. Учебное пособие. –Москва. Медицина. 1988 г.
4. Гребенев А.Л., Щептулин А.А. Основы общего ухода за больными. –Москва. Медицина. 1991 г.
5. Бобожонов С.Н. Ички касалликлар. Дарслик. Тошкент. 2008; 2010 й.
6. Гордиенко А.В. Госпитальная терапия. Учебник. Санкт-Петербург.: СпецЛит. 2016 г.
7. Окорочков. А.Н., Диагностика и лечение болезней внутренних органов. Учебное пособие. Москва. 2009 г.
8. Струтынский А.В., Баранов А.П., Ройтберг Г.Е., Гапоненков Ю.П. Основы

- Семиотики внутренних органов. Учебное пособие. Москва. МЕДпресс-информ. 2013 г.
9. Скотт Стерн, Адам Сайфу, Дайн Олткорн. От симптома к диагнозу. Руководство для врачей (Перевод с английского). Москва. Геотар Медиа. 2008г.
 10. Мирзиёев Ш.М. Буюк келажгимизнинг мард ва олижаноб халқимиз билан бирга кураимиз. Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлигининг “O’zbekiston” нашриёт матбаа ижодий уйи. 2017 й.
 11. Мирзиёев Ш.М. Танқидий таҳлил, қатъий тартиб интизом ва шахсий жавобгарлик- ҳар бир раҳбар фаолиятининг кундалик қондаси бўлиши керак. Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлигининг “O’zbekiston” нашриёт матбаа ижодий уйи. 2017 й.
 12. Мирзиёев Ш.М. Эркин ва фаровон, демократик Ўзбекистон давлатини биргаликда барпо этамиз. Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлигининг “O’zbekiston” нашриёт матбаа ижодий уйи. 2016 й.

Интернет сайтлар:

1. www.medlibriry.ru
2. www.medline.ru
3. www.medbook.ru
4. www.tma.uz
5. www.ziyonet.uz
6. www.minzdrav.uz
7. www.tma.uz

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

O'quv bo'limi
tomonidan ro'yxatga
olindi № _____
« _____ » _____ 2019y.

“Tasdiqlayman”
O'quv ishlari prorektori
t.f.n. _____ G.J. Jarilkasimova
_____ 2019 y

ICHKI KASALLIKLAR PROPEDEVTIKASI FANI BO'YICHA
ISHCHI O'QUV DASTURI. 2019-2020 O'QUV YILI

Ta'lim yo'nalishi:

Bilim sohasi:	500000	– Sog'liqni saqlash va ijtimoiy ta'minot
Ta'limsohasi:	510000	– Sog'liqni saqlash
Ta'lim sohasi :	5510700	– Davolash ishi
	5111000	- Kasbiy ta'lim

Kurs 2
Soat hajmi 124 soat (117Ped)
Shu jumladan:
Ma'ruza 16 soat
Amaliy mashg'ulot 20 soat
Klinik mashg'ulot 36 soat
Mustaqil ish 52 soat

Buxoro – 2019

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

Tuzuvchi:

Narziev Sh.S. – Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrasida katta o'qituvchisi, t.f.n.

Taqrizchi:

Nurboyev F.E. –Xalq tabobati, reabilitologiya, kasb kasalliklari, ftiziatrya, sport tibbiyot madaniyati va sport kafedrasida mudiri,dotsenti

Nosirova M.SH. – Fakultet va gospital terapiya, gematologiya va klinik laboratoriyakafedrasida dotsenti

Ushbu ishchi dastur o'quv dasturi va o'quv reja asosida 5510700- davolash ishi, 5111000 -Kasbiy ta'lim yo'nalish bo'yicha tuzilgan va kafedra yig'ilishida muhokama qilingan va tasdiqlangan.

Bayonnoma № _____ « _____ » _____ 2019 y.

Kafedra mudiri: t.f.n., Babadjanova Z.H. _____

(imzo)

FUK rahbari: Nurov U.I.–Tibbiy pedagogika va OHI fakulteti dekani, Lor, oftalmologiya va onkologiya kafedrasida mudiri

Ushbu ishchi dastur o'quv dasturi va o'quv reja asosida 5510700- davolash ishi, 5111000 -Kasbiy ta'lim yo'nalish bo'yicha tuzilgan va Buxoro davlat tibbiyot instituti markaziy uslubiy kengashida muhokama qilingan va tasdiqlangan.

Bayonnoma № _____ « _____ » _____ 2019 y.

Uslubchi: Jumayeva Sh.B.

va patologik anatomiya, normal va patologik fiziologiya, farmakologiya) fanlaridan yetarli bilim va ko'nikmalarga ega bo'lishni talab qiladi.

Fanning ilm-fan, ishlab chiqarish va sog'liqni saqlashdagi o'rni

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

Fanni o'qitishda zamonaviy axborot va pedagogik texnologiyalar

Talabalarning ichki kasalliklar propedeutikasi fanini o'zlashtirishlari uchun o'qitishning ilg'or va zamonaviy usullaridan foydalanish, yangi information pedagogik texnologiyalarni tadbiiq qilish muhim ahamiyatga egadir. Fanni o'zlashtirishda darslik, o'quv va uslubiy qo'llanmalar, maruza matnlari, tarqatma materiallar, kompyuter dasturlari, elektron materiallar hamda EKG, videotizimlardan foydalaniladi. Ma'ruza va amaliy darslarda mos ravishda ilg'or pedagogik texnologiyalar qo'llaniladi.

Shaxsga yo'naltirilgan ta'lim. Bu ta'limga zimohiyatiga ko'rata'lim jarayoning barcha ishtirokchilarini to'laqonli rivojlanishlarini ko'zda tutadi. Bu esa ta'limni loyihalashtirilayotganda, albatta, ma'lum bir ta'lim oluvchining shaxsini emas, avvalo kelgusidagi mutahassislik faoliyati bilan bog'liq o'qish maqsadlaridan kelib chiqqan holda yondashilishni nazarda tutadi.

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

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

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

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

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

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

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

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

O'qitish vositalari. O'qitishning an'anaviy shakllari (darslik, ma'ruza) bilan birqatorda – kompyuter va axborot texnologiyalari.

Kommunikatsiya usullari: tinglovchilar bilan operativ teskari aloqa asoslangan bevosita o'zaro munosabatlar.

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

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

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

1."Assisment"usuli

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

1. Mavzuga oid simptomni aytib berish.
2. Muammoli masalani echish.
3. Test echish.
4. Amaliy ko'nikmani bajarish.

2."Moychechak" usuli:

Oldindan moychechak maketini plakatda, doskada tayyorlab qo'ying.

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

3. "Syurprizni top" o'yini:

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

Qatnashchilar dars xonasiga kirishgach, ularga ba`zi birlari sovg'a topishlari mumkinligi aytiladi. Navbat bilan stol tagidan topilgan qog'ozlardagi savollarga javob beriladi.

4. "Miya shturmi" usuli.

Usulning asosiy koidalari:

- fikrlarni tuzishga xalakit beradigan xech kanakangi ogoxlantirish ishlari va kritikalar bulmasligi
- agar fikr kanchalik gayritabiiy bulsa, shuncha yaxshiligini inobatga olish
- kuprok takliflar olishga xarakat kilish
- fikrlarni kombinatsiyalash va rivojlantirish
- keng asoslab bermay, kiska ta`rif berish
- guruxning fikrlarini aytadigan va kayta ishlaydiganlarga bulish

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

5. "Rotatsiya" usuli

Guruhni kichik guruhlariga bo'lib ularga bir nechta muammoli savol yoki vaziyatli masala beriladi.

Har bir kichik guruh 10 daqiqa davomida o'z javobini yozib keyingi savolga o'tadi. Oxirigacha barcha savollarga javob yoziladi. Yozilgan javoblar muhokama qilinib to'g'ri javob tanlanadi.

Ko`rgazmali plakatlardan foydalanadi.

6."Zaif halka" usuli

Guruhdagi talabalar doira hosil qilib o'tirishadi. Talabalarga navbat bilan mavzu yuzasidan tez va qisqa javoblar talab qilinadigan savollar beriladi. Savolga javob bera olmagan talaba o'yindan chiqadi. Eng oxirida qolgan talaba ko'p savollarga to'g'ri javob bergan bo'ladi.

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

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

Qatnashchilarga o'yin qoidasi tushuntiriladi: ular1,2,3 deb sonlarni ovoz chiqarib aytishlari, 3,3 ga bo'linadigan, 3 bilan tugaydigan sonlar o'rniga "Bum" so'zini aytishlari kerak. Diqqat qilib o'tirmagan, hisobda adashgan talabaga oldindan tayyorlangan savol berib, uning fikri o'rganiladi; Shu tariqa guruh qatnashchilari orasida o'yin davom ettiriladi.

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

9. "3 pog'onali intervyu” «3 pog'onali intervyu” har bir guruhga (3 kishidan) rollarga bo'lib beriladi.”Vrach”,”bemor”,”VOP ekspert”.”Bemorlarga” anonim ravishda tashxis aytiladi.Har bir

guruh 10-15 daqiqa ichida muhokama o'tkazadi."Ekspert" vrach harakatini uch qism bo'yicha baholaydi.

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

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

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

3. O'quv soatlari miqdori

Soat hajmi	O'quv yuklama miqdorining auditoriya mashg'ulotlari bo'yicha taqsimlanishi (soat)				Mustaqil ish
	Jami	Ma'ruza	Amaliy mashg'ulot	Klinik mashg'ulot	
124	72	16	20	36	52

4. Ma'ruzalar

4.1. Ma'ruza mashg'ulotlarining tematik rejasi

Ma'ruza mashg'ulotlar mavzusi

	Nomi	Soat
1	Kirish. Ichki tibbiyotning rivojlanish tarixi. Ichki kasalliklar propedevtikasi fani. Maqsadi, vazifalari. Vrachlik deontologiyasi asoslari. Maslaxat berish ko'nikmalari. Bemorlarni klinik tekshirish usullari va ichki kasalliklarni umumiy belgilari. So'rab-surishtirish. Shikoyati. Hayot tarixi. Fizik tekshiruv usullari: ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya.	2
2	Nafas a'zolari tizimi. Tekshirish usullari. So'rab-surishtirish. Fizik tekshirish usullari: ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya va auskultatsiya ob'ektiv tekshirish usullari. Asosiy va qo'shimcha nafas shovqinlari.	2
3	O'pkaauskultatsiyasi. Asosiy (vezikulyarvabronxial) vaqo'shimcha (xirillashlar, krepitatsiya, plevraishqalanishshovqini) nafasshovqinlari. Qo'shimchatekshirishusullaribronxoskapiya, bronxografiya, tomografiya. O'pkanifunksionaltekshirishusullarisperimetriya, spiroografiya, pnevmotaxometriya. Balg'amni tekshirish.	2
4	Asosiy klinik sindromlar. O'pka to'kimasini asosiy zichlashish sindromi. O'pkada bo'shliq hosil bo'lish sindromi. Plevra bo'shlig'ida havo yig'ilish sindromi. Bronxospazm sindromi. Nafas a'zolari kasalliklari.	2
5	Yurak-qon tomir tizimi. Tekshirish usullari. So'rab-surishtirish. Ko'zdan kechirish. Palpatsiya, perkussiya va auskultatsiya.	2
6	Yurak auskultatsiyasi. Yurak tonlari norma va patologiya. Shovqinlar.	2
7	Elektrokardiografiya. Yurak gipertrofiyasidagi EKG o'zgarishlari. O'tkir miokard infarktidagi	2

	EKG o'zgarishlari. Aritmiyalar. Yurak fibrilyatsiyasi haqida tushuncha.	
8	O'tkir revmatik isitma. Yurak nuqsonlari. Mitral teshik torayishi. Mitral qopqoqchalar yetishmovchiligi. Aortal stenoz va aortal klapan yetishmovchiligi.	2
	Jami:	16

4.2. Ma'ruza materiallarining mazmuni

Mavzu 1

Ichki kasalliklar propedevtikasi fani tarixi va rivojlanish tendensiyalari. Vrach deontologiyasiva vrach siri asosi. Yatrogeniya haqida ma'lumot. Diaqnoz va semiotika haqida tushuncha. Bemorlarni tekshirish tartibi bilan tanishtirish. Propedevtik klinik vazifalari.

Tibbiyot deontologiyasi, propedevtik klinikaning maqsadlari. Semiotika. Diaqnoz to'g'risida tushuncha. Bemorlarni tekshirishning umumiy rejasi. Bemorlar anamnezi, kasallik bayoni. Ichki tibbiyotning rivojlanishi to'g'risida qisqacha ma'lumot. IKP ning asosiy maqsadi va vazifalari. Vrachlik deontologiyasi haqida. Bemorlarni tekshirish usullari. Kasallik bayonining ilmiy, tibbiy va yuridik hujjat sifatida ahamiyati. Tashxis qo'yishda so'rab-surishtirish va anamnezning ahamiyati. Irsiy omillar. Boshdan kechirgan kasalliklar.

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

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

Internet saytlari

Mavzu 2

Nafas organlari kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni tekshirish usullari, so'rab-surishtirish, asosiy shikoyatlar palpasiya va perkussiya (qiyosiy va topografik).

O'pka auskultatsiyasi texnikasi va qoidalari. Asosiy va qo'shimcha nafas shovqinlari. Nafas organlari bilan kasallangan bemorlarni, funksional instrumental tekshirish usullari haqida tushuncha.

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

O'pka auskultatsiyasi texnikasi va qoidalari. Asosiy (vezikulyar va bronxial) nafas shovqinlari, mexanizmi, o'zgarish: kuchayishi va susayishi (fiziologik va patologik) va ularning diagnostik ahamiyati. Xirillashlar, paydo bo'lish mexanizmi (quruq, past va yuqori tonli, nam jarangli va jarangsiz, mayda, o'rta, yirik pufakchali), lokalizatsiyasi va tarqalishi, diagnostik ahamiyati. Balg'am va plevra suyuqligini tekshirish, diagnostik ahamiyati. Transudatni ekssudatdan farqi. Olingan natijalarni interpretatsiya qilish.

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

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

Internet saytlari

Mavzu 3

Nafas tizimi bilan kasallangan bemorlarda bo'ladigan asosiy sindromlar. Bronxlar o'tkazuvchanligini buzilish sindromi patogenizi. O'tkir va surunkali bronxitlar diagnostikasi. O'pka to'qimasida havo ortishi sindromi patogenizi. Nafas organlariga chekishning manfiy tasiri va patogenizi.

Bronxial astma va o'pka emfizemasi simptomatologiyasi.

O'tkir va surunkali bronxit simptomlari, uni rivojlanishida kasbning roli. O'pka obsrktiv kasalliklari

bilan og'riqan bemorlarni tekshirish: shikoyatlari, ko'zdan kechirish. Palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya. Nafas organlariga chekishning manfiy tasiri va pataginezi. Bronxial astma va o'pka emfizemasi simptomatologiyasi.

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

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

Internet saytlari

Mavzu 4

O'pka to'qimasini zichlashuv sindromlari. Krupoz va o'choqli pnevmaniya simptomlari. Plevra bo'shlig'ida havo va suyuqlik to'planishi sindromi patogenezi. Quruq va ekssudativ plevritlar simptomatologiyasi. Hidrotoraks, pnevmotoraks, diagnostikasi o'pkada bo'shliq sindromi patogenezi. Bronxoektatik kasallik, o'pka absessi simptomatologiyasi.

O'pka to'qimasini zichlashuv sindromini patogenezi. Shikoyatlari, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya. O'pka to'qimasi yallig'lanishi kasalligi bilan bemorlarni tekshirish. Plevritlarni shikoyatlari, ko'zdan kechirish palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya. Pnevmtoraks turlari (ochiq, berk, qopqoqli). Bronxoektatik kasallik, o'pka absessi: shikoyatlari, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya.

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

2. (qo'shimcha)- 1,2,3,4,5,6,8

Internet saytlari

Mavzu 5

Yurak qon-tomir kasalligi bilan bemorlarni tekshirish usullari. So'rab-surishtirish, ko'zdan kechirish.

Yurak sohasini palpatsiya va perkussiya qilish.

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

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

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

Internet saytlari

Mavzu 6

Yurak auskultasiyasi me'yorida va patologik holatda. Yurak tovushlari. Yurak shovqinlari.

Elektrokardiografiya va fonokardiografiya haqida tushuncha. EXOKG.

Yurak auskultasiyasi. Yurak auskultatsiyasida sistola va diastolaning farqi. Yurak tovushlari haqida tushuncha (1, 2, 3, 4), ularni hosil bo'lish mexanizmi. Ot dupuri ritmi, bedana sayrash ritmi, mayatniksimon ritmi, embriokardiya, taxikardiya, bradikardiya, aritmiya. Yurak shovqinlari, ularni hosil bo'lish mexanizmi. Klassifikatsiyasi. Funktsional va organik shovqinlarni farqi. Tomirlarni tekshirish. Qoida va usullari. Pulsni asosiy xarakteristikasi. Pulsni asosiy xarakteristikasi. Arterial qon bosimini o'lchash qoida, usul va texnikasi. Normal FKG, EXOKG haqida tushuncha. Fonokardiografiya va uni tashxis qo'yishda ahamiyati haqida tushuncha. Polikardiografik, EXOKG tekshiruv va uni ahamiyati haqida tushuncha, diagnostik

ahamiyati, interpretatsiya qilish. Normal EKG, o'qish usuli (ritm, intervallar, tishlar.) Yurak ritmi buzilishining va klinik ahamiyati.

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

2. (qo'shimcha)- 1,2,4,6,8

Internet saytlari

Mavzu 7

Revmatizm va birlamchi revmokardit simptomatologiyasi. Orttilirilgan yurak nuqsonlari diagnostikasi (mitral va aortal). O'tkir va surunkali yurak yetishmovchilik sindromi. Chap qorincha yetishmovchiligi.

Yurak illatlari. Orttilirilgan yurak paroklari illati etiologiyasi, patogenezi. Mitral qopqoq yetishmovchiligi gemodinamikasi, simptomatologiyasi, shikoyati, ko'zdan kechirish, palpasiya, perkussiya, auskultasiya). Mitral stenoz. Gemodinamikasi, shikoyati, ko'zdan kechirish, palpasiya, perkussiya, auskultasiya. Mitral illatlarda EKG, FKG, va EXOKG o'zgarishi shikoyati. O'tkir va surunkali yurak yetishmovchilik: ko'zdan kechirish, palpasiya, perkussiya, auskultasiya, EKG, EXOKG, FKG). Klinik ko'rinishi (yurak astmasi, o'pka shishi diagnostikasi, shoshilinch yordam). Surunkali yurak yetishmovchilik bosqichlari (kompensatsiyalangan va dekompensatsiyalangan). Yurak yetishmovchilik simptomatologiyasi, kompensatsiya mexanizmi. Aortal qopqoq yetishmovchiligi. Gemodinamikasi. Aortal stenoz gemodinamikasi, simptomatologiyasi.

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

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

Internet saytlari

Mavzu 8

Gipertoniya kasalligi simptomatologiyasi. Yurak ishemik kasalligi haqida tushuncha. Stenokardiya va miokard infarkti simptomatologiyasi. Stenokardiya hurujini to'xtash.

Shikoyati, ko'zdan kechirish, palpasiya, perkussiya, auskultasiya. Labolator instrumental diagnostikasi. Gipertonik kriz haqida tushuncha, shoshilinch yordam. Simptomatik gipertenziya (buyrak, endokrin, markaziy, gemodinamik). Etiologiya. Patogenez, stenokardiya klassifikatsiyasi, EKG diagnostika (bosqichlari va lokalizatsiyasi). Shoshilinch yordam.

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

2. (qo'shimcha)- 1,2,3,4,6,8

Internet saytlari

Amaliy va klinik mashg'ulotlarning tematik rejalari

№	Mashg'ulotlar mavzusi	Amaliy mashg'ulot	Klinik mashg'ulot	Hammasi
1	Kirish. Ichki tibbiyotning rivojlanish tarixi. Ichki kasalliklar propedeutikasi fani. Maqsadi, vazifalari. Vrachlik deontologiyasi asoslari. Maslahat berish ko'nikmalari.	1	1	2
2	Bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish: umumiy holati, es hushi, vaziyati, tana tuzilishi. Bemorni tana qismlari bo'yicha ko'zdan kechirish: bosh, yuz, bo'yin, teri qoplamlari, suyak-mushaklari,	1	3	4

	bo'g'implari.			
3	Antropometriya. Termometriya. Laborator va instrumental tekshiruvlar haqida umumiy tushuncha. Zamonaviy laborator va instrumental tekshiruv usullarining ahamiyati.	1	1	2
4	Nafas tizimi a'zolarini klinik tekshirish usullari. so'rab-surishtirish, umumiy ko'ruv, ko'krak qafasini ko'zdan kechirish. Ko'krak qafasi palpatsiyasi, maqsadi va vazifalari, bajarilishi, diagnostic ahamiyati.	1	3	4
5	Nafas tizimi a'zolarini fizikal tekshirish usullari: o'pka perkussiyasi, qoidalari va bajarilishi. Solishtirma perkussiya. Topografik perkussiya, perkutor tovush va o'pka chegaralarining norma va patologiyada xususiyatlari.	1	1	2
6	O'pka auskul'tasiyasi. Texnika va qoidalari. Asosiy (bronxial va vezikulyar) va qo'shimcha (xirillash, krepitasiya, plevra ishqalanish shovqini) nafas shovqinlari. Zamonaviy tekshirish usullari. Rentgenologik tekshiruv usullari: bronxoskopiya, bronxografiya, tomografiya. O'pkani funksional tekshiruv usullari: spirometriya, spiroografiya, pnevmatometriya. Balg'amni tekshirish.	1	3	4
7	O'pka to'qimasini zichlashish sindromi (Krupoz va o'choqli pnevmoniya misolida). O'pkada bo'shliq sindromi (O'pka abstsessi va bronxoektaz kasalligi misolida). Diagnostika, etiologiyasi va patogenez. Asosiy davolash prinsiplari	1	1	2
8	Bronxlar o'tkazuvchanligining buzilish sindromi. (o'tkir va surunkali bronxitlar, obstruktiv va noobstruktiv bronxit misolida). O'pka to'qimasida havo ortib ketish sindromi (bronxial astma, o'pka emfizemasi misolida). O'pkani obstruktiv kasalliklarini tekshirish. Diagnostika, etiologiya va patogenez. Asosiy davolash prinsiplari	1	3	4
9	Plevra bo'shlig'ida havo va suyuqlik to'planish sindromi (Plevrit, gidrotoraks, pnevmotoraks). Nafas yetishmovchiligi, etiologiya, patogenez, diagnostika va asosiy davolash prinsiplari.	1	1	2
10	Yurak-qon tomir tizimi. Tekshirish usullari. So'rab-surishtirish. Ko'zdan kechirish (umumit holati, teri qoplamlarini rangi, shishlar, bo'yinni ko'zdan kechirish). Diagnostik ahamiyati. Yurak sohasi va periferik tomirlar sohasini ko'zdan kechirish. Yurak sohasi palpatsiyasi va diagnostic ahamiyati.	1	3	4
11	Yurak perkussiyasi. Nisbiy va mutloq bo'g'liqlik chegarasini sog'lom odamda va patologiyada aniqlash. Yurak konfiguratsiyasi va uni patologiyada aniqlash. Diagnostik ahamiyati.	1	1	2

	Rentgenogramma tahlili.			
12	Yurak auskultatsiyasi qoidalari va eshitish nuqtalari. Yurak tonlari. Yurak qon tomir patologiyasida tonlarni o'zgarishi (kuchayishi va susayishi). Tonlarning ikkilanishi va bo'linishi. Diagnostik ahamiyati. Yurak qon tomir patologiyasida qo'shimcha tonlar.	1	3	4
13	Yurak shovqinlari. Pulsni tekshirish. Pulsni xususiyatlari. Arterial bosim va uni o'lchash qoidalari. Gipertoniya va gipotoniya haqida tushuncha. Diagnostik ahamiyati va tekshirish usullari.	1	1	2
14	Elektrokardiografiya. Yozib olish qoidalari. Normal elektrokardiogramma. EKG tahlili. Bo'lmachalar va qorinchalar gipertrofiyasidagi EKG o'zgarishlari. Koronar tomir yetishmovchiligidagi EKG belgilari.	1	3	4
15	Aritmiyalar EKG o'zgarishlari. Yurak avtomatizm va qo'zg'aluvchanligi buzilishida EKG belgilari.	1	1	2
16	Asosiy klinik sindromlar. Koronar tomir yetishmovchiligi sindromi. Qon aylanish yetishmovchiligi sindromi. Yurak astmasi, o'pka shishisi. Tomir yetishmovchilik sindromi. Kardiomegaliya. Kichik qon aylanish doirasida gipertenziya sindromi.	2	2	4
17	Revmatik isitma va birlamchi revmakardit simptomatologiyasi. Mitral teshik torayishi va mitral qopqoqchalar yetishmovchiligi. Diagnostika va asosiy davolash prinsiplari. Aortal nuqsonlar. Aorta ravog'i stenozi. Aorta qopqoqchalar yetishmovchiligi. Diagnostika va asosiy davolash prinsiplari.	2	2	4
18	Gipertoniya kasalligi. Simptomatik gipertenziya haqida tushuncha. Diagnostika va asosiy davolash prinsiplari. Yurak ishemik kasalligi. Stenokardiya va miokard infarkti. Diagnostika va asosiy davolash prinsiplari. (Bemorlar kurasiyasi. Kasallik tarixi №1)	1	3	4
	Jami:	20	36	56

5.2. Amaliy mashg'ulotlar mavzulari mazmuni.

Mavzu1

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

Klinikaga kirish. Ichki kasalliklar propedevtika kafedrasini va kafedraning talabalarga bo'lgan talabi bilan tanishish. Ichki kasalliklar haqida tushuncha. Ichki kasalliklar tibbiyotning bir sohasi bo'lib, ichki organlar kasalliklarining sababi-ni, klinik namoyon bo'lishini, davolash va profilaktikasini o'rganadi. Propedevtika fani ichki kasalliklar diagnostikasi-bemorlarni tekshirish metodikasi (so'rab-surishtirish, ko'zdan kechirish,

palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya), asosiy kli-nik va laborator tekshirish, kasalliklar diagnostikasida simptom va sindromlarni o'rgatadi. Shifokor va bemorning o'zaro munosabati, shifokorning burchi va vazifalari haqidagi fan – tibbiyot deontologiyasi. Kasallik bayoni cxemasi. Kasallik bayonining ilmiy, tibbiy, yuridik hujjat sifatidagi ahamiyati. Bemorga psixoterapevtik yondoshishdagi so'rab-surishtirishning, o'ziga xos ahamiyati. Bemorning shikoyatlari: asosiy, ikkinchi darajali. Kasallikning rivojlanish tarixi.

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

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

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

Internet saytlari

Mavzu2

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

Talabalarning bemorlar bilan alohida ishlashi. Shikoyatlar yig'indisi va kasallik hamda hayot anamnezi. Es-hushining holati, uning buzilishi turlari (tiniq, stupor, sopor, koma, es-hushning irritativ o'zgarishlari). Komaning ko'p uchraydigan turlari (alkogollik, apopleksik, gipoglikemik, diabetic, jigarga oid, uremik, epileptik). Bemorning holati (aktiv, passiv, majburiy). Bosh shakli va o'lchamlarining o'zgarishi (mikrotsefaliya, bosh pulsatsiyasi va boshqalar). Yuzni ko'zdan kechirish-yaqqol yuz, jins va yosh belgilari. Patologik o'zgarishlar, Korvizor yuzi,sher yuzi, parkinson maskasi, Gippokrat yuz, yuz muskullari harakati assimetriyasi va boshqalar. Ko'z, qovoqni, burun shakli va og'iz bo'shlig'ini, bo'yinni, teri va shilliq pardalarni ko'zdan kechirish. Tana haroratini o'lchash metodikasi. Isitma xarakteristikasi. Harorat oshishining darajalari. Isitma tiplari. Isitmaning kechishi. Krizis. Lizis. Gipotermiya. Harorat o'lchashning diagnostik ahamiyati. Issiqlik ajralishi.

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

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

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

Internet saytlari

Mavzu 3

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

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

Perkussiyaning asosiy qoidalari

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

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

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

Internet saytlari

Mavzu 4

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

Asosiy shikoyatlar va patogenezini. Ko'krakdagi og'riqlar, hansirash. Yo'tal (quruq, nam, davomiyligi, paydo bo'lish vaqti). Balg'am ajralishi. Qon ketish, burundan va o'pkadan, davomiyligi. O'pkadan, burun-xalqumdan, qizilo'ngach-dan, me'dadan qon ketishda qon tupurishning bo'lishi. Diagnostik ahamiyati. Burundan nafas olishning buzulishi. Yuqori nafas yo'llarini tekshirish. 2-darajali shikoyatlar: isitma, holsizlik, ishtahaning pasayishi. Hayot va kasallik anamnezi. Ko'krak qafasini ko'zdan kechirish. Nafas ritmining buzilishi va hansirashning bo'lishi. Ko'krak qafasi palpatsiyasi va perkussiyasi texnikasi, rezistentligini aniqlash. Qiyosiy perkussiya ketma-ketligi. Norma va patologiyada o'pka ustida perkutor tovush o'zgarishi.

Interaktiv usul: Akademik polemika, zaif halqa, qor uyumi

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

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

Internet saytlari

Mavzu 5

Sog'lom va nafas a'zolari bilan kasallangan bemorlarni topografik perkussiyasi. Auskultatsiya ob'ektiv tekshirish usuli sifatida. Auskultatsiya texnikasi va qoidalari. O'pka auskultatsiyasi: asosiy nafas shovqinlari (vezikulyar, bronxial).

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

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

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

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

Internet saytlari

Mavzu 6

O'pka auskultatsiyasi: qo'shimcha nafas shovqinlari (quruq va nam xirillashlar, krepitatsiya va plevra ishqalanish shovqini). Diagnostik ahamiyati. Bronxofoniya. Nafas organlari bilan kasallangan bemorlarni funktsional instrumental tekshirish usullari: spirometriya, pnevmotaxometriya, oksigemoterapiya. O'pkalarni rentgenologik tekshirish metodlari, bronxoskopiya, bronxografiya, tomografiya. Diagnostik ahamiyati.

Xirillashlar, paydo bo'lish mexanizmi. Quruq past tonli, yuqori tonli, nam jarangli, jarangsiz, mayda, o'rta, yirik pufakchali, xirillashlar lokalizatsiyasi va tarqalishi. O'pka rentgenoskopiyasi va rentgenografiyasi haqida tushuncha. Bronxografiya. Bronxoskopiya. Tomografiya. Spirometriya. Spirografiya. Nafas a'zolari kasallangan bemorlarni funktsional tekshirishni ahamiyati. Spirogramma. Pnevmatometriya, oksigemometriya, pnevmatografiya.

Interaktiv usul: assisment usuli, zaif halqa, ari uyasi, ratatsiya usuli

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

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

Internet saytlari

Mavzu 7

Laborator tekshiruv: balg'am va plevra suyuqligini tekshirish. Bronxlar o'tkazuvchanligini buzilishi sindromi. O'tkir va surunkali bronxitlar diagnostikasi. Chekishni nafas organlariga manfiy ta'siri.

Balg'amni tekshirishga olish usuli (umumiy tekshirish, balg'amni ekish). Plevrani punktsiya qilish texnikasi.

Plevra suyuqligini diagnostik ahamiyati. Balg'am va plevra suyuqligini laborator tekshirish. Transsudatni eksudatdan farqi. Nativ va bo'yalgan transportlarni makroskopik, mikroskopik ko'zdan kechirish va bakteriologik tekshirish. Bronxlar o'tkazuvchanligini buzilish sindromi, patogenezi. Shikoyatlari, ko'zdan kechirish. Palpatsiya. Perkussiya, auskultatsiya. O'tkir va surunkali bronxit simptomlari, uni rivojlanishida kasbni roli.

Interaktiv usul: Akademik polemika, ruchka stol o'rtasida

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

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

Internet saytlari

Mavzu 8

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

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

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

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

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

Internet saytlari

Mavzu 9

Plevra bo'shlig'ida havo va suyuqlik to'planish sindromi. Quruq va eksudativ pleurit bilan bemorlarni tekshirish. Hidrotoraks, pnevmotoraks simptomatologiyasi. Pnevmtoraks turlari (ochiq, berk, qopqoqli). O'pkada bo'shliq sindromi. O'pka abstsessi, bronxoektaz kasalligi bilan bemorlarni tekshirish. Bemorlar kuratsiyasi. Tibbiy bayonnoma yozish.

Plevra bo'shlig'ida havo va suyuqlik to'planish sindromi patogenezi. Shikoyatla-ri, ko'zdan kechirish. Palpatsiya. Perkussiya, auskultatsiya. Quruq va eksudativ pleuritlar simptomatologiyasi. Hidrotoraks, pnevmotoraks simptomatologiyasi.

Pnevmtoraks turlari (ochiq, berk, qopqoqli). O'pkada bo'shliq sindromi patogenezi. Shikoyatlari, ko'zdan kechirish. Palpatsiya. Perkussiya, auskultatsiya. Bronxoektatik kasalligi, o'pka abstsessi simptomatologiyasi. Talabalarni mustaqil ishlari, o'qituvchi nazoratida.

Interaktiv usul: Intsident usuli, Galereya bo'yi-cha, akademik polemika

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

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

Internet saytlari

Mavzu10

Oraliq nazorat №1 nafas tizimi kasalliklari bo'yicha.

Yurak, qon-tomir kasalligi bilan bemorlarni tekshirish usullari. So'rab-surishtirish, ko'zdan kechirish. Yurak soxasini, periferik tomirlarni ko'zdan kechirish. Yurak soxasini palpatsiya qilish Nafas tizimi kasalliklari bo'yicha tibbiy bayonnoma yozish. So'rab-surishtirish. Asosiy shikoyatlari, ularni patogenezi. Yurak sohasida og'riq. Og'riq hosil bo'lish mexanizmi, lokalizatsiyasi, tabiati, davomiyligi, irradiatsiyasi, intensivligi, tarqalishi. Hansirash, yurak hansirashi paydo bo'lish mexanizmini intensivligi. Yurak astmasi. Yurak tez urishi. Yo'tal, qon tuflash xarakteri, paydo bo'lish mexanizmi, diagnostik ahamiyati. Ko'zdan kechirish. Tana tuzilishi. Es-hushi. Holati. Teri rangi. Yurak sohasini ko'zdan

kechirish. Yurak bukriligi. Cho'qqi va yurak turtkisini palpatsiyasi. Sistolik va diastolik titrashni aniqlash. "Mushuk xirillashi" simptomi. Aorta palpatsiyasi, epigastral pulsatsiyani palpator o'rganish, yurak va jigar pulsatsiyasidan farqlash.

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

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

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

Internet saytlari

Mavzu 11

Yurak perkussiyasi. Sog'lom odamda va patologiyada yurakni nisbiy bo'g'qlik chegarasini aniqlash.

Sog'lom odamda va nafas organlari, yurak, qon-tomir patologiyasida yurak mutloq bo'g'qlik chegarasini aniqlash. Yurak konfiguratsiyasi, rentgenogramma taxlil qilish. Diagnostik ahamiyati

Yurak perkussiyasini texnikasi va qoidasi. Yurak nisbiy bo'g'qlik chegarasini va tomirlar tutamini aniqlash usuli. Yurak belini aniqlash. Yurak nisbiy bo'g'qlik chegarasi. Patologiyada yurak bo'g'qlik chegaralarining o'zgarishi: nafas organlari va yurak, qon-tomir kasalligida, tana holati o'zgarganda. Yurak mutloq bo'g'qlik chegarasini aniqlash usuli. Yurak mutloq bo'g'qlik o'lchami. Nafas va yurak, qon-tomir kasalligida yurakni bo'g'qlik chegarasini o'zgarishi. Bu o'zgarishlarni diagnostik ahamiyati.

Interaktiv usul: ratatsiya usuli, akademik polemika

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

2. (qo'shimcha)- 1,2,4,6,8

Internet saytlari

Mavzu 12

Yurak auskultatsiyasi: sog'lom odamda yurak tovushlarini xarakteristikasi. Yurak tonlarini eshitish nuqtalari. Tovushlarni asosiy xossalari: tembri, kuchi. Asosiy tovushlarni kuchayishi va susayishi.

Yurak, qon-tomir kasalligida tovushlarni o'zgarishi: ot dupuri ritmi, bedana sayrashi ritmi, mayatniksimon ritm, embriokardiya. Taxikardiya, bradikardiya, aritmiya.

Yurak auskultatsiyasi. Auskultatsiya qoidalari. Ko'krak qafasini oldingi devorida qopqoqlar proyeksiyasi va ularni eshitish joylari. Yurak auskultatsiyasi: nafas olishni turli fazasida, tanani har xil holatida, tinch holatda va fizik zo'riqishdan keyin. Yurak auskultatsiyasida sistola va diastolani farqi. Yurak tovushlari haqida tushuncha (1,2,3,4), ularni hosil bo'lish mexanizmi. Asosiy (1,2,3,4) va qo'shimcha mitral qopqoq ochilish tovushi, perikard-ton, tovushlarni bo'linishi, ikkilanishi, ritmi, ularni patologiyada o'zgarishi.

Interaktiv usul: muammolar yechimi, galereya bo'yicha

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

2. (qo'shimcha)- 1,2,4,6,8

Internet saytlari

Mavzu 13

Yurak auskultatsiyasi. Yurak shovqinlarini hosil bo'lish mexanizmi, ularni tasnifi. Yurak, qon-tomir patologiyasida yurak shovqinlarini xarakteristikasi. FKG yozish tizimi. Normal FKG, EXOKG haqida tushuncha. Diagnostik ahamiyati

Qon aylanishi. Yurak qopqoqlari anatomiyasi haqida tushuncha. Yurak shovqinlari, ularni hosil bo'lish mexanizmi. Klassifikatsiyasi. Funktsional va organik shovqinlarni farqi. Yurak faoliyati fazasiga shovqinlarni munosabati. Sistolik va diastolik shovqinlar: protodiastolik, mezodiastolik, presistolik, total, diastolik shovqinlari xakteri, tembri, davomiyliqi. Shovqinlarni eng yaxshi eshitilish joylari. Perikard ishqalanish shovqini, plevroperikardial shovqinlar. Arteriya va venalar auskultatsiyasi. Traube ikki tovushi, patologik, diastolik, Vinogradov Dyuroz'ye shovqini.FKG va uni tashxislash ahamiyati haqida tushuncha. Polikardiografiya tekshiruv va uni ahamiyati haqida tushuncha. EXOKG va uni diagnostik ahamiyati haqida tushuncha. EXOKG ni asosiy ko'rsatkichlari.

Interaktiv usul: assisment usuli, ari uyasi, miya hujumi

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

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

Internet saytlari

Mavzu 14

Tomirlarni tekshirish. Sog'lom odamda va yurak, qon-tomir tizimi patologiyasida pulsni xarakteristikasi. Arterial qon bosim. Gipertoniya va gipotoniya haqida tushuncha. Arterial qon bosimini o'lchash usuli. EKG ni yozib olish.

Tomirlarni tekshirish. Qoida va usullari. Pulsni asosiy xarakteristikasi. Arterial qon bosimni o'lchash qoida, usul va texnikasi. Maksimal, minimal, o'rta bosim. "Tasodifan" va asosiy bosim. Puls bosimi. Gipertoniya va gipotoniya haqida tushuncha. Oksillografiya, sfigmografiya, kapilyaroskopiya. Puls to'lqini tezligini aniqlash. Flebografiya. Vena bosimi, aniqlash usuli. Qon oqish tezligini o'lchash, diagnostic ahamiyati. Aylanib yuruvchi qon miqdori. Yurak qon chiqarishi va periferik qarshilik. Ortostatik sinama: nafas olishni to'xtatib tekshirish sinamasi. Yurakni asosiy vazifasi. Yurak-dipol. Ko'krak qafasida yurakni anatomik joylashuvi. EKG haqida tushuncha va uni diagnostic ahamiyati. Asosiy va qo'shimcha ulanishlar. Vektorkardiografiya haqida tushuncha.

Interaktiv usul: Akademik polemika, ratatsiya usuli, Klasster.

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

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

Internet saytlari

Mavzu 15

Normal EKG. Tishlar, interval, segmentlar haqida tushuncha va ularning hosil bo'lish mexanizmi. Avtomotizm, qo'zg'aluvchanlik vazifalari buzilganda EKG. Yurak funksiyasini buzilishi: avtomotizm, qisqarish, qo'zg'alish, o'tkazish

Yurak elektor o'qi haqida tushuncha. Normal EKG o'qish usuli (ritm, elektor o'qi, tishlar, intervallar). Asosiy klinik sindromlar. Sinus tugunida avtomotizm buzilganda: sinusli bradikardiya, taxikardiya, aritmiya, ekstrasistoliyalari: bo'lmacha, tuguncha, chap va o'ng qorincha ekstrasistoliyalari. Paroksizmal taxikardiya. Mertsal aritmiya, qorincha titrashi. Yurak defibrillyatsiyasi haqida tushuncha. O'tkazuvchanlikni buzilishi. Blokadalar: qorincha-bo'lmacha. Gis tutami o'ng va chap oyoqchasi va uni diagnostic, klinik ahamiyati.

Interaktiv usul: 3 pog'onali interv'yu, miya hujumi, galereya.

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

2. (qo'shimcha)- 1,2,3,4,6,8

Internet saytlari

Mavzu 16

Revmatizm va birlamchi revmokatit simptomatologiyasi. Revmatizm etiologiyasi va patogenezini. Revmatizm bilan bemorlarni tekshirish. Yurak mitral illati simptomatologiyasi (mitral qopqoq yetishmovchiligi va mitral stenoz).

Revmatizm va birlamchi revmokatit simptomatologiyasi. Revmatizm etiologiyasi va patogenezini. Revmatizm bilan bemorlarni tekshirish. Yurak mitral illati simptomatologiyasi (mitral qopqoq yetishmovchiligi va mitral stenoz).

Interaktiv usul: qor uyumi, akademik polemika.

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

2. (qo'shimcha)- 1,2,3,4,6,8

Internet saytlari

Mavzu 17

Aortal illatlar simptomatologiyasi (aortal qopqoq yetishmovchiligi va aortal teshik torayishi). Qon aylanish yetishmovchiligi (kompensatsiyalangan va dekompensatsiyalangan holat). Tomir

yetishmovchiligi.

Aortal illatlar simptomatologiyasi (aortal qopqoq yetishmovchiligi va aortal teshik torayishi). Qon aylanish yetishmovchiligi (kompensatsiyalangan va dekompensatsiyalangan holat). Tomir yetishmovchiligi.

Interaktiv usul: 3 pog'onali interv'yu, intsident usuli

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

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

Internet saytlari

Mavzu 18

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

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

Interaktiv usul: intsident usuli, akademik polemika

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

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

Internet saytlari

Klinik mashg'ulotlar mavzulari mazmuni

№	Klinik mashg'ulotlarning nomlarivaularning qisqacha mazmuni
1.	<p>Ichki kasalliklar propedeutikasi fanining vazifasi. Kasallarni tekshirish tartibi. Tibbiyot deontologiyasi haqida tushuncha. Kasallik bayonnomasi sxemasi, bemorlarni klinik tekshirish metodlari: so'rab-surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya. Bemorlar kurastiyasi. Bemorning shikoyatlarni yigish: . : asosiy, 2 – darajali. Hozirgi kasallik tarixi, hayot anamnezi yig'ish..</p>
2.	<p>Bemorni alohida so'rab-surishtirish. Talabalarning bemorlar bilan alohida ishlashi, shikoyatlar yig'indisi va kasallik hamda hayot anamnezi. Bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish umumiy ahvoli, es-hushining holati, tana tuzilishi). Umumiy ko'zdan kechirish qoidalari, ben bo'yicha ko'zdan kechirish: bosh, yuz, bo'yin, qo'l-oyoqlar, teri qoplamlari. Isitma. Harorat o'zgarishlari. Antropometriya. Antropometrik formula. Kasallik rmlari, tashxisida antropometriya ahamiyati. Indeks Kettle. Bemorlar kurastiyasi.</p> <p>Talabalarning bemorlar bilan alohida ishlashi. Shikoyatlar yig'indisi va kasallik hamda hayot anamnez Es-hushining holati, uning buzilishi turlari (tiniq, stupor, sopor, koma, es-hushning irritativ o'zgarishlar Komaning ko'p uchraydigan turlari (alkogollik, apopleksik, gipoglikemik, diabetic, jigarga oid, uremik epileptik). Bemorning holati (aktiv, passiv, majburiy). Bosh shakli va o'lchamlarining o'zgarishi (mikrotsefaliya, bosh pulsatsiyasi va boshqalar). Yuzni ko'zdan kechirish-yaqqol yuz, jins va yosh belgilari. Patologik o'zgarishlar, Korvizor yuzi, sher yuzi, parkinson maskasi, Gippokrat yuz, yuz muskullari harakati assimetriyasi va boshqalar. Ko'z, qovoqni, burun shakli va og'iz bo'shlig'ini, bo'yinni, teri va shilliq pardalarni ko'zdan kechirish. Tana haroratini o'lchash metodikasi. Isitma xarakteristikasi. Harorat oshishining darajalari. Isitma tiplari. Isitmaning kechishi. Krizis. Lisis. Gipotermiya. Harorat o'lchashning diagnostik ahamiyati. Issiqlik ajralishi.</p>

3	<p>Palpatsiya va perkussiya tekshirish usuli sifatida. Qalqonsimon bez va limfatik tugunlar palpatsiyasi. Klinik tekshirish sifatida palpatsiya va perkussiyaning qo'llanilishi. Palpatsiya va perkussiya rivojlanish tarixi, texnikasi, usullari, diagnostik ahamiyati. Perkutor tovush xarakteristikasi. .</p> <p>Limfa tugunlari palpatsiyasining ketma-ketligi. Limfa tugunlarining normal holatdagi xarakteristikasi. Qalqonsimon bez palpatsiyasi.i. Perkussiyada olinadigan tovushlar. Qiyosiy va topografik perkussiya. Perkussiyaning asosiy qoidalari. Bemorlar kurastiyasi</p>
4.	<p>Nafas organlari kasalliklari bilan bemorlarni tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, ko'krak qafasini ko'zdan kechirish, palpatsiya. O'pka perkussiyasi, qiyosiy perkussiya.</p> <p>Asosiy shikoyatlar va patogenezi. Ko'krakdagi og'riqlar, hansirash. Yo'tal (quruq, nam, davomiyliigi, paydo bo'lish vaqti). Balg'am ajralishi. Qon ketish, burundan va o'pkadan, davomiyliigi. O'pkadan, burun-xalqumdan, qizilo'ngach-dan, me'dadan qon ketishda qon tupurishning bo'lishi. Diagnostik ahamiyati. Burundan nafas olishning buzulishi. Yuqori nafas yo'llarini tekshirish. 2-darajali shikoyatlar isitma, holsizlik, ishtahaning pasayishi. Hayot va kasallik anamnezi. Ko'krak qafasini ko'zdan kechirish Nafas ritmining buzilishi va hansirashning bo'lishi. Ko'krak qafasi palpatsiyasi va perkussiyasi texnika rezistentligini aniqlash. Qiyosiy perkussiya ketma-ketligi. Norma va patologiyada o'pka ustida perkutor tovush o'zgarishi. . Bemorlar kurastiyasi</p>
5.	<p>Sog'lom va nafas a'zolari bilan kasallangan bemorlarni topografik perkussiyasi. Auskultatsiya ob'ektiv tekshirish usuli sifatida. Auskultatsiya texnikasi va qoidalari. O'pka auskultatsiyasi: asosiy nafas shovqinlari (vezikulyar, bronxial).</p> <p>O'pka perkussiyasi texnikasi. O'pkani yuqori chegarasi yoki uning balandligi va kengligini aniqlash. O'pkani pastki chegarasini aniqlash. Ko'krak qafasining shartli topografik chiziqlari. O'pka pastki qirrasining harakatchanligini aniqlash. Har xil fiziologik va patologik holatlarda o'pka chegarasining o'zgarishlari. O'pka auskultatsiyasi texnika va qoidalari. Asosiy (vezikulyar va bronxial nafas) nafas shovqinlari, ularning yuzaga kelish mexanizmi. Asosiy nafas shovqinlari o'zgarishi: kuchayishi va susayishi (fiziologik va patologik) va ularning diagnostik ahamiyati. . Bemorlar kurastiyasi</p>
6.	<p>O'pka auskultatsiyasi: qo'shimcha nafas shovqinlari (quruq va nam xirillashlar, krepitatsiya va plevra ishqalanish shovqini). Diagnostik ahamiyati. Bronxofoniya. Nafas organlari bilan kasallangan bemorlarni funktsional instrumental tekshirish usullari: spirometriya, pnevmotaxometriya, oksigemoterapiya. O'pkalarni rentgenologik tekshirish metodlari, bronxoskopiya, bronxografiya tomografiya. Diagnostik ahamiyati. Bemorlar kurastiyasi</p> <p>Xirillashlar, paydo bo'lish mexanizmi. Quruq past tonli, yuqori tonli, nam jarangli, jarangsiz, mayda, o'rta, yirik pufakchali, xirillashlar lokalizatsiyasi va tarqalishi. O'pka rentgenoskopiyasi va rentgenografiyasi haqida tushuncha. Bronxografiya. Bronxoskopiya. Tomografiya. Spirometriya. Spirografiya. Nafas a'zolari kasallangan bemorlarni funktsional tekshirishni ahamiyati. Cpirogramma. Pnevmatoxometriya, oksigemometriya, pnevmatoxografiya.</p>
7.	<p>Laborator tekshiruv: balg'am va plevra suyuqligini tekshirish. Bronxlar o'tkazuvchanligini buzilishi sindromi. O'tkir va surunkali bronxitlar diagnostikasi. Chekishni nafas organlariga manfiy ta'siri. Bemorlar kurastiyasi</p> <p>Balg'amni tekshirishga olish usuli (umumiy tekshirish, balg'amni ekish). Plevrani punktsiya qi. Lish texnikasi.Plevra suyuqligini diagnostik ahamiyati. Balg'am va plevra suyuqligini laborator tekshir tekshirish.Transsudat eksudatdan farqi. Nativ va bo'yalgan transportlarni makroskopik, mikroskopik skopik, makroskopik va bakteriologik tekshirish. Bronxlar o'tkazuvchanligini buzilish sindromi, Shiko ko'zdan kechirish. Palpatsiya. Perkussiya, auskultatsiya bajarish. O'tkir va surunkali bronxit simptomlari</p>

8.	<p>O'pka to'qimasida havo ortishi sindromi. Obstruktiv o'pka kasalliklari, bronxial astma, o'pka Ka emfizemasi bilan kasallangan bemorlarni tekshirish. O'pka to'qimasi zichlashish sindromi (krupoz va o'choqli pnevmoniya). Bemorlar kuratsiyasi</p> <p>O'pka to'qimasida havo ortish sindromi shikoyatlari yigish, ko'zdan kechirish. Palpatsiya. Perkussiya, auskultatsiya bajarish. O'pka obstruktiv kasalliklari bilan bemorlarni tekshirish Bronxial ast xial astma va o'pka emfizemasi. O'pka to'qimasini zichlashuv sindromi shikoyatlari yigish, ko'zdan dan kechirish. Palpatsiya. Perkussiya, auskultatsiya bajarish. O'pka to'qimasi yallig'lanishi ka- saligi bilan tekshirish. Krupoz va o'choqli pnevmoniya simptomlari.</p>
9.	<p>Plevra bo'shlig'ida havo va suyuqlik to'planish sindromi. Quruq va eksudativ plevrit bilan bemorlarni tekshirish. Hidrotoraks, pnevmotoraks simptomatologiyasi. Pnevmtoraks turlari (oq berk, qopqoqli). O'pkada bo'shliq sindromi. O'pka abstsessi, bronxoektaz kasalligi bilan bemorl tekshirish. Bemorlar kuratsiyasi. Tibbiy bayonnoma yozish. Bemorlar kuratsiyasi</p> <p>Plevra bo'shlig'ida havo va suyuqlik to'planish sindromis shikoyatlar yigish, ko'zdan kechirish. Palpatsiya. Perkussiya, auskultatsiya bajarish. Quruq va eksudativ plevritlar simptomatologiyasi. Hidr pnevmotoraks simptomatologiyasi.</p> <p>Pnevmtoraks turlari (ochiq, berk, qopqoqli). O'pkada bo'shliq sindromi shikoyatlari yig'ish , ko'zdan kechirish. Palpatsiya. Perkussiya, auskultatsiya bajarish. Bronxoektatik kasalligi, o'pka abstsess simptomatologiyasi. Talabalarni mustaqil ishlari, o'qituvchi nazoratida.</p>
10.	<p>Oraliq nazorat №1 nafas tizimi kasalliklari bo'yicha. Yurak, qon-tomir kasalligi bilan bemorlarni tekshirish usullari. So'rab-surishtirish, ko'zdan kechirish. Yurak soxasini, periferik tomirlarni ko'zdan kechirish. Yurak soxasini palpatsiya qilis Bemorlar kuratsiyasi</p> <p>Yurak, qon-tomir kasalligi bilan bemorlarni tekshirish usullari.. So'rab-surishtirish. Asosiy shikoyatlari g'ish Yurak sohasida og'riq. Og'riq hosil bo'lish mexanizmi, lokalizatsiyasi, tabiati, davomiyligi, irradiatsiyasi, intensivligi, tarqalishi. Hansirash, yurak hansirashi paydo bo'lish mexanizmini intensivli Yurak astmasi. Yurak tez urishi. Yo'tal, qon tuflash xarakteri, paydo bo'lish mexanizmi, diagnostik ahamiyati. Ko'zdan kechirish. Tana tuzilishi. Es-hushi. Holati. Teri rangi. Yurak sohasini ko'zdan kechirish. Yurak bukriligi. Cho'qqi va yurak turtkisini palpatsiyasi. Sistolik va diastolik titrashni aniqlash. "Mushuk xirillashi" simptomi. Aorta palpatsiyasi, epigastral pulsatsiyani palpator o'rganish, yurak va jiggar pulsatsiyasidan farqlash.</p>
11.	<p>Yurak perkussiyasi. Sog'lom odamda va patologiyada yurakni nisbiy bo'g'iqlik chegarasini aniql Sog'lom odamda va nafas organlari, yurak, qon-tomir patologiyasida yurak mutloq bo'g'iqlik chegarasini aniqlash. Yurak konfiguratsiyasi, rentgenogramma taxlil qilish. Diagnostik ahamiy Bemorlar kuratsiyasi</p> <p>Yurak perkussiyasini texnikasi va qoidasi. Yurak nisbiy bo'g'iqlik chegarasini va tomirlar tutamini anic usuli. Yurak belini aniqlash. Yurak nisbiy bo'g'iqlik chegarasi aniqlash. Patologiyada yurak bo'g'iqlik garasini o'zgarishi: nafas organlari va yurak, qon-tomir kasalligida, tana holati o'zgarganda. Yurak mu chegarasini aniqlash usuli. Yurak mutloq bo'g'iqlik o'lchami. Nafas va yurak, qon-tomir kasalligida yu ni bo'g'iqlik chegarasini o'zgarishi. Bu o'zgarishlarni diagnostik ahamiyati.</p>
12.	<p>Yurak auskultatsiyasi: sog'lom odamda yurak tovushlarini xarakteristikasi. Yurak tonlarini eshi nuqtalari. Tovushlarni asosiy xossalari: tembri, kuchi. Asosiy tovushlarni kuchayishi va susayish Yurak, qon-tomir kasalligida tovushlarni o'zgarishi: ot dupuri ritmi, bedana sayrash ritmi, mayatniksimon ritm, embriokardiya. Taxikardiya, bradikardiya, aritmiya. Bemorlar kuratsiyasi</p> <p>Yurak auskultatsiyasi bajarish.. Auskultatsiya qoidalari. Ko'krak qafasini oldingi devorida qopqoqlar proyekttsiyasi va ularni eshitish joylari. Yurak auskultatsiyasi: nafas olishni turli fazasida, tanani har xil holatida, tinch holatda va fizik zo'riqishdan keyin. Yurak auskultatsiyasida sistola va diastolani farqi. Yurak tovushlari haqida tushuncha (1,2,3,4), ularni hosil bo'lish mexanizmi. Asosiy (1,2,3,4) va qo'shi</p>

	mitral qopqoq ochilish tovushi, perikard-ton, tovushlarni bo'linishi, ikkilanishi, ritmi, ularni patologiya o'zgarishi.
13.	<p>Yurak auskultatsiyasi. Yurak shovqinlarini hosil bo'lish mexanizmi, ularni tasnifi. Yurak, qon-tomir patologiyasida yurak shovqinlarini xarakteristikasi. FKG yozish tizimi. Normal FKG, EXOKG haqida tushuncha. Diagnostik ahamiyati. Bemorlar kuratsiyasi</p> <p>Qon aylanishi.. Yurak shovqinlari, ularni hosil bo'lish mexanizmi. Funktsional va organik shovqinlarni aniqlash usullari. Sistolik va diastolik shovqinlar: protodiastolik, mezodiastolik, presistolik, total, diastolik shovqinlari xarakteri, temбри, davomiyligi. Shovqinlarni eng yaxshi eshitilish joylari. Perikard ishqalanishi, plevroperikardial shovqinlar. Arteriya va venalar auskultatsiyasini bajarish. Traube ikki tovushli patologik diastolik, Vinogradov Dyuroz'ye shovqini. FKG va uni tashxislash ahamiyati haqida tushuncha. Polikardiografiya tekshiruv va uni ahamiyati haqida tushuncha. EXOKG va uni diagnostik ahamiyati haqida tushuncha. EXOKG ni asosiy ko'rsatkichlari.</p>
14.	<p>Tomirlarni tekshirish. Sog'lom odamda va yurak, qon-tomir tizimi patologiyasida pulsni xarakteristikasi. Arterial qon bosim. Gipertoniya va gipotoniya haqida tushuncha. Arterial qon bosimini o'lchash usuli. EKG ni yozib olish. Bemorlar kuratsiyasi</p> <p>Tomirlarni tekshirish. Qoida va usullari. Pulsni asosiy xarakteristikasi. Arterial qon bosimini o'lchash qoida, usul va texnikasi. Maksimal, minimal, o'rtacha bosim. "Tasodifan" va asosiy bosim. Puls bosimi. Gipertoniya va gipotoniya haqida tushuncha. Oksilloografiya, sfigmografiya, kapilyaroskopiya. Puls tezligini aniqlash. Flebografiya. Vena bosimi, aniqlash usuli. Qon oqish tezligini o'lchash, diagnostik ahamiyati. Aylanib yuruvchi qon miqdori. Yurak qon chiqarishi va periferik qarshilik. Ortas sinama: nafas olishni to'xtatib tekshirish sinamasi. Ko'krak qafasida yurakni anatomik joylashuvi aniqlash. EKG haqida tushuncha. Asosiy va qo'shimcha ulanishlar. Vektorkardiografiya haqida tushuncha.</p>
15.	<p>Normal EKG. Tishlar, interval, segmentlar haqida tushuncha va ularning hosil bo'lish mexanizmi. Avtomotizm, qo'zg'aluvchanlik vazifalari buzilganda EKG. Yurak funksiyasini buzilishi: avtomotizm qisqarish, qo'zg'alish, o'tkazish. Bemorlar kuratsiyasi</p> <p>Yurak elektor o'qi haqida tushuncha. Normal EKG o'qish usuli (ritm, elektor o'qi, tishlar, intervallar). Asosiy klinik sindromlar. Sinus tugunida avtomotizm buzilganda: sinusli bradikardiya, taxikardiya, aritmiya, ekstrasistoliyalari: bo'lmacha, tuguncha, chap va o'ng qorincha ekstrasistoliyalari. Paroksizmal taxikardiya, Mertsal aritmiya, qorincha titrashi. Yurak defibrillyatsiyasi bajarish. O'tkazuvchanlikni buzilishi. Blokadalar: qorincha-bo'lmacha. Gis tutami o'ng va chap oyoqchasi va uni diagnostic, klinik ahamiyati haqida tushuncha.</p>
16.	<p>Revmatizm va birlamchi revmokatit simptomatologiyasi. Revmatizm etiologiyasi va patogenezi. Revmatizm bilan bemorlarni tekshirish. Yurak mitral illati simptomatologiyasi (mitral qopqoq yetishmovchiligi va mitral stenoz). Bemorlar kuratsiyasi</p> <p>Revmatizm va birlamchi revmokatit simptomatologiyasi. Revmatizm bilan bemorlarni tekshirish. Yurak mitral mitral illati (mitral qopqoq yetishmovchiligi va mitral stenoz) bilan bemorlarni tekshirish.</p>
17.	<p>Aortal illatlar simptomatologiyasi (aortal qopqoq yetishmovchiligi va aortal teshik torayishi). Qon aylanish yetishmovchiligi (kompensatsiyalangan va dekompensatsiyalangan holat). Tomir yetishmovchiligi. Bemorlar kuratsiyasi</p> <p>Aortal illatlar (aortal qopqoq yetishmovchiligi va aortal teshik torayishi) bilan bemorlarni tekshirish. Qon aylanish yetishmovchiligi (kompensatsiyalangan va dekompensatsiyalangan holat). Tomir yetishmovchiligi bilan bemorlarni tekshirish.</p>
18.	<p>Gipertoniya kasalligi simptomatologiyasi. Simptomatik gipertenziya haqida tushuncha (buyrak, endokrin, markaziy, gemodinamik). Bemorlar kuratsiyasi</p> <p>Gipertoniya kasalligi haqida tushuncha, simptomatologiya. Shikoyatlarni yig'ish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya. Laborator-instrumental diagnostikasi. Gipertonik kriz haqida tushuncha, shoshilinch yordam.</p>

7. Mustaqil ta'limni tashkil etishning shakli va mazmuni

Talaba mustaqil ishining asosiy maqsadi – o'qituvchining rahbarligi va nazorati ostida muayyan o'quv ishlarini mustaqil ravishda bajarish uchun bilim va ko'nikmalarni shakllantirish va rivojlantirish.

Mustaqil ishga qo'yilgan talablar:

- yangi bilimlarni mustakil tarzda puxta uzlashtirish va kunikmalarga ega bulish.
- kerakli malumotlarni izlab topish kulay usullari va vositalarini aniklash.
- axborot manbalari va manzillaridan samarali foydalanish.
- ananaviy ukuv va ilmiy adabiyotlar, meyoriy xujjatlar bilan ishlash
- elektron ukuv adabiyotlar va malumotlar banki bilan ishlash.
- internet tarmogidan maksadli foydalanish.
- berilgan topshirikning rastional echimini belgilash.
- malumotlar bazasini taxlil etish.

Talaba mustaqil ishini tashkil etishda Ichki kasalliklar propedevtikasi fanidan quyidagi shakllardan foydalaniladi:

- ayrim nazariy mavzularni o'quv adabiyotlari yordamida mustaqil o'zlashtirish;
- berilgan mavzular bo'yicha axborot (referat) tayyorlash;
- nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llash;
- avtomatlashtirilgan o'rgatuvchi va nazorat qiluvchi tizimlar bilan ishlash;
- Ilmiy maqola, anjumanga ma'ruza tayyorlash va h.k.

Krossvord, chaynvord, zaif halqa, muammoli masala va h.k. tayyorlash.

Mustaqil ish

№	MAVZU.	Soat
1	Bronxitlar (o'tkir va surunkali) simptomatologiyasi, diagnostik kriteriylari.	4
2	Pnevmoniya simptomatologiyasi, diagnostik kriteriylari .	4
3	Bronxial astma. Etiopatogenezi, klinika, diagnostika, davolash. Pikfloumetriya.	4
4	O'pka emfizemasi. Labarator va instrumental tekshirish usullari. Spirografiya.	4
5	Bronxoektatik kasallik. Labarator va instrumental tekshirish usullari. Bronxografiya va bronxoskapiya.	4
6	Plevritlar simptomatologiyasi, diagnostik kriteriylari.	4
7	Miokard infarkti simptomatologiyasi, diagnostik kriteriylari.	4
8	Simptomatik gipertoniya diagnostik kriteriylari.	4
9	Yurak mitral nuqsoni diagnostik kriteriylari .	5
10	Yurak aortal klapan nuqsoni diagnostik kriteriylari .	5
11	Elektrokardiografiya. Normal EKG.	5

12	Yurak aritmiyalari. EKG diagnostikasi.	5
	Jami :	52

AMALIY KO'NIKMALAR MAJMUASI

1. Bemorlarni so'rab-surishtirish
2. Bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish
3. Tana qismlarini ko'zdan kechirish
4. Ko'krak qafasi palpatsiyasi
5. Perkussiya usuli va bajarish texnikasi
6. O'pkaning qiyosiy perkussiyasi
7. O'pkaning topografik perkussiyasi
8. Krening maydonini aniqlash
9. O'pkaning yuqori chegarasini aniqlash
10. O'pkaning pastki chegarasini aniqlash
11. O'pka ekskursiyasini aniqlash
12. O'pka auskultatsiyasi
13. Bronxofoniyani amalga oshirish
14. Tashqi nafas funksiyasini aniqlash
15. Yurak sohasi palpatsiyasi
16. Yurak perkussiyasi: absolyut va nisbiy to'mtoqlik chegaralarini aniqlash
17. Yurak auskultatsiyasi
18. Yurak konfiguratsiyasini aniqlash
19. Periferik qon tomirlarida pulsni aniqlash
20. Qon bosimini o'lchash usullari
21. EKG tushirish texnikasi
22. EKG ni tahlil qilish printsiplari

Фойдаланиладиган адабиётлар рўйхати

Асосий адабиётлар

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

Қўшимча адабиётлар

1. Grebenev A.L. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2001.
2. Struto`nskiy A.V. "Osnovo` semiotiki zabolevaniy vnurenix organov" M. 2004. MEDpress-inform.
3. Karabaeva R.A. Praktikum po propedevtike vnutrennix bolezney, 1992.
4. Terapiya per. s angl. g` pod red. Chuchalina M. 1997.
5. Geotar M. Terapevticheskiy spravochnik Vashingtonskogo universiteta, per. s angl. -1996.
6. Textbook. Harrison's principles of internal medicine. Fauci A. Braunwald E ed. McGraw-Hill, 1998.
7. Textbook of internal medicine. William N. Kelley ed. Lippincott - Ravenpublishers, 1997.

8. Perevod s angliyskogo pod redaktsiey akad. RAMN V.T.Ivashkina “Vnutrennie bolezni po Devidsonu” Geotar M. 2009

Интернет сайтлари:

- 1.www.tma.uz
- 2.www.ziyonet.uz
- 3.www.medlincs.ru
- 4.www.medbook.ru.

Didaktik vositalar

Jixozlar, asbob uskunalar, mulyajlar, texnik vositalar: kompyuter, proyektor.

Kafedrada mavjud bulgan “IKP” faniga oid multimediyalar ro’yxati:

Markazlashgan va markazlashmagan kasalxona oshxonasining tuzilishi,

«Xafakonlik simptomatologiyasi»,

«Plevrit simptomatologiyasi»,

“Aritmiyalar”,

“Bronxialnaya astma”,

“Vrojdennno`e poroki serdtsa”

“Revmatoid artrit”,

“Miokard infarkti”,

“Issledovanie krovenosno`x sosudov.

Ish dasturi kafedraning majlisida ko’rib chiqildi

«__»_____2019 yil

Kafedra mudiri _____ t. f. n. Babadjanova Z. H.

2.Nazariy mashg'ulot materiallari

Ma'ruza №1

Ichki kasaliklar propedevtikasi fani tarixi va rivojlanish tendensiyalari. Vrach deotologiyasi va vrach siri asosi. Yatrogeniya haqida ma'lumot. Diagnostika va semiotika haqida tushuncha. Bemorlarni tekshirish tartibi bilan tanishtirish. Propedevtik klinik vazifalari.

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

Mashg'ulot vaqti – 2 soat	Studentlar soni: 20 dan 80 gacha
Mashg'ulot formasi	Ma'ruza axborot mashg'uloti
Ma'ruza mashg'ulot rejasi	1.Ichki kasaliklar propedevtikasi fani tarixi va rivojlanish tendensiyalari. 2.Vrach deotologiyasi va vrach siri asosi. 3.Yatrogeniya haqida ma'lumot. 4.Diagnostika va semiotika haqida tushuncha. 5.Bemorlarni tekshirish tartibi bilan tanishtirish. 6.Propedevtik klinik vazifalari.
Ma'ruza mashg'ulot maqsadi:	IKP fani bilan talabalarni tanishtirish. Uning tibbiyotdagi roli, tarixi. Tibbiy deontologiyasi. Diagnostika to'g'risida tushuncha.
O'qitish uslubi	Ma'ruza suhbat
O'qitish formasi	Yirik, guruhli.
O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, ma'ruza mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter.
O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki kontrol: savol-javob.

1.2. Ma'ruza mashg'ulotining texnologik kartasi.

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

(10 daqiqa)	3. Uyga vazifa beradi	Yozib oladi
-------------	-----------------------	-------------

Qisqacha bayoni

Tibbiyot deontologiyasi, propedevtik klinikaning maqsadlari. Semiotika. Diaqnoz to'g'risida tushuncha. Bemorlarni tekshirishning umumiy rejasi. Bemorlar anamnezi, kasallik bayoni. Ichki tibbiyotning rivojlanishi to'g'risida qisqacha ma'lumot. IKP ning asosiy maqsadi va vazifalari. Vrachlik deontologiyasi haqida. Bemorlarni tekshirish usullari. Kasallik bayonining ilmiy, tibbiy va yuridik hujjat sifatida ahamiyati. Tashxis qo'yishda so'rab-surishtirish va anamnezning ahamiyati. Irsiy omillar. Boshdan kechirgan kasalliklar.

Тема: Кириш. Ички касалликлар фанининг Ўзбекистонда тараккиети. Терапевтик мактаблар. Шарк клиник тиббиетининг намоендалари: Ибн Сино, ар – Розий. Тиббиет деонтологияси. Пропедевтик клиника вазифалари. Беморни текшириш режаси. Касаллик тарихи. Анамнез.

- Терапия фани 18 аср охирларида мужассамланди. (Гленар, Боткин, Захарин.)
- Кончаловский: «Каждый хирург в то же время должен быть хорошим терапевтом, ибо хирургический метод лечения является частью терапии»
- «Prosaideo» грек. суз – дастлабки ургатиш.



Мамлакатимиз терапевтик мактаблари асосчилари:

1. Слоним М.И. (1892-1945), терапия, физиотерапия



2. Мирочник М.Ф. (1875-1945) терапия, гастроэнтерология

3. Каценович Р.А. (1920-2003) кардиология



3. Аскарлов А. А. терапия, гастроэнтерология

5. Йулдашев К.Й. (терапия, кардиология)

Тошкент шифокорлари 1920 йилларда. Марказда профессор - укитувчилар



Шарк клиник тиббиетининг асосий намоендалари:



Тиббиет деонтологияси:

«deontos» - бурч. «logos» - фан.

Шифокор ва хамшира, кичик
тиббиет ходими, бемор хамда
унинг кавму кариндошлари
орасидаги булажак сухбатнинг
маданият даражасини
таъминловчи фан.

Эвтаназия - (evos – тинч, осойишта, tanatos – улим)

- Беморни уз еки якин кариндошлари истагига мувофик ҳаётдан қуз юмишини тезлаштириш (инкурабел ҳолатларда: политравмалар, онкологик ҳасталиклар ва х.о.)

ТУРЛАРИ:

- Пассив (бемор муолажадан очикдан очик еки яширинч равишда бош тортади)
- Актив (тиббий ходимлари томонидан амалга оширилади)

Ички касалликлар пропедевтикаси (ИКП) фанининг мақсади:

- Талабаларни ички касалликлар клиникасида кенг тарқалган ҳасталикларнинг асосий клиник аломатлари, уларнинг келиб чиқиш механизми ҳамда қулланилиши лозим бўлган клиник ва лаборатор-инструментал текшириш усулларининг диагностик аҳамияти билан таништириш.

Клиник аломатларнинг намоён бўлиш ҳолатига тугри баҳо бера олиш учун замин тайерлаш



Беморларни текшириш умумий режаси уз ичига камраб олади:

- а) Субъектив (сураб суриштириш – interrogatio: **шиқоятлар, ҳасталик тарихи – anamnesis morbi ва ҳаёт тарихи – anamnesis vitae**)
- б) Объектив – st. praesens obiectivus (**қуздан кечириниш – inspectio, пальпация – palpatio, перкуссия – percussio, аускультация – auscultatio**)
- в) Клиник-лаборатор (қон, сийдик умумий тахлили, биокимевий тахлиллар ва х.о.)
- г) Инструментал (рентгенологик, эндоскопик, томография ва х.о.)

Текшириш асосий усуллари:

1. Субъектив

Compliance (хамкорлик) субъектив усуллар
самарадорлиги асосидир



КУШ БАЛЛОНДИ ЭНТЕРОСКОПИЯ
(ХИРОНОРИ ЯМАМАТО, 2004й.)



• Qui bene diagnoscirt, bene curat

Диагноз. Диагностик жараен ва усуллар

«Симптомдан диагнозга»

- Diagnosis (грек. текшириш, аниклаш, фарклаш)
- Qui bene diagnoscirt, bene curat

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

Диагнозга аниклик киритиш жараени
давомида эътибор бериш лозим:

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

Д И А Г Н О С Т И К А «Qui bene diagnoscirt, bene curat»

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

- Индукция
- Дедукция

Д И А Г Н О С Т И К А

Диагностик жараен боскичлари:

- Далилларни туплаш
- Аналогия принципини куллаш (конкрет еки
абстракт тажрибага асосланиб)
- Дастлабки диагностик гипотеза
- Ухшаш диагностик гипотезалар билан
таккослаш
- Кушимча текшириш усулларини куллаш
- Сунгги диагностик гипотеза

Диагностика

- Диагностик жараен боскичлари таянади:
 - Клиник мушохада кенглигига
 - Анамнез йига олиш махоратига
 - Тупланган маълумотларни бахолошга

ДИАГНОСТИКА

- Diagnosis ex observacione (узок назорат давонида)
- Diagnosis per exclusionem (инкор этиш оркали)
- Diagnosis ex juantibus (синемали даволаш оркали)

Диагностика

Диагностика илмий жараен булиб уз ичига камраб олади:

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

Диагностик жараен схемаси:

1. Сураб суриштириш:
 - а) шикоятлар
 - б) касаллик анамнези
 - в) хаёт анамнези
2. Объектив
3. Лаборатор
4. Инструментал

Текшириш схемаси дедуктивдир. 20 000 ортик касалликлари тури мавжуд. Диагностик жараен вазифаси – ушбу ракамни 1 тага кадар кадар тушириш. Шикоятлар тахлили максади (схеманинг 1-чи боскичи) – қайси тизим (қон айланиш, нафас, хазм ва х.о.) органлари шикастланган. Ушбу кадам учраши мумкин булган хасталиклар сонини анчага камайтиради (2000 га кадар).

Диагностик жараен схемаси:

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

Диагностик хатоликлар сабаби: (Р. Хегглин)

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

Диагностик хатоликлар сабаби: (Р. Хегглин)

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

Врач хатоликлари тури:

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

Диагноз классификацияси:

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

Асосий диагностик усуллар (субъектив ва объектив):

Диагноз классификацияси:

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



маълумотларга таяниб диагноз қуйилади

Қушимча диагностик усуллар:

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

Қушимча диагностик усуллар:

Qui bene diagnoscirt, bene curat

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

«Симптомдан синдромга ва ундан кейин эса диагнозга»

ХУЛОСА:

Демак диагноз қуйиш жараени 3 босқичдан иборат:

- а) симптомларни аниқлаш
- б) симптомларни синдромга бирлаштириш
- в) синдромларга асосланиб диагноз қуйиш

«Факат тугри диагноз қуйган мутахассисгина, самарали даволайди»

ЭЪТИБОРИНГИЗ
УЧУН РАХМАТ !

Ма'руза №2

Нafас а'zolari тizimi. Tekshirish usullari. So'rab-surishtirish. Fizik tekshirish usullari:

ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya va auskultatsiya ob'ektiv tekshirish usullari. Asosiy va qo'shimcha nafas shovqinlari.

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

Mashg'ulot vaqti – 2 soat	Studentlar soni: 20 dan 80 gacha
---------------------------	----------------------------------

Mashg'ulot formasi	Ma`ruza axborot mashg'uloti
Ma`ruza mashg'ulot rejasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nafas organlari kasalliklari bilan og'riqan bemorlarni tekshirish usullari 2. so`rab-surishtirish, asosiy shikoyatlari, ko`zdan kechirish 3. palpasiya va perkusiya (Qiyosiy va topografik) . 4. O`pka auskultatsiyasi texnikasi va qoidalari. 5. Asosiy va qo`shimcha nafas shovqinlari. 6. Nafas organlari bilan kasallangan bemorlarni funksional-instrumental tekshirish usullari haqida tushuncha.
Ma`ruza mashg'ulot maqsadi:	Talabalarga so`rab surishtirishni, palpatsiya va perkussiyani o`rgatish.
O`qitish uslubi	Ma`ruza suhbat
O`qitish formasi	Yirik, guruhli.
O`qitish jihozlari	O`quv qo`llanma, ma`ruza mashg'ulotlar mundariyasi, proektor, kompyuter.
O`qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og`zaki kontrol: savol-javob.

1.2 Ma`ruza mashg'uloti texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu bo'yicha o`quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o`rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish 	
1. Mavzuga kirish (15 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi 2. Mavzu bo'yicha savollar beradi. 	Tinglaydilar Talabalar berilgan savollarga javob beradilar
2 – asosiy bosqich (65 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzuni tushuntirib beradi, slaydlar namoyish qiliش 2. Kўrgazmali plakatlardan foydalanaди 	Tinglaydilar Tinglaydilar
1-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi 	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

Qisqacha bayoni

Yo'tal (quruq, nam, davomiyligi, paydo bo'lish vaqti) Balg'am ajralishi- xarakteri, miqdori, balg'am ajralishining bemor holatiga bog'liqligi. Qon ketish (burundan, o'pkadan, burun-halqumdan, qizilo'ngachdan, me'dadan), qon tupurish, davomiyligi, diagnostic ahamiyati. Burundan nafas olishning buzilishi. Ko'krak qafasini ko'zdan kechirish, palpatsiya. Ko'krakda og'riqlar (xarakteri, joyi davomiyligi, intensivligi, tarqalishi) Ko'krak qafasini ko'zdan kechirish, palpatsiya. Ko'krak qafasini

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

O'pka auskultatsiyasi texnikasi va qoidalari. Asosiy (vezikulyar va bronxial) nafas shovqinlari, mexanizmi, o'zgarish: kuchayishi va susayishi (fiziologik va patologik) va ularning diagnostic ahamiyati. Xirillashlar, paydo bo'lish mexanizmi (quruq, past va yuqori tonli, nam jarangli va jarangsiz, mayda, o'rta, yirik pufakchali), lokalizatsiyasi va tarqalishi, diagnostic ahamiyati. Balg'am va plevra suyuqligini tekshirish, diagnostik ahamiyati. Transudatni eksudatdan farqi. Olingan natijalarni interpretatsiya qilish.

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

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

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

Р. Лаэннек (1782-1826й)

Бевосита аускультация

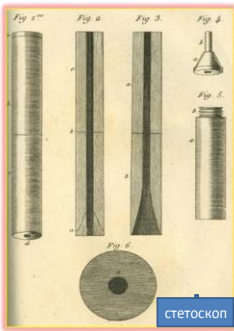


Утмишда аускультация



Аускультация техник воситалари:

Аускультация тартиби:

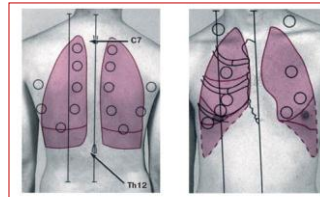


стетоскоп



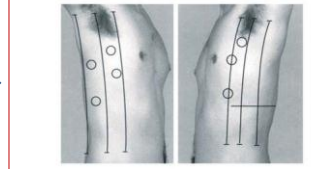
фонендоскоп

оркадан



олдиндан

Ен томондан

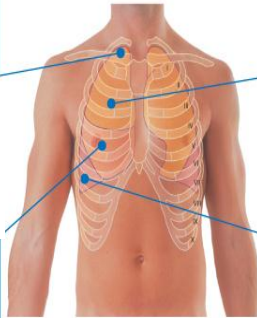


Олд томондан

Орка томондан



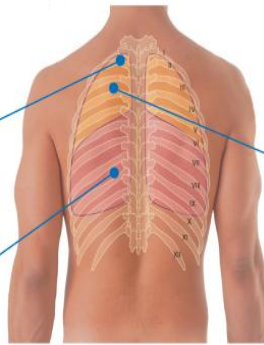
Унг упка чуққиси эшитилиш соҳаси



Унг упка юқори булаги эшитилиш соҳаси



Чап упка чуққиси эшитилиш соҳаси



Чап упка юқори булаги эшитилиш соҳаси



Унг упка урта булаги эшитилиш соҳаси



Унг упка қуйи булаги эшитилиш соҳаси



Чап упка қуйи булаги эшитилиш соҳаси

Расм № Унг упка эшитилиш соҳалари

Нормал нафас шовкинлари:

Нафас шовкинларининг замонавий классификацияси

1 – везикуляр (альвеоляр)



2 - бронхиал (ларинготрахеал)

• Лаэннек томонидан таклиф этилган



Тубуляр (Трахеал – бронхиал)



Бронховезикуляр



Везикуляр

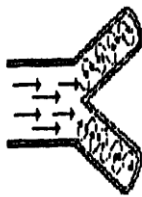
Расм № Нафас шовкинларининг замонавий классификацияси

Хаво ҳаракати турлари

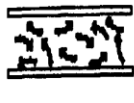
Хавонинг ламинар ҳаракати



Хавонинг аралаш ҳаракати

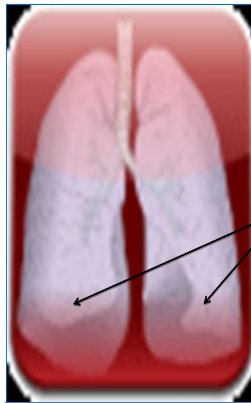


Хавонинг турбулент ҳаракати



Расм № Хаво ҳаракати турлари

Везикуляр нафас шовкини



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

Везикуляр нафас шовкинининг асосий хусусиятлари:

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

Везикуляр нафас шовкинини нормада узгаришлари:

Кучайиши:

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

Сусайиши:

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

Везикуляр нафас шовкининг кукрак кафасида яккол эшитили сохалари

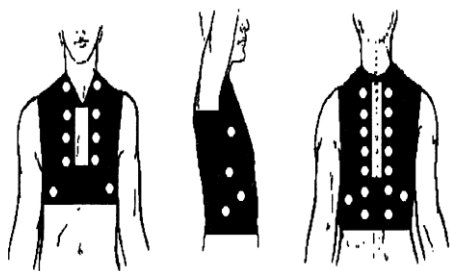


Рис. 14.6. Приводится с изменениями из: Lehrer S.: Understanding Lung Sounds. Philadelphia, W.B. Saunders, 1984

Везикуляр нафас шовкинини патологияда узгариши

Кучайиши:

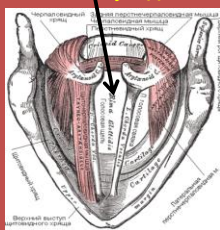
- а) дагал везикуляр нафас шовкини
- б) саккодирлашган везикуляр нафас шовкини

Сусайиш сабаблари:

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

Бронхиал нафас шовкини

➤ Овоз бойламаси еригидан хаво утиши натижасида пайдо бўлади



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



Бронхиал нафас шовкини хусусиятлари:

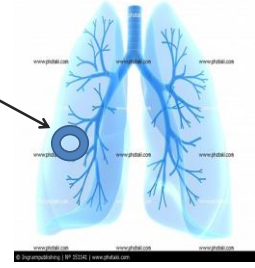
1. Баланд (график манзараси йугон инспиратор ва экспиратор чизиклар билан чизилади)
2. Экспиратор фазаси чузик ва давомийлиги билан, одатан, инспиратор фазага тенг (нисбати 1:1)
3. Бронхиал шовкин эшитилмаган чоғда, нафас олиш ва чиқариш орасида пауза бўлади

Бронхиал нафас шовкини нормада эшитилиш нукталари



Бронхиал нафас шовкини патологик турлари:

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



Бронхиал нафас шовкини патологик турлари:

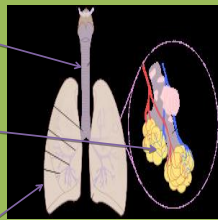
- 2 – металлик (очик пневмотораксда)
- 3 – стенотик (бронхитларда)
- 4 – везикобронхиал (нафас олишда везикуляр, чиқаришда эса бронхиал шовкин эшитилади, мисол крупоз пневмонияда)

Везикуляр ва бронхиал нафас шовкинларининг фарқи:

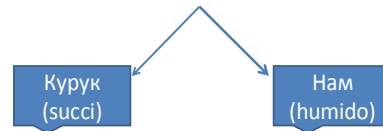
Мезонлар:	Нормал нафас шовкинлар	
	Везикуляр	Бронхиал
1. Келиб чиқиш механизми	Альвеолалар девор тебриши	Овоз бойламлари тор еригидан хавони утиши
2. Эшитилиши нафаснинг қайси фазасига боглик	Инспиратор	Экспиратор
3. Эшитилиш соҳаси	Упканинг куйи қисми	Упканинг юкори қисми
4. Шовкин ухшайди:	«Ф» харфи талафузидаги товушга	«Х» харфи талафузидаги товушга

Патологик нафас шовкинлари

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



Хириллашлар тури:



- 1 – Ronchi sibilantes (баланд хириллаш)
2. Ronchi sanori (паст хириллаш)

- 1 – майда
2 – урта
3 – йирик пуфакчали нам хириллашлар

Патологик нафас шовкинларининг алоҳида турлари

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

Крепитациянинг график манзараси



Крепитация ва нам хириллашлар дифференциацияси

Нам хириллашлар

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

Крепитация

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

Курук хуштаксимон хириллашлар билан кечадиган клиник холатлар

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

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

Плевра ишқаланиш шовкиннинг график манзараси



Плевра ишқаланиш шовкиннинг физик хусусияти



ВДОХ

ВЫДОХ

Утказувчанлик тўфайли содир буладиган овоз шовкинлари

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

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

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

Ушбу феноменлар заминида упка туқимасини зичлашув синдроми етади.

Аускультация



Эътиборларингиз учун раҳмат!

Ma'ruza №3

O'pka auskultasiyasi. Asosiy (vezikulyar va bronxial) va qo'shimcha (xirillashlar, krepitasiya, plevra ishqalanish shovqini) nafas shovqinlari. Qo'shimcha tekshirish usullari bronxoskopiya, bronxografiya, tomografiya. O'pkani funksional tekshirish usullari spirometriya, spiroografiya, pnevmotaxometriya. Balg'amni tekshirish.

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

Mashg'ulot vaqti – 2 soat	Studentlar soni: 20 dan 80 gacha
Mashg'ulot formasi	Ma'ruza axborot mashg'uloti
Ma'ruza mashg'ulot rejasi	1. Nafas tizimi bilan kasalangan bemorlarda bo'ladigan asosiy sindromlar. 2. Bronxlar o'tkazuvchanligini buzilish sindromi patogenezi. 3. O'tkir va surunkali bronxitlar diagnostikasi. 4. O'pka to'qimasida havo ortish sindromi patogenezi. 5. Nafas organlariga chekishning manfiy ta'siri va patogenezi. 6. Bronxial astma va o'pka emfizemasi simptomatologiyasi.
Ma'ruza mashg'ulot maqsadi:	Talabalarga nafas tizimi bilan kasalangan bemorlarda bo'ladigan asosiy sindromlarni o'rgatish.
O'qitish uslubi	Ma'ruza suhbat
O'qitish formasi	Yirik, guruhli.
O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, ma'ruza mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter.
O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki kontrol: savol-javob.

1.2 Ma'ruza mashg'uloti texnologik kartasi

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

Qisqacha bayoni

O'tkir va surunkali bronxit symptomlari, uni rivojlanishida kasbning roli. O'pka obsruktiv kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni tekshirish: shikoyatlari, ko'zdan kechirish. palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya. Nafas organlariga chekishning manfiy tasiri va pataginezi. Bronxial astma va o'pka emfizemasi simptomatologiyasi.

Маъруза № 3

Бронх-ўпка касалликларида учрайдиган асосий синдромлар. Бронх ўтказувчанлигини бузилиши синдроми. Уткир ва сурункали бронхитлар. Упка туқимасида ҳаво ошиши синдроми. Чекишнинг салбий таъсири.

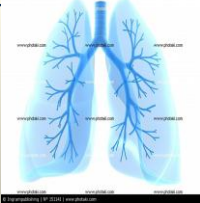
Бронхиал астма ва ўпка эмфиземаси симптоматологияси.

Асосий клиник синдромлар:

I – Бронхлар жарохати туфайли:	1. Бронх ўтказувчанлигини бузилиши (бронхообструкция) 2. Упка туқимасида ҳаво йгилиши
II – Альвеоляр туқима жарохати натижасида:	1. Упка туқимаси зичлашуви 2. Упкада бушлик содир булиши
III – Плевра варақлари шикастланиши туфайли:	1. Плевра бушлигида суюклик йгилиш 2. Плеврада бушлигида ҳаво йгилиш (пневмоторакс)

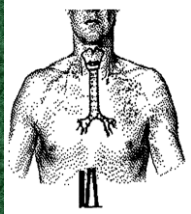
Бронхиал обструкция синдроми:

Бронхообструктив синдром - бу бронх ўтказувчанлигини бузилиши булиб, у оғир ҳолларда асосан зуриқиш билан кечадиган продуктив йутал, жуда кам ҳолатларда эса нопродуктив йутал ва деярли ҳамма вақт эмфизема юзага келиши билан намоён буладиган клиник ҳолатдир.



Асосий шикоятлар:


- Йутал
- Кийинчилик билан ажраладиган балгам
- Хансираш (экспиратор характерда)



Inspectio:

Диккатга сазовор узгаришлар:

- 1. Лабларни бир-бирига яқинлаштириб нафас чиқаради
- 2. Хансираш (тинч ҳолатда)
- 3. Эмфизематоз кукрак кафаси
- 4. Акроцианоз ва цианоз
- 5. Гиппократ бармоқлари (барабан таекчалари)





Физикал текшириш натижалари:

№	Физикал усуллар	Бронхообструкция синдроми
1.	Пальпация	Овоз дириллаши ҳар иккала томондан ўпканинг қуйи чегараларида суғ хис этилади.
2.	Перкуссия	Упка қуйи чегараларида қутчасимон товуш эшитилади. Қуйи чегараси экскурсияси чегараланган.
3.	Аускультация	Везикуляр нафас шовқини қуйи чегараларда сусайган, қурук (хуштаксимон) ва нам (турли калибрдаги) хириллашлар

Уткир ва сурункали бронхитлар

Уткир бронхит (УБ) – бу бронхлар шиллик каватини ўткир диффуз яллиғланиш ҳасталиғи булиб ҳисобланади. Ҳар 1000 кишига 10-25 УБ ҳолат тўғри келади (Шишкин А.Н. 2000й). Эпидемиологик вазиятларда (грипп ва х.о.) касалланиш даражаси 2-3 марта ортиб кетади. Одатан, УБ инфекцияцион этиологияли ва ўткир вирусли респиратор касалликлар заминда юзага келади.



Уткир бронхит сабаблари

Инфекция турлари:

- 1 - вируслар: грипп, парагрипп, аденовируслар, респиратор-синцитиал, кизамик, коклюш ва х.о.
- 2 - бактериялар: стафилококк, стрептококк, пневмококк ва х.о.
- 3 – замбуруғлар
- 4 – риккетсиялар

Юзага келтирувчи омиллар:

- 1 – физик ва химик омиллар: (курук, совук, иссик хаво, азот оксиди, водород сульфид ва х.о.)
- 2 – тез-тез совук котиш, тамаки чекиш, спиртли ичимликлар танновул килиш
- 3 – назофарингеал сохани сурункали инфекцияси, бурун оркали нафас олишнинг бузилиши
- 4 – кукрак кафаси деформацияси.

Инфекция кириш йуллари:

- 1 – бронхоген (асосий йул)
- 2 – гематоген
- 3 – лимфоген

Бронхиал дарахтнинг уткир яллигланиши, одатан бронхообструкция синдроми билан кечади. Бунга бронх шиллик каватининг шиши еки брохоспазм сабаб булади. Шиллик каватининг гиперемияси ва шиши, бронх девори ва бушлигида шилликли, шиллик-йирингли еки йирингли секрет хосил булади. Киприкли эпителий дегенерацияси кузатилади. Огир холатларда жараен нафакат шиллик, балки шиллик ости ва бронх деворининг бошка каватларига ҳам таркалади.

Классификация (А.Н. Шишкин, 2000й)

- ✦ Бирламчи ва иккиламчи УБ
- ✦ Хасталанган бронх калибрига караб:
 - а) трахеобронхит б) бронхит (урта бронх) в) бронхиолит
- ✦ Кечишига караб:
 - а) енгил б) урта в) огир
- ✦ Бронхообструкция даражасига караб:
 - а) обструктив б) нообструктив

Асосий клиник симптомлари:

1. Овоз хиралашуви, ютинишда томоқда огрик, туш ортида тирналиш ва безовта килувчи курук йутал (уткир респиратор вирусли инфекция окибатида)
2. Курук йутал (асосий симптом)
3. Кукрак кафаси пастки сохаларида кучли йутал пайтида огрик

Физикал текшириш усуллари информацияси саез. Лаборатор ва инструментал текшириш натижалари носпецифик.

Сурункали бронхит

Сурункали бронхит (СБ) – бронх шиллик каватининг сурункали диффуз яллигланиши булиб, бронх деворининг деструктуризацияси, гиперсекрецияси ва дренаж фаолиятининг бузилиши кузатилади.

Хавфли омиллар: тамаки чекиш, атмосфера хавосини ифлосланиши (ишлаб чиқариш чикиндилари билан), бурун оркали нафас олишни бузилиши, наслий мойиллик

Этиология ва патогенези

- 1 – инфекция (вирус, бактерия, замбуруглар ва х.о.)
- 2 – химиявий (асбест, гипс, цемент, пахта чанги)
- 3 – физик (иклим нами, ута иссик еки совук хаво)

Мазкур омиллар йигиндиси олиб келади:

1. Бронх девори деструктуризациясига
2. Бронхиал шиллик микдорини ошишига ва унинг реологик хусусиятларини бузилишига
3. Бронх дренаж фаолиятини пасайишига

СБ – беморда сунгги 2 йилда хар йили камида 3 ой продуктив йутал кузатилса

Классификация: оддий (асоратланмаган) ва обструктив (асоратланган) СБ

Асосий клиник симптомлари:

- 1 – йутал, 2 – балгам ва 3 – хансираш





Кечишига караб СБ булинади:

А) енгил (тулик экспирация хажми (ОФВ) 70%)

Б) урта (ОФВ 50-60%)

В) огир (ОФВ < 50%)

СБ физикал текшириш натижалари:

1	Куздан кечириш		Эмфизематоз (бочкасимон) кукрак
1.	Пальпация		Овоз дириллаши хар иккала томондан упканинг куйи чегараларида сушт хис этилади.
2.	Перкуссия		Упка куйи чегараларида кутичасимон товуш эшитилади. Куйи чегараси пасайган ва эксквоссияси чегаваланган.
3.	Аускуль-я		Везикуляр нафас шовкини куйи чегараларда сусайган, курук (хуштаксимон) ва нам (турли калибрдаги) хириллашлар

Лаборатор ва инструментал текшириш натижалари:

Лаборатор текшириш натижалари жуда хос эмас. Рентгеноскопия ва рентгенографияда эмфиза ва пневмосклероз аломатлари кўриб борилади.

Брохографияда – жароҳат характери аниқланади.

Спирографияда – обструкция даражасининг функционал курсаткичлари аниқланади.

Бронхоскопияда – щиллик кават ҳолати визуал баҳоланади ва биопсия олиниши мумкин.



Упка туқимасида хаво ошиши синдроми (эмфизема)

Альвеолалар девори эластиклигини сусайиши ва шу туфайли альвеоланинг кенгайиши билан кечадиган клиник ҳолат. Тафовут этилади: бирламчи (мустикал) ва иккиламчи (СБ, бронхиал астма асорати) турлари мавжуд. Шунингдек, локал (регионал) ҳамда диффуз.

Морфологиясига қараб:

а) панацинар (панлобуляр), б) центриацинар (центрилобуляр), в) периацинар г) иррегуляр (чандикли) д) буллез

Сабаблари:

1 – ирсий омиллар (альфа – 1 – антитрипсин еки альфа – 2 – макроглобулин ингибиторлари дефицити)

2 – яллиғланиш жараенлари ва уларни бронх деворидан ацинус марказига тарқалиши

3 – бронхларни қайтмас обструкцияси туфайли альвеолалар ичра босимни ортиши



Бронхиал астма

Бронхиал астма (БА) – бронхларнинг сурункали яллиғланиши бўлиб, специфик иммунологик еки носпецифик ноиммунологик механизмлар таъсирида уларда гиперреактивлик хусусияти тараккий қилиб, тусатдан юзага келадиган хансираш хуружи билан намоён бўлади.

Тарқалиш даражаси 4-10% ни популяцияда ташкил этади.



Этиология ва патогенези

Турли аллергенларнинг (А) хаво йулларига тушиши сабаб бўлади. А булинади: 1) экзоген ва 2) эндогенларга. Экзогенларга қиради: усимлик чанги, чанг ва хид, овқат маҳсулотлари (клубника, шоколад, тухум), уй чанги. Ушбу А таъсирида юзага келадиган БА экзоген еки атопик деб номланади. Эндоген омиллар туфайли юзага келадиган БА эндоген еки топик деб номланади.

Мисол:

«аспиринли» БА, хомиладордаги БА, психоген БА,

зуриқишдаги БА, гиперэозинофилли БА.

Патогенезида бронхларнинг сурункали

Этиология ва патогенези

Сенсибилизацияга учраган организм А билан такрор контактда бўлса турли биологик фаол моддалар вужудга келади жумладан: гистамин, анафилаксиянинг эозинофилли ва нейтрофилли хемотаксик омиллари. Айни пайтда тарқибда лейкотриен мавжуд анафилаксиянинг секин таъсир этувчи субстанцияси ҳам ҳосил бўлади.

Лейкотриен гистамин катори кучли бронхоспастик таъсирга эга. Бронхоспастик реакция фазалари: 1) кон томирлар утказувчанлиги ошади ва шиллик кават шиши вужудга келади 2) хемотаксик омиллар (лейкотриенлар, тромбоксанлар)

Классификация:

1 – фаза: интермиттирловчи еки узгарувчан астма. Хуруж ҳафтада 1 марта, тунгиси ойда 2 марта.

2 – фаза: персистирилловчи енгил еки доимий астма. Хуруж ҳафтада 1 мартадан ортик, тунгиси ойида 2 мартадан куп.

3 – фаза: персистирилловчи урта огирликдаги астма. Хуруж ҳар кун, тунгуси ҳам ҳар кун.

4 – фаза: мураккаб персистирилловчи астма. Хуруж кунига бир неча марта, тунгуси

Клиникаси:

1) Нафас бугилиши хуружи (тусатдан юзага келади)

2) Йутал (кетма – кет юзага келади)

3) Қийинлик билан ажраладиган балғам (шишасимон,




Астматик статус (АС):

Хуруж 24 соат ва ундан ортик вақт давом этса ҳамда конвенционал(2,4% -10,0мл эуфиллин еки 1кг вазнга 0,5мг преднизолон эритмалари вена ичига юборилса)муолажа ердамида бартараф булмаса АС деб тан олинади. Боскичлари: 1 – нисбий компенсация, 2 – тотал обструкция («гунг» упка) ва 3 – гипоксемик кома.



Физикал текшириш натижалари:

1. Куздан кеч		Мажбурий ҳолат, бемор утирган. Нафас шовкинли.Эмфизематоз(бочкасимон)
1. Пальпация		Овоз дириллаши хар иккала томондан упканинг куйи чегараларида сушт хис этилади.
2. Перкуссия		Упка куйи чегараларида кутчасимон товуш эшитилади. Куйи чегараси пасайган ва
3. Аускульт-я		Везикуляр нафас шовкини сусайган якка холларда курук (хуштаксимон) хириллашлар эшитилади.

Кушимча текшириш усуллари:

1. Лаборатор: а)кон умумий анализи (эозинфилия), кузиш даврида лейкоцитоз ва ЭЧТ ошган б) балгамда Куршман спирали, Шарко-Лейден кристаллари
2. Пикфлоуметрия – нафас чиқариш тезлигини аниқлаш (пиковая скорость выдоха – ПСВ)
3. Нафас ташки функцияларини текшириш (ПСВ, объем форсированного выдоха – ОФВ)

Этиборингиз учун раҳмат!



Ма'руза №4

Asosiy klinik sindromlar. O'pka to'kimasini asosiy zichlashish sindromi. O'pkada bo'shliq hosil bo'lish sindromi. Plevra bo'shlig'ida havo yig'ilish sindromi. Bronxospazm sindromi. Nafas a'zolari kasalliklari.

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

Машг'улот вақти – 2 соат	Studentlar soni: 20 dan 80 gacha
Машг'улот формаси	Ма'руза axborot mashg'uloti
Ма'руза машг'улот режаси	<ol style="list-style-type: none"> 1. O'pka to'qimasini zichlashuv sindromlari. 2. Krupoz va o'choqli pnevmaniya simptomlari.. 3. Plevra bo'shlig'ida havo va suyuqlik to'planishi sindromi patogenezi. 4. Quruq va eksudativ plevritlar simto-matalogiyasi. 5. Gidrotoraks,pnevmotoraks,diagnostikasi 6. O'pkada bo'shliq sindromi patogenezi.. 7. Bronxoektatik kasallik,o'pka absessi simp-tomatologiyasi.
Ма'руза машг'улот мақсади:	Talabalarga o'pka to'qimasini zichlashuv sindromlarini o'rgatish.
O'qitish uslubi	Ма'руза suhbat
O'qitish formasi	Yirik,guruhli.

O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, ma'ruza mashg'ulotlar mundariyasi, proektor, kompyuter.
O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki kontrol: savol-javob.

1.2 Ma'ruza mashg'uloti texnologik kartasi

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

Qisqacha bayoni

O'pka to'qimasini zichlashuv sindromini patogenezi. Shikoyatlari, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya. O'pka to'qimasi yallig'lanishi kasalligi bilan bemorlarni tekshirish. Plevritlarni shikoyatlari, ko'zdan kechirish palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya. Pnevomotoraks turlari (ochiq, berk, qopqoqli). Bronxoektatik kasallik, o'pka absessi: shikoyatlari, ko'zdan kechirish, patsiya, perkussiya, auskultatsiya.

Тема
№5

Упка туқимаси зичлашув синдроми. Крупоз ва учокли пневмония симптомлари. Плевра бушлигида хаво ва суюқлик тупланиш синдроми. Курук ва экссудатив плеврит симптомлари. Гидроторакс, пневмоторакс диагностикаси. Упкада бушлик хосил булиш синдроми. Бронхоэктазия ва упка абсцесси симптоматологияси.

Упка туқимасининг зичлашув синдроми



Упка туқимасининг зичлашув синдроми (УТЗ) бу – упкада диффуз (тулик бир еки хар иккала упкада) еки чегараланган (сегмент, булак) холда хавонинг улушини камайиб кетиши. Жуда куп учрайди.

Сабаблари:

1. Инфильтрация ва ялликланиш (пневмоник, туберкулезли инфильтрация)
2. Упка инфаркти (тромбоэмболия еки махаллий тромбоз натижасида)
3. Ателектаз (обтурацион ателектаз, компрессион ателектаз) ва гиповентиляция (фиброз туқимаси таранкетти еки бронхопұлмонал лимба безларинг жароқати натижасида урта упка булагини гиповентиляцияси)
4. Упка усмаси
5. Кичик кон айланиш доирасида димланиш (упка куйи сохаларида кон димланиши)



Аломатлари:

1. Хансираш
2. Плеврал огрик (айникса, чукур нафас олиш жараенида учок сублеврал жойлашганда)
3. Йутал
4. Балгам
5. Кон тупуриш
6. Умумий белгилар: температура, терлаш, дармонсизлик ва х.о.

«Врачлик – мутассислигини
емон тури йук, афсуски емон
врачлар бор»

УТЗ синдромининг кечиш хусусиятлари:

Плевра варакларини жараенга жалб этилишига
караб: а) висцерал б) париетал ва в) хар иккаласи

Тукимада кузатилаётган зичликнинг содир булиш
вактига караб: а) зудлик билан (уткир пневмония,
упка инфаркти) ва б) аста-секинлик билан (усма,
ателектаз)

Куздан кечириш (Inspectio):

- а) Кукрак кафаси харакатида асимметрия
- б) жарохат сохасини буртиб чикиши (зичлашув учоги йирик ва юзаки булса)
- в) нафас олиш сони ошган (тахипное)
- г) еноклар кизариши. Тери нам, бурун ва лабда учуклар (herpes labialis et nasalis)

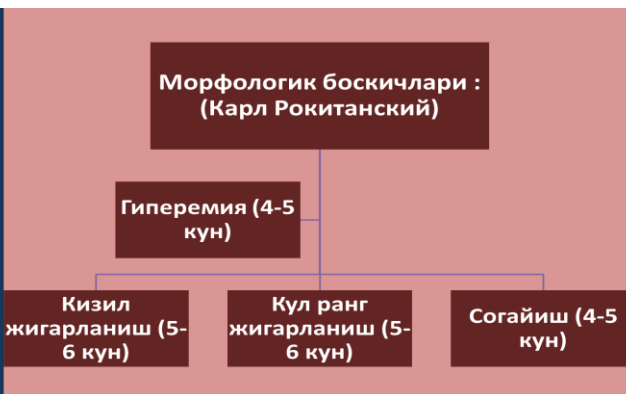
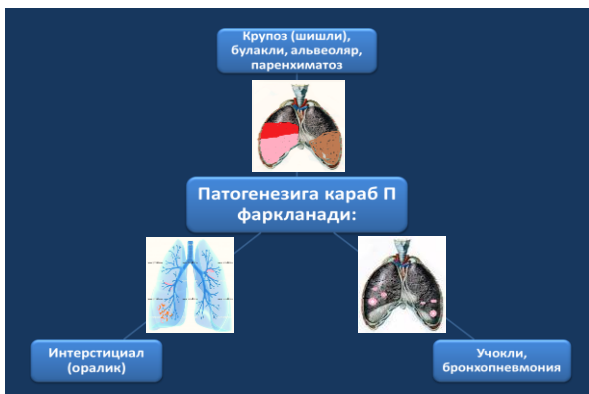
№	Физикал усуллар	УЗС
1.	Пальпация 	Овоз дириллаши жарохат сохасида кучайган.
2.	Перкуссия 	Жарохат сохасида тумтокрк еки тумтокр.
3.	Аускультация 	Жарохат сохасида везико-бронхиал (бронхо-везикуляр) нафас шовкини, шунингдек нам хириллашлар ва крепитация эшитилиши мумкин. Бронхофония кучайган.

Пневмония:

Пневмония (П) бу – упка паренхимасининг (альвеола ва кисман бронхолаларнинг) инфекцион яллиглиниши булиб, у деярли ҳамма вақт кайтар жараендир.

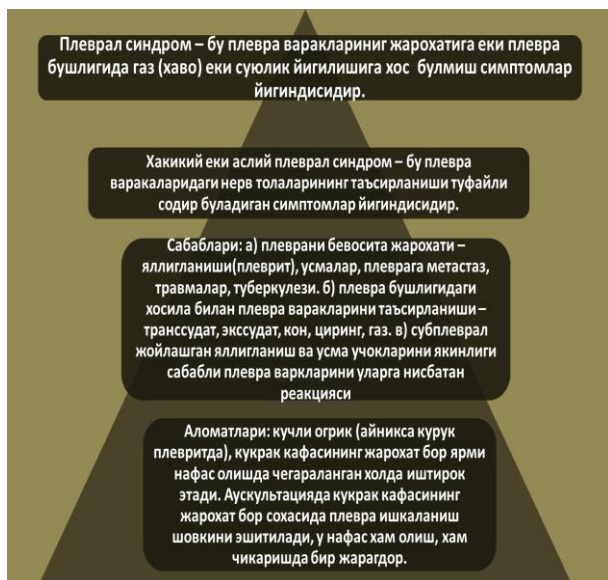
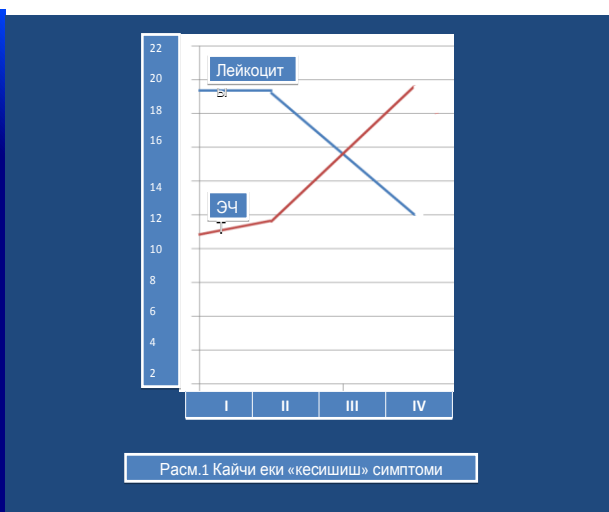
Юзага олиб келувчи омиллар: совук котиш, алкоголизм, кекса ва қариялик, юрак ва буйрак огир хасталиклари, иммунодепрессантларни узок муддат кабул қилиш.

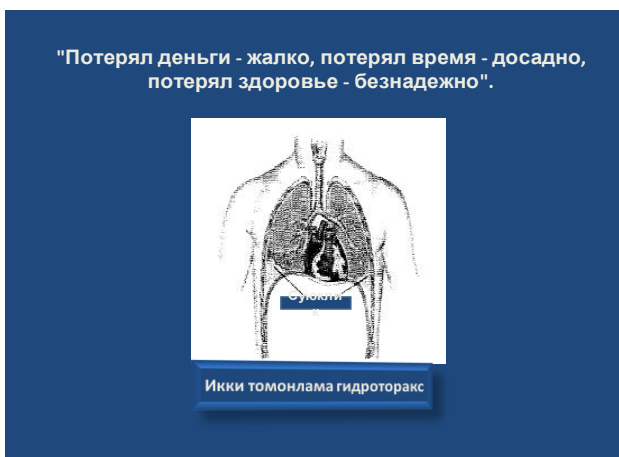
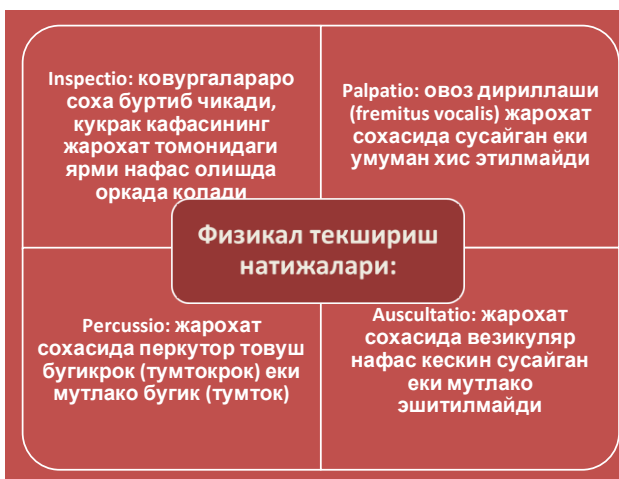
Кузгатувчи инфекциялар: бактериялар (пневмококк, стафилококк, аралаш азроб, Грамм – манфий ва х.о.), вируслар, пневмония микоплазмаси, замбуруглар (аспергиллез, кандидоз), риккетсиялар, хламидиялар; алоҳида ҳолатларда легионелла.





Морфологик боскичларга хос физикал белгилар				
№	Физикал усул	Морфологик боскичлар		
		Гиперемия	Кизил ва кул ранг жигарланиш	Согайиш
1.	Пальпация (овоз дириллаши)	↓	↑	норма
2.	Перкуссия (перкутор товуш)	Бугикрок	Бугик	Упка товуш
3.	Аускультация (нафас шовкинлар и)	Везикуляр нафас сусайган ва crepitatio indur edux	Везико-бронхиал еки бронховезикуляр нафас шовкини ва нам хириллашлар	Везикуляр нафас шовкини ва crepitatio redur edux



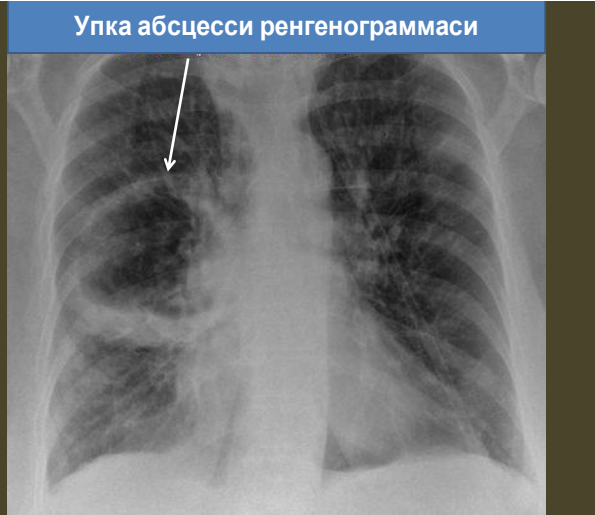


Абсцесс

Упка абсцесси(УА) – бу упка туқимасининг чегараланган некрози (таржок ва чегарасиз булса унда гангрена) еки емирилиши натижасида вужудга келадиган хасталик. Морфологик жихатдан УА йиринг билан тулган бушлиқдир. У упка паренхимасидан грануляцион туқима ва фиброз толалар билан ажралиб туради.

Этиология ва патогенези: келиб чиқишига караб – постпневмоник, бронхоген (аспирацион) абсцедирловчи пневмония ривожланиши билан, гемаатоген, травматик. Кушни органлардан йирингли жараенни упка туқимасига кучиши ва х.о. Чакирувчилар: стафилококк, клебсиелла, стрептококк.

Клиникасида 2 давр тафовут этилади: а) дренаж бронхга очилишига кадар ва б) очилишдан кейин. 1 – давр (7-10 кун) аломатлари: йутал (одатан курук) гектик иситма, кучли терлаш, ваража, жароҳат соҳасида кукракда огрик, лейкоцитоз ($Z \geq 30000$). 2 – даврда: йутал куланса хидли балгам (200мл 2л.гача)билан, кон түпириш, балгам озиз тулиб келади.



Абсцесс даврлари:	Физикал текшириш натижалари			Бронхоэктаз касаллиги
	Пальпация	Перкуссия	Аускультация	
1) Дренаж бронхга очилгунга кадар	Овоз дириллаши сусайган, абсцесс учоги атрофида	Тумток еки тумтокрок перкутор товуш	Абсцесс соҳасида нафас шовкинлари эшитилмайди	<p>Бронхоэктазия (Б) бу клиник синдром булиб, бронхларни дилатацияси ва даврий сурункали яллигланиши ҳамда продуктив йутал, хансираш ва кон түпириш билан кечади.</p>
2) Дренаж бронхга очилгандан сунгра	Овоз дириллаши кучайган	Кутичасимон еки тимпатик перкутор товуш	Везикуляр нафас сусуйган, амфорик нафас	

Б. фаркланади:

- 1 – кечишига караб: а) транзитор (лобар пневмония фаол фазасида пайдо булиб, бир неча ойдан кейин йуқолади) б) доимий (утпир инфекция еки упканинг массив коллапси окибатида);
- 2 – клиника манзарасига караб: а) яқкол клиник манзара б) латент (аширинч);
- 3 – тарқалишига караб: а) локал (регионал) б) генерализациялашган (болаликдаги инфекция еки муковисцидоз окибатида)
- 4 – ателектазга муносабатига караб: а) ателектик (ателектазга учраган упка туқимаси соҳасида ривожланиди), б) ностелектик (атроф туқимада упка эмфиземаси ва пневмосклероз учрайди);
- 5 - тараккий қилишига караб: а) бирламчи(патологиянинг асосий морфологик субстрати булиб хизмат қилади ва болалигида утказган кизимкли пневмония окибатида), б) иккиламчи (бошка бир хасталик окибатида М; УСОК, ТБС, упка абсцесси)
- 6 – клиник даражасига караб: а) енгил; б) яқкол ва в) огир); 7 – асоратларига караб: а) асоратланмаган ва б) асоратланган (кон түпириш, упкадан кон кетиш,нафас ва юрак сурункали этишмовчиликлари, пневмония, упка абсцесси, амилоидоз).

Этиология ва патогенези. Юзага олиб келувчи омиллар:

- Токсик моддаларни нафас орқали бронхларга тушиши: таъсирловчи кимевий агентлар, спиртли ичимлик аспирацияси.
- Генетик: киприксимон эпителийнинг кам харакатчанлиги (Зиверт-Картагенер синдроми)
- Шаклига караб Б. фаркланади: а)варикозли; б) веретенобразные; в)цилиндрик; г)халтасимон
- Бронхообструкция: бронхларга ет жисмлар тушиши, бронхопумонал безларнинг йириклашуви, УСОК.
- Бронх безлари секретининг реологик хусусиятларини бузилиши($\alpha 1$ – антитрипси), бронхал дарахтнинг тутма дефектли.

Клиник аломатлари:

Кон түпириш

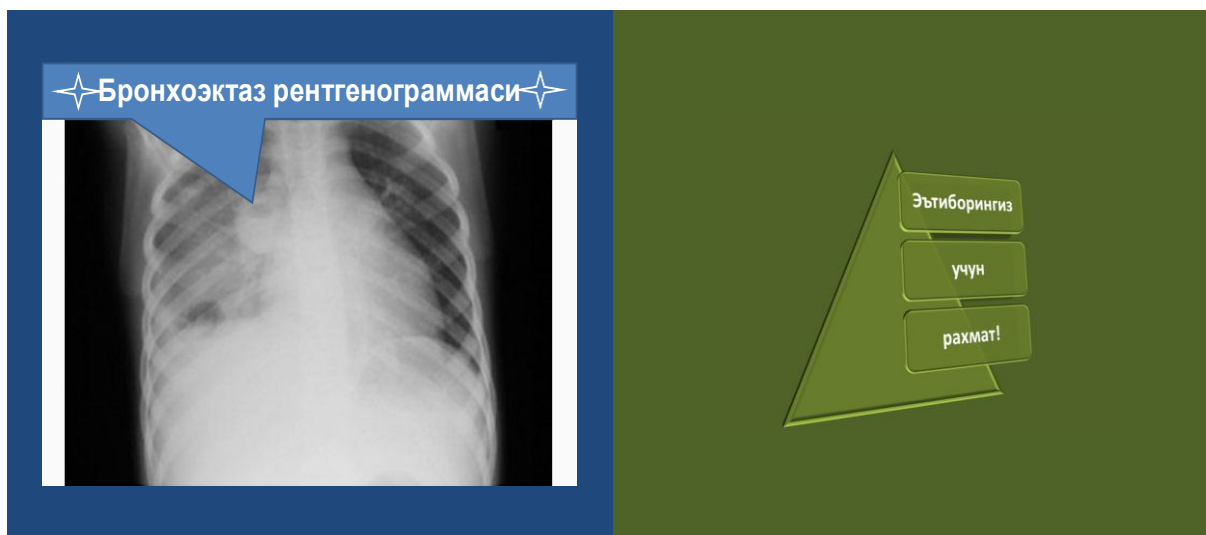
Иситма

Шиллик-йирингли еки йирингли балгам (огизни тулдириб келади)

Йутал (кучаяди тонгда горизонтал холатдан вертикалга утишда)

Б. нинг физикал аломатлари:

- Inspectio:** ориклаш, бармоқлар сунги фалангаларида узғариш (тирноқлар соат шисасига ухшаб буртиб чиқади, Гиппократ бармоқлари)
- Palpatio:** диккатга сазовор узғаришлар аниқланмайди
- Percussio:** упка куйи чегаралари экскурсияси чегараланган булиши мумкин
- Auscultatio:** дағал везикуляр нафас шовкини ва жарандор кичик пуфакчали нам хириллашлар



Ma'ruza №5

Yurak-qon tomir tizimi. Tekshirish usullari. So'rab- surishtirish. Ko'zdan kechirish. Palpatsiya, perkussiya va auskultatsiya.

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

Mashg'ulot vaqti – 2 soat	Studentlar soni: 20 dan 80 gacha
Mashg'ulot formasi	Ma'ruza axborot mashg'uloti
Ma'ruza mashg'ulot rejasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Yurak qon-tomir kasalligi bilan bemorlarni tekshirish usullari. 2. So'rab-surushtirish, ko'zdan kechirish. 3. Yurak sohasini palpatsiya va perkussiya qilish
Ma'ruza mashg'ulot maqsadi:	Talabalarga yurak qon-tomir kasalligi bilan bemorlarni tekshirish usullarini o'rgatish.
O'qitish uslubi	Ma'ruza suhbat
O'qitish formasi	Yirik, guruhli.
O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, ma'ruza mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter.
O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki kontrol: savol-javob.

1.2 Ma'ruza mashg'uloti texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish 	
1. Mavzuga kirish (15 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi 2. Mavzu bo'yicha savollar beradi. 	<p>Tinglaydilar</p> <p>Talabalar berilgan savollarga javob</p>

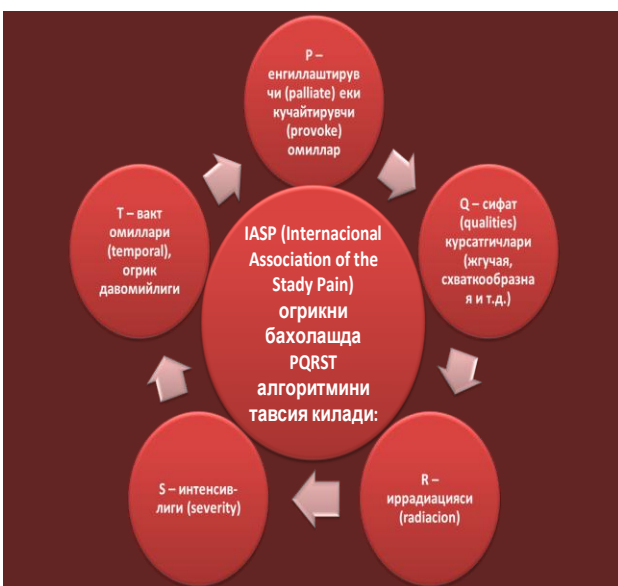
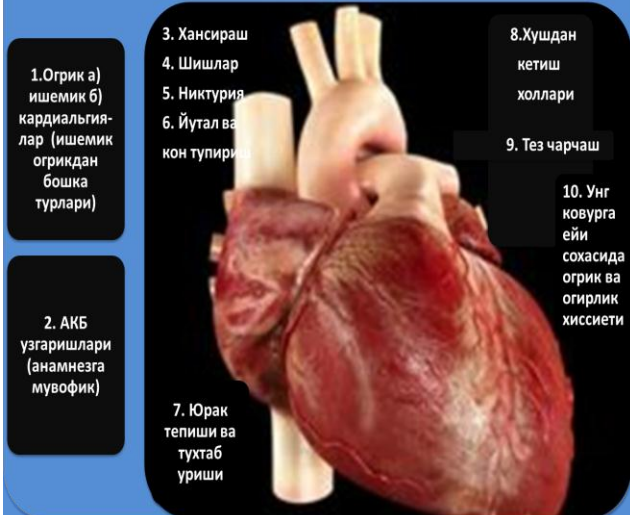
		beradilar
2 – asosiy bosqich (65daqqa)	1. Mavzuni tushuntirib beradi, slaydalar namoyish qilish 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi	Tinglaydilar Tinglaydilar
1-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyg'a vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

Qisqacha bayoni

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



ЮКТ беморларининг асосий шикоятлари:



Ангиноз огрик (АО) сабаблари:

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

Тож кон томири (юрак мушагига кон олиб келувчи хавза)

Соглом юрак мушагари

Юрак мушагини некрозга учраган қисми

Артерияни бекитувчи тромб

Артерияни торайтирувчи бляшка

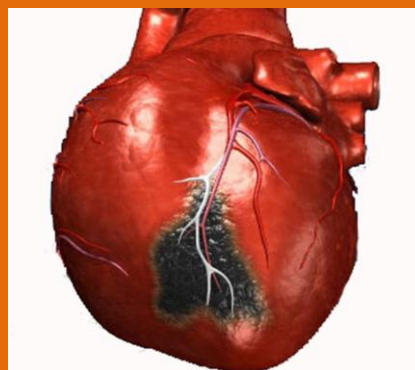
Давомийлигига караб АОБулинади:

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



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

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



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



Расм 2 Локал (А) ва таркок (Б) шишлар



ЮКТ беморларини умумий куздан кечиришнинг узига хос хусусиятлари:



Ортопноэ – мажбурий утириш еки бош остини баланд қилган холда етиш



Цианоз: тери, бармоқлар, бурун кирраси, лаблар, кулоқларни куқимтир тус олиши



Липидлар алмаш-ви бузил. туфайли оч-сарик тусли холестерин тугунчалари - ксантелазмалар ковок териларида пайдо булади



Оеклар (энг аввало болдир ва товонларни) шиши – катта кон айланиш доирасида кон димланишига хос аломат



Тана терисида, оек ва кул бармоқларининг ташки юзаларида сарик каттик тузилмалар – ксантомалар пайдо булади



Кул ва оек бармоқлари барабан таекчаларига ухшаб қолиши – тугма куқ нуқсонларда ва инфекцион эндокардитларда учрайди

Келиб чиқишига караб цианоз булинади:



Расм 3 Марказий цианоз

1. Марказий цианоз – а) нафас етишмовчилиги ; б) артериал ва веноз конни аралашуви туфайли юзага келадиган артериал кон гипоксияси сабабли
2. Периферик цианоз – а) кон айланишини етишмовчилиги; б) кон айланишини маҳаллий бузилиши туфайли кон харакатини сусайиши ва туқималарни керагидан ортик кислородни истеъмол қилиши

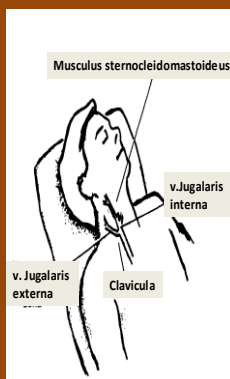
Умумий куздан кечиришнинг диққатга сазовор холатлари:



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

Расм 4 Веноз пульсинг анатомик ориентирлари

Веноз ва артериал пульсинг визуал фарки



Веноз PS:

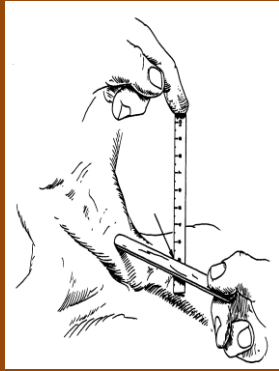
- а) пульс тулкини ичкарига йуналган
- б) бир циклда иккита чуқки
- в) корин босилганда узгарайди
- г) баъзан кулоқка (мочки) таркалади

Артериал PS:

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

Марказий веноз босимни улчаш техникаси

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



Расм 5 Марказий веноз босимни улчаш

ЮКТ беморларини маҳаллий куздан

Кечеришдаги узига аломатлари:



ЮКТ физиологияси ва патологиясига хос пальпатор феноменлар

↑ Физиологияда:



↓ Патологияда:

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

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

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

Чўққи зарбининг (ЧЗ) нормал хусусиятлари:



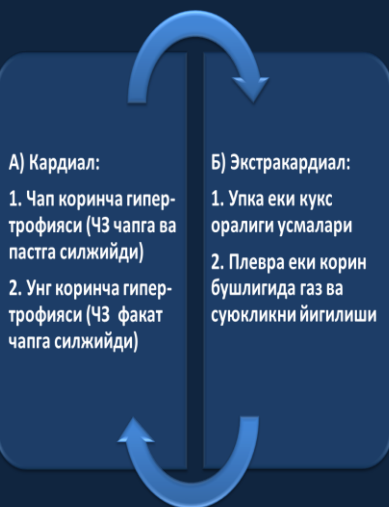
1. Кенглиги – куқрак кафасининг ЧЗ ларзага келирадиган майдони (N=1-2см)

2. Баландлиги – куқрак кафасининг ЧЗ юзага келтирадиган тебраниши

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

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

ЧЗ нинг силжиш сабаблари



Юрак соҳасидаги патологик пульсациялар:

1. Юрак зарби (у юрак камералари, айниқса унг қоринча кискариши тўфайли юзага келади)

Нормада юрак зарби куқринмайди еки озгин кишиларда (ковургалараро масофа кенглиги сабабли) кузга зурга илинади

Унг қоринча гипертрофияларида кузга яққол ташланади, чўққи у ушбу қоринча систоласи билан чамбарчарс боғлиқ

2. «Мушўқ хириллаши» – куқрак кафасининг чегараланган соҳасини титроқи. Систолик ва диастолик турлари мавжуд

Систолик титраш митрал регургитация ва аортал стенозда учрайди

Диастолик титраш эса митрал стенозда юрак чўққисиди аникланади

Патологик пульсациялар:

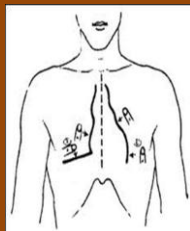
- Иккиланган ЧЗ
 - Гипертрофик обструктив кардиомиопатияга дучор булган айрим беморларда учрайди
- Чузиқ ЧЗ
 - Узок муддат давом этувчи тизимли артериал гипертензияда учрайди
- Пресистолик зарба
 - Юрак 4 тонининг пальпатор эквиваленти
- Эрта диастолик зарба
 - Юрак 3 тонининг пальпатор эквиваленти



Юрак перкуссияси



Расм 6 Юрак бусага перкуссияси Плещь-Гольдшайер усулида



Расм 7 Юрак тумтоқлигини перкуссиясида бармоқ плессиметр қолади

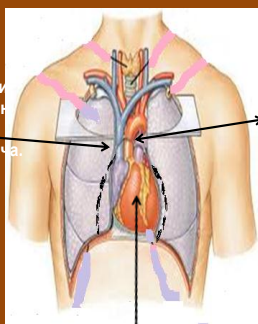
Тугри бажарилган перкуссия (П) ханузгача уз клиник ахамиятини йукотмаган. Амалда юрак соҳаси П. орган чегараларини 1 см хато билан аниклашга имкон беради. Аммо, П. усулини мохирона эгаллашдаги душворлик ва кукрак кафаси органларини рентгеноскопияси имконияти тулаконли эканлигини инobatга олиб, эътироф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

Перкуссия техникаси ва юракнинг кукрак кафаси олдинги деворидаги конфигурацияси



Юрак нисбий тумтоқлиги контурлари:

Унғ контури ташкил топган: (юкоридан иккинчи ковурга оралигидан бошлаб) юкоридан – юкори кавак венаси ва пастдан-унғ булмача.



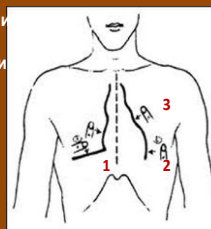
Юракнинг олдинги юзасини абсолют тумтоқлик соҳасида унғ коринча ташкил этади

Чап контури ташкил топган: аорта равоги – пастдан улка артерияси чап булмача кулоги ва кимсан чап коринчадан

Юрак нисбий тумтоқлик (хакикий) чегаралари нормада:

Юкори (3) чегараси – III ковурганинг пастки кирраси соҳасига еки учинчи ковурга оралигига тугри келади

Унғ (1) чегараси – туртинчи ковурга оралигига туш суягининг унғ кирраси еки ундан кули билан 1см унғрокда



Расм 9. Юрак тумтоқлик соҳасини аниклаш методикаси

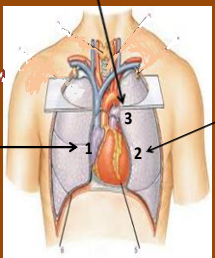

Чап (2) чегараси – бешинчи ковурга оралигига Linea medioclavicularis sinistra дан 1см ичкарида жойлашган

Юрак абсолют тумтоклик чегаралари нормада:

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

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

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

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

Этиборингиз

учун

рахмат!

Ma`ruza №6

Yurak auskultatsiyasi. Yurak tonlari norma va patologiya. Shovqinlar.

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

Mashg`ulot vaqti – 2 soat	Studentlar soni: 20 dan 80 gacha
Mashg`ulot formasi	Ma`ruza axborot mashg`uloti
Ma`ruza mashg`ulot rejasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Yurak auskultatsiyasi, me`yorida va patologik holatda yurak tovushlari.. 2. Yurak shovqinlari. 3. Elektrokardiografiya va fonokardiografiya haqida tushuncha. 4. EXOKG.
Ma`ruza mashg`ulot maqsadi:	Talabalarga yurak auskultatsiyasi, me`yorida va patologik holatda yurak tovushlari, yurak shovqinlari, elektrokardiografiya va fonokardiografiya haqida tushuncha berish.
O`qitish uslubi	Ma`ruza suhbat
O`qitish formasi	Yirik, guruhli.
O`qitish jihozlari	O`quv qo`llanma, ma`ruza mashg`ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter.
O`qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og`zaki kontrol: savol-javob.

1.2 Ma`ruza mashg`uloti texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu bo`yicha o`quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish ma`ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o`rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro`yxatini ishlab chiqish 	

1. Mavzuga kirish (15 daqiqa)	1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi 2. Mavzu bo'yicha savollar beradi.	Tinglaydilar Talabalar berilgan savollarga javob beradilar
2 – asosiy bosqich (65 daqiqa)	1. Mavzuni tushuntirib beradi, slaydalar namoyish qilish 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi	Tinglaydilar Tinglaydilar
1-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

Qisqacha bayoni

Yurak auskultasiyasi. Yurak auskultatsiyasida sistola va diastolaning farqi. Yurak tovushlari haqida tushuncha (1, 2, 3, 4), ularni hosil bo'lish mexanizmi. Ot dupuri ritmi, bedana sayrash ritmi, mayatniksimon ritmi, embriokardiya, taxikardiya, bradikardiya, aritmiya. Yurak shovqinlari, ularni hosil bo'lish mexanizmi. Klassifikatsiyasi. Funktsional va organik shovqinlarni farqi. Tomirlarni tekshirish. Qoida va usullari. Pulsni asosiy xarakteristikasi. Pulsni asosiy xarakteristikasi. Arterial qon bosimini o'lchash qoida, usul va texnikasi. Normal FKG, EXOKG haqida tushuncha. Fonokardiografiya va uni tashxis qo'yishda ahamiyati haqida tushuncha. Polikardiografik, EXOKG tekshiruv va uni ahamiyati haqida tushuncha, diagnostic ahamiyati, interpretatsiya qilish. Normal EKG, o'qish usuli (ritm, intervallar, tishlar.) Yurak ritmi buzilishining va klinik ahamiyati.

«Хаетини тиббиетга тикканлар учун»

Тема №7

Юрак аускультацияси – меерий ва патологик юрак товушлари. Юрак шовкинлари. Электрокардиография ва фонокардиография хакида тушунча. Эхокардиография.

Юрак клапанларининг топографик ва аускультатив нукталари проекциялари (Изох: кизил аускультатив, кук топографик нукталари)

Асосий (улардан ҳам нормада, ҳам патологияда фойдаланишади) аускультатив нукталар:
1 – митрал, 2 – аортал,
3 – пульмонал, 4 – трикуспидал

Кушимча (улардан фақат патологияда фойдаланишади) аускультатив нукталар:
5 - аортал (Боткин-Эрб нуктаси)
6 – митрал

Топографик нукталари проекциялари:
пульмонал
аортал
митрал
трикуспидал

Расм 1. Юкорида. Юрак аускультациясининг классик (юкорида) нукталари. Пастдан чапда: чап коринча гипертрофиясида. Пастдан марказда: товуш феноменларини орка сохага таркалиши. Пастдан унгда: унг коринча гипертрофиясида. AO – аорта, PA – улпа артерияси, PV – унг коринча, LV – чап коринча, LA – чап булмача

ЮРАК КЛАПАНЛАРИНИ ЭШИТИШ ТАРТИБИ:

Рус мактаби

1 – митрал, 2 – аортал,
3 – пульмонал, 4 - трикуспидал

Европа мактаби

1 – трикуспидал, 2 – митрал,
3 – аортал, 4 – пульмонал

Аускулъатция (А) – ЮКТ текширишларининг асосий усулларидан биридир.



Юрак фаолияти давомида нормада 4 тон хосил булади, аммо уларнинг 2 (I и II тонлар) эшитилади, колган 2 (III и IV тонлар) эшитилмайди.

I тон компонентлари:

1-клапан (митрал – М¹ ва трикуспидал – Т¹), 2-мушак (коринчалар), 3-булмачалар, 4-кон томирлар (аорта ва улка артерияси деворлари кенгайишидан содир буладиган товушлар)

II тон компонентлар:

1 – клапан (аортал – А¹ ва пульмонал - П¹), 2-кон томирлар (аорта ва улка артерияси деворларининг кискаришидан содир булувчи товушлар)

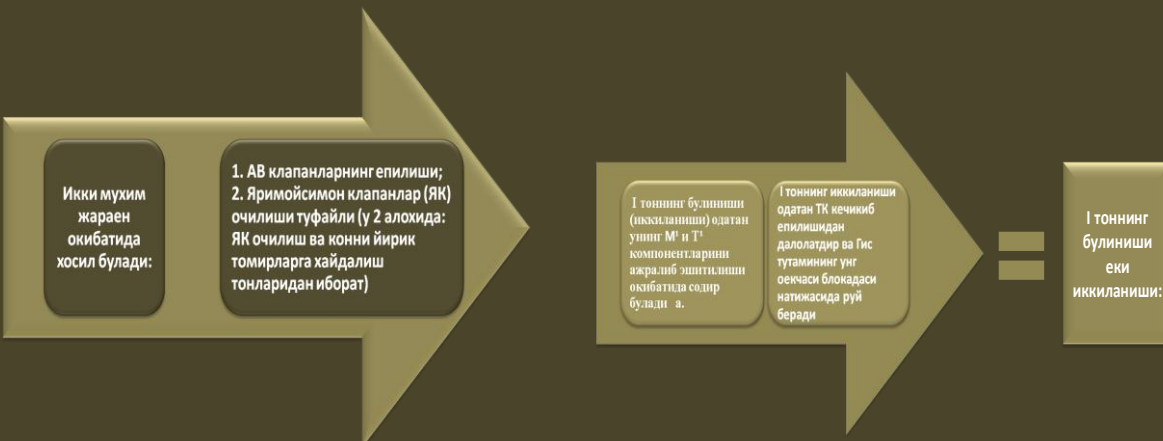
Изох: дастлаб МК епилади, сунгра эса ТК. МК табакалари епилишида нисбатан баланд товуш содир булиши тўфайли, юрак I тонининг хосил булишида митрал компонентнинг (М¹) улуши хамиша устун

«Шифокор тайерлаш давомида пропедевтика асоси булмиш юрак аускулъатциясига жуда катта эътибо берилади» (Сальваторе Манджони)

Асосий ва кушимча тонлар	Товуш феноменининг ахамияти
I тон	Информатив ва мухим, аммо II тондек ахамиятли эмас
II тон	Энг мухим диагностик тон
III тон	Юракнинг энг мухим кушимча тони
IV тон	У III тонга ухшашлиги билан мухим
Перикард ишкalanиш шовкини	Энг мухим кушимча аускулъатив феномен
Эрта систолик тон (тон изгнания)	Мухим, аммо камеб эмас, уни диккатдан четга колдириш яхши эмас
Систола уртаси- ва сунгидаги тон	Худди юкоригидек
Митрал клапан очилиш тони	Мухим аломат, аммо ута ахамиятли эмас
Перикард – тон	Эътиборга молик, аммо у «купрок отдан йирокда, заблага яки»



I тоннинг хосил булиш механизми (С. Манджони буйича)



Изох: АВ клапанларнинг епилиши етарлича баланд кечади, айна пайтда ЯК очилиши эса нисбатан паст кечади ва шу сабабли деярли эшитилмайди

I тоннинг жарагдорлигини патологияда узгариши

Кучайиши:

- 1- P-R интервалнинг кискариши (<160 мс)
- 2- кучли кискариш
- 3 – МК еки ТК табакаларини калинлашуви
- 4- АВ босим градиентини ошуви

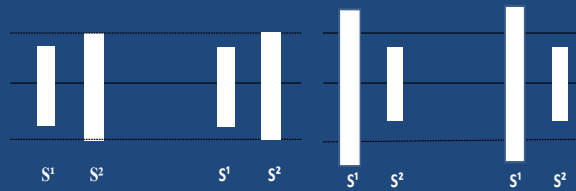
Изменчивая звучность:

- 1- булмачалар титраши
- 2 – АВ блокада
- 3 – коринчали тахикардия
- 4 – альтернирловчи пульс

Ослабление:

- 1 – P-R интервални узайиши (>200 мс)
- 2 – кискаришнинг сусайиши
- 3 – Гис тутами чап оекчаси блокадаси
- 4 – МК еки ТК табакалари кальцификацияси
- 5 – МК вақтли епилиши(аортал регургитацияда кузатилади)

I тоннинг сусайиши ва кучайишининг график манзараси



Расм. 2. I тон сусайиши. S¹ - I тон, S² - II тон

Расм. 3. I тон кучайиши. S¹ - I тон, S² - II тон

Сусайиш сабаблари:

1. АВ клапанлар кальцификацияси
2. P-R интервалнинг узайиши
3. ЧК кискаришинибузилиши
4. Гис тутами чап оекчаси блокадаси

Кучайиш сабаблари:

1. Митральный стеноз
2. Коринчалар гипертрофияси
3. МК систолик пролапси
4. P-R интервалнинг кискариши

Юрак чуққисида II тоннинг нисбий баландлиги (I тонга нисбатан) далолат беради:

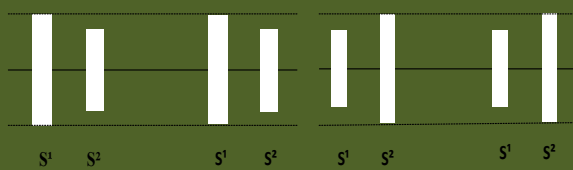


II тоннинг I тонга нисбатан баландлиги одатан ўпка артерияси еки тизимли артериал гипертензиялардан далолат беради

Еки нормал баландликдаги II тон заминида I тонни кескин сусайиши. «II тоннинг баландлиги I тоннинг сусайиши оқибатидадир»

Юрак I и II тонлари дифференциацияси:

Мезонлари:	Юрак тонлари	
	I тон	II тон
1. Юрак фаолияти фазасига караб:	Систолик	Диастолик
2. Жарагдорлигига караб:	Паст	Баланд
3. Давомийлиги	0,11 – 0,12 сек	
4. Нисбатан баланд эшитилади	Чуққида	Юрак асосида
5. Товуш тебраниши частотаси	(34 дан 74 гача) медиана 55 бир секундда	(35 дан 85 гача) медиана 62 бир секундда
6. Товуш турига караб:	«эркаклар»	«аёллар»
7. Эшитилиш пайти:	Кичик паузадан кейин	Катта паузадан кейин



Расм 4. Юрак I и II тонларининг нормал график манзараси. S¹ - I тон, S² - II тон

II тоннинг муҳим аускультатив параметрлари:

Баландлик ва булиниш

II тоннинг хосил булиш механизми Сальваторе Манджони буйича:

II тон одатан аортал (A²) ва ўпка артерияси (P²) клапанлари, ангиограги ЯК епилиши туфайли кон оқими тезлигининг тусатдан сусайиши натижасида содир булади. Аортал клапан (АК) эрта епилади, чунки катта кон айланиш доирасида кичигига нисбатан хамиша босим баланд.

II тоннинг диагностик ахамияти жуда муҳим. II тоннинг самарали клиник баҳоси ахамияти жихатидан электрокардиографик ва рентгенологик текшириш усуллари ахбороти билан бир каторда туради.

Лидем (Leatham) II тон «юрак аускультациясининг энг муҳим калитидир» дейди.

II тоннинг A² юрак кайси соҳасида эшитилишидан каттии назар – хамиша баланддир.

P² факатгина чап томондан 2- ковурга оралигида доимо баланд эшитилади.

Агар, P² бошка нукталарда (чүккида еки унг томондан 2 ковурга оралигида) нисбатан баланд эшитилса, унда бу холат унинг акцентуацияси деб бахоланилиши лозим.

II тоннинг кучайиши еки сусайиши

P² еки A² баландлигини ошиши : 1 – упка артерия гипертензиясида (P²); 2 – тизимли артериал гипертензияда (A²);

Изох: упка артерияси гипертензиясида P² хакикатдан ҳам A² нисбатан баланд булади. Аортал стенозда ҳам у баланд эшитилади, аммо бу баландлик нисбий, чүнки A² нинг сусайиши натижасида содир булади («P²нинг кучи A²нинг заифлигида»)

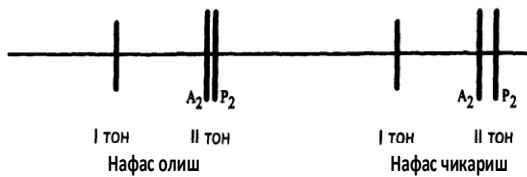
P² еки A² нинг сусайиши: 1- АК (A²) еки ПК (P²) кальцинозларида; 2 – АК (A²) еки ПК (P²) стенозларида.

II тоннинг булиниш(иккиланиш) турлари:

1. Физиологик ва 2. Патологик булинишлари фаркланади

II тоннинг физиологик булиниш нафас олиш пайтида АК ҳамда ПК епилити орасидаги интервалнинг узайиши натижасида кузатилади. Бунга сабаб:

- 1) Унг коринчада веноз окимнинг хажмини ошиши – ПК епилитини кечиктиради;
- 2) Чап кринчада веноз оким хажмини пасайиши – АК епилитини тезлаштиради;



Расм. 5. II тоннинг физиологик (инспиратор) булиниши

PS. Физиологик булиниш ешларда купрок учрайди (60%), айниса чалканча етган пайтда. Чүнки ушбу холатда веноз оким хажми ошади, унг коринча систола муддати чузилади ва II тоннинг физиологик булиниши давомли булади.

II тоннинг булинишини патологик турлари:

А II тоннинг парадоксал еки гайритабиий (экспиратор) булиниши (тизимли артериал гипертензия, ИБС, аортал стенозда)

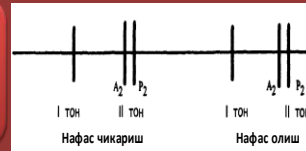


Расм 6.

б) II тоннинг иккиланган (кенг) булиниши (инспиратор > экспиратор компонентдан) – упка артерияси гипертензиясида кузатилади



в) II тоннинг фиксациялашган булиниши (инспиратор компонент=экспираторга) – булмачаларо еки коринчаларо тусик дефектида кузатилади



Нормал тонларга кушимча равишда содир булганлар – кушимча тонлардир. Улар ҳам систола, ҳам диастолада хосил булиши мумкин. Юрак циклига караб, улар систолик (а; эрта, б; ораликда ва в; систола охирида) ва диастолик (а; протодиастолик, б) мезодиастолик ва в) пресистолик)ларга булинади

Кушимча тонлар:

	Систолик		Диастолик	
	Пайдо булиш вакти	Номи	Пайдо булиш вакти	Номи
Ранняя систола		Тон изгвания (за аорте или легочной артерии)		Щелчок открытый (митральный или трикуспидальный)
		Щелчок (митральный или трикуспидальный)	Протодиастола	Ранний III тон
		Тон искусственного аортального клапана		Перикард-тон Опухолевый клик
Середина и конец систола		Щелчок (митральный или трикуспидальный)	Мезодиастола	III тон Суммационный тон (III + IV)
			Поздняя диастола	IV тон Тон искусственного водителя ритма



Если ты не являешься частью лечения, значит ты являешься частью болезни



Расм 7. Кушимча тонларнинг график манзараси

ES – протосистолик тон (изгнания); MS – мезодиастолик;
LS – систола сунгида; ED – протодиастолик; MD – мезодиастолик;
LD – пресистолик (диастола сунгида)

Кушимча диастолик тонлар хусусияти			
Кушимча тонлар	Таркалиши	Эшитилади	Частотаси
III тон	Кенг учрайди	Диастола сунгида (пресистола)	Суст ва паст частотали
IV тон	Кенг учрайди	Эрта диастолада (протодиастола)	Суст ва паст частотали
МК еки ТК стенозида ушбу клапанларнинг очилиш товуши (щелчок)	Кам учрайди	Эрта диастолада (протодиастола)	Интенсив ва юкори частотали
митрал еки трикуспидал миксомадаги очилиш тони	Кам учрайди	Эрта диастолада (протодиастола)	Урта интенсивли ва урта частотали
Перикард-тон	Кам учрайди	Эрта диастолада (протодиастола)	Интенсив ва юкори частотали



III ва IV тонларни кўчайтиривчи усуллар:

- 1) Физик зурикиш;
- 2) Оекларни кўтариш;
- 3) Корин компрессияси;
- 4) Кулларни мўштлаш;
- 5) Вальсальва синамасининг сўсайиш фазаси

Изох: юкоридагиларни бажариш жараенида веноз кайта окими ва юрак ичра кон хажми ошади ва бу III ва IV тонларнинг кўчайишига замин тайерлайди

Расм 8. Чап енбошга этган холда юрак III ва IV тонларини эшитиш

III тоннинг хусусиятлари:

У паст частотали (40 – 50 Гц), суст, кушимча протодистолик, катта клиник аҳамиятга эга. XIX асрда Потен аҳамият берган ва у коринчалар жароҳатидан дарак берувчи ўта мўхим аломат. Терапия ва кардиология буйича АКШ миллий дастури дирекцияси III тонни (перикард ишкalanиш шовкини билан биргаликда) диагностик аҳамияти жиҳатидан юракнинг мўхим тонларидан бири деб тан олади.

Расм 9. Юрак III тоннинг график манзараси.
S¹ - I тон, S² - II тон, S³ - тон

Физиологик III тон шў захоти II тондан сунг эшитилади (0,15 секдан кейин). У эрта диастола фазасида тез (80% гача амалга ошади), аммо пассив кон билан тўлишиш натижасида коринчалар девори миокарди тебраниши тўфайли содир булади. У асосан болаларда, 35-40 ешли ва хомиладорлик III триместрида эшитилади. Чап енбошли вазиятда юрак чўккисида стетоскоп оркали яхши эшитилади. Патологик III тон чап коринчанинг зурикишидан еки функциясининг пасайишидан дарак беради. Физиологик III тонга нисбатан у суст ва пастроқ хамда аксарият холларда галоп ритмини келиб чиқишига сабаб булади. «Водит дурную компанию» – симптомы других нарушений.

IV тоннинг хусусиятлари:

У паст частотали, суст, пресистолик, кушимча тон. III тонга нисбатан кўп учрайди. Аксарият олимлар IV тонни «карилик тони» эътироф этишади. У бевосита I тон арафасида коринчалар диастоласи охирида булмачалар систоласи тўфайли уларнинг тез кон билан тўлишиши натижасида хосил булади. У, булмачаларнинг (айниқса чапини) кўчли кискариши натижасида коринчалар девори ва клапанлар табақасида тусатдан юзага келадиган зурикиш тўфайли юзага келади.

Расм 10. Юрак IV тоннинг график манзараси.
S¹ - I тон, S² - II тон, S⁴ тон.

Физиологик IV тон карияларда (юракда узғаришлар кўзатилмас хам) ва жисмонан соғлом шахсларда эшитилиши мўмкин. Патологик IV тон эса аксарият холларда гипертония, аортал стеноз ва и кардиомиопатияда эшитилади.

Кушимча тонлар асосий тонлар билан кўшилиб айрим холларда характерли «наво» ларни хосил килади. М; «бедана навоси» (I, II тонлар + МК очилиш тони) и «от дупури» (I, II тонлар + III еки IV кушимча тонлар). АВ клапанлар содир киладиган кушимча тонлар (М; МК очилиш тони – opening snap) традицион очилиш товушлари дейилади. МК очилиш товуши 75-90% митрал стенози бор беморларда учрайди.

Юрак шовкинларининг содир булиш асосий сабаблари:

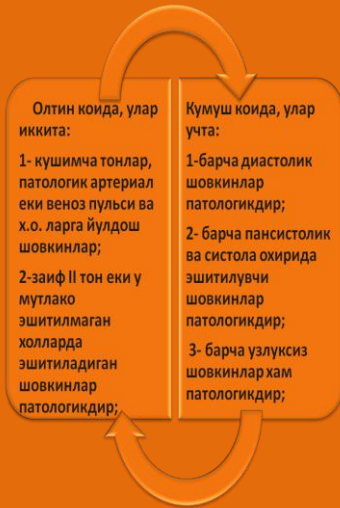
- нормал еки патологик тешиқлардан коннин юкори тезликда оқиши;
- тор еки турли диаметри тешиқлардан конни кенг томир еки бушликка оқиши;
- узгарган клапан оркали кон окимини тескари оқиши (регургитацияси)

Юрак шовкинларини классификацияси

(Америка кардиологлари коллегияси ва юрак ассоциацияси таклифига мувофиқ)

1. Систолик шовкинлар (аксарияти функционал – «яхши сифатли»)
 - А. Голосистолик (пансистолик) шовкинлар
 - Б. Мезосистолик (систолик хайдалиш) шовкинлар
 - В. Эрта систолик
 - Г. Систола уртаси еки охиридаги шовкинлар
2. Диастолик шовкинлар (деярли хаммаси патологик)
 - А. Эрта диастолик (протодиастолик) шовкинлар
 - Б. Мезодиастолик шовкинлар
 - В. Пресистолик шовкинлар
3. Узлўксиз (доимий) шовкинлар (аксарият холларда очик артериал окимда эшитилади)

Патологик ва функционал шовкинларни фарқлаш коидалари:



Шовкинларнинг асосий хусусиятлари:

- 1 – юрак цикли фазасига муносабатига (систола, диастола еки тулик цикл давомиди) кура: систолик (одатан функционал), диастолик (одатан патологик) ва узлуксиз (патологик)**
- 2 – кечиш вақтига кура улар булиши мумкин: пансистолик (бутун систола давомиди) еки пандиастолик (бутун диастола давомиди) еки юрак циклининг бошида, уртасида ва охирида (прото-, мезодиастолик ва пресистолик) шовкинлар**
- 3 – шовкинни интенсивлиги ва баландлиги. I/VI даражаси тавофут этилади: I – заифроқ, II – етарли баланд, III – енгил эшит-ди, IV – нисбий баланд, V – фонендоскоп чети куйилганда эшит-ди, VI – фонендоскоп мембранаси хали текзилмасдан эшит-ди.**

Бемор тушагида Приемы влияющие у постели больного на интенсивность и харак

N	Название и сущность приема	Влияние приема на интенсивность и характер шума
1	Проба Вальсальвы (предложена 1704г) Он является учеником Мальвиги, учителем Морганьи.	Усиливается систолический шум на верхушке (при гипертрофической обструктивной кардиомиопатии и пролапсе митрального клапана)
2	Дыхательная проба	Правосторонние феномены усиливаются на вдохе (3-5 сек), левосторонние на выдохе
3	Положение тела	Если перейти из сидячего положения в стоячий, то шум при пролапсе митрального клапана усиливается
4	Изометрическое сжатие кистей в кулак	Усиливается громкость шума митральной регургитации, наоборот ослабевает шум аортального стеноза



Электрокардиография (ЭКГ) – это самый распространенный метод диагностики сердечно-сосудистых заболеваний, по результатам которого можно выявить нарушения ритма, проводимости сердца, а также признаки нарушения коронарного кровотока, выявить рубцовые изменения в сердце.

Метод ЭКГ основан на регистрации электрических потенциалов сердечной мышцы. Если какой-либо участок сердечной мышцы испытывает кислородное голодание, электрическая активность этого участка изменяется, что немедленно отражается на ЭКГ. Запись ЭКГ обычно проводится лежа. На тело накладывают и фиксируют 12 электродов. Полученная информация отражается на мониторе и затем обрабатывается с помощью компьютера.

Исследование занимает несколько минут. Противопоказаний к проведению ЭКГ нет. Специальной подготовки не требуется

ЭКГ при норме (А) и патологии (Б, В, С)

Normal electrical pathways (A) Normal sinus rhythm: Shows the sinus node (SA node) and atrioventricular (AV) node. The ECG shows a regular rhythm.

Abnormal electrical pathways (B) Мерцательная аритмия: Shows an irregular rhythm originating from the atria.

В) Желудочковая тахикардия: Shows a rapid heart rate with wide QRS complexes. Rate > 120/min.

С) Наджелудочковая пароксизмальная тахикардия: Shows a rapid heart rate with narrow QRS complexes.

Нормальная фонокардиограмма


ECG S₁ C S₂
4L
2L
CP

Фоникардиография (ФКГ) - это метод графической регистрации звуковых процессов, возникающих при работе сердца. Фоникардиография позволяет исследовать звуки сердца не доступные простому слуховому восприятию. У взрослого здорового человека на фоникардиограмме регистрируется 2 тона. Дополнительные два тона (3 и 4) иногда регистрируются у детей.

На ФКГ 1 тон имеет 3 части: начальная, центральная и конечная.

Во 2 тоне различают также 3 части. Начальная и конечная части очень короткие, основу тона составляет центральная часть. Центральная часть образована 2 компонентами. Первый компонент - аортальный компонент - образуется при напряжении створок аортальных клапанов. Второй компонент - пульмональный компонент - образуется напряжением створок клапанов лёгочной артерии. При анализе ФКГ сначала характеризуются тоны сердца, затем описываются шумы сердца.

Эхокардиография



Эхокардиография - метод ультразвуковой диагностики, который позволяет получить информацию о состоянии сердечной мышцы и камер сердца, а также оценить функцию и состояние рубцов после инфаркта. Для получения информации используется специальный ультразвуковой прибор. Полученные данные отображаются на мониторе УЗИ-аппарата. Таким образом, даже пациент может увидеть и услышать, как работает его сердце.

Стресс-эхокардиография - безболезненный и доступный метод диагностики ишемической болезни сердца (ИБС), позволяющий не только оценить деятельность всех камер и клапанов сердца, но и изучить внутрисердечный кровоток. Чаще всего она применяется с использованием чреспищеводной электростимуляции и лекарственных препаратов. Важно, что такой метод позволяет выявлять такие признаки заболевания, которые невозможно определить во время записи обычной электрокардиографии (ЭКГ).

Чреспищеводная эхокардиография - высоконформативный метод исследования сердца, позволяющий получить точное изображение структур сердца через пищевод. Для осуществления его используется датчик ультразвукового аппарата, который помещается в пищевод пациента, затем продвигается как можно ближе к сердцу. Благодаря тому, что датчик находится на максимально близком расстоянии от сердца, удается увидеть те области сердца, которые невозможно обнаружить при обычном исследовании.

Посвящаящим медицине жизнь!

Спасибо

за

внимание!

Ma'ruza №7

Elektrokardiografiya. Yurak gipertrofiyasidagi EKG o'zgarishlari. O'tkir miokard infarktidagi EKG o'zgarishlari. Aritmiyalar. Yurak fibrilyatsiyasi haqida tushuncha.

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

Mashg`ulot vaqti – 2 soat	Studentlar soni: 20 dan 80 gacha
Mashg`ulot formasi	Ma`ruza axborot mashg`uloti
Ma`ruza mashg`ulot rejasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revmatizm va birlamchi revmokardit simptomatologiyasi. 2. Orttilirilgan yurak nuqsonlari diagnostikasi (mitral va aortal). 3. O'tkir va surunkali yurak yetishmovchilik sindromi. 4. Chap qorincha yetishmovchiligi.
Ma`ruza mashg`ulot maqsadi:	Talabalarga revmatizm va birlamchi revmokardit simptomatologiyasi, orttilirilgan yurak nuqsonlari diagnostikasi (mitral va aortal). o'tkir va surunkali yurak yetishmovchilik sindromi, chap qorincha yetishmovchiligi haqida tushuncha berish.
O`qitish uslubi	Ma`ruza suhbat
O`qitish formasi	Yirik, guruhli.
O`qitish jihozlari	O`quv qo`llanma, ma`ruza mashg`ulotlar mundariyasi, proektor, kompyuter.
O`qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og`zaki kontrol: savol-javob.

1.2 Ma`ruza mashg`uloti texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorgarlik	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash.	

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

Qisqacha bayoni

Yurak illatlari.Orttirilgan yurak paroklari illati etiologiyasi, patogenezi. Mitral qopqoq yetishmovchiligi gemodinamikasi, simptomatologiyasi, shikoyati, ko'zdan kechirish, palpasiya, perkussiya, auskultasiya). Mitral stenoz. Gemodinamikasi, shikoyati, ko'zdan kechirish,palpasiya, perkussiya, auskultasiya. Mitral illatlarda EKG, FKG, va EXOKG o'zgarishi shikoyati. O'tkir va surunkali yurak yetishmovchilik: ko'zdan kechirish,palpasiya, perkussiya, auskultasiya, EKG, EXOKG, FKG). Klinik ko'rinishi (yurak astmasi, o'pka shishi diagnostikasi,shoshilinch yordam). Surunkali yurak yetishmovchilik bosqichlari(kompensasiyalangan va dekompensasiyalangan). Yurak yetishmovchilik simptomatologiyasi, kompensasiya mexanizmi. Aortal qopqoq yetishmovchiligi. Gemodinamikasi. Aortal stenoz gemodinamikasi, simptomatologiyasi.

«Хаетини тиббиетга тикканлар учун»

Тема №8

Ревматизм ва бирламчи ревмокардит симптоматологияси. Ортирилган юрак нуқсонлари диагностикаси (митрал ва аортал). Уткир ва сурункали юрак етишмовчилиги синдроми. Чап коринча етишмовчилиги.

Ревматизм (ревматик иситма)

Ревматизм – общее название для более разного характера, которые еще не получили специфического названия, хотя и возникают по разным причинам»
Уильям Геберден (1710-1801)

Ревматик иситма (РИ) – бу β-гемолитик стрептококк «А» гурухи (одатан уткир стрептококкли инфекциядан, асосан ангинадан сунг) чакирадиган бириктирувчи (кушувчи) туқиманинг аутоиммун яллигланиши булиб, аксарият холларда юрак ва бугимлар жараенга жалб этилиши билан кечадиган хасталиқдир. РИнинг юзага келишида генетик мойиллик муҳим аҳамият касб этади.

Ревматизм (Р) одатан хуружлар билан кечади (РИ эпизодларини тез-тез такрорланиши), аммо талай беморларда (½ қисмидан ортигида) РИ деярли клиник аломатларсиз кечиб, юрак нуқсонлари (пороклар) вужудга келган холларда касаллик кечиктирили аниқланади.

«Здоровые люди - это больные, которые еще не знают об этом»

В.А. Насонова фикрича Р – бу унга мойилиги булган (7-15 еш) стрептококкли инфекция таъсирида бириктирувчи (кушувчи) туқимада юзага келадиган системали касаллик булиб, патологик жараен асосан юракда (ревмокардит) локализацияланади.

Ушбу фикр Р га берилган замонавий баходир. Даржакикат, биринчидан – Р кушувчи туқиманинг тизимли касаллиги, айни пайтда нафақат юракдаги, балки узга органладаги бириктирувчи туқима ҳам патологик жараенга жалб этилади. Иккинчидан – Р нинг этиологик омил булиб гемолитик стрептококк хизмат қилсада, бироқ у барчада эмас, балки мойиллик булган шахсларда юзага келади. Учунчидан, касаллик эрта ешдан бошлансада, у умрнинг охиригача у еки бу даражада безовталиқ чакириб туради.

“Ревматизм” грекча REW – оқаман сузидан олинган булиб, rheumatismus – оғинок демақдир. Уша даврда бош миёда зарарли суюқли пайдо булиб, у организмнинг бошка қисмларига оқиши туфайли бугимлар шинкасланади, деб тасаввур этилган. Бугимларнинг турли касалликлари Р деб тан олинган. Буйо (1840 г) ва айни пайтда Г.И.Сокольский бугим ва юрак хасталиклари орасида боғлиқлик борлигини аниқлашган. Кейинчалик С.П. Боткин Р да нафақат бугим ва юрак, балки бошка ички органлар ҳам маълум даражада жананга жалб этилиши эътироф этилган.

Этиологияси:

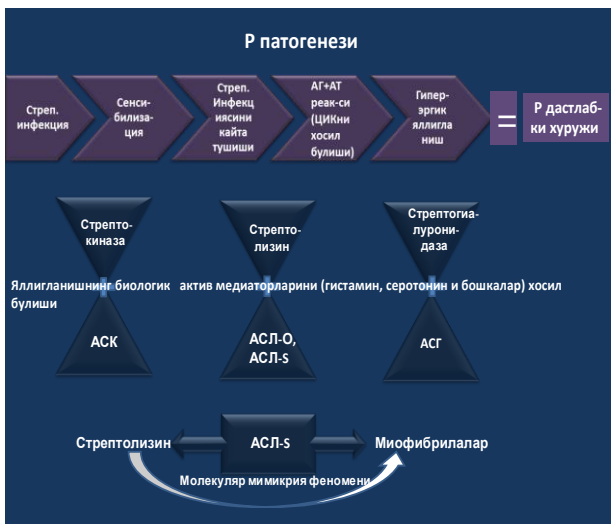
1) Инфекцион
(А.И. Нестеров)

2) Вирусли
(Лютембаше)

3) Инфекцион-аллергик
(Клинге)

Теориялар:

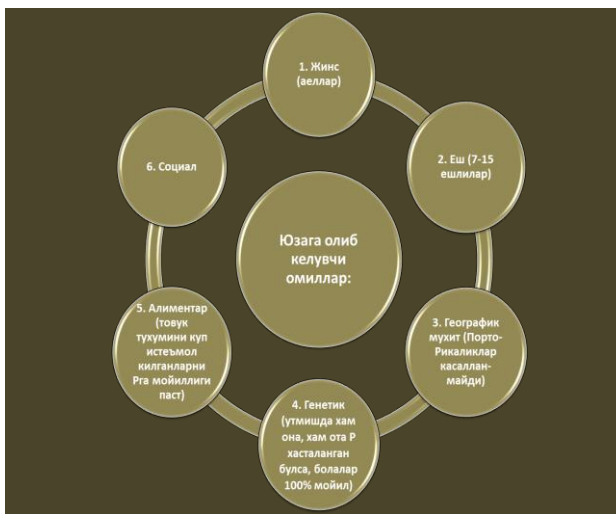
А.И. Нестеров: «СТРЕПТОКОККИЗ РЕВМАТИЗМ ЙУК».



Ревматик яллиғла ниш жараенининг бир қатор патоморфологик босқичлари тафовут этилади. Уларни билиш клиницист учун шарт ва зарур:

1. Муқоид бўқиш босқичи – 2 ҳафта атрофида давом этади
2. Фибриноидли шимиш (пропитывания), бу босқичда ҳужайралараро бушликка фибрин ўтказувчанлиги ошган қон томирлари деворидан сизиб ўта бошлайди ва некрозга ўчрайди. Давомийлиги 4 ҳафтагача.
3. Ҳужайра инфильтрацияси босқичи, бунда некрозга ўчраган фибрин толалари атрофида ҳужайра элементлари йиғила бошлайди (Ашоф-Талалаев тугунчаси). Давомийлиги 2 ойгача.
4. Склерозга ўчраш босқичи, 2 ойгача давом этади.

Муқоид бўқиш босқичи (2 ҳафта) тулик ва фибриноидли шимилиш даврининг дастлабки 2 ҳафтасидаги патоморфологик ўзгаришлар ҳали қайтардир. Буни билиш мўҳим аҳамият касб этади.



P асосий клиник вариантлари:

(рус педиатри Киссель томонидан таклиф этилган)

1. Кардит – юракнинг қайси қавати (эндокард еки миокард) кўпроқ P яллиғла нишига дўчор бўлганини аниқлаш қийинлиги тўғайли кўпроқ ревмокардит термини ишлатила бошланди. P натижасида вужудга келган юрак нуқсонлари ҳам кардит тушунчаси таркибига киритилади.
2. Полиартрит – P ҳозирги пайтда атиги 25% ҳолларда ўчрайди.
3. Хорея болалар МНС ревматик яллиғла ниши бўлиб, бунда асосан стриаллид шикластланади ва у тартибсиз ҳаракатлар, киефада ўзгаришлар ва хунсихат бў билан кечади.
4. Ревматик (Гебердена) тугунчалар – нухот катталигида болдир соҳаси тери ост буладиган огриксиз тузилмалар. Атиги 0.5-1% ҳолларда ўчрайди.
5. Халқасимон эритема – болдир, сон соҳаси териларида юзага келадиган ва яққ тарқок эритематоз халқалар. Улар киска муддатли бўлиб, P, 1-2% ҳолларида ўч

"Квалификация врача - главная врачебная тайна". М. Горький

P диагностик мезонлари катта ва кичикка булинади

Катта мезонлар: кардит, полиартрит, хорея, халқасимон эритема, ревматик (Геберден) тугунчалари

Кичик мезонлар: а) клиник (артралгия, иситма); б) лаборатор (ЭЧТ, АСК, АСГ, АСЛ-О, S ва бошқалар титрини ошиши)

"Каждый народ имеет ту медицину, которую ему финансируют"

Диагностик мезонлар

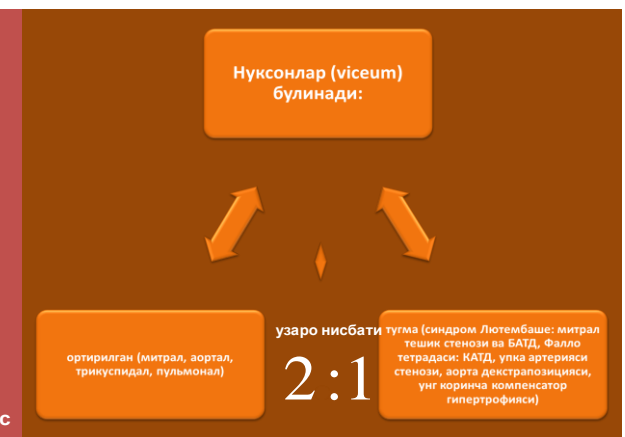
Джонсон буйича:

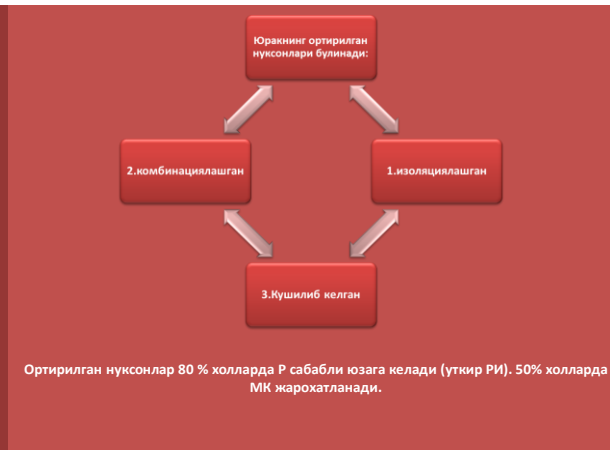
I. Асосийлар: кардит, полиартрит, хорея, ревматик тугунчалар ва халқасимон эритема
II. Қушимчалар: а) клиник (артралгия, иситма) б) лаборатор (ЭЧТ, фибриноген, АСК, АСГ, АСЛ-О, S титрларини ошиши)

А.И. Нестеров буйича:

I. Асосийлар: кардит, полиартрит, хорея, ревматик тугунчалар, халқасимон эритема, ревматик анамнез и ex luvantibus муолажа
II. Қушимчалар: а) умумийлар (артралгия, иситма, тери ранги оқариши) б) махсуслари (лейкоцитоз, ЭЧТ ва АСК, АСГ ва АСЛ-О, S титрларини ошиши)

«Амаллетдаги асосий дори бу шифокорнинг узидир»





Митрал (МС) – stenosis ostii venosi sinistri s. stenosis mitralis, чап булмача ва коринчаро тешикнинг торайиши булиб, унда диастола фазасида чап булмачадан чап қоринчага қон оқиши лозим булган кон микдори кескин камайади.

Нормда митрал тешик майдони 4-6см² ташкил этади. 3см² гача торайса ҳам хали клиник белгилар намоён бўлмайди. Фақатгина 2см² га қадар торайиб қолсагина МС симптомлари пайдо бўла бошлайди.

МС сабаблари:
 1. РИ (50% дан ҳам ортик холларда);
 2. МК табакалари атеросклерози ва кальцификацияси;
 1. МК табакалари пролапси;
 2. Тугма формалари (Лютенбаше синдроми);

Компенсатор механизмлар:
 1. Булмача ичра босим ошиши;
 2. Упка артерияси гипертензиясини юзага келтириши (40/30 мм с. устинига қадар, N 25/15 мм устинига тенг);
 3. ЧҚ диастола вакти чузилади

МС кечишида 3 давр тафовут этилади:

1. Компенсация → 2. Упка артерияси гипертензияси ва УК гипертрофияси → 3. УК етишмовчилиги (катта кон айланш доирасида димланиш)

МС клиник аломатлари

Шикоятлар:

1. Енгил жисмоний зуриқишлар давомида хансираш;
2. Ортопноз;
3. Тунги пароксизмал хансираш;
4. Йутал, дастлаб курик, сунгра продуктив тус олаиши мумкин;
5. Кон тупириш («юрак нуксони хужайралари»);
6. Шишлар (oedema)

Илк шикоятлар 40-50 ешда пайдо бўла бошлайди. МС мавжудлиги тасдиқлангандан кейин, беморлар хатто муолажа қабул қилмаса ҳам, тахминан 10 йиллардан кейин МС хос илк клиник белгилар намоён бўлади.

РS. Куруқ йутал асосан жисмоний зуриқиш давомида еки тунда содир бўлади. Упка шишида йутал пушти ранг купикли балгам еки айрим холларда кон тупириш, хатто кизил рангли кон ажралиши билан кечиши мумкин.

МС тугридан тугри аломатлари

Асосийлар:

- Юрак чуққисиди диастолик шовкин;
- Кушимча тоннинг пайдо булиши (50%), (МК очилиш тони – opening snap);
- Кучайган («карсаксимон», замбарак товушли – Образцовча) I тон;
- II тоннинг улка компонентини кучайиши;
- Чапдан 2 ковурга оралигида эшитиладиган диастолический (Грехэм Стилл) шовкин;
- Диастолик калтираш;

Кушимчалар:

- facies mitralis (еногларни кукумтир-кизил рангга буялиши);
- Периферик шишлар;
- Pulsus differens;
- Буйин веналарини буртиб чиқиши;

Физикал текшириш натижалари:

- 1 – куздан кечириш: митрал учлик («капалак» симптоми, митрал набулс ва facies mitralis), эпигастрал пульсация, юрак букрилиги;
- 2 – пальпация: юрак букрилиги – gibbus cardiaca, эпигастрал пульсация мушук хириллаши – fremitus cataire (диастолик калтираш), А.И.Нестеровнинг «икки тукмоқча» симптоми, pulsus differens, юрак зарби;
- 3 – перкуссия: унг юрак чегарасини унга ва юқорига силжиши (унг юрак, а. pulmo ва чап булмача гипертрофияси хисобидан);
- 4 – аускультация: I тоннинг кучайиши, Мкнинг очилиш тони («бедана» ритми), диастолик шовкин чуққиди (асосий аускультатив белги), II тоннинг сусайиши ва чап том 2 ковурга оралигида эшитиладиган диастолик (Грехэм Стилл) шовкини.

Кучайган «карсаксимон» еки «замбарак товушли» (Расм.№) I тон юрак чуққисиди V ковурга оралигида lin. medioclavicularis sinistra дан 1,5-2 см ичкарида эшитилади;

«Бедана» ритми (Расм. №) ва диастолик шовкин (V ковурга оралигида lin. medioclavicularis sinistra дан 1,5-2 см ичкарида эшитилади)

II тон акцентни ва Грехэм Стиллнинг диастолик шовкини (Ра. а. pulmonalis нуктасида (II ковурга оралиги туш суяги чап қоринча) эшитилади;

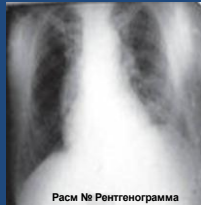
Инструментал текшириш натижалари

МС да учрайдиган чап булмача фибрилляцияси аломатлари. P тишча аниқланмайди;

Унг коринча гипертрофияси ЭКГ аломатлари. R тишча ниҳоятда баланд V 1-2 узатишларда, ST сегмент ва T тишча узгарган;

МСнинг ФКГ аломатлари. Кучайган I тон ҳамда диастолик шовкин регистрация қилинади;

Инструментал текшириш натижалари



Рентгенологик белгилари: улка юкори булаг и васкулциясини кучайиши ва митрал конфигурация;



МС эхографик манзараси. Допплер ЭхоКГ ердамида МТ тешик майдоми хамда чап булмача ва коринча орасида босим градиенти ва улка артериясидаги босим курсаткилари аникланади, аини пайтда МС огирлик даражаси бахо берилади;

МК етишмовчилиги (митрал регургитация) – insufficiencia valvulae bicuspidalis s. mitralis – ЧК систолаи давомида МК табакаларини тулик епилмаслиги билан намоен булади ва конни ЧК дан ЧБга тескари оқиши (регургитацияси) кузатилади. Мкиннинг органик ва функционал етишмовчилиг фаркланади. Хозирги пайтда ушбу нуқсон митрал регургитация (MP) деб хам номланади.



Рис. № MP схемаси

1. Этиологияси

- а. Тугма патология: клапани булиниши, пролапс ва х.о.;
- б. МК аллигланиши: Р, ТКБ (СКВ), тизимли склеродермия, аортоартерит;
- в. Дегенератив жараенлар: миксоматоз дегенерация, Марфан ва Элерс—Данло синдромлари, митрал халка кальцификацияси;
- г. Инфекция: инфекцион эндокардит;
- д. МК аппарати патологияси: хордаларни узилиши, сургичсимон мушакларни узилиши еки дисфункцияси, митрал халка ва ЧК дилатацияси, ГКМ, МК атрофидан регургитация (сунъий клапанлар асорати);
- е. Митрал вальвулопластикаси асоратлари;

Кечишига караб MP тафовутланади:

- А) Уткир (папилляр мушаклар еки хордал бойламаларнинг узилиши, инфекцион эндокардит натижасида);
- Б) Сурункали (РИ, юрак коронар хасталиклари натижасида);

Клиник манзараси:

- а. *Хансираш* — ута хос шикоят. Урта ва огир сурункали MP еки уткир MP ларда купрок кузатилади;
- б. *Тезда чорчаш* – систолик хажм самараси пасайиши туфайли юзага келади. Огир MP ва ЧК систолик дисфункциясида далолат беради;
- в. *Кон тупуриш* – улка шишида сустрок намоен булади ва аксинча бронх веналари деворлари емирилган пайтда массив тус олиши мумкин;
- г. *Товуш бузиллиши* – л. гессигенс ни гипертрофияга учраган чап булмача кисиб куйиши туфайли кузатилади (Ортнер симптоми); МС да еки МС ни MP билан кушилиб келишида нисбатан купрок учрайди;



Физикал текшириш

- а. *Оумумий куздан кечирш*, юрак сохаси ва кон томирларни текшириш.
 - 1) Ташки киефа: Марфан синдроми белгилари — баланд буй, астеник гавда тузилиши, куларни номуттаносиб узунлиги, бугимлар харакати диапозонини кенглиги, терини бежад чузувчан булиши, курак кафаси деформацияси, кифосколиоз, танглайни юкори булиши;
 - 2) Асосий физиологик курсаткичлар: огир пульс урта тулишда ва тез кутарилувчан;

- б. *Пальпация*: чүкки зарби — кенг, чузулувчан, чапга силжиган. Систолик калтираш (огир MP дарак берувчи). Улка артерияси пульсацияси ушбу томирдаги гипертензия белгиси. УК пульсацияси улка артерияси гипертензиясидан еки ТР дарак беради;

- в. *Перкуссия*: юрак чегараси унга ва юкорига сижиганини аниклашга имкон беради (унг коринча ва а. pulmonalis узани хамда ЧБ гипертрофияси жисбидан);

- в. *Аускультация*. Огир MP I тон сусайган, III тон эшитилиши мумкин; улка артерияси гипертензиясида II тон акценти кайд этилади. Пансистолик диастолик шовкин юрак чүккисидан.



Рис. № Арахнодактилия

Инструментал текшириш усуллари натижаси:

- 1. ЭхоКГ (Рис. №) ердамида MP этиологияси, унинг огирлигини, ЧК компенсатор имкониятлари, асоратлар тури (ЧК, УК етишмовчилиги) аникланади. Шунингдек кушилиб келган бошка нуқсонлар хам аникланиши мумкин.
- 2. Юрак катетеризацияси (Рис. №). MP огирлик даражаси аникланади.
- 3. Коронар ангиография и вентрикулография (Рис. №). Коронар ангиография ердамида ЮИК аникланади. Вентрикулография давомида кон регургитацияси, унинг огирлик даражаси ва ЧК хажми аникланади.
- 4. Регургитацияланетган кон фракцияси хажмини аниклаш.



Аорта равоги стенози

Аортал стеноз (АС) – stenosis ostii aortae АК тешиги сохаси торайиши ва шу сабаб систолик хажмининг камайиши билан кечадиган хасталикдир.

Этиологияси

- а.2 табакали АК мавжудлиги туфайли стеноз (бу нуқсон 2% холларда учрайди) нисбатан еши катталарда (асосан 50 ешдан кейин) ривожланади ва 50% дан ортки холларда вальвулопластикани талаб килади (Рис. №).
- б. РИ – деярли хамма вақт МК жарохати билан кечади. Алохида учрайдиган АС одатан норевматик сабабдан дарак беради.
- в. АК изоляциялашган кальцификацияси — нисбатан куп учрайдиган сабаб; 65 ешгача 40%, 65-80 ешда 90% дан холларда АК протезлашга сабаб булади.
- г. Атеросклеротик АС огир гиперлипотеидемияда, фиброз тугунчали — РА да, АС кальцификацияси — Педжет касаллигида ва СБЕ (ХПН) терминал боскичида (айрим пайтда) учрайди.
- д. Инфекцион эндокардит (айникса сабаби Candida spp., Naemophilus parainfluenzae булса) ва айрим холларда АС нинг уткир варианты сифатида намоен булади.

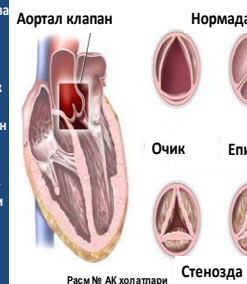


Рис. № АК холатлари

Клиник манзараси

- а. Хансираш – систолик дисфункция натижасида (АС декомпенсациялашганда) еки ЧК нинг бирламчи диастолик дисфункциясида.
- б. Мискардининг килордаг булган талаба ва унинг реал таъминоти орасидаги муттаносиблик бузилиши натижасида стенокардия юзага келиши; АС бор 70% беморларда ангинос огрик учрайди.
- в. Тез чарчаш ва дармонсизлик нисбатан кечрок намоен булади ва огир АС учрайди. Куп холларда ЧК дисфункциясида далолат беради.
- г. Хушдан кетиш – систолик хажмини камайиб кетиши натижасида содир булади ва фанатгина АС урта еки огир холатларида учрайди.



Бигил (майдон юзаси 1,5 см², уртача градиент 25 мм с. устунидан кам ва охири тегилиги 3,0 м/с пас);

АС нинг куйидаги даражалари фаркланади:



Огир (майдон юзаси 1 см² дан кам, уртача градиент 40 мм с. устунидан ва охири тегилиги 4,0 м/с ортки);

Уртача (майдон юзаси 1,0–1,5 см², уртача градиент 25–40 мм с. устунига ва охири тегилиги 3,0–4,0 м/с);



АС тугридан тугри белгилари

Асосийлари:

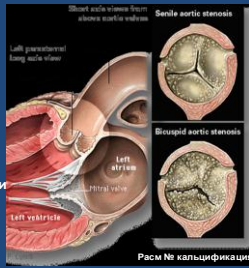
- Систолик шовкин - тушнинг унг томони 2 ковурга оралигида ва Боткин-Эрб н (дагал, интенсив, баланд);
- II тонни аорта устида сусайиши еки бутунлай йуколиши;
- I тонни сусайиши;
- Систолик кассирлаш (шелчок), туш унг томони 2 ковурга оралигида ва Боткин-нуктасида («хайдалиш тонини» эшитилиши);

Кушимчалар:

- Pulsus tardus et parvus;
- Чүкки зарбини кучайиши (кутарувчан), V – VI ковурга оралиги чап урта умров чизигининг ташки томонида аникланади;
- Унгада 2 ковурга оралигида систолик калтираш аникланади;
- Систолик кон босими пасайган, диастолик эса нормал еки ошган;

Диагностик жараен вазифалари

- а. АС этиологияси ва оғирлик даражаси аниқланиши зарур (Расм № 1), ЧК фаолияти баҳолаши керак.
- б. Юракнинг айни пайтда йулдош хасталикларини (бошқа клапанлар нуқсоно, коронар атеросклероз) аниқлаш.
- в. Хатто бошқа тизимларнинг (буйрак, упка, асаб) мавжуд хасталикларини аниқлаш.
- г. Шикоятларига адекват баҳо бериш, функционал синфларни аниқлаш, бемор турмуш тарзи билан яқиндан танишиш.
- д. Симптомсиз кечиб холларида ноинвазив усулларни (ЭКГ, рентгенография, ЭхоКГ) куллаш.
- е. Коронар атеросклерозга тахмин қилганда еки хирургик муолажа таклиф этилиш кутилаганда— юрак катеризациясини ва коронар ангиографияни амалга ошириш.



Расм № кальцификация

Физикал текширишлар натижаси

а. *Куздан кечириш*, юрак соҳаси ва кон томирларни: тери рангига эътибор (одатан оқ рангда);

б. *Пальпация*, чузулвчан чүкки зарби (лекин кенг эмас), пайпаслашда хис этиладиган IV тон ЧК гипертрофисиз дарағи; систолик калтирашни пайпаслаш мумкин. АС даражаси ортан сари ушбу шовкин интенсивлиги оша боради ва шунинг учун юрак ва уйку артериялари соҳасида пальпатор аниқланадиган систолик калтираш юзага келади. Хатто айрим холларда ушбу шовкиннинг юкори частотали компонентлари култик ости соҳасига қадар тарқалиши ва эшитилиши ва худди шу сабабли MP хос шовкинни имитация қилиши мумкин (**Галлаварден симптоми**).

в. *Перкуссия*, юрак нисбий тўмтоқлик чегараларини чағга силжиши кузатилади;

г. *Аускультация*, II тоннинг аортал компоненти сусайган; АС мезосистолик шовкин эшитилади; унинг эшитилиши II тон бошланиши арафасида тугайди, туш суяги чап томонида яхши эшитилади ва хатто уйку артерияларига тарқалади. АС даражаси ортан сари ушбу шовкин интенсивлиги оша боради ва шунинг учун юрак ва уйку артериялари соҳасида пальпатор аниқланадиган систолик калтираш юзага келади. Хатто айрим холларда ушбу шовкиннинг юкори частотали компонентлари култик ости соҳасига қадар тарқалиши ва эшитилиши ва худди шу сабабли MP хос шовкинни имитация қилиши мумкин (**Галлаварден симптоми**).

«В Бухаре нет метрополитена, потому что бухарцы так низко не опускаются»
(Пропедевтик лирика)

Инструментал текшириш усуллари натижаси

а. ЭКГ – ЧК гипертрофисиз белгилари (Расм № 1), Р тишча нормал булади, агар ЧП катталашмаган булса.



б. ФКГ – систолик шовкин кайд этилади (Расм № 1), I тон билан биргалиқда «АК очилиш тони» аниқланиши мумкин.



в. Күкрак қафаси органлари рентгенографияси: АК кальцификацияси ва аортанинг постстенотик дилатацияси, ЧК дилатацияси ва сунғи босқичларида үпқада кон димланиши аломатлари кайд этилиши мумкин.



д. ЭхоКГ. АК структураси аниқланади (2 табакали клапан, табакаларни қалинлашуви, фиброз, кальцификация, вегетация), АК харакати хусусиятлари (табакалар харакати диапазоно, очилиш амплитудаси) ва АК тешиги майдони юзаси (Расм № 1) аниқланади; аорта илдиздаги узғаришлар (постстенотик дилатация), ЧК сими, гипертрофисиз даражаси, хайдалиш фракцияси, ЧБ хажми, бошқа клапанлар холати баҳо бериледи. Допплер ЭхоКГ ердамида аорта ва ЧК орасидаги босим градиенти аниқ кайд этилади.



г. Юрак катеризацияси ва коронар ангиография ердамида ЧК хайдалиш фракцияси хажмини пасайиши сабаблари аниқланади. Гемодинамик параметрлар аниқланади: аорта ва ЧК аро босим градиенти, систолик хажми миқдори, упка артериясидаги босим, АК майдони юзаси ва бошқалар. Вентрикулография ердамида: ЧК фаолиятига баҳо ва MP диагностика қилинади. Коронар ангиография ердамида: коронар атеросклероз диагностикаси амалга оширилади. Аортография: аортал етишмовчилиги диагностика қилинади.

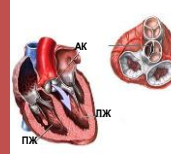


Аортал клапан (АК) етишмовчилиги - insuffientia valvulae semilunaris aortae, аортал ре-ургитация (АР), аортага хайдалган коннинг (50%гача) талайгина қисмини АК абсолют еки нисбий етишмовчилиги сабабли қайтиб ЧК (диастола фазасида) тесқари оқиши (реургитацияси) кузатиладиган патологик холатдир.

Этиологияси:

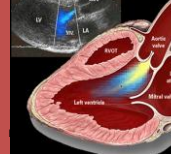
- а. *АК жароҳати турлари*
- 1) Тўғма 2 табакали АК: түлик беқилмайди еки пролапс; 2) Р;
 - 3) Инфекцион эндокардит: аксарият холларда МК билан биргалиқда шикастланади; табакалар емирилади, пролапс;
 - 4) Миксоматоз дегенерация: пролапсга олиб келади;
 - 5) Вальвулит: аллиғлашиш чандиклари табакаларни түлик беқилишига йул бермайди.
 - 6) Травма: бирламчи жароҳат (табака бүклиши еки узилиши кузатилади); иккиламчи пролапс аорта девори емир-да вужудга келади.

Расм № АК етишмовчилиги турлари.

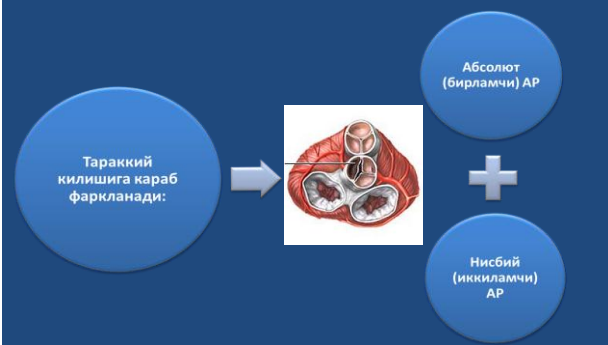


- б. *Аорта илдизи жароҳати турлари*
- 1) Бириктирвучи туқима ирсий хасталиклари: кушувчи туқима юмша-йиб қолиши еки медионекрози аорта илдизи дилатациясига олиб келади. Аортоаннулар эктазия (медиекноз натижасида)— аксарият холларда еши үлүг кишиларда изоляциялашган аортал етишмовчи-ликка сабаб булиб хизмат қилади; айрим пайтларда Марфан синдро-мининг бир аломати сифатида намоён булади.
 - 2) АГ: аорта илдизининг сурунқали дилатацияси.
 - 3) Сифилис: аорта дилатацияси, деворларини қалинлашуви;
 - 4) Аорта девори емирилиши: табакалар таянч аппарати патологияси.
 - 5) Коринчалар аро түсиқ дефекти.

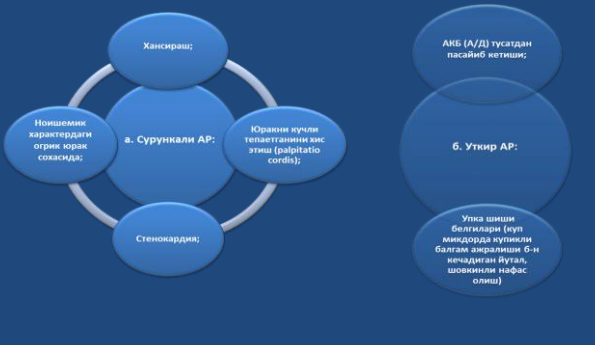
Расм № АР семмаси ва ЭхоКГси



АК етишмовчилиги турлари



Клиник манзараси



Сурунқали АР физикал текшириш натижалари

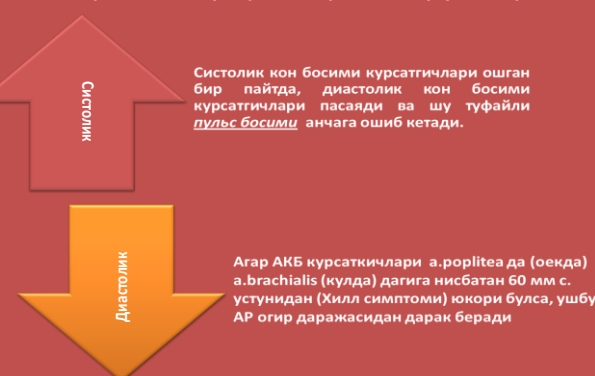
а. *Куздан кечириш* – Марфан синдроми белгиларини булиши, Мюссе, Квинке симптомлари, уйку артерияси «ракси»;

б. *Пальпация* – Корриген пульси (баланд ва тез пульс): a. radialis да қулни юрак соҳасига нисбатан баланд кутариш холларида яхшироқ хис этилади, Квинке пульси: тирнок илдизи капиллярларини аранг қузға илдириган пульсацияси; чүкки зарби — кенг, чузук ва қучайган, чағга силжиган; III тонни пайпаслаш, тушнинг юкори чап кирраси соҳасида диастолик калтирашни аниқлаш;

в. *Перкуссия* – юрак нисбий тўмтоқлик чегараларини чағга силжиши;

г. *Аускультация* – сунувчи диастолик шовкин (тушнинг чап кирраси соҳасида нафас чиқариш фазасида олдинга энишган холда яхшироқ эшитилади); паст частотали мезодиастолик шовкин МК соҳасида (*Флинта шовқини*) кайд этилади; *Траубе тони*: сон артерияси соҳасида баланд замбаракати тон; *Боткин тони* елка артериясида (агар ушбу тон қул вертикал холатида эшитилса унда у *Курлова тони* деб эътироф этилади). *Дюрозье шовқини*: сон артериясида шовкин аниқланади;

Пульс босими узғаришини узига хос хусусиятлари



Диагностиканинг инструментал усуллари

а. ЭКГ: ЧК ва ЧБ гипертрофияси белгилари (Расм №);



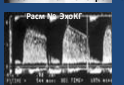
б. ФКГ: диастоллик шовкин кайд этилади (Расм №);



в. Кўкрак қафаси рентгенографияси: огир АР кўп холларда ЧК нинг яққол гипертрофияси куза ташланади (Расм №). Аорта кенгайган ва силжиган бўлади.

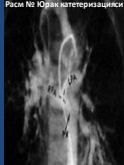


д. ЭхоКГ да аниқланади: АК тузилишидаги ўзига хослик; аорта илдизи анатомик хусусиятлари ва улчамлари; ЧК хайдалиш фракцияси; доплер воситасида эса текшириш, АР ва унинг огирлик даражаси (Расм №) аниқлашга имкон беради;



г. Юрак катетеризацияси (Расм №), коронар ангиография ва аортография. Курсатма:

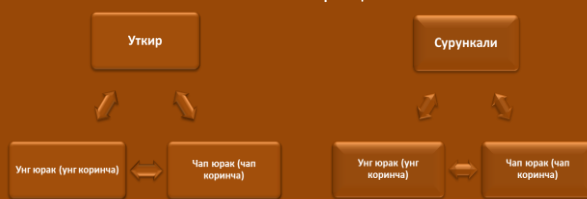
- 1) Клиник белгилари намоён бўлган АР, операциядан олдин; аортанинг емирлаётган аневризмасини диагностика қилиш учун, бошқа клапанлар ва коронар атеросклероз диагностикаси мақсадида;
- 2) Симптомсиз кечадиган ва огирлик даражаси ноанки АР;



Юрак етишмовчилиги синдроми

Юрак етишмовчилиги синдроми (ЮЕС) органининг насос фаолияти бузилиши натижасида содир буладиган клиник аломатларэто комплекс симптомов и клинических признаков, появляющихся на фоне нарушения насосной функции сердца. ЮЕС белгилари турли хил булади ва ушбу синдромнинг формаларига боғлиқ. Пациент соғлиги ва ҳаётини сақлаб қолиш мақсадида ЮЕС илк белгиларини эрта аниқлаш катта аҳамият касб этади.

ЮЕС классификацияси:



PS. Изоляциялашган ЮЕС (чап еки унг қоринчали) асосан ўткир холларда, сурункали ЮЕС эса аксарият холларда аралаш (бивентрикуляр, тотал) булади.

Уткир ЮЕС

Уткир ЮЕС – ушбу холатга хос булган клиник аломатларни киска вақт ичида (бир неча минут еки соатлар давомида) тез юзага келиши билан ажралиб туради. Унинг асосий турларига: юрак астмаси, улпа шиши ва кардиоген шок дохил булади. Ушбу клиник формалар критик холатлар деб тан олинади ва зудлик билан шифокор томонидан тиббий ёрдам курсатилишини такозо этади.

ЮЕС ўткир вариантлари соат сайин кўчайиб борувчи хансираш билан бошланади. Айни пайтда бадан териси қуқимтир (цианоз) тўс ола бошлайди, кучли бош айланиши еки тўсатдан ҳушини йўқотиш, бет ва буйин териси йирик тер томчилари ва улпада нам хириллашлар пайдо булиши билан давом этади. Ушбу симптомлар миокард инфаркти ехуд гипертоник криз билан биргаликда намоён булиши мумкин ва юракнинг (чап қоринчанинг) ўткир декомпенсациясидан дарак беради.

Уткир ЮЕС асосий сабаблари:

- Миокард инфаркти
- Сурункали ЮЕС декомпенсацияси
- Клапанларнинг ўткир етишмовчилиги
- Юрак фаолияти ритмининг бузилиши
- Юрак травмаси
- Юрак тампонадаси
- Улпа артерияси тромбозеболияси

Расм № ЮЕС ортопноэ холати



Сурункали ЮЕС

Сурункали ЮЕС – бу ЮКТ тизимининг кенг тарқалган хасталиклари оқибатида юзага келадиган симптомокомплекс бўлиб, унга хос булмиш аломатларни секин-аста, аммо стабил намоён булиши билан ажралиб туради. Аксарият холларда сурункали ЮЕС га хос аломатлар маълум муддат давомида охисталик билан юзага келади ва юрак (чап қоринча) фаолиятини давомли декомпенсациясидан далолат беради. Аммо, айрим холларда сурункали ЮЕС симптомокомплекси юрак ўткир хасталиклари хуружи (М; миокард инфаркти) заминиде тараккий қилиши мумкин.

Сурункали ЮЕС асосий сабаблари:

- Сурункали ЮИК (стенокардия)
- Кардиосклероз
- Сурункали улпа-юрак синдроми
- Артериал гипертония
- Юракнинг клапан аппаратурини хасталиклари

Сурункали ЮЕС асосий симптомлари:

- Шишлар
- Хансираш
- Сурункали куруқ йўтал
- Холсизлик
- Юрак тепиши
- Никтурия

Юрак етишмовчилиги классификацияси

(Америка кардиологлари ассоциацияси (NYHA) томонидан 1928 й. тақийф этилиб, 1994 й. қайта қуриб чилган)

Функционал синфлар (ФС)	Характеристикаси
I ФС	Одат тўсига кириб қолган жисмоний зуриқиш давомида ЮЕС белгилар намоён бўлмайди
II ФС	Одат тўсига кириб қолган жисмоний зуриқиш давомида ЮЕС белгилари пайдо булади
III ФС	Енгил жисмоний зуриқишлар давомида ЮЕС симптомлари пайдо булади
IV ФС	Хатто тинч холатда ЮЕС белгилари намоён бўлиб туради

Сурункали ЮЕС (кон айланишини сурункали етишмовчилиги) классификацияси Х. Василенко ва Н.Д. Стражеско, 1935 г.)

I босқичи – бошланғич, кон айланишининг яширинч етишмовчилиги (КАЕ), фақатгина жисмоний зуриқиш давомида пайдо булади (хансираш, юрак тепиши, беҳад холсизлик).

II босқичи – қузиқ яққол КАЕ, қичик ва катта кон айланиш доираларида димланиш белгилари тинч холатда намоён булади. А даври – КАЕ белгилари тинч холатда суёт намоён булади. Гемодинамик бузилишлар фақат бирта кон айланиш (катта еки қичик) доирасида кузатилади. Б даври – гемодинамикани яққол бузилишлари ҳам катта, ҳам қичик кон айланиш доираларида кузатила бошланади.

III босқич – сунги, дистрофик деб ҳам номланади ва огир гемодинамик бузилишлар ва улар натижасида модда алмашинувида тургун ўзгаришлар, деярли барча ички органларда қайтмас жараёнлар кузатилади.

Ma'ruza №8

O'tkir revmatik isitma. Yurak nuqsonlari. Mitral teshik torayishi. Mitral qopqoqchalar

yetishmovchiligi. Aortal stenoz va aortal klapan yetishmovchiligi.

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

Mashg'ulot vaqti – 2 soat	Studentlar soni: 20 dan 80 gacha
Mashg'ulot formasi	Ma'ruza axborot mashg'uloti
Ma'ruza mashg'ulot rejasi	1. Gipertoniya kasalligi simtomatologiyasi.. 2. Yurak ishemik kasalligi haqida tushuncha. 3. Stenokardiya va miokard infarkti simtomatologiyasi. 4. Stenokardiya hurujini to'xtash.
Ma'ruza mashg'ulot maqsadi:	Talabalarga gipertoniya kasalligi simtomatologiyasi haqida tushuncha berish.
O'qitish uslubi	Ma'ruza suhbat
O'qitish formasi	Yirik, guruhli.
O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, ma'ruza mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter.
O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki kontrol: savol-javob.

1.2 Ma'ruza mashg'uloti texnologik kartasi

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

Qisqacha bayoni

SHikoyati, ko'zdan kechirish, palpasiya, perkussiya, auskultasiya. Labolator- instrumental diagnostikasi. Gipertonik kriz haqida tushuncha, shoshilinch yordam. Simptomatik gipertenziya (buyrak, endokrin, markaziy, gemodinamik). Etiologiya. Patogenez, stenokardiya klassifikatsiyasi, EKG diagnostika (bosqichlari va lokalizatsiyasi). SHoshilinch yordam.

«Хаетини тиббиетга тикканлар учун»

Тема №9

Гипертония касаллиги симптоматологияси. ЮИК хақида тушунча. Стенокардия ва миокард инфаркти симптоматологияси. Стенокардия хуружини даволаш.

Артериал гипертензия синдроми

Артериал гипертензия (АГ) синдроми – кенг ва йигма тушунча булиб, бунда арте-босими (АКБ) кутарилиши кузатилади, жумладан ДҚБ 90 мм с.у. дан, СКБ эса – 14 с.у.дан ошиб кетади. Изох: бемор АКБ кутарувчи ва пасайтирувчи дориларни қамаган булиши шарт ва кон босими курадаттичлари бод-бод аникланиши зарур.

Тавофут этилади



Россия олимлари маълумоти (2000й) кура АГ синдроми ЮКТ хасталикларини 27% ини ташкил этади. Катта ёшдаги беш америкалик-дан кам деганда биртаси АГ синдромига чалинган.

АКБ курсаткичларига таъсир этувчи омиллар

Оширувчи	Пациент	Пасайтирувчи
<ul style="list-style-type: none"> - «Ок калатган» реакция - Оғринг, тоқатсизлик - Чечкиш - Хуруннинг фалжлиги 		<ul style="list-style-type: none"> - Якин орада оватланган - Одратланиш - Коррактов тонларини сугайиши
<ul style="list-style-type: none"> - Атрофдали шовкин-сурон - Соғуқ кулар еки фонендоскоп - Хава кайдайидиган каланинг ноперметиклиги 	<p>Мухит, жихоз</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Атрофдали шовкин-сурон - Манометр пружинаси бузилса - Симоёни камайиб кетиши - Хава кайдайидиган камерани ноперметиклиги
<ul style="list-style-type: none"> - АКБ курсаткичларига олдидан муносабат - Эшитиш юбилитини пасайиши 	<p>Текширувчи</p>	<ul style="list-style-type: none"> - АКБ курсаткичларига олдидан муносабат - Эшитиш юбилитини пасайиши
<ul style="list-style-type: none"> - Манжетканинг кенг эмаслиги - Манжетка уртада куйилмаса еки жиём устидан куйилса - Нул омилиг турса - Соғуқ хола - Бели стул белига таянмаса - Манжеткана жуда ҳам секин давлаш - Манжеткана жуда тез давлаш - Манжетка жуда ҳам буш урнатилган 	<p>Текшириш</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Куп дам олиш (25 мин) - Тирсаку уя беланд кутарилиса - Манжетка тез хава кайриликса - Стегослов воронкаси каттик босилса - Текширувчи шахсининг хати-харакатлари билан боғлиқ хатоликлар

PS. АКБ курсаткичлари СКБ учун 2 дан 12гача, ДҚБ учун эса 2 дан 10 мм с.у. гача фарк килиши мумкин;

СКБ ва ДҚБ содир булишига иштирок этувчи омиллар

Минутлик хажм = Периферик кон томилрлар каршилиги = Аорта деворининг эластиклиги ва кискариш кучи = Периферик кон томилрлар каршилиги

СКБ = 102 + (0,6 x веш) ДҚБ = 63 + (0,4 x веш)

↑ ↓ ↑ ↓

Вольинский формула

Расм №1. Сфигмоманометрия

АКБ таъсир этувчи асосий омиллар:

1. ЧК систолик хажми
2. Аорта ва йирик кон томилрлар деворининг эластиклиги
3. Периферик кон томилрлар каршилиги (асосан артериоллар даражасида). Вегетатив нерв тизими назорат килади.
4. Артериал тизимдаги кон миқдори

Маъжур омилларнинг узгарishi СКБ еки ДҚБ ехуд хар иккаласига ҳам таъсир этади. АКБ даражаси сутка давомида доимо узгариб туради, М; жисмоний еки эмоционал зуркишлар давомида, еки огрик ва шовкин-сурон, харорат узгарса, кофе, сигарет чекиш вақтида, хатто сутка вақти узгарган чоғда.

Гипертония касаллиги (ГК) – эссенциал гипертензия

Бу ЮКТ патологик холати булиб, АКБ курсаткичлари муайян сабабсиз ошиб кеттилади (САБ 140дан, ДҚБ эса 90 мм с.у.дан кутарилади).

ГК ЮКТ хасталиклар орасида жуда кенг таркалган булиб, у ер кураиси ахалисининг карийб 10-15% да учрайди хамда АГ синдроминанг 96% ни ташкил этади.

Асосийлар:

- Эркак жинси ва менопаузадаги аёллар;
- Чекиш;
- Холестериннинг 6,5 ммоль/л дан ошиши;
- Анамнезида ЮКТ хасталикларини эрта учраши (аёлларда 65 ешгача, эркакларда 55 ешгача);

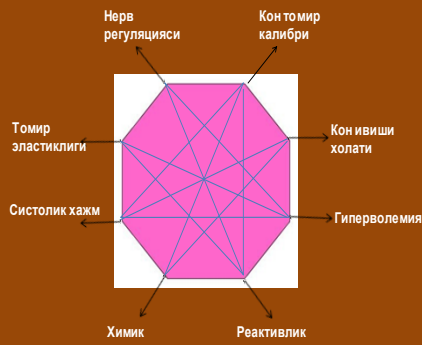
Кушимча:

- ЮЗЛП холестеринини пасайиши;
- КЗЛП холестеринини ошиши;
- Кандли диабет, ГТБ (НТГ);
- Семизлик, гиподинамия;
- Фибриноген, С-реактив оксил миқдорини ошиши;
- Эстерогенлар дефицити;

«Язык мудрых врачует» (Из Библии)



Мозаика теорияси (Ирвин Пейдж)



Ирвин Пейдж теориясининг асосий мағзи:

1. АКБ даражаси бир омилга боғлиқ эмас;
2. Турли (минимум 8) регулятор омиллари мавжуд;
3. Улар орасида нерв ва гуморал асосийдир;
4. АКБ нинг нисбий турғун куралишида ушбу омиллари фаоллигини мувофиқ холда узғариб туриши таъминлайди;
5. Бир омиллари курсаткичларини узғариши дархол бошқалини узғаришига олиб келади;

ГК патогенези

АГ ривожда бевосита иштирок этувчи ва айни пайтда тан олинган учта патофизиологик механизм мавжуд:

1. Натрий гомеостази;
2. Симпатик нерв тизими;
3. Ренин-ангиотензин-альдостерон тизими;

Натрий гомеостази – дастлаб натрийнинг буйрак экскрецияси пасайиб кетиши аниқланган. Натийжада систолик хажм ортада ва циркуляциядаги қоннинг миқдори ва тезлиги ортга боради. Периферик аўторегуляция қон томири резистентлигини оширади ва натижада гипертония юзага келади. Бирламчи гипертонияси бор беморларда Na⁺-K⁺-транспорти барча қон ҳужайраларида узгарган.

Симпатик нерв системаси – АКБ систолик хажм билан ПКТК (ОПСС) орасидаги муносабат ҳосиласидир. Ушбу иккала курсаткич симпатик нерв тизими назорати остидадир. Бирламчи гипертония билан ҳасаланган беморлар қонида катехоламинлар миқдори назорат гуруҳи беморларига нисбатан ошган бўлади.

Ренин-ангиотензин-альдостерон тизими – Ренин буйрак ЮГА сида синтез бўлади ва артериолалар орқали қонга ўтади. Ренин плазмадаги глобулинни («ренин субстрати» эки ангиотензинни) фаоллаштириб ангиотензин I ҳосил бўлишини тезлаштиради. Ангиотензин-трансфераза таъсири остида ангиотензин II ангиотензин I айланади.

Ҳозирги кунда ангиотензин II қучли вазопрессор бўлиб ҳисобланади (унинг қучи норадреналиндан кура 25-30 марта баланд) ва шу сабабли унинг қонцентрацияси қонда ошса ҳаддан АКБ ҳам қутарилиб кетади.

даражасини ошириши СХ ва ПКТК орасидаги балансни бузилиши туфайли юзага кел



Нормда ушбу баланс динамик ва тесқари регуляция механизми орқали назорат этилади. СХ даражаси ошириши билан шу захоти ПКТК пасайиши ва тесқарилиши СХ ва ПКТК орасидаги динамик баланс бузилишини патологик турлари:

А) Гиперкинетик тип

Б) Эукинетик тип

В) Гипокинетик тип

БСТ (ВОЗ) қўмитаси экспертлари АГ нинг қуйидаги мезонларини қабул қилган: АГ даражаси 140/90 мм с. у. тенг бўлса — норма; 140/90 дан 159/94 гача — «хавфли зона» (эки чегара АГ), 160/95 дан баланд бўлса — АГ деб ҳисобланади.

БСТ (ВОЗ) ва гипертония Халқаро жамиятининг АГ классификацияси

Категорияси	АКБ даражаси (мм с.у.)	
	Систолик	Диастолик
Оптималь	< 120	< 80
Нормал	< 130	< 85
Юқори нормал	130 – 139	85 – 89
I даража (юмшоқ), чегара гуруҳи	140 – 159 140 – 149	90 – 99 90 – 94
II даража (урта)	160 – 179	100 – 109
III даража (огир)	> 180	> 110
Изоляциялашган систолик АГ чегара гуруҳи	> 140	< 90
	> 140 – 149	< 90

PS. Агар СКБ ва ДКБ курсаткичлари маълум бир даражага туғри келмаса (М; СКБ юмшоқка, ДКБ эки огирга туғри келса) бундай ҳолларда ДКБ курсаткичига таяниш лозим.

Клиник манзараси -

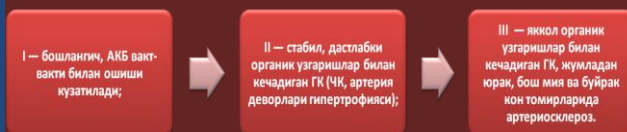
биринчи навбатда нишон органларнинг шикастланиши даражасига боғлиқдир



ГК клиник белгилари:



ГК клиник кечишида қуйидаги босқичлар тавофут этилади:



Гипертоник кризлар (ГК) –

АКБ ни тез, қушимча равишда ошиб кетиши ҳамда ва бемор умумий аҳолини қогирлашуви билан кечадиган ҳолатдир. АКБ курсаткичлари нихоятда ошиб кетганда (жумладан: ДҚБ баъзан 130 – 140 мм с.у. ошиб тушади). Хавфли омиллар: физик ҳаракат зиқаришлар, ош тузи, суюқлик, алкоғолни куп қабул қилиш, дори воситаларни қабулини вақтли тухтаиб қуйиш.

Клиник белгилар	ГК типлари	
	I	II
Нейровегетатив симптоматика	Яққол	Яққолмас
Церебрал симптомлар	Бош оғрик	Гипертоник ўткир энцефалопатия
Юрак уриш сони	Тахикардия	Норм – еки брадикардия
АКБ узғариш характери	СҚБ ошади ва шунинг учун пульс босими ҳам	ДҚБ ошади ва шу сабабли пульс босими пасаяди
Асоратлари	-	Мия инсульты, ЧК ўткир етишмовчилиги
Гемодинамикада узғаришлар	Гиперкинетик тип	Гипокинетик тип
Самарали дорилар гуруҳи	β - адреноблокаторлар	Кальций антагонистлари

ГК диагностикаси асосий усуллари:

Сураб сурштириш давомида бемор ўлимида еки яқин қўнларда катана касалликлар билан хасталангани аниқланади. Хавфли омиллар таъсири баҳоланади (чекки, ошган холестерин миқдори, қандли диабет), шунингдек генетик аномалезга (бобеси, бувиси, ота-онаси еки яқин қариндошлари гипертония билан касаллангани еки йўқ) эътибор бериледи.



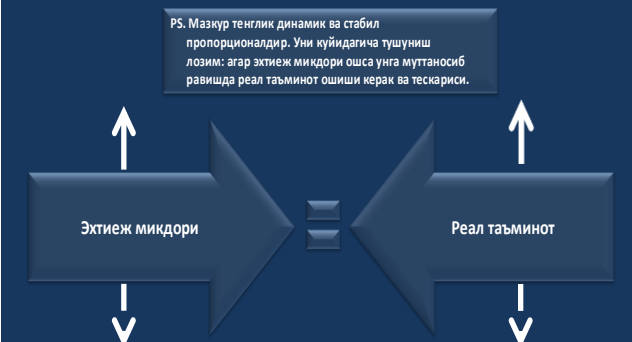
ГК терапиясининг асосий прициплар:



PS. Гипотензив дорилар гуруҳи: 1 – диуретиклар; 2 – β-адреноблокаторлар; 3 – α-адреностимуляторлар; 4 – кальций антагонистлари; 5 – ангиотензин хосил қилувчи фермент ингибиторлари; 6 – ангиотензин рецепторлари ингибиторлари;

Юрак ишемик касаллиги (ЮИК) -

ийгма тушунча булиб, юрак мушакларини қонга булган эҳтиежи ва унинг реал таъминоти орасидаги муттаносибликни бузилишидан далолат берувчи ҳолатдир. «Ишемия» қи грек иборасидан ташкил топан булиб, «қонни тухталиши» деган маънони аниқтайди. ЮИК ҳолатини схематик равишда қуйидаги тенглик тарзида ифодалаш мумкин:

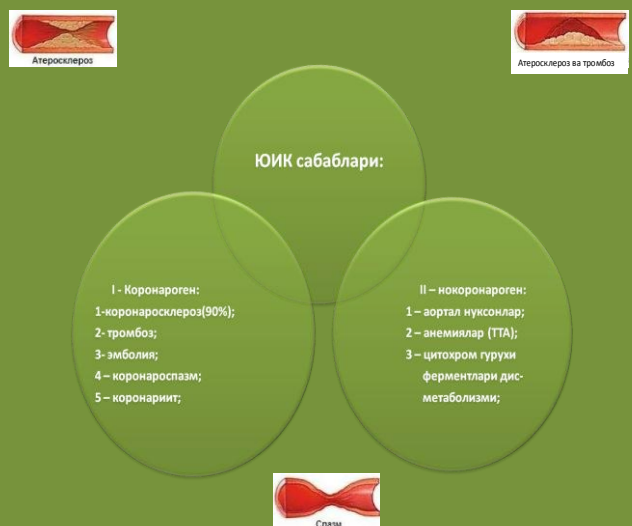


Номуттаносибликни эҳтимолли турлари: 1 – эҳтиеж ошган бир вақтда реал таъминот қоллади (гиперкинетик тип); 2 – эҳтиеж эски ҳолатда, турган бир пайтда реал таъминот пасаяди (зукинетик тип); 3 – эҳтиеж эски ҳолатда еки сал пасайган, аммо реал таъминот кескин сўсайган (гипокинетик тип).

ЮИК беш асосий клиник формалари тавофут этилади



ЮИК – кенг тарқалган патология. Улим сабаблари структурасининг 70% ташкил тож қон томири бузлиги 50% гача торапган тақдирдагина ЮИК аломатлари нам бошлади. Торапаш даражаси 70-80% га қадар етганда зуриқишдаги стенокардия лари пайдо булади.



Хавфли омиллар

ЮИК ривожда хавфли омиллар катта аҳамият касб этади ва хасталикни янада шувига йул очиб беради. Улар катта икки гуруҳ: узгарувчан ва узгармасларга бўлиниши мумкин.



Стенокардия (С) курак санчиги –

ЮИК бир тури бўлиб, унда типик туш орти ангиноз огриклари (АО) кузатилади. Б мартта инглиз олими Уильям Хеберден томонидан 1768й. езиб қолдирилади. Кли манзарасида асосий ва ҳал қилувчи аломат бўлиб АО хизмат қилади ва у хар би ҳолатларда чуқур тахлилни талаб қилади.



Зуриқишдаги С (Канада) классификацияси (1976й.)

Функционал синфлар (ФС)	Жисмоний зуриқиш ЖЗ) хусусиятлари
ФС I	С. хуружи одатий ЖЗ натижасида эмас, балки кучайган ЖЗ тўғайли юзага келади.
ФС II	Одатий ЖЗ енгил чегараланган. Текисликда 100-200 м еки 1 қаватдан ортик баландлиққа кутарилганда С. хуружи кузатилади.
ФС III	Одатий ЖЗ беҳад чегараланади. Текисликда сал юриганда еки ярим қават баландлиққа кутарилганда С. хуружи кузатилади.
ФС IV	Одатий ЖЗ кескин чегараланади. Хатто тинч ҳолатда С. хуружи юзага келади.

PS. Зуриқишдаги стабил С. ушбу касалликни типик тури бўлиб, АО турли даража натижасида пайдо бўлиши билан ажралиб туради. АО хуружи заминида тож қон бушлигини камида 50% га торайиши этади.

Ностабил С –

АО хуружини ҳам ЖЗ, ҳам тинч ҳолатларда юзага келиши билан ажралиб турадиган ЮИК туридир. Ностабил С.нинг бир неча тури тавофут этилади.

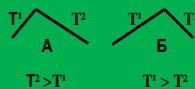


PS. Ностабил С. заминида атеросклеротик бляшка капсуласини ерилиши ва шу тўғайли тромб содир бўлиши ва қон томир бушлигини деярли тулик бекилиши мумкин.

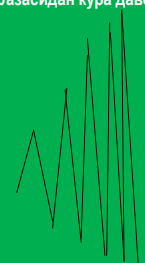
Вариант (вазоспастик) С –

АО серияли хуружи (камида 4-5 кетма-кет келади ва сунгиси олдингисидан н давомли 10-15 минутлик интервал билан тақорланадиган огиклардан) иборат б патологик ҳолатдир. Ушбу С. Да учрайдиган АО хуружи куйидагилар билан ажра туради:

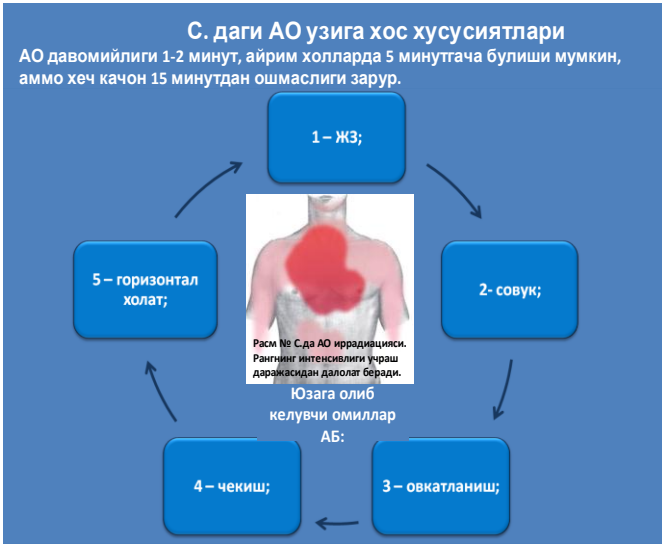
- 1 – АО хуружи аксарият ҳолларда тунда юзага келади;
- 2 – 4-5та кетма-кет келади АО пакетидан иборат;
- 3 – сунгги огрик интенсивлиги олдингисидан кучли;
- 4 – огрикларро интервал олдингисига нисбатан кискариб бораверади (Расм № 1);
- 5 – АО ни сунгги фазаси (Расм № 2) кучайиш фазасидан кура давомлидир;



Расм № 1 Ностабил в вазоспастик С. да учрайдиган АО нинг дифференциацияси

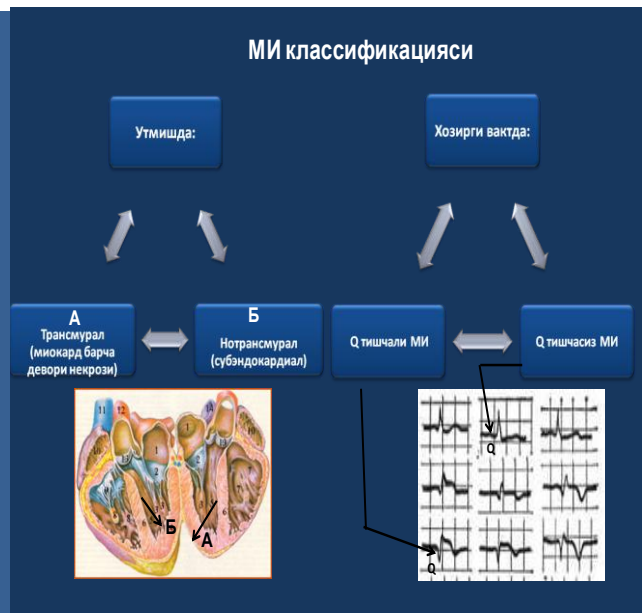


Расм № 2 Вазоспастик С.да учрайдиган АО нинг дифференциацияси

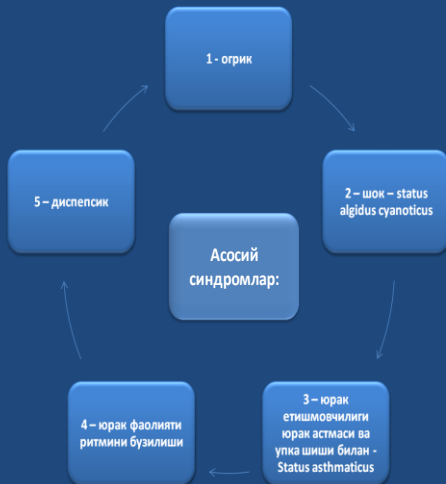


С. асосий клиник ва лаборатор – инструментал диагностик усуллари:

Клиник:	Лаборатор:	Инструментал:	Расм № ЖЗ ли синама
1 – шикоятлар; 2 – анамнез; 3 – физикал (юздан кечирish, пальпация, перкуссия ва аускультация);	1 – қон, сийдик умумий анализи; 2 – қонда холестерин ва триглицеридлар миқдори; 3 – КЗЛП, ЮЗЛП, УЮЗЛП;	1 – Тинч ҳолатда ЭКГ; 2 – Қурак қафаси органлари рентгенографияси; 3 – ЭКГ ЖЗ синамаси билан; 4 – ЭКГ ва стресс-ЭКГ; 5 – Сцинтиграфия; 6 – МКТТ (мультиспирал компьютерли томография); 7 – коронар ангиография;	 Расм № ST сегмент депрессияси (стрелка курсатилган) —миокард ишемияси учун ута характерли.



Клиник аломатлари



МИ клиник вариантлари:



Инфаркт олди ҳолатини узига хос хусусиятлари:

1 – олдин кайд
этилмаган С.
хуружлари пайдо
була бошлайди;

2 – олдин кайд этилган
С. хуружлари давомли
була бошлайди;

3 – С.хуруж характери узгаради:
а) оғрик давомлирок ва
интенсивроқ;
б) нитроглицерин деярли
самарасиз еки паст самарали
булиб қолади;
в) оғрик локализацияси еки
иррадиацияси узгаради;
г) Тинч ҳолатдаги С. пайдо
булади;

Физикал текшириш усуллари



Кардиоген шок (КШ) –

МИ да энг кўп учрайдиган асоратдир. Миокарднинг кам деганда 40% некрозга учраётганда содир бўлади ва МИ 5-20% ҳолларида намоён бўлади.

Периферик перфузиянинг бузилиши туфайли:

- МНС (ЦНС) да – психик бузилишлар, ҳолсизлик, парижонхотирлик;
- Буйракларда – УБЕ (ОПН) юзага келади, диурез кескин камайди 20 мл/с гача ва янада кам (олигурия, анурия);
- Терида – нам, оқариш, совуш ва цианоз;

СКБ 80 мм с.у.гача,
пульс босими 30 мм
с.у.дан ҳам кам, Р5 эса
ипсимон бўлади

Упка шиши;

КШ клиник
манзараси:
(Симптомлар
учлиги (Триада))

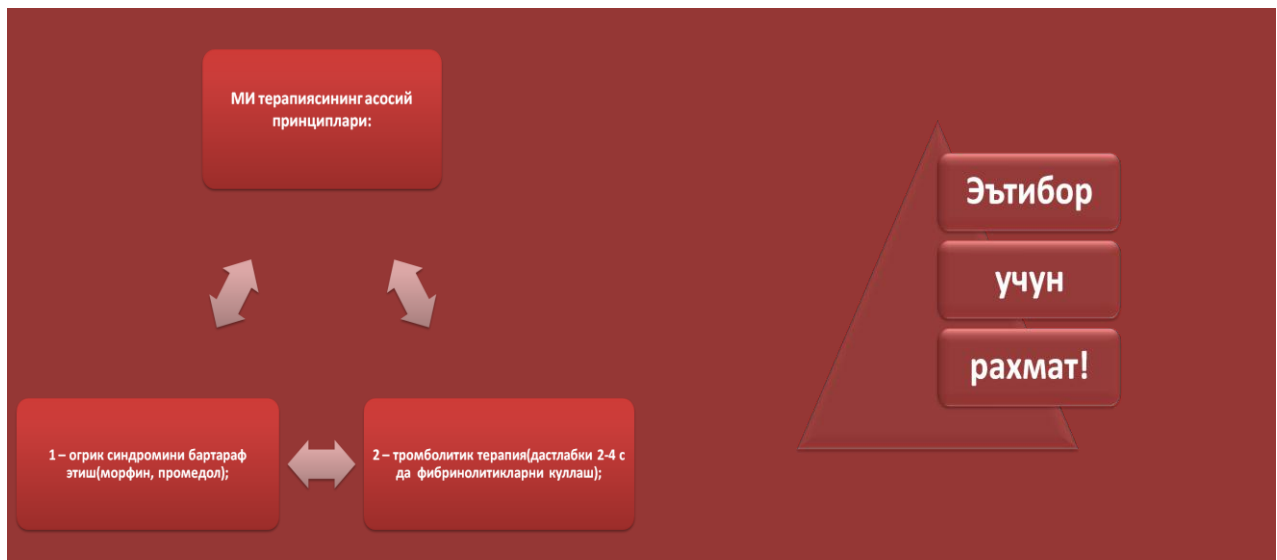
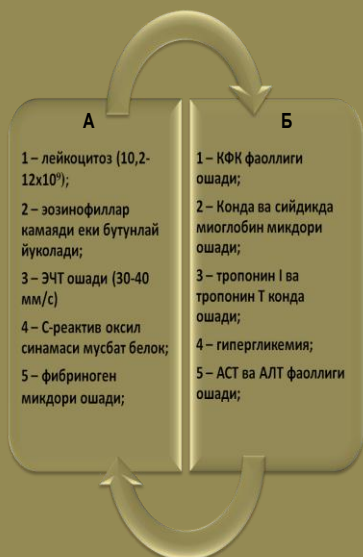
Инструментал текшириш усуллари:

ЭКГ(R тишча амплитудаси пасаяди, кенг ва чуқур Q тишча пайдо бўлади, ST сегмент изолинидан пастга еки юқорига 1 мм дан ортик силжийди.

Холтер усулида ЭКГ мониторинг (сутка давомида ЭКГ узлуксиз регистрация қилинади).

Миокард скантинграфияси радиоизотоп технейддан (Тс 99) фойдаланиб амалга оширилади ва АО бошланишидан 6-12 с утар утмас тоза инфаркт учоғлари аниқланади.

Лаборатор узгаришлар (А) ва МИ биохимик (Б) маркерлар



Tarqatma materiallar

Нафас тизимига оид ассесментлар

Ассесмент 1

<p style="text-align: center;">Test</p> <p>Astma statusida bemorlarni ko'zdan kechirishda kuzatiladi;1). Ko'krak qafasi bochkasimon (emfizematoz) bo'yin venalari nafas chiqarishda kengayadi, burun shishgan.2). Emfizematoz ko'krak tipi, yurak turtkisi chapga siljiydi.3). Nafas olishda yordamchi mushaklar ishtirok etadi.4). Bo'yin venasi kengaygan, ko'krak toraygan shovqinli nafas.5). Emfizematoz ko'krak tipi va yurak chapga siljigan, o'pka pastga siljigan.</p> <p style="margin-left: 20px;">a) 4,5; b) 2,3; v) 3,4; g) 1,3;</p> <p>Plevra punksiyasi o'tkazish joyini ko'rsating;1). Qo'ltiq osti linyasi 8 qovurg'a ustidan.2). 7 yoki 8 qovurg'a oralig'i, pastki qovurg'a usti.3). Kurak linyasi, 7-8 qovurg'a oralig'i.4). Qo'ltiq osti orqa linyasi. 5). Qo'ltiq osti orqa linyasi 7 qovurg'a usti.</p> <p style="margin-left: 20px;">a) 2,4; b) 2,3; v) 3,4; g) 4,5.</p>	<p style="text-align: center;">Vaziyatli masala masala</p> <p>Bemor 25 yoshda, jinsi ayol, shifokor qabuliga kelganda o'zini bir necha yildan buyon kasalligi to'g'risida ma'lumot berdi. Bemor so'rab surishtirilganda yo'tal qiyin balg'am ajralishi bilan, nafas siqilishi, hansirash bezovta qilishi aniqlandi. Bemorda perkussiya o'tkazilganda o'pka yuzasida quticha tovush eshitildi va o'pka ekskursiyasi o'zgargan, o'pkaning pastki chegarasi pastga va Krenig maydoni yuqoriga siljigan. Bronxofoniya ko'krak qafasida susaygan.</p> <p>Sizning taxminiy diagnozingiz qanday?</p> <p>Bemorda qanday ob'ektiv o'zgarish ko'ramiz?</p> <p>Bu bemorda qanday auskultativ o'zgarishlar eshitish mumkin?</p> <p>Balg'amidagi o'zgarishlarini ayting?</p>
<p>Tushuncha tahlil: Xrillashlar haqida tushuncha</p>	<p>Amaliy ko'nikma O'pkaning ekskursiyasini aniqlash texnikasi</p>

Ассесмент 2

<p style="text-align: center;">Test</p> <p>29. Bronxial astmada statusida auskultativ o'zgarishlarni ko'rsating;1). Vezikulyar nafas susayadi, quruq xirillashlar eshitiladi.2). Hushtaklovchi xrillashlar eshitiladi, vezikulyar nafas susayadi.3). Vezikulyar nafas kuchayadi, hushtaklovchi xrillash eshitiladi.4). Bronxial nafas kuchayadi, krepitatsiya</p>	<p style="text-align: center;">Vaziyatli masala</p> <p style="text-align: center;">6 masala</p> <p>Bemor 44 yoshda, jinsi erkak. Tez yordam mashinasida shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markaziga olib kelindi va bemor ishi chang bilan bog'liqligi to'g'risida ma'lumot olindi. Bemorda ekspirator hansirash</p>
---	--

	ko`rishimiz mumkin?
Tushuncha tahlil: Vezikulyar nafasni kuchayishini izohlang	Amaliy ko`nikma Bronxofoniya o`tkazish texnikasi

AccecmehT 4

<p>Test</p> <p>23.Bronxial nafasning potologik turiga kiradi:1). Amforik, metalik nafas.2). Stenotik, pueril.3). Amforik, sakkadirlangan.4). Stenotik, amforik. 5). Metalik, amforik, pueril, sakkadirlangan</p> <p>a) 1, 4; b) 2,3; v) 3,2; g) 4,5.</p> <p>24.Xrillashlar hosil bo`ladi:1). Bronxlar devori qalinlashsa, o`pka to`qimasi yallig`lansa.2). Bronxda fibroz to`qima hosil bo`lsa, Bronx devor qalinlashsa.3). Bronx hajmi toraysa, bronxda suyuqlik yig`ilsa (balg`am).4). Bronxda balg`am to`plansa, krupoz pnevmoniyada.5). Bronxospazmda, o`pka atelektazida, bronxda balg`am yig`ilsa.</p> <p>a) 2,3; b)1,2; v) 3,4; g) 4,5.</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>9 masala</p> <p>Bemor 45 yoshda, jinsi ayol, ko`p yillardan buyon dispanser nazoratida turishi to`g`risida ma'lumot berdi. Shifokor bemorni ob'ektiv tekshirganda ko`krak qafasi bochkasimon, qovurg`alar orasi kengaygan, o`mrov usti va umrov osti chuqurchalari tekislashgan yordamchi mushaklar nafas olish aktida ishtirok etadi. Bemorni palpator tekshirilganda ovoz dirillashi susaygan. Bemorni auskultatsiya qilinganida o`pkaning hamma yuzasida susaygan vezikulyar nafas eshitiladi va bronxofoniya susaygan.</p> <p>Bemorda qanday taxminiy diagnoz qo`yish mumkin? Bu bemorimizda qanday perkutor o`zgarishlar bo`ladi? Qanday instrumental tekshiruv olib bori lishi maqul va o`zgarishlar qanday? Qanday funktsional tekshiruvlar o`tkazilishi ma'qul va undagi o`zgarishlar?</p>
Tushuncha tahlil: Vezikulyar nafasni susayishi	Amaliy ko`nikma Spirografiya o`tkazish texnikasi

AccecmehT 5

<p>Test</p> <p>13.Krenig maydoni qisqaradi: 1). Bronxial astmada.2). Pnevmosklerozda. 3). Tuberkulyozda. 4). Eksudativ plevritda. 5). Obstruktiv bronxitda.</p> <p>a) 2,3; b) 1,3; v) 1,4;</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>14 masala</p> <p>Bemor I. 28 yoshda, jinsi erkak. 2 hafta oldin gripp o`tkazgan va davolanishga qaramay ahvoli o`zgarishsiz qoldi. Qabulxonada shifokor qabuliga kelganda aniqlangan muammolar yo`tal, tana harorati ko`tarilishi, nafas</p>
--	---

Юрак кон-томир тизимига оид ассесментлар

Ассесмент 1

<p>Test</p> <p>1. Aortal parokda xos belgilarini ko'rsating?1). Teri rangi ko'kimtir, oqimtir, oyoqlarda shish.2). Barmoqlar baraban tayoqchasimon, teri rangi oqimtir lab rangi ko'kimtir.3). Terisida toshmalar bor, rangpar, lablari, quloq, burunlari ko'kimtir.4). Teri rangpar, lab, burun, ko'kimtir,</p> <p>a) 1,3; v) 2,3; b) 2,4; g) 3,4.</p> <p>16. Bedona sayrash ritmi qaysi patologik jarayonda yuzaga keladi?1). II tabaqali klapan yetishmovchiligi sistola paytida.2). II tabaqali klapan stenozida.3). III tabaqali klapan yetishmovchiligi diastolasida.4). III tabaqali klapan stenozida diastolasida.</p> <p>a) 2-3; v) 2-4. b) 1-3; g) 1-2;</p>	<p style="text-align: center;">Vaziyatli masala</p> <p>1-masala</p> <p>Bemor M. 18 yoshda, jinsi ayol, kolleжда tibbiy ko'rik vaqtida holsizlik, tez charchash, hansirashga shikoyat qildi va auskultatsiya qilinganda o'ng tomonda II qovurg'a oralig'ida sistolik shovqin eshitildi, EKGda chap qorincha gipertrofiyasi belgilari namoyon bo'ldi. Qanday nuqsonligini aytib bering.</p> <p>Ob'ektiv tekshirganda qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin. Perkutor o'zgarishlarini aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil:</p> <p>Mitral stenozda palpator o'zgarishlar</p>	<p style="text-align: center;">Amaliy ko'nikma</p> <p>Yurak nisbiy to'ntoqlik chegarasini aniqlash</p>

Ассесмент 2

<p>Test</p> <p>2. Mushuk xirillash simptomi palpatsiyada seziladi?1). Mitral klapan stenozida, aortal klapan yetishmovchiligida.2). Aortal klapan stenozida, va o'pka stvoli yetishmovchiligida.3). 2 tabaqali klapan stenozida, va aortal klapan stenozida.4). Mitral klapan stenozida.</p> <p>a) 1 va 3; b) 2 va 3; v) 3 va 4; g) 2 va 4.</p> <p>17. III ton hosil bo'ladi?1). Bo'lmachalar sistolasi va qorinchalar diastolasi boshida.2). Bo'lmachalar diastolasi va qorinchalar sistolasi.3). Yurak mushaklarining muddatidan oldin qisqarishida.4). Qorinchalar diastolasi boshlanishida.</p> <p>a) 1-4; v) 1-2; b) 1-3; g) 2-4.</p>	<p style="text-align: center;">Vaziyatli masala</p> <p>2-masala</p> <p>Bemor K. 6 yoshda, maktab borishdan oldin tibbiy ko'rik o'tkazildi. Bola qabulga olib kelinganda diffuz tsianoz borligi aniqlanib, auskultatsiya qilindi va to'sh suyagidan chapda V qovurg'a oralig'ida sistolik shovqin eshitildi. Bemorda qanday nuqson, fikringiz.</p> <p>Palpator va perkutor o'zgarishlarini aytib bering. Qanday instrumental tekshiruvlar olib borilishi zarur va qanday o'zgarishlar kutish mumkin.</p>
---	--

<p>mitral klapan proeksiyasida.3). Mitral klapan ochilish toni eshitaladi. 4). Bedona sayrash ritmi eshitaladi.</p> <p>a) 1-3-4. b) 2-3-4; v)1-2-4; g)1-2-3;</p>	<p>Elektrokardiografiyadagi o'zgarishlarini aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Exokardiografiya tekshiruvi haqida tushuncha</p>	<p>Amaliy ko'nikma Yurak turtki zarbini aniqlash texnikasi</p>

Ассessment 5

<p>Test</p> <p>5. Gallop ritmi eshitaladi?1). Mitral klapan stenozi va I-II ton kuchayishida.2). III ton yoki IV ton kuchayishi va I-II ton susayishi.3). I ton kuchayishi va III-IVton susayishi.4). III ton kuchayishi va I ton, II ton susayishi.</p> <p>a) 2-4; b) 1-3; v)2-3; g) 1-4.</p> <p>20. III tabaqali klapan stenozida auskultativ eshitaladi?1). II qovurg'a oralig'ida o'ng tomonda diastolik shovqin.2). II qovurg'a oralig'ida o'ng tomonda sistolik shovqin.3). Xanjarsimon o'simta asosida diastolik shovqin.4). Xanjarsimon o'simta asosida I ton kuchayishi.</p> <p>a) 2-4; b) 1-2; v)2-3; g) 3-4.</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>5- masala Bemor M. 15 yoshda, qiz bola, shifokor tomonidan ko'rikdan o'tkazilganda o'zini tengdoshlariga nisbatan o'sishdan orqada qolganligi va diffuz tsianoz borligi aniqlandi. Shifokor bolani auskultatsiya qilganda to'sh suyagining chap tomonida II qovurg'a oraliqida sistolik shovqin eshirilganligini aniqladi. Bolada qanday nuqson borligini aytib bering. Fonokardiografiyadagi o'zgarishlarini aytib bering. EKGdagi o'zgarishlarini aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Fonokardiografiya haqida tushuncha</p>	<p>Amaliy ko'nikma Puls defitsitini aniqlash texnikasi</p>

Нафас тизимига оид тестлар

TEST

1. Krupoz pnevmoniya 2 bosqichi (razgar) uchun xos; 1). Perkutor bo'g'iq tovush, auskultativ xrillash. 2). Perkutor bo'g'iq va auskultativ krepitatsiya. 3). Bronxial nafas va perkutor timpanik tovush.4). Perkutor bo'g'iq tovush. 5). Auskultativ bronxial nafas.

a) 1,4;

b) 2,3;

v) 3,4;

g) 4,5.

2. O'pka absessi uchun xos; 1). Leykotsitoz, EChT susayishi. 2). Leykotsitoz, EChT oshishi. 3). Perkutor to'mtoqroq tovush abses ustida. 4). Perkutor to'mtoq tovush leykopeniya. 5). EChT oshishi leykopeniya

a) 2,3;

b) 2,4;

v) 3,4;

g) 4,5.

3. Quruq plevrit uchun xos; 1). Auskultativ plevra ishqalanish shovqini. 2). Rentgenologik diafragma harakati cheklanishi. 3). Krepitatsiya va rentgenologik soya. 4). Plevra ishqalanish shovqini, rentgenologik soya. 5). Kasal tomonga (Plevrit) yotsa og'riqning susayishi.

a) 2,4,5;

b) 2,3,5;

v) 3,4,1;

g) 1,2;5.

4. Eksudativ plevritda suyuqlikni yuqori chegarasi uchun xos; 1). Linya Damuazo va Rauxfuss Grokk uchburchagi. 2). Garlend uchburchagi.3). Rauxfuss Grokk uchburchagi. 4). Linya Damuazo. 5). Garlend va Rauxfuss Grokk uchburchagi.

a) 1,5.

b) 2,3;

v) 1,4;

g) 2,4;

5. Bronxial astma uchun xos; 1). Susaygan vezikulyar nafas; 2). Kuchaygan vezikulyar nafas; 3). Palpator ovoz drillashi susaygan. 4). Palpator ovoz drillashi kuchaygan. 5). Perkutor-quticha tovush. 6). Perkutor timpanik tovush.

a) 1,2,5.

b) 1,3,5.

v) 2,4,6.

g) 3,4,6

6. Astma xurujida sodir bo'ladigan o'zgarishlar; 1). Rentgenologik –soya ko'rinadi. 2). O'pka maydoni yorug' ko'rinadi; 3). Bronxofoniya susaygan. 4). Bronxofoniya kuchaygan. 5). Spirografiya obstruktsiya bor. 6). Spirografiya obstruktsiya yo'q.

a) 1-3-5

b) 2-4-6

v) 2-3-5

g) 1-3-6

7. Krupoz pnevmonida palpator hamda bronxofoniyada bo'ladigan o'zgarishlarni ko'rsating. 1. Ovoz drillashi susaygan. 2. Ovoz drillashi kuchaygan. 3. Ovoz drillashi o'zgarmagan. 4. Bronxofoniya susaygan. 5. Bronxofoniya kuchaygan. 6. Bronxofoniya o'zgarmagan.

a) 1,5.

b) 2,5;

v) 1,6;

g) 2,4;

8. Bronxial astmada palpator hamda bronxofoniyada bo'ladigan o'zgarishlarni ko'rsating. 1. Ovoz drillashi susaygan. 2. Ovoz drillashi kuchaygan. 3. Ovoz drillashi o'zgarmagan. 4. Bronxofoniya susaygan. 5. Bronxofoniya kuchaygan. 6. Bronxofoniya o'zgarmagan.

a) 1,4;

b) 1,5.

v) 2,6;

g) 2,4;

9. Bronxial astmada perkutor hamda auskultatsiyada bo'ladigan o'zgarishlarni ko'rsating. 1. Perkutor quticha tovush. 2. Perkutor timpanik tovush. 3. Perkutor bo'gi'q tovush. 4. Auskultatsiyada susaygan vezikulyar nafas. 5. Auskultatsiyada vezikulyar nafas. 6. Auskultatsiyada bronxial nafas.

a) 1,4.

b) 2,5;

v) 1,6;

g) 2,4;

10. O'pka emfizemasida palpator hamda bronxofoniyada bo'ladigan o'zgarishlarni ko'rsating. 1. Ovoz drillashi kuchaygan. 2. Ovoz drillashi susaygan. 3. Ovoz drillashi o'zgarmagan. 4. Bronxofoniya kuchaygan. 5. Bronxofoniya susaygan. 6. Bronxofoniya o'zgarmagan.

a) 1,6;

b) 1,5.

v) 2,5;

g) 3,4;

11. O'pka emfizemasida perkutor hamda auskultatsiyada bo'ladigan o'zgarishlarni ko'rsating. 1. Perkutor bo'gi'q tovush. 2. Perkutor timpanik tovush. 3. Perkutor quticha tovush. 4. Auskultatsiyada bronxial nafas. 5. Auskultatsiyada vezikulyar nafas. 6. Auskultatsiyada susaygan vezikulyar nafas.

a) 3,6.

b) 2,5;

v) 1,6;

g) 2,4;

Юрак кон-томир тизимига оид тестлар

Testlar

1. Yurak cho'qqisida I ton susayadi? 1).Aortal klapan stenozida, kardiosklerozda.2). Ekstrasistoliyada, mitral klapan stenozida. 3). Miokardning diffuz o'zgarishida (miokardit, kardeoskleroz, distrofiya). 4). Hamma javob to'g'ri.

a) 1-2;

b) 1-3;

v)1-4;

g) 1-3.

2. Yurak cho'qqisida I ton kuchayadi? 1). Mitral klapan yetishmovchiligida. 2). Mitral klapan stenozida. 3). Qonning chap bo'lmachadan, chap qorinchaga kam o'tishi natijasida. 4). Qonning chap bo'lmachadan, chap qorinchaga ko'p o'tishi natijasida.

- a) 1-4;
- b) 1-2;
- v) 1-3;
- g) 2-3.

3. Xanjarsimon o'simta asosida I ton kuchayadi? 1). III tabaqali klapan stenozida. 2). III tabaqali klapan yetishmovchiligida. 3). Ekstrasistoliyada qorinchaning qon bilan kam to'lishida. 4). Ekstrasistoliyada qorinchaning qon bilan ko'p to'lishida.

- a) 2-4.
- b) 1-2;
- v) 1-4;
- g) 1-3;

4. Aortada II ton susayadi? 1). Aorta klapan yetishmovchiligida. 2). Mitral klapan yetishmovchiligida. 3). Arterial qon bosimining pasayishida. 4). Arterial qon bosimining ko'tarilishida.

- a) 1-2.
- b) 2-3;
- v) 3-4;
- g) 1-3;

5. Aortada II ton kuchayadi? 1). Ruhiiy qo'zg'alishda, Aortal klapan yetishmovchiligida. 2). Gipertoniya kasalligida, og'ir jismoniy zo'riqishda, Ruhiiy qo'zg'alishda. 3). Mitral klapan yetishmovchiligida, og'ir jismoniy zo'riqishda. 4). Qon bosimi ta'sirida, aortal klapaning qattiq yopilishida.

- a) 2-4;
- b) 1-4;
- v) 3-4;
- g) 1-3.

6. O'pka sitvolida II ton aktsenti yuzaga keladi? 1). Kichik qon aylanish doirasida qon bosimining oshishida, mitral stenozida. 2). O'pkada qon aylanishining qiyinlashishida (emfizema, pnevmosklerozda). 3). Katta qon aylanish doirasida qon bosimining oshishida. 4). III tabaqali va II tabaqali klapanlar yetishmovchiliklarida.

- a) 1-2;
- b) 1-3;
- v) 1-4;
-) 2-3.

7. Aortal klapan yetishmovchiligida auskultativ o'zgarishlar? 1). Travbening qo'shaloq toni, aorta proeksiyasida diastolik shovqin. 2). Travbening qo'shaloq toni, aorta klapan proeksiyasida sistolik shovqin. 3). Mitral klapan proeksiyasida sistolik shovqin va II ton

aorta proeksiyasida susayishi.4). Son arteriyasida Vinogradov-Dyurozning ikkilangan shovqini, II ton aortada susayishi.

a) 2-3.

b) 1-3;

v)1-2;

g) 1-4;

8. III tabaqali klapan yetishmovchiligida auskultativ o'zgarishlarni ko'rsating?1). Sistolik shovqin xanjarsimon o'simta asosida.2). I ton xanjarsimon o'simta asosida susaygan.3). Diastolik shovqin xanjarsimon o'simta asosida.4). I ton xanjarsimon o'simta asosida kuchaygan.

a) 2-3;

b) 3-4;

v) 1-2;

g) 1-4;

9. Yurak sohasini ko'zdan kechirganda ko'riladigan o'zgarishlarni ko'rsating?1). Aorta dugasi pulsatsiyasi 2 qovurg'a oralig'i o'ngda, yurak turtkisi, yurak do'ngligi.2). O'ng qorincha pulsatsiyasi 3-4 qovurg'a orasida o'ngda.3). Yurak do'ngligi va III-IV qovurg'a orasidagi pulsatsiya chapda.4). Bo'yin tomirlari(uyqu arteriyasi) pulsatsiyasi va yurak do'ngligi.

a) 1-3,4;

b) 1-2;

v)1-4;

g) 2-3-4'

10. I ton susayadi ... yurak uchida?1). Mitral klapan yetishmovchiligida.2). O'pka sitvoli klapani yetishmovchiligida.3). Mitral klapan stenozida.4). Aortal klapan yetishmovchiligida.

a) 1-4.

b) 2-3;

v)3-4;

g)1-2;

Nafas olish tizimiga oid masalalar

1 masala

Bemor 56 yoshda, jinsi erkak, shifokor qabuliga kelganda yo'tal, tana harorati ko'tarilishiga shikoyat qildi, nafas olish chastotasi tezlashgan, yuzaki nafas oladi. Bemorni perkussiya qilib ko'rilganda o'ng tomonda tovush IV qovurg'a oraliqigacha bo'g'i q perkutor va punktsiya qilib ko'rilganda yiring borligi aniqlandi. Rentgenografiyada IV qovurg'a oralig'igacha gamogen soya borligi aniqlandi.

Bemorda qanday taxminiy diagnoz qo'yish mumkin?

Bu bemordagi auskultativ o'zgarishlarni aytib bering?

Bronxofoniyada bo'ladigan o'zgarishni ayting?

2 masala

Bemor 35 yoshda, jinsi ayol, kasalxonaga tushganda bemor so'rab surishtirildi va yo'tal, yo'tal bilan zangsimon balg'am ajralishi, isitma hansirash bezovta qilishi aniqlandi, so'ng bemor ko'zdan kechirildi va o'ng ko'krak qafasi nafas olish aktida orqada qolishi, lablarida, burun atrofida uchuqlar borligi, o'ng yonoq sohalari qizarganligi aniqlandi. Bronxofoniya kuchaygan.

Perkutor, auskultativ o'zgarishlarning ayting?

Rengonologik o'zgarishlarni ayting?

3 masala

Bemor 43 yoshda, jinsi erkak. So'rab surishtirishda quyidagi muammolar bilan keldi. Quruq yo'tal, o'ng ko'krak qafasida sanchiluvchan og'riq borligi, og'riqning nafas olganda kuchayishi va pastga yo'nalishi, tana harorati ko'tarilishiga shikoyat qiladi, anamnez yig'ilganida o'zini 1 oydan buyon kasal deb hisoblaydi. Bemorning rentgenologik tekshiruvda o'ng tomonda IV qovurg'a orasigacha gomogen soya borligi aniqlandi.

Bu bemorda qanday instrumental tekshiruv olib boriladi?

Ko'krak qafasini ko'zdan kechirganda qanday o'zgarish ko'ramiz?

Bu bemordagi perkutor, auskultativ o'zgarishlarni aytib bering?

Qaysi laborator tekshiruvlar olib borish ma'qul va o'zgarishlarni aytib bering?

4 masala

Bemor kasalxonada kelganda hansirash, nafas siqilishi, yo'tal va yo'talganda qiyinchilik bilan shilliq aralash ko'piksimon balg'am ajralishiga shikoyat qildi va

auskultatsiya qilinganda quruq hushtaksimom xirillashlar eshitildi va nafas chiqarilishi uzaygan. Bronxofoniya susaygan. Bemor ko'zdan kechirilganida lablarida tsianoz borligi aniqlandi.

Ko'krak qafasini ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlarni ko'ramiz?

Palpator va perkutor o'zgarishlari qanday?

Qanday funktsional tekshiruv olib boriladi va o'zgarishlarini ayting?

5 masala

Bemor 43 yoshda, jinsi ayol, bir necha yildan buyon bronxial astma bilan turar joy poliklinikasida dispanser nazoratida turadi. Bemorning muammolari hansirash, nafas siqilishi, nafas yetishmovchiligi bezovta qiladi. Obektiv ko'zdan kechirilganda bemor lablari ko'kargan, ko'krak qafasi bochkasimon yordamchi mushaklar nafas olish aktida ishtirok etadi.

Bu bemorda perkutor, auskultativ o'zgarishlarni ayting?

Rengenologik o'zgarishlarni ayting?

Qondagi va balg'amdagi o'zgarishlar qanday?

6- masala

Bemor 29 yoshda, jinsi erkak, Turar joy poliklinikasida murojaat qildi. Bemorni so'rab surishtirganda yo'tal va ko'p miqdorda yiringli balg'am ajralishi hamda perkussiya qilganda o'ng o'pkaning o'rta bo'lagida timpanik tovush eshitildi. Auskultatsiyada o'sha joyda amforik nafas eshitildi.

Palpator o'zgarishlarni aytib bering?

Rentgenologik tekshirganda qanday o'zgarish ko'rishimiz mumkin?

7- masala

Bemor 67 yoshda, jinsi erkak, pensioner. Shifokor qabuliga kelganda ko'krak qafasining o'ng tomonida nafas olganda sanchiluvchan og'riq borligiga shikoyat qildi va ko'zdan kechirilganda shu tomoni nafas olish aktida orqada qolishi, ko'krak qafasi asimetriyasi, qovurg'a oraliqlari kengayganligi, nafas olganda qovurg'a oralig'i mushaklari tashqariga bo'rtib chiqishi kuzatildi.

Sizning taxminiy diagnozingiz qanday?

Auskultativ o'zgarishlarni ayting?

Qanday insirumental tekshiruvlar olib borilishi maqul va bu tekshiruvlar natijalari qanday bo'lishi mumkin?

8- masala

Bemor 36 yoshda. Jinsi ayol. 18 yildan buyon turar joy poliklinikasida dispanser nazoratida turishi aniqlandi. Shifokor qabuliga kelganda auskultatsiya qilindi va susaygan vezikulyar nafas eshitildi. Bemorda perkussiyada quticha tovush, Krenig maydoni yuqoriga siljigan va o'pka ekskursiyasi chegaralangan, yurak absolyut to'mtoqlik chegarasi kamayganligi aniqlandi.

Sizning taxminiy diagnozingiz?

Rentgenologik o'zgarishlarni aytib bering?

Balg'amdagi o'zgarishlar qanday bo'lishi mumkin?

9- masala

Bemor S. 43 yoshda, jinsi erkak, ishida zararli omil paxta changi va ko'p miqdorda chekadi. Bemor shifokor qabuliga kelganda shikoyatlari ko'krak sohasida sanchiluvchan og'riq va quruq yo'tal borligini inobatga olib rentgenografiya tavsiya etildi. Bemorning rentgenografiyasida ko'ks oraliqi a'zolari chapga siljigan, o'ng tomonda 4 qovurg'a orasigacha gomogen soya bor.

Perkutor o'zgarishlarni aytib bering?

Auskultatsiyada nafas shovqinlarini o'zgarishini aytib bering?

Qon tahlilida qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin?

10- masala

Bemor 44 yoshda, jinsi erkak. Shifokor qabuliga kelganda ertalablari yo'talning kuchayishi va ko'p miqdorda qon aralash va ko'pincha yiringli balg'am ajralishiga shikoyat qiladi. Anamnezida ko'k yo'tal o'tkazganligi va so'rab surishtirishda bemor chap biqinga yotsa balg'am ajralishi engillashishi aniqlandi. Perkussiya qilinganida o'ng o'pkasida 4 - 5 qovurg'a oraliqida timpanik tovush eshitildi.

Bemorga qanday auskultativ o'zgarishlar bo'lishi mumkin?

Rentgenologik o'zgarishlarni aytib bering.

Bemor balg'amidagi o'zgarishlarni aytib bering?

11 masala

Bemor 60 yosh, 35 yildan buyon paxta tozalash zavodida ishlaydi hamda 20 yildan buyon tamaki chekadi. Bemorda 15 yildan buyon yo'tal, balg'am ajralishi bilan va kuchayib boruvchi hansirash, nafas yetishmovchiligi bezovta qiladi. Bemor ko'zdan kechirilganda ko'krak qafasi emfizematoz tipda, qovurg'alar orasi biroz kengaygan, teri osti yog' qatlami sust rivojlangan. Rentgenografiya tekshiruvida fibrozli sklerotik o'zgarishlar kuzatiladi. Laborator tekshirish-qonda kompensator eritrotsitoz, leykotsitoz, EChT biroz oshganligi aniqlandi. Balg'am shilliqli-yiringlidir. Tarkibida neytrofillar, makrofaglar bor.

Bemordagi palpator o'zgarishlarni ayting

Bemordagi perkutor o'zgarishlarni ayting

Bemordagi auskultativ o'zgarishlarni ayting

12 masala

Bemor 58 yoshda, 35 yildan buyon chekadi. O'zini 12 yildan buyon kasal deb hisoblaydi. Bemorning ozg'inligi ko'rinib turibdi. Kasallik boshlanishi biroz yo'tal bilan boshlandi, keyinchalik balg'am ajralishi va oxirgi yillarda hansirash ham bezovta qilayapti. Boshlanishida hansirash jismoniy zo'riqishda bezovta qilar edi, hozirda tinch holatda ham kuchayapti. Bemorni ko'zdan kechirganda bemor ozg'in, teri qoplami sarg'ish, ko'krak qafasi bochkasimon, o'mrov usti chuqurchasi tekislangan. Laborator tekshirish-qonda kompensator eritrotsitoz, leykotsitoz, EChT biroz oshganligi aniqlandi. Balg'am shilliqli-yiringlidir. Tarkibida neytrofillar, makrofaglar bo'ladi.

Diagnozni aniqlash uchun qanday tekshiruvlar olib borgan maqul.

Auskultativ o'zgarishlarni ayting.

Rentgenologik o'zgarishlarni ayting.

Юрак кон-томир тизимига оид масалалар

Yurak qon tomir tizimiga oid masalalar

1- masala

Bemor K. 34 yoshda jinsi erkak, dispanser nazoratida turadi, ko'p yildan buyon yuqori qon bosimi bilan yurishini, boshi vaqt-vaqti bilan og'rib turishi, ba'zanda qulog'ida shovqin paydo bo'lishini shifokorga aytdi va ko'zdan kechirilganda tarqoq yurak cho'qqi zarbi va uni chapga siljiganligi ko'zga tashlandi.

Perkutor va auskultativ o'zgarishlarni aytib bering.

Pulsdagi o'zgarishlar qanday.

EKGda qanday o'zgarish bo'lishi mumkin va yurakdagi o'zgarishni ayting.

FKGdagi o'zgarishlarni aytib bering.

2- masala

Bemor R. 57 yoshda, kasbi haydovchi. Shifokor qabuliga kelganda uni ko'zdan kechirildi va chakka sohasi giperemiyasi hamda chakka arteriyasi pulsatsiyasi ko'zga tashlandi va auskultatsiyada ikkinchi qovurg'a orasida to'sh suyagidan o'ngda ikkinchi ton aktsenti hamda sistolik shovqin, I ton yurak cho'qqisida susayganligi aniqlandi.

Bemorning taxminiy diagnozini ayting.

Palpator va perkutor tekshirganda qanday o'zgarishlarni kutish mumkin.

3-masala

Bemor Sh. 34 yoshda. Jinsi erkak. Shifokor qabuliga murojaat qilganda so'rab surishtirilganda yurak sohasida og'riq borligi, hansirash, tana harorati ko'tarilishi, disfagiya va hiqillash bezovta qilishini aytdi va ko'zdan kechirilganda bemorda Stoks yokasi borligi ya'ni bo'yin, elka, ko'krak qafasining yuqori qismida shish borligi aniqlandi.

Palpator o'zgarishlarni aytib bering.

Rentgenologik o'zgarishlarini ayting.

4- masala

Bemor S. 53 yoshda, jinsi erkak. Shifokor qabuliga kelganda so'rab surishtirilganda yurak sohasida sanchiqli og'riq, ba'zan qulog'ida shovqin borligi bezovta qilib turishi, ob'ektiv yurak cho'qqi zarbi qattiq hamda chapga va pastga siljiganligi, yuzi va chakka sohalari qizarganligi va qon bosimi o'lchandi 185/115 mm sim. ust. tengligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Auskultativ hamda pulsdagi o'zgarishlarni ayting.

EKG da qanday o'zgarish ko'rish mumkin.

5 - masala

Bemor 56 yoshda, shifokor qabuliga murojaat qilganda to'sh suyagi ostida gijimlovchi, ba'zan sanchuvchan og'riq va og'riqning fizik nagruzkadan so'ng paydo bo'lishi va bu og'riq 15-20 minut davom etishi, chap bo'yin, elka, qo'lga, kurak sohasiga berilishi, yurak urishi, hansirashga shikoyat qildi, og'riq biroz dam olsa yoki nitroglitserin preparatlaridan qabul qilsa qoladi. EKGda yurak urish tezligi 88 ta, R amplitudasi pasaygan, S-T segment izoliniyadan 2 mm ko'tarilgan.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Kasallik etiologiyasi va sababini aytib bering.

Qanday instrumental tekshiruv olib borish ma'qul.

Mavzularga oid suratlar



Siydik qopini palpatsiya qilish texnikasi;



Siydik qopini perkussiya qilish texnikasi;



Siydik nayini og'riqli nuqtalari;

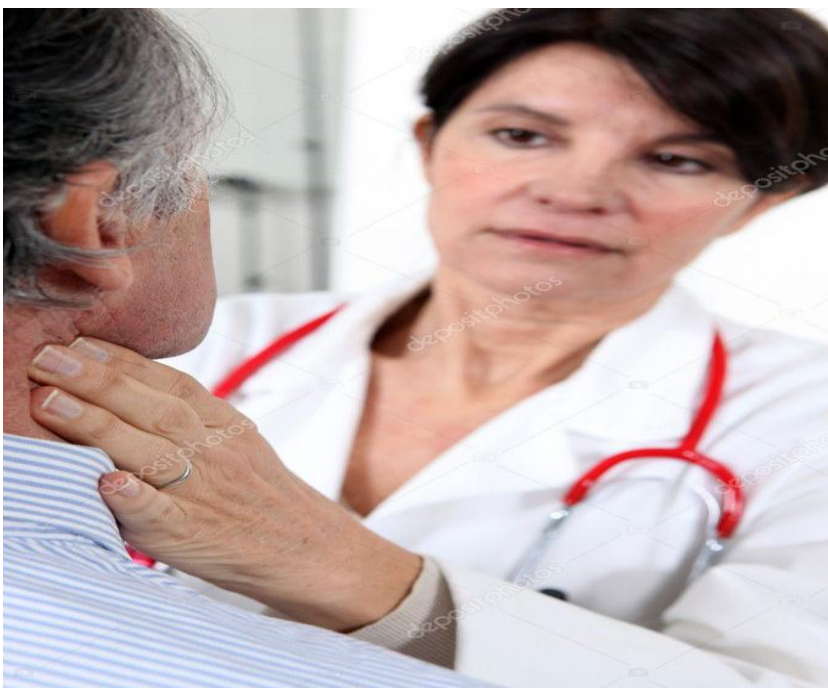
- a) Yuqori nuqtasi qorinning to'g'ri mushagi tashqi chetida kindik sathida joylashgan.
- b) Pastki nuqtasi qorinning to'g'ri mushagi tashqi chetida yonbosh suyak toji sathida joylashgan.



a) O'ng siydik nayini yuqori nuqtasini palpatsiya qilish texnikasi.



Tushuvchi chamber ichakni palpatsiya qilish texnikasi a) monomanual b) bimanual



Bo'yin limfa tugunlrini palpatsiya qilish texnikasi.



Buyrakni palpatsiya qilish

texnikasi.



Jag' osti limfa tugunlrini palpatsiya qilish

texnikasi.



Qorinni yuzaki palpatsiyasi



- a)Buyrakni palapatsiya qilish texnikasi;
- b) Chambar ichakni palapatsiya qilish texnikasi;



Qorinni yuzaki palpatsiya qilish texnikasi



O'ng yonbosh sohasini palpatsiya qilish texnikasi;



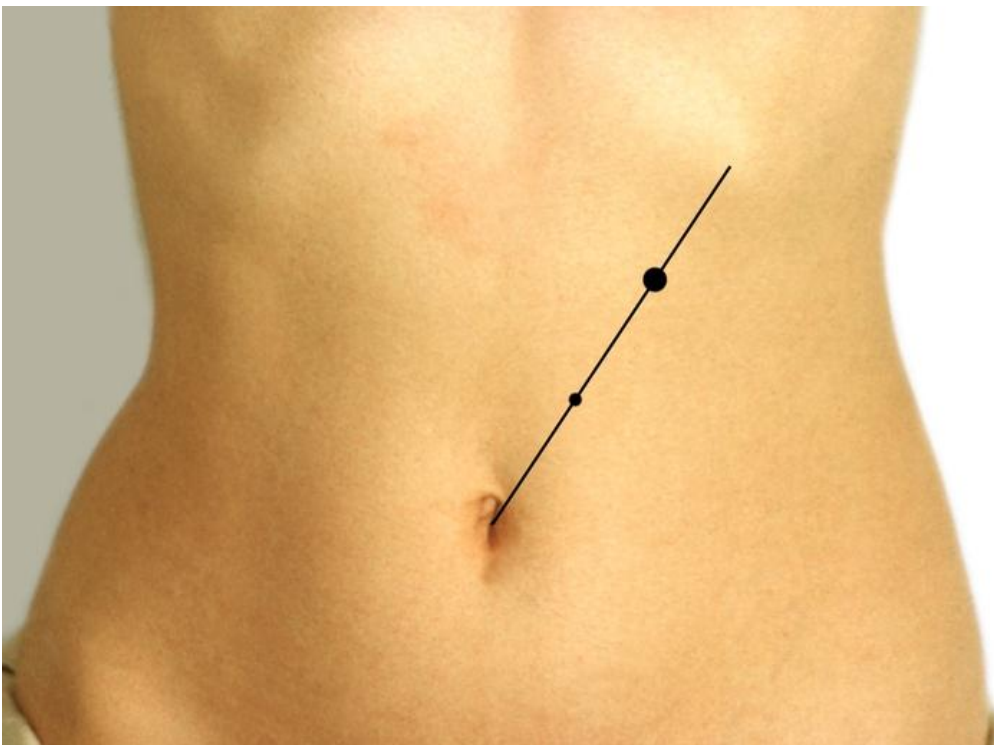
Sigmasimon ichakni yonbosh sohasini palpatsiya qilish texnikasi;



Chayqalish simptomini aniqlash texnikasi (atsit suyuqligini aniqlash);



(Chayqalish simptomini aniqlash texnikasi (atsit suyuqligini aniqlash);)

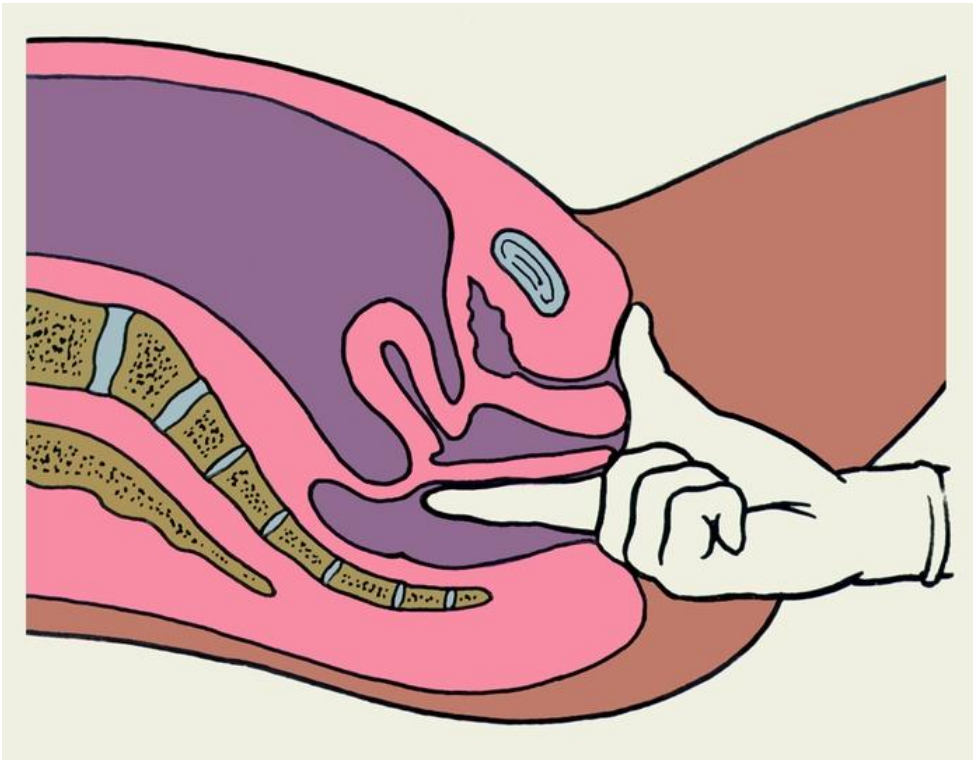


Meyo-Robson usulida meda osti bezini palpatsiya qilish nuqtalari;



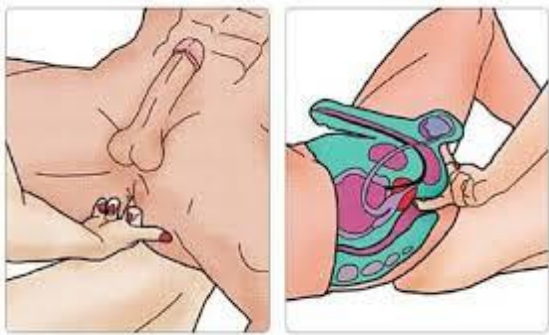
Qorinni bimanual palpatsiya qilish

texnikasi;



To'g'ri ichakni

palpatsiya qilish texnikasi (ichki palpatsiya);



palpatsiya);

To'g'ri ichakni palpatsiya qilish texnikasi (ichki



Prostata bezini palpatsiya qilish texnikasi (ichki palpatsiya);



Pulsni palpatsiya qilish texnikasi;



O'pkani ko'krak qafasini old tomonidan palpatsiya qilish texnikasi

Пальпация грудной клетки с передней поверхности



O'pkani ko'krak qafasini old pastki yon tomonidan
palpatsiya qilish texnikasi

Пальпация грудной клетки с передней нижней боковой поверхности



O'pkani ko'krak qafasini qo'ltiq osti pastki qismlarini
palpatsiya qilish texnikasi

Пальпация грудной клетки с нижней подмышечной области



O'pkani ko'krak qafasini orqa tomondan kuraklar orasidan
palpatsiya qilish texnikasi

Пальпация грудной клетки с задней поверхности межлопаточной области



O'pkani yuqori bo'lagini ko'krak qafasini orqa tomondan
palpatsiya qilish texnikasi

Пальпация грудной клетки с задней поверхности верхней доли легкого



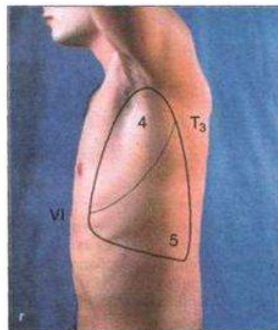
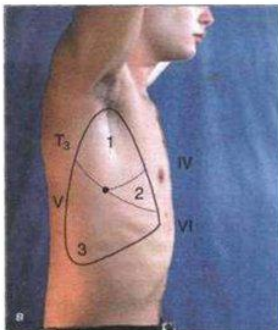
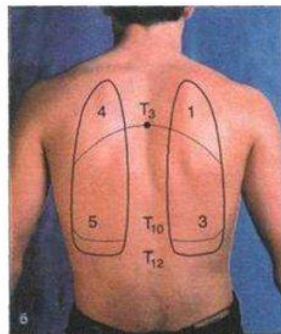
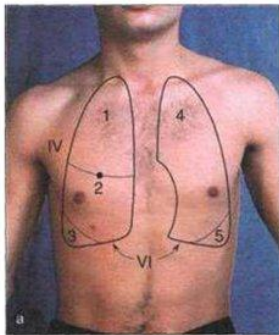
О'pkani kurak osti sohasini ko'krak qafasini orqa tomondan palpatsiya qilish texnikasi

Пальпация грудной клетки с задней поверхности ниже лопаточной области

Проекция долей легких на грудную клетку

Обозначения:

- 1 — правая верхняя доля;
- 2 — правая средняя доля;
- 3 — правая нижняя доля;
- 4 — левая верхняя доля;
- 5 — левая нижняя доля;
- IV, V, VI — ребра;
- T₃, T₁₀, T₁₂ — позвонки.





**Рене
Лаэннек**

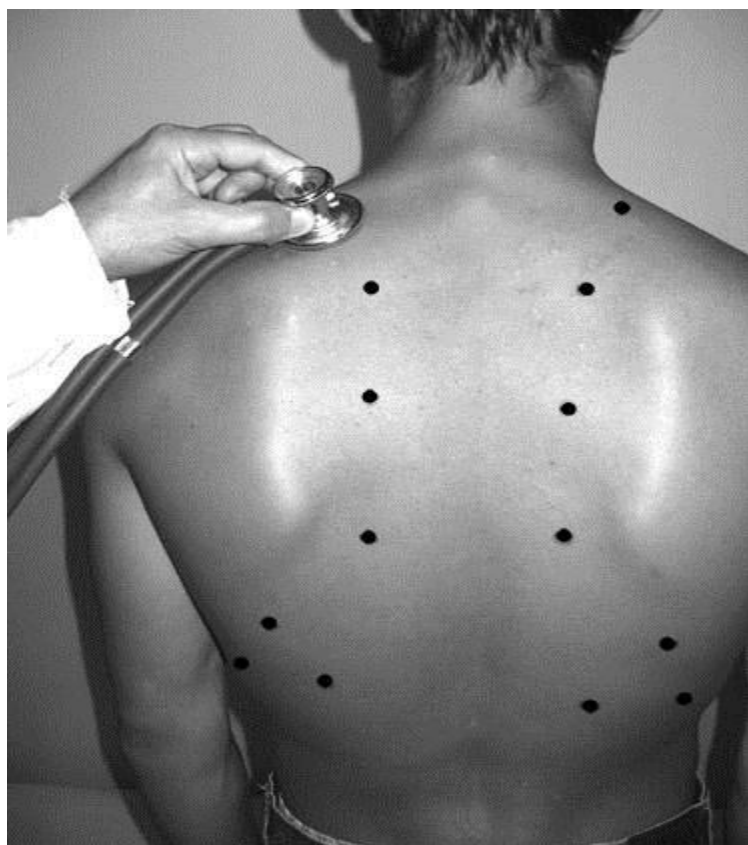
■ Лишь в 1819 году французский клиницист Лаэннек обратился к методу аускультации, разработал и применил его в обследовании больных.

Впервые метод аускультации введен медицинский практику в 1819 году со стороны Французского клинициста Рене Лаэннека



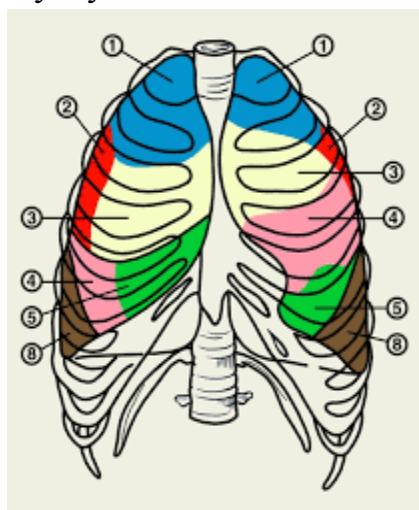
О'рқани ко'рак қарғасини орқа томонидан ешитиш тартиби

Техника аускультации легких с задней поверхности грудной клетки



О'pkani ko'krak qafasini orqa tomonidan eshitish nuqtalari

Аускультативные точки легких с задней поверхности грудной клетки



О'pkani ko'krak qafasini old tomonidan eshitish nuqtalari

Аускультативные точки легких с передней поверхности грудной клетки

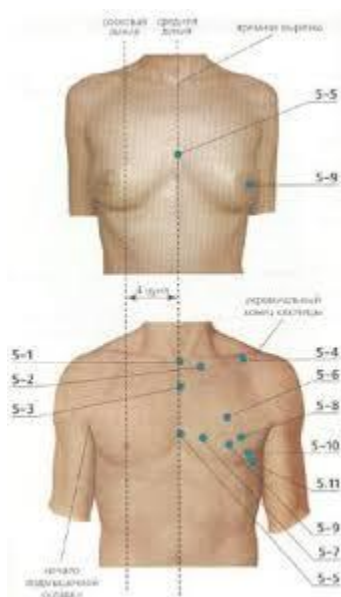
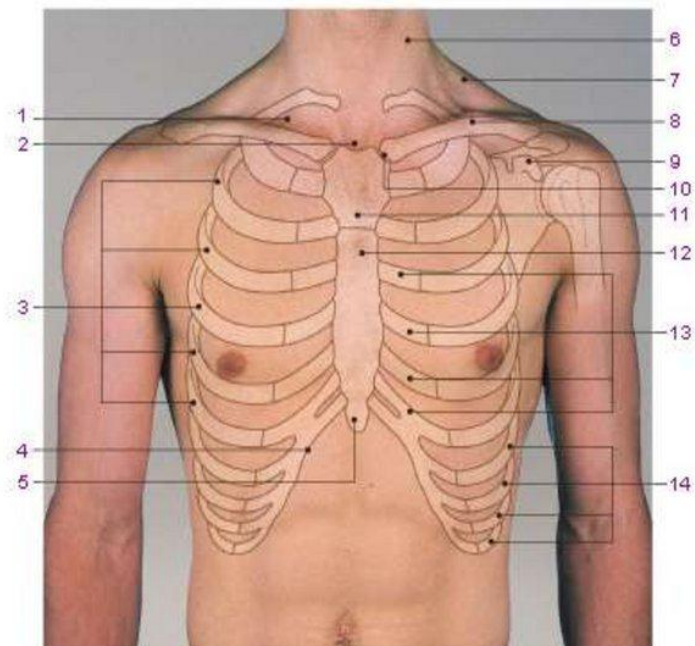


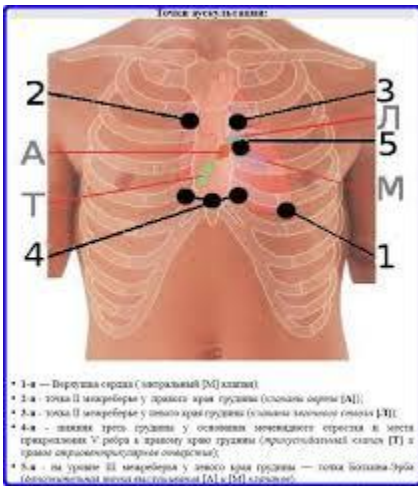
О'pkani eshitish tartibi ko'krak qafasining old va orqa tomonidan

Порядок выслушивания легких с передней поверхности грудной клетки

Проекция грудной клетки на поверхность туловища

- 1 - надключичная ямка
- 2 - яремная ямка
- 3 - ребра
- 4 - реберная дуга
- 5 - мечевидный отросток
- 6 - край грудино-ключично-сосцевидной мышцы
- 7 - трапециевидная мышца
- 8 - ключица
- 9 - клювовидный отросток лопатки
- 10 - грудино-ключичный сустав
- 11 - рукоятка грудины
- 12 - тело грудины
- 13 - хрящи ребер
- 14 - VII, VIII, IX, X ребра





ТОЧКИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА

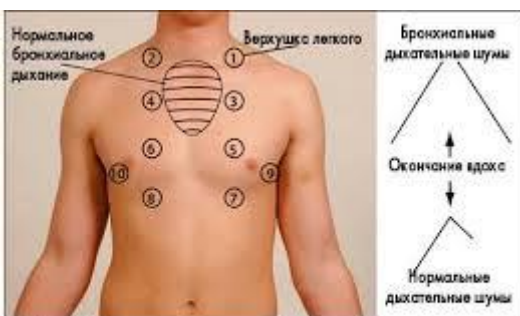
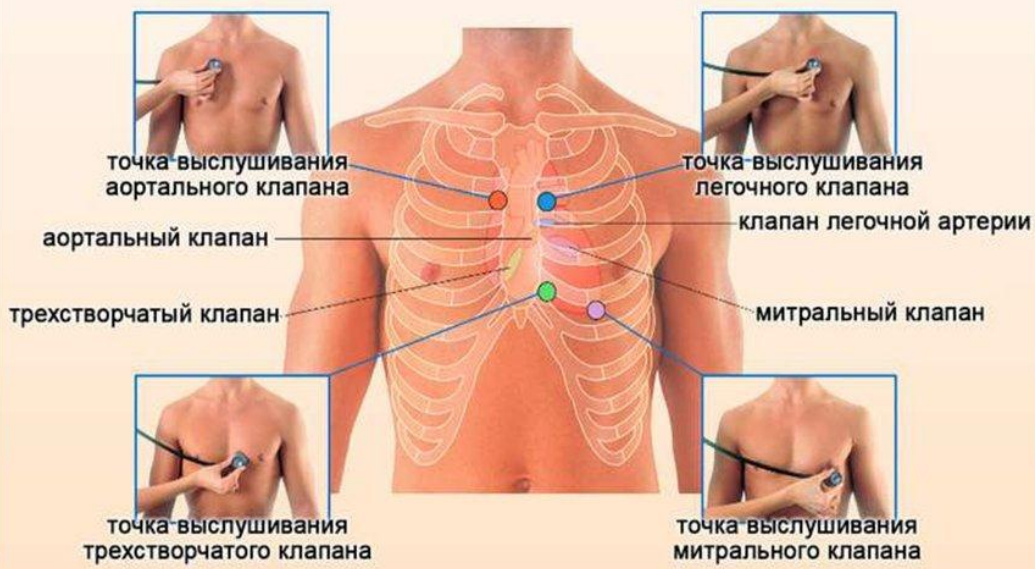


Рис. 1. Локализация везикулярного (нормального) дыхания и физиологического бронхиального дыхания на передней части грудной клетки здорового пациента (J. Gleade) [6]



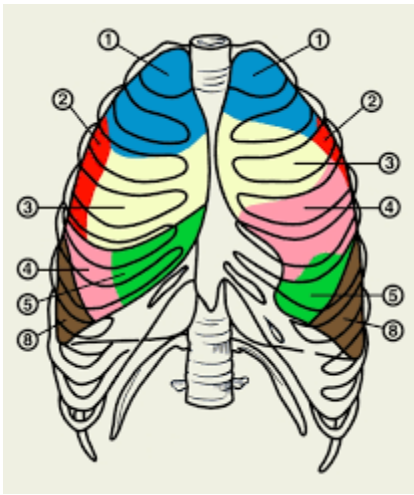
О'pkani yuqori bo'lagini (Krenig maydoni) ko'krak qafasini old tomonidan eshitish nuqtalari

Порядок выслушивания верхней доли легкого с передней поверхности грудной клетки



О'pkani yuqori bo'lagini ko'krak qafasini orqa tomonidan eshitish nuqtalari

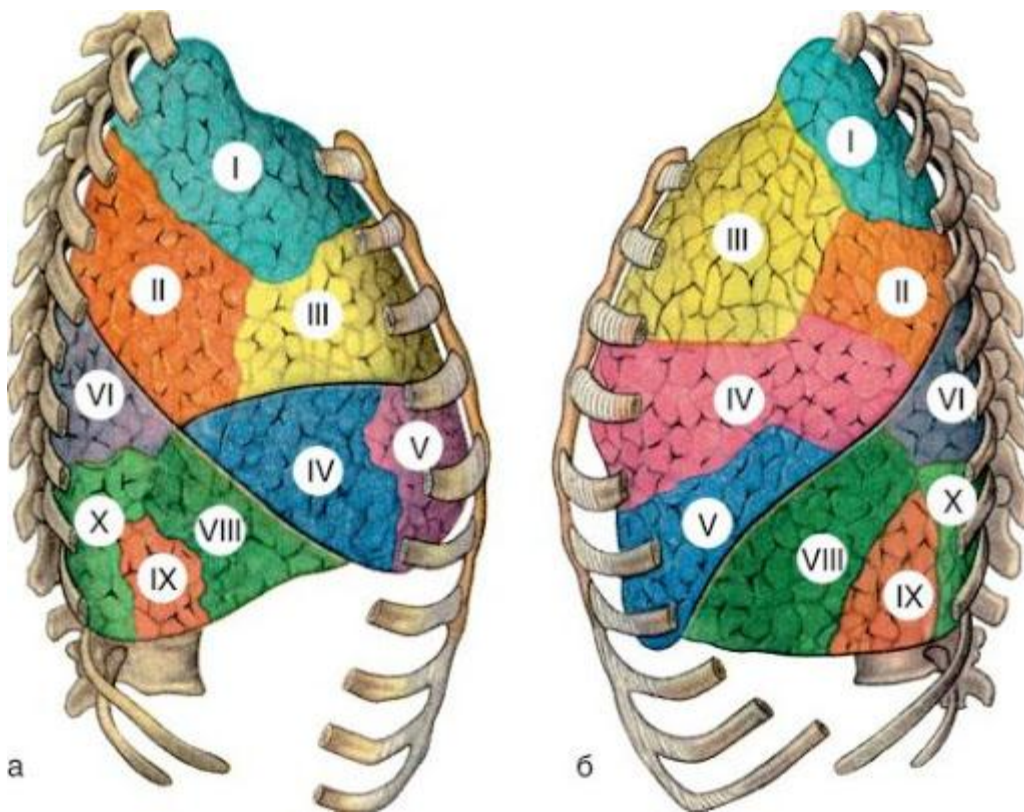
Порядок выслушивания верхней доли легкого с задней поверхности грудной клетки



Qovurg'alar oralig'i bo'yicha fonendoskopni qo'yish

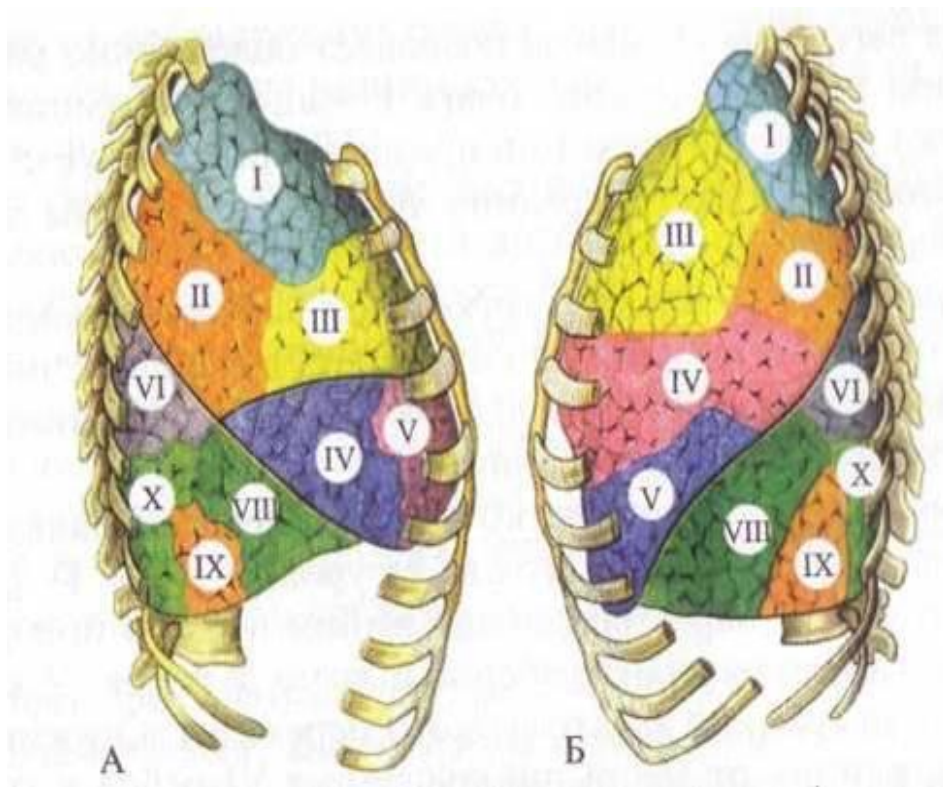
nuqtalari

Места выставления фонендоскопа по межреберным промежуткам



O'pka segmentlarini ko'krak qafasida joylashish o'rni old tomondan

Место расположения сегментов легкого в грудном клетке с передней поверхности грудной клетки



О'рка segmentlarini

ko'krak qafasida joylashish o'rni yon tomondan

Место расположения сегментов легкого в грудном клетке с боковой поверхности грудной клетки



О'rkani yuqori bo'lagini ko'krak qafasini orqa

tomonidan eshitish nuqtalari

Порядок выслушивания верхней доли легкого с задней поверхности грудной клетки



О'pkani yuqori bo'lagini ko'krak qafasini orqa tomonidan

eshitish nuqtalari

Порядок выслушивания верхней доли легкого с задней поверхности грудной Клетки



Homilani yurak urishini eshirish tartibi

Порядок выслушивания сердца плода



Homilani yurak

urishini eshirish tartibi

Порядок выслушивания сердца плода

Начните с аускультации верхушек легких, двигаясь из стороны в сторону и сравнения по мере приближения к основе.

Если вы услышите осмысленный дыхательный шум, выслушайте несколько других близлежащих мест и попытайтесь оценить масштабы и характер.

• Для оценки задней грудной стенки, попросите пациента держать обе руки скрещенными перед его / ее грудью, если это возможно.



• Важно, чтобы вы всегда сравнивали то, что вы слышите с противоположной стороной.

MyShared

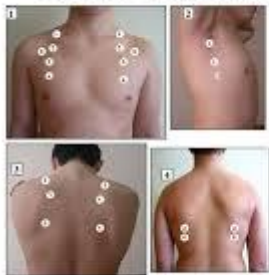


О'pkani old tomondan **A** va orqa tomonda **B**

eshitish nuqtalari

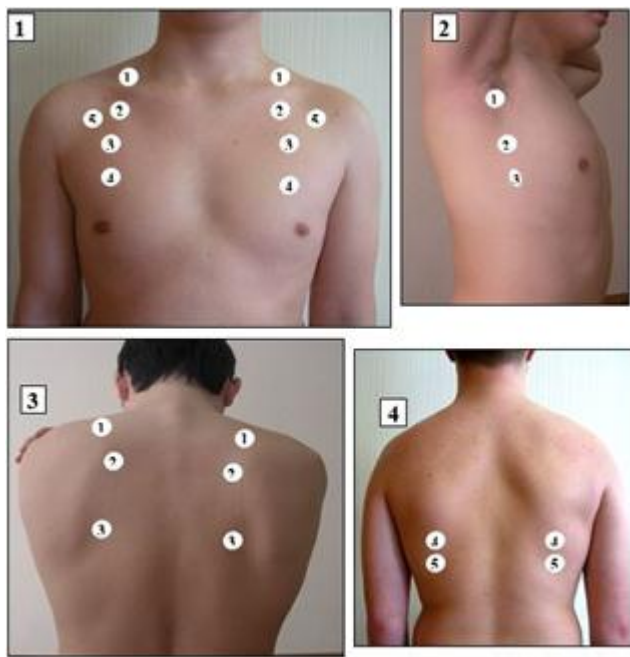
Точки выслушивания легкого с передней поверхности грудной клетки **A** и с задней поверхности легких **B**. Для выслушивания задней поверхности легких руки скрещивает и прижмает к груди, при этом лопатки отодвигается наружу и хорошо выслушивается легких.

Аускультация легких в норме



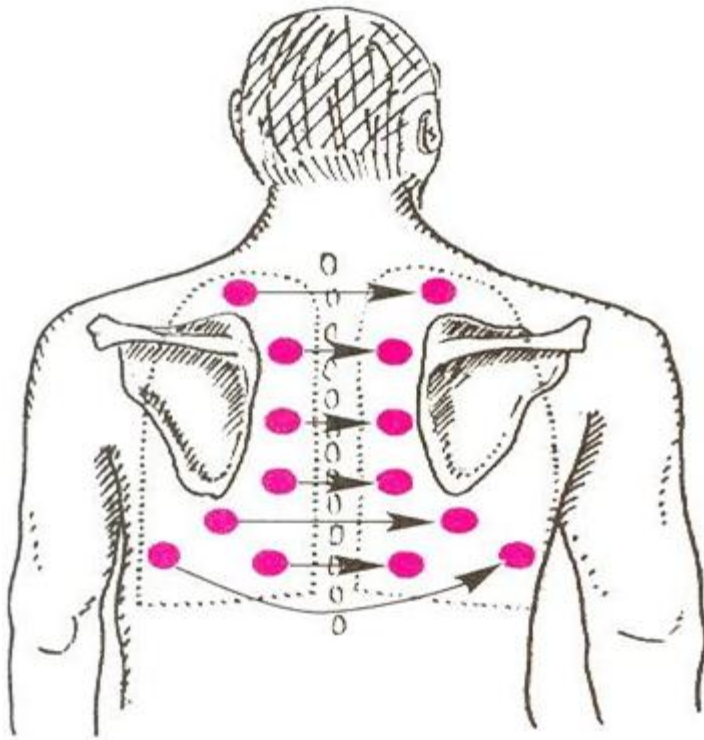
• Аускультация легких проводят по определенному плану: стетоскоп или фонендоскоп ставят в строго симметричных точках правой и левой половины грудной клетки.

Рис. 50. Точки и порядок аускультации легких. А – передняя, Б – подмышечная, В – задняя, Г – задняя, нижняя части грудной клетки.



О'pkани eshitish tartibi hamda eshitish nuqtalari old tomondan 1, qo'ltiq osti sohasini 2 va orqa tomondan 3-4.

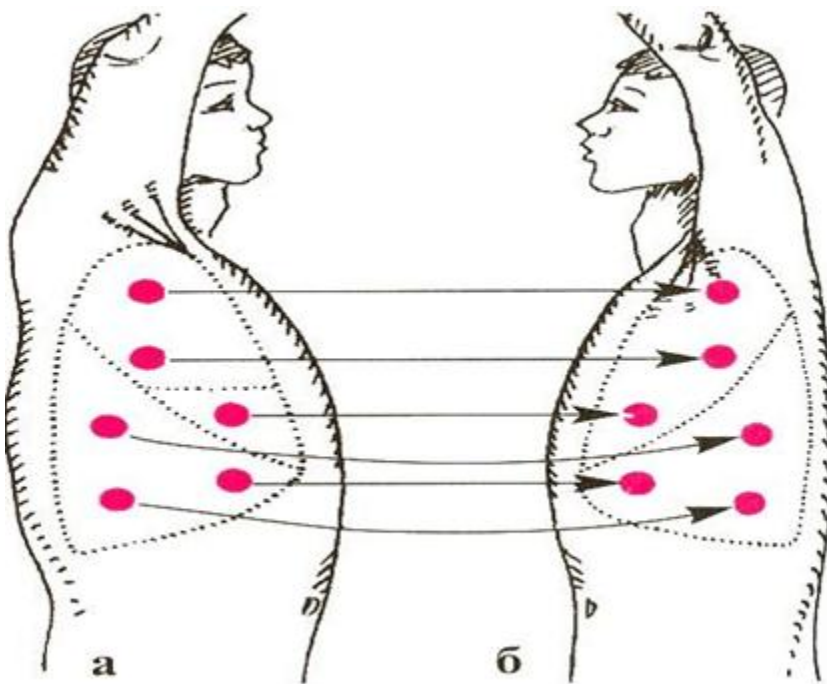
Точки и порядок аускультации легкого с передней поверхности 1, точки выслушивания подмышечной области 2 и с задней поверхности грудной клетки 3-4.



O'pkani orqa tomondan auskultatsiya

qilish ketma-ketligi

Последовательность аускультации легких сзади



O'pkani o'ng yon tomondan **a** va chap yon tomondan auskultatsiya qilish ketma-ketligi

b

Последовательность аускультации боковых поверхностей легких справа **a** и слева **b**

ТОЧКИ АУСКУЛЬТАЦИИ ЛЕГКИХ

ОСНОВНЫЕ ТОЧКИ

Спереди:

- 1) над веревками (верхняя доля);
- 2) в I, II, III межреберья по средне-ключичной линии (средняя доля);
- 3) в ямках Мэдвеллса (верхняя доля);
- 4) над средней долей в IV и V межреберьях по средне-ключичной линии справа (средняя доля).

С боков:

- 1) по срединной аксиллярной линии – II-IV межреберья (верхняя доля);
- 2) по передним аксиллярным линиям – V м/р (справа – средняя доля; слева – верхняя), VI м/р (нижняя доля);
- 3) по задним аксиллярным линиям – VI-VII м/р (нижняя доля).

Сзади:

- 1) над веревками (верхняя доля);
- 2) в межлопаточных пространствах (нижняя доля);
- 3) под углами лопаток в VI, VII, IX межреберьях (нижняя доля).

Дополнительными местами выслушивания являются симметричные места над кончиками крыльев легких и над краями средней вырезки.




О'pkani orqa tomondan perkussiya qilish tartibi, ketma-ketligi va plessimetryr barmoqni joylashtirish o'rni

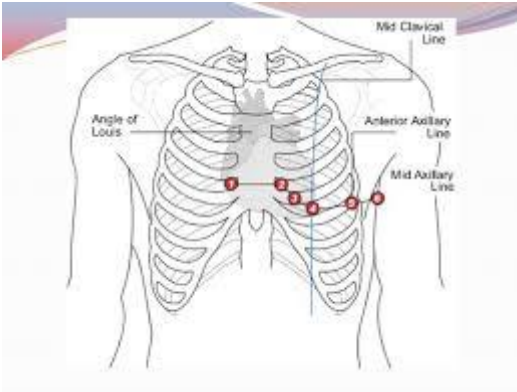
Порядок и последовательность перкуссии легких сзади и места выставления палец пlessиметра при перкуссии

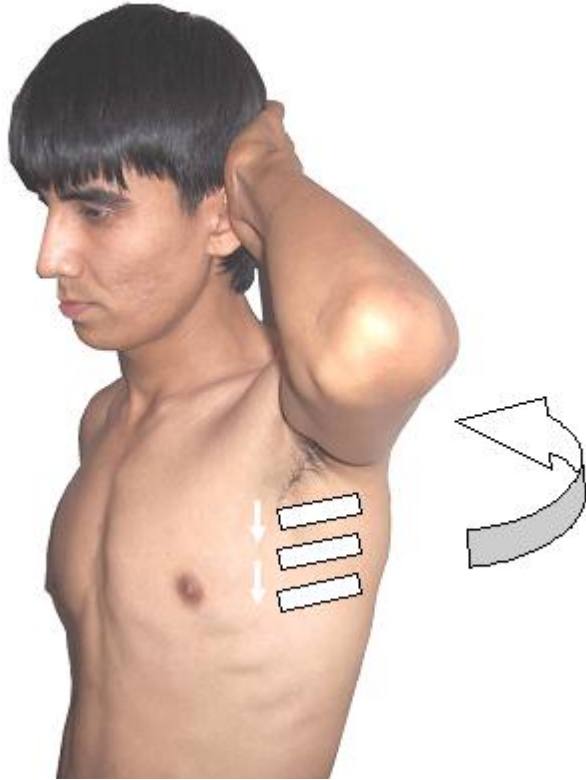
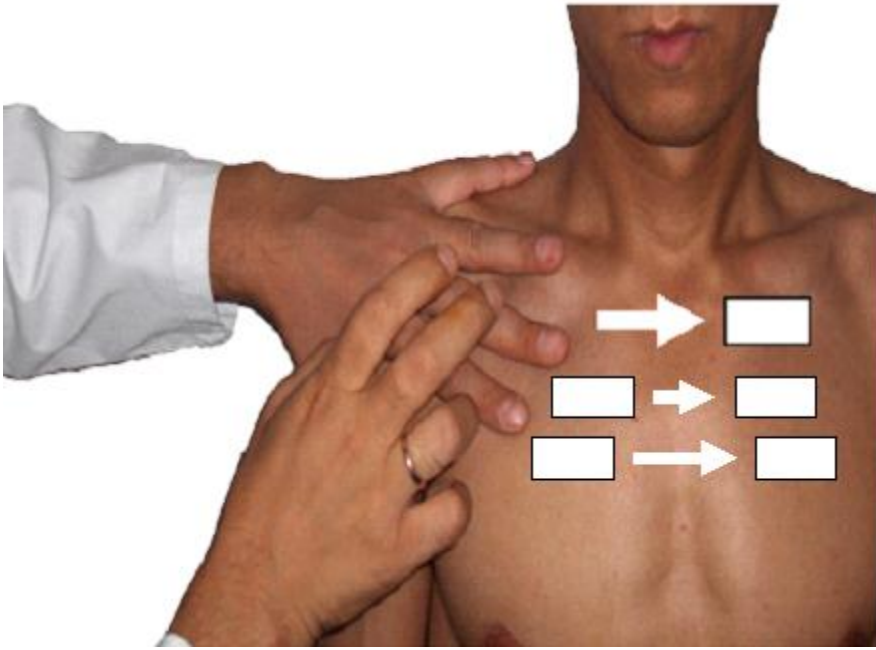


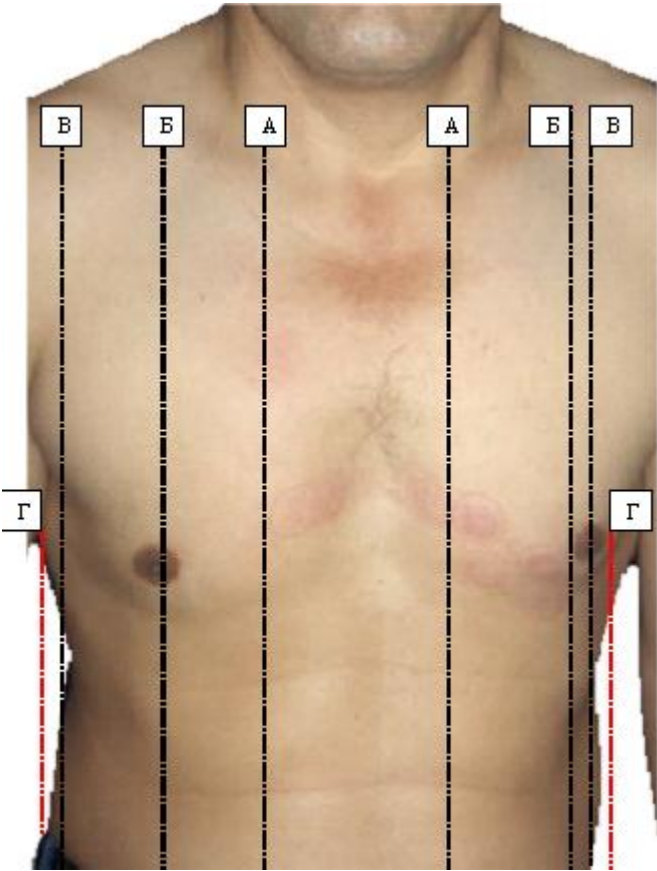


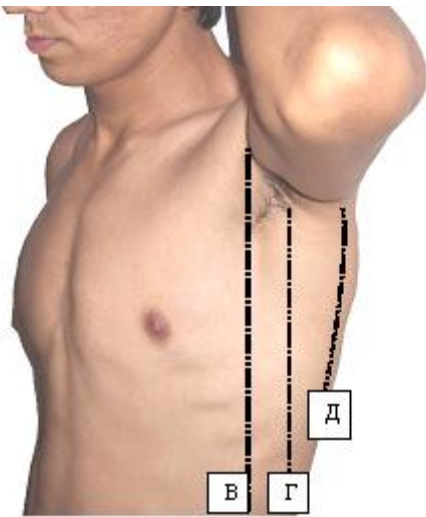
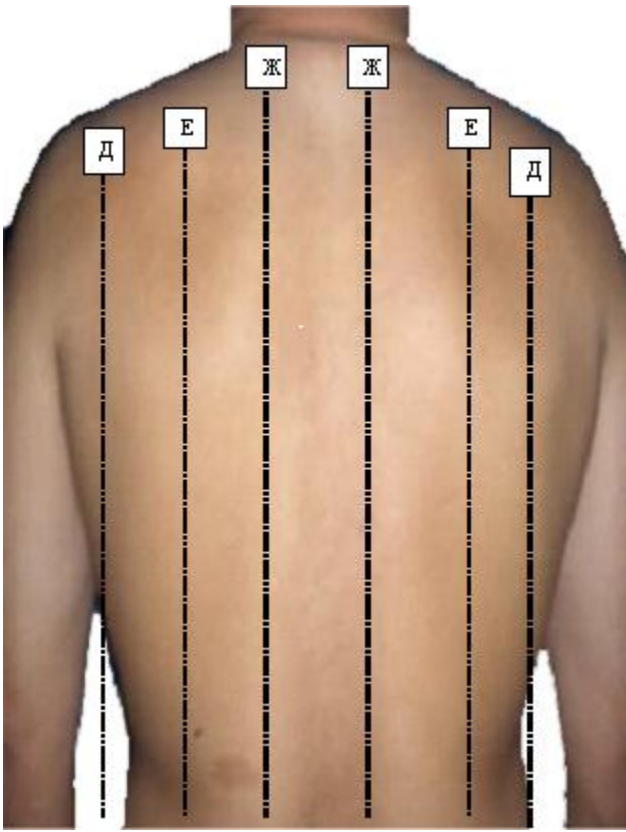
© Can Stock Photo

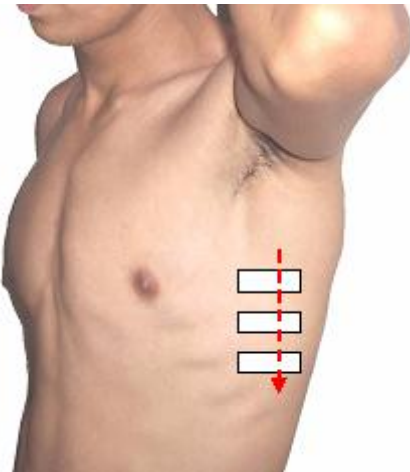
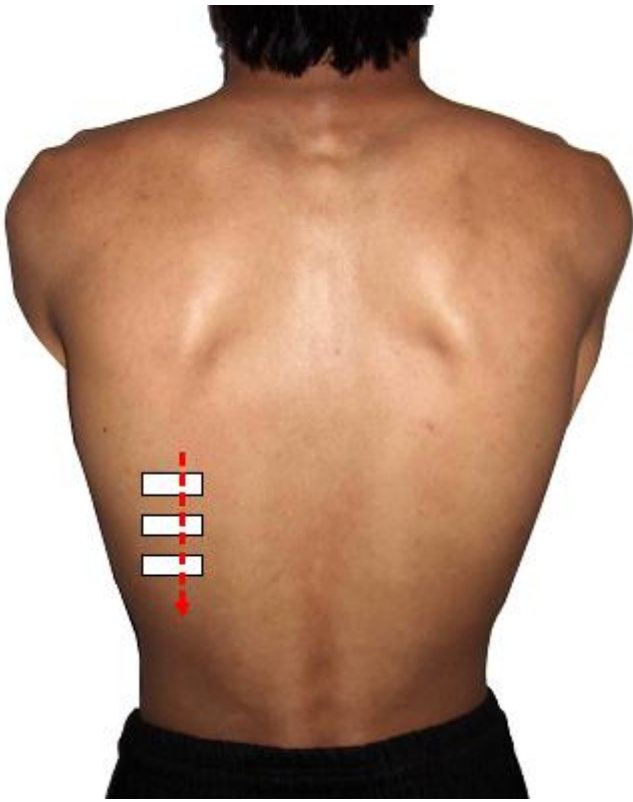


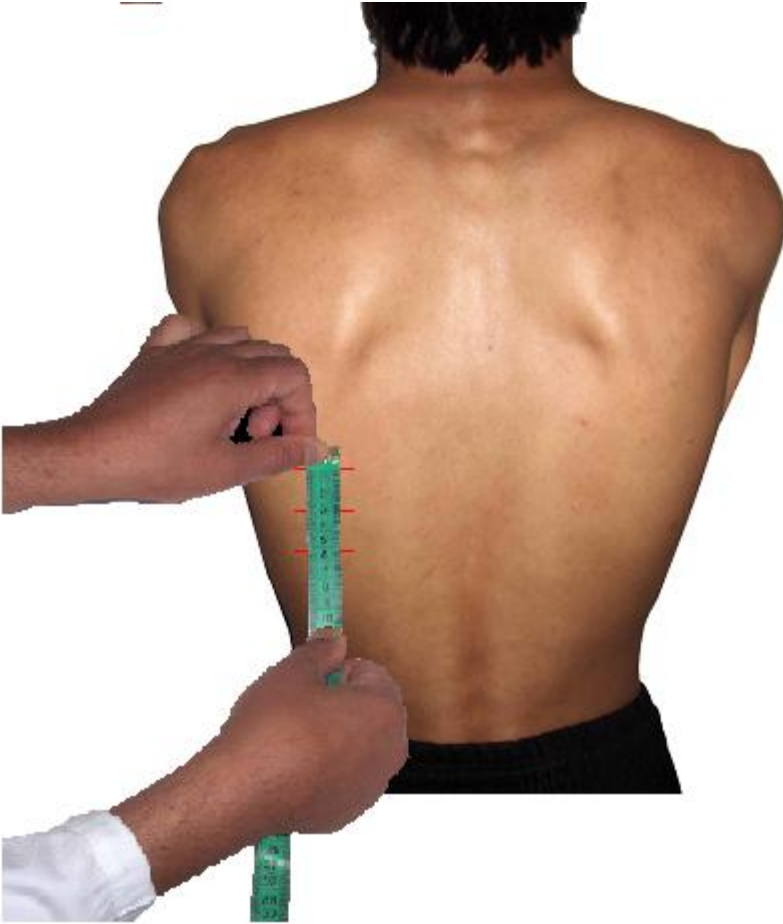


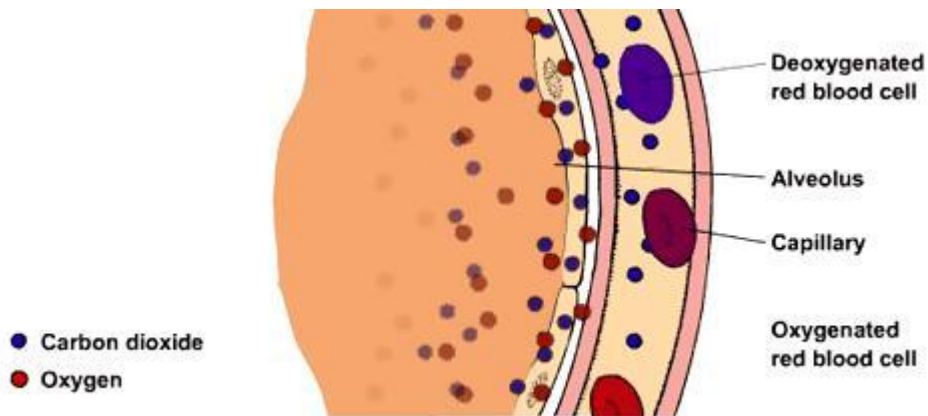






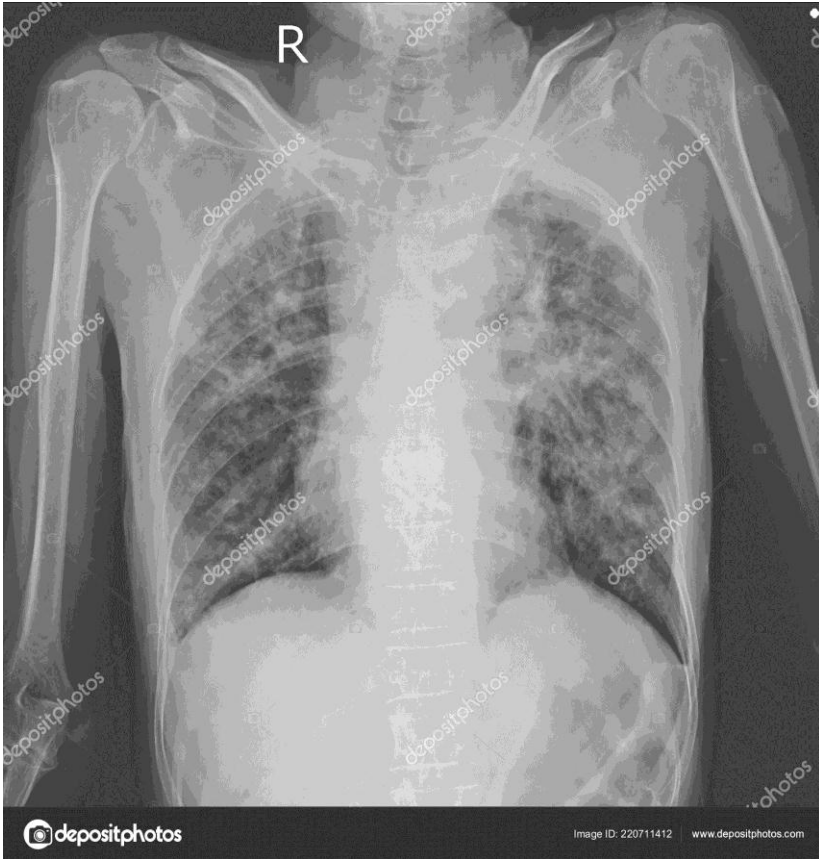






Алвеола ва капилярда

газлар алмашинуви



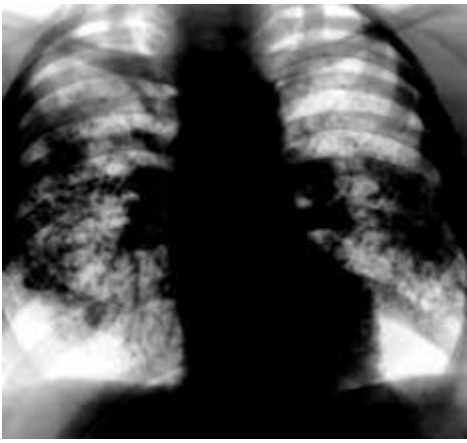
O'pka tuberkulyozi

Туберкулез легкий



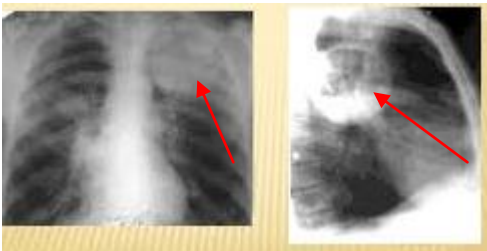
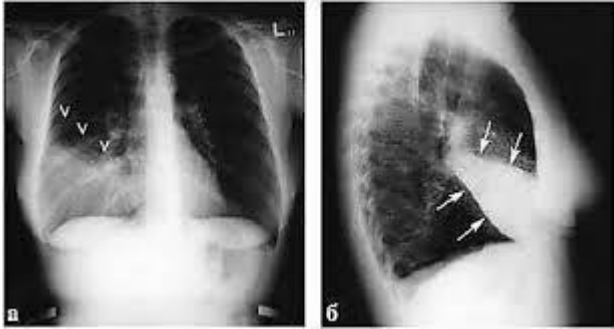
O'pka emfizemasi

Эмфизема легкий



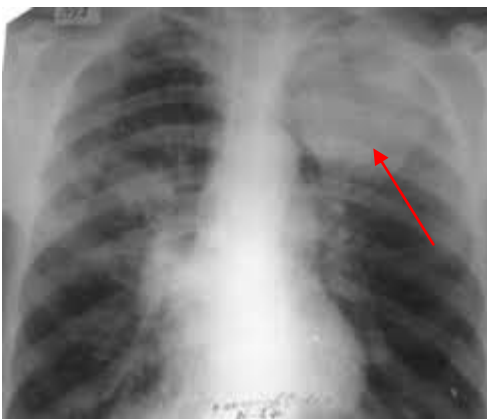
О'рка sarkoidozi

Саркоидоз легкий



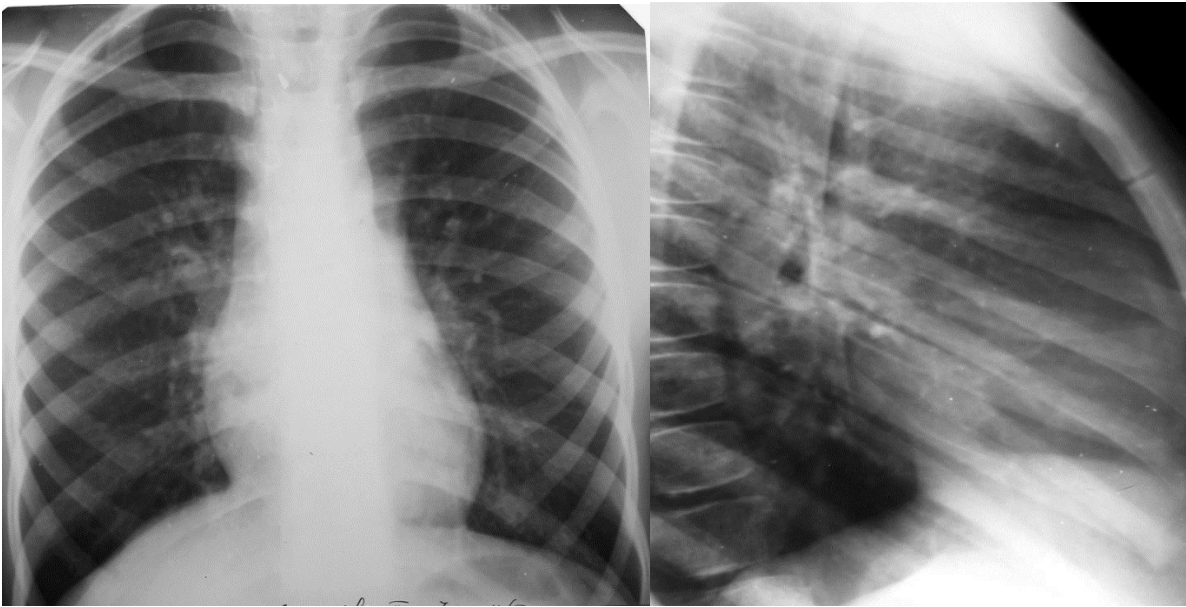
О'рка abtseeswi

Абцесс легкий

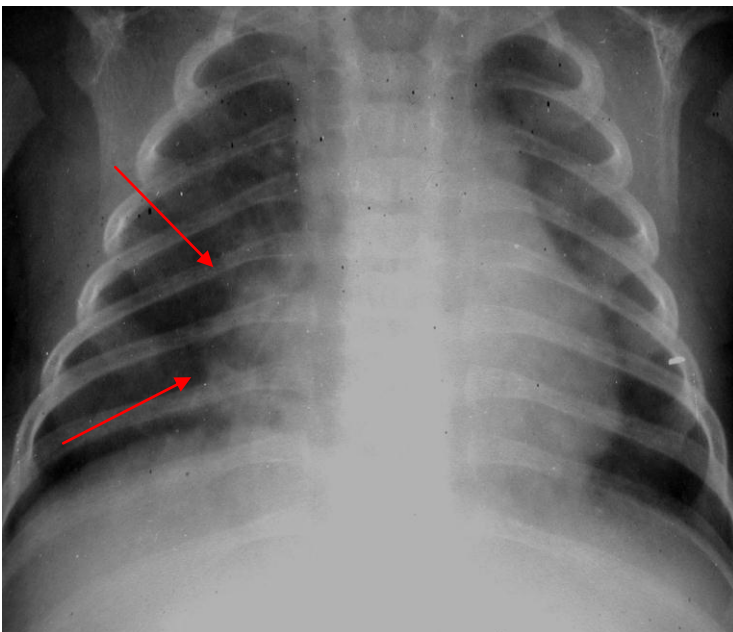


О'рка abtseeswi

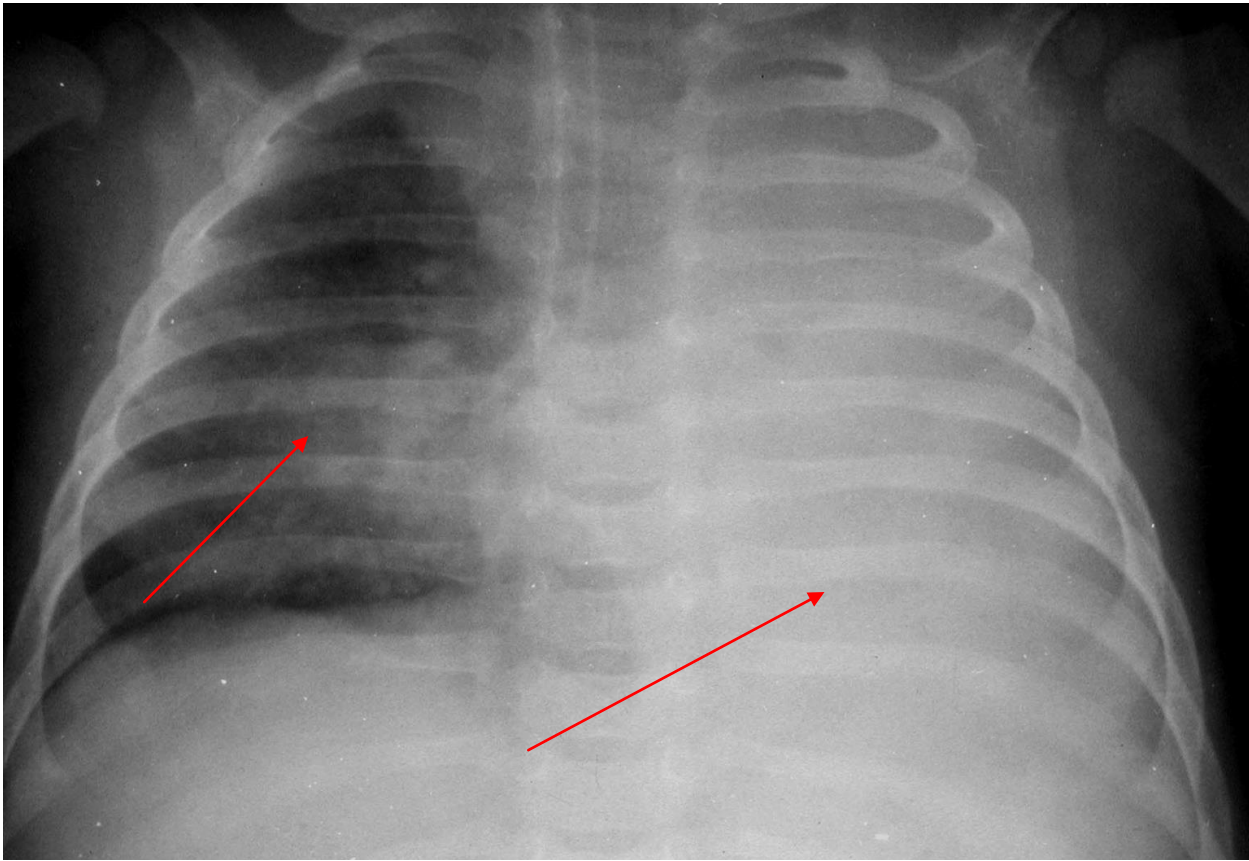
Абцесс легкий



Bemorda rentgenografiyada bronxit tasvirlangan.

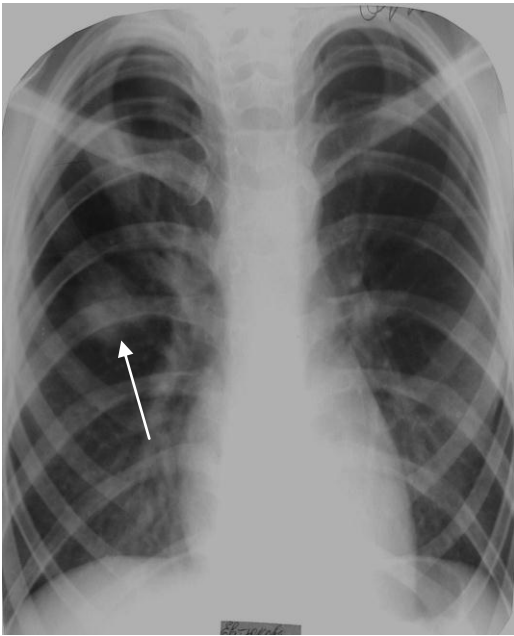


O'zak oldi pnevmoniyasi

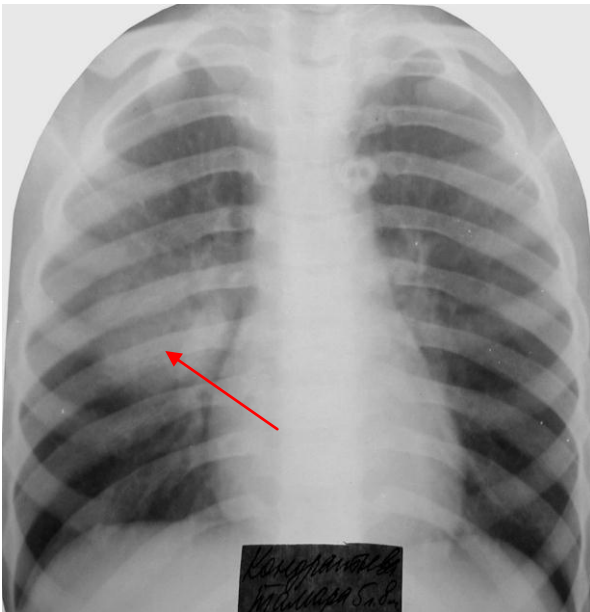


Chap o'pka atelektazi pnevmoniya bilan asorotlarga.



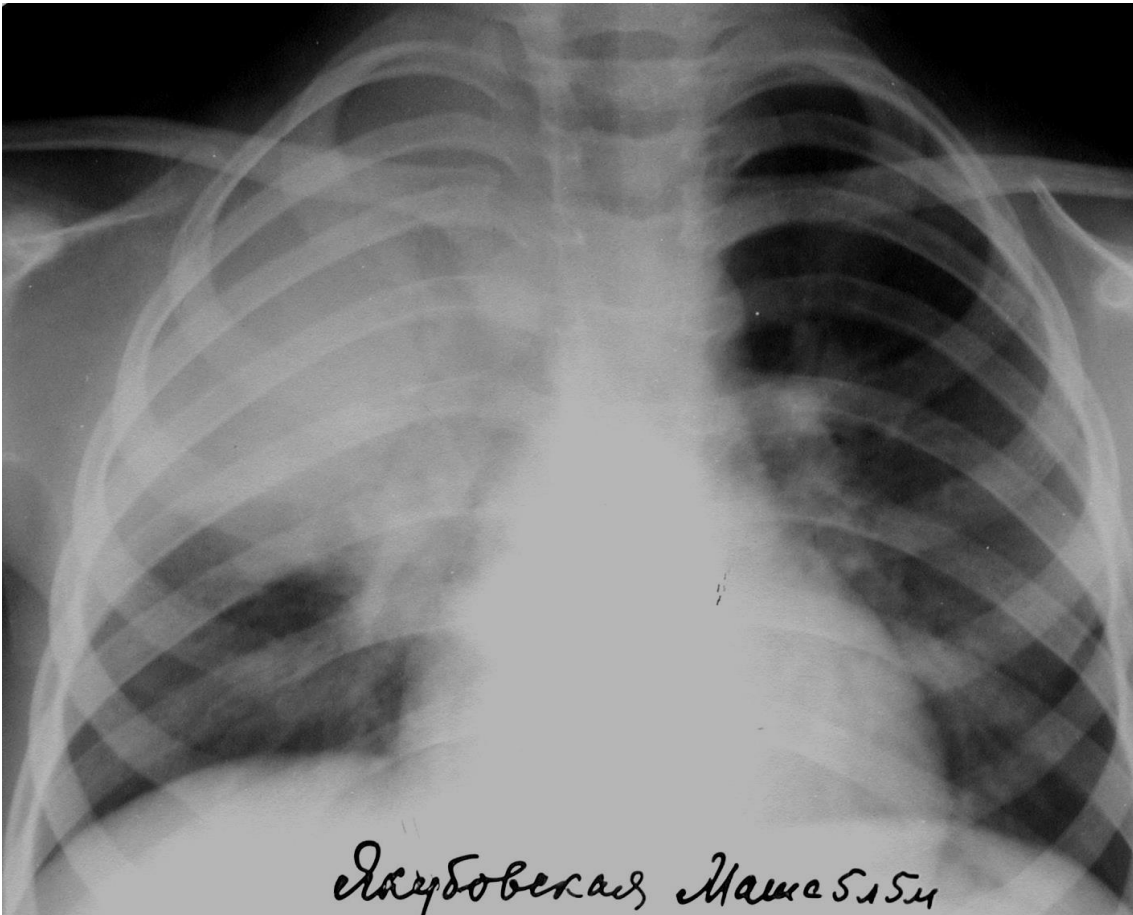


Ushbu soya o'choqli pnevmoniyaning belgisi.
«Фокус» инфильтрации прямой признак очаговой пневмонии



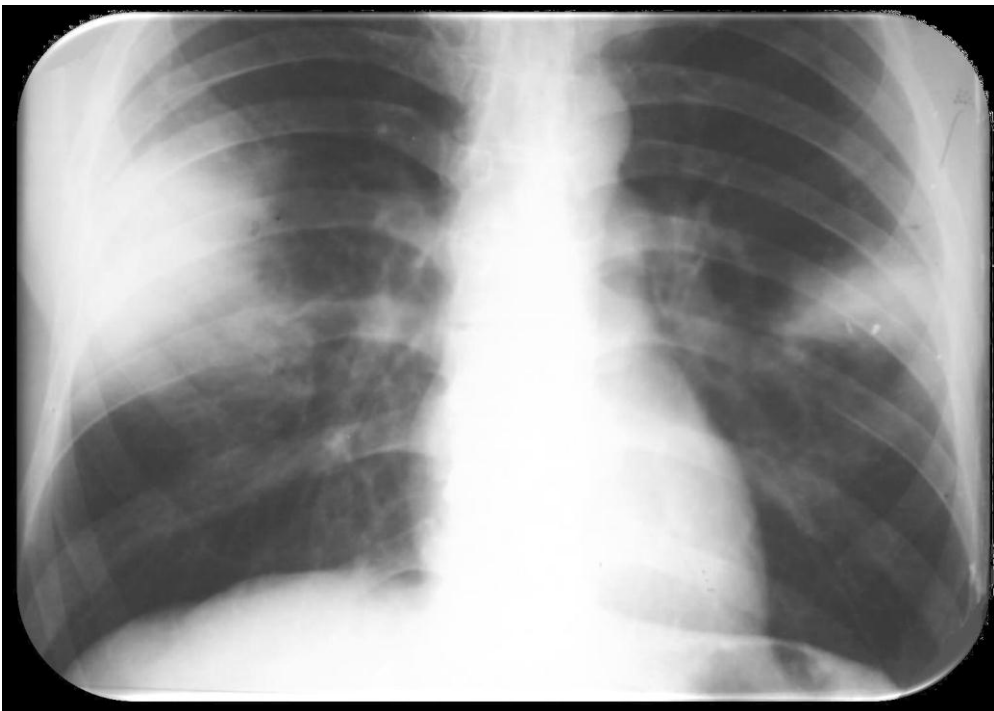
6 Segmentdagi pnevmoniyaning rentgenologik belgisi

Прикорневая локализация

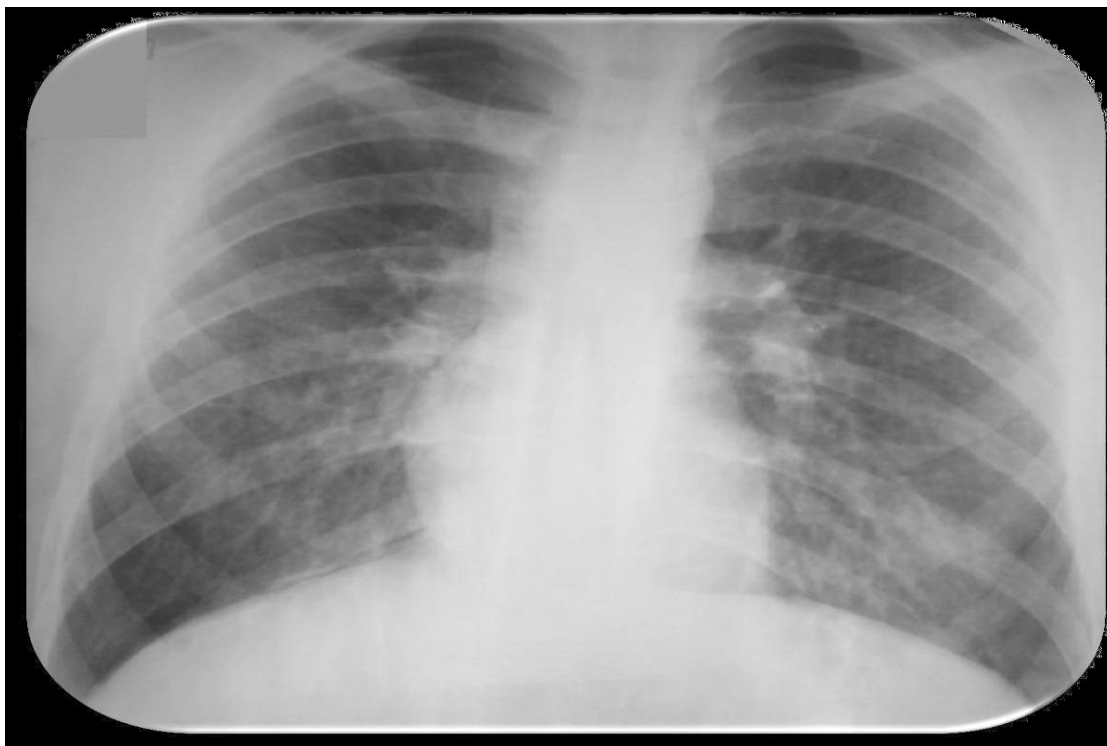


Долбоверова Анна 5.5.54

Bulakli (Dolevaya) pnevmoniya.



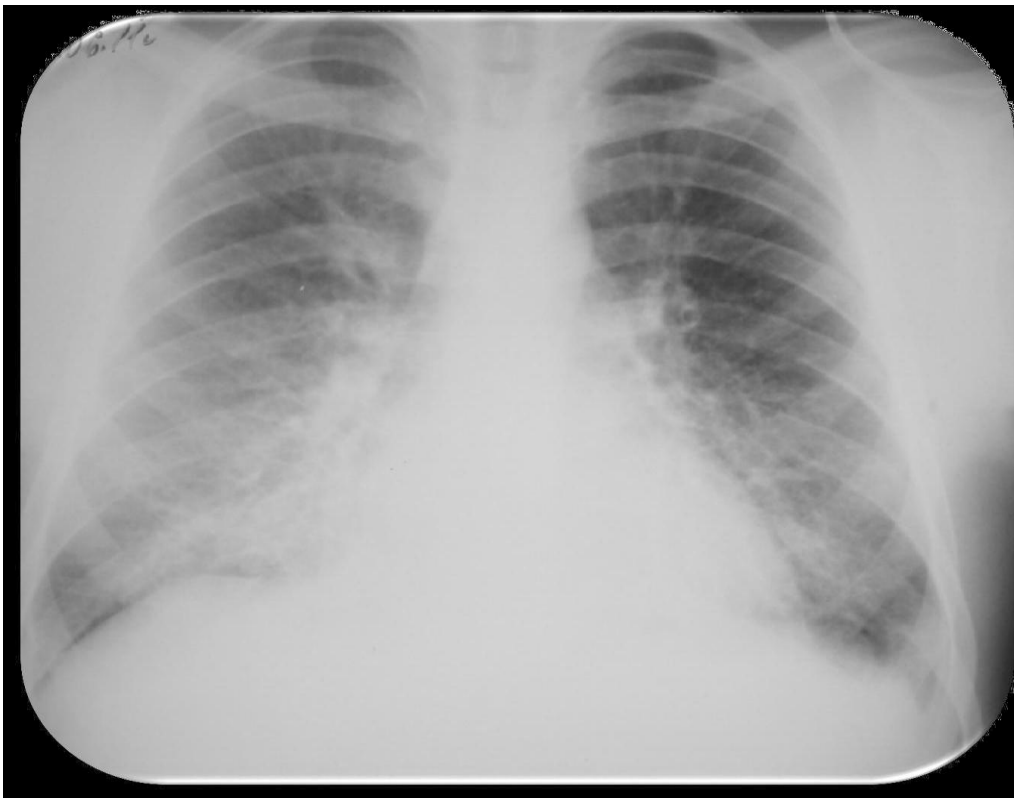
Rentgen tasvirda ikki tomonlama **slivnoy** pnevmoniya tasvirlangan



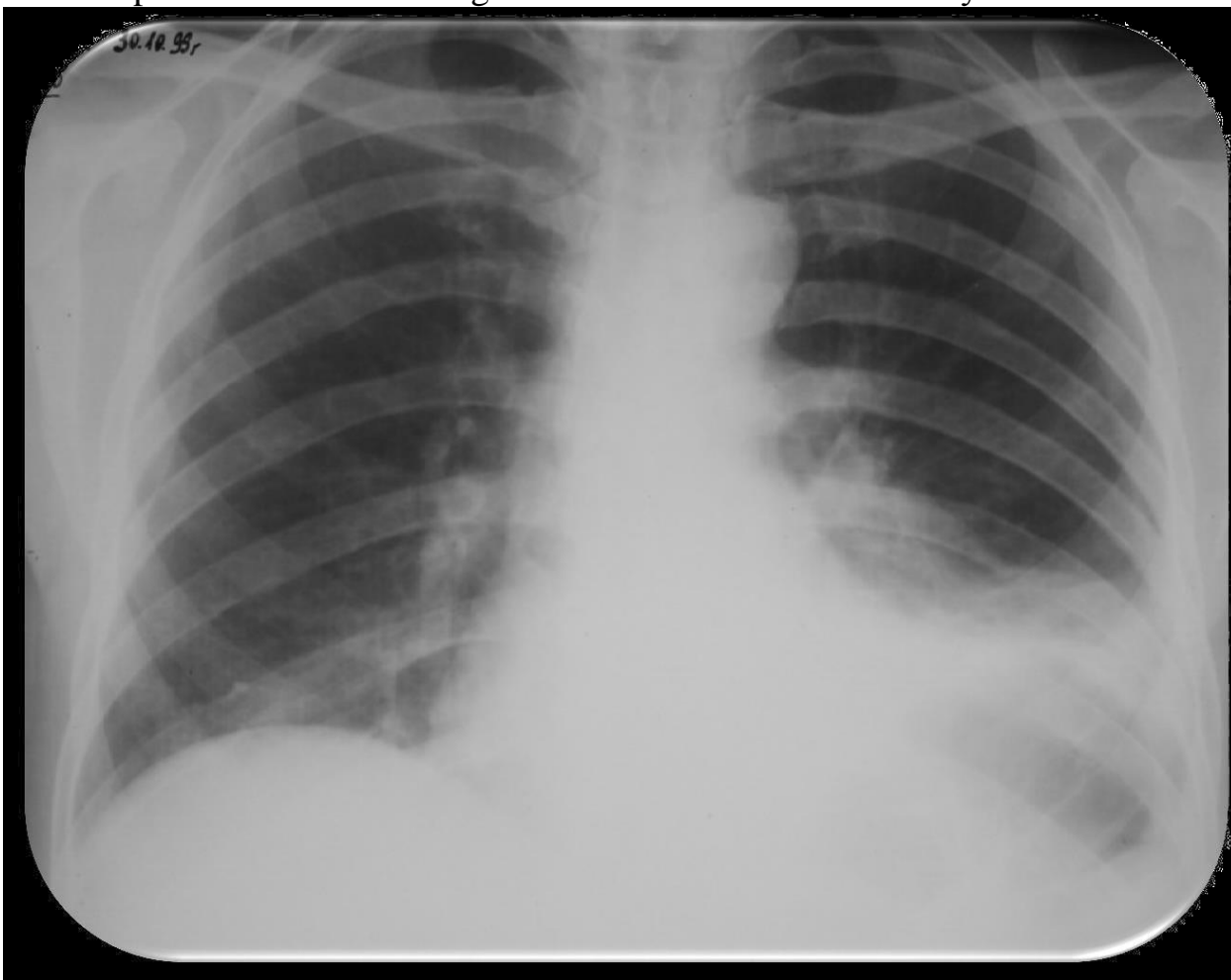
Rentgen tasvirda gripdan keyingi interstitsial pnevmoniya tasvirlangan. Ushbu bemorning anamnezida gripp aniqlandi. Kasallikning 7 kunida bemorning tana harorati 40° S, quruq yo'tal bezovta qiladi va kuchli nafas yetishmovchiligi bilan namoyon bo'ldi. Auskultatsiyada xryllashlar eshitiladi.



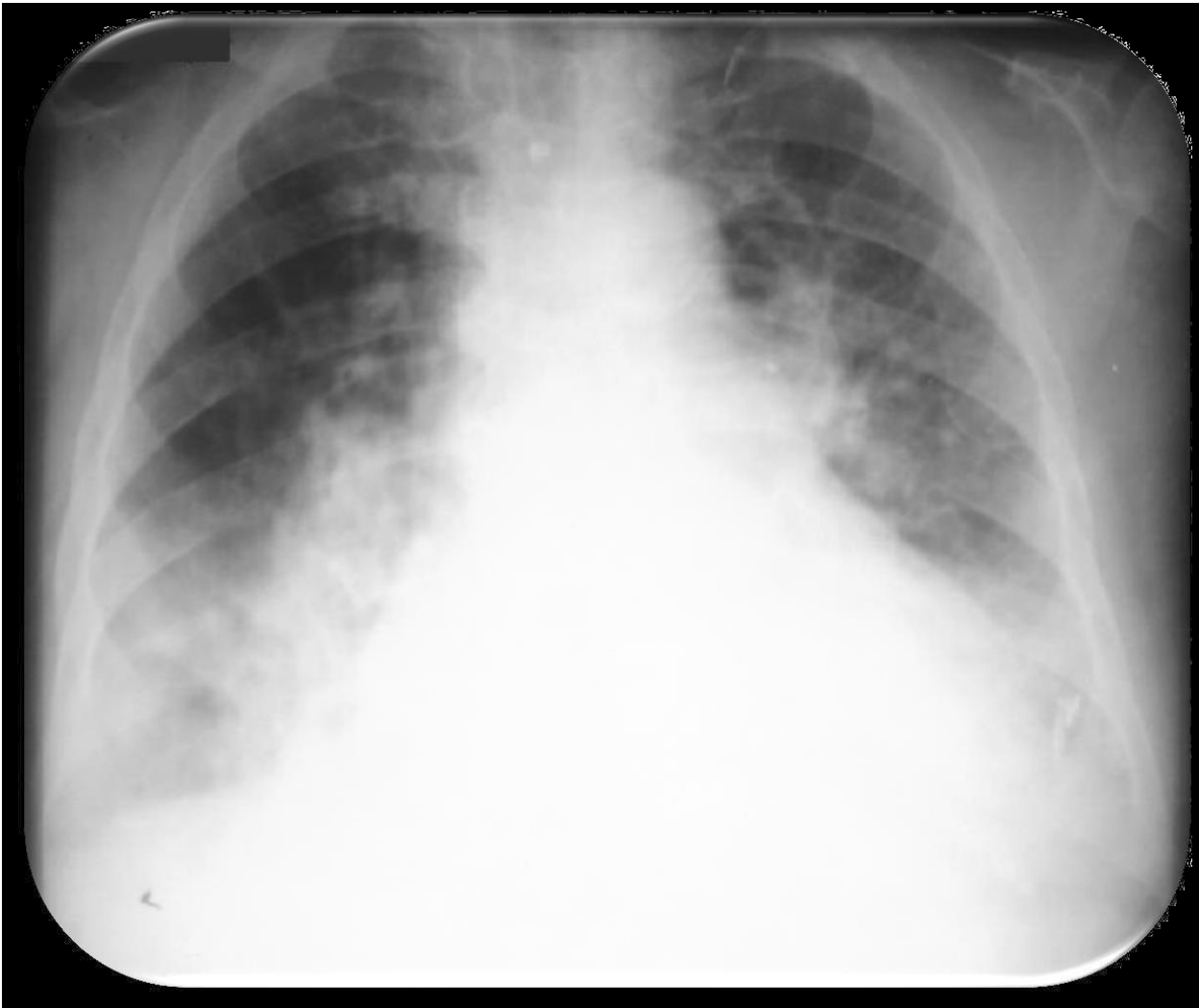
Rentgen tasvirda o'pka shishi tasvirlangan



Toksik upka shishi. Kasallikning uchinchi kuni. Bemorda kuruk yutal bor.



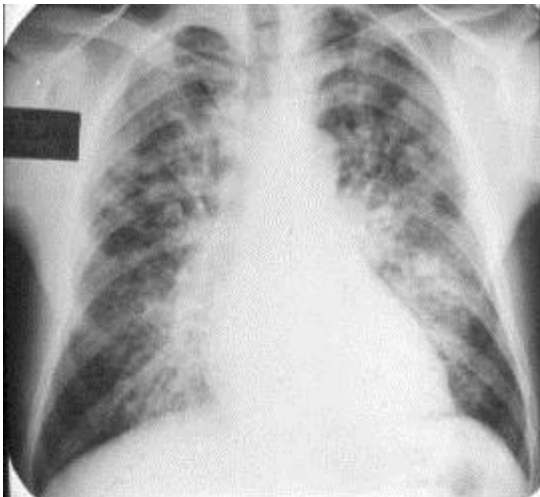
Bemorda to'satdan ko'krak qafasining chap tomonida og'riq paydo bo'lib, hansirash, qon tupurish bezovta qilib, tana harorati 38° S gacha ko'tarildi. Anamnezida 2 hafta oldin kichik chanoqda operativ muolaja o'tkazgan. Ushbu surat kasallikning ikkinchi kunida olingan. Kasalxona ichi pnevmoniyasi.



Ikki tomonlama pnevmoniya.



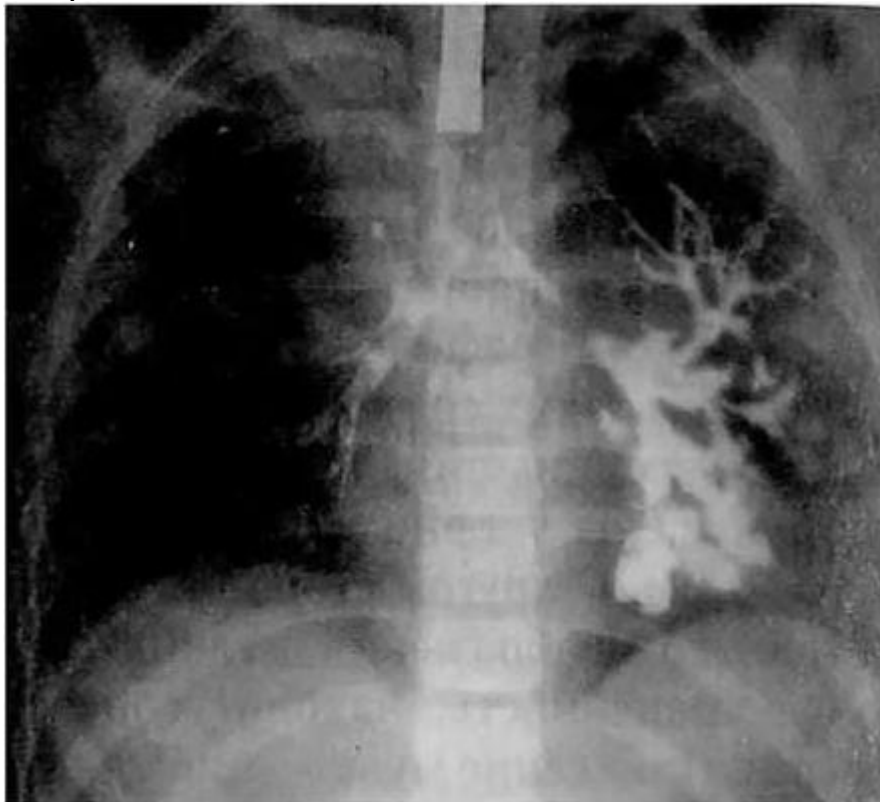
Kardiogen o'pka shishi.



Interstitsial pnevmoniya

Интерстициальные пневмонии

II. Бронхоэктаз

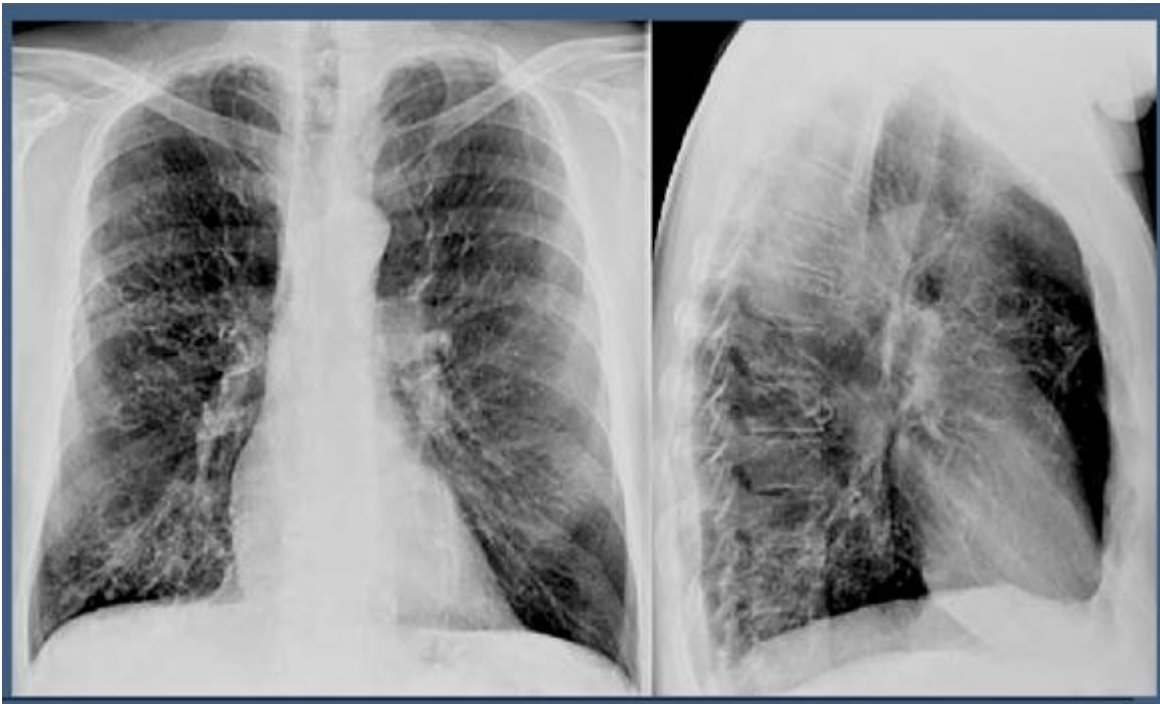


Bronxografiya tekshirish

usuli. Bronxoektaz.



Bronxogramma. Rentgen tasvirda chap o'pkaning pastki bo'lagi qopsimon bronxoektazi tasvirlangan (rentgenogramma yon tomondan tushirilgan tasvir).



Bronxoektaz.

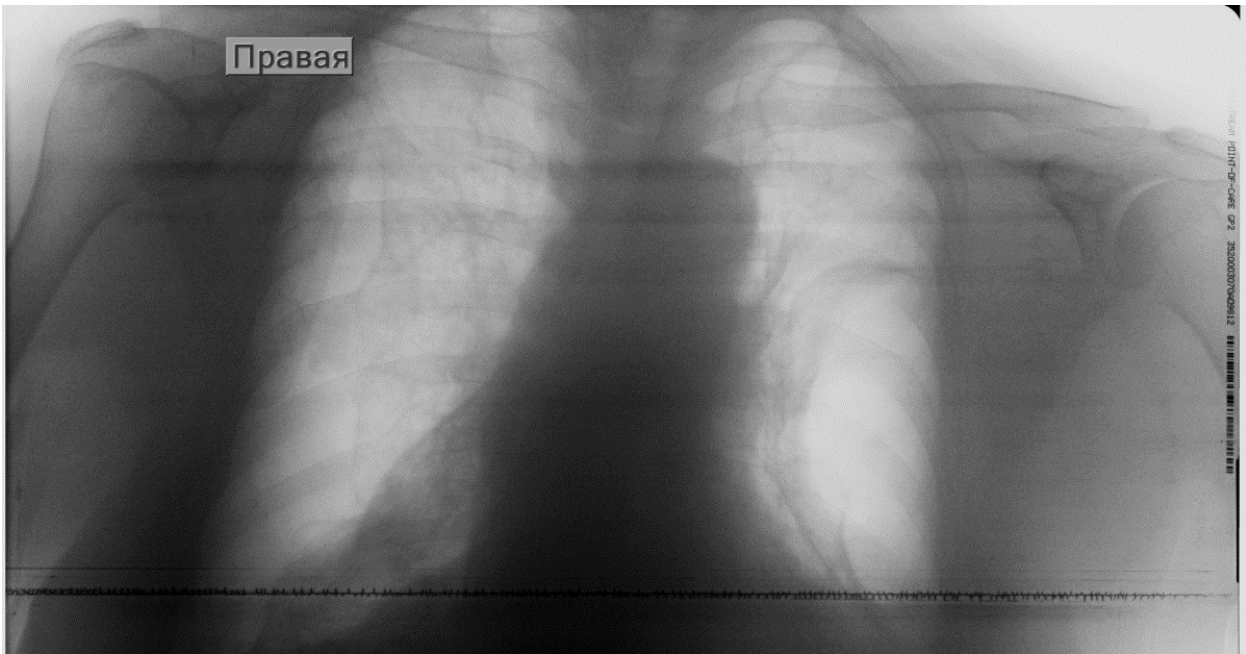


Bronxoektaz

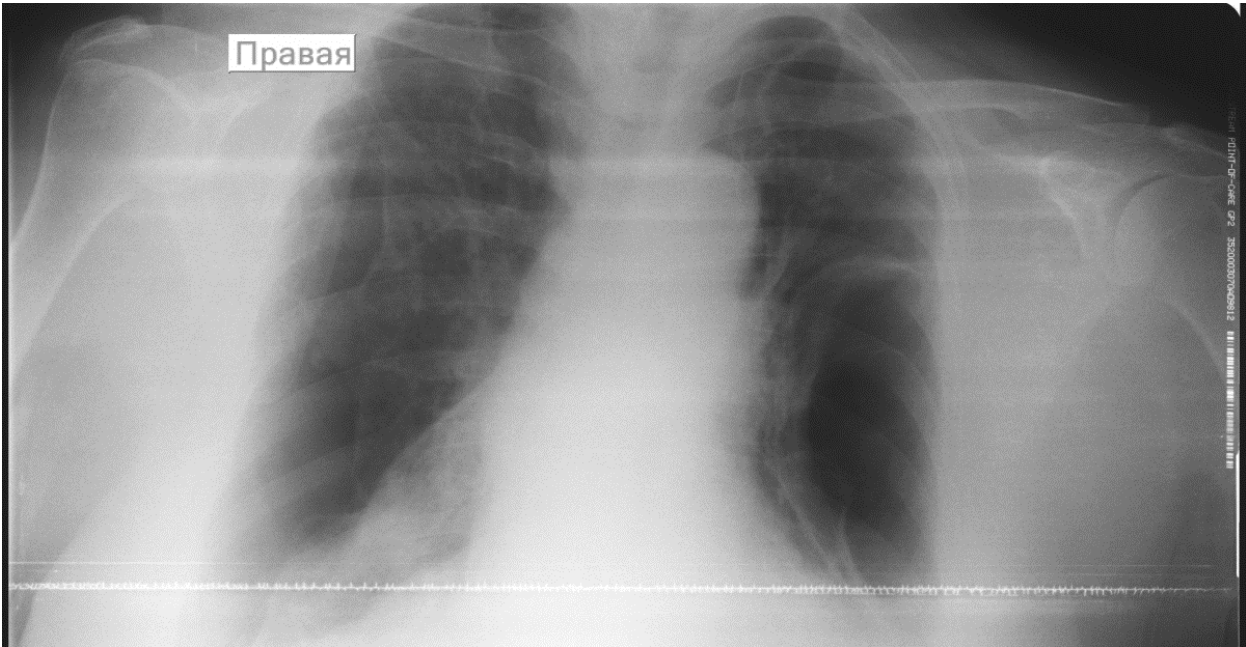


O'ng o'pka o'zagi oldi abtsessi





Bullyoz emfizema



Bullyoz emfizema

3. Amaliy mashg'ulot materiallari

Amaliy mashg'ulot №1

Kirish. Ichki tibbiyotning rivojlanish tarixi. Ichki kasalliklar propedevtikasi fani. Maqsadi, vazifalari. Vrachlik deontologiyasi asoslari. Maslahat berish ko'nikmalari.

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

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

1.2. . Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 2. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 3. Davomatni nazorat qiladi 	
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish 	
2 – asosiy bosqich (160 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi 	<p>Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar</p> <p>qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar</p>
1-yakuniy bosqich	<ol style="list-style-type: none"> 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 	<p>Tinglaydi Yozib oladi</p>

(10 daqiqa)	3. Uyga vazifa beradi	Yozib oladi
-------------	-----------------------	-------------

3.Talabalarining nazariy bilimlarini baholash:

A)Frontal usuli:

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

“Miya shturmi” usuli

Asosiy qoidalari:

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

Shifokorlik va bemor munosabati.

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

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

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

Bemor kasalxonada o'z yaqinlari va do'stlaridan uzoqda, ko'pincha, o'zini yolg'iz his etadi, yangi sharoitga moslashishi qiyin bo'ladi, shuning uchun ham shifokor kasallarga e'tibor bilan qarab, g'amxo'rlik ko'rsatishi darkor. Bemorni, ko'pincha, bo'limda uchraydigan kamchiliklar: davo muolajalarini o'z vaqtida bajarilmaganligi, bemorxonalarining sovuqligi, ovqatning kechikib kelganligi va

h.k. asabiy holatga olib kelib, o'zaro munosabatlarni chigallashtiradi. Bu esa davvo natijasiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Bu muammolar yechimida shifokorlikning tutgan o'rni, vazifasi beqiyosdir.

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

«Ma'naviyat» insonga nihoyatda zarur omil bo'lib, bu uning qalb ko'zgidir. Aynan shifokorlar ma'naviyatli, yuqori madaniyatli bo'lmoqlari zarur, chunki ular doimo el orasidadirlar. Ma'lumki, kishi ma'naviyatining asosi bilimdir. Yuksak bilim va malakaga ega bo'lgan o'quvli shifokor o'ta intizomli bo'lib, boshqalarga ham har ish, har yumushda ibratli bo'lsalar yarashadi. Ba'zilar muammolarni joyiga qo'yib: «Amakijon, yaxshi uxlab turdingizmi? Kayfiyatlar yaxshimi? Ertalabki dorilarni iste'mol qilib oldingizmi? Kechagidan ko'ra ancha tetiksiz, xudo xohlasa, yaqinda otday bo'lib ketasiz», – deb yupatadi. Bu iliq so'zlardan kasalning chiroyi ochiladi. Ba'zi shifokor esa hali ham yotibsizmi? Qo'l-yuzni yuvdingizmi? Bunday qilsangiz dorining unumi bo'lmaydi», – deb qo'pollik qiladi. Bu albatta bemor ruhiyatiga yomon ta'sir qiladi. O'z bemoriga munosabat ham shu bo'ldimi? Qani oddiy ma'naviyat? Qani oddiy odob, intizom tushunchasi? Ba'zan butun bir davvo maskanida qator hamshira bo'lgan holda birorta shifokor tomirga igna bilan tushish mahoratini bilmaydi. Gohida o'n to'rt joyingga igna qadab «tomiringiz qochib ketyapti» deb bahona qiladi. Bu esa asabga tegadi.

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

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

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

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

Talaba so'zining o'zi nihoyatda chuqur mazmunga ega. Talaba bir onadan sut emgan, degani. Demak, u har birimiz uchun tug'ishgan opa va singil. Gap shunda-ki, Talaba ayni vaqtda tibbiyotning rasmiy vakilasi. U vrach bilan bemorni bog'lab turuvchi va shu sababli dardini to'g'ri aniqlab, zarur dori-darmonlarni belgilashi mumkin. Lekin bu ko'rsatmalarning qay tarzda ijro etilishi va binobarin, samarasi talabaga bog'liq. Xo'sh, talaba bemor bilan qanday so'zlashgani ma'qul: uzoqmi yoki qisqa? Kasal bilan so'zlashish vaqti ko'pgina omillarga bog'liq bo'lib, talabadan juda nozik, o'ziga xos me'yorni talab etadi. Suhbat davomiyligi va mazmuni bemorning ahvoli, uning madaniyat darajasi, fe'l-atvor xususiyatlariga bevosita bog'liqdir. Shunga ko'ra, bemor bilan suhbatlashayotganda, talaba me'yorni bilishi, kasalning suhbatdan qanday ta'sirlanayotganini sinchkovlik bilan kuzata olishi kerak. Barcha tushuntirishlar lo'nda, aniq, qat'iy, bemorlar uchun mutlaqo tushunarli bo'lmog'i lozim. Yoqimli va shirin so'z bilan murojaat

qilishda, samimiy tabassumda hamshiraning o'z bemorlariga g'amxo'rliги va diqqat-e'tibori ifodalanadi. Biroq talabaning diqqat-e'tibori va samimiyligi xufiyona tarzda bo'lmasligi, hamshira bemorning o'rtadagi yaqinlik munosabatlarini suiste'mol qilishiga yo'l qo'ymasligi va shunga muvofiq o'zining xatti-harakatlarini tartibga solishi va bemorning xulq-atvorini kuzatib borishi kerak. Bemor bilan suhbatda uning kechinmalarini yengillashtirishga intilish belgilangan dori-darmonlarga qaraganda yaxshiroq shifobaxsh ta'sir ko'rsatadi hamda bemor tomonidan katta minnatdorchilikka sazovor bo'ladi. Bemorni diqqat bilan tinglay olish kasal haqida zarur ma'lumotga ega bo'lishda yordam beradi. Talaba ishga kelgani zahoti o'zining barcha bemorlaridan xabar olishi va ish kuni yakunida hech bo'lmaganida juda qisqa muddatga barcha bemorlarining xonasiga kirib chiqishi ayni muddao bo'lar edi. Bu bemor ruhiyatiga bag'oyat ijobiy ta'sir ko'rsatadi: bemorlar o'zlarini bir necha soat davomida talabaning uzluksiz kuzatuv ostida sezadilar, talaba ana shu vaqt ichida o'zlariga xizmat ko'rsatishiga, uning juda ham ziyrak ekanligiga, kun davomida xastalardan bir necha marotaba xabar olishiga ishonch hosil qiladilar.

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

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

Talaba bemor bilan o'zaro munosabatda bo'lar ekan, kasalning shaxsiy xususiyatlarini, kasallik keltirib chiqarishi mumkin bo'lgan asabiy ta'sirlanishini, madaniyat darajasini hisobga olishi va albatta shifokor sirini oshkor qilmasligi kerak. Shifokor siri deganda, asosan bemor to'g'risidagi ma'lumotlar (bu ma'lumotlarni asosan bemorning o'zidan olinadi), kasallikning noxush kechishi, psixologik (inson ruhiga) ziyon yetkazuvchi tashxis tushuniladi. Tibbiyot xodimining faoliya-tida ko'pincha shunday hollar bo'ladiki, shifokor siri «aldash» bilan bog'liq, uni «muqaddas yolg'on» deb ataladi. Masalan, kasalligi o'limga olib boradigan bemorga uning kasalligi og'ir ekanligini gapirmaslik kerak. O'limi aniq bo'lgan bemorlarga ular sog'ayib ketishiga umid bildirib aytilgan so'zlar ularga tasalli beradi. Kasallikning tarzi va uning qanday tugashi haqidagi ma'lumotlarnigina emas, shu bilan birga, bemorlarning xufiyona hayoti haqidagi ma'lumotlarni ham oshkor qilib bo'lmaydi, chunki bu hol ularga qo'shimcha azob-uqubat keltirishi va shifokor, hamshiraga bo'lgan ishonchga putur yetkazishi mumkin.

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

Bir qator kasalliklarda, jumladan, zararli o'smalari bo'lgan xastalarga tashxis ma'lum qilinmaydi, onkologiya shifoxonasiga kelgan kasal o'zidagi shishning «yomon» yoki «yaxshi» ekanligini aniqlash iztirobini boshdan kechiradi va tabiiyki, buni vrachdan yoki talabadan so'rab bilishga harakat qiladi. Onkologik kasallikka uchragan bemorlar psixikasi juda nozik va ta'sirchan bo'ladi, bu hol, ayniqsa, kasallikning yaqinlashib kelayotgan oqibatini his qilganda namoyon bo'ladi. Bunday sharoitda talaba ning baland ovoz chiqarib gaplashishi, qah-qaha bilan kulishi bemorni ruhiy muvozanatdan chiqarib yuborishi mumkin. Bemorlarga tashxis, davolash, kasallikning asoratlari va qaytalashlari oldini olish bilan bog'liq bo'lgan ko'pgina ma'lumotlar bildiriladi, o'z-o'zidan yordam berish yo'llari ko'rsatilib, maxsus eslatmalar bilan ta'minlanadi. Masalan, oddiy misol - qandli diabet kasalligini mohiyatini talaba

faqatgina tushuntirmay, balki - diabetga qarshi parhez, in'ektsiyalarni bajarish texnikasini o'rgatishi, turli xil insulinlar va ichiladigan dorilarning xossalari, komadan oldingi holat belgilari va boshqalar haqida ma'lumot berishi kerak. Shu tariqa tushuntirishlar infarktdan keyingi kardioskleroz, xafaqon kasalligi, aritmiyalar, oshqozon-ichak yara kasalligi va boshqa xastaliklari bo'lgan bemorlar uchun zarurdir.

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

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

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

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

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

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

Compliance – shifokor va bemor oʻrtasidagi doʻstona munosabatni oʻrnatilishi. Bemor ahvolining yaxshilanishi shifokor bergan maslahatlarga rioya qilishi hammuhim oʻrin tutadi. Kasalxonadan chiqqan bemor ayniqsa surunkali tashxislar bilan maʼlum muddat uyda davom ettirishi lozim. Agar vrach va bemor oʻrtasida “compliance” oʻrnatilmagan boʻlsa, bemor shifokor bergan tavsiyalarni bajarmaydi, bu esa kasallikning kechishini ogʻirlashtirishi mumkin. Bu oʻz navbatida iqtisodiy – moliyaviy muammolarga olib keladi.

Baholash mezonlari №1

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

Mustaqil ish. Tibbiyot deontologiyasi. Evtanaziya muammolari yatrogeniya

Uyga vazifa. 2.

Amaliy mashgʻulot №2

Bemorlarni umumiy koʻzdan kechirish: umumiy holati, es hushi, vaziyati, tana tuzilishi. Bemorni tana qismlari boʻyicha koʻzdan kechirish: bosh, yuz, boʻyin, teri qoplamlari, suyak-mushaklari, boʻgʻimlari.

1. Amaliy mashgʻulot oʻqitish moduli.

Mashgʻulot vaqti – 4 soat	Studentlar soni: 10 dan 12 gacha
Mashgʻulot formasi	Amaliy mashgʻulot
Amaliy mashgʻulot rejasi	1 Bemorni alohida soʻrab-surishtirish. Talabalarning bemorlar bilan alohida ishlashi, shikoyatlar yigʻindisi va kasallik hamda hayot anamnezi. Bemorlarni umumiy koʻzdan kechi-rish (bemorning umumiy ahvoli, es-hushining holati, tana tuzilishi). Umumiy koʻzdan kechirish qoidalari, bemorni umumiy tekshirish. Tana qismlari

	bo'yicha ko'zdan kechirish: bosh, yuz, bo'yin, qo'l-oyuqlar, teri qoplamlari. Isitma. Harorat o'zgarishlari. Antropometriya. Antropometrik formula. Kasallik tashxisida antropometriya ahamiyati.
Amaliy mashg'ulot maqsadi:	Talabalarga bemorlar bilan alohida ishlashni, shikoyatlar yig'indisi va kasallik hamda hayot anamnezi tuzishni va bemorlarni umumiy ko'zdan kechirishni o'rgatish..
O'qitish uslubi	So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma.
O'qitish formasi	Kichik podgruppalarida.
O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter.
O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki control: savol-javob, testlar, muammoli masala.

1.2. . Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	4. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 5. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 6. Davomatni nazorat qiladi	
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
2 – asosiy bosqich (160 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlantiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
1-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

3.Talabalarining nazariy bilimlarini baholash:

A)Frontal usuli:

1. Bemorlarni alohida so'rab surishtirishning ahamiyati.
2. Anamnesis morbi to'g'risida tushuncha
3. Anamnesis vitae to'g'risida tushuncha
4. inspektio nima?
5. Asosiy va qo'shimcha tekshirish usullari
6. Umumiy ko'zdan kechirish texnikasi.
7. Es-hush turlarini aytib berish
8. Stupor holatiga baho bering

9. Sopor holatiga baho bering
10. Koma holatiga baho bering
11. Bemor holatidagi qanday o'zgarishlarni bilasiz?
12. Aktiv holat nima?
13. Passiv holat nima?
14. Majburiy holatlar to'g'risida tushuncha bering
15. Tana tuzilishi deganda nimani tushunasiz?
16. Astenik tipga tavsif bering
17. Giperstenik tipga tavsif bering
18. Normostenik tipga tavsif bering
19. YUZ tuzilishi va qiyofasining diagnostik ahamiyati
20. "Korvizor usuli"ga tavsif bering
21. SHoshinqiradigan Yuzga tavsif bering.
22. Fasiyes febriliga tavsif bering
23. Endokrin kasalliklarida Yuz tuzilishi va qiyofaning o'zgarishi
24. "Parkinson maska"si va "sardonik kulgi"ga tavsif bering
25. Fasiyes Gippakratika nima?
26. og'iz bo'shlig'ini ko'zdan kechirishda nimalarga e'tibor beriladi.
27. Ko'z ,qovoq,qorachig' o'zgarishining diagnostik ahamiyati
28. Terini ko'zdan kechirganda nimalarga e'tibor beriladi
29. Ko'zdan kechirishda teri osti yog' qavatida qandayo'zgarishlarni ko'rish mumkin
30. Ko'zdan kechirishda mushaklar va bo'g'imlarda qanday o'zgarishlarni ko'rish mumkin
31. Limfa tugunlari normada va patologiyada
32. termometriya koidalarini aytib bering
33. termometriya koidalarini aytib bering
34. Tana xaroratini "isitma varaqasi"ga qanday belgilaysiz?
35. Isitmaning turlari
36. Isitma davrlari klinikasi
37. Asosiy isitma turlarini chizing
38. Atropometrik nima? O'tkazish qoidalari.
39. Atropometrik indeksleri,turlarini izohlang

"Stol o'rtasida ruchka" usuli

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

O'qituvchi gruppaga ishini kontrol qiladi va umumiy variantni daftoriga yozib oladi.

Bemorlarni umumiy va mahalliy ko'zdan kechirish.

Bemorning umumiy ko'zdan kechirish turli xil kasalliklar tashxisi uchun juda muhim hisoblanadi. Bemor bilan suhbatlashish vaqtida siz bir qator o'zgarishlarni ko'zdan kechirishingiz zarur. Umumiy kuzatishlarga bemor bilan suhbat va uni umumiy ko'rigi kiradi. Obyektiv ma'lumotlarga bemorni umumiy ko'zdan kechirish ya'ni teri qoplamlari, shilliq qavatlar, teri osti yog' kletkachasi, mushak, bo'g'im va suyak tizimlari holatini baholash kiradi. Bemor holatini baholash bilan birga patologik o'zgarishlar yoki depressiya borligini ham inobatga olishingiz zarur bo'ladi.

Bemorning yuz tuzilishi, so'zlashishiga ham e'tibor qaratmoq lozim. Etnik kelib chiqishiga qarab bemorning yuz rangini hamda gavda tuzilishini kuzatishingiz kerak. Mazkur ko'rik orqali siz ko'pgina ma'lumotlarga ega bo'lasiz. Ko'rik jarayonida xona haroratining tana haroratiga yaqin bo'lishi, tibbiyot xodimi va bemorning qulay vaziyatni egallashi lozimdir. Shunga ko'ra bemor ko'rigi vizual baholanadi.

Bemorni umumiy ko'rik vaqtida badanining biror bir qismi nazardan chetda qolmasligi uchun yaxshilab ko'rikdan o'tkazganingizga ishonch hosil qilishingiz kerak. Odam organizmining tuzilishi barcha tizimlar bo'yicha tekshiriladi.

Qanday tekshirish usullaridan foydalanilmasin quyidagilarni bilishingiz kerakdir: rang ko'satkichlari, hid bilish, o'lchov, simmetriya va harakat (yoki uning mavjudsizligi) va boshqalar. Bemorning ahvolini baholashda uning holatini qay darajada ekanligini aniqlab olish shart, masalan, ko'zlarning holati, ko'krak qafasi va gavdaning tuzilishi ko'zdan kechiriladi. Bulardan tashqari bemorga to'g'ri va aniq tashxis qo'yish uchun muhim bo'lgan boshqa belgilarga ham e'tibor qaratish lozim. Demak bemorni quyidagi reja asosida tekshiruvdan o'tkazamiz:

Bemorning es-hushini aniqlash. Bemorning es-hushi saqlangan yoki xiralashgan bo'lishi mumkin.

1.Stupor (stupor). Mazkur holatda bemor atrofidagilarga befarq, savollarga noaniq, kechroq va qiyinchiliklar bilan javob beradi.

2.Sopor holati (sopor). Bunday holatda bemor uyqu holatida bo'ladi. Uni uyqudan uyg'otib suhbatlashish mumkin, keyinchalik bemor yana o'z holatiga qaytadi.

3.Koma holati (coma). Bunda bemorning barcha reflekslari yo'qoladi. Ahvoli og'irlashadi. Qattiq uyqu holatiga ketadi. Koma quyidagi kasalliklar (qandli diabet, buyrak kasalliklari, miya qon aylanishlarining izdan chiqishi, o'tkir infeksiyon kasalliklar, jigar kasalliklari, miyaga qon quyulishi, miya shikastlanishi, narkotik moddalar ta'siri alkogolizm, morfin, veronal va boshqa narsalar bilan zaharlanishi, malyariya, meningit, tutqanoq va hokazo)da tez rivojlanadi. Komatoz holatni juda ham og'ir kasallik oqibati sifatida ko'rish mumkin.

Yuqorida keltirilgan kasalliklarda bemorning haddan tashqari vajohatliligi, es-hushining noaniqligi sababli atrofidagilarga zarar keltirish holatlari kuzatiladi.

Bemorning holati. Bemorning quyidagi holatini kuzatish mumkin:

1.Faol holat - mazkur holatda bemor yotgan joyida o'z holatini o'zgartirishi mumkin va erkin mustaqil ravishda o'zi yura oladi.

2.Passiv (sust) holat- qachonki bemor joyida qimirlamay yotadi va tevarak atrofiga e'tiborsiz bo'ladi va o'zgalor yordamiga muhtoj bo'ladi .

3.Majburiy holat - bemorning ahvolini yengillashtiruvchi holat. Majburiy holat turli xil bo'lishi mumkin. Masalan, yurak qon-tomir xastaliklarida chalingan bemorlar o'ng tomonda yotishni va ortopnoe holati (bemor o'tirgan holatda oyoqlari pastga tushirilgan) ni ma'qul ko'radilar.

Majburiy holatga - boshqa kasalliklar (bronxial astma, bronxoektaz, plevrit, yallig'lanish, peritonit, appenditsit va hokazo) bilan xastalangan bemorlar misol bo'la oladi. Bronxial astma xastaligiga chalingan bemorlar odatda o'z joylarida yotmaydilar, aksincha stulda qo'llari bilan tizzani ushlab tong ottiradilar. Bunday holatda nafasni yordamchi mushaklari nafas aktida ishtirok etadi va bemorning ahvolini oz bo'lsa-da yengillashadi.

Ba'zi bir kasalliklar (o'tkir peritonit, appenditsit) da qorin qismida qattiq og'riqlar paydo bo'lsa, oyoqni ikki qatlab chalqancha yotiladi.

Oshqozon osti bezi raki , diafragmal plevrit, umurtqa sili xastaliklarida bemor ko'pincha yotishni ma'qul ko'radi. Bunday holat qorindagi og'riq hissini sekinlashtiradi.

Oshqozon yara (yazva) kasalligida qorin qismini qo'llar bilan bosib turish kerak, shunda og'riq asta- sekin pasayadi.

Meningitda esa bemor majburan yonboshlab yotib, ikki oyog'ini qatlab, boshini orqaga tashlab yotadi. Ko'p hollarda mana shunday majburiy holatlar shifokorga kasallikni aniqlashga yordam beradi.

Konstitutsiya-funktional va morfologik belgilar yig'indisi bo'lib, tug'ma yoki orttirilgan tabiatga egadir. Odam konstitutsiyasi bo'yicha M.V. Chernorutskiy tomonidan taklif qilingan tasnif qabul qilingan. Unga ko'ra uch xil konstitutsiya tipi farq qilinadi: normostenik, astenik va giperstenik.

Konstitutsiyani bilish ichki kasalliklarni aniqlanishida yordam beradi. Masalan: gipersteniklarda modda almashinuvi pasaygan bo'lib, ko'pincha ularda semirish, o't-tosh, buyrak-tosh, gipertoniya, ateroskleroz kasalliklari rivojlanadi. Asteniklarda esa modda almashinuvi kuchaygan bo'lib, ularda ko'pincha o'pka kasalliklari, ichki a'zolarining pastga siljishi (splanxnoptoz) kuzatiladi.

Shuning uchun reja asosida sog'lomlashtirish-profilaktika chora-tadbirlarini ko'rish katta ahamiyatga egadir (mehnatni, dam olishni, ovqatlanishni to'g'ri tashkil qilish, badantarbiya va sport bilan shug'ullanish va h.k.). Bemorning semizligi yoki ozg'inligi, teri osti yog' qatlami rivojlanishi ko'zdan kechirilib va paypaslash orqali aniqlanadi. Teri osti yog' qavati qorin sohasida, qovurg'a pastida me'yorda taxminan 2 sm ga teng.

Tana vaznini o'lchash. Bemorni maxsus tibbiy tarozida vazni o'lchanadi. Ertalab nahorda oddiy kiyimda va siydik pufagi to'ldirilmagan holda gavda vaznini o'lchash maqsadga muvofiq bo'ladi. Bemorni vaznini o'lchasdan oldin tarozi sozligini tekshirib, yo'nalish toshchalarini 0 holatiga keltirib o'lchashni boshlanadi. Odatda bunday o'lchamlar haftada bir yoki ikki marta o'tkaziladi.

Har bir bemorning holatini baholash talabalarning asosiy vazifasi bo'lib hisoblanadi.

Bemorga nisbatan talabdan juda ko'p narsalar talab qilinadi: bemorning kelib chiqishi, kasallik tarixi, umumiy ahvoli, kasallik va hayot anamnezi, boshqa ma'lumotlar va hokazo. Mazkur ma'lumotlar asosida bemorning keyingi davolanish jarayoni olib boriladi va kuzatilib boriladi.

Bemorning fizikal va psixoiqtimoiy muammolarini aniqlash va ularni yig'ishning eng asosiy yo'nalish bo'lib hisoblanadi. Bemor holatini baholash asosan talabaning amaliy ko'nikmalariga bog'liqdir. Suhbatlashish, bemorning umumiy holatini tekshirish, maslahatlar bemorning umumiy holatini baholash me'zoniga kiradi.

Bemorni umumiy tekshirish vaqtida klinik topilmalardan keng foydalaniladi. Shular jumlasiga, palpatsiya perkussiya va auskultatsiya tekshirish usullari kiradi. Bularning hammasi talaba uchun ma'lumotlar bazasi bo'lib hisoblanadi. Keyinchalik esa ma'lumotlar yig'indisi klinik tashxis va shifokor tavsiyalari uchun asos bo'lib qoladi.

Bemorni davolashda talabdan fizikal baholashning har xil yo'nalishlari talab etiladi. Bemor holatini ketma-ket va har tomonlama baholashni amalga oshirish uchun tizimlashtirilgan usul yordam beradi. Hamshira o'zining ish tajribasi va amaliy ko'nikmalari asosida fizikal baholash asoslarini yanada kengaytirilgan holda puxta o'zlashtirishi mumkin.

Umumiy ma'lumot yig'ish usullari: suhbatlashish, umumiy ko'zdan kechirish, bemorning fizikal holati, tibbiy mutaxassislar tavsiyalari, adabiyotlar ro'yxati, palpatsiya, auskultatsiya va perkussiya fizikal baholashning asosini tashkil etadi. Shuningdek, bemor haqidagi ma'lumotlar manbaiga: kasallik varaqasi (tarixi),– bemorning hozirgi va avvalgi holati haqidagi ma'lumot, yozma ma'lumot – tibbiy mutaxassislar tavsiyalari va tashxislari, muammolarni yechish, davolash usullari va bemor haqida uning do'stlari va oila a'zolariga berilgan ma'lumotlar kiradi.

Bemor haqida ma'lumot to'plashning aniq bir usuli mavjud emas. Qaysi usuldan foydalanishdan qat'iy nazar hamshira to'liq fizikal tekshirishni amalga oshirishi lozim.

Ma'lumotlar yig'ilishiga talab bir xil, lekin ularni bajarilish usullari har xil bo'lishi mumkin. Usullarning bir – biridan farqlanishi bemorning holatiga bog'liq. Talaba o'zini yagona usulini ishlab chiqmoqchi bo'lsa, u holda mavjud bo'lgan usullar bilan tanishishi, ularni o'zaro taqqoslashishi va olingan ma'lumotlarni tizimlashtirishni o'rganishi shart.

O'zaro suhbatlashish (so'rov) -bemor bilan suhbat qurish. Bu paytda talaba bemorga tegishli muammolar haqida ma'lumot yig'adi va bu mutaxassisga kelajakda bemor bilan qanday munosabatda bo'lishga so'zsiz yordam beradi. Bemor bilan birinchi uchrashuvda o'zaro birlik, talabaga nisbatan ishonch paydo bo'lishi ular orasidagi munosabatni mustahkamlanib borishiga poydevor yaratadi. Talabaning so'zlashuv odobi, muomalasi, e'tiborli bo'lishi, shirin so'zlashuvi bemorga ishonch hosil

qildirib uni rom etishi lozim. Bemorning o'zi haqidagi yig'ilgan ma'lumot – sub'yektiv ma'lumot bo'lib hisoblanadi.

Agar bemor fizik yoki psixoemotsional o'zgarishlar tufayli suhbatlashish jarayonida qatnasha olmasa, u holda uning oila a'zolarini yoki do'stlarini jalb etish zarur.

Talaba ilk savollar orqali bemorning holati qay darajada ekanligini aniqlab olishi mumkin. Mazkur so'rov orqali allergik yoki surunkali kasalliklar (uzluksiz davom etayotgan yoki vaqti-vaqti bilan qo'zg'aladigan xastaliklar) aniqlanadi. Bir qator savollar mavjudki, ularga berilgan javobga qarab, bemorning joriy holati va kasallik turi aniqlanadi. Talaba bemorga quyidagi savollar bilan murojaat qilishi mumkin:

- O'z so'zingiz bilan sizni nima bezovta qilishini aytib bering;
- Shuning uchun ham siz bizga murojaat etdingizmi?;
- Bu muammo sizni avval ham bezovta qilganmi?
- Sizning ahvolingizga nima ta'sir qila olishi mumkin?
- Qaysi holatda ahvolingiz yaxshilanadi?
- Oila a'zolaringiz bunga qanday qarashadi?
- Oilangiz sog'lig'ingiz haqida g'amxo'rlik qiladimi?
- Sizingcha biz, ya'ni tibbiyot xodimlari sizga nima bilan yordam berishimiz mumkin?

Talabalik ishida anamnez yig'ish – bemor bilan bo'lgan o'zaro suhbatni hujjatlashtirishdir.

Hujjatlashtirishning qaysi ko'rinishidan foydalanishdan qat'iy nazar siz bemordagi kasallik belgilari haqida ma'lumot to'plashingiz darkor. talaba quyidagi keltirilgan savollar orqali bemorda kechadigan dardlarni baholashi mumkin:

- Dard kechishi haqida : « qayeringiz og'riydi?»
- Dardning boshlanishi va davom etishi haqida: « Qachon dard paydo bo'ldi?» , « Qachondan beri davom etib kelmoq-da?»
- Dardning kuchayishini yoki kamayishini aniqlash: « 0 dan 5 ballgacha tizimda baholasak, sizningcha dardingiz qan-day jadallikda?»
- Tashqi muhitning ta'siri : «Qaysi hollarda dard kucha-yadi?, og'riqni pasaytirish uchun nimalar yordam beradi?»
- «Bu dard sizga qay darajada ta'sir etadi?, ya'ni u yoki bu ishni bajara olasizmi?»
- «Siz o'z dardingizni qanday baholay olasiz?, bu dard ha-yot uchun xavflimi?»

Kerakli ma'lumotga ega bo'lish uchun, barcha savollarni berish shart emas. Ba'zan bir savolga bir necha javob olish mumkin. Suhbatlashish jarayoni bemorning holatiga qarab kechadi. Agar bemor og'ir ahvolda bo'lsa, bir yoki ikki kerakli (aniq) savollarning o'zi kifoya. talaba bilan bo'lgan suhbat davomida bemor o'zini yengil his etmasa, bu dialog samarasiz bo'lib qoladi. Shuni bilish lozimki, «talaba haqiqati» bu bemorga sog'lig'iga ijobiy foyda keltiradigan bo'lishi lozim, aks holda bu haqiqat o'zining ahamiyatini yo'qotadi. Bemor bilan bo'ladigan suhbat bu – konstruktiv ijodiy- xarakterga ega bo'lishi kerak. Bizning fikrimizcha ushbu suhbat bir-biriga uzviy bog'liq bo'lgan sahna asariga o'xshaydi. Birinchi qismi bu subyektiv tomoni bo'lib, unda bosh rolni ijro etuvchi bemor bo'lib hisoblanadi. Ammo talaba bu rol ijrosini boshqara olishi kerak, aks holda bu suhbat monologga aylanib, kutilgan natijani bermasligi mumkin. Ikkinchi qismi bu obyektiv tomoni bo'lib, unda talaba asosiy rolni ijro etadi. U ushbu jarayon davomida fizikal tekshirish usullarini keng qo'llab, atroflicha ma'lumotga ega bo'lishga harakat qilishi lozim.

Bemorni bevosita ko'zdan kechirish

Bemorni tekshirish ikki usulda amalga oshiriladi. 1. Fizikaviy usul. Bu hech qanday asbob ishlatmasdan tekshirish usuli hisoblanadi. 2. Laboratoriya – asboblardan tekshirish usuli. Bu usul fan va texnika rivojlangan keyingi o'n yil ichida juda keng tarqaldi. Laboratoriya va asboblardan yordamida tekshirish muvaffaqiyatli bo'lishiga qaramasdan kasallikni o'rganishda ilgariidek bevosita fizikaviy tekshirish usuli asosiy usul bo'lib qolmog'i kerak. Laboratoriya va asboblardan tekshirish usuli faqat

yordamchi ahamiyatga ega bo'lishi kerak. Birinchi – ko'zdan kechirish usuli odatda so'rashdan so'ng o'tkaziladi. Ko'zdan kechirish anamnez yig'ish davrida ham davom etadi. Shuni aytish kerakki, ba'zan bemorni bir bor ko'rishning o'ziyoq kasallikni aniqlash imkonini berish.

Ko'rish juda oddiy tekshirish usuli bo'lishiga qaramasdan, ko'zdan kechirishda to'g'ri ma'lumot olish uchun ma'lumot shart – sharoitiga rioya qilish zarur:

1. Ko'rish iloji boricha kunduzi – tabiiy yorug'likda o'tkazilishi kerak, chunki sun'iy, jumladan elektr nuri ba'zi belgilarni xirillastirib qo'yadi. Ko'pincha u teri rangini, ba'zi bir toshmalarni aniqlay olmay qolishimizga sabab bo'ladi. Tabiiy yorug'likda tananing shakli, terining rangi, toshmalar, yondan yoritilganda a'zolarning harakati, tebranishi ko'rinadi.
2. Ko'zdan kechirishda dastlab bemor beligacha tekshiriladi, so'ngra uning orqasi, qo'l – oyoqlari, qorni va hokazolar ko'zdan kechiriladi.
3. Ko'rish o'tkazilayotgan xona harorati o'rtacha bo'lishi kerak, chunki past yoki yuqori haroratda bemorning terisida ma'lum o'zgarishlar paydo bo'lishi (oqarishi, ko'karib ketishi, marmarsimon rangga kirishi yoki aksincha qizarishi, terlash va hokazolar) kuzatilishi mumkin.
4. Ko'rish tartib bilan bemorni boshidan – oyoq to'la – to'kis ko'zdan kechirish orqali amalga oshiriladi.

Ko'rishda birinchi navbatda bemorning umumiy ahvoli, es – hushi, vaziyati, yuz qiyofasi, terisining rangi, bo'y – basti, gavda tuzilishiga ahamiyat beriladi. Bemorning umumiy ahvoli qoniqarli, o'rtacha og'ir, nihoyatda og'ir, agonal (o'lim talvasasida) bo'lishi mumkin.

Bemorning vaziyati faol, sust (passiv) va noiloj bo'lishi mumkin. Sog'lom odamning vaziyati faol bo'ladi, u og'riq va noxushlik sezishiga qaramasdan vaziyatini o'zgartira oladi. Bemorning faol vaziyatda bo'lishi uning kasalligiga nisbatan biror – bir narsani bildirmaydi, ammo bu uning es-hushi saqlanganligidan hamda muskullarini ruhiy nazorat qila olishligidan dalolat beradi. Ba'zan uzoq vaqt to'shakda yotib qolgan bemor umrini oxirigacha es-hushini saqlagan holda va faol vaziyatda bo'lishi (masalan, xavfli o'sma yoki rakda) va aksincha ba'zida unchalik og'ir bo'lmagan funksional kasalliklarda (hushdan ketish, isteriyada) bemorning vaziyati vaqtincha sust bo'lishi mumkin. Sust vaziyat bemor uchun ko'pincha noqulaylik tug'diradi: bosh pastga osiltirib qo'yilganda yoki oyoqlar tagiga bukilganda (bu ko'pincha umumiy darmonsizlikda, to'satdan ko'p qon yo'qotganda yoki hushdan ketganda) kuzatiladi va u bemorning ahvoli og'irligini ko'rsatadi, lekin qisqa muddatli hushdan ketishda ham vaqtincha sust vaziyat kuzatiladi. Sust vaziyat og'ir o'tkir yuqumli kasalliklar (toshmali, qaytalama, ich terlamalarda, milliard o'pka sili, bezgak va boshqalar) da kuzatiladi.

Noilojlik vaziyati – kasallikning biron-bir xususiyati majbur qilganda bemor oladigan holat hisoblanadi. Bunda bemor o'z xohishiga ko'ra o'z vaziyatini o'zgartirishi mumkin, lekin og'riqning kuchayishi natijasida dastlabki holatga qaytishi uning ahvolini yaxshilaydi, og'riq azoblari kamayadi. Bunday vaziyatga turli sabablar olib kelishi mumkin, lekin birinchi o'rinda og'riq va hansirash turadi.

Noilojlik vaziyatining turlari ko'p, shulardan eng ko'p uchraydigan qotib turish holatidir. Bu holat yurak sanchig'I huruj qilganda kuzatiladi. Bunda to'satdan yurak sohasida kuchli og'riq bo'lib, o'lim vahimasida huruj muddatini oyoqda o'tkazadilar. Xuddi oyoq tomirlari tortishishida bo'lganidek, almashinuvchi oqsoqlikda yurib ketayotgan bemor to'satdan to'xtaydi va tomir tortishishi tugaguncha qimirlamasdan turadi. Noiloj o'tirish (ortopnoe)vaziyati kuchli hansirashga uchragan bemorlarda uchraydi. Bemor oyoqlarini tushurgan holada o'tiradi va qo'lari bilan karavot yoki kreslo (kursi) chetiga tayanadi, yelka kamarini mustahkamlaydi. Bu vaqtda nafas olishda yordamchi nafas muskullari ishtirok etadi, natijada hansirash kamayadi. Noiloj yonboshlab yotish holati nafas a'zolari plevra bilan birgalikda shikastlanganda (zotiljam, plevrit, qovurg'alar sinishi), yurak kasalligi bilan og'rigan bemorlarda kuzatiladi. Noiloj orqa bilan yotish holati qorincha kuchli og'riq bo'lganda (peritonit, o'tkir ko'richak, oshqozon va 12 barmoq ichak yarasi teshilganda) kuzatiladi. Bunda ko'pincha kasalning oyoqlari tizzasidan bukilgan bo'ladi.

Orqa bilan deyarli qimirlamay yotish vaziyati bodning bo'g'inli faol turida kuzatiladi. "So'roq belgisi", "miltiq tepkisi", "akillayotgan it", vaziyatlari – boshni orqaga tashlab, oyoqlarini tizza bo'g'inidan bukib qoringa keltirib va yonboshlab yotish serebrospinal meningitga xos.

Opistotonus vaziyatiga orqadagi uzun muskullarning uzoq vaqt tetanik qisqarishi sabab bo'ladi, buning oqibatida bemorning tanasi yoyga o'xshab egiladi, natijada bemor karavotga ikki yoki uch nuqtasi bilan tegib yotadi – ensasi va tovonni yoki ensasi, chanog'i va tovonni bilan. Qorin bilan yotish vaziyati me'da osti bezining o'smasi oqibatida kelib chiqqan kuchli og'riq vaqtida, me'da va 12 barmoq ichakning orqa devorida yara bo'lganda va ba'zi boshqa holatlarda (quymichdagi yotoq yaralarda) kuzatiladi. Tizza – tirsak vaziyati ekssudativ perikarditda, ba'zan qorinda og'riq bo'lganda – "Muhammad Qavmining nomoz o'qiyotgandagi holati" kuzatiladi. Noilojlik vaziyatining turlari kinofilmlar, slaydalar va jadvallar orqalinamoyish qilinadi. Bemorning bo'y-basti to'g'ri va noto'g'ri (qiyshiq) bo'lishi mumkin (umurtqa pog'onasining, to'sh suyagining, qovurg'alarning qiyshiq, qo'l-oyoqlarning qiyshiq, kaltaligi va hokazolar).

Gavda tuzilishi (konstitutsiyasi) – funksional va morfologik belgilar yig'indisi bo'lib, tug'ma va ortirilgan tabiatga ega. Odam konstitutsiyasini ta'riflash uchun juda ko'p tasniflar taklif qilingan. Ulardan eng ko'p tarqalgani va manzur bo'lgani taniqli olim, ko'zga ko'ringan terapevt M.V. Chernorutskiy tomonidan taklif qilingan tasnif bo'lib hisoblanadi. Bu tasnifga ko'ra normostenik, astenik, giperstenik konstitutsiyalar farq qilinadi.

Tana tuzilishi har tomonlama yetuk bo'lgan odam normostenik konstitutsiyasiga kiradi. Bo'y uzunligining ustunligi, xushbichimligi, ixchamligi, yengilligi, lekin umumiy rivojlanishning nimjonligi astenik konstitutsiyasiga xosdir. Astenik konstitutsiyasigagi kishilarning bo'yi ko'pincha o'rtachadan baland, qo'l-oyoqlari gavdaga nisbatan uzun, ko'krak qafasi qorindan ustun bo'ladi.

Giperstenik konstitutsiyaning morfologik belgilari: eniga rivojlangan, ulkan, og'ir, to'la va tuzilishi pishiq bo'ladi. odatda giperstenik konstitutsiyadagi odamlarning bo'yi o'rtacha yoki undan pastroq, gavdasi nisbatan ustun, oyoq-qo'llari kalta, qorin ko'krak qafasidan, eni bo'yidan ustun bo'ladi. Tananing tashqi tuzilishi uning ichki tuzilishiga ma'lum ma'noda, ya'ni a'zolarining kattaligi, joylashishi va hokzolariga mos keladi. Demak, tananing tashqi tuzilishiga qarab ichki tuzilishi o'ziga xosligini oldindan ko'rish mumkin. Ichki a'zolar ichida o'pka asteniklarda nisbatan katta bo'ladi, qolgan hamma a'zolar – yurak, jigar, ichak, me'da osti bezi, buyrak, qorataloq gipersteniklarda katta bo'ladi. Ichki kasalliklar klinikasi konstitutsional tuzilishni bilish kasalliklarni to'g'ri aniqlashga birmuncha yordam beradi.

Bir xil sharoitda har xil tuzilishdagi odamlar, agar ular kasal bo'lsalarko'pincha har xil kasallik bilan kasallanadilar. Masalan, gipersteniklarda ko'pincha asteniklarga nisbatan almashinish jarayoni pasaygan bo'lib, ularda modda almashinish kasalliklari rivojlanadi. Jumladan, semirish, o't-tosh kasalligi, buyrak-tosh kasalligi ateroskleroz, gipertoniya kasalligi.

Asteniklarda almashinish jarayoni tezlashgan bo'lib, ularda ko'pincha o'pka kasalligi, boylam va qorin pardasining kuchsizligi natijasida ichki organlarning osilib pastga siljishi (splanxnoptoz) kuzatiladi. Ammo shuni ta'kidlash kerakki, kasallik ma'lum noqulay tashqi sharoitda rivojlanadi. Shunday ekan, reja asosida sog'lomlashtirish – profilaktika chora – tadbirlarini ko'rish katta ahamiyatga ega.

Bu yerda teri osti yog' qavati odatda taxminan 2 sm gat eng. Teri osti yog' qavatining qalinligiga qarab semizlikni, ozib ketishni, haddan tashqari ozib ketishlik (kaxeksiya) ni aniqlaymiz.

Bo'zarish vaqtinchalik (kuchli emotsiya, qo'rqish, hayajonlanish, kuchli og'riq) va doimiy (kamqonlikda, buyrak kasalliklarida, aorta qopqog'ining nuqsonida) bo'lishi mumkin.

Qizarish ham vaqtinchalik yoki doimiy, tarqalgan yoki chegaralangan bo'ladi. Vaqtinchalik qizarish fiziologik hodisa bo'lib, asabning qo'zg'alishi, g'azablanish, uyalish, issiqlab ketish natijasida ro'y beradi. Harorat ko'tarilganda ro'y beradigan qizarish patologik hodisa hisoblanadi. Ba'zan harorat

ko'tarilganda rang o'chishi ham mumkin (bod, sepsis, yiringli jarayonlar vaqtida). Gipertoniya kasalligida qizarish yuzda bo'lmay ko'proq bo'yinda bo'ladi.

Ko'karish doimo patologik holat bo'lib, u quyidagi hollarda paydo bo'ladi: 1) gaz almashinuvi buzilishi bilan kechadigan nafas a'zolari kasalliklarida; 2) qonning tomirlarda oqishi buzilishi bilan kechadigan yurak-tomir sistemasi kasalliklarida; 3) qon zaharlanganda.

Ko'karish odatda ko'pincha do'ng joylarda, labda, burun ichida, quloq suprasida, tizzada kuzatiladi, ba'zan yurakdan ancha uzoqda – barmoqlarda, tirnoqlarda (akrosianoz) uchraydi.

Sarg'ayish (ikterus) turlicha bo'lishi mumkin: bilinear – bilinmas kechadigan ba'zan sarg'ayish tabiatini va uning qachon paydo bo'lganligani aniqlash mumkin. Sariqlik uzoq vaqt kechkanda yashil tus oladi, mexanik sariqlik qichishish bilan davom etadi va terida tirnoq izlari qoladi. Sariqlik yumshoq tanglayda va oqida yaqqol ko'rinadi. Qonda karotin pigmenti ko'payib ketganda qo'l kafti va oyoq panjalarida ro'y beradigan sarg'ayishni va dori ichgandagi sarg'ayishni haqiqiy sariqlikdan farq qilish kerak. Bu vaqtda ko'z oqi sarg'aymaydi.

Bug'doy rang tus faqat bronza yoki Addison kasalligida kuzatiladi (buyrak usti bezining funksiyasi pasayganda yuz qora dog'aga o'xshash tusga kiradi yoki lunj shiliq pardasida, milkda siyohrang dog'lar paydo bo'ladi). Terida yana sepkil va xollarni ko'rish mumkin, ular tashxisni ahamiyatga ega emas. Yuz, peshona va lunjdagi qoramtir va jigarrang dog'lar (xloazma) ko'proq homilador ayollarda uchraydi, ular jigar va ichakning surunkali kasalliklarida ham kuzatiladi. Qorinning o'rta chizig'I, emchak so'rchig'i atrofining qorayishi ko'pincha xomiladorlikda kuzatiladi.

Pigment yo'qolishi bilan bog'liq o'zgarishlar ham uchraydi. Bu vaqtda terida pigmentsiz sohalar paydo bo'lib, ular kattaligi va shakli jihatidan har xil bo'ladi. Atrofi pigmentli soha bilan chegaralanadi. Ular ko'pincha simmetrik joylashadi. Bu dog'lar barqaror, hech qanday subyektivta'sirlanish va funksional buzilishga olib kelmaydi.

O'rta Osiyoda ishlovchi vrachlar bunday kasallar va uning atrofidagi kishilar bilan uchrashganda pes kasalligining yuqmasligi, zararsizligi haqida tushuntirish ishlari olib borishlari kerak, chunki ba'zi bir odamlar bu kasallikni og'ir, davolab bo'lmaydigan moxov kasalligi bilan almashtiradilar va ular bunday bemorlar bilan muloqot qilmaslikka harakat qiladilar. Terining butunlay pigmentsizlanishi (albinizm) juda kam uchraydi. Teridagi toshmalar, ularning joylashish tabiati, paydo bo'lish va hokazolar katta tashxisiy ahamiyatga ega. Toshmaning asosiy elementlari sariq dog' (masula), tuguncha (papula), pufakcha (vesicula), qavariq (urtica), eritema (erythem), qon quyilishi (petechia) va hokazo bo'lib hisoblanadi. Qator yuqumli kasalliklar toshma toshishi bilan kechadi: qizamiq, qizilcha, skarlatina, suvchechak, chinchechak, ich terlama, toshmali terlama, paratiflar. Ba'zan toshmalar ichki a'zo kasalliklarida ham kuzatiladi.

Ko'rish va paypaslash orqali terining egiluvchanligi aniqlanadi. Patologik holatlarda terining tarangligi birmuncha o'zgaradi. Limfoleykozda, limfogranulematozda, limfosarkomada va ikkilamchi zahmda limfa tugunlarini kattalashishi kuzatiladi. Darajasiga, og'riq borligiga, kichrayishiga, tirishishiga diqqatni jalb qilamiz.

Suyak skeletlari: umurqa pog'onasi, ko'krak qafasi, bosh suyagi, qo'l-oyoqlardagi nuqsonlar ko'rish orqali aniqlanadi. Bunday o'zgarishlar ko'pincha endokrin kasalliklarda, akromegaliya, xondrodistrofiya, infaltizm, axta, raxit, sil kasalligi bor bemorlarda kuzatiladi.

Yuz – dil oynasi deydi xalqimiz. Yuzning ko'rinishi benorning ichki kechinmalarini aks ettirib turadi.

Masalan, ichki kasalliklarda quyidagi o'zgarishlar kuzatiladi: isitmalash, lab qurishi, terining qizarishi va hokazo. Ular rang – barang ko'rinishda bo'lishi mumkin. O'pkaning krupoz yallig'lanishida ko'pincha yuzning bir tomoni qizaradi, burun va lab atroflariga uchuq toshadi, burun qanotlari nafas olishda qatnashadi va bemor g'amgin ko'rinadi.

Buyrak kasalliklarda benorning yuzi tushunib bo'lmaydigan darajada o'zgaradi, u xunuklashib, yuqori va pastki qovoqlari salqib ketadi.

Aorta qopqoqlarida nuqson bo'lganda yuz oqaradi.

Tiklanish qobiliyati yo'qolgan yurakning ikki tavaqali qopqog'i yetishmovchiligida "mitral" yuz kuzatiladi, bunda quloq va burun uchlari, lab ko'kimtir – binafsha rangida bo'lib, lunjlarda ko'kimtir – dog' paydo bo'ladi.

Qorvizor yuzi – surunkali yurak yetishmovchiligiga xos bo'lib, bemor og'zini yarim ochib xuddi havoni tutayotgandek harakat qiladi. Yuzlari sarg'ish, bo'zraygan, ko'kimtir tusda bo'liadi, yoshli ko'zlari nursiz ko'rinadi.

Nevrasteniklarda "horg'in" yuz kuzatiladi.

Bazedov kasalligida yuz harakatlarga boy bo'ladi, bemorning ko'zlari yaltirab, chaqchayib turadi, unda g'azablanish yoki qo'rqish ifodasini kuzatish mumkin.

Miksedema kasalligida yuz esi pastlarniki kabi so'lg'in, ko'zlar qisilgan, ko'pincha ma'nosiz nigohli bo'ladi. Yuz oqarib lunjlar bo'yalgan kabi qizil bo'ladi.

Akromegaliya kasalligida yuz, burun, lablar, qosh usti ravoqlari haddan tashqari kattalashadi va tish oralig'I kengayib, pastki jag' oldinga bo'rtib chiqadi. Issenko – Qushing sindromiga yuz oysimon bo'lib, ayollarda ko'pincha soqol – mo'ylov o'sib chiqadi.

Axta odamning yuzi soqol – mo'ylov bo'lmasdan mayday sepkillar bo'ladi (burushgan olmani eslatadi).

Gippograt yuzida ko'zlar ichiga botgan, burun o'tkirlashgan, teri ko'kimtir, peshonani sovuq ter bosib turadi. Bu holat ko'pincha qorin pardasining o'tkir tarqalgan yallig'lanishida, o'lim talvasasidagi bemorda kuzatiladi.

Parkinsonizmdan azob chekkan bemorda yuz harakatsiz (mimikasiz) bo'ladi.

Shersimon yuz moxov kasalligida uchraydi. Bunda burun kataklari kengayib, qosh ustidagi va ko'z ostidagi terilar tugunsimon qalinlashadi, qoshning chekka qismlari to'kilib ketadi.

Insult kasalligida va pereferik nervlar shikastlanganda nosimmetrik yuz kuzatiladi.

Bemorni yuzini ko'rgan vaqtimizda bir qancha ko'z sinamalarini aniqlashimiz mumkin. Masalan, ko'zlarning chaqchayib turishi (exophtalmus) – tireotoksik buqoqda ko'zning ichga botishi (enophtalmus) – gipotireozda hamda ushbu kasallikda Grefe, Shtelvag, Mebius, Gorner sinamalarini ko'rishimiz mumkin.

Muammoli masalalar.

1-masala. Antropometriya (anthropos – odam, metron – o'lchov) – odamning gavda tuzilishini, ya'ni bo'yi, ko'krak aylnasi va gavda og'irligini aniqlash usulidir. Antropometrik ko'rsatkichlar orqali tashxis uchun muhim ma'lumotlar olish mumkin.

Bemorning bo'yi maxsus bo'y o'lchagich bilan o'lchanadi. U santimetrlarga bo'lingan tik taxta va unga birlashtirilgan siljib yuruvchi gorizontal o'rnatilgan kichik taxtachadan iborat. Bo'y o'lchanayotganda kishi o'lchagich tagidagi taxtachaga orqasi bilan turadi. Bunda gavdasining uch joyi: tovon, dumba va ko'krak taxtaga tegib turishi va tashqi eshituv yo'lining ustki chegarasi ko'zning tashqi burchgi bilan bir gorizontal chiziqda turishi kerak. Shundan keyin o'lchagichning siljivchi taxtachasi bosh ustiga tushiriladi va uning qaysi son ustida turgani belgilanadi.

Ko'krak qafasining aylanasi santimetrli tasma bilan osoyishta nafas olinib chiqarilgan, qo'llar pastga tushirilgan vaqtida o'lchanadi. O'lchov lentasi orqa tomondan ko'krakning burchagi ustidan, old tomondan esa VI qovurg'aning ustidan o'tishi kerak. Ko'krak aylanasidan tashqari uning old-orqa va ko'ndalang diametrlari sirkul yordamida o'lchanadi.

Bemorlar shifoxonaga kelganlarida va u yerdan davolanib chiqib ketayotganlarida ularning vazni o'lchanadi. Bemor vazni kiyimsiz kiyimsiz holda erta bilan nonushta qilmasdan, bemor qovug'ini bo'shatgandan keyin o'lchanadi. O'lchash uchun oddiy yuk tarozidan foydalaniladi. Tortilgandagi natija kasallik tarixidagi harorat varag'iga yozib qo'yiladi.

Benorning og'irligi me'yoridaligini bilish uchun uning santimetrda ifodalangan bo'y uzunligidan 100 ni ayiriladi. Masalan, bo'yi 180 sm – 100=80 kg. Demak, bo'yi 180 sm bo'lgan kishining og'irligi 80 kg bo'lishi kerak. Bundan 2 -3 kg ko'p yoki kamligi katta ahamiyatga ega emas. Kishining yoshi ortib borgan sari uning og'irligi ham ortda boradi. Masalan, 60 yashar bo'yi 180 sm bo'lgan odamning og'irligi 90-95 kg bo'lsa ham norma hisolanadi. Yetarlicha oqatlanmaslik, yuqumli jarayonlar, intoksikatsiyalar, iste'mol qilingan ovqatning singmasligi (ich ketish,qusish), endokrin a'zolar faoliyatining buzilishi (Bazedov kasalligi), xavfli o'smalar, asab kasalliklari va boshqalar tufayli bemorning og'irligi kamayib ketadi. Og'irlikning oshib ketishi esa quyidagi hollarda, ya'ni ko'p ovqat yeyish, moddalar almashinuvi va ichki sekretiya bezlari faoliyatining buzilishi, shishlar paydo bo'lishi, tanadagi bo'shliqlarga suv yig'ilishi va boshqalar sababli kuzatiladi. Aniqlangan antropometrik ko'rsatkichlar asosida bir necha amaliy ahamiyatga ega bo'lgan indekslar hisoblab chiqariladi.

1. Bo'y – og'irlik kuchi – gavda tuzilishining mutanosibligini ko'rsatadi. Buni aniqlash uchun kilogrammlar bilan ifodalangan gavda og'irligini 100 ga ko'paytirib, santimetrlar bilan ifodalangan bo'y uzunligiga bo'linadi.

$$M \cdot 100$$

Uning formulasi

P

M – gavda og'irligi.

P – bo'y uzunligi.

Normada bu nisbatan 37-40 ga teng bo'ladi. Agar u ortib ketsa, bemorning me'yoridan ortiq tana og'irligiga ega ekanligidan, kamayib ketsa, ozg'inligidan dalolat beradi. Lekin bu ko'rsatkich hamisha shartli bo'lib, unga baho berishga bo'shqa klinik belgilarga ham e'tibor berish kerak.

2. Bo'y va ko'krak aylanasining mutanosiblik indeksi quyidagi formula asosida aniqlanadi: **P • 100**, bunda O – ko'krak qafasining aylanasini.

O

Bu ko'rsatkich normada 50-55 ga teng bo'ladi. 50 dan kam indeka ko'krak qafasining torligini, 55 dan ortig'I esa ko'krak qafasining kengligini ko'rsatadi.

3. Pine indeksi – yuqoridagi barcha ko'rsatkichlar orasida o'zaro mutanosiblik darajasini ko'rsatadi: $P = (O + M)$. Normada u 20 atrofida bo'ladi. bu ko'rsatkichning ortiq yoki kamligi mutanosiblikning buzilishidan dalolat beradi.

2- masala: tekshirish usullari orasida termometriya, ya'ni tana haroratini o'lchash alohida o'rin tutadi. Tana haroratining o'zgarishi ko'pincha kasallikning dastlabki belgilaridan hisoblanadi. Sog'lom odam harorati 36-36,8⁰ C atrofida bo'ladi. kun davomida harorat juda kam o'zgarib, 0,3 -0,5⁰C, ba'zan 1⁰C ni tashkil qiladi, chunki organizmda issiqlik paydo bo'lish va chiqarilish darajasi boshqarilib turadi. Odatda, sog' odamda jismoniy mehnatdan, to'yib ovqat yegandan so'ng, juda issiq xonada, kuchli hayajonlanganda harorat bir oz ko'tarilib,uyqudan keyin bir oz oasayadi. Agar harorat 37 – 38⁰C atrofida bo'lsa, subfebril isitma, 38-39⁰ bo'lsa, o'rtacha isitma, 39⁰ dan yuqori bo'lsa, baland isitma deyiladi. bemor juda holsizlanganda, surunkali intoksikatsiyalarda harorat pasayishi (gipotermiya) mumkin (36⁰C dan kam).

Harorat ko'tarilishi bemorning ahvoliga ta'sir qiladi. Bemor bo'shshadi, og'zi quriydi, ajratilgan siydikning miqdori ancha kamayadi, ozib ketadi. Harora 1⁰C ga ko'tarilsa,puls taxminan 8 -10 taga ko'payadi, faqat ba'zi kasaliklarda (meningit, ich terlama) puls haroratning ko'tarilishidan orqada qoladi. Harorat 1⁰C ga ko'tarilganda nafas olish ham minutiga 4-5 martaga ko'payadi. Agar harorat ko'tarilsa, qaltirash paydo bo'ladi. Bunday sezgi teri tomirlarining birdan qisqarishidan yuzaga keladi. Bemor qaltiraganda terining rangi oqaradi, tirnoqlar ko'karadi va teri usti o'rdak terisiga o'xshab ketadi.

Mavzuning nomi	Ball	Baho	Talabanning bilim darajasi
----------------	------	------	----------------------------

Bemorni alohida soʻrab-surishtirish. Talabalarning bemorlar bilan alohida ishlashi, shikoyatlar yigʻindisi va kasallik hamda hayot anamnezi. Bemorlarni umumiy koʻzdan kechirish (bemorning umumiy ahvoli, es-hushining holati, tana tuzilishi). Umumiy koʻzdan kechirish qoidalari, bemorni umumiy tekshirish	86-100	Aʻlo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qoʻllay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qoʻllay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsiz	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Baholash mezonlari №2

Uyga vazifa 3. Mustaqil ish.

Amaliy mashgʻulot №3

Antropometriya. Termometriya. Laborator va instrumental tekshiruvlar haqida umumiy tushuncha. Zamonaviy laborator va instrumental tekshiruv usullarining ahamiyati.

1. Amaliy mashgʻulot oʻqitish moduli.

Mashgʻulot vaqti – 4 soat	Studentlar soni: 10 dan 12 gacha
Mashgʻulot formasi	Amaliy mashgʻulot
Amaliy mashgʻulot rejasi	Palpatsiya va perkussiya tekshirish usuli sifatida. Qalqonsimon bez va limfatik tugunlar palpatsiyasi. Klinik tekshirish sifatida palpatsiya va perkussiyaning qoʻllanilishi. Palpatsiya va perkussiya rivojlanish tarixi, texnikasi, usullari, diagnostik ahamiyati. Perkutor tovush xarakteristikasi.
Amaliy mashgʻulot maqsadi:	Talabalarga palpatsiya va perkussiya usullarini oʻrgatish. Qalqonsimon bez va limfatik tugunlar palpatsiyasini oʻrgatish.
Oʻqitish uslubi	Soʻrov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv oʻqitish uslubi, amaliy koʻnikma.
Oʻqitish formasi	Kichik podgruppalarida.
Oʻqitish jihozlari	Oʻquv qoʻllanma, amaliy mashgʻulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter.
Oʻqitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Ogʻzaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala.

1.2. Amaliy mashgʻulot texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Taʼlim beruvchi	Taʼlim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	7. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 8. Talabalarni mashgʻulotga tayyorgarligini tekshiradi 9. Davomatni nazorat qiladi	
1. Oʻquv mashgʻulotiga kirish	1. Mavzu boʻyicha oʻquv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish maʼruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni yrganishda foydalaniladigan adabiyotlar roʻyxatini	

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

3. Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

1. Palpatsiya nima?
2. Palpatsiya turlari.
3. Perkussiya nima?
4. Perkussiya turlari
5. Palpatsiyaning rivojlanish tarixi
6. YUzaki palpatsiyaning diagnostik ahamiyati
7. CHuqur palpatsiyaning diagnostik ahamiyati
8. Perkussiyaning rivojlanish tarixi
9. Perkussiya texnikasi
10. Monomanual perkussiya usullari
11. Bimanual perkussiya usullari
12. Perkutor tovushning xarakteristikasi
13. Qalqonsimon bezni palpatsiya qilish texnikasi
14. Qalqonsimon bezni palpatsiyaning diagnostik ahamiyati
15. Limfa tugunlarini palpatsiya qilish texnikasi
16. Limfa tugunlarini palpatsiyaning diagnostik ahamiyati

“Uch pog’onalı intervyu” usuli

Har bir gruppada uchta talaba tanlab olinib, ular orasida “vrach”, “bemor” va “ekspert-UASh” rollari bo’linib beriladi. Bemor rolini tanlagan talabaga anonimno diagnozi aytiladi, va u shu diagnozga taaluqli shikoyatlar bildiradi, vrach diagnoz qo’yadi, ekspert UASh shiloyatlar va diagnoz mutanosubligini tekshiradi. Har bir guruh 10-15 daqiqa davomida konsultatsiya qilinadi, ekspert vrach faoliyatini 3 punk bo’yicha tekshiradi:

1. Nima to’g’ri qilindi
2. Nima noto’g’ri qilindi
3. Qanday qilish kerak

Guruh konsultatsiyasi xulosasini ekspert xulosasi bilan taqqoslaydilar.

Boshqa xil turi: talabalar ekspert rovida poliklinikada, haqiqiy konsultatsiyada ishtirok etib, butun guruh bilan analiz qilinadi.

Yuz qiyofasi. Yuz qiyofasini ko’zdan kechirish turli kasalliklarni aniqlashda yordam beradi. Yuzga qarab kasallik og’irligi (o’tkirligi) ni aniqlash mumkin. Bularga o’tkir peritonit, uremiya va boshqa o’tkir kasalliklarni misol qila olamiz. Bemor qattiq shamollab qolsa, ko’zlari o’tirib, yuzda shish va ter paydo bo’ladi. Yuzning bu ko’rinishini birinchi bo’lib tibbiyot asoschisi Gippokrat aniqlagan va bu- facies Hippokratica – shishgan, dokaday oqargan deb nom bergan.

Buyrak kasalligida (nefrit, nefroz) yuz va qovoqlar shishadi, bunda yuz qiyofasi facies nefriticus deyiladi. Yurak xuruji, yurakning tug’ma yoki orttirilgan nuqsonlarida ham yuz turli xil o’zgarishlarga duch kelishi mumkin, ya’ni lab burchaklarining ko’karishi (akrotsianoz) illatlari yuzga keladi. Mitral klapan yetishmovchiligi va stenozida ham yuzda o’ziga xos o’zgarishlar kuzatiladi. Bunday holat facies mitralis deb nom olgan. Aortal klapan yetishmovchiligida yuz sal oqaradi. Cho’zilgan septik endokardit holatida esa yuz sariq rangli tus oladi - «cafe au lait» (sut va qahva rangida).

Silda esa «habitus phtizicus»-oriqlagan, rangsiz yuz, uzun-uzun kipriklar bo’ladi.

Endokrin xastalıkları (Bazedov kasalligi, miksedema, akromegaliya va hokazo)da bemorning yuz qiyofasida bir necha o’zgarishlar kuzatiladi. Ayniqsa, gipertireoz kasalligida Bazedov yuzi (facies Basedovica) ya’ni ko’zlar kattalashgan, chaqchaygan, qo’rquv hissi va qovoqlarning dag’allashishi namoyon bo’ladi. Qalqonsimon bez funksional yetishmovchiligi (miksedema) oqibatida yuzlar shishgan, aylana shaklda va befarqlik belgisi namoyon bo’ladi.

Gipofiz bezining oldingi qismi eozinofil adenoma xastaligida yonoq suyaklarini qizarishi va kattalashishi, burun, jag’, qovoq, lab, tilning keskin kattalashishi kuzatilishi mumkin. Burun chetlari bo’rtib chiqishi, keskin qizargan yuz, burun va lablar chetida toshma (herpes) toshishi, sariqlik belgisi o’pka yallig’lanishini anglatadi. Shuningdek toshmalar badanda va tana a’zolarida ham uchrashi mumkin, masalan, turli xil infeksiyalarda: maleriya, qaytalangan tif, serebrospinal meningitda kuzatiladi. Gerpes virusi ishtirokida paydo bo’ladi va nerv tarmoqlari herpes zoster bo’ylab tarqaladi.

Burun. Burun, yonoq suyaklari, jag’larning keskin kattalashuvi akromegaliyaga xosdir. Burun suyagi old devorini ichkariga kirishi (egarsimon burun), turli xil shikastlanishlarda kuzatiladi. Bundan tashqari, tug’ma zaxm kasalligi natijasidir. Mazkur kasallikda burun suyaklarining nekrozi rivojlanadi. Doimo qizargan burun aroqxo’rlik belgisidir. Burun qonashi esa yurak tomir xastaliklaridan dalolat beradi. Shuningdek, Osler, gipertoniya, yurak-qon-tomir tizimi xastalıkları va qon kasallıkları (leykoz, Verlgof kasalligi, trombotsitopatiyalar), Singa, surunkali gepatit, septik kasallıklar, uremiya, va boshqa holatlarda uchrashishi mumkin. Miyaga qon

quyilishida va uch tarmoqli nerv tolalarining yallig'lanishida burun burmasini bir tomonlama silliqlashishi kuzatiladi.

Og'iz. Og'iz bo'shlig'i orqali til, tish va milklardagi o'zgarishlarni o'rganish mumkin bo'ladi. Milklarning shishishi va qonashiga, o'tkir leykoz va simob bilan zaharlanganda yuzaga keladi. Qo'rg'oshin bilan surunkali zaharlanishda asosan milklarda qoramtir chiziqlarni kuzatish mumkin.

Turli xil infektsiyalar va og'iz bo'shlig'idagi badbo'y hidlar stomatit xastaligidan darak beradi. Milklardagi to'q rangli chiziq, og'iz bo'shlig'idagi tangasimon dog'lar Addison-Birmer kasalligining belgisi hisoblanadi. Tilning qurishi har xil infektsiyalarda, o'tkir peritonit va turli kasalliklarda uchrashi mumkin. Tilni ko'zdan kechirish orqali bemorning umumiy ahvolini baholash mumkin. Tilning juda quruqligi katta – katta tilimlar (yoriqlar) paydo bo'lishiga olib keladi. Shuningdek, tilning qonashi va to'q rangli bo'lishi uremiyaning og'ir formasida yaqqol nomoyon bo'ladi. Ba'zi hollarda tilning ustki qismi tekislanib yumshaydi. Bu simptom Addison-Birmer kasalligiga xosdir. Tilning uchi og'rishi va kuyishish hissi paydo bo'lishi axiliya xastaligining alomatidir.

Ba'zida til qizg'ish rangda bo'ladi. Tilning bunday tus olishi B₁₂ vitaminining yetishmasligi sababidir. Bolalarning o'tkir yuqumli kasalliklarida til to'q qirmizi rangda bo'ladi. Qorin tifi kasalligida tilning ustki yuzasi to'q rangda, uchi esa qip–qizil rangda bo'ladi. Akromegaliyada til o'z o'lchamlariga nisbatan kattalashadi. Jigar serrozida til qip-qizil tus(malina tili)ga kiradi. Atrofik gastritda til surg'ichlari yassilanadi.

Sezgi a'zolari. Odam tashqi muhitdagi turli xil ta'sirlarni har xil sezgi a'zolari orqali qabul qiladi va tashqi muhitga shular yordamida moslashadi.

Shuning uchun ko'zlarni ko'zdan kechirish muhim ahamiyat kasb etadi. Yuz qiyofasining ko'rigi paytida ko'ruv organlarining holati (ko'z olmasi, ko'zning yordamchi hosilalari)ga e'tibor qaratish lozim. Bazedov kasalligining asosiy belgilaridan biri ko'zning bo'rtib chiqishi, chaqchayganligi (ikki tomonlama ekzoftalm) kuzatiladi. Bir tomonlama ekzoftalm – ko'z olmasiga qonning quyilishi, turli xil shishlar, yallig'lanish jarayonlari va o'smalarda uchrashi mumkin.

Miksedema, peritonit, agoniya esa ko'z gavharining o'tirib qolishi kuzatiladi. Shoh va to'r pardasining sariq rangda bo'lishi hepatit, o't pufagi va yo'llari tosh kasalligi, o'sma kasalligi, shuningdek, oshqozon osti bezi xavfli va xavfsiz o'sma xastaliklaridan darak beradi. Ko'z gavhariga e'tibor berganda albatta uning o'lchami, holati, yorug'likka bo'lgan javob reaksiyasini inobatga olish zarur. Morfin, opiy, turli xildagi giyohvand moddalar bilan zaharlanganda ko'z gavharining torayishini kuzatishimiz mumkin.

Ko'z soqqasini qisqarishi rivojlanayotgan paralich holatida uchraydi, shuningdek, organizmga pilokarpin, rezerpin tomizilganda ham ko'z qorachig'i mushaklari qisqaradi.

Miyaga qonning quyilishi, komatoz holati va atropin dorilari bilan zaharlanganda ko'z qorachig'i kengayadi. Ko'z gavharlarining bir xil bo'lishi katta diagnostik ahamiyatga egadir. Ko'z gavharlari hajmining har xil bo'lishi markaziy nerv tizimining ish faoliyati buzilganligi haqida dalolat beradi.

Teri. Teri qoplamini ko'zdan kechirganda birinchi navbatda terining ustki qismiga va uning ostida joylashgan barcha qatlamlariga e'tibor qaratish lozim. Teri ustki qismining rangparligi kamqonlik kasalligida, o'tkir va surunkali qon yo'qotishlar (jarohatlanish oqibatida ko'p qon yo'qotish, turli xil yara kasalliklarida, ginekologik qon yo'qotish va homilaning rivojlanmasligi), qon aylanish tizimi kasalligi (xloroz, Addison-Birmer kamqonligi, leykozlar, gemolitik kamqonlik, Verlgof kasalligi)da surunkali va og'ir kechadigan infeksiya kasalliklar, sepsislar, malyariya, endokarditlar, zaharlanish va boshqa kasalliklarda uchrashi mumkin. Shuningdek, terining rangparligi gemoglobinning normadan pasayishi oqibatidan ham kelib chiqadi.

Rangparlik ba'zan buyrak xastaliklariga chalingan bemorlarda, qo'rquv, qusish, gipertoniya, behushlik holati, shuningdek qon aylanishining yetishmovchiligi (aortani quyi qismining siqilishi, aorta klapanlarining yetishmovchiligi) holatlarida kuzatiladi. Kollaps va peritonitda ham rangparlik kuzatiladi. To'satdan boshlangan rangparlik bemorning ko'p qon yo'qotganligidan dalolat beradi. Odatda mazkur bemorlarda teri ustki qismining rangparligi bosh aylanishi, behushlik holatlari, pulsning tezlashuvi, arterial bosimning pasayishi holatlari paydo bo'ladi. Bulardan tashqari rangparlik ayrim bemorlarda o'tkir hepatitning rivojlanishi oqibatida ham kelib chiqadi.

Yurak qon- tomir tizimining yetishmovchiligi oqibatida arteriya qonlarini yurak bosimi bilan harakatga keltirmasa, O₂ bilan to'yinmasdan arteriya kapilyarlari o'pka arteriyalariga aylanmasdan yana yurakka boradi. Bu jarayon venoz qonida gemoglobinning qayta tiklanishiga sabab bo'ladi va lablar burchagida sianoz holatlarining paydo bo'lishiga olib keladi. Mazkur holat periferik sianoz deb nomlanadi.

Nafas olish organlarining kasalliklari (emfizema, pnevmoskleroz va boshqa nafas organlarining yallig'lanishlari) ga gazsimon zaharli moddalar sabab bo'lishi mumkin. O'tkir sianoz tug'ma yurak parogida, o'pka arteriyalari sklerozida, emboliyada, o'pka emfizemasida uchrashishi mumkin. Ba'zida to'sh suyagi dastasi sohasidagi teri sariq rangli tus olishi, qonda bilirubinning oshib ketishidan darak beradi. Ushbu holat sariqlik (icterus) deb nomlanadi. Giperbilirubinemiya simptomining davomiyligiga va rivojlanishiga qarab teri rangi o'zgaradi: ochiqlimon rangidan – to'q sariq rangigacha kirishi mumkin bo'ladi.

Pigmentatsiyalarning joylashuvi bir xil kechmaydi. Avval og'iz bo'shlig'i (yumshoq tanglay, tilchaosti, shilliq qavati) bo'yaladi, keyinchalik esa yuz burmalari, burun va yuz atroflari, kaftlar, tovonlar bo'yaladi. Bu tus asta sekinlik bilan butun tanaga tarqaladi (subicterus).

Terining to'q rangli tus olishi uzoq muddat davomida (argirosis), mishyak (mishyakli melanoz) ning iste'mol qilinishi tufayli yuzaga kelishi mumkin bo'ladi.

Ayollar ko'krak sohasi terisining rangini o'zgarishi, shuningdek qorinda oq chiziqning paydo bo'lishi homiladorlikdan darakdir. Ko'rikda depigmentatsiya oq tanachalar (vitili-go), yoki kichik-kichik dog'chalar (Leucoderma) ko'rinishida namoyon bo'ladi.

Terini ko'zdan kechirish katta diagnostik ahamiyatga ega. Unda rangli toshmalar bo'lishi, qon quyilishi, yaralar, chandiqlar, soch qoplamasining buzilishi hamda tirnoqlar patologiyasiga ahamiyat beriladi. Bundan tashqari, paypaslash orqali terining quruqligi, namligi, cho'ziluvchanlik darajalarini aniqlanadi. Uning rangi pigment miqdoriga, qalinligiga va qon bilan to'lishiga bog'liqdir. Teri rangining quyidagi o'zgarishlari farq qilinadi: oqarishi (bo'zarishi), qizarishi, ko'karishi, sarg'ayishi, yer rangida bo'lishi mumkun.

Terining oqarishi vaqtinchalik funksional (kuchli og'riq, hayajon, qo'rqish va h.k.tufayli) yoki doimiy (kamqonlik, buyrak kasalligi, aorta nuqsoni va h.k.tufayli) bo'lishi mumkin.

Qizarish ham fiziologik (uyalganda, g'azablanganda, tashqi harorat ta'sirida) va patologik (Vakez kasalligi, gipertoniya, is gazi bilan, atropin, amilnitrit, afyun moddalaridan zaharlanishlar va h.k.) holatlarida bo'lishi mumkin.

Ko'karish doimo patologik holat bo'lib u gaz almashinuvi buzilishi bilan kechadigan o'pka kasalliklarida, yurak-qon tomirlari kasalliklarida (qonning dimlanishi hisobiga), zaharlanganda vujudga keladi. Ko'karish ko'pincha do'ng joylar (burun uchi, quloq suprasi, labda) periferiya (barmoqlarda, tirnoqlar)da (akrotsianoz) ko'rinadi. Sarg'ayish har xil tusda ko'rinishi mumkin: och sariqlikdan (sub'ikterik), to'q, sariqlikkacha. Sariqlik ko'p davom etganda yashilroq tusga kiradi. Sariqlik ko'zning oqida va tanglayning shilliq qavatida kuchliroq namoyon bo'ladi. Qonda karotin pigmenti ko'payib ketganda (tomat, sabzi ko'p iste'mol qilinganda) yoki ayrim dorilarni ichganda qo'l kafti, oyoq panjalari, teri sarg'ayib ketadi. U haqiqiy sariqlikdan farq qilib, unda ko'zning oq qavati va tanglayning shilliq qavati sarg'aymaydi, buyrak usti bezi yetishmovchiligi terida bronza

rangiga o'xshash dog'lar paydo bo'lishi tarzida yuzaga chiqadi, pigment kamayishi yoki yo'qolishi natijasida terida oq dog'lar paydo bo'ladi. Ular har xil kattalikka ega va ko'pincha simmetrik bo'lib organizmda hech qanday funksional buzilishlarga olib kelmaydi. Turli xildagi dog'lar (makula), tuguncha (papula), pufakcha (vesicula), qavariq (urtica), eritema (erythema), teridagi nuqtali qon talashlari (petixiya) toshmaning asosiy shakliy ko'rinishlari bo'lib hisoblanadi. Qator yuqumli kasalliklar, shu jumladan, qizamiq, qizilcha, suvchechak, ichterlamada badanda toshmalarning toshib ketishi bilan kechadi. Ichki kasalliklarda uchuq toshishi (krupoz pnevmoniya, gripp), allergiyalarda har xil toshmalar bo'lishi mumkin. Teridagi chandiqlar (chechakdan keyingi chandiqlar, zaxmdagi chandiqlar, Itsengo - Kushing sindromidagi chandiqlar, operatsiyadan keyingi chandiqlar va h.k.) ham ma'lum diagnostik ahamiyatga egadir. Terining quruqligi yoki namligiga ham e'tibor beriladi. Terining quruqligi organizm suvsizlanganda, ichburug'da, qusishda, miksedomada, qandli diabetda, surunkali nefritda kuzatiladi. Teri namligini ortishi va terlash isitma bilan kechadigan yuqumli kasalliklarda (gripp, qora oqsoq kasalligi, sil, sepsis) hamda revmatizm, Bazedov kasalligida ko'proq xos bo'ladi. Sochni ko'zdan kechirishda uning o'sishiga, tabiatiga, holatiga ahamiyat beramiz. U ichki sekretiya bezlari kasalliklari diagnostikasida asosiy belgilardan biri bo'lib hisoblanadi. Barmoqlarning va tirnoqlarning o'ziga xos o'zgarishi (nog'ora cho'pisimon barmoq, soat oynasisimon tirnoq) uzoq davom etgan yiringli kasalliklarda kuzatiladi. Bundan tashqari, ko'zdan kechirishda shishlarga ahamiyat beriladi. Ular mahalliy yoki butun tana bo'ylab (anasarka) tarqalgan bo'lishi mumkin. Shishlar paydo bo'lganda to'qima va a'zolarning hajmlari kattalashadi, ularning tashqi ko'rinishi o'zgaradi. Limfa tugunlarini ko'zdan kechirishda ularning kattalashganligini ko'rish mumkin.

Baholash mezonlari №3

Mavzuning nomi	Ball	Baho	Talabning bilim darajasi
Palpatsiya va perkussiya tekshirish usuli sifatida. Qalqonsimon bez va limfatik tugunlar palpatsiyasi. Klinik tekshirish sifatida palpatsiya va perkussiyaning qo'llanilishi. Palpatsiya va perkussiya rivojlanish tarixi, texnikasi, usullari, diagnostik ahamiyati. Perkutor tovush xarakteristikasi.	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsiz	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Uyga vazifa 4, mustaqil ish

Amaliy mashg'ulot №4

Nafas tizimi a'zolarini klinik tekshirish usullari. so'rab-surishtirish, umumiy ko'ruv, ko'krak qafasini ko'zdan kechirish. Ko'krak qafasi palpatsiyasi, maqsadi va vazifalari, bajarilishi, diagnostic ahamiyati.

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Studentlar soni: 10 dan 12 gacha
Mashg'ulot formasi	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Nafas organlari kasalliklari bilan bemorlarni tekshirish usul-lari: so'rab-surishtirish, ko'krak qafasini ko'zdan kechirish, palpatsiya. O'pka perkussiyasi, qiyosiy perkussiya.
Amaliy mashg'ulot maqsadi:	Talabalarni nafas organlari kasalliklari bilan bemorlarni tekshirish usullarini o'rgatish.
O'qitish uslubi	So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma.
O'qitish formasi	Kichik podgruppalarida.
O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundariyasi, proektor, kompyuter.
O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala.

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	<ol style="list-style-type: none">1. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi2. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi3. Davomatni nazorat qiladi	
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none">1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash.2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
2 – asosiy bosqich (160 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none">1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi.2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi4. Davolash ishlarini olib boradi5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rahbatlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha hiladilar qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
1-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none">1. Yakunlovchi xulosa qiladi2. Mustaqil ish beradi3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

3.Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A)Frontal usuli:

- 1.Nafas organlari bilan kasallangan bemorlarning asosiy va qo'shimcha shikoyatlari
- 2.Hansirash nima,mexanizmi
- 3.Yo'tal, hosil bo'lish mexanizmi
- 4.Nafas organlari kasalliklarida yo'tal xarakteristikasi
- 5.Qon tupurish nima,xarakteristikasi
- 6.Ko'krak qafasidagi og'riqlarini differentsial tashxisi
- 7.nafas a'zolari kasalliklari umumiy ko'zdan kechirish
- 8.nafas a'zolari kasalliklarning alohida so'rab surishtirishning ahamiyati
- 9.Normal ko'krak qafasi nima
- 10.Emfizimatoz ko'krak qafasi nima?
- 11.Paralitik ko'krak qafasi tavsif bering
- 12.Raxitik ko'krak qafasi nima
- 13.Voronkasimon ko'krak qafasiga xarakteristika bering
- 14.Qayiqsimon ko'krak qafasi nima
- 15.Qaysi xollarda perkutor tovush to'mtoq eshitiladi
- 16.Qaysi xollarda perkutor tovush timpanik bo'ladi
- 17.Qaysi xollarda perkutor tovush qutichasimon bo'ladi

“Akademik polemika” usuli

Gruppa ikki guruhga bo'linadi, har biriga vaziyatli masala topshiriladi, masalan, “konsultatsiya shifokor-bemor”. Har bir guruhda 1-2 talabalar konsultatsiya yaxshi tomonlarini yozib oladilar – “advokatlar”, boshqa 2 ta talaba konsultatsiyaning manfiy tomonlarini yozib oladi – “prokurorlar”. Advokatlar va prokurorlar xulosalari butun guruh bilan tahlil qilinadi.

Nafas a'zolari kasalligi bor bemorlarni tekshirishda uni ko'zdan kechirishga alohida e'tibor berish lozim. Umumiy ko'zdan kechirishda bemorning vaziyatiga (yarim yotgan holatda), ko'kargan, uchuq toshgan – toshmaganligiga, limfa tuguni kattalashishiga, bartmoqlarining holatiga ahamiyat beriladi. Ko'krak qafasining shakli va nafas olishdagi faolligi aniqlanadi.

Ko'krak qafasi normada bo'lsa uning hamma chiziqlari gormonik va simmetrik joylashadi, ayniqsa, bu normostenik konstitutsiyada yaqqol ko'zga tashlanadi. Astenik va gipersitenik ko'krak qafasi qarama – qarshi xususiyatlari bilan ifodalanadi.

Patologik sharoitda qisqargan, kengaygan,bochkasimon (emfizematoz) ko'krak qafasi kuzatiladi, xuddi maksimal nafas olgan holatdagidek gipersitenikka o'xshash ko'krak qafasining hamma qirralari bo'rtib chiqadi. Bu holat bronxial bo'g'ilash hurujida, surunkali emfizemada kuzatiladi, bunda nafas chiqarish qiyinlashadi, o'pkaning elastikligikamayadi. Qarama – qarshi shakli – falajlangan ko'krak qafasi (xuddi chuqur nafas chiqargandagidek cho'zilgan, yassilangan shakli) haddan tashqari ozib ketgan astenik konstitutsiyadagi kasalliklarda uchraydi. Ayniqsa o'pka silida nafas olish qiyinlashadi,skeletning tug'ma yoki ortirilgan o'zgarishi ko'krak qafasi shakliga ta'sir qilishi mumkin.

Voronkasimon (cuqurchali) ko'krak qafasi (tug'ma anomaliya) – etikdo'z ko'krak qafasi deyiladi.

Bolalikda raxit kasalligini boshdan kechirishnatijasida ko'krak qafasining shakli o'zgarib “tovuq ko'krak qafasi” shakliga kiradi. Bu raxitik shakl deyiladi. Umurtqaning qiyshayishi ham (kifoz, skolioz, lordoz) ko'krak qafasi shaklini o'zgarishga olib keladi.

Diqqatni ko'krak qafasining shakliga – yapaloqligiga, bo'rtib chiqqanga o'xshash asimmetrik o'zgarishlariga qaratamiz. Nafas harakatini kuzata turib nafas turini, uning faolligini, tezligi, chuqurligini, meyoridan chetga chiqqanligini belgilash mumkin. Odatda 1 daqiqada 16 – 18 marta nafas olinadi, nafas olish nafas chiqarishdan qisqa bo'ladi. Nafas olish ayollarda va yoshlarda ko'proq ko'krak yoki quvurg'alar orqali, katta yoshdagi erkaklarda esa qorin yoki diafragma orqali amalgam oshiriladi. Patologik holatlarda nafas olish tez yoki sekin bo'lishi mumkin (Cheyn – stoks, Biota, Qusmaulcha nafas olishlar).

Paypaslash

Ko'krak qafasining tekshirishda undagi tashqi o'zgarishlarga ahamiyat beriladi. Ko'krak qafasi ichidagi a'zolar esa ularning tashqi yuza proyeksiyasiga nisbatan o'zgariladi. Shuning uchun albatta tashqi klinik topografiyani bilishimiz zarur. Bunday topografiya qator tabiiy nuqtalar va sun'iy chiziqlar orqali hosil qilinadi.

Tabiiy belgi punktlari. Suyak belgilari:

1. O'mrov suyagi (clavisula).
2. Qovurg'alar (costae), ayniqsa I, II, III oxirgi chin qovurg'a, XI erkin qovurg'a va qovurg'a ayollari.
3. To'sh suyagi (sternum), uning dastasi (manubrium), tanasi (corpus) va xanjarsimon o'sig'I (prosessus xiphoideus).
4. Dastasi – tanasi birikkan joyi – Lyudovik burchagi (angulus Ludowici) bu qovurg'alarni sanashda boshlang'ich joy hisoblanib, u II qovurg'aning to'sh suyagiga birikkan joyiga to'g'ri keladi.
5. Umurtqaning suyak o'simalari, ayniqsa VII bo'yin o'simtasi tez paypaslanadi.
6. Ko'krak (scapula) ayniqsa uning qirrasini (spina scapulae) va burchagini (angulus scapulae).

Chuqurcha va boshqa belgilash sohalari

1. O'mrovning yuqori chuqurchasi (fossae supraclavicularis).
2. O'mrovning pastki chuqurchasi (fossae intraclavicularis).
3. Bo'yinturuq osti chuqurchasi, to'sh suyagi dastasining yuqori qismi (fossae suljugularis).
4. Qo'ltiq osti chuqurchasi (fossae axillaris).
5. Kurakning yuqori sohasi (regio supraclavicularis).
6. Kurakning pastki sohasi (regio intraclavicularis).
7. Kuraklararo bo'shliq (spatium intraclavicularis).

Tabiiy belgilash sohalaridan, nuqta va chiziqlardan tashqari, yaxshi mo'ljal qilish maqsadida tana yuzasi sun'iy tik tushgan chiziqlar bilan bo'linadi.

Quyidagi tik chiziqlar tafovut qilinadi:

1. Oldingi o'rta chiziq, to'sh suyagining o'rtasidan o'tadi (linea sternalis media).
2. To'sh suyagi chiziqlari chap va o'ng – to'sh suyagining ikki qirg'og'idan o'tadi (1. sternalis dextra et sinistra).
3. To'sh suyagi yaqinidagi chiziq - to'sh suyagi bilan o'rta o'mrov suyagi chizig'I o'rtasidan o'tadi (1. parasternalis dextra et sinistra).
4. O'rta o'mrov chizig'I - o'mrov suyaklarining o'rtasidan boshlanadi (1. medioclavicularis).
5. Oldingi qo'ltiq osti chizig'I – qo'ltiq osti chuqurchasining oldingi chetidan o'tadi (1. axillaris anterior).
6. O'rta qo'ltiq osti chizig'I – qo'ltiq osti chuqurchasi o'rtasidan o'tadi (1. axillaris media).
7. Orqa qo'ltiq osti chizig'I – qo'ltiq osti chuqurchasining orqa chetidan o'tadi (1. axillaris posterior).

8. Kurak chiziqlari – kurakning pastki burchagidan o'tadi (1. scapularis).
9. Umurtqa oldi chiziqlari - kurak va orqa o'rta chiziq o'rtasida joylashgan (1. paravertebralis).
10. Orqa o'rta chiziq yoki umurtqa chizig'I – umurtqalarning suyak o'simtalari ustidan o'tadi (1. vertebralis).

Paypaslash quyidagilarni aniqlashga:

1. Ko'krak qafasining kattaligi, shakli o'zgarishi haqidagi ko'zdan kechirishga olingan ma'lumotlarni tasdiqlash.
2. Ko'krak qafasining ba'zi joylardagi tarangligi va og'riqni aniqlash.
3. Ovoz titrashini aniqlashga imkon beradi.

Taranglikni paypaslash orqali hamma sohada aniqlash mumkin. Oqatda ko'krak qafasining ikkala yarmi baravar cho'ziluvchanlikka ega bo'ib, yosh ortda borashi bilan u kamayadi.

Patologik holatlarda cho'ziluvchanlikning o'zgarishini aniqlash mumkin.

Paypaslash orqali yuzaki va chuqur joylashgan og'riqni farqlash mumkin. Yuzaki og'riqni qovurg'alararo nerv shikastlanganda (qo'ltiq osti chizig'ida, to'sh suyagining nerv tolalari chiqish joyida), qovurg'alararo muskul shikastlanganda (og'riq butun muskul bo'ylab seziladi va nafas olish bilan bog'liq bo'ladi), qovurg'alar singanda va darz ketganda paydo bo'ladi. Nevralgiyada og'riq kasallangan tomonga yonganda kuchayadi. Quruq plevritda sog' tomonga engashganda og'riq kuchayadi. Ko'krak qafasini yon tomonda siqqanda, taxtakachlaganda plevral og'riq yo'qoladi.

Paypaslash ovoz titrashini aniqlashda ayniqsa ko'p qo'llaniladi va muhim ahamiyatga ega. Bu sezgi vrach qo'lini bemorning ko'krak qafasiga qo'yganda bemor baland ovozda "r" harfi so'zlarni aytganda ovoz tebranishi ko'krak qafasi orqali qo'lga beriladi. Ovoz boylamining tebranishi havo bilan bronxlarga, bronxiolalarga va ko'krak qafasiga beriladi. Normada erkaklarda ayollarga nisbatan kuchliroq bo'ladi. Yo'g'on ovozli ayollarda va bolalarda umuman sezilmaydi.

Ko'krak qafasining yuqori qismida, ayniqsa o'ng tomonda tebranish kuchliroq, chunki Bronx qisqa bo'lib, halqumdan tovush tebranishini o'tkazishga yaxshi sharoit yaratadi. Chap tomonda va pastki qismida tovush tebranishi kuchsizroq bo'ladi. Bunday holatni tovush tebranishi aniqlashda hisobga olish kerak. O'pka to'qimasining zichligi oshganda tebranish kuchayadi, chunki zich to'qima tovushni yaxshi o'tkazadi (o'pkaning krupoz yallig'lanishida, sil, ekssudativ plevritda). Tovush tebranishining susayishi holsiz kasallarda tovushning pasayishi hisobiga, tovush bog'lami shikastlanganda, plevral bo'shliqda havo yoki suyuqlik to'planganda, Bronx to'silib qolganda, ko'krak qafasi qalinlashganda (shish, teri osti yog' qatlami ko'payganda) ro'y beradi. Paypaslashda ba'zan plevraning dag'al ishqalanish shovqinini va past xirillash tovushini aniqlash mumkin.

Tukillatish

Bu usulning asosida tovush, ya'ni aniq fizik hodisa yotadi. Tovush, bu borliqning to'liq holatida tarqladigan tebranish harakatidir. Turli jismlarning tebranish harakati bir xil emas, ular jismning cho'ziluvchanlik xususiyatiga bo'g'liq. Muvozanatdan chiqqan jismning tebranishi tebranish kengligiga, tezligiga va davomligiga ega.

Tovush ma'lum tezlikda hosil bo'ladi. Bizning qulog'imiz tebranish tezligi 1 daqiqada 16 dan 38000 (gs) gacha bo'lgan tovushlarni qabul qiladi. Tebranish qancha tez bo'lsa, tovush shuncha baland, u qancha sekin bo'lsa, tovush shuncha past eshutiladi. Tovush kuchini tebranish kengligianiqlaydi. Bir xil kuch bilan urganda devori cho'ziluvchan, havoli a'zolarida baland tovush vujudga keladi, masalan, o'pka, me'da va boshqa a'zolarida. Zich a'zolarida esa, masalan, jigar, yurak tukillatish bilan muvozanatdan chiqarilganda kichik kenglikdagi tebranishni beradi yoki past tovush beradi. Tovushning davomligiga tebranish harakatining uzoq har xil bo'ladi.

Shunday qilib, tovushning davomligi va sekin so'nishi, o'pkaning tukillatish va qisqa tovush hamda uning tez so'nishi havosiz a'zo va to'qimalarni tukillatish orqali hosil qilinadi.

Odamning tanasi turlicha xususiyatga ega bo'lgan a'zoldan tuzilganligi uchun, har xil joylarni tukillatish bir – biridan kengligi, tezligi davomligi bilan farq qiluvchi har xil tovushlarni vujudga keltiriladi. Bu ayniqsa ko'krak qafasiga tegishli, unda havoli (o'pka) va havosiz zich a'zolar (jigar, yurak) bor.

Agar tukillatishda bir xil bo'lsa, tovushning o'zgarishi tukillayotgan tana zarrachalariga bog'liq bo'ladi.

Shunday qilib, havoning kam yoki ko'pligi va zichlik darajasi qarab biz tana qismlarining fizik holatini aniqlash mumkin. Tukillatish usuli Gippograt (Buqrot) davridan boshlab qo'llanib kelinadi. Bu usul orqali qorinda yig'ilgan suyuqlik (atsit) uning damlanishdan (meteorizm) farqlanganlar.

Keyinchalik bu usul butunlay esdan chiqarilib, bir necha asrlar davomida qo'llanilmay kelgan. Tukillatish usulini birinchi marta Vena vrachi Auyenbugger qo'llagan (1761). Bu usul "Ko'krak qafasini tukillatish asosida yashirin ko'krak kasalliklarini aniqlashga imkon beruvchi yangi kashfiyot" traktatida yozilgan. Auyenbugger o'ng qo'l barmoqlarini birlashtirib yarim bukkan holda bevosita ko'krak qafasiga urib tukillatish usulini qo'llagan.

Fransuz klinitsisti Korvizor traktatni fransuz tiliga tarjima qilgan va uni shaxsiy tekshirishlar bilan to'ldirilgan. Bu keyinchalik vrachlarning kundalik ishiga aylanib qolgan. Bu usul keyinchalik turli yo'llar bilan ishlatila boshlandi. Masalan, maxsus metal plastinka plessmetrni ko'krak qafasiga qo'yib barmoq bilan tukillatish, bolg'achani plessmetrga urib yoki barmoqni barmoqqa tukillatish. Oxirgi modifikatsiya qilingan usul (1935) rus klinitsisti G.S. Sokolskiy tomonidan taklif qilingan bo'lib, u keng tarqaldi. Tukillatish usulini ishlab chiqishda ko'pgina taniqli klinitsistlar (S. P. Botkin, G.A. Zaxarin, M. G. Kurlov, N. P. Obratsov va boshqalar) qatnashdilar. Tukillatish usuli bevosita va bilvosita usullarga farqlanadi. Bevosita tukillatish bir yoki bir nechta barmoqni kasalning tanasiga urib bajariladi, hozirgi vaqtda u juda kam qo'llaniladi. Bevosita tukillatishning yana bir turi Obratsov usuli bo'lib, u chertish usulidir. Bunda o'ng qo'l ko'rsatkich barmog'ining yumshoq uchi o'rta barmoqdan sirg'antirilib tukillatiladi. Bilvosita usulda tukillatganda tanaga emas, balki tanaga zich qo'yilgan plessmetrga uriladi. Bu vaqtda tovush baland va tiniq eshitiladi. Hozirgi vaqtda eng ko'p qo'llaniladigan va oddiy usul barmoqni barmoqqa urish hisoblanadi. U qator afzalliklarga ega, bunda vrach asbobga bog'liq bo'lmaydi, barmoq - plessmetrni tananing har qanday yuzasiga o'ng'ay joylashtirish mumkin, bunda akustik ma'lumot sezish bilan birga qo'shib olib boriladi.

Plessimetr – chap qo'lning ko'rsatkich yoki o'rta barmog'I qimirlatmasdan zich qo'yiladi. Bog'acha o'ng qo'lning ko'rsatkich yoki o'rta barmog'I birinchi bo'g'inlari oralig'ida bukiladi. Boshqa barmoqlar ularga tegmaydi. Yuzaga barmoqni tik, qisqa urish kerak. Bu bilan urishning kuchli bo'lishiga va yuzaga qaraganda ko'proq chuqurlikka tarqalishiga erishiladi.

Tovushni to'g'ri baholash uchun 1 emas 2 – 3 marta bir xil kuch bilan, bir xil or'liqda kirish kerak. Lekin urish 2 – 3 martadan ortiq bo'lmasligi kerak, chunki eshitish bo'g'iq bo'lib qoladi.

Chuqur, kuchli, baland va yuzaki kuchsiz va past tukillatishlar farq qilinadi. Chuqur tukillatishda tukillatish tovushi 7 sm gacha chuqurlikka tarqaladi, yuzaki 4 – 6 sm, yuzaki tukillatish chuqurlikkacha, yuzasi esa 3 – 4 sm ga teng bo'ladi. Shikastlangan qismining kattaligi va chuqurligiga qarab birin – ketin chuqur va yuzaki tukillatishlar qo'llaniladi. A'zo yuzaki joylashgan va kam jarohatlangan bo'lsa, uning chegarasini aniqlash uchun kuchsiz (yuzaki) tukillatishni qo'llash foydali bo'ladi. Va aksincha, chuqur joylashgan katta shikastlanishda tovushni taqqoslash maqsadida kuchli (chuqur) tukillatishni qo'llash yaxshiroq. Sekin tukillatish juda sust yoki Goldsheyderning chegara yoki pog'ona tukillatishi bo'lib hisoblanadi. Bunda plessimetr – barmoq to'liq qo'yilmasdan, balki bukilgan bo'g'inning uchi tana yuzasi tegib turadi, urish 1 – oraliqning boshiga to'g'ri keladi va bu Plesh bo'yicha barmoq plessimetr vaziyati deyiladi. Juda sekin tukillatishda tovush uni sezish bo'sag'asigacha pasaygan bo'lib, havosiz tana qismlarini

tukillatganda mutlaqo tovush eshitilmaydi. Havo bir a'zolariga o'tganimizda esa juda past tovush eshitiladi.

Tukillatish solishtirma va topografik tukillatishga farqlanadi.

Solishtirma tukillatishda simmetrik qismlar bir xil sharoitda solishtiriladi. Bular bir xil kuch bilan urish, barmoq plessimetrni bir xil vaziyatda va bir xil kuch bilan bosish, nafasni bir xil fazada ushlash va boshqalar orqali aniqlanadi. Solishtirma tukillatishda ancha kuchli va baland tukillatish qo'llaniladi, tushunarli hollarda ham kuchli, ham kuchsiz, ham o'rtacha, ham juda kuchsiz tukillatish orqali sinab ko'riladi. U holda tukillatish tovushining o'zgarishi haqida aniq ma'lumot olinadi.

Keyin hollarda oldin o'ng, keyin chap va aksincha tukillatish mumkin. Shunda shubhaga o'rin qolmaydi.

Baholash mezonlari №4

Mavzuning nomi	Ball	Baho	Talabning bilim darajasi
Nafas organlari kasalliklari bilan tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, ko'krak qafasini ko'zdan kechirish, palpatsiya. O'pka perkussiyasi, qiyosiy perkussiya.	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsiz	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Uyga vazifa 5, mustaqil ish

Amaliy mashg'ulot №5

Nafas tizimi a'zolarini fizikal tekshirish usullari: o'pka perkussiyasi, qoidalari va bajarilishi. Solishtirma perkussiya. Topografik perkussiya, perkutor tovush va o'pka chegaralarining norma va patologiyada xususiyatlari.

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Studentlar soni: 10 dan 12 gacha
Mashg'ulot formasi	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Sog'lom va nafas a'zolari bilan kasallangan bemorlarni topografik perkussiyasi. Auskultatsiya – ob'ektiv tekshirish usuli sifatida. Auskultatsiya texnikasi va qoidalari. O'pka auskultatsiyasi: asosiy nafas shovqinlari (vezikulyar, bronxial).
Amaliy mashg'ulot maqsadi:	Talabalarga o'pka perkussiyasi va auskultatsiyasini o'rgatish .
O'qitish uslubi	So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma.

O'qitish formasi	Kichik podgruppalarida.
O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundariyasi, proektor, kompyuter.
O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala.

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	10. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 11. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 12. Davomatni nazorat qiladi	
1.O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot slaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
2– asosiy bosqich (160 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlarga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rahbatlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlarga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
1-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

3. Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A)Frontal usuli:

1. Qaysi maqsadda topografik pu\erkussiya qilinadi
2. O'pka Yuqori chegarasini aniqlash texnikasi
3. Krening maydoni nimani baholaydi
4. O'pka pastki chegarasini aniqlash usullari
5. O'pka pastki chegarasini aniqlash usullarini ko'rsating
6. Auskultatsiya usuli va texnikasi
7. Normal nafas shovqinlarini sanab bering
8. Vezikulyar nafasning hosil bo'lish mexanizmi
9. Vezikulyar nafasning fiziologik susayishi
10. Vezikulyar nafasning patologik susayishi
11. Vezikulyar nafasning fiziologik kuchayishi
12. Vezikulyar nafasning patologik kuchayishi
13. Bronxial nafas qanday hosil bo'ladi
14. Bronxial nafas eshitish texnikasi
15. Patologik Bronxial nafas to'g'risida tushuncha
16. Amforik nafas nima

17. Metallik va stenotik nafas nima

18. Vezikulobronxial nafas to'g'risida tushuncha bering?

“Uch pog'onali intervyu” usuli

Har bir gruppada uchta talaba tanlab olinib, ular orasida “vrach”, “bemor” va “ekspert-UASh” rollari bo'linib beriladi. Bemor rolini tanlagan talabaga anonimno diagnozi aytiladi, va u shu diagnozga taaluqli shikoyatlar bildiradi, vrach diagnoz qo'yadi, ekspert UASh shikoyatlar va diagnoz mutanosubligini tekshiradi. Har bir guruh 10-15 daqiqa davomida konsultatsiya qilinadi, ekspert vrach faoliyatini 3 punk bo'yicha tekshiradi:

4. Nima to'g'ri qilindi

5. Nima noto'g'ri qilindi

6. Qanday qilish kerak

Guruh konsultatsiyasi xulosasini ekspert xulosasi bilan taqqoslaydilar.

Boshqa xil turi: talabalar ekspert rovida poliklinikada, haqiqiy konsultatsiyada ishtirok etib, butun guruh bilan analiz qilinadi.

Nafas a'zolari to'g'risidagi hamma auskultativ ma'lumotlar asosiy va qo'shimcha nafas shovqinlariga bo'linadi. Asosiy nafas shovqinlariga vezikulyar, bronxial nafas tiplari kiradi. Qo'shimcha nafas shovqinlariga xirillashlar, krepatitsiya, plevraning ishqalanish shovqini kiradi.

O'pkani eshitish stetoskop, fonendoskop (auskultatsiya vositali) yordamida yoki bevosita quloq (bevosita auskultatsiya) bilan eshitiladi. Auskultatsiyaning turlari va bajarilish qoidasi haqida qo'llanmaning umumiy qismida ma'lumotlar keltirilgan.

Eshitish paytida bemorni vaziyati xuddi perkutor tekshirish usuli holatidagidek bo'ladi. Orqa tomondan eshitish uchun bemorning qo'llari old tomonda yig'ilgan holda ko'krakka qo'yilishi kerak. Shunda kuraklar orasi ochilib, eshitilish sohasi kengayadi. Agar og'ir ahvoldagi bemorlarni vaziyati o'zgartmaydigan bo'lsa, ularni yonbosh tomonga o'girib eshitiladi, agar buning imkoni bo'lmasa fonendoskopni bemorning tagiga quyib eshitiladi. Kamquvvat bemorlarni tik yoki o'tirgan vaziyatda eshitganda bosh aylanishi kuzatiladi. Talabaning vaziyati eshitib ko'rish uchun qulay bo'lishi lozim (bemorning vaziyatini hisobga olgan holda). O'pkadagi patologik jarayonlarni aniqlash uchun qiyosiy perkussiya usulini samarali o'tkazish lozim, ya'ni ko'krak qafasining simmetrik joylari eshitilib ko'riladi va aniq tartibdagi eshitish joylariga amal qilinadi.

Eshitish tartibi. O'pkani eshitishni old tomondan, o'pkaning cho'qqisidan, tovushlar ikkala tomondan taqqoslanadi, keyin fonendoskopni pastqi qismga qo'yiladi.

Keyinchalik qo'ltiq osti va kurak usti, osti, orasi sohalari qiyosiy auskultatsiya qilinadi.

Nafas olganda hosil bo'ladigan tovushlarni eshitishda ularning xarakteriga, kuchiga, o'rniga, nafas fazasiga munosabatiga, ya'ni tovushlar nafas olish yoki chiqarish paytida eshitilishiga ahamiyat beriladi. Olingan ma'lumotlar katta amaliy ahamiyatga ega bo'lib hisoblanadi.

O'pkaning topografik tukillatish. Topografik tukillatishda o'pkaning yuqori va pastki chegaralari, Krening maydoni va o'pka pastki qirralarining harakatlanishi aniqlanadi.

O'pkaning yuqori chegarasini aniqlash. Topografik tukillatishda plessimetr barmoq qidirilayotgan chegaraga yondosh (parallel) qo'yiladi va barmoqning tashqi qirrasidan aniqlanadi.

O'pkaning yuqori chegarasida aniqlash uchun plessimetr barmoq o'mrov suyagiga yondosh qo'yiladi va o'rtasidan yuqoriga va birmuncha ichkariga qarab bo'g'iqroq tovushgacha tukillatiladi. Sog'lom odamlarda o'pkaning uchi o'mrov suyagidan 3 – 4 sm yuqoriga bo'ladi. O'pkaning yuqori chegarasi orqaddan, xuddi shunday pastdan yuqoriga va ichkariga qarab aniqlanadi, plessimetr – barmoq kurak suyagi yuqori qirrasining o'rtasida yondosh qo'yiladi va

bo'g'iqroq tovush hosil bo'lguncha tukillatiladi. Me'yorida bo'lgan o'pkaning yuqori chegarasi orqadan VII bo'yin umurtqasining uchiga mos keladi.

O'pkaning o'ng uchi chap ichiga qaraganda pastroq joylashgan. O'pka uchining kengligi yoki Krening maydoni aniqlanadi. Buning uchun plessimetr barmoq trapetsiyasimon muskulning oldingi qirrasiga, o'pka uchining o'rtasiga tik qo'yilib shu yerdan ichkari va yuqoridagi bo'g'iqroq tovushgacha tukillatiladi. Bunda kengligi 5 – 6 sm (3 dan 8 sm gacha) bo'lgan tiniq o'pka tovushi yo'li hosil bo'ladi. O'pka uchini tukillatilganda sekin yoki juda sekin tukillatishni qo'llash maslahat beriladi va urish sagittal bo'lishi kerak.

Tukillatishda yuqori chegaraning o'zgarishini aniqlash mumkin, kengayishi va yuqoriga ko'tarilishi va o'pka emfizemasida, past turishi burishuvchi jarayonlarda, yopishib qolganda aniqlanadi.

O'pkaning pastki chegarasini aniqlash. O'pkaning yuqori chegarasini aniqlash unchalik qiyin emas, uni - o'ng tomondagi o'pka chegarasini aniqlashdan boshlash osonroq bo'ladi. Buning uchun tukillatish yuqoridan pastga qarab hamma shartli chiziqlar bo'yicha olib boriladi. Chap o'pkaning pastki chegarasi aniqlanganda yurakning joylashishi hisobga olinadi, bu yerda o'pka o'yiqlik hosil qilib va IV qovurg'a yuqorisida to'sh suyagidan gorizontaal chiziq hosil qilib chapga qarab ketadi hamda to'sh suyagiga yaqin chiziqda IV qovurg'a kesib o'tadi va o'rta o'mrov chizig'I bo'yicha VI qovurg'agacha pastga qarab tik tushadi.

O'pkaning me'yordagi pastki chegarasi:

<i>O'ng tomon</i>	<i>Chap tomon</i>
To'sh suyagi oldi chizig'I – V qovurg'a oralig'i	
O'rta o'mrov suyagi chizig'I – VI qovurg'a	
Old qo'ltiq osti chizig'I – VII qovurg'a	VII qovurg'a
O'rta qo'ltiq osti chizig'I – VIII qovurg'a	VIII qovurg'a
Orqa qo'ltiq osti chizig'I – IX qovurg'a	IX qovurg'a
Kurak chizig'I – X qovurg'a	X qovurg'a
Umurtqa oldi chizig'I – XI ko'krak umurtqasi	XI ko'krak
umurtqasi	
o'simtasi to'g'risida	o'simtasi
to'g'risida	

To'sh suyagi old chizig'Iga yurak, qo'ltiq osti old chizig'iga me'da yaqin bo'lganligi sababli ba'zi bir mualliflar (V. Vasilenko) shu chiziqlar bo'yicha chap o'pkaning pastki chegarasini aniqlamaydilar. O'pka pastki chegarasining joylashishi odamning gavda tuzilishi hamda boshqa sabablarga ko'ra turlicha o'zgarishi mumkin.

Asteniklarda o'pkaning pastki chegarasi normosteniklarga nisbatan bir qovurg'a pastroq bo'ladi, gipersteniklarda aksincha, bir qovurg'a yuqori bo'ladi. Homiladior ayollarda o'pkaning chegarasi yuqoriga siljiydi. Patologik holatlarda o'pkaning pastki chegarasi yuqoriga yoki pastga siljishi, u 2 taraflama yoki bir taraflama bo'lishi mumkin.

O'pka pastki chegarasining pastga siljishi quyidagi holatlarda kuzatiladi:

1. O'pka hajmi kattalashganda (o'pka emfizemasi, bronxial astma hurujida).
2. Qorin devoir bo'shashganda, ichki a'zolar pastga siljiganda (vitseroptoz) va ko'krak – qorin muskul to'siq pardasi pastga siljiganda.

Pastki chegaraning bir tomonlama siljishi o'pkaning vicar emfizemasi rivojlanganda, o'pka nafas olishda qatnashishdan orqada qolganda (ekssudativ plevrit, pnevmotoraks, gidrotaks va boshqalar) kuzatiladi.

O'pka pastki chegarasining ikki tomonlama yuqoriga siljishi qorin bo'shlig'ining bosimi ortib ketib, ko'krak – qorin muskul parda to'sig'I yuqori turganda kuzatiladi (keskin semirish, qorin dam bo'lishi, astsit, katta shish va hokazo). O'pka pastki chegarasining bir tomonlama yuqori joylashishi o'pkaning burishish (fibroz) jarayonida yoki plevra (yopishqoq plevrit) hamda plevra bo'shlig'ida suyuqlik yig'ilganda (kasal tomonda) kuzatiladi.

O'pka qirrasini harakatini aniqlash. O'pka qirrasini harakatini aniqlash o'pka pastki chegarasini to'g'ri aniqlashga imkon beradi. Buning uchun o'pkaning pastki chegarasi aniqlangandan so'ng bemordan chuqur nafas olib, uni ushlab turish so'raladi va yana boshqatdan chegara aniqlanadi, so'ngra shu holat chuqur nafas chiqarish orqali bajariladi. O'pka pastki qirrasining harakatlanishi pastga 3 – 4 sm va yuqoriga ham shunchani tashkil qilsa me'yor hisoblanadi.

Eng ko'p harakatlanish kurak va qo'ltiq osti chiziqlarida aniqlanadi, chunki bu yerda plevra sinusi katta bo'ladi. O'pka qirrasining faol harakatlanishidan tashqari, yana uning vaziyatga bog'liq harakatlanishi farq qilinadi. Tik vaziyatdan yotiq vaziyatga o'tganda o'pkaning pastki chegarasi taxminan 2 sm pastga siljiydi, yonboshlagan vaziyatda esa o'pkaning pastki qirrasini erkin tomonga (pasatga) 3 – 4 sm siljiydi.

Og'ir yotgan bemorlarni tekshirganda o'pka qirrasining bu sust harakatini esda tutish kerak.

Patologiyada o'pka pastki qirrasining harakati, o'pka to'qimasining elastikligi susayadi. Bu asosan o'pka emfizemasida, o'pka dimlanishida, uning infiltrativ yallig'lanishida kuzatiladi. O'pka harakatining kamayishi plevra bo'shlig'ining hajmi kichrayganda (sinuslarning) plevritda yoki plevra pardalari yopishib qolganda ham kuzatiladi.

O'pka bo'lagi chegarasini mo'tadil sharoitda aniqlash mumkin emas. Patologik hollatlarda o'pkaning ayrim bo'laklari har xil tovush berishi mumkin (krupoz yallig'lanish, absess). Shu orqali biz kasallikni bir – biridan farq qilamiz.

O'pkani solishtirma tukillatish. O'pkani solishtirma tukillatish fizik, ya'ni anatomik holatini aniqlash imkonini beradi. Bunda tukillatish mutlaqo bir xil sharoitda, qat'iy aniq chegaralariga o'tkazilishi kerak. Bunda goh kuchsiz (yuzaki), goh kuchli (chuqur) tukillatishni qo'llash maqsadga muvofiq. Kuchsiz tukillatishda o'pkadagi chuqur joylashgan o'zgarishlar va aksincha kuchli tukillatishda – yuzaki joylashgan o'choqlar topilmasligi mumkin.

Solishtirma tukillatish quyidagi tartibda olib boriladi: o'pkaning uchi, oldingi yuzasi – qovurg'alar oralig'I tukillatiladi, yonbosh yuzasi (bemor qo'lini ko'tarib boshining ensa qismiga qo'yishi kerak) va orqa yuzasi. Orqa tomondan tukillatish kurak usti qismidan boshlanadi, plessimetr – barmoq gorizontol holda qo'yiladi, kuraklar o'rtasini tukillatganda esa barmoq tik qo'yiladi. Kurak burchagining pastki tomonini tukillatish qovurg'alarga yondosh holda bajariladi, bunda barmoq gorizontol holda qo'yiladi.

Solishtirma tukillatishda quyidagi alohida holatlarga ahamiyat berish kerak:

1. O'pkaning o'ng uchidan chiqadigan tovush chapiga nisbatan birmuncha bo'g'iqroq bo'ladi. Bunga sabab yelka muskuli yaxshi rivojlanganligi va o'ng o'pka uchi chuqurroq joylashganligidir.
2. Yurak yaqin joylashganligi sababli chap tomondagi II – III qovurg'a oralig'idagi tovush birmuncha qisqa bo'ladi.
3. Chap va o'ng qo'ltiq osti qismida ham farq bor: jigar yaqin joylashganligi uchun o'ng tomondagi tovush bo'g'iqroq, me'daga yaqin joylashganligi sababli chap tomondagi tovush timpanik turga yaqin.
4. Havoli o'pka to'qimasining qalinligiga qarab o'pkaning yuqori qismidagi tovush pastki qismidagiga qaraganda qisqaroq va pastroq bo'ladi.

O'pka tovushning patologik sharoitga qarab o'zgarishi. Patologik hollatlarda o'pka tovushi turlicha o'zgarishi mumkin. Ko'pincha tukillatganda tiniq o'pka tovushi bo'g'iq eshitiladi:

1. O'pka to'qimasida havo kamayib zichligi ortganda.

2. O'pkada biror havosiz to'qima hosil bo'lganda.

3. O'pka va ko'krak qafasi orasidagi bo'shliq – plevral bo'shliq suyuqlik bilan to'lganda yoki u yerda zich muhim bo'lganda.

Yallig'lanish jarayonlarida o'pka to'qimasida havo kamayishi kuzatiladi.

O'pkaning krupoz, o'choqli yallig'lanishda, sil infiltratida o'sma natijasida Bronx to'silib qolganda (bunda havo so'rilib o'pka to'qimasi havosiz bo'lib qoladi), o'pka infarktida, o'pkada chandiqlar bo'lganda (pnevmoskleroz, silda) va hokazo.

Tukillatganda o'pkada suyuqlik borligi, o'pka suyuqlik miqdori 400 – 500 ml yetganda, chapda esa oldinroq, Traube bo'shlig'I to'lishi bilan aniqlanadi. Tukillatganda shkastlanishning xususiyati ham aniqlanadi. Masalan, yallig'lanish jarayonlarida (ekssudativ pleuritda) bo'g'iq tovushning yuqori chegarasi Damuazo egri chizig'ini hosil qiladi va u bemor vaziyatini o'zgartirganda o'zgarmaydi, suyuqlik va havo bir vaqtda to'plangan bo'lsa balandlik o'zgaradi. Plevrit natijasida plevra pardasi qalinlashganda hamda plevradan hosil bo'luvchi o'smada bo'g'iq yoki bo'g'iqroq tovush aniqlanishi mumkin.

Bo'g'iq tovush hosil bo'lishi ko'krak qafasi devorining o'zgarishiga bog'liq bo'lishi mumkin: semirganda, ko'krak bezi haddan tashqari rivojlanganda, shish paydo bo'lganda.

Bo'g'iq tovushning tarqalishi, shakli va kattaligi kasallikning xususiyatiga bog'liq bo'ladi. Shikastlanish o'chog'I katta va chuqur bo'lsa, bo'g'iq tovush jadal va keng maydoni egallaydi, kichik o'choqda bo'g'iq tovush kamroq jadalikda bo'lib, kichik maydoni egallaydi. Yallig'lanish o'chog'ining eng kichik o'lchami 3 – 4 sm. U yuzaki joylashgan bo'lsa va ko'krak qafasining qalinligi me'yorida bo'lsa, kasallikni tukillatish bilan aniqlash mumkin deb hisoblanadi.

Quyidagi hollarda o'pkada timpanik tovush aniqlanadi:

1). O'pkada nonormal havoli bo'shliq hosil bo'lganda.

2). Plevra bo'shlig'iga havo yoki gaz to'planganda.

Agar o'pkada hosil bo'lgan bo'shliq o'pka to'qimasining buzilishi yoki parchalanishi (yiring, qon va hokazo to'planishi) natijasida bo'lsa, bo'g'iq tovush aniqlanadi, agar bo'shab havo bilan to'lsa, u holda timpanik tovush aniqlanadi, bu absessda, gangrenada, katta bronxoektazlarda, kovakli silda va boshqalarda kuzatiladi. Agar bo'shliq qisman havo, qisman boshqa narsalar bilan to'lgan bo'lsa, bu holda bo'g'iq tovushning gorizontal pasat – balandligini aniqlash mumkin bo'ladi, u bemor vaziyatini o'zgartirganda o'zgaradi. Bunda Gergard fenomeni deyiladi.

Bo'g'iq timpanik tovush o'pka yallig'lanishining boshlang'ich bosqichida, ya'ni o'pka katachalarida ekssudat yig'ila boshlab havo miqdori kamayganda aniqlanishi mumkin. Bu tovush ekssudat so'rila boshlayotganda ham eshitiladi.

Shuningdek ekssudatli pleuritda ham o'pkaning suyuqlikdan yuqori joylashgan qismi tukillatilganda bo'g'iq tovush aniqlanadi. Chunki plevra bo'shlig'ida to'plangan suyuqlik o'pkaning shu qismini siqb turadi, uning havosi va cho'ziluvchanligi kamayadi. Shunga o'xshash hodisa compressor atelektazda ham kuzatiladi, bunda bronxlar ochiq bo'lib, o'pka to'qimasi siqilgan bo'ladi (masalan, o'smalarda).

O'pkani eshitish (auskultatsiya)

Auskultatsiya usuli yordamida organizmda hosil bo'ladigan tabiiy tovushlar eshitiladi. Bu usuldan qadim zamonlardayoq foydalanganlar. Gretsiyada birinchi bo'lib Buqrot auskultatsiya usulidan foydalangan. U nafas sistemasidagi qator xirillashlarni aniqlagan. Buqrot xirillashlarni qaynab turgan sirka tovushiga o'xshatgan. U gidropnevmotoroksda kuzatiladigan o'ziga xos "Gippograt shapillash shovqini"ni yozgan. Biroq, eshitish usuli amaliy tibbiyotda mashhur frnsuz klinitsisti Rene Laenek kashfiyotidan so'ng kiritilgan.

1819 yilda R. Laenekning "O'pka va yurak kasalliklarini vositali eshitishdan qo'llanma" nomli kitobi bosib chiqarildi. Dastlab u karnayga o'xshatib o'ralgan daftardan foydalangan, so'ngra

silindrsimon trubkadan foydalangan, keyinchalik tekshiruv asboblari takomillashib hozirgi stetoskop yaratildi.

Rossiyada auskultatsiya usuli juda tez yoyildi. Undan (S. Botkin, G. Zaxarin, Obrazssovlar birinchilar qatorida foydalanganlar).

Qattiq va egiluvchan stetoskopning ham qator o'ziga xos afzalliklari va kamchiliklari bor. Jumladan, qattiq stetoskopda tovushning xususiyati kam o'zgaradi, qo'shimcha shovqinlari kam eshitiladi, lekin vrach va bemor uchun bir oz noqulay.

Egiluvchan stetoskop vrach uchun ham, bemor uchun ham qulay, u tovushni bir muncha kuchaytiradi, ammo shu bilan birga qo'shimcha shovqinlar eshitilishiga imkon beradi, u yuqori tovushga nisbatan past tovushni yaxshi o'tkazadi.

Auskultatsiyada asosiysi eshitishni bilish va uni to'g'ri baholashdir.

Auskultatsiya usuli usuli juda oddiy bo'lishi bilan birga ma'lum sharoitlarga rioya qilishni talab qiladi.

1. Xonada tinchlik va osoyishtalik bo'lishi.
2. Bemor yarim yechingan bo'lishi kerak, chunki qo'shimcha shovqinlar eshitilishi mumkin.
3. Xona harorati o'rtacha bo'lishi kerak.
4. Ko'krakdagi junlar hameshitilish o'zgarish kiritishi mumkin, ular o'sib ketgan bo'lsa, ho'llash yoki qirib tashlash kerak.
5. Bemor va vrach bir – biriga qulay vaziyatga turishi kerak.
6. Iloji boricha bir xil stetoskopdan foydalanish zarur.
7. Diqqat – e'tiborni faqat bemorni eshitishga qaratish lozim.
8. Bemorning nafas olishi va nafas chiqarishini oxirigacha eshitish zarur.

O'pkani eshitganda shovqinning xususiyatiga, kuchiga, joylashishiga, tarqalishiga, nafas davrlariga e'tibor berish lozim. Eshitish tartibi taxminan tukillatishga o'xshash, old tomonda o'pka uchidan qo'ltiq osti chuqurchasigacha (bemorning qo'li boshda turishi kerak), orqa tomonda kurakning usti, o'rtasi va osti yuzalari eshitiladi.

Eshitish smetrik qismlarda bajarilib, bir – biri bilan solishtiriladi. Og'ir yotgan bemorlarda ularni charchatib qo'ymaslik uchun tez mo'ljalli eshitish usuli qo'llaniladi.;

Nafas olishda o'z – o'zidan hosil bo'ladigan asosiy nafas shovqinlari o'zining xususiyatiga ko'ra 2 xil bo'lishi mumkin: vezikulyar va bronxial nafas.

Bronxial nafas. Eshitishda oldinda – to'sh suyagining yuqori qismida, bo'yinning pastki qismida, xalqum va kekirdak ustida, orqada esa VII bo'yin umurtqasidan to III – IV ko'krak umurtqasigacha, o'zining xususiyatiga ko'ra nafas chiqarganda "X" harfini talaffuz qilgandagi kabi nafas shovqini eshitiladi, shu bilan birga nafas chiqarish baland, uzoqroq va dag'alroq bo'ladi.

Nafas hosil bo'lish mexanizmi: havo ovoz yorug'idan – halqum va kekirdakdan o'tayotganda uning aylanma harakati vujudga keladi, bu nafas olishda ovoz bog'lamlari ustida, nafas chiqarishda esa uning ostida hosil bo'ladi. Nafas chiqarayotgan ovoz yorug'I ancha kichrayishi sababli tovush ancha uzoq, dag'al va qattiq eshitiladi.

Nafas olish faol jarayon bo'lganligi uchun nafas chiqarishga nisbatan tezroq bo'ladi. Bunday nafasga laringotraxeal (hosil bo'lish mexanizmiga qarab) yoki bronxial nafas deyiladi.

Vezikulyar nafas. Ko'krak qafasining qolgan qismlarida boshqa xususiyatli shovqin eshitiladi. Bunda yumshoq, puflovchi, "F" harfini talaffuz qilayotgandagi kabi shovqin (payoladagi choyni sovutayotgandagi shovqin) eshitiladi.

Bu tovush bronxial shovqinga qarama – qarshi o'laroq nafas olishda uzoqroq va kuchliroq eshitiladi.

Vezikulyar nafasning hosil bo'lish mexanizmi: u o'pka parenximasi alveolarida hosil bo'ladi. Nafas olishda alveola havo bilan to'lib uning devor to'g'rilanadi, natijada undagi elastic elementlar

tebranishi tufayli alveolyar hosil bo'ladi. Alveolalar muntazam ravishda to'lib borganligi uchun juda ko'p tovushlarning ma'lum miqdordagi yig'indisi vujudga keladi va natijada tovush eshitiladi. Nafas chiqarishda alveola devorlarining tebranishi tez so'nadi. Vezikulyar nafasning kuchi sog'lom odamlarda bir xil bo'lmasligi mumkin. U ko'krak devoir to'qimasining qalinligiga, nafas harakatining kuchi va qator boshqa omillarga bog'liq. Shuningdek u yoshga, jinsga va odamning jussasiga bog'liq bo'ladi. 12 – 14 yoshgacha bo'lgan bolalarda vezikulyar nafas birmuncha kuchliroq, aniq eshitiladi. Bu ko'krak devorining yupqaligi va bronxlarning nisbatan torligi natijasidir. O'smirlarda vezikulyar nafas kattalarga nisbatan birmuncha kuchliroq eshitiladi.

Ayollarda vezikulyar nafas erkaklarga nisbatan ancha kuchli. Asteniklarda vezikulyar nafas gipersteniklarga nisbatan kuchliroq eshitiladi. Bir odamning o'zida o'pkaning har xil qismlarida vezikulyar nafas turlicha eshitiladi. Ba'zan o'ng o'pka uchida vezikulyar va bronxial nafas o'rtasida bronxovezikulyar yoki aralash nafas eshitiladi. Eshitganda, tukillatganda va paypaslaganda bu farqni esda tutish kerak. Agar eshitganda chap tomondan nafas kuchliroq, tukillatganda bo'g'iqroq va paypaslashda ovoz titrash kuchi kuchliroq bo'lsa, bu patologiya belgisi bo'lib hisoblanadi.

Vezikulyar nafas kuchayganda va susaygan bo'lishi mumkin. Vezikulyar nafasning kuchayishi quyidagi hollarda kuzatiladi: chuqur nafas olganda o'pka ventilyatsiyasi kuchayganda, jismoniy harakatdan so'ng, harorat ko'tarilganda, mayda bronxlarning yallig'lanishi natijasida torayishi (bronxit) yoki qisilishi (bronxial astma) oqibatida va hokazo.

Vezikulyar nafasning kuchayishi 2 tomonlama yoki bir tomonlama bo'lishi mumkin. Masalan, sog'lom tomonda nafasning kompensator (qoplami) kuchayishi qarama – qarshi tomonda o'pkani butunlay yoki qisman nafas olishda qatnashmayotgani belgisidir.

Kuchayish nafas olishning ikkala davriga, ya'ni nafas olish va chiqarishga yoki uning bitta davriga, ko'pincha chiqarishga taaluqli bo'lishi mumkin. Nafas chiqarishning kuchayishi ko'pincha uning uzayishi bilan ham ifodalanadi. O'pka to'qimasining cho'ziluvchanligi kamayganda yoki mayda bronxlar qisilib nafas chiqarish qiyinlashganda (bronxit, bronxial astma) vezikulyar nafasning uzayishi kuzatiladi. Bu vaqtda uzaygan nafas chiqarish o'pkaning hamma yuzasiga eshitiladi. Agar bu o'zgaragan nafas chegaralangan qismda eshitilsa, unda yallig'lanish jarayoni kichik qismda ekanligidan dalolat beradi. Masalan, sil kasalligida o'pkaning chap cho'qqisi shikastlanishi. Mabodo nafasning ikkala davrida nafas olish va chiqarish kuchaygan bo'lsa, bunday nafas dag'al nafas deyiladi, xususiyatiga ko'ra u ancha dag'al bo'ladi, bir tekisda bo'lmaydi. Bu bronx va bronxiola devorlarining kuchli shishishi natijasida bo'shlig'ining noto'g'ri qisilishida yoki o'pka to'qimasining zichlanish o'chog'inormal qismlari bilan almashinib kelganida (bronxopnevmoniya) eshitiladi.

Bronxial nafas. Fiziologik sharoitda kekirdakning yuqori qismida va halqum ustida bronxial nafas eshitiladi. Eshitish maydoni ba intensivligi asteniklarda gipersteniklarga nisbatan ko'proq bo'lib, bu ularning anatomik xususiyatlari bilan bog'langan. Agar bronxial nafas bu qismlardan boshqa joyga eshitilsa, u patologik holat bo'lib, o'pka to'qimasi zichlanganligini bildiradi. O'pka to'qimasining zichlanishiga sabab infiltratsiya hosil bo'lishi, o'pkaning qon bilan to'lishi (infarkt), o'pkaning bosilishi ekssudativ plevrit va o'smalardir.

Shikastlangan sohaning katta – kichikligiga qarab nafas ham o'zgaradi. Agar shikastlangan sohaning diametri 2 – 3 sm bo'lsa u yuzaki joylashsa uni aniqlash mumkin bo'ladi.

Bronxial nafas patologik bo'shliqlar ustida ham eshitiladi. Masalan, o'pka to'qimasini chiriganda (sil kavernasi, absess, qorason) yoki bronx bo'shliqlari kengayganda (bronxoektaziya). Zotiljam o'chog'I bir – biri bilan qo'shilib ketganda ham bronxial nafas eshitiladi.

Agar bronxial nafas o'pka to'qimasining ezilishi hisobiga kelib chiqqan bo'lsa, u kuchsiz, uzoqdan eshitilayotgandek bo'ladi. Bunday nafas ekssudativ plevritda kuzatilishi mumkin. Ekssudativ

plevritda bronxial nafas ko'pincha bo'g'iqroq, umurtqaga yaqin joyda, o'pka to'qimasining suyuqlikdan ezilgan qismida eshitiladi.

Amforik nafas katta kavernalar – bronxoektazlar ustida eshitiladi. Bu tovushni bo'sh grafinga yoki shishaga puflab hosil qilingan tovushga o'xshatish mumkin. Yana metalga urgandek tovush farqlanadi. U amforik nafasdan balandligi va jarangdorligi bilan farq qiladi. Bunday nafas silliq va tarang devorli, Bronx bilan tutashgan, havo bilan to'lgan katta kavernalar ustida eshitiladi. Ochiq pnevmotorakslarda plevra bo'shlig'I atrofdagi havo bilan tutashgan bo'lsa va havo katta bosim ostida bo'lmasa shunday tovush eshitiladi.

Nafas keskin susaygan bo'lsa va bunda nafas shovqinlari xususiyatini aniqlash imkoni bo'lmasa, bu holda aniq bo'lmagan nafas deyiladi. U o'ta madorsizlangan bemorlarda kuzatiladi, quruq plevritda nafas harakati chegaralangan, og'riq eng ko'p joyda eshitiladi.

Baholash mezonlari №5

Mavzuning nomi	Ball	Baho	Talabning bilim darajasi
Sog'lom va nafas a'zolari bilan kasallangan bemorlarni topografik perkussiyasi. Auskultatsiya – ob'ektiv tekshirish usuli sifatida.	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
Auskultatsiya texnikasi va qoidalari. O'pka auskultatsiyasi: asosiy nafas shovqinlari (vezikulyar, bronxial).	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsiz	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Uyga vazifa 6, mustaqil ish

Amaliy mashg'ulot №6

O'pka auskul'tasiyasi. Texnika va qoidalari. Asosiy (bronxial va vezikulyar) va qo'shimcha (xirillash, krepitasiya, plevra ishqalanish shovqini) nafas shovqinlari. Zamonaviy tekshirish usullari. Rentgenologik tekshiruv usullari: bronxoskopiya, bronxografiya, tomografiya. O'pkani funksional tekshiruv usullari: spirometriya, spiroografiya, pnevmatometriya. Balg'amni tekshirish.

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Studentlar soni: 10 dan 12 gacha
Mashg'ulot formasi	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	O'pka auskultatsiyasi: qo'shimcha nafas shovqinlari (quruq va nam xirillashlar, krepitatsiya va plevra ishqalanish shov-qini). Diagnostik ahamiyati. Bronxofoniya. Nafas organlari bilan kasallangan bemorlarni funksional-instrumental tekshirish usullari: spirometriya, pnevmotometriya, oksigemo-terapiya. O'pkalarni

	rentgenologik tekshirish metodlari, bronxoskopiya, bronxografiya, tomografiya. Diagnostik ahamiyati.
Amaliy mashg'ulot maqsadi:	Talabalarga qo'shimcha nafas shovqinlari (quruq va nam xirillashlar, krepitatsiya va plevra ishqalanish shov-qini) haqida tushuncha hosil qilish. Nafas organlari bilan kasallangan bemorlarni funktsional-instrumental tekshi-rish usullari bilan tanishtirish.
O'qitish uslubi	So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma.
O'qitish formasi	Kichik podgruppalarida.
O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter.
O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala.

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	13. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 14. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 15. Davomatni nazorat qiladi	
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
2 – asosiy bosqich (160 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rahbatlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga b'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
1-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

3. Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

1. Qanday patologik nafas shovqinlarini bilasiz
2. Quruq xirillashning xosil bo'lishi va xarakteri
3. Nam xirillashning xosil bo'lishi va xarakteri
4. Krepitatsiyaning xosil bo'lish mexanizmi
5. Mayda pufakchali nam xirillashlar bilan krepitatsiyaning farqi
6. Qaysi patologik hollarda plevraning ishqalanish shovqini Yuzaga keladi

7. Plevroperikardial shovqin nima
8. Quruq va nam xirillashning diagnostik ahamiyati
9. Krepitatsiya va plevranning ishqalanish shovqinining diagnostik ahamiyati
10. Bronxofoniya nima
11. Qanday hollarda bronxofoniya kuchayadi, diagnostik ahamiyati
12. Qanday hollarda bronxofoniya susayadi, diagnostik ahamiyati
13. Spirometriya nima
14. Pnevnotahometriya tug'risida tushuncha bering
15. Oksigenoterapiya tug'risida tushuncha bering
16. O'pkalarni rengenografiyasi va rengenoskopiyasi
17. Bronxoskopiya va bronxografiyaning diagnostik ahamiyati
18. O'pkalar tomografiyasining diagnostik ahamiyati

“Ari uyasi” usuli

Bu usulda muammo butun guruh bilan yoki ikkita kichik guruhla bilan tahlil qilinadi. Beriladigan vazifa butun guruh uhun bir, yoki ikkita guruhga har xil vazifalar berilishi mumkin. 10 -15 daqiqa ichida guruh ishtirokchilari vazifa yechimini tahlil qilib, bir birlariga doklad qiladilar. Ular ichidan eng yaxshi variant tanlab olinadi.

Nafas a'zolari to'g'risidagi hamma auskultativ ma'lumotlar asosiy va qo'shimcha nafas shovqinlariga bo'linadi. Asosiy nafas shovqinlariga vezikulyar, bronxial va boshqa nafas tiplari kiradi. Qo'shimcha nafas shovqinlariga xirillashlar, krepitatsiya, plevranning ishqalanish shovqini kiradi.

O'pkani eshitish stetoskop, fonendoskop (auskultatsiya vositali) yordamida yoki bevosita quloq (bevosita auskul-tatsiya) bilan eshitiladi. Auskultatsiyaning turlari va bajarilish qoidasi haqida qo'llanmaning umumiy qismida ma'lumotlar keltirilgan.

Eshitish paytida bemorni vaziyati xuddi perkutor tekshirish usuli holatidagidek bo'ladi. Orqa tomondan eshitish uchun bemorning qo'llari old tomonda yig'ilgan holda ko'krakka qo'yilishi kerak. Shunda kuraklar orasi ochilib, eshitilish sohasi kengayadi. Agar og'ir ahvoldagi bemorlarni vaziyati o'zgaraydigan bo'lsa, ularni yonbosh tomonga o'girib eshitiladi, agar buning imkoni bo'lmasa fonendoskopni bemorning tagiga quyib eshitiladi. Kamquvvat bemorlarni tik yoki o'tirgan vaziyatda eshitganda bosh aylanishi kuzatiladi. Talabning vaziyati eshitib ko'rish uchun qulay bo'lishi lozim (bemorning vaziyatini hisobga olgan holda). O'pkadagi patologik jarayonlarni aniqlash uchun qiyosiy perkussiya usulini samarali o'tkazish lozim, ya'ni ko'krak qafasining simmetrik joylari eshitilib ko'riladi va aniq tartibdagi eshitish joylariga amal qilinadi.

Eshitish tartibi. O'pkani eshitishni old tomondan, o'pkaning cho'qqisidan, tovushlar ikkala tomondan taqqoslanadi, keyin fonendoskopni pastqi qismga qo'yiladi.

Keyinchalik qo'ltiq osti va kurak usti, osti, orasi sohalari qiyosiy auskultatsiya qilinadi.

Nafas olganda hosil bo'ladigan tovushlarni eshitishda ularning xarakteriga, kuchiga, o'rniga, nafas fazasiga munosabatiga, ya'ni tovushlar nafas olish yoki chiqarish paytida eshitilishiga ahamiyat beriladi. Olingan ma'lumotlar katta amaliy ahamiyatga ega bo'lib hisoblanadi.

Boshqa tibbiyot mutaxassislari bilan maslahatlashish.

Bemor haqida boshqa tibbiyot xodimlaridan navbatchilik ish paytida axborot olish usuli bo'lib, yozuvlarni va kartalarni ko'zdan kechirish yoki kasallik tarixini o'rganish, shuningdek og'zaki axborot olish hisoblanadi. Bemorni kartochkasi yoki kasallik tarixi bilan tashxislash lozim,

unda ko'zdan kechirish haqida ma'lumotlarni, laborator va diagnostik tekshirish natijalarini, har xil talabalik yozuvini va maslahatchi mutaxassislar yozuvining oldingi davolangandagi ma'lumotlarni o'rganish muhim sanaladi. Hamma vaqt ham bemor bilan bir marta muloqot qilib uni ahvolini baholash qiyin, talaba bemorni ahvolini baholashida ilgari olingan ma'lumotlarga hamda boshqa mavjud bo'lgan tibbiy ma'lumotlar asosida baholaydi.

Bemor haqida axborot yig'ishda uni tibbiy yozuvlarni ko'zdan kechirishdan tashqari parvarish jarayonida ishtirok etadigan tibbiyot xodimlari jamoasi boshqa tibbiyot xodimlar bilan maslahatlashishlari lozim bo'ladi. Vaziyatdan keyin kelib chiqib talaba dietolog-vrach, fizioterapevt yoki boshqa mutaxassislar bilan birgalikda bemorga tegishli ma'lumotlarni o'rganadilar.

Nafas tizimi xastaliklarida bemorlarni instrumental tekshirish usullari.

Rentgenologik tekshirish. Rentgenologik tekshirish rentgenoskopiya (obyekt tasvirini ekranda hosil qilish) va rentgenografiya (tekshirilayotgan obyekt tasvirini yorug'lik sezadigan materialga tushirib, rasmini olish)ni o'z ichiga oladi. Rentgen apparati rentgen trubkasi, shtativ, kuchlanish transformatori va yuqori voltli transformatoridan iborat bo'ladi. Shishadan tayyorlanadigan va ballon shaklida bo'ladigan rentgen trubkasiga ikkita elektrod: katod va anod kavsharlangan. Katodda volfram spiraldan iborat bo'lib u transformator yordamida 2500°C ga qadar qizdiriladi. Qizdirish natijasida katoddan elektronlar uchib chiqadi, bular katod bilan anod o'rtasidagi kuchlanish katta bo'lganligidan harakati kuchayib, juda katta tezlik oladi. Elektronlar anod moddasiga urilib, keskin tormozlanadi, shuning natijasida qisqa to'lqinli elektromagnit nur — rentgen nurlari hosil bo'ladi. Rentgen apparati shifokorni shu nurlar ta'siridan saqlash uchun himoyalovchi sistema bilan ta'minlangan.

Nemis olimi Konrad Rentgen tomonidan 1896 yilda kashf etilgan shu nurlarning uchta xossasi mavjud: ular ko'zga ko'rinadigan nurlar mutlaqo o'ta olmaydigan jismlar orqali o'tib ketaveradi va ularga qisman yutilib qoladi; ba'zi moddalarning porlashiga (shu'la sochishi, flyuorestsentsiyaga) sabab bo'ladi; fotografik plyonka va plastinkalaridagi kumush bromidini parchalaydi. Bu nurlarning shu xossalari rentgenoskopiya bilan rentgenografiyaga asos bo'ladi. Tananing nurga solib ko'rilishi kerak bo'lgan qismlari nur manbai bilan ek-ran orasida turishi kerak. Ekran shu'lalanuvchi (flyuores-tsentsiyalanadigan) modda bilan qoplangan kartondir.

Odam organizmidagi turli organlar va sistemalarni rentgenologik yo'l bilan tekshirish rentgen nurlarining har xil zichlikdagi muhitlar orqali har xil darajada o'tish xossasiga asoslangan. Qanday bo'lmasin biror organning zichligi nechog'li yuqori bo'lsa, rentgenoskopiya mahalida ekranga tushadigan yoki rentgenografiya mahalida rentgenogramмага tushadigan soyasi shuncha quyuqroq bo'ladi.

Odamning to'qima va organlari har xil zichlikda bo'lib, rentgen nurlarini har xil darajada yutadi. Zich jismlar, tanalar hammadan ko'ra katta, yumshoq to'qima va havo hammadan kam zichlikka ega bo'ladi. Shu munosabat bilan suyaklar nurga solinganda ekranga ancha qora bo'lib tushsa, tomirlar dastasi, jigar quyuq soya beradi.

Havo rentgen nurlarini juda kam yutadi. Shuning uchun ichida havo bo'ladigan organlar nurga solinganida yorug' joylar hosil bo'ladi. Ularning nechog'li yorug' bo'lishi havo miqdoriga bog'liqdir. Suyuqlik ham rentgen nurlarini ko'p yutadi: suyuqlikdan tushadigan soya quyuqligi uning miqdoriga to'g'ri proporsionaldir.

Odam tanasining qaysi bo'limlarida qo'yishni organlar har xil zichlikda bo'lib, shu tufayli bu organlarni oson ajratib olishga imkon ochadigan tabiiy kontrastlik yuzaga keladigan bo'lsa, o'sha bo'limlarni rentgenologik yo'l bilan tekshirish hammadan ko'ra ko'proq ma'lumot beradi. Ko'krak qafasi rentgenoskopiya qilinganida ana shunday tabiiy rentgenologik kontrast ko'riladi, bunda zich bo'ladigan yurak va yurak tomirlar to'qimasi ichida havosi bor, ya'ni zichligi kam

bo'ladigan o'pka bilan o'ralib turadi, shuningdek skelet rentgenoskopiyasi qilinganida ham shunday hodisa kuzatiladi, tarkibida mineral tuzlar bo'ladigan zich skelet suyaklari zichligi kamroq bo'ladigan muskullar bilan o'ralib turadi. Shunday qilib, yurak bilan o'pkani to'g'ridan to'g'ri ekranda yoki rentgenogrammada tekshiraverish mumkin ekan. Zichligi jihatidan atrofidagi organ va to'qimalardan farq qilmaydigan organ va sistemalarni rentgenologik tekshirishga kelganda ish qiyinroq bo'ladi. Bu gap qorin bo'shlig'i a'zolari bilan qizilo'ngachni, bosh miyani tekshirishga ta'luqlidir. Bunday hollarda sun'iy kontrastlash usulidan foydalaniladi.

Rentgenokontrast moddalar rentgen nurlari kashf qilinganidan keyin ko'p o'tmay taklif etilgan. Bu usul - bilan avval hazm organlari tekshiriladigan bo'ldi, keyin boshqa a'zo va tizimlar ham tekshirila boshladi. Rentgenodiagnostikada ishlatiladigan rentgeno-kontrast moddalar ikki guruhga bo'linadi.

1. Nisbiy zichligi yuqori bo'ladigan rentgenokontrast moddalar, bular rentgen nurlarini tutib qolib, tekshirilayotgan a'zoning atrofidagi to'qimalardan ancha quyuqroq bo'ladigan soyasini tushiradi. Hozirgi vaqtda asosan yod va bariy birikmalari qo'llaniladi.

2. Nisbiy zichligi tekshirilayotgan organdan kam bo'ladigan va rentgen nurlarini oson o'tqazib yuboradigan rentgenokontrast moddalar, bu moddalarning rentgen nurlarini shu tariqa oson o'tqazib yuborishi ularning fonidagi boyagi organni ko'rishga imkon beradi.

Bularga kislorod, geliy, azot (II)-oksid, karbonat anhidrid gazi kiradi. Amalda kisloroddan hammadan ko'ra ko'proq foydalaniladi.

Kontrastlash usullari rentgenokontrast moddaning qay tariqa yuborilishiga qarab 3 guruhga bo'linadi:

1) rentgeno-kontrast modda odam tanasining tabiiy yo'llari (teshiklari) dan yuboriladi;

2) rentgenokontrast modda qon oqimiga yuboriladi;

3) rentgenokontrast modda to'g'ridan to'g'ri to'qimalarga, a'zolariga va tutash bo'shliqlarga yuboriladi. Kontrastlash usuli hazm a'zolarini (qizilo'ngach, me'da, ingichka va yo'g'on ichakni) tekshirish uchun qo'llaniladi, buning uchun bariy sulfatning suvdagi emulsiyasidan foydalaniladi, bemorga shu emulsiya ichiriladi yoki klizma qilib yuboriladi. Traxeya bilan bronxlar (bronxografiya), qovuq, (tsistografiya), ko'ks oraliq'i (mediastinografiya), burun bo'shliqlari (rinografiya), burun oldi bo'shliqlari (qo'shimcha bo'shliqlar) ham shu usul bilan tekshiriladi.

Organizmdagi ko'pgina qo'shni a'zolar bir xil zichlikka ega bo'ladi. Odatdagi rentgenoskopiyada bularning soyalari bir-biriga qo'shilib ketadi, bu tekshirishning foydasini kamaytirib yuboradi. Lekin shunday hollarda ham tekshirilayotgan a'zoga rentgenokontrast modda yuborish yo'li bilan shu a'zo va atrofidagi a'zolar hamda to'qimalar o'rtasida rentgen ekрани yoki rentgenogrammada keskin tafovutni aniqlash mumkin. Ichi bo'sh, kovak bo'ladigan a'zolariga — me'da, ichak, qorin bo'shlig'iga ba'zan havo yuboriladi, bu - havoli a'zo bilan qo'shni a'zolar o'rtasida kontrast hosil qilishga imkon beradi.

A'zolar ko'pincha har xil sathlarda qavat-qavat bo'lib joy oladi yoki bir-biriga zich taqalib turadi. Bunday hollarda nur beriladigan bo'lsa, barcha organlarning ko'lankasi tushaveradi. Mana shu ko'lanka bir-biriga zich taqalib turgan a'zolar soyalarining qo'shilib ketishi natijasidir. Masalan, o'pka nurga solib ko'rilganda pastki bo'limlari uchlaridan ko'ra yorug'roq bo'lib ko'zga tashlanadi, lekin bunda yorishishning sababi ikkala holda ham bitta, ya'ni havodir. O'pka uchlarining kamroq yorishib ko'rinishi havo miqdoriga bog'liq bo'lmasdan, balki yelka mushaklarining qalininga qavat bo'lib turishiga ham bog'liqdir.

Soyalarning ustma-ust tushishiga yo'l qo'ymaslik uchun rentgenologik tekshirish qiyshiq yoki yonlama proyeksialar (yo'nalishlar)da olib boriladi. Qiyshiq proyeksiyada tekshirishda nurga solinayotgan joyning katta-kichikligini, shuningdek undagi patologik o'zgarishlarni aniqlab olsa bo'ladi. Bu shunga asoslanganki, tasvirlanayotgan a'zo kattaligi undan ekrangacha bo'lgan

masofaga bog'liq, nurga solinayotgan obyekt ekrandan nechog'li uzoqda turadigan bo'lsa, a'zo soyasi shuncha katta bo'lib tushadi. Nurga solinayotgan a'zolarining olgan joylarini aniqlash uchun ham turli proyeksiyalarda tekshirish usullari qo'llaniladi.

Rentgenografiya tekshirilayotgan obyektning yorug'lik sezuvchi materialga (kumush bromidi bilan qoplangan plenkaga) tushirilgan tasvirini olishdan iborat. Rentgen nurlari kumush bromidini parchalaydi. Tananing qanday bo'lmasin biror qismini rentgenografiya qilish uchun rentgen nuri manbai bilan ko'rinadigan nurlardan himoyalangan fotomaterial o'rtasiga surati olinadigan obyekt qo'yiladi; surati olinayotgan obyektning turli muhitlari (havosi, to'qimalari) orqali o'tib, har xil darajada susaygan rentgen nurlari kumush bromidiga har xil ta'sir o'tkazadi, shunga ko'ra fotomaterialda bu birikma har xil tarzda parchalanadi. Surat olingandan keyin fotoplenka yoki plastinka o'chirilib, fiksatsiya qilinadi. Rentgenogrammada zich to'qimalar yorug', yumshoq to'qimalar bilan havo esa qora bo'lib ko'rinadi. Rentgenogramma arziyas patologik o'zgarishlarning ancha batafsil tasvirini olish kerak bo'lgan mahallarda qilinadi. Bunday o'zgarishlar nurga solib ko'rish vaqtida vrach nazardan chetda qolishi, lekin rentgenogrammada aks etadigan bo'lishi mumkin. Turli vaqtlarda olingan rentgenogrammalar protsessning dinamikasini o'rganishga imkon beradi.

Rentgen nurlari fazoda sochiladi, shunga ko'ra nurga solinayotgan joy tasvirining o'lchamlari tekshirilayotgan obyektning chin o'lchamidan katta bo'ladi. Tasvir o'lchamlarini tekshirilayotgan a'zoning tabiiy kattaligiga yaqinlashtirish uchun rentgenologik tekshirish paytida a'zoni ekranga yoki plastinkaga yaqinroq qilib qo'yish zarur. Shunday qilinganda soya kontrasti ham aniqroq bo'lib chiqadi. Tekshirilayotgan a'zoning katta-kichikligi to'g'risida ancha aniq ma'lumotlar olish maqsadida maxsuslashtirilgan rentgenologik usuldan foydalaniladi. Tasvirga olish uchun nurning sochilib tarqalmaydigan, markaziy dastasidan foydalanish kerak. Shu maqsadda tekshirilayotgan a'zo shaklini tushirib olishga imkon beradigan moslama maxsus ekranlardan foydalaniladi.

Flyuorografiya qisqa muddatda ommaviy rentgenologik tekshirish olib borishga imkon beradi. Flyuorografiya uskunasi yordamida olingan tasvir flyuorografiya deb ataladi. O'pkada zimdan o'tayotgan sil jarayonini aniqlash uchun flyuorografiya keng qo'llaniladi. Flyuorografiya mohiyat e'tibori bilan shundan iboratki, o'pkaning ekrandagi rentgen tasviri «FED» apparati bilan rasmga olinadi, keyin esa bu rasm flyuroskopga qo'yilib, tekshirib o'rganiladi. Bir soat mobaynida 100 dona atrofida suratga olish mumkin bo'lai. O'pkaning sil bilan kasallangani topilganida «aniqlashtirib beradigan» rentgeno-gram-malar olinadi.

Harakat qilib turadigan a'zolar — yurak, me'da, yirik to-mirlar, qovurg'alar, diafragma funksiyasi so'nggi yillarda rent-genokimografiya yordamida o'rganilmoqda.

Ko'krak qafasi a'zolarini rentgenologik yo'l bilan tekshirish.

Rentgenoskopiya ko'pchilik hollarda ko'krak qafasi a'zolarini rentgenologik yo'l bilan tekshirishning dastlabki bosqichi bo'lib hisoblanadi. Nafas tizimi kasalliklarini samarali davolash maqsadida to'g'ri va aniq tashxislarga ega bo'lish uchun rentgenografiyadan keng foydalaniladi.

Nurga solib ko'rishning asosiy va hammadan ko'ra ko'p-roq rasm bo'lgan usuli bevosita rentgenoskopiya (ortos-kopiya)dir. Ortoskopiya deganda tik holatda turgan bemorni nurga solib ko'rishni tushunish mumkin. Bemor har xil yo'nalishda nurga solib ko'riladi, ya'ni har xil proyeksiyadan—to'g'ri, yonlama va qiyshiq proyeksiyalardan foydalaniladi. Zarur bo'lsa, bemorlar yuz tuban, chalqancha, yonboshlab yota oladigan mahallarda ularni yotiq, gorizontol holatga qo'yib tekshiriladi.

Ko'krak qafasi nurga solib qaralganida o'pka normada yorug' maydon ko'rinishida bo'ladi, bularda tomirlar, bron-xlarning soyalaridan iborat shakllar ko'zga tashlanadi. Yorug' o'pka maydonlarini qovurg'alardan tushadigan qora soyalar kesib o'tgan bo'ladi. Normal o'pkaning

rentgen tasvirida o'pkaning chetki tomonlari (periferiyasi) o'pka ildizidan ko'ra yorug'roq, uchlari esa ulardagi havo qatlami yupqa hamda qo'l kamari (elka kamari) ustki qismi muskullarining soyasi ustiga tushib turadigan bo'lganidan, qoraroq bo'lib ko'rinadi. Odam chuqur nafas olganida o'pkaning pastki bo'limlari, ulardagi havo qatlami qalinlashuvi hisobiga yanada yorug'roq bo'lib qoladi. Bronxlarning kesmalari qora xossali yorug' to'ga-rakchalar ko'rinishida bo'ladi. O'pkani rentgenologik yo'l bilan o'rganish ba'zi kasalliklarda o'pka maydonlari tiniqligining o'zgarib qolishiga asoslangan. O'pkada havo miqdori ko'payib qolgan mahallarda o'pka maydoni tiniqligi ortadi. Yorug' bo'lib turadigan joylar emfizema, pnevmosklerozda keng, tarqoq bo'lsa, kaverna, abstsessda cheklangan bo'ladi. O'pkadan havo siqib chiqarilgan va o'sma, suyuqlik bilan almashinib qolgan hollarda o'pka naqshi tiniqligi tarqoq yoki chekli ravishda kamayadi yoki yorug' bo'ladigan maydonlar qorayib ko'rinadi. Bronx orqali atrofdagi havoga tutashib turadigan abstsesslar va sil kavernalari bor mahallarda o'pkada suyuqlik hosil bo'ladi: bu abstsess va kavernalar hoshiyali qora kosachalarga o'xshab ko'zga tashlanadi, shu kosachalar ichida suyuqlik miqdoriga qarab har xil balandlikda bo'ladigan gorizontol sath va buning ustida havo pufagiga to'g'ri keladigan yorug' joy bo'ladi.

Rentgenografiya ko'krak qafasi organlarining ahvoliga taalluqli bir qancha muhim tafsilotlarni aniqlab olishga imkon ochadi, chunki rentgenografiya rentgenoskopiyaga qaraganda ahvolni ko'proq oydinlashtirib bera oladi. Rentgenoskopiyada mayda o'choqli soyalar, o'pka naqshining ba'zi o'zgarishlari va boshqalarni ko'z ilg'amay qolishi mumkin. Ko'krak qafasi a'zolarining to'la rentgenologik tekshiruv rentgenoskopiyani ham, rentgenografiyani ham o'z ichiga oladi. Ko'krak qafasi rentgenogrammalari to'g'ri, yonlanma va qiyshiq proyeksiya-larda olinadi

Ko'krak qafasi rentgenoskopiyasi bilan rentgenografiyasi o'pkadagi zichlashib qolgan joylarni (masalan, o'pka raki yoki silida, zotiljam va boshqalar vaqtida) topib olishga, emfizemadan o'pkada ortiqcha havo bo'lib qolganini, ichida havo bor tuzilmalarni (abstsess, kavernani), o'pkada birikti-ruvchi to'qima rivojlanganligi (pnevmoskleroz), plevra bo'sh-lig'ida suyuqlik yoki gaz borligini aniqlab olishga imkon bera-di.

Nafas a'zolarini rentgenologik yo'l bilan tekshirish bronxografiya yordamida olib boriladi. Bronxografiya bronxial daraxtni uning yo'liga rentgenokonstrast modda yuborilganidan keyin tekshirishdir. Bronxografiya usuli qo'llash texnikasi: Halqum anesteziya qilinganidan keyin tekshirilayotgan bronxga kateter orqali rentgenokonstrast modda—yodolipol yuboriladi, keyin esa o'pka surati olinadi.

Bronxografiya bronxoektazlar, o'pkada o'sma bor yoki yo'qligini aniqlab beradi. Bronxoektazlarda rentgenokonstrast modda bo'shliqni to'ldirib, suratda bronxlarning tasvirini ko'rsatib beradi. Bronx yo'lini berkitib turgan o'sma bo'lsa, bronx tasviri to'liq bo'lib chiqmaydi. Bronx «amputatsiyasi» yoki «chultori» deb shunday hollarni aytiladi. Bronxografiyada yuborilgan rentgenokonstrast modda 1-2 kundan keyin so'rilib ketadi, balg'am bilan tashqariga chiqarib yuboriladi.

Tomografiya. Tomografiya rentgenodiagnostikada so'ngi paytlarda juda katta ahamiyatni kasb etdi. Tomografiyada rentgenogrammada butun obyektning tasviri hosil bo'lmay, balki ma'lum bir qavati, shunda ham vrachni qiziqtirayotgan chuqurlikdagi qavatning tasviri hosil bo'ladi. Tomografiya, rentgenstrafiyadan ancha farq qiladi.

Rentgen trubkasi bilan obyekt o'rtasidagi masofani o'zgartirib va har xil sathlardan bir nechta rentgenogramma olib, ketma-ket tushirilgan bir qancha tasvirlar hosil qilish mumkin-ki, bularda obyekt uzunasiga yoki ko'ndalangiga qarab go'yo ayrim bo'laklarga kesib qo'yilgandek bo'lib chiqadi. Tomografiya uchun hozir-bir yo'la 4-5 ta plyonka joylashgan kassetalar qo'llaniladi, bu-bir nechta qavatlar tasvirini bir yo'la tushirib olishga imkon beradi.

Tomografiya asosan o'pkani tekshirishda qo'llaniladi. Interstitsial fibroz o'zgarishlar tagida yoki plevradagi katta-katta tuzilmalar orqasida yashirilib turgan o'pka raki, ko'ks oralig'i o'smasi, kaverna, abstsess, sil, silikoz, bronxoektazlar uning yordamida topib olinadi. Tomografiya ko'zga ko'rinmaydigan bo'shliqlar topografiyasini aniq bilib olishga imkon beradi. Uning yordamida kasallangan joylarga emas, balki ularning qanday chuqurlikda joylashgani ham aniqlanadi.

Bemorlarni bronxografiyaga tayyorlash. Bronxografiya — traxeya va bronxlarning ichki yuzasini kontrast modda bilan to'ldirib, rentgenologik tekshirish usulidir.

Bronxografiyaga ko'rsatmalar: turli bronx va o'pka kasalliklarida patologik jarayonning joylashuvini aniqlash, bronxoskopiyada ko'rishning imkoniyati bo'lmagan bronxlar yuzasini tekshirish, o'pkada o'tkaziladigan jarrohlik muolajasi hajmini aniqlash va boshqalar.

Bemorni tayyorlashda quyidagilarga amal qilinadi:

1. Bemor organizmining tarkibida yod tutgan vositalarga javob reaksiyasini aniqlash uchun oldindan sinama qo'yiladi (bemorga 2—3 kun davomida 1 osh qoshiqdan kaliy yodidning 3% li eritmasidan beriladi).

2. Bemorga tekshiruvning maqsadi va mohiyatini tushuntiriladi.

3. Yiringli balg'am bo'lganda bronxlarni 3-4 kun tekshiruvdan oldin tozalanadi.

4. Tekshiruvdan 30-60 daqiqa oldin teri ostiga fenobarbital (0,1 g), atropin sulfat (0,1 %li-1ml), pipolfen (0,025 g) yuborish buyuriladi.

Kerakli anjomlar: Bronxoskop, steril stol, spirt, salftka, sovun, infeksiyon ignalar, kateter, paxta ushlagich, qisqichlap, 0,1%li tremaikain, dikain, 10% li novokain.

Tekshirishning maqsadiga qarab narkoz yoki mahalliy og'riqsizlantirishdan foydalaniladi. Mahalliy og'riqsizlantirish-ga 2% li dikain, 3-5%li novokain eritmalaridan foydalaniladi.

Bronxlarni kontrast modda bilan to'ldirish maqsadida egiluvchan zondlardan, boshqariladigan kateterlardan foydalaniladi. Tekshiruvni shifokor o'tkazadi.

Tekshirish usullarining sezgirligi spetifitligi va informativligi

Tekshirish usullining sezgirligi ma'lum bir klinik belgining qancha miqdor bemorda borligini aniqlaydi. Masalan, miokard ishemiyasining aniqlash uchun veloergometriyadan oldin va so'ng EKG natijasi 50 dan 80 foizgacha bo'ladi, ya'ni jismoniy zo'riqishdan keyin ishemiya holati haqiqattan 100 ta bemorda qayd qiladiga bo'lsa, veloergometrik probadan so'ng 50-80 nafar bemorda musbat, qolgan bemorlarda psebdo-manfiy natija beradi.

Tekshirish usulining spetsifikligi (sog'lom kontingentni tekshirish asosidahisoblanadi). Spetsifiklik tekshirish usulining xatolar sonini ko'rsatadi. Masalan, mutloq sog'lom kishilar, haqiqatan ham miokard ishemiyasi bo'lmagan holda veloergometrik sinama 100ta tekshirish o'tadigan sog'lom kishilardan 80-95 nafarida manfiy natija beradi, qolgan 5-20 nafarda psebdo musbat bo'ladi.

Tekshirish usulining informativligi miqdoriy jihatdan ushbu metodning hajmi emas, balki shu patologiyada zarurligi inobatga olinadi. Masalan, ko'krak qafasining umumiy rentgenografiyasi "zo'riqish stenokardiyasi tashxisi uchun zaruriy ma'lumot bera olmaydi". Ushbu tashxis uchun EKG veloergometriya sinamasi informativligi yuqori hisoblanadi.

Baholash mezonlari №6

Mavzuning nomi	Ball	Baho	Talabning bilim darajasi
O'pka auskultatsiyasi: qo'shimcha nafas shovqinlari (quruq va nam xirillashlar, krepitatsiya va plevra ishqalanish shovqini). Diagnostik	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi,

ahamiyati. Bronxofoniya. Nafas organlari bilan kasallangan bemor-larni funktsional-instrumental tekshirish usullari: spirometriya, pnevmotaxometriya, oksigemoterapiya. O'pkalarni rentgenologik tekshirish metodlari, bronxoskopiya, bronxografiya, tomografiya. Diagnostik ahamiyati.			tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsiz	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Mustaqil ish. Asosiy va qoshimcha nafas shovqinlari qiyosiy diagnostikasi. Pnevmoniyalar Uyga vazifa. №7

Amaliy mashg'ulot №7

O'pka to'qimasini zichlashish sindromi (Krupoz va o'choqli pnevmoniya misolida). O'pkada bo'shliq sindromi (O'pka abstsessi va bronxoektaz kasalligi misolida). Diagnostika, etiologiyasi va patogenezi. Asosiy davolash prinsiplari

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Studentlar soni: 10 dan 12 gacha
Mashg'ulot formasi	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Laborator tekshiruv: balg'am va plevra suyuqligini tekshi-rish. Bronxlar o'tkazuvchanligini buzilishi sindromi. O'tkir va surunkali bronxitlar diagnostikasi. Chekishni nafas organlariga manfiy ta'siri.
Amaliy mashg'ulot maqsadi:	Talabalarni laborator tekshiruv: balg'am va plevra suyuqligini tekshirish usullari bilan tanishtirish. O'tkir va surunkali bronxitlarni o'rganish.
O'qitish uslubi	So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma.
O'qitish formasi	Kichik podgruppalarida.
O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundariyasi, proektor, kompyuter.
O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala.

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	1. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 2. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 3. Davomatni nazorat qiladi	
1.O'quv mashhulotiga kirish	1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash	

bosqichi (10 daqiqa)	3. Fanni ʻrganishda foydalaniladigan adabiyotlar roʻyxatini ishlab chiqish	
2 – asosiy bosqich (160 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga boʻlib, mavzu boʻyicha savollarni beradi. 2. Koʻrgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan maʼlumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rahbatlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bʻlinadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
1-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

3. Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

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

“Akademik polemika” usuli

Gruppa ikki guruhga boʻlinadi, har biriga vaziyatli masala topshiriladi, masalan, “konsultatsiya shifokor-bemor”. Har bir guruhda 1-2 talabalar konsultatsiya yaxshi tomonlarini yozib oladilar – “advokatlar”, boshqa 2 ta talaba konsultatsiyaning manfiy tomonlarini yozib oladi – “prokurorlar”. Advokatlar va prokurorlar xulosalari butun guruh bilan tahlil qilinadi.

Oʻtkir bronxit — bronxidlarning oʻtkir yalligʻlanishi — nafas organlarining eng koʻp uchraydigan kasalliklaridan biridir. Oʻtkir bronxit bilan kasallanish yuqori nafas yoʻllarining yalligʻlanishi va gripp epidemiyasi vaqtida ayniqsa koʻp uchraydi.

Kasallikning keltirib chiqaruvchi sabablarning talaygina qismini bakterial agentlar tashkil qiladi. Bularga pnevmokokklar, gemolitik streptokokklar, tillarang streptokokklar, gripp virusi, Fridlender va shu kabilar kiradi.

Kasallik rivojlanishiga moyillik ko'rsatadigan sabablarga sovuq qotish, spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish, tamaki chekish, ba'zi kimyoviy moddalardan surunkali zaharlanish kiradi. YUqori nafas yo'llarda infeksiya o'chog'ining borligi (sinusit, gaymorit) ham o'ttkir bronxit rivojlanishiga sharoit yaratuvchi omillardan hisoblanadi.

O'tkir bronxit tarkibida yuqori miqdorda azot oqsidi, oltingugurt anhidridi, xlor, brom, ammiak bug'lari tutgan havodan nafas olish, kimyoviy zaharli moddalar (xlor, fosgen, difosgen, iprit, lyuizit, fosfororganik birikmalari) dan nafas olish natijasida rivojlanadi. Tarkibida juda ko'p miqdorda chang-g'uborlar bo'lgan havo bilan uzoq vaqt nafas olish natijasida xam o'tkir bronxit rivojlanishi mumkin.

Patogenezi. Bakterial agent yuqori nafas yo'llari va bronxlar shilliq qavatini, simpatik nerv tolalari tugunlarini zarartiradi, bu zararlanish o'z navbatida bronxlar trofikasining buzilishiga olib keladi. Bakterial agentlar va ular ishlab chiqargan zararli moddalar nafas yo'llarining himoya xususiyatlarini, spetsifik va nospesifik chidamlilik qobiliyatini keskin kamaytiradi va natijasida bronxlar yallig'lanadi.

Patologik anatomiyasi. O'tkir bronxit bronxlar devorida qizarish, shuish, shishliq, moddaning ko'p ajralishi, leykositlar diapedezi bilan kechadi. Keyinchalik eroziyalar hosil qiluvchi epiteliy deskvamasiyasi kuzatiladi. Bronxlar devorining ayrim joylarida esa yallig'lanish shishliq osti va to'qimalariga, peribronxial interstisial to'qimaga o'tishi mumkin.

Klinik manzarasi. Kasalik quruq iztirobli yo'tal, to'sh suyagi atrofida og'riq, yuqori nafas yo'llarining o'tkir yallig'lanishiga xos o'zgarishlar bilan boshlanib, yallig'lanish bronxlarga tarqalgach, hansirash va ketma-ket yo'talish paydo bo'ladi, bemorlar yo'talish vaqtida ko'krak qafasining pastki qismida og'riq sezadilar. Behollik terlash, tana haroratining 37,5 – 38°C ga ko'tarilishi, gripp bilan og'rigan bemorlarda esa lablariga uchuq toshishi (herpes labialis) kuzatiladi.

Perkussiya qilinganda o'zgarmagan o'pka tovushi eshitiladi. Auskultatsiya vaqtida o'pkada tarqalgan quruq hushtaksimom yoki g'ung'illovchi xirillash eshitiladi, yo'taldan so'ng xirillashning kamayishi kuzatiladi. Kasallikning 2 — 3- kuni nam xirillash paydo bo'lishi mumkin.

O'tkir bronxit kasalligida o'pka rentgenogrammasida o'zgarish bo'lmaydi. Tashqi nafas funksiyasi tekshirilganda o'pkaning tiriklik sig'imi va maksimal ventilyasiya 15 — 20 foizga kamayadi. Qonning kislorod bilan tiyinishi daqiqali (minutli) nafas sig'imining ortishi hisobiga buzilmaydi. Qonda leykositlarning neytrofillar hisobiga ortishi 8 — 12* 10.9/l, eritrositlar cho'kish tezligi (ECHT) ortishi kuzatiladi. O'tkir bronxidlarning yengil formasi qisqa muddatli bo'lib (2-3kun) bemor o'zini yomon his qiladi, u subfebril harorat, yo'tal, to'sh suyagi ayrofida og'riq bilan o'tadi. Og'ir formasi tana haroratining baland bo'lishi, yo'tal, balg'am ko'chishi, qonda leykositlar va ECHT ortib ketishi bilan kechadi.

Diagnozi (tashxisi). O'tkir bronxit tashxisi kasallikning o'tkir boshlanishi, yo'tal vaqtida balg'am ko'chishi, zaharlanish belgilari, auskultatsiya qilganda avval quruq, keyin nam xirillashlar eshitilishiga asoslanadi.

Differensial tashxisi. O'tkir bronxitni o'choqli zotiljamdan farqlashda ko'krak qafasini rentgenologik yo'l bilan tekshirish muhim rol o'ynaydi. O'ykir bronxitda rentgenogrammada o'zgarish bo'lmaydi. O'tkir o'choqli zotiljamda esa, o'pkaning shamollagan qismida qorayish ko'rinadi.

Davolash. O'tkir bronxitning yengil turi bilan og'rigan bemorlar ko'pincha uyda davolanadilar. Bemorni sovuq qotishdan, qattiq isib ketishdan asrash kerak bo'ladi. SHamollashga qarshi va og'riq qoldiruvchi dorilllar — analgin 0.5 dan 3 mahal, amidopirin 0.5 dan 3 mahal, vitaminlar, ko'proq C vitaminlari buyuriladi. Balg'am ko'chishi yengillashtirish uchun termopsis, altey damlaasi, mukaltin tabletkasi kuniga 3 marta, sodali ingalyasiya buyuriladi. Nafas qisiyishi to'xtatish uchun teofedrin 0,025 dan kuniga 2 marta buyuriladi. Eufullin 0,15 dan 2-3 mahal, agar bu tabletkalar nafas qisishini to'xtatmasa, unda

qisqa muddat — 6 — 8 kunga 20 — 30 mg dan qortikosteroidlar buyriladi. Chalg'ituvchi vositalardan ko'krak qafasiga banka, gorchichniklar qo'yish, oyoqqa vannalar tavsiya qilinadi.

Kasallikning og'ir kechadigan turida bemorlar shifoxonaga yotqazilib, ularga antibiotic va sulfanilamidlar buyuriladi. O'tkir bronxit surunkali bronxitga o'tmasligi uchun kasallikni to'la davolash, fizioterapevtik davolash usullaridan foydalanish tavsiya qilinadi.

Kasallikning oldini olish. Buning uchun atrof muhitni toza saqash, qattiq sovuq qotishdan saqlanish, tamaki chekmaslik, spirtli ichimliklarni suiistemol qilmaslik kerak. Doimiy badantarbiya va sport bilan shug'ullanish, organizmni chiniqtirish o'tkir bronxitning oldini olishda muhim omillarda hisoblanadi.

Baholash mezonlari №7

Mavzuning nomi	Ball	Baho	Talabning bilim darajasi
Laborator tekshiruv: balg'am va plevra suyuqligini tekshirish. Bronxlar o'tkazuvchanligini buzilishi sindromi. O'tkir va surunkali bronxitlar diagnostikasi. Chekishni nafas organlariga manfiy ta'siri	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsiz	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Mustaqil ish. Bronxial astma
Uyga vazifa 8

Amaliy mashg'ulot №8

Bronxlar o'tkazuvchanligining buzilish sindromi. (o'tkir va surunkali bronxitlar, obstruktiv va noobstruktiv bronxit misolida). O'pka to'qimasida havo ortib ketish sindromi (bronxial astma, o'pka emfizemasi misolida). O'pkani obstruktiv kasalliklarini tekshirish. Diagnostika, etiologiya va patogenezi. Asosiy davolash prinsiplari

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Studentlar soni: 10 dan 12 gacha
Mashg'ulot formasi	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	O'pka to'qimasida havo ortishi sindromi. Obstruktiv o'pka kasalliklari, bronxial astma, o'pka emfizemasi bilan kasallangan bemorlarni tekshirish. O'pka to'qimasi zichlashish sindromi. O'pka to'qimasi yallig'lanish kasalligi (krupoz va o'choqli pnevmoniya).
Amaliy mashg'ulot maqsadi:	Talabalarni o'pka to'qimasida havo ortishi va o'pka to'qimasi zichlashish sindromlari bilan kechadigan kasalliklar bilan tanishtirish.
O'qitish uslubi	So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma.
O'qitish formasi	Kichik podgruppalarida.
O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter.

O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala.

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	16. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 17. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 18. Davomatni nazorat qiladi	
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1. Mavzu b'yyicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
2 –asosiy bosqich (160 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlarga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rahbatlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlarga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
1-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

3. Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

- O'pka to'qimasida havo ortishi sindromi sabablarini aytib bering
- Bronxial astmaga bering.
- Bronxial astmani keltirib chiqaruvchi asosiy etiologik faktorlar
- Bronxial astma patogenezi
- Bronxial astma klinikasi, kechishi va diagnostikasi
- O'pka emfizemasining sabablari
- O'pka emfizemasining klinik kechishi va diagnostikasi
- O'pka to'qimasining zichlashish sindromining (UTZS) sabablarini aytib bering
- O'TZSda palpatsiyaning ahamiyati
- O'TZSda perkussiyaning ahamiyati
- O'TZSda auskultatsiyaning ahamiyati
- O'chog'li zotiljamga tasnif bering.
- O'chog'li zotiljamni keltirib chiqaruvchi asosiy faktorlar
- O'chog'li zotiljamni patogenezi va klinik ko'rinishi
- Krupoz zotiljam Plevra bo'shlig'ida siydik yig'ilish sindromi
- Krupoz zotiljam o'pka to'qimasining patologik g'anatomik o'zgarishlari
- Krupoz zotiljamning klinik kechishi stadiyalari
- Srepitatio indux nima
- Srepitatio redux nima
- Krupoz zotiljam diagnostikasi

“Uch pog'onali intervyu” usuli

Har bir gruppada uchta talaba tanlab olinib, ular orasida “vrach”, “bemor” va “ekspert-UASh” rollari bo'linib beriladi. Bemor rolini tanlagan talabaga anonimno diagnozi aytiladi, va u shu diagnozga taaluqli shikoyatlar bildiradi, vrach diagnoz qo'yadi, ekspert UASh shiloyatlar va diagnoz mutanosubligini tekshiradi. Har bir guruh 10-15 daqiqa davomida konsultatsiya qilinadi, ekspert vrach faoliyatini 3 punk bo'yicha tekshiradi:

7. Nima to'g'ri qilindi
8. Nima noto'g'ri qilindi
9. Qanday qilish kerak

Guruh konsultatsiyasi xulosasini ekspert xulosasi bilan taqqoslaydilar.

Boshqa xil turi: talabalar ekspert rovida poliklinikada, haqiqiy konsultatsiyada ishtirok etib, butun guruh bilan analiz qilinadi.

Krupoz zotiljam.

Krupoz zotiljamda o'pkaning bitta yoki nechta bo'lagi yoki segmenti yallig'lanadi. O'pkadagi patomorfologik o'zgarishlar uzluksiz davom etadigan 4 bosqichda o'tadi.

I qonga to'lish (giperemiya) bosqichida o'pka to'qimasida giperemiya paydo bo'lib, kapillyarlarning o'tkazuvchanligi oshishi natijasida alveolalar ichida yallig'lanish ekssudati to'planadi. Bu bosqich 12 soatdan 3 kungacha davom etadi.

II qizil jigarlanish bosqichida alveolalar va kichik bronxlardagi ekssudatga qon tomirlardan eritrositlar va oqsil (fibrinogen) o'tadi. Alveolalardan havo siqib chiqarilib, fibrin bilan to'ladi. Bu bosqich 1 — 3 kun davom etadi.

III kulrang jigarlanish bosqichida ekssudatda leykositlar ko'payib, kesib ko'rilganda kulrang jigarni eslatadi. Mikroskop orqali tekshirilganda pnevmokokklarni fagositoz qilgan neytrofillarni ko'rish mumkin. III bosqich — 3 — 6 kun davom etadi.

IV tuzalish bosqichi kasallikning 7 — 10- kunlarida boshlanadi. Bu bosqichda alveola bo'shlig'idagi fibrinlar asta erib, alveoladagi epiteliy to'kimasi ko'chib, ichida pnevmokokklari bor neytrofillarni fagositoz qilgan makrofaglar bilan birgalikda Bronx orqali chiqa boshlaydi, ekssudat asta so'riladi. O'pka to'kimasi yumshaydi, ammo elastik holatiga tezda qaytmaydi. Bu bosqichning davom etish muddati yallig'langan sathning kattaligiga, kasallik qo'zg'atgan mikrobnining virulentlik xususiyatiga bog'liq.

Hozirgi vaqtda ko'pinchalik bemorlarda yuqorida keltirgan patomorfologik bosqichlarning o'tish muddati juda qisqarishi mumkin. Hatto ko'rsatilgan bosqichlarning ayrimlari bo'lmasligi ham mumkin. Qari, holsizlangan bemorlarda esa yallig'lanish jarayoni sust o'tib, uzoq muddatga cho'zilishi mumkin.

Klinik belgilari. Kasallik to'satdan boshlanib bemorning tana harorati 39 — 40° C ga ko'tariladi. Eti qattiq junnikib kaltiraydi, darmoni ko'rib, boshi og'riydi, terlaydi. Avval quruq, so'ngra shilliq rangli qizg'ish balg'amli yo'tal, ko'krak qafasida sanchiqli og'riq, havo yetishmasligi paydo bo'ladi. Og'riq yo'talganda, chuqur nafas olganda kuchayadi. Bemorning nafas olishi (ayniqsa o'pkaning katta qismi yallig'langanda) tezlashadi va yuzaki bo'ladi, labi, burni, qulog'i bir oz ko'karadi, labiga, og'iz burun atrofiga uchuqlar chiqadi. Kasallikning klinik manzasisini patomorfologik o'zgarishlar davri bilan taqoslaganda I bosqichga to'g'ri keladi.

Qonga to'lish davri kasallikning boshlang'ich, dastlabki kunlarida to'g'ri keladi. Bunda bemorning ahvoli og'ir, tana harorati yuqori darajada (39-40°C) bo'lib, eti jnnikadi. Ko'krak qafasining sanchib og'rishi va havo yetishmovchiligidan shikoyat qiladi. Bemorda avvalo quruq, so'ngra shilimshiq balg'am ajraladigan yo'tal paydo bo'ladi. Nafas olishi tez va nafas olishda ko'krakdagi sanchiq kuchaygani sababli sayoz bo'ladi, yo'taladi. Shilliq qon aralash balg'am ajraladi. Perkussiya qilishganda o'pkaning yallig'langan qismi sohasida qisqargan perkurator yoki bo'g'iq timpanik tovush eshitiladi. Auskultatsiya qilinganda o'pkaning yalliag'langan qismi sohasida

vezikulyar nafasning susaygani, bundan tashqari, qisqa muddatli erta paydo bo'ladigan krepatasiya eshitaladi. Ayrim vaqtlarda plevra ishqalanishi shovqini eshitaladi.

Kasallikning II bosqichida bemor yo'talganda temir zangi rangidagi balgam ajraladi. (o'zgargan gemoglobin borligi sababli). Bemorning umumiy holati anchagina ogir bo'lib, o'pkani yalliglangan tomonida paypaslab ko'rilganda ko'krak qafasi elastikligi kamayligi, og'riq borligi, tovush dirillashi kuchayganligi aniqlanadi. Perkussiya qilinganda esa o'ta bo'g'iq tovush eshitaladi. Auskultatsiya qilinganda esa bronxlar nafas shovqini eshitaladi.

III bosqichda shilliqli va yiringli balg'am ajrala boshlaydi, paypaslanganda, perkussiyada va auskultatsiyada bu o'zgarishlar II bosqichdagiga o'xshash bo'ladi.

Kasallikning IV bosqichida esa tana harorati krizis yoki lizis yo'li bilan pasayib, shilliqli balg'am ko'proq ajrala boshlaydi. Bemorning umumiy holati yaxshilana boshlaydi. Paypaslanganda og'riqning kamayginini yoki yo'qolganini, tovush dirillashi pasayganligini, ko'krak qafasi rezistentligining tiklanayotganini aniqlash mumkin. Perkussiya qilinganda bir oz bo'g'iq tovush, auskultatsiya qilinganda, bromxovezikulyar nafas shovqini, dag'al krepatasiya va ho'l xirillash eshitalishi mumkin.

Krupoz zotiljamda nafas olish a'zolaridan boshqa a'zolarida ham sezirarli o'zgarishlar o'zgarishlar sodir bo'lishi mumkin.

Yurak- tomirlar sistemasida yurak urishi tezlanishi, arterial qon bosimining pasayishi mumkin. Yurak tonlari susatadi. Bu o'zgarishlar qari, holsizlangan bemorlarda ko'proq jiddiy oqibatlariga olib kelishi mumkin.

Markaziy nerv sistemasida bo'ladigan patologik o'zgarishlar ko'proq spirtli ichimliklarni istemol qiladigan bemorlarda yuz beradi.

Buyrak sistemasidagi o'zgarishlar: kasalning siydagi kamayadi, uning solishtirma og'irligi oshadi. Ayrim hollarda siydik bilan oksil ajralib chiqadi.

Kasallikning to'liq aniqlash uchun bemorning qonini, balg'amini, siydigi, qon oqsilini laboratoriyada tekshirish kerak. Bemorning qonini umumiy aqnaliz qilinganda qonda leykositlar soni neytrofillar hisobiga ko'payadi (leykositoz). Leykositlar formulasi chap tomonga siljiydi, eritrositlar soni ko'payadi. Eritrositlarning cho'kishi tezlashadi. Qonda yirik dispers oqsillarning nisbiy miqdori ortadi. Bemorning balg'amidagi o'zgarishlar kasallikning kechish bosqichlari bog'liq ravishta I bosqichda shilliqli, II bosqichda qon aralash (temir zangiga o'xshash), III-IV bosqichlarda shilliqli va yiring aralash bo'ladi.

Krupoz zotiljam kasallikni aniqlashda rengen usuli bilan tekshirish muhim rol o'ynaydi. Oldingi va tomondan tushirilgan rentgen tasvirlarda kasallangan o'pka bo'lagi soyasining zichlashganligini ko'rish mumkin. Rentgenogrammada yallig'lanish o'pkaning qaysi bo'lagidaligini, hajmini aniqlash mumkin.

Krupoz zotiljam kasaligining asoratlari o'pkada va o'pkadan tashqarida bo'lishi mumkin.

- I. O'pkadagi asoratlari: o'pkada absyess, plevranning yallig'lanishi, nafas qisish belgilarining paydo bo'lishi, o'pkaning surunkali yallig'lanishga o'tishi hisoblanadi.
- II. O'pkadan tashqarida bo'ladigan asoratlarga infeksiyon toksik shok, o'tkir yurak – qon tomirlarlar sistemasi yetishmovchiligi, buyrak yetishmovchiligi, oshqozon- ichak shilliq qavatida yaralar vujudga kelishi, DVS sindrom, infeksiyon-allergik miokardit, endokardit, perikardit, meningit, nefrit, gepatit kiradi.

Davolash. Krupoz zotiljam bilan og'riqan bemor albatta kasalxona sharoitida davolanishi kerak.

Davolash tadbirlari har xil usullar bilan olib boriladi.

- I. Bemorni kasalxona rejimiga rioya qilishini taminlash va uni to'g'ri ovqatlantirish.
- II. Dorilar yordamiga davolash: 1) etiologik, 2) patogenetik, 3) simptomatik davolash.
- III. Fizioterapevtik davolash.
- IV. Dispanser ko'rigidan vaqti- vaqtida o'tkazilib turish va ambulatoriya davolash.

Bemor asosan kasalxonada davolanishi yoki uyda kasalxona sharoiti yaratilishi kerak. Ayniqsa tana harorati yuqori ko'tarilgan bemor Orinda yotishi, ko'p suyuqlik ichishi, vitamin va oqsillarga boy ovqatlarni istemol qilishi lozim.

Baholash mezonlari №8

Mavzuning nomi	Ball	Baho	Talabning bilim darajasi
O'pka to'qimasida havo ortishi sindromi. Obstruktiv o'pka kasalliklari, bronxial astma, o'pka emfizemasi bilan kasallangan bemorlarni tekshirish. O'pka to'qimasi zichlashish sindromi. O'pka to'qimasi yallig'lanish kasalligi (krupoz va o'choqli pnevmoniya).	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsiz	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Uyga vazifa 9, mustaqil ish

Amaliy mashg'ulot №9

Plevra bo'shlig'ida havo va suyuqlik to'planish sindromi (Plevrit, gidrotoraks, pnevmotoraks). Nafas yetishmovchiligi, etiologiya, patogenez, diagnostika va asosiy davolash prinsiplari.

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Studentlar soni: 10 dan 12 gacha
Mashg'ulot formasi	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Plevra bo'shlig'ida havo va suyuqlik to'planish sindromi. Quruq va ekssudativ plevrit bilan bemorlarni tekshirish. Hidrotoraks, pnevmotoraks simptomatologiyasi. Pnevmo-raks turlari (ochiq, berk, qopqoqli). O'pkada bo'shliq sindromi. O'pka abstsessi, bronxoektaz kasalligi bilan bemorlarni tekshirish. Bemorlar kuratsiyasi. Tibbiy bayonnoma yozish.
Amaliy mashg'ulot maqsadi:	Talabalarni plevra bo'shlig'ida havo va suyuqlik to'planish sindromi bilan kechadigan kasalliklar bilan tanishtirish. O'pkada bo'shliq sindromi haqida tushuncha.
O'qitish uslubi	So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma.
O'qitish formasi	Kichik podgruppalarida.
O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter.
O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala.

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	19. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 20. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 21. Davomatni nazorat qiladi	
1.O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
2– asosiy bosqich (160daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rahbatlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
1-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

3.Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A)Frontal usuli:

1. Plevra bo'shlig'ida siydik yig'ilish sindromi qaysi kasalliklarda uchraydi
2. Plevra bo'shlig'ida siydik yig'ilish sindromida asosiy klinik simptomlar va ular nimaga asoslanadi
3. Plevritlarga xarakteristika bering
4. Plevritlarning turlari
5. Plevritlarning etiopatogenezi
6. Quruq pleuritlar klinikasi va diagnostikasi
7. ekssudativ pleuritlarning klinikasi va diagnostikasi
8. Ekssudativ pleuritning perkutor va auskultativ xususiyatlari
9. Garlend va rauhfun-gronno uchburchaklarining chegaralari
10. pnevmotoraks turlariga xarakteristika bering
11. O'pka bo'shliq hosil bo'lishi sindromini gapirib bering
12. Bronxoektaz kasalligi etiologiyasi patogenezi aytib bering
13. Bronxoektaz kasalligi klinikasi,palpatsiyasi
14. Perkussiya,auskultatsiyaning ahamiyati nimadan iborat
15. Bronxoektaz kasalligi diagnostikasini aytib bering
16. O'pka abtsesi,etiologiyasi, klinikasini aytib bering
17. O'pka abtsesida ob'ektiv tekshirish usullarining ahamiyati nimada
18. O'pka abtsesida rengenologik tekshirish usullarini ahamiyati nimada
19. Bronxial lovaj nima
20. Nafas sistemasi kasalliklarida tibbiy bayonnoma yozish tarti

Intsident usuli

Klinik kafedralarida, talabalarga ekstremal holatlardagi faoliyatni o'rgatish maqsadida intsident usulidan foydalaniladi. Talabalarga biron xil vaziyatli masala haqida informatsiya beriladi. Bu masalaga tez yechim topilishi zarur (0,5-1,5 daqiqa).

Bu usul talabalar fikrlashini tezlashtiradi va ekstremal holatlarda faoliyatini aktivlashtiradi. Talabalar harakati xatosizligi 1,0 ga teng bo'lishi zarur.

PLEVRIT

Mashg'ulot maqsadi. Talaba quyidagilarni bilmog'i kerak:

- 1.Xastalikni sodir qiluvchi sabablarni aniqlash.
- 2.Plevra bo'shlig'ida suyuqlik borligini fizikal va asbob uskunalar ma'lumotlari asosida tasdiqlash.
- 3.Ekssudatni tasdiqlovchi va trassudatdan farqlovchi laboratoriya ko'rsatkichlarini aniqlash.
- 4.Plavrani punktsiya qilish va tarkibini aniqlash.
- 5.Davolashda patologik jarayoni vujudga keltiruvchi kasalliklarga faol ta'sir qiluvchi omillarni bilish va baholash.

Mavzu mazmuni

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

2. Tarqalishi. Plevritlar umum o'pka kasalliklarni 3,8 – 6,5 foizini tashkil qiladi, shundan 1,2-3,0 foizi pnevmotik va metapnevmonikli plevritlar.

3. Etiologoyasi. Plevritlar yuqumli va yuqumsiz (aseptik) bo'ladilar.

a. Yuqumli plevritlar spetsifik (sil mikobakteriyalari, zahm spiroxetalari) va nospetsifik qo'zg'atuvchilar (pnevkokokklar, staflokokklar, ochak tayoqchalari, viruslar, zamburug'lar va boshqa mikroblar) ta'sirida vujudga keladi.

b. Aseptik plevritlar ko'krak qavatining yopiq shikastlanishida, plevra varaqalari orasiga qon quyilganda, o'pka infarktida, me'da osti bezi fermentlarining ta'sirida (pankreatit), plevranning xavfli o'smasi bilan jarohatlanishi (kartsinomatozida), biriktiruvchi to'qimasining sistemali kasalliklarida (revmatizm, kollagenozlarda), buyrak va jigar xastaliklarida kuzatiladi.

4. Patognezi.

(1) Kontakt yo'li. Yuqumli plevritlarda kasallik qo'zg'atuvchi omillarning plevruga bevosita kirishi subplevral joylashgan o'pka to'qimasi o'choqlari (zotiljam, abstsess, bronxoektazlari, o'pka sili) orqali rivojlanadi.

(2) Limfa yo'li orqali infeksiyaning tarqalishi – to'qima suyuqligining retrogradli oqimi katta ahamiyatga ega.

(3) Qon yo'li bilan infeksiyani plevruga tarqalishi deyarli ahamiyatga ega emas.

(4) Ko'krak qafasining ochiq shikastlanishida va operatsiyalarda mikroorganizmlar tashqi muhitdan plevruga bevosita tushishi mumkin.

Plevritning ba'zi bir turlari patogenezida, shaxsan sil kassaligida, patologik jarayon ta'sirida organizmning sensibilizatsiyalashishi natijasida oz miqdordagi infect tezlikda tarqalgan ekssudatni vujudga keltiradi (infektion – allergik plevrit).

Blastomatozli plevrit rivojlanishida limfa tugunlari va tomirlarining o'sma metastazlari bilan amal qilinishi ahamiyatli. Yalig'lanish doimo zararlangan plevra kapillyarlari devorining

o'tkazuvchanligini oshishi bilan kuzatiladi.

Fibrinsimon (quruq) plevritda ozgina ekssudat yig'ilishi va uning qoniqlik oqishi kuzatiladi, natijada ekssudatning suyuq qismi qayta to'la so'rilib, plevra pardalari sathida faqat ekssudatli cho'kkan fibrin qoladi. Ekssudatli plevritda parietal plevraning yalig'lanish infiltratsiyasi, uning sathidagi fibrinsimon surtmalicho'kmalar hamda plevra ichidagi yuqori bosim plevra lyuklari orqali ko'krak qafasidagi limfa sistemasiga suyuqlik oqishini keskin buzadi va ekssudat yig'ilishini vujudga keltiradi. Sog'ayish davrida ekssudatning suyuq qismi so'riladi, fibrinsimon cho'kmalar esa plevra shvartlari ni va chandiqlarini vujudga keltiradi.

5. Patologik anatomiyasi. Quruq plevritda plevra qalinlashgan, qizarinqiragan ko'rinadi. Plevraning o'zgargan sathiga fibrin yig'iladi va g'adir – budur bo'lib qoladi, qaytadan so'rilishi natijasida chandiqlar hosil bo'ladi. Ekssudatli plevrit plevra bo'shlig'iga suyuqlik yig'ilishi bilan ifodalanadi.

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

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

(2) Yalig'lanish ekssudati tabiatiga ko'ra: fibrinsimon (quruq), serozli, qonli (gemorragik), yiringli, eozinofilli, xilezli turlarga ajraladi.

(3) Kasallikning kechishi bo'yicha o'tkir, surunkali turlari tafovut qilinadi.

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

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

QURUQ PLEVRIT

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

a. Shikoyati.

(1) **Asosiy belgisi og'riq.** Ko'krak qafasining shikastlangan tarafining oldingi va yon bosh sohalarida joylashadi. Ko'pincha bo'yinga va yelkaga qarab tarqaladi. Chuqur nafas olganda kuchayadi, jarohatlangan tomonga yon boshni bosib yotganda kamayadi.

(2) **Yo'tal** quruq yoki juda kam miqdorda balg'am ajralishi bilan kuzatiladi.

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

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

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

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

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

e. Rentgent tekshirishida diafragmaning yuqori turishi va nafasdagi harakatining chegaralanganligi aniqlanadi.

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

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

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

4. Qiyosiy tashxisi. Quruq pleurit krupozli zotiljam, spontanli pnevmotoraks, qovurg'alar aro nevralgriya, neyromioztlar, perikardit, qorin bo'shlig'ining o'tkir kasalliklari (o'tkir xoletsistit, appenditsit) bilan farqlanadi. Quruq pleurit chap tomonda bo'lganda uni stenokardiya va miokard infarktidan ajratish kerak. Tashxis Kasallikning klinik manzarasiga, EKG va laboratoriya belgilariga qarab qo'yiladi. Quruq pleurit diafragmaning usti sohasiga joylashganida diafragma osti abstsessi yoki appenditsitdan farqlash kerak. Taqqoslaganda og'riqning nafas olish bilan bog'liqligi, tana haroratining va qon sinamasining deyarli o'zgarmaganligi, plevranning ishqalanish shovqinining eshutilishi quruq pleuritni tasdiqlaydi. Ko'ks oralig'i plevrasing yallig'lanishida plevra ishqalanish shovqinidan farqlash kerak. Perikard shovqini yurakning maromli qisqarishi bilan bog'liq bo'lsa, plevranning ishqalanish shovqini esa nafas olish bilan bog'liqdir.

Qovurg'alararo nevralgriyadan va miozitdan farqi quruq pleuritda sog' tomonga engashganda, yallig'langan plevranning cho'zilishi hisobiga og'riq kuchayadi. Qovurg'alar orasini paypaslaganda miozitda va nevralgriyada og'riq kuchli, quruq pleuritda esa o'rtacha.

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

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

Fizioterapiya vositalari- Ko'krak qafasidada qon va limfa aylanishini yaxshilash va og'riqni kamaytirish maqsadida zararlangan taraf terisini "sollyuks", Minin lampalarida nurlantiriladi, ultrabinafsha (UB) nurlari kuchsiz eritmali dozada ta'sir qildiradi. Tana harorati pasaygandan keyin kalsiy, yod, novakain, salitsilat elektroforezi beriladi. Yallig'lanish sohasida EP-UVCH, induktotermiya, detsimetr va santimetrli diapazonda elektromagnit to'lqinlari, hamda plevra chandiqlari sodir bo'lishining oldini olish maqsadida davolash nafas mashqlari va ko'krak qafasini uqalash buyuriladi. Sanatoriya davolari quruq iqlimli mahalliy cho'l tumanlarida o'tkaziladi.

EKSSUDATLI PLEVRIT

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

a. Shikoyati. Plevra bo'shlig'iga suyuqlik yig'ilishining boshlang'ich davrida yonboshda sanchiqli og'riq, quruq yo'tal, harorat ko'tarilishi bezovta qiladi.

Suyuqlik to'planishi ortib brogan sari og'riq va yo'tal kamayib borib, xastalikning barqarorlashish davrida mutloq yo'qoladi. Bu vaqtda bemor yonboshda og'irlik hissi seziladi, xansirash kuchayib boradi, ba'zi bemorlarda umumiy zaharlanishning ifodalangan belgilari (bosh og'rig'I, ko'ngil aynishi, qayt qilish behollik loqaydlik ishtahaning pasayishi) kuzatiladi.

b. Ko'zdan kechirish Ko'krak qafasi asemetik suyuqlik yig'ilgan tomon hajmi pastki yonbosh sohada birmuncha kattalashgan nafas olganda orqada qoladi. Qovurg'alararo bo'shliq kengaygan va tekislashgan.

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

g. Perkussiya.

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

(2) Sog'lom tomonda umurtqa pog'onasi bo'yalab ko'ks oralig'i a'zolarining siljishi hisobiga bo'g'iq tovush maydoni – Rauxfus – Grokk uchburchagi kuzatiladi.

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

d. Auskultatsiya

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

(2) Ekssudat chegarasidan yuqori siqilgan o'pka o'rniga bronx nafas eshitiladi.

(3) Sog'lom tomonda siljigan ko'ks a'zolari sohasida nafas shovqinlari eshitilmaydi.

e. Rentgentekshirishlari (7-rasm) o'pkaning quyi sohalarida ustki chegarasi qiyshiq joylashgan va ko'ks oralig'ining Sog'lom tomonda siljishi bilan kuzatiladigan katta qora dog'ni aniqlaydi; bemor holatini o'zgarishi soya konfiguratsiyasini o'zgartiradi. Kichik hajmda (300 ml dan kam) suyuqlikda rentgenogramma patologiyani aniqlay olmasligi mumkin.

j. Ultratovush (UT) tekshiruv suyuqlik joylanishini aniq ko'rsatadi.

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

i. Maxsus diagnostika muolajalari.

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

(a) Suyuqlikni chiqarish va hajmini o'lchash lozim va bir qismini laboratoriya tekshiruviga yuboriladi.

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

(2) Plevra punktsiyasini boshlang'ich davrida biopsiya tekshiruvini o'tkazish.

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

3. Qiyosiy tashxisi. Laboratoriya ma'lumotlari plevra suyuqligining etiologiyasini aniqlash yordam beradi.

a. Laboratoriya tekshiruvlari ekssudat va transsudatni farqlashda ahamiyatli.

Ekssudatni tasdiqlovchi laboratoriya ma'lumotlari quyidagilar:

(1) Plevra ni nisbiy zichligi 1018 dan baland.

(2) Oqsil miqdori 3g/ foizdan (2 foiz) ko'p.

(3) LDG faolligi yuqori.

(4) Revolt sinamasi musbat.

b. Plevra suyuqlikgi tarkibida ko'p miqdorda qon bo'lsa o'sma, o'pka infarkti yoki ko'krak qafasining shikastlanishidan darag beradi.

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

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

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

4. Kechishi asosiy kasallikka bog'liq holda o'tkir, yarim o'tkir surunkali bo'ladi.

Infektsion – allerik, shu jumladan, sil pleuritida ekssudat 2-4 hafta davomida so'rilib ketishi mumkin. Ba'zi hollarda ekssudatli pleuritdan keyin plevra bo'shlig'ida chandiqlar rivojlanishi, plevra varaqalarining bir-biriga yopishishi natijasida ko'krak qafasi shaklini buzuvchi va harakatini

chegaralovchi plevropnevmonsirrozi vujudga kelishi aniqlanadi. Kasallikning eng og'ir kechishi qo'shni a'zolariga yorilib, oqma hosil qiladigan yiringli plevritlarda kuzatiladi. Bo'laklar aro xaltalangan plevrit odatda og'riqsiz kechadi, chunki bunda pariental varaqa jarayonga qo'shilmagan bo'ladi.

5. Davosi. Mazkur patologik jarayoni vujudga keltiruvchi kasalliklarga faol ta'sir qiluvchi omillarni o'z ichiga oladi.

(1) Parhez taomlar vitaminlarga va oqsillarga boy bo'lishi kerak.

(2) Chekishni keskin cheklash kerak.

(3) Infekcion – allergiyali plevritda antibakterial (antibiotiklar, sulfanilamidlar), desensibilizatsiyalovchi (suprastin, tavegil, tiosulfat - natriy).

(4) Saraton etiologiyali plevritda kimyoterapiya.

(5) Sil etiologiyali plevritda silga qarshi vositalar tavsiya qilinadi.

(6) Plevra bo'shlig'iga ko'p suyuqlik yig'ilsa va u ko'ks oralig'i a'zolarini sog'lom tomonga siljitib, nafas va qon aylanishi buzilishini vujudga keltirsa, hamda ekssudat so'rilishi kuzatilmasa plevra punksiya qilinadi, ekssudat olib tashlanadi, so'ngra bo'shliq antiseptik aralashma bilan yuvilib tozalangach,plevralar orasiga antibiotik yuborildi.

(7) Zaharlanishda (intoksikatsiyada), ifodalangan hansirashda,yurak faoliyati buzilishida tomir ichiga plazma o'rinbosari eritmalari (reopoliglyukin), kislorid (oksigen) ingalyatsiyasi, yurak glikozitlari qo'llaniladi.

(8) Og'riqni kamaytirish maqsadida ko'krak qafasiga banka, xantal varaqasi, isituvchi kompresslar, yod to'ridan foydalaniladi.

(9) Fizioterapiya vositalari – sollyuks, mahaliy isitgich lampalar vannasi, UVCH, ultratovush, hamda kalsiy, yod, pankreatin elektrofarezi, induktotermiya.

(10)Sanatoriya va kurort davolari mahalliy moslashgan sanatoriyalarda yilning issiq oylarida qo'llaniladi.

6. Prognozi (oqibati) xastalikni vujudga keltirgan asosiy patologik jarayonga, hamda nafas va qon aylanish tizimiga holatiga bog'liq.

7. Profilaktikasi – plevritni sodir qiluvchi kasalliklarni oldini olish, o'z vaqtida tashxis qo'yish va sifatli davolashdan iborat.

O'PKA ABSSESI VA GANGRENASI

O'pka abssezi va gangrenasi og'ir yiringlash, o'pka to'qimasida nekroz va yemirilish, bo'shliqlar hosil bo'lishi bilan kechadi. O'pka abssezi o'pka gangrenasidan yiringlash o'chog'ini chegaralanganligi bilan farq qilinadi. Kasallik ko'pincha o'rta yoshdagi erkaklar orasida uchraydi. Kasallik keltirib chiqaruvchi sabablar (etiologiyasi). O'pka abssezi va gangrenasining kelib chiqishida keyinga o'n yillikda antibiotic dorilar ta'siriga chidamli bo'lgan floraning paydo bo'lishi muhim o'rin tutadi. Ko'pincha o'pka abssezi streptokokklar, stafilokokklar. Fridlender tayoqchasi, ichak tayoqchasi,viruslar va bakteriyalar assotsiatsiyasi keltirib chiqargan o'choqli zotiljamdan keyin rivojlanadi. O'pka gangrenasi esa, anaerob flora: spirallar, anaerob streptokokklar tufayli rivojlanadi.

Sovuq qotish, tamaki chekish, spirtli ichimliklarni iste'mol qilish kasallik rivojlanishiga moyil qilib qo'yadi.

Patogenezi. O'pkada yiringlash jarayonining rivojlanishi, bronxlar drenaj funksiyasining buzilishi, o'pka to'qimalarida qon aylanishi yomonlashuvi va nekroz, organizmning kasalliklarga qarshilik ko'rsatish kuchi kamayganligi, reinfeksiya, o'tkir zotiljamdan so'ng o'pka abssezi keltirib chiqaradi. Ko'pincha o'pka abssezi chuqur venalar tromboflebiti, osteomielit, bakterial endokardit kasalliklarida o'pkaga gematogen yoki emboliya yo'li bilan infeksiya tushishidan ham kelib chiqadi.

O'pkaga o'tkir yiringlash jarayonining surunkali bo'lib qolishiga, bemor yo'taldan paytda op'kada absstes natijasida paydo bo'lgan bo'shliqda bosim ortishi tufayli bronxlar drenaj faoliyatining buzilishi sabab bo'ladi.

O'pkada yiringlash jarayonining rivojlanish yo'llarini quyidagi jadvaldan ko'rish mumkin (6-jadval).

O'pka abssezi va gangrenasining tasnifi

Patogenezi bo'yicha	Klinik va anatomik ta'rifi	Kechishi	Asoratlari
1. Zotiljam keyingi 2. Qon aylanishi va emboliya yo'li bilan 3. Aspiratsiya yo'li bilan 4. Shikastlanish oqibatida 5. Surunkali zotiljam oqibatida	1. Periferik a) ko'plab empiyema bilan asoratlangan b) chegaralangan empiyema v) asoratlarsiz 2. Markaziy a) yakka holda b) ko'plab 3. Gangrena a) empiyemali b) empiyemasiz	1. O'tkir 2. Surunkali	1. O'pkadan qon oqishi 2. Klapanli pnevmotoraks (zo'riqqan) 3. Septikoliyemiya 4. Septikoliyemiya 5. Ikkilamchi bronxo ektazlar 6. Amiloidoz

Patologik anatomiyasi. O'pkada yiringlash o'choqlari yakka holda yoki ko'plab bo'lishi mumkin. Absstes natijasida o'pkada paydo bo'lgan bo'shliq to'la yiring bo'ladi, bu yiring ko'pincha absstesda o'pkada paydo bo'lgan bo'shliqda granulyatsiya va atrofdagi o'pka beta-qimasining sklerozi kuzatiladi. O'pka gangrenasida chegaralanmagan to'q yashil rangdagi chirik qism ko'rinadi. Mikroskopda tekshirishda leykotsitar infiltratsiya va alveolalar to'siqlari shishiganligi va tuzilishi yo'qolganligini ko'rish mumkin.

O'pka o'tkir abssezi va gangrenasining klinik ko'rinishi. Kasallikning kechishini 2ta bosqichga ajratish mumkin: 1. Infiltratsiya. 2. Yiringlash o'chog'ining Bronx yo'liga yo'rilishi.

1. Infiltratsiya fazasi. O'pka abssezi zotiljamdan keyin rivojlanganda infiltratsiya bosqichida bemor ahvolining to'satdan yomonlashuvi, tana haroratining ikkinshi marta juda baland – 40⁰ S bo'lishi, bemor og'zidan yoqimsiz hid kelishi, kulrang – yashil rangdagi balg'am ko'chishi (200-300 ml yoki 1-1,5 stakan), qattiq terlash, sovuq qotish, azobli yo'tal, ko'krak qafasi og'riq, adinamiya, artralgiya, taxikardiya kuzatiladi. O'tkir nafas olish yetishmovchiligi va qattiq zaharlanish belgilari esa o'pka gangrenasida kuzatiladi.

Infiltratsiya fazasida ko'krak qafasi perkussiya qilinganda o'pka tovushining bo'g'iqlashganligi, paypaslab ko'rilganda tovush tebratishining susayishi, auskultatsiyada vronxial nafas, quruq va mayday pufakchali nam xirrilashlar eshitiladi.

Qon tekshirilganda neytrofillarning metamielotsitlarga qadar surilishi natijasida leykotsitlar soni 15-10⁹/l gacha ortadi, ECHT ortishi kuzatiladi. Qon bioximik laboratoriyada tekshirilganda alpha₂- va beta-globulinlar, fibrinogen normadan ortiqcha bo'ladi. Peshob (siydik)da oz miqdorda proteinuriya kuzatiladi.

Balg'am ko'chishining birdan ko'payishi (500-700-1000 ml gacha), tana haroratining normaga yaqinlashuvi, ko'krak qafasida og'riq,xarsillashning, qonda leykotsitlar miqdorining kamayishi yiringlash o'chog'ining bronx yo'liga yorilganligidan va bronxlar drenaj funksiyasining tiklanganligidan, kasallik II bosqichga o'tkanligidan darak beradi.

Bemor ajratayotgan balg'amning miqdoriga qarab patologik jarayonning xarakteri, hajmi, bronxlar drenaj funksiyasining holati haqida fikr yuritish mumkin.

Balg'am 2 yoki 3 qavatli bo'lib, 1-qavati ko'pikli, 2-qavati sariq yiringli, 3-qavati har xil mayday elementlardan iborat bo'ladi.

O'pka gangrenasida esa, bemor ajratgan balg'am kulrang, ko'pincha tarkibida qon va o'pka to'qimasining mayday bo'lakchalari bo'ladi.

Davolash. O'pkadagi yiringli kasalliklarni davolash bronxlar drenaj xossasini tiklash va o'pkadagi yiringlash o'chog'ining yo'qotish, kasallik qo'zg'atgan mikroorganizmlarga ta'sir qilish, zaharlanish simptomlariga qarshi kurash, bemorning kasallikka chidamini oshirish tadbirlarini o'z ichiga oladi.

O'pkadagi yiringlash o'chog'i bronxlarni Karlens naychasi bilan yuvish, davolash bronxoskopiyasi, ko'krak qafasining punksiya qilish, bemorni balg'am ko'chishini yengillashtiradigan hollatda yotqizib qo'yish, aerezollar bilan davolash, davolash gimnastikasi kabi omillardan foydalanish yo'li bilan yo'qotiladi.

Yuqori dozada (1 sutka 4-8 mln TB) antibiotiklar: penitsillin, ampitsilin, klaforan, separin, dalatsin, kabilarni bemorga ichirish, mushak orasiga, vena qon tomiriga, traxeyaga yuborish tavsiya qilinadi. Antibiotiklar bilan davolash kasallik qo'zg'atgan mikrofloraning antibiotiklarga ta'sirchanligi aniqlangandan keyin boshlanib, yuqori dozalarda bir yoki bir necha xil antibiotiklar bilan olib boriladi.

Zaharlanish belgilariga qarshi kurashish uchun glyukoza, gemodez 400ml vena qon tomiriga yuboriladi.

Agar absstesni staflokkoklar keltirib chiqargan bo'lsa bu holda staflokkoka qarshi anatoksin, gamma-globulin va staflokkoka qarshi plazma bilan davolash zarur bo'ladi. Bemor organizmning kasallikka qarshiligini ishirish uchun tarkibida oqsil bo'lgan dori-darmonlar: retabolil, perobollar qo'llaniladi. O'tkir absstesning pionevmotoraks, o'pka empiyemasi va o'pkadan qon ketishi kabi asoratlari xirurgik yo'l bilan davolanadi.

Kasallikning oldini olish uchun o'tkir va surunkali zotiljam kasalliklarini o'z vaqtida aniqlash, to'g'ri va to'liq davolash kerak.

BRONXOEKTAZIYA

Bronxoektaziya (bronchoectasia) bronxlarning patologik kengayishidir, bronxoektaziya surunkali kasallik bo'lib, uning o'ziga xos belgilaridan biri bronxoektazlar paydo bo'lishidir.

Bronxoektaziyaning etiologiyasi va patogenezi sabablaridan biri og'ir bronxitdir. Bronxlarning kengayishiga yana bir sabab shuki, yallig'lanish natijasida ularda chandiqlar paydo bo'ladi, ular tortilib, egilib qoladi, shaklini o'zgartiradi. Bronxoektaziya ko'pincha uzoq davom etgan yallig'lanish protsessining natijasi sifatida ham yuz beradi. Kasallikning kelib chiqishiga qattiq chandiqlar paydo qiladigan plevritlar ham yordam beradi. Bronxoektazning kuchayishida bronxlar devori tuzilishidagi tug'ma anomaliyalar, xususan, bronxlarning ikki tomondan kengayishiga olib keladigan muskul va elastik elementlarning zaifligi ham rol o'ynaydi, degan fikr bor. Ikki tomonlama bronxoektaziyaning paydo bo'lishiga bronxlar, o'pka yoki plevrada infeksiya – yallig'lanish protsesslari sabab bo'ladi, deb qarash kerak; bronxlarning isbot etilmagan tug'ma "zaifligi" bu kasallikning kuchayishiga sabab bo'ladi, degan fikrga ishonishning hojati ham yo'q.

Bronxoektazlar patologik – anatomik jihatdan silindrik va xaltasimon xillarga bo'linadi; silindrik tipda bronxlar ma'lum uzunlikda bir tekisda kengayadi, xaltasimon tipda esa bronxning bir qismigina bo'rtib chiqadi. Kengaygan bronxning kattaligi turlicha – no'xat kattaligida va undan ham kichikroq bo'ladi, ba'zan esa tuxum va olma kattaligidek bronxoektazlar ham bo'lishi mumkin. Bronx devorining kengaygan qismida biriktiruvchi to'qima paydo bo'ladi; muskul qavati atrofiga uchraydi; shilliq pardasi yallig'lanib, unda ba'zan yara-chaqalar paydo bo'ladi.

Kasallikning klinik ko'rinishi, avvalo, balg'amli yo'tal bilan xarakterlanadi. Balg'am ancha ko'p miqdorda ajraladi; u yiringli, suyuq bo'ladi va oson ko'chadi, "og'iz to'lib" chiqadi. Ba'zan balg'am bemor yomboshlab yotganda ayniqsa ko'proq ajraladi. Bunda bronxoektaz o'pkaning qaysi tomonida ekanligini aniqlash osonlashadi; agar bemor chap yoni bilan yotganida yo'tal tutishi va balg'am ko'p ajralishidan shikoyat qilsa, bu narsa bo'shliq uning o'ng tomonida ekanini ko'rsatadi. Balg'am o'z og'irligiga ko'ra tashqariga olib chiquvchi bronxlarga oqadi. Ikki tomonlama, ko'psonli bronxoektazlarda bu hodisa kuzatilmaydi. Bemorlar juda ko'p, ayniqsa qo'llansa hidli balg'am ajratganlari sababli, og'zi bekiladigan mazsus idish olib yuvishga majbur bo'ladilar. Kengaygan bronxlarda yaralar paydo bo'lishligi tufayli vaqt-vaqti bilan balg'amda qon aralashgan bo'ladi. Ba'zan qon tanlash kasallikning bunday turini ba'zan o'pka sili kasalligi deb o'ylaydilar.

O'pka perkussiya usulida tekshirilganda o'pkaning kengaygan bronxlar joylashgan qismi ustida timpanik tovush eshitiladi. Qopsimon va silliq devorli katta bo'shliqlar ustida jaranglama tovush eshitiladi. Ba'zi hollarda bo'shliqga xos gavda holatini o'zgartirish, og'izni ochish yoki yopish vaqtida paydo bo'ladigan boshqacha tovush fenomenlarni, shuningdek darz tuvak tovushini hosil qilish mumkin. Bronxoektazga uchragan joy auskultatsiya qilinsa, bronxial nafas yoki uning amforik nafas tipiga kiruvchi xili eshitiladi, odatda yirik va jarangli xirillashlar ham eshitiladi (tovushning balandligi katta bo'shliqdan chiqqan rezonans hamda bronx devorining qalinlashib zichlanganligiga bog'liq). Bronxoektaziya sohasi, tovush dirilashi va bronxofoniya kuchayadi. O'pka va plevrada chandiqli o'zgarishlar paydo bo'lishi tufayli, bronxlar kengaygan bo'lsa, bemor ko'zdan kechirilganda ko'krak qafasining kasallangan tomoni kichiklashgani seziladi, ko'krakning shu qismi bir oz cho'kkan bo'ladi, nafas olganda esa shu tomon yetarli ko'tarilmaydi. Perkussiya qilinganda o'pkaning shu tomondagi cheti kam siljiydi.

Shuni ham aytib o'tish kerakki, yuqorida korsatib o'tilgan fizik alomatlar sodir bo'lmasligi va kasallik faqat yo'tal hamda balg'am ajralish bilangina kelishi mumkin. Bunday hollarda rentgenologik tekshirish muhim diagnostic ahamiyatga ega.

Rentgenologik tekshirishda bronxoektatik kengaygan bo'shliqlar tuxumsimon yorug' joylar shaklida ko'rinadi: bular odatda yakka- yakka, yoki to'p-to'p bo'lib, o'pka ildiziga yaqin joyda, o'pkaning pastki qismida joylashadi; yorug' joy atrofida chandiqli va infiltratli, tasmasimon qorong'I tortmalar ko'zga tashlanadi, ular bronxlar bo'ylab tarqaladi, bo'shliqlarning o'ziga secret yig'ilib qolgan bo'ladi, ularning kattalarida gorizontallik joylashgan suyuqlik ko'rinadi, gavda holatining o'zgarishi bilan bu suyuqlik sathi ham o'zgaradi.

Xaltasimon bronxoektazlar paytidagi manzara ana shunday. Silindrik bronxoektazlarda tortmalar dag'alroq, ular ko'proq o'pkaning pastki qismida joylashgan bo'lib, o'pka ildizidan chiqadi. Silindrik bronxoektazlar kengaygan va devorlari qalinlashgan bronxlarda paydo bo'ladi (bronxlar atrofiyaga uchrab devori yupqalashganda ular ko'rinmaydi: ular secret bilan to'lgandagina ko'rinishi mumkin). Biroq bronxlar kengaygan bo'lishiga qaramay, ba'zan ularni rentgenoskopiyada aniqlab bo'lmaydi (juda mayda bronxoektazlar ko'p bo'lganligi sababli). Bunday hollarda bronxografiya qo'llaniladi. Tekshiriladigan Bronx tarmoqlarining tegishli bo'limiga kontrast modda kiritilgandan keyin uning rasmi olinsa 46-rasmda tasvirlanganda o'xshash aniq va chiroyli manzara hosil bo'ladi (yopishtirilgan rasmga qarang): kontrast qorishma bilan to'lgan bronxoektazlar uzum boshi yoki mevali daraxt shoxida o'xshash shakllar hosil qiladi.

Bronxoektaziyada uchraydigan boshqa alomatlardan biri bemor barmoqlarning uchlari nog'ora cho'plariga o'xshab to'mtoqlanib qolishidir. Bunday o'zgarishning sodir bo'lishi sababli hozirgacha aniqlangan emas. Bunda trofik buzilishlar rol o'ynasa kerak (ba'zi suyaklar, ayniqsa naysimon suyaklar to'qimalarining siyraklashib qolishi-ya'ni osteoporozning sababi ham shunda). Bemor yuzining kerkishi ham kishi diqqatini o'ziga jalb qiladi, bu hol bemorning doimiy yo'talishga bog'liq. Bemorning umumiy ahvoli uzoq vaqtlar davomida o'zgarmaydi. Tana harorati odatda

normal bo'ladi, biroq harorat vaqti – vaqti bilan (balg'am ajralmay qolganda) qisqa vaqtda ko'tarilishi mumkin.

Kasallik surunkali kechadi, u goh zo'rayib, goh pasayib turadi. Bemor tamomila sog'ayib ketmaydi. Bemorlar o'zlari uchun ham, boshqalar uchun ham ortiqcha yuk bo'lib qoladilar (ayniqsa balg'am badbo'y hidli bo'lganda).

Davolash yaxshi natija bermaydi. balg'ani kamaytirish va uning hidini yo'qotish uchun bemorga terpingidrat va natriy benzoate ichiriladi. Sulfanilamidlar (sulfazol, sulfatiazol, sulfadiazin) bilan davolash bir oz foyda beradi, bular kuniga 6-8 g dan 3-5 kunlik kurs bilan tavsiya etiladi. Katta dozalarda antibiotic ham qo'llaniladi. O'pkaning har ikki bo'lagidagi bronxoektazni xirurgik usul bilan davolash mumkin emas. Bu kasallikning oldini olishda bronxit va uzoqqa cho'zilgan o'pka yallig'lanishini o'z vaqtida to'g'ri davolash muhim ahamiyatga egadir.

Baholash mezonlari №9

Mavzuning nomi	Ball	Baho	Talabning bilim darajasi
Plevra bo'shlig'ida havo va suyuqlik to'planish sindromi. Quruq va eksudativ plevrit bilan bemorlarni tekshirish.	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
Gidrotoraks, pnevmotoraks simptomatologiyasi.	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
Pnevmotoraks turlari (ochiq, berk, qopqoqli). O'pkada bo'shliq sindromi. O'pka abstsessi, bronxoektaz kasalligi bilan bemorlarni tekshirish. Bemorlar kuratsiyasi. Tibbiy bayonnoma yozish.	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsiz	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Mustaqil ish. Plevritlar

Amaliy mashg'ulot №10

Oraliq nazorat №1 nafas tizimi kasalliklari bo'yicha.

Yurak-qon tomir tizimi. Tekshirish usullari. So'rab- surishtirish. Ko'zdan kechirish (umumit holati, teri qoplamlarini rangi, shishlar, bo'yinni ko'zdan kechirish). Diagnostik ahamiyati. Yurak sohasi va periferik tomirlar sohasini ko'zdan kechirish. Yurak sohasi palpatsiyasi va diagnostic ahamiyati.

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Studentlar soni: 10 dan 12 gacha
Mashg'ulot formasi	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Yurak, qon-tomir kasalligi bilan bemorlarni tekshirish usullari. So'rab-surishtirish, ko'zdan kechirish. Yurak soxasini, periferik tomirlarni ko'zdan kechirish. Yurak soxasini palpatsiya qilish.
Amaliy mashg'ulot maqsadi:	Talabalarni yurak, qon-tomir kasalligi bo'lgan bemorlarni tekshirish usullari bilan tanishtirish. Yurak soxasini, periferik

	tomirlarni ko'zdan kechirish, yurak soxasini palpatsiya qilishni o'rganish
O'qitish uslubi	So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma.
O'qitish formasi	Kichik podgruppalarida.
O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter.
O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala.

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	22. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 23. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 24. Davomatni nazorat qiladi	
1.O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
2 –asosiy bosqich (160 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rahbatlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
1-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

3.Talabalarining nazariy bilimlarini baholash:

A)Frontal usuli:

1. YUrak kasalligi bilan kasallangan bemorlarning asosiy shikoyatlari va ular nimaga bog'liq
2. Anamnesis morbi va anamnesis vitaeda qanaqa ma'lumotlarga e'tibor berish kerak
3. YUrak kasalligi bilan kasallangan bemorlarni ko'zdan kechirishda ko'proq nimalarga e'tibor beriladi
4. Qon aylanish organlari kasalligi bilan kasallangan bemorlarni kurak sohasi va tomirlar tutashni ko'zdan kechirish
5. YUrak kasalliklarida teri rangining diagnostik ahamiyati
6. YUrak sohasini palpatsiya qilib qanaqa o'zgarishlarni ko'rish mumkin
7. YUrak sohasini palpatsiya qilish texnikasi
8. YUrak uchi turkisini aniqlash
9. "Mushuk xirillashi" simtomiga izoh bering

10. Qanday hollarda Yurak ichki turtkisi o'zgaradi
11. Tomirlarni chegarasini aniqlash
12. pulsatsiyasini palpatsiya yordamida aniqlash mumkin

“Stol o'rtasida ruchka” usuli

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

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

So'rab – surishtirish. Shikoyatlar: Yurak qon – tomir tizimi kasalliklarida bemorlar hansirash, yurak sohasida va to'sh ortida og'riq, yurak o'ynashi, qon tupurish, shishlarni paydo bo'lishi o'ng qovurg'a ostida og'riq, dispeptik o'zgarishlariga shikoyat qiladi .

Hansirash (dyspnoe). Bu grekcha so'zdan kelib chiqqan bo'lib dys – buzilgan va pnein – nafas olish , ya'ni nafasni og'ir buzilishi hisoblanadi.

Hansirash – yurak yetishmovchiligining eng ko'p uchraydigan belgisi bo'lib, har xil darajalari tafovut qilinadi. Uning paydo bo'lish vaqtini (doimiy, xuruji) jismoniy zo'riqish bilan bog'liqligi, tinch holatda paydo bo'lishi kuzatiladi. Bemor hansirashni yengillashtirish uchun majburiy holatni egallashi kuzatiladi.

Yurak kasalliklarida hansirash dastlab jismoniy zo'riqishda, yurganda, zinadan ko'tarilganda nomoyon bo'lib, biroz vaqtdan keyin o'tib ketadi.

Yurak nuqsonlarining dekompensatsiya davrida hansirash paydo bo'ladi. Xususan mitral stenozda, aterosklerozli kardio-sklerozda eksudatli plevritda va yurakni boshqa kasalliklarida uchraydi. Yurak kasalliklarida chap qorincha yetish-movchi-ligida bo'g'ilish xuruji ko'pincha tunda paydo bo'ladi. Bu xuruji o'ta iztiroblidir. Bemor tunni uyqusiz o'tkazadi, kresloda ertalabgacha o'tirib chiqadi, xuruji uzoq davom etadi. Yurakning bunday xuruji yurak astmasi (astma cardiale) deyiladi. U yurak klapanlari nuqsonida dekompensatsiya davrida xususan mitral stenozi, aortal nuqsoni, miokard infarkti, chap qorincha anevrizmasi, kardiosklerozda va katta qon aylanish doirasining yaqqol ifodalangan gipertoniya rivojlanadi. Klapan nuqsonlarida dekompensatsiya davrida, miyada mahalliy qon aylanishini ateroskleroz tufayli mahalliy buzilishida nafasni Cheyn – Stoks tipida buzilishi aniqlanadi.

Yurak sohasida og'riqga shikoyat qiladigan bemorlarni so'rab surishtirishda quyidagilarni aniqlashtirish lozim:

- 1) og'riqlar qaysi sharoitda paydo bo'ladi (jismoniy zo'riqishda, hayajonganlarda va b.)
- 2) og'riqni aniq joyi (yurak cho'qqisi, to'sh orti)
- 3) uni xarakteri (siquvchi o'tkir, og'irlik sezish, to'sh ortini bosilishi va b.)
- 4) ular doimiy yoki xurujsimon bo'lishi
- 5) uning davomiyligi
- 6) og'riqning qayerga tarqalishi
- 7) nimadan pasayadi, yoki o'tib ketadi.

Yuqoridagilarni aniqlashtirish diagnostik katta aha-miyatga egadir.

Stenokardiyada og'riq xuruji yurak mushaklarini vaqtinchalik ishimiyasini koronar tomirlar spazmi va unda qon aylanishini buzilishidan kelib chiqadi.

Miokard infarktida og'riq stenokardiya bilan farq qilib boshqa xarakterda bo'ladi. Uning jadalligi yuqori bo'ladi, uzoq muddat davom etadi, bir necha soatgacha, xatto kunlarga cho'zilishi

mumkin. Og'riqlar jismoniy zo'riqish yoki hayajonlanish natijasida kelib chiqadi va xuruj paytida, qon tomirlarni kengaytiruvchi dorilar yordam bermaydi.

Perikarditlarda og'riq perikardial varaqlarda fibrinni o'tishi oqibatida hosil bo'lib, og'riq xarakteri doimiy, jadalligi turli xil bo'ladi. U validol va nitroglitserin tabletkasidan keyin bartaraf bo'lmaydi. Og'riqlar endokarditlarda va o'tkir mio-karditda ham bo'ladi, biroq miokard infarktidadagi kabi o'tkir bo'lmaydi. Yurak nevrozlarida og'riq to'sh orti emas balki, yurak cho'qqisida tarqaladi, doimo bemorni bezovta qiladi, xar xil emotsiyalar bilan bog'liq bo'ladi.

Aortaning har xil kasalliklarda, shu jumladan sifilitik mezoaortit, aorta anevrizmasi va gipertoniya da bemorlar to'sh orti soxada og'riqqa shikoyat qiladilar. Qon aylanishining buzilishida, yurak nuqsonlarida va boshqa yurak kasalliklarida bemorlar jigarda qonni keskin dimlanishi va Glisson kapsulasini cho'zi-lishi natijasida o'ng qovurg'a ostida og'riq sezadilar.

Yurakni tez qisqarishlarini, bemor yurak o'ynashi sifatida his qiladi. U normada sog'lom kishilarda jismoniy zo'riqishlarda uchrashi mumkin (yugurganda, zina-dan tez ko'tarilganda, og'ir yukni ko'targanda va x.). Yurak o'ynashi harorat ko'tarilganda, infeksiya xastaliklarda, xar xil nuqsonlari (yurak klapanlari nuqsoning dekompensatsiya davrida, o'tkir miokarditlar, miokard infarkti, tireotoksik zararlanishida va x.)da kuzatiladi. Yurak o'ynashining o'tkir xuruj ko'rinishida hosil bo'lishi paroksizmal taxikardiya uchun xarakterli bo'ladi.

Qon tupurish (haemoptoe). Yurakni mitral nuqsonida, xususan mitral stenozda, shuningdek miokard infarktida va boshqa yurak-qon-tomir kasalliklarini chap qorincha yetishmovchiligi bilan birgalikda kelganda kichik qon aylanish doirasida dimlanishi oqibatida bemorlar balg'am bilan qon kelishidan shikoyat qiladilar.

Qon tupurish mitral stenoz, miokard infarkti, chanoq yoki oyog'larning venalarini tromboflebiti bilan og'rikan bemorlarda o'pka tomirlarini emboliya yoki mahalliy trombozga uchrashi natijasida o'pka infarkti rivojlanganda kuzatiladi. Qon tupurishning bunday hollarda oz miqdorda balg'am bilan qon chiqishi yoki o'pkadan qon ketish ko'rinishida bo'ladi.

Yurak astmasi uchun ko'pikli pushti rangdagi balg'am ajralishi xos bo'g'ilib, dimlanish va tomirlar o'tkazuvchanligining ortishi bilan bog'liq bo'ladi.

Shishlar. Yurak kasalligiga chalingan bemorlar oyoqlari-dagi shishlarga shikoyat qiladi. Shishlar kechqurun paydo bo'ladi, keyinchalik ko'payadi. Ba'zida oyoqda shishlar doimiy bo'ladi. So'rab – surishtirilganda shishlarni jismoniy zo'riqish-lar va qabul qilingan suyuqlik bilan bog'liqligini aniqlash muhim.

Yurak-qon tomir tizimi kasalliklarida bemorni umumiy ko'zdan kechirish

Yurak kasalliklari bilan og'rikan bemorlarni tashqi tomon-dan ko'zdan kechirish bir qator belgilarni ilg'ab olishga imkon beradi, bu bemorlarni ahvolini baholash va tashxis qo'yish uchun muhim ahamiyat kasb etadi.

Ko'zdan kechirish bemorning egallagan vaziyatini baho-lashdan boshlanadi, keyin teri qoplamini, shilliq qavatlarni rangiga, shishlarga, yurak sohasiga, qo'l va oyoqlardagi periferik qon tomirlarga qaraladi.

Bemorning vaziyati. Yurak kasalliklari bilan og'rikan bemorlar qon aylanishi yengil darajasida kompensatsiya davrida, shikoyatlar bo'lmasligi mumkin. Yurak yetishmovchiligining yaqqol keskin rivojlanishlarida bemorlar yotoqda bosh tomonini yuqori qilib, boshni ostiga ko'plab yostiqlar qo'yib yotadilar yoki ularga maxsus bosh ostiga qo'yiladigan moslama beriladi, yarim o'tirgan holatni egallaydi va ahvolini biroz yengillashtiriladi. Bemorlar chalqancha yoki o'ng yonbosh tomonga yotqiziladi, yurakdagi noxush sezgilardan qutulish maqsadida chap yonboshga yotqizilmaydi.

Yurak yetishmovchiligi yaqqol ifodalangan hollarda, ayniqsa chap qorincha yetishmovchiligida uni yurak astmasi xurujiga olib kelishida bemorlar xarakterli majburiy holatni

egallaydi. Ular kresloda yoki to'shakda o'tiradi, oyoqlarini pastga osiltirib, boshini yostiqa qo'ygan holatda bo'ladi. To'shakda yotishga urinish ularda bo'g'ilish xurujiga sabab bo'ladi. Ba'zan ular haftalab o'tirishadi, tunda uxlamaydi, toki yurak va siydik ayiruv faoliyatini yaxshilaydigan vositalarni samara bergunga qadar kutadi.

Bemor majburiy vaziyatni egallaganda hansirashni kamayishi oyoqlarni pastga tushirilganda qonning tananing pastki qismga harakati tufayli kichik qon aylanish doirasida dimlanishni kamayishi, diafragmani ekskursiyasi ortishi bilan bog'liq bo'ladi. Bunday holat yurak klapanlari nuqsonlarida, kardiosklerozda chap qorincha anevrizmalarida va miokard infarkti yoki boshqa kasalliklar fonida paydo bo'lib yurak faoliyatining pasayishi bilan kechishida kuzatiladi.

Eksudatli perikarditlarda bemor tizza – bilak vaziyatini egallaydi yoki yarim egilgan holatda o'tiradi, majburiy holatni egallab o'ziga biroz yengillik yaratadi. Stenokardiya xuruji paytida bemor o'tirishni ma'qul ko'radi. O'tkir yurak yetishmovchiligi (shok, kollaps)da bemorlar gorizontol holatda yotadilar. Bemorning turish uchun intilishi obmorokka sabab bo'lishi mumkin.

Teri va shilliq qavatlarni ko'zdan kechirish. Yurak kasalliklari bilan og'rikan bemorlarni ko'zdan kechirishda teri va shilliq qavatlarning rangiga e'tibor qaratiladi, yurak kasalliklarida keskin ifodalangan oqarish yoki ko'karish kuzatilishi mumkin. Teri va shilliq qavatlarda gemorragik toshmalarning uchrashi diagnostik ahamiyat kasb etadi.

Tsianoz (cyanosis)- yurak kasalligiga chalingan bemorlarda qon aylanishining yetishmovchiligida teri va shilliq qavatlarning tsianotik (ko'karish) belgisi kuzatiladi.

Ko'karishning jadalligi har xil bo'ladi. Yengil sianotik rangdan to qora ko'k ranggacha bo'lishi kuzatiladi. Kasallikning boshlanishida tsianoz lablarda, burun uchida, yonoqlarda, qo'l barmoqlarida terisi yupqa bo'lgan sohalarda bo'ladi, keyinchalik uni rangi jadallanib, qo'l terisini ko'k rangga kiritadi (akrotsianoz), hattoki tana rangi ko'k tusga kiradi. Tsianoz mitral nuqsonlarda, asosan mitral stenozda uchraydi. Bunda yonoqni o'ziga xos ko'k rangga kirishi **facies mitralis** (mitral nuqsonli bemorning yuzi) deb nom olgan.

Tsianozning keskin yuqori darajasi tug'ma yurak nuqsonlarida (o'pka arteriyasini torayishi va b. yurak nuqsonlarida) uchraydi. Shuningdek o'pka arteriyasining sklerozi (Aerza kasalligi)da kuzatilishi mumkin. Bunday holatda tsianoz keskin darajada ortadi, bu kasallik **morbys coeruleus** (ko'k kasallik) nomini oladi.

Tsianoz o'pka yurak yetishmovchiligi, o'pkaning surunkali kasalliklari (pnevmoskleroz va b.) bronxoektaz kasalligi va o'pka enfizemasida uchraydi. Ba'zan sianoz o'pka arteriyasi emboliyasi, pnevmotoraksda to'satdan rivojlanadi. Tsianoz qonda qaytarilgan gemoglobinning miqdorini ortishi bilan ifodalanadi, uni rangi oksigemoglobinga nisbatan to'q rangda bo'ladi. Tsianotik rangni shakllanishida venoz dimlanish, venalarni kengayishi kuzatilib, u yurak o'ng qismining yetish-movchiligi tufayli kelib chiqadi.

Markaziy tsianozda o'pkaning xar xil kasalliklari tufayli qonning normal arterializatsiya jarayoni buziladi, shundan so'-ng o'pkadan oqib boradigan qon kislorod bilan to'yinmaydi. Boshqa turdagi tsianozlar periferik bo'lib qon harakatining sekinlashuvi va kislorodning atrofidagi to'qimalarga ko'plab sarflanishi tufayli kuzatiladi. Bunday holatlarda qon tarkibida normaga nisbatan yuqori darajada qaytarilgan gemoglobin aniqlanadi. Periferik tsianozning sabablari yurakning xar xil kasalliklari oqibatida qon aylanishining buzilishi bo'lishi mumkin. Aralash turdagi tsianozda ikkita sababchi kasalliklar bir vaqtda uchraydi. Yurak kasalliklarida tsianoz ko'pincha aralash xarakterli bo'lada.

Shuningdek, tsianoz mahalliy ham bo'lishi mumkin. U qo'l va oyoqlarning tromboflebitlarida kuzatilib bu tomirlarda venoz oqimning qiyinlashuvi bilan bog'liq bo'ladi. Mahalliy tsianoz kattalashgan limfa tugunlari yoki chandiqlar tufayli venalarning bosilishidan

paydo bo'lishi mumkin. Ba'zida mahalliy sianoz alohida ko'k dog'larni qorin devorida ko'rinishi holda o'tkir pankreatitlarda kuzatiladi.

Oqarish. Mitral nuqsonlarda tsianoz(ko'karish) kuzatilsa teri qoplamlari va shilliq qavatlarining oqarishi odatda aortal yurak nuqsonlarida uchraydi. Asosan ifodalangan oqarish aorta og'zi stenozida, qorincha sistolasi paytida tomirlarni qonga kam to'lishida hamda diastola payti ularni reflektor spazmida kuzatiladi.

Teri qoplamlarining oqarishi aorta klapanlarining yetishmovchiligida diastola paytida prekapilyarning yetarlicha bo'lmagan holda qonga tushishi natijasida yuzaga kelishi oqibatida kuzatiladi.

Yaqqol oqarish endokarditlarda og'ir qaytalama va cho'ziluvchan septik endokardit natijasida eritrotsitlarning gemolizga uchrashi tufayli anemiya yuzaga keladi. Terining oqarishiga yana bir sabab kollapsdir.

Teri qoplamlarining va shilliq qavatlarining sarg'ish rang-ga kirishi mitral paroklarning yaqqol ifodalangan dekompen-satsiya davrida, hamda yurakning o'ng qorincha yetishmovchiligi bilan kelgan boshqa kasalliklarida ko'z shox pardasining va teri qoplamlarining yengil sarg'ayishi (ikterikligi) aniqlanadi. Bunday hollarda yengil sarg'ayishlarning paydo bo'lishi jigardagi dimlanishining mavjudligi bilan bog'liq bo'lib, rivojlanayotgan sirrotik jarayonlar (kardial jigar serrozi) dan darak beradi.

Cho'ziluvchan septik endokarditlarda teri qoplamlarining oqarishi bilan ularning yengil darajada sarg'ayishi kuzatiladi. Terining bunday tusga kirishi "kofe bilan sut" ("caffé au lait") deyiladi. Yurak kasalliklarida teri va shilliq qavatlar rangining o'zgarishi bilan birgalikda petixial, gemorragik toshmalarni bemorning terisi va shohpardada kuzatish (Lukin simptomi) mumkin. Bu simptom cho'ziluvchan septik endokarditlar uchun xarakterli bo'ladi.

Teri osti qavati. Uzoq muddat qon aylanishining buzilishida, asosan klapan nuqsoni bor bemorlarda birdaniga ozish bilan birgalikda shishlar kuzatiladi. Ushbu holatdagi qon aylanishining buzilishini bunday ko'rinishi yurak nuqsonining kaxektik bosqichi deyiladi. Bunga qarama – qarshi bo'lgan ho-lat yurakni yog' bosishi qon aylanishini buzilishiga olib keladi .

Shishlar (oedema). Yurak kasalligiga chalingan bemor-larda shishlar yurak yetishmovchiligining belgisi sanaladi, eng asosiysi o'ng qorinchalar yetishmovchiligida unda venoz bosimni ortishi tufayli qonni harakati sekinlashishi va kapilyarlar o'tkazuvchanligining ortishi oqibatida to'qimaga suyuqlikni transudatsiyasi kuchayadi. Yurak shishlarining rivojlanishini asosiy sababi kapilyarlardagi gidrostatik va onkotik bosimning o'zaro muvofiqligini buzilishi hisoblanadi. Ma'lumki gidrostatik bosim onkotik bosimdan yuqori bo'lsa, qonning suyuq qismini atrof to'qimalarga transudatsiyasi va buni teskarisi ro'y beradi. Bu quyidagilarda ko'rinadi. Me'yorda kapilyarning arterial oyoqchasida gidrostatik bosim 400 – 450 mm suv ustun bo'lib plazmaning onkotik bosimidan oshadi, u yerda bosim 350 mm suv ustuniga teng bo'ladi. Bu me'yorda qondagi suyuqlikni to'qimaga o'tishiga imkon beradi. Kapilyarning venoz oyoqchasida gidrostatik bosim normada yuqoridagiga teskaricha, plazmadagi onkotik bosim taxminan 170 mm suv ustuni bo'lib, suyuqlikni to'qimadan qayta qonga transudatsiyasiga o'tishiga olib keladi. Bu sharoit normada suyuqlikni qondan to'qimaga transudatsiyasini muvofiqlashtiradi va to'qimadan qayta qonga o'tishiga olib keladi. O'ng qorincha yetishmovchiligida asosan mitral nuqsonlarda, uch tabaqali klapan yetishmovchiligida, o'pka yurak yetishmovchiligida aterosklerotik kardiosklerozda va yurakning boshqa kasalliklarida katta qon aylanish doirasi venalaridan o'ng qorinchaga qonni kelishi qiyinlashadi, venalarda va kapilyarlarda gidrostatik bosimni oshishiga olib keladi. Buning oqibatida kapilyarlarning arterial oyoqchalaridan to'qimalarga suyuqlikni kelishi ortadi va to'qimadan venoz kapilyarga qaytadigan suyuqlikni oqishi sekinlashadi. Bu to'qimada suyuqlikning to'planishiga, shish hosil bo'lishiga olib keladi. Kapilyar venoz oyoqchasining kengayishi, undagi

qon harakatining sekinlashuvi, uni devorini oziqlanishini buzilishiga, uni o'tkazuvchanligini ortishiga va shishni rivojlanishiga olib keladi.

Shishlarning paydo bo'lishiga buyrakka qon kelishining pasayishi tufayli ayiruv funksiyasining buzilishi ham zamin hoziraydi. To'qimada almashinuvni buzilishi chala oksidlangan mahsulotlarning va natriy xloridning to'qimalarda suyuqlikni saqlab qolinishiga olib keladi. Oqibatda, qon onkotik bosimni pasayishi yurak nuqsonlarini kaxektik bosqichida uchraydi va shishlarning rivojlanishida ma'lum rol o'ynaydi. Yurak kasalliklarida bemorlarda shishlarning paydo bo'lishi gidrostatika qonunlariga bo'ysunadi, buyrak shishlaridan farq qilib uzoq va pastga joylashgan bo'ladi, boshida tovonda asosan kechqurun ko'p yurganda paydo bo'ladi, dam olgandan so'ng ertalab ketadi. Keyinchalik shishlar ko'payadi va tizza, son, bel, jinsiy a'zolar, qorinda(ascites) plevra bo'shlig'ida (hydrothorax), perikardda (hydrothorax) kuzatiladi. Tarqoq, ko'p miqdordagi shishlar anasarka (anasarca) deb nomlanadi.

Ta'kidlash lozimki, yurak shishlari og'irlik kuchi ta'siri natijasida o'rnini o'zgartirishi mumkin – chalqancha yotganda ular dumg'aza sohaga yo'naladi, yonbosh yotganda yotqizilgan tomonga yo'naladi. Yurak shishlari buyrak shishlaridan farqli bo'lib, unda teri qoplamlari ko'kimtir rangda bo'ladi. Teri osti qavatlariga suyuqlik to'planishi bilan parenximatov a'zolarda, jigarda, buyrakda, oshqozon – ichaklarda sezilarli shish paydo bo'ladi.

Ba'zi bir kasalliklarda – qo'l va oyoqlarning trombo-flebitlarida, tomirlarni kattalashgan limfa tugunlari bilan siqili-shida, mahalliy qon aylanishini buzilishi rivojlanadi va mahalliy chegaralangan shishni paydo qiladi. Eksudativ va yopi-shuvchan perikarditda yuqori kovak venani ko'ks oralig'idagi o'smasi bilan siqilishida yuzda va bo'yinda keskin ifodalangan shishlar rivojlanadi bu stoks yoqasi deyiladi.

Shishlarni ko'zdan kechirib, keyin palpatsiya yordamida katta barmoq bilan tovon sohaga os tibiani ichki yuzasiga, dumg'azaga va tananing boshqa qismlariga bosib aniqlanadi. Bosilganda chuqurcha hosil bo'ladi, keyinchalik sekinlik bilan silliqiladi. Shishlar bo'lsa teri yaltirab ko'rinadi, boshida yumshoq, uzoq muddatdagi shishlarda qattiqlashadi, qiyinchilik bilan bosiladi. Katta shishlarda ba'zan pufaklar paydo bo'ladi, yorilib ichidan suyuqlik chiqadi. Qorinning teri osti kletkachasini keskin shishlari yorilib undan chandiqlik hosil bo'ladi, xuddi homiladorlikdan keyingi chandiqlik (striae gra-vidarum) ga o'xshaydi.

Shishning kamayishi yoki ko'payishini aniqlash uchun diurezni aniqlash va bemorni tarozida o'lchash tizimli ravishda bajariladi. "Nog'ora tayoqchalari" belgilarini topilishi tug'ma yurak nuqsonlari va cho'ziluvchan septik endokarditdan darak beradi.

Yurak sohasini va periferik tomirlarni ko'zdan kechirish.

Tug'ma va orttirilgan yurak nuqsonlariga chalingan bemorlarni ko'zdan kechirganda ko'krak qafasini yurak sohasini bo'rtib chiqqanligini yurak bukriligi aniqlanadi. Bunday bo'rtib chiqqish perikarditda ko'p miqdorda eksudat to'planishi natijasida ham paydo bo'ladi (eksudativ perikarditda) ko'krak qafasining deformatsiyasi aortani anevrizmida uni to'shni birikkan qismiga va qovurg'ani to'qay qismiga doimiy bosim ta'siri natijasida rivojlanadi. Bunda ko'krak qafasining mahalliy bo'rtishi uni bu sohada bir vaqtda pulsatsiyasi bilan birgalikda ko'rinadi. Ko'krak qafasining kifoskoliozi va uning deformatsiyaga uchrashi kichik qon aylanish doirasida qon aylanishi uchun normal bo'lmagan sharoitni hosil qiladi, kifoskolyotik yurakni rivojlanishiga olib keladi. Sog'lom kishilarda yurak sohani ko'zdan kechirish o'rtacha rivojlangan teri osti qavati bo'lganda, yurak cho'qqisi sohada ko'krakni oldingi devorida aniq ritmik pulsatsiyasi ko'rinadi, bu yurak turtkisi deb nomlanadi. Yurak uchi turtkisi normada V qovurg'a oraliqida chap o'rta o'mrov chizig'idan 1-2 sm ichkarida joylashadi, ba'zan ko'zga tashlanadi.

Ozg'in kishilarda qovurg'alar aro oraliq keng bo'lganda yurak uchi turtkisi yaqqol ko'rinadi. Semiz kishilarda, qovurg'alararo oraliq tor bo'lganda u ko'zga tashlanmaydi. Tashxis qo'yishda

asosan cho'qqi turtkisini tashqi tomonga siljishi muhim. U chap qorinchaning dilyatatsiyasida, asosan aortal nuqsonlarda va gipertoniya kasalligida uchraydi. Cho'qqi turtkisini tashqi tomonga siljishi mitral klapan yetishmovchiligida, kardiosklerozda va o'ng qorinchani kengayishida chap qorinchani chapga siljitadi. Cho'qqi turtkisi eksudativ plevrit, pnevmotoraks va gidrotoraksda ham siljiydi.

Yurak sohasini ko'zdan kechirishda ba'zan aniq ifodalangan tarqoq pulsatsiya ko'rinadi. U ko'pchilik holatlarda yurakni sezilarli kengayishlarida o'ng qorinchani katta yuzasi ko'krak devoriga bevosita yotganida (yurak turtkisi) kuza-tiladi. Bunday tarqoq yurak sohadagi pulsatsiya orqa ko'ks oralig'i o'smasida va boshqa kasalliklarda yurakni biror sabab bilan oldinga siljishida kuzatiladi.

Yurak xastaliklariga chalingan bemorlarni tashqi tomondan ko'zdan kechirishda diqqatni bo'yin, qo'l – oyoqlar va periferik tomirlarga qaratiladi, bunda tashxis uchun ahamiyatga ega simptomlar topiladi. Qalqonsimon bezni o'lchamini kattalashishi bo'yinni ko'zdan kechirishda aniq-lanadi, bu usul bemorlarda taxikardiya, aritmiya va yurakni kengayishidan darak beradi. Bo'yin sohani ko'zdan kechirishda uyqu arteriyasini yaqqol pulsatsiyasi aniqlanadi. Bu simptom "korotid o'yini" nomini olgan bo'lib, aortal klapan yetishmovchiligidan darak beradi, u maksimal va minimal arterial bosim o'rtasida keskin tebranishni bildiradi. Bu simptom ba'zan Bazedov kasalligida keskin ifodalangan taxikardiya va gipertoniya uchraydi.

Aorta klapani yetishmovchiligida o'ziga xos fenomen belgini boshni chayqalishi (Myusse simptomi) ni ko'rinadi u uyqu arteriyasini keskin pulsatsiyasi va maksimal va minimal bosimni keskin pasayishi natijasida yuzaga keladi.

«Karotid o'yini» simptomi klapan yetishmovchiligida odatda periferik tomirlarni (art. Subclavia, brachialis, radialis va boshqalar) pulsatsiyasi bilan birgalikda keladi. Hamma tomirlarni bunday keskin pulsatsiyasi Homopulsan deb nom-lanadi. Bo'yinda uyqu venalarining pulsatsiyasi va bo'rtib chiqishi o'ng bo'lmachaga venoz qonni quyilishini qiyinlashishi oqibatida yuzaga keladi.

Normada sog'lom kishilarda yotgan vaziyatda venalarning bo'rtib chiqishi ko'rinishi mumkin, lekin bu vertikal (tik) vaziyatda to'liq bartaraf bo'ladi. Agarda bunday vaziyatda venani bo'rtib chiqishi kuzatilsa unda o'ng qorincha yetishmovchiligini shubha qilish mumkin, asosan eksudativ plevrit o'pka emfizemasi, pnevmotoraks va b. xastaliklar natijasida rivojlanadi. Bo'yin va qo'l venalarining keskin kengayishi bilan bir vaqtda bo'yinda va qo'lda shish bo'lishi (Stoks yoqasi) yuqori kovak venani o'sma yoki aorta anevrizmasi bilan bosilishi, yoki yuqori kovak vena trombozi tufayli yuz beradi.

To'shni pastki qismida va qorin oldingi devorida venalar-ning kengayishi ko'ks oralig'i o'smalari natijasida chuqur venalarning bosilishi oqibatida yuzaga keladi. Uyqu venalarining pulsatsiyasini qorinchalar sistolasi bilan birga kelishi (musbat vena pulsi deb nomlanadi) uch tabaqali klapani yetishmovchiligini xarakterli belgisi hisoblanadi. Bunday hollarda venani barmoq bilan bosilganda uni pastida pulsatsiya aniqlanadi. To'liq yopilmagan o'ng atrioventrikulyar teshikni qorinchalar sistolasi davrida qonni retrograd harakati natijasida yuzaga keladi. Ko'krak qafasini ko'zdan kechirganda qovurg'alararo arteriyani kengayishini va pulsatsiyasini aorta bo'yining torayishi oqibatida (stenosis ustus aortae) yuzaga keladi.

Epigastral sohada pulsatsiya bo'lishi kengaygan va gipertrofiyalangan o'ng qorincha yoki qorin aortasini pulsatsiyasi tufayli yuzaga keladi. Qo'l venalarining kengayishi sog'lom kishilarda uchraydi, biro qo'lni yuqoriga ko'tarilganda u ketadi, venoz qonni o'ng bo'lmachaga kelishi qiyinlashgan holda (o'ng qorincha yetishmovchiligida) venaning bunday bo'shshishi kuzatilmaydi.

Bu katta qon aylanish doirasida venoz bosimning oshganidan dalolat beradi. Oyoqlarda ba'zan venalarning varikoz kegayishi asosan ko'p tug'gan ayollarda ko'pincha aniqlanadi. Tromboflebit ko'p holda mahalliy shish ba'zan esa pig-mentatsiya va trofik yara bilan birga keladi.

Qo'l – oyoqlarni ko'zdan kechirganda yurak xastaliklarida barmoqlarni “nog'ora tayoqchalari ” ko'rinishida o'zgarishi aniqlanadi . Bu belgi qo'l barmoqlarida yaxshi aniqlanadi , biroq buni oyoq barmoqlarida ham aniqlash mumkin. U tug'ma yurak nuqsonlarida uchraydi, shuningdek septik endo-karditda, o'pka yurak yetishmovchiligida (agar uni sabablari bronxoektaz kasalligi yoki o'pkani yiringli kasalligi bo'lsa) uchraydi .

Yurakni fizikal baholash

Klinika sharoitida bemorni chalqancha yotganda yurakni eshitish qiyinlashganda chap yonboshga aylantirib, o'tirgan holatda esa oldinga biroz egiltirib eshitish lozim. Ikkala holda yurak tonlari yaxshi eshitiladi, chunki yurak ko'krak devoriga yaqin kelib yaxshi eshitiladi. Yurak tonlari qiyin eshitilsa “distant” (alohida) ton deyiladi, yengil eshitiladigan yurak tonlari “aniq” ton deyiladi. Ko'pincha yog' bosgan yoki ko'krak qafasi enfizematoz bo'lgan bemorlarda yurak tonlarini eshitish qiyinlashadi. Birinchi navbatda yurak chastotasi, ritmi va yurak qisqarishini jadalligini baholanadi. Ko'pchilik tibbiyot muassasalarida hamma yurak glikozidlari qabul qilgan bemorlarda dorini qabul qilgunga qadar apikal puls aniqlanadi, yurak qisqarishlar sonini aniq belgilashda buni doriga bo'ladigan javob reaksiyasini tahlil qilishda muhim .

Istalgan yurak qisqarishini ritmini maromini buzilishini (regulyar vaqt oralig'ida bo'ladigan M: yurak urishini har 3 - qisqarishi) aniqlash lozim..

Shuningdek xohlagan regulyar bo'lmagan yurak ritmining buzilishi (m: o'tkazib yuborilgan yoki ba'zan o'tqazilgan yoki navbatdan oldingi yurak urishi) baholanadi. Yurak qisqarishlarini belgilanadi. Hamshira I va II ton (S1 , S2) ni farqlay olishi lozim. Buni bajarish normal va sekin yurak ritmida muhim. Yurak tonlari yurak klapanlarini yopilishida hosil bo'ladi. Sistola I va II ton o'rtasida , diastola II va I ton o'rtasida hosil bo'ladi. I ton 5 – qovurg'a oralig'ida o'rta o'mrov chizig'idan ichkarida (yurak cho'qqisida), II ton 2 – qovurg'a oralig'ida to'shdan o'ng tomonda (yurak asosida) eshitiladi. Yurak cho'qqisida tonlarni stetoskopni boshcha qismi yordamida, yurak asosida esa tonlar fonendoskopni diafragmasi yordamida aniq eshitiladi. Ikkala variantni ham bajarish lozim, chunki aniq hollarda tonlarni yaxshi eshitilishi lozim. Agar siz yurak tonlarini farqlay olmasangiz, uyqu arteriyasida pulsni aniqlang, uyqu arteriyasidagi puls I ton bilan mos keladi .

Yurakni fizikal baholashning muolajasi .

1. Yurakni fizikal baholash yurak patologiyasini aniqlashda pulsni tez – tez yoki maromini buzilishida muhim.

2. Baholash uchun stetoskopni tayyorlanadi. Eshitish u-chun quloqqa qo'yiladigan qismlarini spirt bilan artiladi, chun-ki gigiyenik qoidalarga amal qilinishi lozim.

3. Bemorga tushuntiriladi, nima qilinishi to'g'risida aytiladi, muolaja paytida gapirmasligi so'raladi. Tekshirish paytida tinchlikni ta'minlanadi televizorni o'chiriladi, eshikni yopiladi .

4. Bemordan o'tirishini so'raladi (agar iloji bo'lsa) .

5. Bemordan yuza kiyimlarini yoki pijamani yechishini so'raladi.

6. Yurak auskultatsiyasi o'tkaziladi. Yurak tonlarini eshi-tishning aniq tizimiga amal qilinadi. Yurakni auskultatsiya qilishning tarqalgan ketma – ketligiga amal qilinadi:

Stetoskopni diafragmasini qo'lda isitiladi. Diafragmani II qovurg'a oralig'iga to'shning o'ng qirrasiga (aortal klapan proektsiyasiga) qo'yiladi, keyin diafragmani II yoki III qovurg'a oralig'iga to'shni chap qirrasiga siljtiladi (o'pka arteriyasi klapani proektsiyasi). Keyin V–qovurg'a oralig'ida to'shni chap qirrasiga (3 tabaqali klapan proektsiyasi), keyin V – qovurg'a oralg'ida chap o'rta o'mrov chizig'idan ichkari (mitral klapan sohasi)ga qo'yiladi. Yurakni I va II tonlari (S1 , S2) normada bolalar va kattalarda eshitiladi. I ton mitral qopqoq sohasida “Lab” tovushiga o'xshab “lab dab” birgalikda kelgan tovushlarning bir qismi bo'lib, yurak auskultatsiyasida eshitiladi. II ton “dap” aortal klapani sohasida eshitiladi. III va IV ton (S3 va S4)

kattalarda patologik, bolalar va yoshlarda norma hisoblanadi (odatda mitral va aortal qopqoqlar sohasida yaxshi eshitiladi).

Yurakni paypaslash texnikasi (palpatio)

Yurak choʻqqisi sohasi va yurak turtkisini paypaslash. Choʻqqi turtkisini aniqlash uchun chap qorinchani faoliyati toʻgʻrisida ma'lumotga erishishda tekshiruvchi oʻng qoʻlini kaftini shunday joylashtirishi lozimki bunda barmoqlar choʻqqi turtkisi usti sohasini yopishi lozim.

Shundan soʻng choʻqqi turtkisi toʻgʻrisida umumiy tasav-vur hosil qilinib, uning xususiyatlarini chuqur oʻrganish kerak.

Palpatsiya yordamida choʻqqi turtkisini aniq lokalizatsiyasini, kengligini, maydonini, kuchini va kattaligini aniqlash lozim. Buning uchun choʻqqi turtqisini aniqlashda oʻrta barmoqni choʻqqi turtqisi sohasiga qoʻyiladi, uning aniq lokalizatsiyasi belgilanadi. Normada u V – qovurgʻa oraligʻida oʻrta oʻmrov chizigʻidan 1 - 2 sm ichkarida joylashadi. Chap yonboshga yotganda choʻqqi zarbi 2 sm chapga siljiydi, oʻng tomonga yotqizilganda esa sezilarli siljmaydi. Choʻqqi zarbini siljishi yurakka bogʻliq boʻlmagan sabablardan (diafragmaning turish balandligiga, koʻkrak boʻshligʻi bosimining oʻzgarishiga, oʻpkani bujmayish jarayoniga) iborat boʻladi.

Diafragmaning yuqori turishi qorin boʻshligʻini bosimi ortishi (astsit, meteorizm, yogʻ bosishi, homiladorlik va b.) da uchraydi, bunda yurak gorizontol vaziyatni egallaydi, yurak turtkisi yuqoriga va tashqariga (chapga) siljiydi. Diafragmani pastga joylashishi (qorin bosimini pasayishi, oʻpka emfizemasi, astenik tipdagi gavda tuzilishi va b.) yurakni vertikal joylashishiga va choʻqqi turtqisini pastga va ichkariga (oʻngga) siljishiga olib keladi.

Plevra boʻshliqlarida bosimning ortishi (eksudatli plevrit, bir tomonlama gidrotoraks, gematoraks, pnevmotoraks) yurakni qarshi tomonga siljitadi, oqibatda choʻqqi turtqisi ham siljiydi.

Oʻpkada biriktiruvchi toʻgʻima oʻsib bujmayganida obturatsion atelektaz rivojlanib (bronxogen oʻpka raki, yot jism) choʻqqi turtqisi zararlangan tomonga qarab siljiydi.

Yurak kasalliklarida chap qorinchani kengayishi va gipertrofiyasida (aortal qopqoq nuqsonlarda, mitral qopqoq nuqson-larida, aterosklerotik kardiosklerozda katta qon aylanish doirasida bosim ortganda va b.) turtki zarbi chapga siljiydi, aorta qopqoq yetishmovchiligida esa turtki zarbi chapga va pastga siljiydi.

Tugʻma anomaliyalarda – ichki a'zolarining teskari joylash-ishida (situs viscerum inversis) yurak koʻkrakni koʻproq oʻng qismida joylashadi, choʻqqi turtkisi ham shu tomonga siljiydi.

Shuni alohida ta'kidlash mumkinki, yaqqol ifodalangan eksudatli perikarditda choʻqqi turtkisi koʻpincha paypaslanmaydi yoki yurakni chap nisbiy chegarasiga mos kelmaydi va undan ichkarida paypaslanadi. Choʻqqi turtkisi chap plevra boʻshligʻida koʻp suyuqlik toʻplanganida (eksudativ plevritda, chap tomonlama gidrotoraks, gemotoraksda) paypaslanmaydi. Normada choʻqqi turtkisini kengligi (maydoni) 2 sm kvadratni tashkil qiladi. Agar maydon kengligi kichraysa, turtki chegaralangan, katta boʻlsa – tarqoq deyiladi. Chegaralangan turtki boʻlishida yurak koʻkrak devoriga normaga nisbatan kichik yuzasi bilan yotadi. Patologik holatlarda bu koʻpincha oʻpka emfizemasida, oʻpka yurakni koʻp qismini qoplaganida va uni koʻkrak devoridan siljitganida kuzatiladi. Tarqoq turtki buning teskarisi, yurakni katta yuzasi bilan koʻkrak devoriga yotganida, yurakni kengayishlarida, agar yurak kasalliklari inkor qilinsa yurakdan tashqari sabablar (oʻpkani bujmayishi, diafragmaning baland turishi, orqa koʻks oraliqini oʻsmasi) tufayli aniqlanadi.

Choʻqqi turtqisini kattaligi va balandligi choʻqqi terisini sohasidagi tebranish amplitudasi bilan xarakterlanadi. Baland va past choʻqqi zarbi farqlanadi. Qoidaga binoan yurakni katta sathini koʻkrak qafasini devoriga tegib turishida (sabablari yuqorida koʻrsatilgan) shuningdek yurakni tez qisqarishlarida choʻqqi turtqisi yuqorida joylashadi, agar yurak orqa tomonga siljigan boʻlsa, shuningdek boshqa sharoitlar (yogʻ bosish, mushaklar yaxshi taraqqiy qilgan paytda) choʻqqi turtqisini balandligi pasayadi. Bundan kelib chiqadiki, tarqoq va yuqori choʻqqi turtqisi yurakni

kengayishi (yurakdan tashqari sabablar inkor qilinishi)dan dalolat beradi. Kuchli yurak turtqisi natijasida yurak sohasi bo'rtib chiqadi, cho'qqi turtqisining kuchayishi odatda chap qorincha gipertrofiyasi va uni qisqarish kuchini ortishi bilan bog'liq.

Aorta qopqoqlari yetishmovchiligida chap qorinchaning gipertrofiyasi va kuchli "ko'tarilgan" "gumbazsimon" cho'qqi turtqisi aniqlanadi.

Perikardni ko'krak qafasini old devori bilan bitishib ketishida qorinchalar sistolasi paytida ko'krak devorini ko'taril-masdan, ichkariga tortilishini ko'rinadi. Cho'qqi turtqisini bun-day ko'rinishi manfiy cho'qqi turtqisi deb nomlanadi.

Cho'qqi turtkisidan tashqari yurakni o'ng qorinchasini faoliyatini belgilovchi yurak turtkisiga ahamiyat berish lozim. Sog'lom kishilarda u ko'zga tashlanmaydi. O'ng qorinchani gipertrofiyasi va dilyatatsiyasida yurakni absolyut to'mtoqlik chegarasi sohasida yaqqol ifodalangan pulsatsiyani ko'z bilan ko'rish yoki paypaslab sezish mumkin.

"Mushuk xirillashi" simptomini aniqlash. Palpatsiya yordamida "mushuk xirillashi" (fremissement cataire) simp-tomini aniqlash muhim diagnostik ahamiyat kasb etadi. Bu simptom frantsuz klinitstlari tomonidan yozilgan. Nom berilishida xirillayotgan mushukni paypaslaganda paydo bo'ladigan sezgiga o'xshash sezgi his qilinganligiga asoslangan. Bu simptom kam sistola, kam diastola davrida sezilishi mumkin, bunda yurakda past tovushlar (sekundiga 16 tebranish atrofida) hosil bo'ladi. Uni aniqlash uchun qo'lni yurakni qamma eshitish nuqtalari soqasiga qo'yiladi. Bu simp-tomni yurak cho'qqisida diastola davrida, ko'pincha uni oxirida aniqlansa "presistolik mushuk xirillashi" deyiladi, u mitral stenoz uchun xos bo'ladi, aorta ustida sistola paytida bo'lsa – aorta og'zi stenoz, o'pka arteriyasi ustida bo'lsa – o'pka arteriyasi stenoz yoki Botallov yo'lining bitmasligidan bo'ladi.

Baholash mezonlari №10

Mavzuning nomi	Ball	Baho	Talabning bilim darajasi
Plevra bo'shlig'ida havo va suyuqlik to'planish sindromi. Quruq va ekssudativ plevrit bilan bemorlarni tekshirish.	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
Gidrotoraks, pnevmotoraks simptomatologiyasi.	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
Pnevmtoraks turlari (ochiq, berk, qopqoqli). O'pkada bo'shliq sindromi. O'pka abstsessi, bronxoektaz kasalligi bilan bemorlarni tekshirish. Bemorlar kuratsiyasi. Tibbiy bayonnoma yozish.	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsiz	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Uyga vazifa 11, mustaqil ish

Amaliy mashg'ulot №11

Yurak perkussiyasi. Sog'lom odamda va patologiyada yurakni nisbiy bo'g'qlik chegarasini aniqlash. Sog'lom odamda va nafas organlari, yurak, qon-tomir patologiyasida yurak mut-loq bo'g'qlik chegarasini aniqlash. Yurak konfiguratsiyasi, rentgenogramma taxlil qilish. Diagnostik ahamiyati.

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Studentlar soni: 10 dan 12 gacha
Mashg'ulot formasi	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Yurak perkussiyasi. Sog'lom odamda va patologiyada yurak-ni nisbiy bo'g'qlik chegarasini aniqlash. Sog'lom odamda va nafas organlari, yurak, qon-tomir patologiyasida yurak mut-loq bo'g'qlik chegarasini aniqlash. Yurak konfiguratsiyasi, rentgenogramma taxlil qilish. Diagnostik ahamiyati.
Amaliy mashg'ulot maqsadi:	Sog'lom odamda va nafas organlari, yurak, qon-tomir patologiyasida yurak nisbiy va mutloq bo'g'qlik chegarasini aniqlash
O'qitish uslubi	So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma.
O'qitish formasi	Kichik podgruppalrida.
O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundariyasi, proektor, kompyuter.
O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala.

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	25. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 26. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 27. Davomatni nazorat qiladi	
1.O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
2– asosiy bosqich (160 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob

	talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	beradilar
1-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

3. Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

1. YUrak perkussiyasining metodikasini aytib bering
2. Nisbiy to'mtoqlik chegaralarini aniqlashni aytib bering
3. Absolyut to'mtoqlik chegaralarini aniqlash texnikasi
4. Qaysi hollarda Yurak chegarasi chapga siljiydi
5. Qaysi hollarda Yurak chegarasi o'nga siljiydi
6. Qaysi patologiyada Yurak chegarasi Yuqoriga va chapga siljiydi
7. "Socha BOVIN"ning qaysi patologi hollarda kuzatiladi
8. YUrak konfiguratsiyasini aniqlab bering
9. YUrak konfiguratsiyasini aniqlashning diagnostik ahamiyati va patologiyada o'zgarishi
10. Tomir tutami dastasini aniqlab bering
11. Tomir tutami dastasini aniqlashning diagnostik ahamiyati
12. YUrak rengenogrammasida nimalar tahlil qilinadi
13. Rentgenogrammada chap qorincha gipertrofiyasi belgilari
14. Mitral va aortal konfiguratsiyaning rentgenogramma belgilari

"Qor parchalari" usuli

Talabalar ikki guruhi bir muammo yoki vaziyatli masala yechimi ustida, ko'proq to'g'ri javob topish maqsadida, bahs olib boradilar. Masalan, o'tkir xolesistit belgilari, yoki qorinda og'riq sindromi bilan kechuvchi kasalliklar differensial diagnostikasi. Har bir to'g'ri javob, bir ball bilan baholanadi va shu guruhga bitta qor parchasi beriladi. Eng ko'p qor parchalar yig'gan guruh a'zolari a'lo baholar bilan baholanadi.

Yurak perkussiyasi (percussion)

Yurak perkussiyasi uning kattaligini, konfiguratsiyasini, vaziyatini va tomir tutamini o'lchamini aniqlash uchun o'tkaziladi.

Perkussiyani printsipi. Yurakni atrofidagi to'qima o'pka perkussiyasida baland tovush berishiga, yurak zich mushakli a'zo bo'lganligi uchun - past to'mtoq tovush berishiga asoslanadi. Tovushlarning bunday farqlanishi yurak chegara-larini perkussiya yordamida aniqlashga imkon beradi.

Ma'lumki yurakni old yuzasi qisman o'pka bilan qoplangan, faqat katta bo'lmagan qismigina ko'krak devoriga bevosita tegib turadi. Tabiiyki yurakning o'pka bilan qoplanmagan qismigina perkussiya qilinganda absolyut to'mtoq tovushni beradi. Uni chegarasini aniqlash "yurak absolyut chegarasini" aniqlash nomini olgan. Yurakni o'pkaning to'mtoqlik qirralari bilan qoplangan qismini perkussiya qilinganda to'mtoq tovush emas, to'mtoqlashgan perkutor tovush yoki "yurakni nisbiy to'mtoq" tovushi aniqlanadi.

Yurakning nisbiy to'mtoqlik chegarasini perkussiya yordamida aniqlash, uning haqiqiy o'lchamini va ko'krak qafasidagi proektsiyasini belgilaydi. Absolyut to'mtoqlik chegarasini aniqlash esa faqat yurakni o'pka bilan qoplanmagan qismi va o'ng qorinchani holati to'grisida tasavvur qilishga imkon beradi.

Yurak perkussiyasida quyidagi qoidalarga amal qilish lozim:

- Bemorning vaziyatiga; Yurak perkussiyasini o'tkazi-layotgan paytda bemor vertikal holatda qo'lini pastga tushirgan holatda bo'lishi kerak, og'ir ahvoldagi bemorlarda gorizontol vaziyatda bajariladi. Bunda ta'kidlash lozimki, vertikal vaziyatda yurakning o'lchamlari gorizontol

vazi-yatdagiga nisbatan biroz kichik (taxminan 15 – 20 % ga) aniqlanadi. Chunki, bunda diafragma ko'tarilgan bo'ladi. Yurak to'mtoq-ligining o'lchamlariga yurakka tegib turgan o'pkaning qirralarini holati ta'sir qilishi mumkin, shuning uchun yurak perkussiyasini o'tkazishda bemordan odatdagidek yuzaki nafas olish so'raladi. Hamshira yurak perkussiyasini o'tkazayotgan paytda ko'krak qafasiga plessimetr barmoqni qo'yish hamda perkutor zarbni berish uchun qulay vaziyatda turishi lozim.

Bevosita va vositali perkussiya. Yurakni perkussiya qilish-da perkutor zarba barmoq orqali barmoqqa uriladi. Yurak chegaralarini Obrastsov, Yanovskiy usullarida qam aniqlash mumkin.

Plessimetr barmoqning vaziyati. Yurak perkussiyasida plessimetr barmoqni ko'krak qafasi devoriga zich qo'yiladi. Bunda kutilayotgan chegaraga barmokni parallel qo'yish lozim.

Perkutor zarbaning kuchi. Perkutor zarbaning kuchi tekshiruvchining o'z oldiga qo'ygan maqsadiga qarab belgilanadi. Yurakni nisbiy to'mtoqlik chegarasini aniqlash uchun o'rtacha kuch bilan zarb beriladi.

Yurak absolyut to'mtoqlik chegarasini aniqlash uchun tinch perkussiya qilinadi. Ayrim klinitsistlarni ta'kidlashicha tinch perkussiyani Pleh-Goldshayder usulida o'tkazib yurak absolyut chegarasini aniqlanadi.

Perkussiyaning yo'nalishini aniq perkutor tovushdan to'mtoq tovush hosil qilinishi tomon ya'ni o'pkadan yurakka tomon perkussiya qilinadi. Biroq ayrimlarning belgilashicha bunda perkussiyani teskari holda - absolyut to'mtoqlikdan aniq perkutor tovush tomonga, ya'ni yurakdan o'pka tomonga boriladi.

Yurak chegarasini belgilash. Yurak chegarasini belgilash o'pkaniki singari plessimetr barmoqni tashqi tarafidan belgilanadi.

Yurakni va tomir tutamini perkussiya qilish tartibi.

Yurak perkussiyasi quyidagi tartibda amalga oshiriladi: oldin yurakni o'ng, keyin chap va yuqori nisbiy chegarasi topiladi. Shundan so'ng qo'shimcha perkussiya yordamida yurak konfiguratsiyasi va o'lchamlari (sm) aniqlanadi.

Nisbiy to'mtoqlik chegari aniqlangandan so'ngra yurakni absolyut, to'mtoqlik chegarasi va tomir tutamining o'lchamlari aniqlanadi.

Yurakning nisbiy to'mtoqlik chegarasini belgilash yurak nisbiy to'mtoqlik chegarasini aniqlashdan ilgari diafragmaning turish balandligi to'g'risida tasavvurga ega bo'lish lozim. Diafragmaning baland joylashuvida yurak gorizontal vaziyatni (yotuvchi yurak deb nomlanadi) egallaydi, bunda yurakni absolyut to'mtoqlik chegarasining o'lchamlari normaga nisbatan katta bo'ladi. Diafragmaning past joylashuvida esa yurak vertikal joylashib o'lchamlari kichik bo'ladi.

Diafragmaning turish balandligini ulkani pastki chegarasiga qarab belgilash mumkin. Buning uchun plessimetr bemorning o'ng tomonidan III qovurg'a oralig'iga qovurg'aga parallel holda o'rta o'mrov chizig'idan qo'yilib pastga tomon perkussiya qilinadi, o'pkaning pastki chegarasi aniqlanadi, u qovurg'ani to'g'risida joylashadi.

Yurakning o'ng nisbiy chegarasini aniqlash o'pkani pastki chegarasini aniqlangandan so'ng plessimetr barmoqni birga qovurg'a yuqoriga (taxminan IV-qovurg'a oralig'iga) qo'yiladi, yurakni o'ng chegarasiga parallel holda qo'yilib, perkutor zarbni o'rtacha kuch bilan berilib yurak tomonga yo'naltiriladi, to perkutor tovushning o'zgarganicha boriladi, ya'ni aniq tovushdan to'mtoqlikkacha boriladi.

Qon bosimini o'lchash, uning normal kattaliklarini har xil ishdagi bemorlarda bilish qon aylanish tizimining holati to'g'risida axborot beradi.

Baholash mezonlari №11

Mavzuning nomi	Ball	Baho	Talabning bilim darajasi
Plevra bo'shlig'ida havo va suyuqlik to'planish sindromi. Quruq va eksudativ plevrit bilan bemorlarni tekshirish.	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
Gidrotoraks, pnevmotoraks simptomatologiyasi.	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
Pnevmotoraks turlari (ochiq, berk, qopqoqli). O'pkada bo'shliq sindromi. O'pka abstsessi, bronxoektaz	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
kasalligi bilan bemorlarni tekshirish. Bemorlar kuratsiyasi. Tibbiy bayonnoma yozish.	0-54	Qoni qarsiz	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Uyga vazifa 12, mustaqil ish

Amaliy mashg'ulot №12

Yurak auskultatsiyasi qoidalari va eshitish nuqtalari. Yurak tonlari. Yurak qon tomir patologiyasida tonlarni o'zgarishi (kuchayishi va susayishi). Tonlarning ikkilanishi va bo'linishi. Diagnostik ahamiyati. Yurak qon tomir patologiyasida qo'shimcha tonlar.

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Studentlar soni: 10 dan 12 gacha
Mashg'ulot formasi	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Yurak auskultatsiyasi: sog'lom odamda yurak tovushlarini xarakteristikasi. Yurak tonlarini eshitish nuqtalari. Tovush-larni asosiy xossalari: tembri, kuchi. Asosiy tovushlarni kuchayishi va susayishi. Yurak, qon-tomir kasalligida tovushlarni o'zgarishi: ot dupuri ritmi, bedana sayrashi ritmi, mayatniksimon ritmi, embriokardiya. Taxikardiya, bradikardiya, aritmiya.
Amaliy mashg'ulot maqsadi:	Sog'lom odamda yurak tovushlarini xarakteristikasini o'rganish Yurak tonlarini eshitish nuqtalari, asosiy tovushlarni kuchayishi va susayishi, yurak, qon-tomir kasalligida tovushlarni o'zgarishi: ot dupuri ritmi, bedana sayrashi ritmi, mayatniksimon ritmi, embriokardiya, taxikardiya, bradikardiya, aritmiya kabi terminlarga tushuncha berish.
O'qitish uslubi	So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma.
O'qitish formasi	Kichik podgruppalrida.
O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter.
O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala.

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	28. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 29. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 30. Davomatni nazorat qiladi	
1.O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
2 – asosiy bosqich (160 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
1-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

3.Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A)Frontal usuli:

1. YUrak auskultatsiyasi qilish qoidalari
2. YUrakning eshitish nuqtalarini ko'rsating
3. 1 ton hosil bo'lish mexanizmi
4. 2 ton hosil bo'lish mexanizmi
5. 1 tonni 2 tondan farqi
6. 3 va 3 ton hosil bo'lish mexanizmi
7. 1 ton susayishi qaysi hollarda kuzatiladi
8. Qaysi patalogiyada 1 ton kuchayadi
9. 2ton susayishi qaysi hollarda kuzatiladi
10. Qaysi patalogiyada 2 ton kuchayadi
11. nima
12. 1 va 2 ton ikkilanishi qachon kuzatiladi
13. Ekstrakardial porshenlarning hosil bo'lishi mexanizmi,diagnostik ahamiyati
14. “ot dupuri” ritmi hosil bo'lishi
15. “Bedana ritmi” hosil bo'lishi
16. Embriokardiya haqida tushuncha
17. Taxikardiya va uning turlari
18. Bradikardiya nima,qaysi hollarda kuzatiladi
19. Ekstrasistoliya nima hosil bo'lish mexanizmi
20. paroksizmal taxikardiya,turlari,hosil bo'lish mexanizmi

Muammo yechimini topish usuli

Guruhga muammoli vaziyat topshiriladi. Masalan, qorinda og'riq sindromi, davolash taktikasi yoki differensial tashxislash. Har bir talaba o'z javobini yozib oladi (5daq), va partadoshi bilan muxokama qiladi. Keyin butun guruh bilan tahlil qilinadi. Oxirida umumiy variant daftarga yozib olinadi.

Yurak auskultatsiyasi (auskultasio).

Yurak auskultatsiyasi yurakning faoliyati davomida paydo bo'ladigan murakkab tovushlarni simptomatikasi to'g'risida tasavvur hosil qilishga imkon beradi.

Yurakni eshitib ko'rishda quyidagi koidalarga amal qilish lozim.

Bemorning vaziyatiga. Talabada yurak qon tomir tizimi kasalliklariga duchor bo'lgan bemorlarni har xil vaziyatlarda – vertikal, gorizontol va yotgan, chap yonboshga yotgan holatlarida eshitishga ko'nikmalar bo'lishi lozim. Buni har xil yurak klapanlarini nuqsonlarida hosil bo'lgan tovushlarni bemorning qaysi vaziyati, holatlarida qanday bajarilishini bilish lozim. M: Aortal klapan nuqsonida hosil bo'ladigan proto-diastolik shovqin bemorni vertikal holatida yaxshi eshitiladi, mitrla klapan nuqsonida yotgan vaziyatda sistolik shovqin yaxshi eshitiladi. Mitral stenozda shovqin bemorni chap yonboshga yotqizilganda yaxshi eshitiladi yurak asosidan eshitiladigan perikardni ishqalanish shovqini gavdani biroz oldinga engashtirilganda nisbatan aniqroq eshitiladi.

Talabaning vaziyati. Talaba yurakni auskultatsiya qilish jarayonida bemorni o'ng tomonidan yondoshadi. Bunda talaba shunday holatda turishi kerakki, bunda yurakni eshitish nuqtalariga stetoskopni to'g'ri va erkin qo'yish uchun imkoniyat bo'lishi kerak.

Yurakni stetoskop va bevosita quloq yordamida eshitish. Odatda yurakni stetoskop yoki fonendoskop yordamida eshitiladi, chunki bu yurakni har xil nuqtasidagi shovqinlarni alohida eshitiladi. Shunga qaramasdan V.P.Obratsov va M.V.Yanovskiy yurakda hosil bo'ladigan shovqinlarni bevosita quloq bilan eshitishga e'tiborni qaratganlar. V.P.Obratsov yurakni bevosita quloq bilan auskultatsiya qilganda sog'lom kishilarda 2ta emas, balki 3ta tonni eshitilishini aytgan, bu keyinchalik fonokardiografiya usulida tasdiqlangan.

Yurakning og'ir zararlanishlarida yuzaga keladigan galop ritmini V.P.Obratsovning ta'kidlashicha quloq yordamida bevosita auskultatsiya qilinganda yaxshi eshitiladi.

Shulardan kelib chikib yurakni eshitishda bevosita va bilvosita auskultatsiya qilish muhim.

Nafas aktining har xil fazalarida yurakni eshitish. Yurakni nafasni to'xtatilgan holda eshitiladi, buni o'pkadagi tovushlarni bartaraf qilish, yurakdagi auskultatsiya ma'lumotlarini baholashni qiyinlashtirmaslik uchun bajariladi. Buning uchun bemordan nafas olish va keyin chiqarish so'raladi va bundan keyin nafasni to'xtatiladi. Nafasni to'xtatilgan paytda yurakni eshitiladi. Chunki nafasni to'xtatish uzoq muddat davom etmaydi, shuning uchun muolajani takror bajariladi.

Yurakning eshitish joylari va yurak qopqoqlarining ko'krak qafasidagi haqiqiy proyeksiyasi. Mitral qopqoqning proyeksiyasi III qovurg'ani tashqi chap tomoniga birikadigan qismiga, aorta qopqog'ini proyeksiyasi to'sh ortida III qovurg'ani to'qay qismida, o'pka arteriyasi qopqog'i II qovurg'a oralig'ida tushning chap qirrasida, 3 tabaqali klapan to'sh ortida o'rta chiziqda III chap qovurg'a to'qayini va V o'ng qovurg'ani to'shga birikish joyida joylashadi. Tabiiyki qopqoqlarning teshiklarini bir-biriga yaqin joylashishi u yerda hosil bo'ladigan tovushlarni alohida ajratishga qiyinchilik tug'diradi. Shuning uchun uzoq muddatda klinik kuzatuvlarga asoslanib, klapanlarning alohida tovushlarni yaxshi eshiti-ladigan nuqtalari joyi – yurak cho'qqi turtkisi, aorta qopqog'i uchun – II qovurg'a oralig'i to'shning o'ng qirrasida o'pka arteriyasi uchun – II qovurg'a oralig'ida to'shni chap qirrasida, 3 tabaqali klapan – to'shning pastki qismi, qilichsimon o'simtaning asosida.

S.P.Botkin tomonidan aortada hosil bo'ladigan qo'shimcha tovushlarni eshitishni qo'shimcha nuqtasini taklif qildi, u III-IV qovurg'ani tashqi chap qirrasiga birikish joyiga to'g'ri keladi. Bu 5-eshitish nuqtasi S.P.Botkin nuqtasi deyiladi.

Yuqoridagilardan kelib chiqib, yurakni I klapanini haqiqiy proyeksiyasi biroz chetroqda bo'lib, mitral klapani eshitish sohasiga to'g'ri keladi.

Undagi paydo bo'ladigan tovushlar yurak cho'qqisining zichlashgan, sistola davrida ko'krak devoriga zich tegib hosil bo'ladigan mitral klapani bu soxaja tovushlarni yaxshi o'tqazilishini ta'minlaydi. Aorta qopqoqlarida hosil bo'ladigan tovushlarni II qovurg'a oralig'ida to'sh suyagining o'ng qirrasida haqiqiy proyeksiyasidan biroz chetroqda eshinishi qon oqimi bilan tovushlarni yaxshi o'tqazilishi bilan bog'liq.

Yurakni eshitish tartibi. Yurak auskultatsiya quyidagi tartibda o'tkaziladi. Oldin yurak cho'qqisi, mitral klapan tovushlarini o'tkazilish joyi (birinchi nuqta), keyin aortal klapan II qovurg'a oralig'ida to'shning o'ng tomonidan (ikkinchi nuqta), o'pka arteriyasining klapani II qovurg'a oralig'ida chap tomonda (uchinchi nuqta), uch tabaqali klapan tashqi pastki qismida (to'rtinchi) nuqta va oxiri stetoskop yoki fonendoskop Botkin nuqtasiga (beshinchi nuqta) aorta klapanlaridagi tovushlarni qo'shimcha eshinish joyiga qo'yiladi.

Orttirilgan yurak nuqsonlarida ko'pincha mitral va aortal klapanlar zararlanadi.

Yurakni jismoniy zo'riqishdan keyin eshitish. Aniq bo'lmagan holatlarda bemorni ahvoli ko'tarsa, yengil jismoniy zo'riqishdan keyin yurakni eshitiladi, masalan bemorni bir necha marta o'tirib turishidan, jismoniy mashq bajarishi so'raladi. Bu yurakdagi tovushlarni aniqlashtirishga imkon beradi (masalan, mitral stenozda presistolik shovqin) yurakni qisqarishini oshishi va qoni harakatini tezlashishi tufayli aniq eshitiladi.

Sog'lom kishilarda yurakda eshitiladigan auskultativ ma'lumotlar. Normada sog'lom odamlarda 5ta eshinish nuqtalarida 2 ta eshitiladi: I, qorinchalar sistolasi paytida hosil bo'ladigan sistolik deb nom olgan, va II qorinchalar diastolasi fazasida hosil bo'luvchi diastolik ton eshitiladi. I tondan so'ng kichik pauza, qorinchalardan qonning haydali davriga to'g'ri keladi (davomiyligi Q_2c ga teng). Yurakni auskultatsiyasi davrida qonning qorinchadan aortaga va o'pka arteriyasiga oqishi bizga eshitilmaydi, chunki qopqoqlarning teshiklari shunchalik kattaki bunda qon aylanma harakat qilolmaydi va u yerda shovqin hosil bo'lishiga imkon tuzilmaydi.

I ton kichik pauza bilan qorinchalar sistolasini tashkil qiladi. II tondan so'ng katta pauza boshlanadi, bu paytda qon bo'lmachadan qorinchaga o'tadi. Bunday holatda ham qon harakatlanib atrioventrikulyar teshik orqali o'tayotganda tovush hosil qilmasdan o'tadi, chunki teshik yetarlga kattalikda bo'ladi. Ikkinchi ton katta pauza bilan birgalikda qorincha diastolasini tashkil qiladi, u 0,43 s ga teng.

Ba'zan I va II tondan tashqari III va IV tonlarni diastola davrida eshitiladi.

Uchinchi ton birinchi bo'lib V.P. Obratsov tomonidan auskultatsiyada aniqlanib, yozilgan. Uni hosil bo'lishini qorinchalar devorining diastolani boshida tezda qoncha to'lishi paytidagi tebranishlaridan hosil bo'ladi. III tonning davomiyligi 0,03-0,06 s ga teng. Bu ton yoshlarda va o'smirlarda uchraydi.

To'rtinchi ton I tondan keyin keladi, bo'lmachalar qisqarishi paytida ularning tebranishidan hosil bo'ladi. Uning bolalar va o'smirlarda fiziologik, kattalarda uchrashi esa patologik hisoblanadi.

Tonlarning hosil bo'lishi mexanizmi. Quloqqa I ton bo'lib qabul qilinadigan tovush fenomeni sistolaning boshida yurakda hosil bo'ladigan tovushlarning qo'shilishi natijasida kelib chiqadi. Uning hosil bo'lishida qorinchalar mushaklarini taranglashib izometrik qisqarish fazasida tebranishi (mushak komponenti), atrioventrikulyar qopqoqlarni bir vaqtda yopilish davrida tebranishidan va qopqoqlarga mahkamlangan papilyar mushaklar va paylarning tebranishlaridan (qopqoq komponenti) hosil bo'ladi.

Bundan tashqari I tonning hosil bo'lishida bo'lmachalar mushaklarining qisqarishi (bo'lmachalar komponenti) va aorta bilan o'pka arteriyasiga qorinchalardan qon kelayotgan davrda tomirlar devorining tebranishi (tomir komponenti) ishtirok etadi. Bundan kelib chiqadiki I ton qorinchalar mushaklarining izometrik taranglashish fazasida qonni tomirga haydalinini boshlang'ich bosqichida hosil bo'ladi. Uni davomiyligi 0,08-0,12s.

II tonning hosil bo'lish mexanizmi ixcham. U aorta va o'pka arteriyasining yarimoysimon qopqoqlarini yopilishidan va tebranishidan hosil bo'ladi. II tonning davomiyligi 0,05-0,08s.

Yurakni eshitishda quyidagilar hisobga olinadi:

Yurak cho'qqisi, asosi, sistola, diastola va yurak tonalrining grafik ko'rinishi FKG, EKGlarda.

Auskultatsiyada qorinchalar sistolasini diastolasidan qanday farqlash mumkin? Yurak auskultatsiyasida qorinchalar sistolasini diastolasidan farqlash kerak bu har xil yurak kasalliklarining diagnostikasida juda muhim hisoblanadi. Har xil ortirilgan yurak nuqsonlarida (mitral, uch tabaqali qopqoq yetishmovchiligida va aorta og'zi torayishida), shuningdek tug'ma yurak nuqsonlarida (o'pka arteriyasini og'zini tora-yishida, Botallov stulini va qorinchalararo to'siqni ochiq qolishida) yurakda sistolik shovqin eshitiladi, boshqa yurak nuqsonlarida (chap va o'ng atrioventrikulyar teshikni torayi-shida, aorta va o'pka arteriyasini qopqog'ini yetishmovchiligida) shovqin diastola paytida eshitiladi. Shuning uchun yurakning har xil nuqsonlarini farqlashda qaysi fazada shovqin hosil bo'lishini bilish muhim bo'ladi.

Sistolani diastoladan farqlash uchun I tonni II dan farqlash lozim, chunki I ton kichik pauza qorinchalar sistolasiga to'g'ri keladi, II ton katta pauza – qorinchalar diastolasini tashkil qiladi. Ikkala tonlarni bir-biridan farqi quyidagi belgilar orqali bo'ladi: birinchidan I ton yurak cho'qqisida II Tonga nisbatan kuchli baland va davomiy bo'ladi, ikkinchidan u katta pauzadan so'ng eshitiladi.

Bu yurak cho'qqisida mitral qopqoqni tovushlarni yaxshi o'tkazilishini; I tonni hosil bo'lishida mitral qopqoqni tebra-nishi, qorinchalarni qisqarishini ishtirok etishi, II tonni hosil bo'lishi yurak cho'qqisidan uzoqroq joyda bo'lib va bu sohaga sust o'tqaziladi.

Bundan tashqari I ton yurak turtkisiga va uyqu arte-riyasini pulsiga mos keladi. Ikkinchi qovurg'a oralig'ida tushni o'ng tomonida (aorta) va tashqi chap qirrasida (o'pka arteriyasi) II ton I tonga nisbatan kuchli eshitiladi, chunki bu joyda ya-rimoysimon qopqoqlarni yopilishidan hosil bo'lgan tovush yaxshi eshitiladi.

Baholash mezonlari №12

Mavzuning nomi	Ball	Baho	Talabning bilim darajasi
Yurak auskultatsiyasi: sog'lom odamda yurak tovushlarini xarakteristikasi. Yurak tonlarini eshitish nuqtalari. Tovushlarni asosiy xossalari: tembri, kuchi. Asosiy tovushlarni kuchayishi va susayishi. Yurak, qon-tomir kasalligida tovushlarni o'zgarishi: ot dupuri ritmi, bedana sayrashi ritmi, mayatniksimon ritm, embriokardiya. Taxikardiya, bradikardiya, aritmiya.	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsiz	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Uyga vazifa 13, mustaqil ish

Amaliy mashg'ulot №13

Yurak shovqinlari. Pulsni tekshirish. Pulsni xususiyatlari. Arterial bosim va uni o'lchash qoidalari. Gipertoniya va gipotoniya haqida tushuncha. Diagnostik ahamiyati va tekshirish usullari.

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Studentlar soni: 10 dan 12 gacha
Mashg'ulot formasi	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Yurak auskultatsiyasi. Yurak shovqinlarini hosil bo'lish mexanizmi, ularni tasnifi. Yurak, qon-tomir patologiyasida yurak shovqinlarini xarakteristikasi. FKG yozish tizimi. Nor-mal FKG, EXOKG haqida tushuncha. Diagnostic ahamiyati.
Amaliy mashg'ulot maqsadi:	Yurak shovqinlarini hosil bo'lish mexanizmi, ularni tasnifi va xarakterikasini o'rganish. Nor-mal FKG, EXOKG haqida tushuncha hosil qilish.
O'qitish uslubi	So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma.
O'qitish formasi	Kichik podgruppalarida.
O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundariyasi, proektor, kompyuter.
O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala.

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	31. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 32. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 33. Davomatni nazorat qiladi	
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
2– asosiy bosqich (160 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar Tinglaydilar va

	umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	savollarga javob beradilar
1-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

3. Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

1. 1 SHovqinlar turlari, hosil bo'lish mexanizmi
2. Sistolik shovqin hosil bo'lish mexanizmi, eshitish joyi
3. Diastolik shovqin hosil bo'lish mexanizmi, eshitish joyi
4. shovqin turlarini aytib bering
5. SHovqinlarni xususiyatlarini izohlab bering
6. Sistolik va Diastolik shovqinlarning farqi
7. Organik va funktsional shovqinlarning farqi
8. Asinxron qisqarish nima
9. Izometrik qisqarish nima
10. Diastola fazalarini aytib bering
11. perikard ishqalanish shovqini hosil bo'lish mexanizmi, eshitish joyi
12. Plevra perikardial tovushlar nima
13. Normal FKG yozib olish texnikasi
14. 1 tonni grafik bo'yicha tasvirlash
15. 2 tonni grafik bo'yicha tasvirlash
16. Sistolik shovqinni FKGdagi izohni aytib bering
17. Diastolik shovqinni FKGdagi izohni aytib bering
18. Mitral klapan ochilish tonini 3 tondan farqi
19. ENOKG tug'rsida tushuncha bering

“Ari uyasi” usuli

Bu usulda muammo butun guruh bilan yoki ikkita kichik guruhla bilan tahlil qilinadi. Beriladigan vazifa butun guruh uhun bir, yoki ikkita guruhga har xil vazifalar berilishi mumkin. 10 -15 daqiqa ichida guruh ishtirokchilari vazifa yechimini tahlil qilib, bir birlariga doklad qiladilar. Ular ichidan eng yaxshi variant tanlab olinadi.

Yurak-tomir tizimini tekshirish. Yurak-tomir tizimini tekshirishda, masalan, yurak mitral poroklarining diagnos-tikasida ham tomografiyadan foydalaniladi. Tomografiya mitral poroklarda yurak kameralarining katta-kichikligi to'g'rsida fikr yuritishga, klapanlarda ohak to'planib qolgan joylar va boshqa bir qancha patologik o'zgarishlar bor yoki yo'qligi to'g'rsida aniqlab olishga imkon beradi.

Tomografiyada faqat o'rganilayotgan qavatning rentge-nologik tasvirini olish mumkin. Qolgan hamma joylar, ular xoh tekshirilayotgan qavat atrofida joylashgan bo'lsin, xoh uning oldi yoki orqasida bo'lsin, rentgen nurlari sochilib tushadigan bo'lganidan, tasvirda ko'rinmaydi.

Elektrokardiografiya. Tekshirishning bu usuli yurak qisqarganida vujudga keladigan biopotentsiallarni qayd qi-lishga asoslangan. Yurakning qo'zg'alish holatida har qanday kishi tinchlik holatida turgan bo'limiga nisbatan elektr qutublanishi manfiy bo'ladi. Shunga ko'ra yurak ayrim kishilarining elektr potentsiallarida farq yuzaga keladi.

Harakat toklari tananing har qanday qismidan olinishi mumkin. Yurak biopotentsiallarini qayd qiluvchi apparat elektrokardiograf deb ataladi. Bu apparat yurak biopoten-tsiallarini elektrodlar yordamida o'ziga qabul qilib oladi, shu bilan birga tana yuzasining elektrodlar tagida

turgan qismlaridagi 3 mV (millivolt) gacha bo'ladigan kichik potentsiallar farqi necha ming baravar kuchaytiriladi va yuzaga keladigan juda ham arziyas potentsiallar farqini seza oladigan qayd qiluvchi asbob — galvanometrqa beriladi. Galvanometr ustiga kichik ko'zgu yopishtirilib, kuchli magnit maydoniga tortib qo'yilgan kichkina po'lat plastinkadan iborat. Ko'zqusining oldiga fiksatsiyalovchi linza o'rnatilgan. Harakat toklari ta'siri ostida magnit moydonining o'zgarishlari plastinka va unga yopishtirib qo'yilgan ko'zguning aylanishiga hamda ko'zgudan aks etgan nurning u yoki bu tomonga og'ishiga sabab bo'ladi. Bu tebranishlar egri chiziqlar ko'rinishida fotografik yo'l bilan yozib olinadi. Sekundiga 20 marta tebranishga rostlanib, sozlangan kamerton vaqtini belgilovchi moslama bo'lib xizmat qiladi, bir bir idan 0,05 sekundli masofada bo'ladigan tik yo'llar tushirib beradi.

Apparatning yozuvchi qismi lenta beradigan kasseta va uni tortib o'tqazib turadigan mexanizmdan iborat.

Keyinchalik 5-T oralig'i izochiziqqa yaqinlashib keladi, T tishcha esa manfiy («koronar») bo'lib qoladi.

Koronar T tishcha evolyutsiyasi bir necha haftaga boradi. Infarkt bo'lib o'tgandan keyin boshlangan turg'un chandiq fazasi EKG da juda ham xilma-xil tarzda aks etadi. Infarktdan keyingi iokardiofibrozning kichikrok intramural o'choqlari EKG da aks etmasligi ham mumkin. Chandiqli maydonlar keng bo'lganida OK kompleksinpng shakli ancha o'zgaradi (chuqur tushgan 0 tishcha saqlanib qoladi, K tishcha yo bo'lmaydi yoki pasayib qolgan, 5- tishcha kengayib turgan bo'ladi).

Dinamik holda, ya'ni ma'lum vaqt oralab olib turilgan EKG reparativ protsesslarning oxiri qachon va nima bilan tugashini oldindan bilib olishga, takroriy miokard infarktini aniqlab olishga, yurak faoliyati ritmi buzilishi yoki yirik o'choqli kardioskleroz paydo bo'lishi natijasida yurak yetishmovchiligi boshlanishini oldindan aytib berishga imkon beradi.

EKG da yurak ritmining buzilishlari aniq ko'rinib turadi, aritmiyaning sababi (innervatsiyaning izdan chiqqanligi, yallig'lanish, muskulning shishgani yoki chandiq, bo'lib qolgani, distrofik o'zgarishlar, dori-darmonlar ta'sir ko'rsatgani) va shakli aniq ma'lum bo'ladiki, bu davr usulini belgilab beradi.

Yurak va tomirlarni rentgenologik yo'l bilan tekshirish.

Yurak va yirik tomirlarni rentgenologik yo'l bilan tekshirishning ham morfologik, ham funksional holatni aniqlab olishga imkon beradigan asosiy metodi rentgenoskopiyadir. Yurak atrofidagi a'zolar (o'pka)ga qaraganda zichligi katta bo'lganligi tufayli uni rentgenologik yo'l bilan tekshirish mumkin. Butun yurak va har bir bo'limining ishi rentgenokimografiya yordamida o'rganiladi.

Rentgenokimografiya — turli a'zolar harakatlarining rentgenografik yo'l bilan qayd qilishning shunday bir usuli, bunda a'zoning konturlari (shakl-shamoyili) rentgenogram-maga tishli bo'lib tushadi, shu bilan birga shu tishlarning kat-taligi harakatlar amplitudasini aks ettiradi, nur dastasiga ko'ndalang bo'lib qo'yilgan panjara bilan plyonkali kassetaning bir-biriga nisbatan surilib turishi tufayli natijaga erishiladi.

Rentgenokimografiyaning muhim sharti tekshirilayotgan oby'ekt bilan unga chegaradosh joylar o'rtasida katta soya kontrasti hosil qilishdir. Yurak va yirik tomirlarning soyasi yuqori darajada kontrast bo'lib, yorug' bo'lib ko'zga tashlanadigan o'pka maydonlari fonida keskin ajralib turadi. Rentgenoskopiyada yurak tomirlarining soyasi ekranda noto'g'ri tuxum shaklida bo'lib, o'rta holatni egallab turadi. Bu soya diafragma ustida qiyshiq joy oladi, shu bilan birga uning 3 qismi ko'krak qafasining chap yarmida yotsa, 3 qismi o'ng yarmida yotadi. Yurak va tomirlar oldingi orqa holatda, birinchi qiyshiq (gavdani 45° o'ngga burib turiladigan) va ikkinchi qiyshiq (gav-dani 45° chapga burib turiladigan) holatlarda rentgenologik yo'l bilan tekshiriladi.

Oldingi-orqa yo'nalishdagi rentgenoskopiyada olingan o'ng kontur ikkita byurtmasi bo'ladigan noto'g'ri yoydir. Ustki yoy I qovurg'adan II qovurg'agacha bo'lgan masofani egallaydi va ustki qavat vena soyasi bilan aortaning yuqori ko'tariluvchi qismi soyasidan hosil bo'ladi, pastki yo o'ng yurak bo'lmasi, ba'zida, yurak tik holatda turgan paytda esa yana yurakning o'ng qorinchasi soyasi va pastki kovak vena soyasidan yuzaga keladi.

Yurakning chap konturi 4 ta yoydan: birinchi qovurg'alar oralig'ida turadigan ustki yoy (bu aorta yoyiga to'g'ri keladi), o'pka arteriyasi bilan chap bo'lma quloqchasiga to'g'ri kela-digan 2- va 3- yoy, yurakning chap qorinchasiga to'g'ri keladi-gan 4- yoydan iborat. Chap bo'lma shari kattalashuvi hisobiga chap tomonda 2-va 3-yoylarning kattalashib qolishi yurak beli bilinmay ketadigan mitral yurak shakli (konfiguratsiyasi)ni hosil qiladi, bu mitral porok uchun juda xarakterlidir.

Aorta klapani yetishmovchiligida tomirlar dastasi bilan yurak o'rtasidagi burchak saqlanib qolgani holda chapdagi 1- va 4-yoy kattalashadi. Yurak soyasi chap va past tomonga kattalashib, o'tirgan o'rdak soyasiga qiyos qilinadigan aortal konfiguratsiyani kasb etadi.

Rentgenoskopiya yurak uchi shaklini aniqlab olishga ham imkon beradi. Chap qorincha gipertrofiyasida yurak uchi dumaloqlanib qolgan bo'ladi. Bemor astenik konstitutsiyada bo'lib, diafragma past turganida yurak tik holatda joylashadi, yurak soyasi katta bo'lmaydi va kichraygan bo'lib ko'zga tashlanadi. Diafragma yuqori turganida (qorin dam bo'lib turgan mahalda, semizlik, homiladorlik va boshqalarda) yurak ko'ndalang holatni egallaydi, bunda uning diafragma ancha taqalib turganini ko'rish mumkin. Rentgenologik yo'l bilan tomchisimon yurakni ham aniqlab olsa bo'ladi, bu — tomirlar dastasiga osilib, o'zining kichik bir qismi bilan diafragma tegib turgan ko'rinishini beradi. Bunday bemorlar ko'pincha astenik konstitutsiyali bo'ladi.

Rentgenologik yo'l bilan tekshirishda yurakning o'rnidan siljib, surilib qolmaganini aniqlab olsa bo'ladi. Chap tomonlama ekssudativ plevrit, pnevmotoraksda yurak ko'krak bo'shlig'ining o'ng yarmiga so'rilib turadi.

Perikard (yurak xaltasi)ga ekssudat suzib cho'qqisida yurak soyasi uch burchak shakliga kirib qoladi. Rentgenologik tekshirishda aorta o'zgarishlari ham topiladi; aorta sklerozida soyasi kattalashgan va ancha «quyuq» bo'ladi. Aorta anev-rizmasida yuqori ko'tariluvchi yoy pastga tushuvchi qismida yoki aorta ravog'i (yoyi)da bir tekis yoki qisman kengaygan bo'ladi. Anevriomatik kengaymalar o'smalardan shu bilan farq qiladiki, o'smada pulsatsiya (aorta devorining urib turishi) bo'lmaydi yoki susaygan bo'ladi.

Ikkala yon tomondan rentgenoskopiya qilib ko'rilganida yurak soyasining oldi va orqasida yorug' maydon ko'rinib turadi. 1- holatda bir tomonda yurak bilan tomirlar soyasi o'rtasida, ikkinchi tomondan, umurtqa pog'onasi soyasi o'rtasida joy olib turadigan yorug' maydon retrokardial bo'shliq deb ataladi. Yurak oldida joylashgan yorug' maydon to'sh orqasi bo'shlig'i (retrosternal bo'shliq) deyiladi. 1- holatda chap bo'lmadagi o'zgarishlar ancha ravshan bo'lib to'shadi, uning kattalashib ketishi retrokardial bo'shliqning torayib qolishiga olib keladi. 2- holatda aorta ravog'idagi o'zgarishlar, shuningdek o'ng va chap qorinchalarning kattalashib qolgani ro'y-rost ko'rinadi.

Kasallikning qanchalik tez va to'g'ri davolanishi labo-ratoriya va instrumental tekshiruvlarning to'g'ri va tez o'tqazi-lishiga bog'liq. Bu tekshiruvlarning o'tqazilishida tibbiyot talabasining o'rni muhim hisoblanadi.

Baholash mezonlari №13

Mavzuning nomi	Ball	Ba ho	Talabanning bilim darajasi
----------------	------	----------	----------------------------

Yurak auskultatsiyasi. Yurak shovqinlarini hosil bo'lish mexanizmi, ularni tasnifi. Yurak, qon-tomir patologiyasida yurak shovqinlarini xarakteristikasi. FKG yozish tizimi. Normal FKG, EXOKG haqida tushuncha. Diagnostik ahamiyati	86-100	A'l o	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoniqarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoniqsiz	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Mustaqil ish. Organic va funksional shovqinlarni qiyosiy diagnostikasi
Uyga vazifa. 14

Amaliy mashg'ulot №14

Elektrokardiografiya. Yozib olish qoidalari. Normal elektrokardiogramma. EKG tahlili. Bo'lmachalar va qorinchalar gipertrofiyasidagi EKG o'zgarishlari. Koronar tomir yetishmovchiligidagi EKG belgilari.

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Studentlar soni: 10 dan 12 gacha
Mashg'ulot formasi	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Tomirlarni tekshirish. Sog'lom damda va yurak, qon-tomir tizimi patologiyasida pulsni xarakteristikasi. Arterial qon bosim. Gipertoniya va gipotoniya haqida tushuncha. Arterial qon bosimini o'lchash usuli. EKG ni yozib olish.
Amaliy mashg'ulot maqsadi:	Tomirlarni tekshirish va puls xarakteristikasi. Arterial qon bosim. Gipertoniya va gipotoniya haqida tushuncha hosil qilish.
O'qitish uslubi	So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma.
O'qitish formasi	Kichik podgruppalarida.
O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter.
O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala.

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

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

vaqti.		
Tayyorlov bosqichi	34. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 35. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 36. Davomatni nazorat qiladi	
1. o'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
2 –asosiy bosqich (160 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomoshqa qiladilar qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
1-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

3. Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

1. 1. puls nima
2. Pulsni aniqlash nuqtalari
3. Qon bosimi birinchi marta kim tomonidan o'lchalgan
4. Puls va uning xususiyatlarini sanab bering
5. Puls ritmi deganda nimani tushunasiz
6. Puls chastotasi nima
7. Puls tarangligi nima
8. Puls tuliqligi nima
9. Puls kattaligi deganda nimani tushunasiz
10. Puls formasi va turlari
11. stigmografiya nima chizib bering
12. Flebografiya nima chiizib bering
13. Tomirlarni auskultatsiyasi qilish texnikasi
14. Nima uchun qon bosimi individual ko'rsatkichga ega
15. Normada qon bosimi qanday o'zgarib turadi va chegaradagi qon bosimi deganda nimani tushunasiz
16. Minutlik va sistolik hajm nima
17. Qon bosimi o'lchashdagi fazalarni hisoblang
18. O'rtacha yoki dinamik bosim nima
19. Asosiy yoki badal bosim nima
20. Arterial gipertenziya va arterial gipotoniya to'g'risida tushuncha bering

“Akademik polemika” usuli

Gruppa ikki guruhga bo'linadi, har biriga vaziyatli masala topshiriladi, masalan, “konsultatsiya shifokor-bemor”. Har bir guruhda 1-2 talabalar konsultatsiya yaxshi tomonlarini yozib oladilar – “advokatlar”, boshqa 2 ta talaba konsultatsiyaning manfiy tomonlarini yozib oladi – “prokurorlar”.

Advokatlar va prokurorlar xulosalari butun guruh bilan tahlil qilinadi.

Arterial pulsni aniqlash texnikasi

1. Bemor yotgan holda yoki stulda tinch holatda o'tirganida pulsni aniqlash mumkin bo'ladi.
2. Bemorning bir qo'li tanasi bo'ylab cho'zilgan holatda bo'ladi.
3. Bemor bilagining kaft yuzasi tomoniga o'ng qo'lingizning 2- 4- barmoqlaringiz uchini qo'yasiz
4. O'ng qo'lingizning 1- barmog'ini esa bemor bilagi ostiga qo'yasiz
5. Siz bunda bemorning bilak arteriyasidagi tomir devor urishini (Pulsatsiya) 2- 3- 4- barmoqlaringiz uchida sezasiz.
6. Sekundomerni chap qo'lda ushlab tomir urishini 1 daqiqa ichida sanaladi.
7. Arterial puls soni 003, 004 shakldagi tibbiy hujjatlarga yozib qo'yiladi.
8. Kerakli anjomlar ; sekundomer, 003,004 tibbiy hujjatlar.

Arterial bosimni o'lchash texnikasi

1. Arterial bosimni o'lchash uchun bemor yotgan holda yoki stulda tinch holatda o'tirgan bo'lishi kerak.
2. Bemorning o'ng yoki chap qo'li yelkasigacha kiyimdan holi qilinadi
3. Bemor krovatga yoki stulga o'tiradi, bilagi yuqoriga qo'yiladi.
4. Tanometr manjeti havo yuborgich naychasi pastga qaratib olinadi.
5. Bemorning qo'lga tirsak bo'g'imidan 2-3sm yuqoridan manjet sal bo'shroq qilib ulanadi.
6. Bemorning qo'lga tirsak bo'g'imidan yelka arteriyasining urishi 2- 3- barmoqlar yordamida topiladi.
7. Tomir urgan joyga fonendoskop bosmasdan qo'yilib, eshituv naychasi esa quloqqa ulanadi.
8. Vintni berkitib ballon yordamida manjetkaga havo yubo-riladi.
9. Vint sekinlik bilan ochilib, havo chiqariladi.
10. Havo chiqishi bilan fonendoskopdan arteriya devori urishlari eshitiladi (sistolik bosim)
11. Keyinchalik havo chiqishi davomida tovushlar yo'qoladi (diastolik bosim)
12. Tovushlarning eshitilgan va eshitilmasdan qolgan joy-laridagi sonlar (manometrdan) yozib olinadi.
13. Vint to'liq ochilib, manjet ichiga havo chiqariladi
14. Manjetka manometr ulangan rezina naychadan ajra-tiladi.
15. Manjetka bemor bilagidan olinadi.

Kerakli anjomlar; termometr, Apparat Riva-Rochi, Fonen-doskop, 003- 004 shakldagi tibbiy hujjatlari.

Arterial qon tomiri urshini tekshirish

Odatda bemorning tomir urushini aniqlash bilan kasallikni tekshirish boshlanadi, bu vrachga yurak ishi to'g'risida kerakli bo'lgan ma'lumotni beradi. Tomir urishini (pulsni) o'rganish qadim zamondan vrachlar diqqatini o'ziga tortib kelgan. Qadimgi zamon sharq tibbiyotida tomir urishining xususiyatiga qarab kasallikni aniqlaganlar, tomir urish to'liqini faqat yurak – qon tomir sistemasining holati to'g'risida ma'lumot bermasdan, balki boshqa a'zo va sistemalar to'g'risida ham ma'lumot beradi deb hisoblaganlar (oshqozon – ichak yo'li, nafas sistemasi, siydik ajratish sistemasi). Qadim zamonda Xitoy vrachlari tomir urishining 600 xil xususiyatini farqlaganlar, uni u yoki bu kasallik bilan bog'laganlar. Odatda puls nur arteriyasida aniqlanadi, aniqlash joyi katta barmoqning asosiga to'g'ri keladi. Arteriyasida ko'rsatkich, o'rta va nomsiz barmoq qo'yiladi. Vrachning bosh barmog'I kaftning orqa tomonida turadi. Bemorni qo'llari yengil bukilgan holda yurak to'g'risida erkin turishi kerak. Tomir urishini tekshirishni bir vaqtning o'zida ikkala qo'lda bajarish kerak, agar tomir urishi ikkala qo'lda bir xil bo'lsa, u holda tekshirishlar bir qo'lda davom ettiriladi.

Tomir urishining quyidagi xususiyatlari aniqlanadi: tezligi, maromi, tarangligi, kattaligi, shakli, devorining holati. Tomir urish tezligi bir daqiqada 60 dan 80 gacha, ayollarda u erkaklarga

nisbatan birmuncha ko'p. Tomir urishining tezlashishi (pulsus frequens) yangi bir daqiqada 90 tadan ortiq tomir urishi taxikardiya, turli tashqi va ichki ta'surotlar natijasida kuzatiladi.

Tana harorati 1⁰ ko'tarilganda tomir urishi bir daqiqada 8 – 10 tagacha tezlashadi. Harorat ko'tarilganda tomir urishi tezligining orqada qolishi ayrim yuqumli kasalliklar uchun xos (qorin terlamasi, sariq kasalligi), sil, qizilchada tomir urishi harorat ko'tarilganda yuqori bo'ladi. Harorat ko'tarilishiga mos kelmaydigan tomir urishi yurak yetishmovchiligi rivojlanganda kuzatiladi.

Dori preparatlari ta'sirida taxikardiya paydo bo'ladi (atropine, platifillin, kofein va boshqalar). Tomir urishining tezlashishi (pulsus rarus) (1 daqiqada 60 tadan kam) bradikardiya kuzatiladi, u fiziologik va patologik bo'lishi mumkin. Fiziologik siyraklashish uyqu vaqtida, sovuq ta'sirida, qo'rqqanda, cho'chiganda va jismoniy mashg'lot paytida kuzatiladi. Patologik bradikardiya miksedema, uremiya, sariq kasalligida, kalla suyagi uchi bosimi ortganda, miyaga qon quyilganda, kuchli og'riq hurujida, yurak muskuli shikastlanganda, ko'ndalang blokada rivojlanganda hamda yurak glikozidlari miqdori ortib ketganda kuzatiladi.

Tomir urish maromi. Odatda tomir urish to'lqinlari bir xil vaqt oralig'ida davom etadi - tomir urish to'lqini maromli (p. regularis). Qator patologik holatlarda bu marom buziladi (p. irregularis). Tomir urishini paypaslab quyidagi aritmiyalarni aniqlash mumkin:

1. Sinus aritmiyasi, bunda nafas olganda tomir urishining tezlashishi va nafas chiqarganda sekinlashishi, bolalarda esa fiziologik holat sifatida nafas aritmiyasi kuzatiladi.

2. Ekstrasistoliya. Bunda ritmik tomir urish fonida navbatdan tashqari to'lqin hosil bo'lib, u davomli pauza (to'xtalish) bilan kuzatiladi.

3. Paroksizmal taxikardiya. Bunda yomir urishining keskin tezlashish huruji vujudga keladi (daqiqasiga 160-200 marta urish).

4. Miltillovchi aritmiya. Bunda tomir urish to'lqini har xil kuch va balandlikda, xilma – xil bo'ladi, tartibsiz uradi.

5. Yurak blokadasi. To'liq ko'ndalang, bunda tomir urishi siyrak, 1 daqiqada 40 tadan kam, to'g'ri, jismoniy yuklamada tezligi o'zgarmaydi. Kam hollarda oqsoqlanuvchi tomir urishi kuzatiladi (p. alternans), bunda bir tekis kuchli va kuchsiz tomir urish to'lqinlari almashinib turadi. Tomir urishining alohida ko'rinishlaridan biri paradoksial tomir urishi hisoblanadi, bunda nafas olish vaqtida tomir urishi juda kuchsiz bo'lib qoladi yoki yo'qoladi, bunday tomir urishi yopishqoq mediastinoperikarditda va yurak sistolasini qiyinlashtiruvchi diafragma bilan perikard yopishib qolganda kuzatiladi.

Tomir urish tarangligi quyidagicha aniqlanadi: arteriya uchta barmoq bilan tekshiriladi, bunda proksimal qo'yilgan barmoq bilan shunday bosim kerakki, distal qo'yilgan barmoq tomir urish tebranishini sezmasligi kerak. Tarangligiga qarab tomir urishi qattiq (p. durus), yumshoq (p. mollis) yoki o'rtacha taranglikda bo'lishi mumkin. Tomir urishning to'laligi arteriya hajmining maksimal va minimal tebranishi o'rtasidagi farq bilan aniqlanadi. Tomir urishi to'liq (p. plenus) yoki bo'sh (p. vacuus) bo'lishi mumkin.

Tomir urishning to'la emasligi ko'pincha arterial bosimning pastligini aks ettiradi va o'tkir tomir yetishmovchiligi belgisi hisoblanadi.

Tomir tarangligi va to'laligidan tomir urishining kattaligi kelib chiqadi, bundan yurak – tomir sistemasining qanday ishlashi aniqlanadi.

Og'ir kechadigan yurak – qon tomir yetishmovchiligida tomir urishining o'zgarishi kuzatiladi. Bu vaqtda yurak qisqarishi tezlashib tomir tarangligi vato'laligi buziladi, u zo'rg'a qo'lga unmaydi, bunga tomirning bilinar – bilinmas ipsimon urishi (p. filiformis) deyiladi.

Tomir urishning holati tomir urish to'lqinlarining ko'tarilishi va pasayish tezligiga bog'liq bo'ladi. Tomir urishi tez (p. celer) va sekin (v. tardus) bo'lishi, bir vaqtning o'zida ham tez, ham baland bo'lishi mumkin (p. celer et altus).

Bu aorta qopqoqlarining yetishmovchiligiga xos bo'ladi, chunki bu vaqtda qonning chap qorinchaga qaytib tushishi natijasida diastola bosimi keskin pasayadi va sistolik bosim ortib qonning otilish hajmi ko'payadi.

Tomirning sekin urishi bir vaqtning o'zida kichik bo'lishi ham mumkin (p. tardus et parvus). Bunday tomir urishi aorta chiqish joyining torayishiga xos. Bunda qonning chap qorinchadan aortaga otib chiqarilishi qiyinlashadi, natijada aortada bosim pasayadi.

Uncha to'liq bo'lmagan va to'liq tomir urishida asosiy tomir urish to'lqinidan so'ng ikkilamchi to'lqin vujudga keladi, bunday tomir urishi dikrotik (p. dicroticus) tomir urishi deb ataladi. Ular yuqumli kasalliklarda chekka arteriyalarning tarangligi pasayib ketganda va yurak muskullari yallig'lanishida kuzatiladi.

Arteriya devorining holatini aniqlash uchun tomir yoniga sirg'anib tushadigan paypaslab o'tkaziladi. Arteriyada qo'shuvchi to'qima rivojlanib chandiq hosil bo'lganda yoki uning devoriga kalsiy tuzlari yig'ilganda uning ayrim qismlari qattiqlashib qoladi va paypaslaganda ezilmaydi.

Ba'zi hollarda tomir urishi ikki qo'lida ikki xil bo'lishi mumkin (p. differens). Tomir urishining har xilligi uning kattaligi bilan aniqlanadi. Bu holat tug'ma yoki tomirlarning tashqaridan ezilishi natijasida kelib chiqishi mumkin (chandiq, shish, limfa va boshqalar). Ikki tavaqali teshik torayganda chap bo'lmacha kattalashadi, natijada chap o'mrov osti arteriyasini ezib chap qo'ldagi tomir urishi sustlashishiga sabab bo'ladi.

Tomir urishini yelka, uyqu, son, tizza osti, tovon va boshqa arteriyalarda ham tekshirish mumkin. Tizza osti va tovon arteriyalari urishini aniqlash oyoq arteriyalarining ichki devori yallig'lanib bitib qolganda katta ahamiyatga ega (endoarteriit).

Yurak – qon tomir sistemasining ba'zi bir kasalliklari qo'l va oyoqdagi tomir urishining kattaligi har xil bo'ladi. Aorta bo'ynining torayishida "koarktatsiya" oyoqlarida tomir urishi keskin susayadi, qulay va uyqu arteriyalarida odatdagidek bo'ladi.

Takayasi kassaligida tomir urishining aniqlanmasligi, yirir arteriyalarning yallig'lanib, bitib qolishi natijasida tomir urishining susayishi yoki yo'qolishi kuzatiladi.

Baholash mezonlari №14

Mavzuning nomi	Ball	Bah o	Talabning bilim darajasi
Tomirlarni tekshirish. Sog'lom damda va yurak, qon-tomir tizimi patologiyasida pulsni xarakteristikasi. Arterial qon bosim. Gipertoniya va gipotoniya haqida tushuncha. Arterial qon bosimini o'lchash usuli. EKG ni yozib olish.	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsi z	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Mustaqil ish. Yurak nuqsonlari .Yurak tonlari normasi va patologiyada o'zgarishi
Uyga vazifa. 15

Amaliy mashg'ulot №15

Aritmiyalari EKG o'zgarishlari. Yurak avtomatizm va qo'zg'aluvchanligi buzilishida EKG belgilari.

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Studentlar soni: 10 dan 12 gacha
Mashg'ulot formasi	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Normal EKG. Tishlar, interval, segmentlar haqida tushuncha va ularning hosil bo'lish mexanizmi. Avtomotizm qo'zg'aluvchanlik vazifalari buzilganda EKG. Yurak funksiyasini buzilishi: avtomotizm, qisqarish, qo'zg'alish, o'tkazish.
Amaliy mashg'ulot maqsadi:	Talabalarga normal EKG va avtomotizm qo'zg'aluvchanlik va o'tkazuvchanlik vazifalari buzilganda EKG ko'rinishi bilan tanishtirish.
O'qitish uslubi	So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma.
O'qitish formasi	Kichik podgruppalarida.
O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundariyasi, proektor, kompyuter.
O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala.

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	37. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 38. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 39. Davomatni nazorat qiladi	
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
2 –asosiy bosqich (160 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
1-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

3. Talabalarining nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

1. Elektrokardiografiya nima
2. EKG yozib olish asoslarini izohlang
3. EKG apparatini tuzilishini aytib bering
4. Apparatni ishlash printsiplarini aytib bering
5. EKGni registratsiya qilish: standart tarmoqlarini aytib bering
6. Ko'krak tarmoqlarini izohlab bering
7. Bir polYusli tarmoqlarni izohlang
8. Normal EKGni izohlang
9. EKGni analiz qilish qoidalarini aytib bering
10. EKGni klinik ahamiyatini aytib bering
11. EKGni tushirishda qanaqa sinamalarni bilasiz
12. Vektor kardiografiya nima
13. Ballistokardiografiya nima
14. Veloergometriya nima
15. Atropinli sinama o'tkazish texnikasi
16. EKG tishlar to'g'risida tavsif bering
17. Interval va segmentlar to'g'risida tushuncha
18. YUrak avtomatizmi buzilish turlari. EKG diagnostikasi
19. YUrak qisqaruvchanlik buzilishi EKG diagnostikasi
20. YUrak qo'zg'aluvchanligining buzilishi EKG diagnostikasi
21. YUrak o'tkazuvchanligining buzilishi EKG diagnostikasi

“Uch pog'onali intervyu” usuli

Har bir gruppada uchta talaba tanlab olinib, ular orasida “vrach”, “bemor” va “ekspert-UASH” rollari bo'linib beriladi. Bemor rolini tanlagan talabaga anonimno diagnozi aytiladi, va u shu diagnozga taaluqli shikoyatlar bildiradi, vrach diagnoz qo'yadi, ekspert UASH shiloyatlar va diagnoz mutanosubligini tekshiradi. Har bir guruh 10-15 daqiqa davomida konsultatsiya qilinadi, ekspert vrach faoliyatini 3 punkt bo'yicha tekshiradi:

10. Nima to'g'ri qilindi
11. Nima noto'g'ri qilindi
12. Qanday qilish kerak

Guruh konsultatsiyasi xulosasini ekspert xulosasi bilan taqqoslaydilar.

Boshqa xil turi: talabalar ekspert rovida poliklinikada, haqiqiy konsultatsiyada ishtirok etib, butun guruh bilan analiz qilinadi.

Qon aylanish sistemasini asboblarda yordamida tekshirish usullari

Elektrokardiografiya (EKG) – yurak biotoklarini yozib olish. Muskul to'qimasining qo'zg'alishi fizik – kimyoviy o'zgarishlar bilan ifodalanadi. Bularning eng muhimi muskulning qo'zg'algan qismida manfiy elektr oqimi paydo bo'lishi bo'lib, u natriy (Na^+) va kaliy (K^+) ionlarining hujayra pardasi orqali harakatlanib turishiga bog'liq. Bunda hujayralarning manfiy va musbat qismlari yuzasida potentsiallar farqi vujudga keladi yoki depolyarizatsiya jarayoni hosil bo'ladi. Agar shu vaqtda elektrodning bir uchini muskul tolasi qismiga qo'zg'algan qismiga, ikkinchi uchini tinch holatdagi qismiga qo'ysak, tashqi zanjirga tok hosil bo'ladi. Bu tok musbat qismdan manfiyga qarab yo'naladi. Tok hosil bo'lishi grafik shaklda yozib olinsa, to'g'ri elektr chizig'idan chetga og'ish sodir bo'ladi. Hujayraning tashqi yuzasi manfiy elektr oqimiga ega bo'lib, ichki yuzasi musbat bo'lsa, teskari polyarizatsiya vujudga keladi. Qo'zg'alish davrining oxirida repolyarizatsiya sodir bo'ladi va egri chiziq boshqa tomonga og'adi.

Agar hujayraning tashqi yuzasi musbat bo'lib, ichki yuzasi manfiy bo'lsa, egri chiziq yana to'g'ri chiziqqa aylanadi. Xuddi shunday holat yurakda ham kuzatiladi. Yurak juda ko'p muskul tolalaridan iborat bo'lib, depolyarizatsiya vaqtida qo'zg'alish hosil bo'ladi. Natijada qo'shni muskul tolalari ham qo'zg'aladi. Qo'zg'alish sinus tugunidan boshlanadi. U o'ng bo'lmachada yuqori kovak venaning quyilish joyida kuzatiladi, bu yerdan impuls o'tkazuvchi yo'llar orqali bo'lmachalarga tarqaladi. Oldin o'ng, so'ngra chap bo'lmachani egallaydi. Keyin qo'zg'alish atrioventrikulyar tugunga o'tadi, u yerda qo'zg'alish bir oz ushlanib, so'ngra Gis tutamlariga o'tadi, uning chap va o'ng oyoqchalariga hamda ular bo'linib Purkine to'r tolalarini qamrab oladi, bu tolalar bir-biri bilan keng miqyosda bog'langan bo'ladi. Yuqorida ko'rsatilgan o'tkazish elementlaridan tashqari, qo'shimcha yo'llar bo'lib, impulslar shu aylanma yo'llar orqali qorinchalarga yetib borishi mumkin: keng tutamli bu bo'lmacha muskullarni chap va o'ng qorincha muskullari bilan bog'lab turadi. Djeyms tutami bo'lmachani atrioventrikulyar tugunning pastki qismi va Gis tutamlari bilan muskullarga tarqaladi, bu qo'zg'alish jarayoni ichki subendokardial qismdan tashqi subendokardial qismga qarab yo'nalgan.

EKG ni yozib olish elektrodlar yordamida amalgam oshiriladi. Elektrodlar tananing turli qismlariga qo'yiladi. Bunda har xil elektr potentsiallari vujudga keladi. Yurak biotoklari faqat yurakning o'zida bo'lmasdan, butun tana bo'ylab tarqaladi, shuning uchun uni tananing hamma qismida yozib olish mumkin. Klinika amaliyotida asosan 12 ta ulanish bo'lib, ulardan 6 tasi qo'l – oyoqlarga, 6 tasi ko'krakka ulanadi. I ulanish o'ng qo'l (-) va chap qo'lga (+), II ulanish o'ng qo'l (-) va chap oyoqqa (+), III ulanish o'ng qo'l (-) va oyoqqa (+). Ko'krak qafasida bu ulanishlarning o'qi to'g'ri yassilikda Eyntxoven uchburchagini hosil qiladi. Eyntxoven gollandiyalik olim bo'lib, u 1903 yilda torli galvanometr yordamida birinchi marta yurak biotoklarini yozib olgan. III – ulanishda ikki marta, ya'ni nafas olib uni ushlab turilgan holatini yozib olgan.

Qo'l - oyoqlarda kuchaytiruvchi ulanishlar ham qayd qilinadi. QVR - o'ng qo'lda, QVZ - chap qo'lda va QVF - chap oyoqda (inglizcha so'zning birinchi harfi bilan belgilanadi): a – kuchaytirilgan. R - o'ng, Z – chap, F – oyoq.

Asbobning musbat qutbiga qo'l - oyoqdan yozib olinishi kerak bo'lgan elektrod simi ulanadi, manfiy qutbiga esa qolgan qo'l - oyoqlardan kelgan elektrod simlarining yig'indisi ulanadi. Ko'krak ulanishlari quyidagicha belgilanadi: V₁, V₂, V₃, V₄, V₅, va V₆. asbobning musbat qutbidagi elektrod quyidagi ko'krak nuqtalariga o'rnatiladi:

IV qovurg'a oralig'idagi to'sh suyagining o'ng qirg'og'iga.

IV qovurg'a oralig'idagi to'sh suyagining chap qirg'og'iga.

IV – V qovurg'a oralig'idagi to'sh suyagiga yaqin chiziqqa.

V qovurg'a oralig'idagi o'mrov suyagining o'rta chizig'iga.

V qovurg'a oralig'idagi oldingi qo'ltiq osti chizig'iga.

V qovurg'a oralig'idagi o'rta qo'ltiq osti chizig'iga.

Asbobning manfiy qutbiga chap oyoq, o'ng va chap qo'llarning potensialini birlashtiruvchi Vilson elektrodi ulanadi. Ayrim hollarda qo'shimcha ko'krak ulanishlari – NEB bo'yicha II qutbli, Gurevich bo'yicha, qizilo'ngach ulanishlari, yurak bo'shliqlarini zond bilan tekshirilgandagi ulanishlar va boshqalar yozib olinadi.

Me'yordagi EKG da quyidagi tishlar yozib olinadi: P, Q, R, S, T, ba'zan U va ularning PO oraliqlari ORST qayd qilinadi. Tishlarning kengligi va og'irligi sekundlar bilan o'lchanadi.

Elektrokardiogrammani o'qish. EKG ni o'qish (shifrini topish) yurak maromini tahlil qilishdan boshlanadi. Avvallo yurak faoliyatini hamma davrida P – P oralig'ining muntazamliligini baholash kerak (III nafas olishdagi ulanishdan tashqari). So'ngra qorinchalar ritmining tezligi aniqlanadi, buning uchun sekundlar soni P – P oralig'I kattaligiga bo'linadi.

Agar marom noto'g'ri bo'lsa va P – P masofasi har xil bo'lsa, lekin farqi kam bo'lsa (0,01 sek gacha), bu holda marom tezligini aniqlash uchun P – P masofasining bir qanchasini o'rtacha davomlilik olinadi. P – P masofasi har xilligi yurak urish maromi buzilganligidan dalolat beradi. Marom manbaini aniqlash uchun P – tishning qorinchalar kompleksiga bog'liqligini bilish kerak. Agar P – tishi me'yordagi shaklga ega bo'lsa va ORS kompleksidan oldin kelsa, marom manbai sinus tuguni deb hisoblanadi.

P – tishning tahlili. P – tishi bo'lmachalar qo'zg'alishini ifodalaydi. Me'yorda P – tishi hamma ulanishlarda musbat bo'ladi, ba'zan 2 davrli yoki manfiy bo'lishi mumkin. I va II ulanishlarda uning kattaligi 0.250mv dan oshmaydi. Kengligi 0.1 sek. Yuqoriga ko'tarilish bo'g'imi o'ng bo'lmachaning, pastga tushishi chap bo'lmachaning qo'zg'alishini ifodalaydi.

P – tishi me'yorda II ulanishda eng katta balandlikka ega bo'ladi. P – Q oralig'i bo'lmacha depolyarizatsiyasi bo'lib, qo'zg'alishning atrioventrikulyar tugundan o'tishiga ketgan vaqtni ifodalaydi. P – Q oralig'ining davomiyligi yurak qisqarishining tezligiga bog'liq bo'lib, me'yorda 0.12 dan 0.18, 0.20 sek gacha o'zgarib turadi. P – tishining kengligini va P – Q oralig'i davomlilikini o'lchash ulanishlarning eng katta tishida bajariladi, u II ulanish bo'lib hisoblanadi.

Q tishi qorinchalararo to'siqning depolyarizatsiyasini ifodalaydi, u doimo manfiy bo'ladi va odatda P – tishning $\frac{1}{4}$ qismidan oshmaydi, kengligi 0.03 sek gacha bo'ladi. Q tishi ko'rsatilgan parametrlardan chiqadigan bo'lsa, u muskullarda patologik o'zgarishlar belgisi bo'lib hisoblanadi.

R – tishi yurak qorinchalarining oldingi, orqa, yon tomoni hamda yurak uchi depolyarizatsiyasini ifodalaydi. R – tishning kattaligini baholashda uning har xil ulanishlardagi balandligini, bir – biriga bog'liqligini ko'zda tutish, R va S tishlarning o'zaro munosabatiga ahamiyat berish kerak. R – tishning kattaligi me'yorda 0,5-1,5 mv ga teng bo'ladi. Agar R – tishning kattaligi standart ulanishda 0,5 (5mm) yoki bu tishlar kattaligining yig'indisi uchala standart ulanishda 1,5 mv (151mm) dan oshmasa, bunda EKG voltaji past hisoblanadi. S – tishi manfiy, R – tishdan keyin keladi va yurak asosining qo'zg'alish jarayonini ifodalaydi. Kattaligi yurak elektr o'qining holatiga, ulanishga va boshqa sabablarga ko'ra o'zgaradi.

QRS – kompleksi yurak qorinchalari depolyarizatsiyasi jarayonini ifodalaydi. Uning kengligi Q – T tishning boshlanishidan S – tishning oxirigacha o'lchanadi. S – T oralig'I qorinchalarda qo'zg'alishning so'nish vaqtiga va asta – sekin repolyarizatsiyasining boshlanishiga to'g'ri keladi. Me'yorda S – T oralig'I izoelektr chizig'ida bo'lib, u 1mm gacha tebranishi mumkin. T – tishi qorinchalarning tez repolyarizatsiyalanish jarayonini ifodalaydi, u hamma ulanishlarda musbat bo'ladi, faqat AVR – ulanishda hamma vaqt manfiy bo'ladi. T – tishning balandligi R tishning balandligi $\frac{1}{4} - \frac{2}{3}$ qismi teng bo'ladi. T – tishni baholashda uning yo'nalishiga, shakliga va kattaligiga ahamiyat berish kerak. T – tishning o'zgarishi aniqlanganda uni albatta QRS – kompleksi va S – bo'g'imi bilan solishtirish kerak. Q – T oralig'I (QRST) T – tishning oxirigacha o'lchanadi, u qorinchalarning elektrik qisqarishiga mos keladi. T – tishning davomlilikigi yurak qisqarishining tezligiga va boshqa sabablarga bog'liq bo'ladi.

Q – T oralig'ini aniqlash uchun turli formulalar belgilangan. Bazetta formulasi eng ko'p qo'llaniladi. $Q - T = K \cdot R - R$; K – koeffitsent. U erkaklar uchun 0.37 ga va ayollar uchun 0.39 ga teng.

U – tishi hamma vaqt ham aniqlanavermaydi. T – P oralig'i yurakning elektrik diastolasini ifodalaydi.

AVR da P va T tishlari manfiy, P – tishi zo'rg'a ko'rinadi yoki ko'rinmaydi. Q – tishi odatdagidek, S – T oralig'I izoelektrik chiziqdan ko'tarilgan bo'lishi mumkin. Ko'krak ulanishlari yurak muskullari holatini aniqlashda ancha aniq ma'lumot olish imkomimi beradi.

Oldingi uchta ko'krak ulanishida ($V_1 - 3$) o'ng qorincha biotoklari yozib olinadi. Bunda qorinchalararo to'siqning oldingi va chap qismi yozib olinadi. V_{4-5} – chap qorinchaning old, yon va orqa yurak uchi qismlari elektr faolligini yozib oladi. V_6 – asosan orqa yon tomonlarni ifoda etadi.

Ba'zan V_{2-5} ko'krak ulanishlari o'ng va V_{v-6} ko'krak ulanishlari chap ulanish deb ataladi. Ko'krak ulanishlarida R va T tishning voltajlari katta bo'ladi. Standart ulanishlarga qaraganda V_1 ulanishda R va T tishi past va ikki davrli yoki manfiy, V_2 da R tishi o'sib boradi, lekin hali katta bo'ladi. T – tishi musbat (V_3). R – tishining voltaji yuqori, R – tishi S – tishga teng bo'lib qoladi, shuning uchun bu ulanish oldingi doira deyiladi. V_{4-6} ulanishda EKG kompleksi II standart ulanishga o'xshab ketadi.

Yurakning elektr o'qi holatini aniqlash. Yurakning elektr o'qi (Yu EO') holatini aniqlash muhim tashxisiy ahamiyatga ega. Odatda yurakning elektr o'qining yo'nalishi uning yo'nalishi uning anatomic yo'nalishiga mos keladi. Yu EO' ni Eynxoven uchburchagi bo'yicha aniqlash mumkin, uning tomonlari oyoq qo'llardagi ulanishni ifodalaydi.

Elektr harakat kuchining kattaligi va yo'nalishi AV o'qi bilan belgilanadi. Ana shu o'qlarning oxiridan uchburchak tomonlariga tik chiziq (perpendikulyar) o'tkazilsa, har bir ulanishlardagi yozib olinadigan potentsiallar ayirmasining kattaligi to'g'risida tushuncha hosil qilish mumkin. Yu EO' ning normal vaziyatiga eng yuqori potentsiallar ayirmasi II standart ulanishda yozib olinadi, chunki bu ulanish Yu EO' bilan yonma – yon (parallel) ketadi. Bu ulanishda eng katta kuchlanish voltaji qorinchalar kompleksida, ayniqsa R – tishida bo'ladi. Kichik potentsiallar ayirmasi I ulanishda, juda kichigi III standart ulanishda bo'ladi.

Eynxoven jadvaliga asosan II ulanishdagi R – tishining kattaligi I va III ulanishlardagi R – tishlarining algebraik yig'indisiga teng, ya'ni $R_{II} = R_I + R_{III}$. R – tishining o'rtacha kattaligidagi o'zaro nisbati EO' normal vaziyatda shunday ifoda qilinadi. $R_{II} > R_I > R_{III}$. Yurakning gorizontaal vaziyatida (gipersteniklarda) ko'krak – qorin to'sig'i yuqori turganda Yu EO' I ulanish bilan yonma – yon yotadi, shuning uchun eng katta R tishi I ulanishda yozib olinadi, uni shunday izohlash mumkin: $R_{II} > R_I > R_{III}$. Yurakning tik (vertikal) vaziyatida (asteniklarda) ko'krak – qorin to'sig'i past turganda eng katta potentsiallar ayirmasi III ulanishda bo'ladi, chunki u yurakning elektr o'qiga yondosh (parallel) yotadi. Eng katta "R" tishi III ulanishda bo'ladi, bu shunday ifodalanadi $R_3 R_2 R_1$. Yu EO' ligini gradusda ham ifodalash mumkin II va I ulanishdagi o'qdan hosil bo'lgan burchak 0° ga teng.

Agar odam tanasini sharsimon (sferik) o'tkazgich deb tasavvur qilsak va sharni 360° ga bo'lsak, yuqori qismida $0^\circ - 180^\circ$ manfiy zaryad va pastki qismida $0^\circ + 180^\circ$ musbat zaryad bo'ladi, shuning uchun Yu EO' sog'lom yurakda $0 - 90^\circ$ gacha hisoblashadi.

Baholash mezonlari №15

Mustaqil ish. Bakterial endokardit simptomatologiyasi

Mavzuning nomi	Ball	Ba ho	Talabning bilim darajasi
Normal EKG. Tishlar, interval, segmentlar haqida tushuncha va ularning hosil bo'lish mexanizmi. Avtomotizm qo'zg'aluvchanlik vazifalari buzilganda EKG. Yurak funksiyasini buzilishi: avtomotizm, qisqarish, qo'zg'alish, o'tkazish	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoniqli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoniqsiz	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Uyga vazifa. 16

Amaliy mashg'ulot №16

Asosiy klinik sindromlar. Koronar tomir yetishmovchiligi sindromi. Qon aylanish yetishmovchiligi sindromi. Yurak astmasi, o'pka shishisi. Tomir yetishmovchilik sindromi. Kardiomegaliya. Kichik qon aylanish doirasida gipertenziya sindromi.

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Studentlar soni: 10 dan 12 gacha
Mashg'ulot formasi	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Revmatizm va birlamchi revmokardit simptomatologiyasi. Revmatizm etiologiyasi va patogenezi. Revmatizm bilan bemorlarni tekshirish. Revmatizm va birlamchi revmokardit simptomatologiyasi. Yurak mitral illati simptomatologiyasi (mitral qopqoq yetishmovchiligi va mitral stenoz).
Amaliy mashg'ulot maqsadi:	Talabalarni revmatizm, birlamchi revmokardit, yurak mitral illati kabi patologik holatlar bilan tanishirish.
O'qitish uslubi	So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma.
O'qitish formasi	Kichik podgruppalarida.
O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundariyasi, proektor, kompyuter.

O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala.

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	40. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 41. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 42. Davomatni nazorat qiladi	
1.O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1.Mavzu b'yyicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
2 – asosiy bosqich (160 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
1-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

3. Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A)Frontal usuli:

1. 1. Revmatizmga tavsif bering
2. Revmatizm etiopatogenezi
3. Revmatizmning patomorfologik o'zgarishlar va ularning kasalligi klinikasi bilan bog'liqligi
4. Revmatizm klassifikatsiyasi
5. Revmatizm klinikasi
6. Asosiy va qo'shimcha diagnostika belgilari
7. Revmatizm bilan og'riq bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish
8. Birlamchi revmokardit to'g'risida tushuncha bering
9. Qaytalama revmokardit to'g'risida tushuncha bering
10. Revmatizmning asosiy laborator ko'rsatkichlar
11. Revmatizmning EKG va EHOKG o'zgarishlari
12. Revmatizm asoratlari
13. Mitral nuqsonlarga tavsif bering
14. Mitral klapan etishmovchiligida gemodinamik o'zgarishlar
15. Mitral nuqson etiologiyasi
16. Mitral klapan etishmovchiligining klinikasi
17. Mitral klapan etishmovchiligida fizikal tekshirishni natijalari
18. Mitral teshik stenozida gemodinamik o'zgarishlar
19. Mitralstenoz klinikasi diagnostikasi
20. Mitral stenozda rengenologik tekshirishdagi o'zgarishlar.EKG EHOKG,FKG

“Stol o’rtasida ruchka” usuli

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

O’qituvchi gruppaga ishini kontrol qiladi va umumiy variantni daftariga yozib oladi.

Revmatizm—biriktiruvchi to’qimaning sistem yallig’lanishi bo’lib, asosan, yurak va qon tomirlar sistemasida, kasallikka moyil kishilarda, A guruhiga kiruvchi V—gemolitik streptokokk bilan bog’liq holda rivojlanadi. Bu kasallikda, shuningdek, bo’g’im seroz pardalari, asab sistemasi va boshqa ichki a’zolarning biriktiruvchi to’qimalari yallig’lanishi mumkin. Kasallikka keltirilgan bu ta’rif (V.A.Nosonova, I.A.Bronzov, 1978) uning rivojlanishida: 1) asosan yurak va qon tomirlar sistemasi shikastlanishini; 2) kasallik rivojlanishiga moyil irsiyatning o’rnini; 3) streptokokk infeksiyasining rolini ta’kidlaydi.

Kasallikning mohiyati yurakning hamma qavatlari, shu jumladan, asosan, miokard va endokard shikastlanib, yurak yetishmovchiligini kel-tirib chiqaradigan qopqoqlar shaklining buzilishi va yurak teshiklarining torayishi—yurak illati rivojlanishidadir. Boshqa ichki a’zolar va a’zolar yig’indisining revmatizm bilan shikastlanishi 2- darajali ahamiyatga ega va kasallikning og’ir-yengilligini hamda oqibatini aniqlashga yordam bermaydi. Revmatizm hamma yoshdagi kishilarni, lekin ko’pincha bolalarni, yoshlarni shikastlantiradi. Revmatizm yer yuzining turli iqlimiy-geografik mintaqalarida uchraydi. Revmatizm bilan shikastlanish va mamlakatlarning ijtimoiy-iqtisodiy rivojlanishi o’rtasida uzviy bog’liqlik borligi ma’lum. Revmatizm bilan shikastlanishda uy-joy va maktab sharoitlarining taqchilligi, sifatsiz ovqatlanish, tibbiy yordam ko’rsatishning past darajadali alohida o’rin tutadi. Sabablari. Revmatizmning asosiy sababi streptokokk infeksiyasi bo’lib, uning kelib chiqishi va rivojlanishining 2- asosiy omili organizm reaktivligining o’zgarishidir. Revmatizm bilan shikastlangan kasallarning kasallik boshlanishidan oldin angina yoki surunkali tonzillit bilan og’riganlari aniqlanadi. Streptokokk infeksiyasi bilan bog’liqlik bemorlar qonida streptokokk antigenlari va streptokokk antigenlariga qarshi antitanalar (ASL-O, ASG, antidezoksiribonukleaza B) katta miqdorda topilishi bilan tasdiqlanadi. Streptokokk virulentligi streptokokk hujayra devoridagi M- oqsilning miokardni shikastlantiruvchi xili, uni revmatizm keltirib chiqaradigan xillaridagina uchraydigan C-oqsil, streptokokk tashqi qovug’ida joylashgan va neytrofillarning fagotsitar faolligini yo’qotuvchi gialuron kislotasi, endotoksik ta’sir ko’rsatuvchi mukopeptid bo’lishi bilan bog’liqdir. O’tkir streptokokk infeksiyani o’tkazgan bemorlarning 0,3—3 foizigina revmatizm bilan shikastlanadi.

Tanaga streptokokk infeksiyasi kirishiga javoban unda qonda aylanib yurib, o’ta kichik qon aylanish yo’nalishlarida (mikrosirkulatsiyada) cho’kib, o’tirib qo-luvchi streptokokk antigenlariga qarshi antitanalar ishlab chiqariladi va immunologik birikmalar paydo bo’ladi. Miokard va biriktiruvchi to’qimani yana streptokokk zaharlari va fermentlari zararlantiradi. Revmatizm bilan kasallanganlarda immunolo-gik sistemaning genetik kamchiligi bo’lgani uchun streptokokk antigeni va immunologik birikmalar tanadan tezgina yo’qol-maydi.

Revmatizmida har xil a’zolar va a’zolar guruhining shikastlanishi, biroq, asosan, yurak shikastlanishi, kamroq hollarda bo’g’im shikastlanishi yuz beradi. Revmatik jarayon o’ziga xos kechish xususiyatlari, klinik belgilariga ko’ra 5 xil ko’rinishda bo’ladi:

- o’tkir kechish - birdan boshlanib, kasallikning bir qancha klinik belgilari yaqqol namoyon bo’lganda patologik jarayonning yuqori darajada faolligi bilan o’tadi, davolash tez va yaxshi natijali bo’ladi;

- oʻrtacha oʻtkir kechish- xuruji 3-6 oy davom etadi, klinik belgilari kasallikning oʻtkir kechishiga qaraganda biroz sustroq boʻladi; patologik jarayon ham oʻrtacha faollikda kechadi. Davo-lanish natijasi ham oʻrtacha boʻladi;

-choʻzilgan kechish - xuruji 6 oydan koʻproq davom etadi, kasallik belgilari kam, bir maromda boʻlib, patologik jarayon oʻrta darajadagi faollik bilan kechadi, uzluksiz qaytalaydigan, kechishi toʻlqinsimon va notoʻliq sogʻayish bilan oʻtadi, shikastlangan aʼzolar soni har xurujda koʻpayib boradi;

— yashirin kechish — revmatizm bilan shikastlanganlik koʻpincha klinik, laboratoriya hamda asboblardan tekshirishda aniqlanmasligi mumkin. Bemorda revmatizmning yashirin kechganini, kasallikning asorati — yurak illati paydo boʻlganidan bilish mumkin.

Klinikasi. Maʼlumki, revmatizm yurak va qon tomirlar sistemasi jarohatlanadi. Shu sababli revmatizmning hamma belgilarini yurak va yurakdan tashqari belgilarga boʻlish maqsadga muvofiq boʻlib, kasallikning klinik manzarasini shu nuqtayi nazar-dan oʻrganish kerak. Revmatizmning klinik manzarasi kasallik davri, yalligʻlanish jarayonining faollik darajasi, kasallikning kechish xususiyati, tabiati, yurak illatlari va yetishmovchiligi mavjudligi va boshqalarga bogʻliq. A.I.Nesterov fikricha, kasallikning rivojlanishi va klinik manzarasi shakllanishida uchta asosiy davrni farq qilish mumkin.

Yurak illati shakllangan, bundan tashqari yurak yetishmovchiligi paydo boʻlgan bemorlarda revmatizm qaytalansa, uning faollik belgilarini topish ancha qiyin. Revmatizmning birinchi xuruji koʻpincha oʻtkazilgan infeksiya bilan bogʻliq boʻladi. Angina yoki yuqori nafas yoʻllarining shamollashidan 1-2 hafta oʻtgach tana harorati baʼzida 38-40°C gacha koʻtariladi, bir kunlik oʻzgarish 1-2°C ni tashkil qiladi va koʻp terlash kuzatiladi. Revmatizm qaytalanib, navbatdagi yangi yalligʻlanish faqat oʻtkazilgan infeksiya bilan bogʻliq boʻlmay, balki boshqa sabablar: sovuq qotish, jismoniy zoʻriqish, jarrohlik muolajalaridan keyin boʻlishi mumkin.

Kasallikning eng koʻp uchraydigan belgisi- yurak shikastlanishi - revmokarditdir. Revmokardit deganda, bir vaqtning oʻzida yurakning miokard va endokardit (80-100% bemorlarda) shikastlanishi nazarda tutiladi.

Revmokarditda koʻpincha miokardit (80-100%), 15-10% bemorlarda pankardit kuzatiladi. Miokardning klinik belgilari eksudatli yalligʻlanishning miokardga tarqalish darajasiga bogʻliq boʻladi. Shunga koʻra yaqqol, oʻrtacha va sust ifodalangan karditlar farqlanadi. Katta yoshdagi odamlarda revmokardit yengilroq, oʻrtacha va sust ifodalangan koʻrinishda oʻtadi. Bemorlar yurak sohasidagi kuchsiz ogʻriq va noxush sezgilardan, harakat qilganda hansirashdan, baʼzi hollarda yurak urishi yoki yurakning notekis urushidan shikoyat qiladilar. Bu belgilar yurakning revmatizm bilan shikastlanganligiga xos belgilar boʻlmay, balki uning boshqa kasalliklarida ham uchraydi.

Perikardit hozirgi davrda revmatizmning yurakdan tashqari belgilariga oʻxshab kam, asosan, yoshlar va bolalarda, revmatizm oʻtkir kechganda uchraydi. Quraq perikardit rivojlanganda bemorlar yurak sohasida paydo boʻlgan doimiy ogʻriqdan shikoyat qiladilar. Yalligʻlanish suyuqligi yigʻilishi bilan ekssudatli perikardit yurak qopchasida seroz-fibrinoz yalligʻlanish suyuqligi-ekssudat paydo boʻlishiga olib keladi; bu holda suyuqlik perikard varaqalarni bir-biridan ajratib yuborganligi tufayli yurak sohasidagi ogʻriq yoʻq boʻlib ketadi. Bemorning gorizontol holatida kuchayadigan hansirash paydo boʻladi. Quraq perikarditda perikard ishqalanishi shovqini, yurak chegaralarining hamma tomonga kengayganligi, yurak qopchasiga suyuqlik yigʻilganda esa tonlarning pastligi, katta qon aylanish doirasida qon dimlanishi belgilari paydo boʻlganligi aniqlanadi. Revmatik poliartit revmatizm oʻtkir kechganda 50% bemorlarda uchraydi. Bemorning katta boʻgʻimlarida ogʻriq paydo boʻlganligi, faol harakat qilish qiyinlashganligi va cheklanganligi, boʻgʻimlarning qizargani va hajmi kattalashganligi qayd etiladi.

Davolash. Hozirgi davrda revmatizmni davolash uch bosqichda olib boriladi. 1. Kasallikni faol davrida kasalxonada davolash. 2. Kasalxonadan chiqqandan keyin davolashni poliklinikani kardiorevmatologik xonasida davom ettirish. 3. Bemorni ko'p yillar davomida poliklinikada kasallik qaytalanishining oldini olish maqsadida davolash va nazorat qilib borish. Davolash muolajalari quyidagilardan iborat: a) streptokokk infeksiyasiga qarshi kurashish; b) faol revmatik jarayonni davolash; d) immunologik o'zgarishlarni bartaraf qilish. Revmatizmning faol davrida streptokokk infeksiyasini yo'qotish uchun antibiotiklar, asosan, penitsillin va yarim sun'iy penitsillinlar qo'llaniladi. Davolash ikki hafta davomida olib boriladi. Sulfanilamidlar va tetratsiklin guruhidagi antibiotiklarni qo'llash maqsadga muvofiq emas, chunki bu dorilar bakteriostatik ta'sir ko'rsatib, streptokokklarning chidamli turlari paydo bo'lishiga olib kelishi mumkin. Faol revmatizmni davolashda yallig'lanishga qarshi har xil nosteroid dorilar ham qo'llaniladi. Bulardan asetilsalitsilat kislotasi 1 g dan 3—4 marta (bir kunda 3—4 g) beriladi. Bu dori bemorga foyda bermasa yoki yoqmasa, 0,4 g dan bir kunda 3 marta brufen yoki 0,15 g dan butadion buyuriladi. Qo'shimcha salbiy ta'siri kamroq bo'lgan voltoren yoki indo-metatsin (0,05 g dan bir kunda 3 marta) ham berilishi mumkin. Bu dorilarni ovqat yoki sut bilan bir vaqtda ichish kerak. Bemor shifoxonadan chiqqandan keyin asetilsalitsilat kislotani bir kunda 1,5—2 g, brufenni 0,6 g, indometatsin va voltorenni 0,02—0,05 g ichish buyuriladi, bu dorilarni poliklinika shifokori nazorati ostida qabul qilish kerak. Ambulatoriya sharoitida davolanish muddati revmatik jarayonning kechish xususiyatlariga: o'tkir, o'rtacha o'tkir kechganda, 1—2 oyga cho'zilib va uzluksiz qaytalab kechganda, 2—4 oy bo'lib, laboratoriya ko'rsatkichlarining asli holiga qaytishiga bog'liq. Kasallik qaytalanishining oldini olish tadbirlari bemorlarga yil bo'yi har oyda 1500000 TB dan bitsillin-5 qo'llab, streptokokk infeksiyasiga qarshi kurashish, infeksiya o'choqlarini davolashni o'z ichiga oladi. Revmatizm bilan kasallanganlar, albatta, dispanser hisobiga olinadi va kasallik qaytalanishini o'z vaqtida aniqlash, uni davolash, yurak illatlari og'irlashib borganda jarrohlik usuli bilan davolash zarurligi masalalari hal qilib boriladi.

Baholash mezonlari №16

Mavzuning nomi	Ball	Bah o	Talabning bilim darajasi
Revmatizm va birlamchi revmokardit simptomatologiyasi. Revmatizm etiologiyasi va patogenezi. Revmatizm bilan bemorlarni tekshi-rish.	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
Revmatizm va birlamchi revmokardit simptomatologiyasi. Yurak mitral illati simptomatologiyasi (mitral qopqoq yetishmovchi-ligi va mitral stenoz).	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoniqarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoniqsiz	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Amaliy mashg'ulot №17

Revmatik isitma va birlamchi revmakardit simptomatologiyasi. Mitral teshik torayishi va mitral qopqoqchalar yetishmovchiligi. Diagnostika va asosiy davolash prinsiplari. Aortal nuqsonlar. Aorta ravog'i stenozi. Aorta qopqoqchalar yetishmovchiligi. Diagnostika va asosiy davolash prinsiplari.

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Studentlar soni: 10 dan 12 gacha
Mashg'ulot formasi	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Aortal illatlar simptomatologiyasi (aortal qopqoq yetishmovchiligi va aortal teshik torayishi). Qon aylanish yetishmovchiligi (kompensatsiyalangan va dekompensatsiyalangan holat). Tomir yetishmovchiligi.
Amaliy mashg'ulot maqsadi:	Talabalarni aortal illatlar va qon-tomir yetishmovchiligi kabi patologik holatlar bilan tanishtirish.
O'qitish uslubi	So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma.
O'qitish formasi	Kichik podgruppalarida.
O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter.
O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala.

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	43. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 44. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 45. Davomatni nazorat qiladi	
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
2 – asosiy bosqich (160 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob

	talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	beradilar
1-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

3. Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

1. 1 Aortal nuqsonlarga tavsif bering
2. Aortal klapan etishmovchiligi etiologiyasi
3. Aortal klapan etishmovchiligini gemodinamik o'zgarishlari
4. Aortal klapan etishmovchiligini klinik ko'rinishi
5. Aortal klapan etishmovchiligida bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish
6. Karotid raqsi nima
7. MYusse simptomi nima
8. Traube ikkilangan shoqini va Vinogradov-DYuroz'ning ikkilangan shovqini nima
9. Aortal klapan etishmovchiligini rengenologik EKG va FKG o'zgarishlari
10. Aortal stenoz etiologiyasi
11. Aortal stenoz gemodinamikaning o'zgarishi
12. Aortal stenoz klinikasi
13. Aortal stenoz ob'ektiv va sub'ektiv ma'lumotlar
14. EKG, FKG va rengenografiya o'zgarishlar
15. Qon aylanish etishmovchiligining etiopatogenezi
16. Qon aylanish etishmovchiligining klinik ko'rinishi
17. Qon aylanish etishmovchiligining klassifikatsiyasi
18. Qon aylanish etishmovchiligining ob'ektiv va sub'ektiv o'zgarishlari
19. Tomir etishmovchiligi etiologiyasi
20. Tomir etishmovchiligi klinikasi, ob'ektiv va sub'ektiv ma'lumotlar

“Uch pog'onali intervyu” usuli

Har bir gruppada uchta talaba tanlab olinib, ular orasida “vrach”, “bemor” va “ekspert-UASH” rollari bo'linib beriladi. Bemor rolini tanlagan talabaga anonimno diagnozi aytiladi, va u shu diagnozga taaluqli shikoyatlar bildiradi, vrach diagnoz qo'yadi, ekspert UASH shiloyatlar va diagnoz mutanosubligini tekshiradi. Har bir guruh 10-15 daqiqa davomida konsultatsiya qilinadi, ekspert vrach faoliyatini 3 punk bo'yicha tekshiradi:

13. Nima to'g'ri qilindi
14. Nima noto'g'ri qilindi
15. Qanday qilish kerak

Guruh konsultatsiyasi xulosasini ekspert xulosasi bilan taqqoslaydilar.

Boshqa xil turi: talabalar ekspert rolida poliklinikada, haqiqiy konsultatsiyada ishtirok etib, butun guruh bilan analiz qilinadi.

AORTA KLAPANLARINING YETISHMOVCHILIGI

Aorta klapanlarining etishmasligi (insufficiencia valvularum aortae) har xil sabablarga ko'ra yuzaga keladi, bulardan revmatik endokarditdan tashqari septik endokardit va aortaning zaxm bilan zararlanishi muhim o'rinda turadi Aortaga zaxm tekkanda aorta klapanlarining yetishmasligi shu darajada ko'p uchraydiki, bu bordiyu katta yoshli odamda bunday porok borligi aniqlanib, anamnezida revmatizmga dalolat topilmasa, u kishida zaxm bo'lishi ehtimolini nazarda tutmoq lozim. Aorta klapanlarining revmatizm natijasida yuzaga kelgan yetishmasligi ko'pincha aorta

stenozisi yoki mitral porok bilan birga uchraydi, zaxm natijasida yuzaga kelgani esa uzi alohida uchraydi. Revmatik va septik aorta yetishmovchiligidan anatomik o'zgarishlar endokarditdagi o'zgarishlarni eslatadi; zaxm tekandan paydo bo'lgan yetishmovchilikda klapan tavaqalari kichrayib qoladi. Aorta klapanlarida yetishmovchiligi bor bemorlarning badani qoni qochib bo'zgan bo'ladi. Bo'zganlik kamqonlikka bog'liq emas balki yurakning diastolasi davrida teridagi arterial qon tomirlari ham to'lishi natijasidir, chunki bu davrda aortaning yarimoysimon klapanlarining yetishmasligi (nuqsoni) natijasida qonning bir qismi (demak katta qon aylanish doirasining bo'tun arterial sistemasining kam qonidan ma'lum miqdorda) chap qorinchaga qaytib keladi. Xuddi shu sababli aorta klapanlari yetishmasligida ko'rinib turga, arteriyalar kam pulsatsiyalanadi (quyiga qaralsin).

Yurak sohasini ko'zdan kechirishda yurakning cho'qqi turtkisi kuchli ekanligi va tarqoqligi bilinadi. Turtkining bu xususiyatlari sohani paypaslab ko'rilganda yaxshi aniqlanadi. Turtki paypaslovchi barmoqni ko'taradi («gumbazsimon turtki»), u faqat chap tomonga emas, balki o'ng tomonga ham — oltinchi qovurg'a oralig'iga siljiydi. Turtkining kuchayishi chap qorinchaning gipertrofiyasiga bog'liq bo'ladi; uning tarqoq xarakterda bo'lishi esa chap qorinchaning lilyatatsiyasiga bog'liq. Perkussiyada yurakning bo'g'iq tovushi sohasi chap tomonga kattalashganligi aniqlandi (128- rasm), bu gipertrofiya shuningdek chap qorinchaning kompensator (tonogen) dilyatatsiyasi hisob. Chap yurak dilyatatsiyaga bog'liq; holda yurak cho'vdisida ko'pincha sistolik shovqin) ham eshitiladi — bu nisbiy mitral yetishmovchilik natijasidirga yuzaga chiqadi. Aorta yetishmovchiligida qo'zg'aluvchi chap qorinchaning dilyatatsiyasi uning bo'shligi qon bilan tulishtirish natijasidir (chap bo'lmasdan chap qorinchaga kiruvchi odatdagi miqdor qondan tashqari, o'nga aorta klapanlari yetarli yopilmaganidan aortadan yana bir miqdor qon kirishi). Gipertrofiya —chap qorinchada qon miqdori ko'p bo'lishi tufayli uning nagruzkasi oshishi natijasidir (129-rasm). Aorta yetishmovchiligining o'ziga xos auskultativ simptom —yurak asosida eshitiluvchi diastolik shovqindir. Bu shovqin odatda o'ng tomonda ikkinchi qovurg'a oralig'ida yaxshi eshitiladi, bundan tashqari, to'sh suyagiga uchinchi qovurg'a kemirchagi birikadigan joyda (chapda), ya'ni Botkin Erb nuqtasida yaxshi eshitiladi. Diastola vaqtidagi shovqin paydo bo'lishining sababi shundaki, yaxshi yopilmagan klapanlar orasida hosil bo'lgan yorig' orqali aortadan keluvchi qon qisman yana chap qorinchaga qaytib kiradi. Aortadan chiqqan qon qorinchaga teskari yo'nalishda oqib qaytib kelishi natijasida Shovqin ba'zida beshinchi nuqta — Botkin Erb nuqtasida yaxshi (ilgariroq) eshitiladi (Botkin Erb nuqtasi esa aorta klapanlarni proektsiyasiga to'g'ri keladi). Aorta yetishmovchiligida diastolik shovqin odatda qattiq bo'lmaydi, astasekin sustlashadi (decrtsctndo). Auskultatsiyada ikkala ton odatda sustlashgan bo'ladi: birinchisi—yurak cho'qqisida eshitiladi, chunki aorta klapanlari yetishmasligida yopiq klapanlar davri bo'lmaydi, ikkinchisi — yurak asosida eshitiladi, klapanlar nuqsonli bo'lganidan ular to'la yopilmaydi. Ba'zida aorta klapanlari yetishmasligida yurak cho'qqisida presistolik shovqin eshitiladi (Flint shovqini). Uning sababi shundaki, aortadan qorinchaga keluvchi kuchli qon oqimi Mitral klapaning yaqin joylashgan tavakasini ko'taradi, buning natijasida diastola oxirida bo'lmas bilan qorincha o'rtasidagi teshik torayadi (vaqtincha). Rentgenda tekshirishda aorta yetishmovchiligida yurakni «beli ya'ni qon tomirlar to'tami bilan yurak ko'lankasining chap konturi o'rtasidagi burchak juda aniq ko'rinadi, shuningdek uning chap tomonga kattalanishi va cho'qqining gipertrofiya tufayli yumaloqlanishi bilinadi. Bunday konfiguratsiya aortal konfiguratsiya deb ataladi. Chap qorincha ko'lankasining konturlaridatda sistoladan diastolaga o'tishda chuqur pulsator harakatlar beradi. Ko'zga ko'rinadigan arteriyalarning hammasi aorta (bu ko'krak orqasidagi pulsatsiyaga qarab bilinadi), uyqu arteriyalari («karotidlar raqsi»), yelka arteriyalari va boshqalar keskin pulsator tebranib turadi. Bilak arteriyasining pulsi tez va baland ko'tarilishi va xuddi shunday tez va chuqur

tushishi bilan harakterlanadi (pulsus keler uni yana sakrovchi — r. saliens deb ham ataydilar). Pulsus keler— bu porokning juda muhim belgisidir, o'nga qarab aorta klapanlari yetishmovchiligi darajasi haqida fikr yuritiladi, Arterial bosimning puls amplitudasi kattalashgan bo'ladi: sistolik bosim odatda bir oz ko'tarilgan (yoki normal), diastolik bosim esa keskin darajada pasaygan bo'ladi; natijada, puls bosimi kattalashadi; maksimal bosimning pasayish darajasi va puls bosimi oshishi darajasiga qarab klapanlarning nuqsonning kattaligi haqida xulosa chiqarish mumkin. Buni quyidagicha tushuntirish mumkin, aorta klapanlari yetishmovchidigida gipertrofiyalashib normadagidan ko'proq miqdorda qon sig'adigan bo'lgan qorincha sistola vaqtida u qonni kuch bilan aortaga haydab chiqaradi, bu arterial sistemada bosimning tezda ko'tarilishiga olib keladi; diastola vaqtida esa qonning bir qismi aortadan chap qorinchaga qayta oqib chiqadi, bu esa diastolik bosim tushishiga olib keladi Aorta klapanlari yetishmovchiligi darajasi katta bo'lganda xuddi shu sabablar tufayli boshning pulsator chayqalishi kuzatiladi (Myusse simptomi, bu porok bilan og'rikan franiuz yozuvchisi ismiga nisbat berilib qo'yilgan nom). Bundan tashqari, k'yz qorachig'i kattaligi ritmik ravishda o'zgarib, bu dam torayadi, dam kengayadi (chunki ko'zning rangdor pardasiga qon ko'p oqib kelib, ko'p oqib ketadi). Katta arteriyalarni fonendoskop bilan eshitib ko'rilganda Dyurozening to'sh shovqini eshitiladi; uning birinchi qismi sistolik bo'lib, normada qon tomirlarini eshitish asbobi bilan bosganda eshitiladi, ikkinchi qismi, diastolik faqat aorta klapanlari yetishmasligida aniqlanadi va klapanlar yaxshi yopilmaganligi tufayli diastola vaqtida qon chap qorinchaga qaytib kelishi natijasida vujudga keladi Dyuroze fenomeni uyqu arteriyalarini eshitib ko'rishda yaxshi eshitiladi Boshqa arteriyalarda (masalan, son arteriyasida) Traubening to'sh shovqini eshitiladi qon tomirlaridagi tonlar—arteriyalarning diastolik kam to'lishi tufayli ular devorining tonusi pasayishi natijasidir; aorta klapanlari etishmasligida aorta sistemasida qon ikki taraflama harakatlanishi tufayli (oldinga va orqaga, bu haqda yuqorida aytilgan edi) shovqin ham qo'shaloq bo'ladi

Aorta klapanlari yetishmasligida ko'p uchraydigan kapillyar puls (Kvinke fenomeni) yuqorida aytilganlar tufayli yuzaga keladi; u bemorning peshona terisini ishqalashda (har bir puls to'lqinida teri qizarib-bo'zarib turadi) yoki tirnoqni bosishda paydo bo'ladi tirnoq dam kizarib, dam okaradi Bu fenomenning asosida kapillyarlarning emas, balki mayda arteryalar — arteriolalarning qon bilan to'lib bo'shishi yotadi desa to'g'rirok bo'ladi (kapillyarlarda sistola bilan diastola vaqtida bosim uncha katta farq qilmaydi). Aorta klapanlari yetishmasligi chap qorinchaning moslashish va gipertrofiyaga qobiliyatini bo'lishi tufayli uzoq vaqtgacha yurak dekompensatsiyasiga olib kelmaydi, agar dekompensatsiya boshlansa, bemorning ahvoli birdaniga og'irlashadi Yurak astmasi xurujlari, ya'ni nafas qisish avj oladi, chunki chap yurakning qonni kichik kon aylanish doirasidan katta qon aylanish doirasiga o'tkazish qobiliyati pasayishi tufayli o'pka qon tomirlarida qon vaqti-vaqti bilan dimlanib qoladi . Astma xuriji davrida o'pka dimlanish xirillashi eshitiladi, o'pkaning chegaralari bir oz kengayadi o'pka shishi ham kuzatiladi—nafas qisishi boshlanib ko'p miqdorda ko'pkli pushti rang balg'am ajraladi, yirik pufakchali xirillash eshitiladi bemor xirillab nafas oladi. Katta qon aylanish sistemasida qon dimlanishi belgilari (kattalashgan jigar astsit shish) yuzaga kelmaydi yoki ayrim bemorlarda aorta yetishmovchiligi (mitrallangan) ya'ni kichik qon aylanish doiraasida surun kali dimlanish paydo bo'ladi rivojlanadi bunga chap qorincha dilyatatsiyasi natijasida yuzaga kelgan mitrat etishmovchilik qo'shiladi natijada dimlanishn katta qon aylanish doirasining yirik venalariga tarkaladi.

AORTA OG'ZI STENOZI

Bu porok (stenosis ostii aortae) ilgari tasvirlangan paroklarga ko'ra ko'proq uchraydi U xuddi mitral stenoz kabi revmatikendokardit natijasida yoki bir vaqtning uzida aortani va klapanlarni zararlovchi ateroskleroz natijasida yuzaga keladi (klapanlarning ohaklanib qolgani ham ma'lum).

Teshik klapanlari stenozidan asla aortaning stenozini ajratish lozim. Stenozdan aorta devori (ichi)da ko'p uchraydigan boshqa o'zgarishlarni ham ajratish lozim, bu o'zgarishlarda aortaning ichi kengayadi klapan, orqali o'zicha normal saqlanib kengaygan aortaga nisbatan tortilib qoladi. Aorta og'zi torayishida qonning aortaga chikishi qiyinlashgani sababli chap qorincha zo'r berib qisqaradi va gipertirofiyaga uchraydi kompensator dilyatatsiya bo'lmaydi (kontsentirik gipertrofiyaga qaralsin) 130 rasm. Chap qorinchaning gipertrofiyasi natijasida cho'qqi turtkisi kuchayadi ammo u aorta klapanlari egishmasligidagi kabi tarqalgan xarakterga ega emas. Gipertrofiyalashgan chap korincha kuchsizlashgan so'ng kengayadi va sistola vaqtida undagi qon batamom chiqib ketmaydi. Sof stenozda (aorta klapanlari yetishmovchiligi bo'lmagan) yurak ko'p kattalashmaydi. Rentgen suratda yurakning cho'qqisi aniq yumaloqlashgan ko'rinadi (131-rasm). Aorta og'zi torayishida o'ng tomon (ik kinchi qovurg'a oralig'ida to'sh suyagi chetida sistomik shovkin eshititadi u qon oqimi bilan birga (choraklar oralig'i) aortaning pastga yo'nalgan qismi va hatto undan tarqalib ketgan yirik qon tomirlari bo'ylab yaxshi eshititadi qon chap qorinchadan toraygan teshik orqali aorta sistola vaqtida o'tishida shovqin paydo bo'ladi. Shovqin egovlashda chiqadigan tovushni eslatadi. Aortal steponozida puls o'ziga xos bo'ladi — u kichik, puls ko'tarilishi sekinlashgan (pulsus parvus et tardus) qon chan qorinchadan aorta sistemaga sekin va kichiy o'tishi tufayli puls kichik va sekin ko'tariluvchi bo'ladi Arterial bosim pasaygan. Bu xil porokda kompensatsiya uzoq saqlanadi, agar dekomensatsiya rivojlansa ham u chap qorincha tipida kechadi.

Baholash mezonlari №17

Mavzuning nomi	Ball	Baho	Talabaning bilim darajasi
Aortal illatlar simptomatologiyasi (aortal qopqoq yetishmovchiligi va aortal teshik torayishi). Qon aylanish yetishmovchiligi (kompensatsiyalangan va dekomensatsiyalangan	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi,

holat). Tomir yetishmovchiligi.			biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsiz	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Mustaqil ish. Dilyatatsion kardiomiopatiya simptomatologiyasi
Uyga vazifa. 18

Amaliy mashg'ulot №18

Gipertoniya kasalligi. Simptomatik gipertenziya haqida tushuncha. Diagnostika va asosiy davolash prinsiplari. Yurak ishemik kasalligi. Stenokardiya va miokard infarkti. Diagnostika va asosiy davolash prinsiplari. (Bemorlar kurasiyasi. Kasallik tarixi №1)

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Studentlar soni: 10 dan 12 gacha
Mashg'ulot formasi	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Gipertoniya kasalligi simptomatologiyasi. Simptomatik gipertenziya haqida tushuncha (buyrak, endokrin, markaziy, gemodinamik).
Amaliy mashg'ulot maqsadi:	Talabalarni gipertoniya kasalligi va simptomatik gipertenziya kabi patologik holatlar bilan tanishirish.
O'qitish uslubi	So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma.
O'qitish formasi	Kichik podgruppalarida.
O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter.
O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala.

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	46. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 47. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 48. Davomatni nazorat qiladi	
1.O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
2 –asosiy	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha	Kichik guruhlariga

bosqich (160 daqiqa)	savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
1-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

3. Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

1. 1. Gipertoniya kasalligini izohlab bering
2. Gipertoniya kasalligini etiologiyasi
3. Gipertoniya kasalligini patogenezi
4. Gipertoniya kasalligini klassifikatsiyasi
5. Klinik ko'rinishi
6. Gipertonik krizga ta'rif bering
7. Gipertoniya kasalligini diagnostikasi
8. EKG ko'rinishlari
9. Gipertoniya kasalligining asoratlari
10. Simptomatik gipertenzis to'g'risida tushuncha
11. Simptomatik gipertenzialarning qiyosiy tashhisoti
12. Gipertoniya kasalligining profilaktikasi

Intsident usuli

Klinik kafedralarida, talabalarga ekstremal holatlardagi faoliyatni o'rgatish maqsadida intsident usulidan foydalaniladi. Talabalarga biron xil vaziyatli masala haqida informatsiya beriladi. Bu masalaga tez yechim topilishi zarur (0,5-1,5 daqiqa).

Bu usul talabalar fikrlashini tezlashtiradi va ekstremal holatlarda faoliyatini aktivlashtiradi.

Talabalar harakati xatosizligi 1,0 ga teng bo'lishi zarur.

Gipertoniya kasalligi

Gipertoniya kasalligi — surunkali kasallik bo'lib, asosiy belgisi arterial gipertoniya. Arterial bosimning ko'tarilishi buyrak kasalligini simptomlaridan biri sifatida ko'p uchraydi; arterial bosimni ko'tarilishi ba'zan boshqa kasalliklarda ham uchraydi (tegishli joilarga qaralsin). Modomiki shunday ekan, simptom sifatidagi gipertoniyani kasallik sifatidagi gipertoniya bilan farq qilish kerak. Gipertoniya kasalligida buyraklar dastlabki vaqtda shikastlanmagan bo'ladi, bu kasallikda ko'riladigan gipertoniya—mustaqil birlamchi kasallik protsessidir (essensial gipertoniya)

Gipertoniya kasalligining etiologiyasi bilan patogenezi to'g'risidagi ma'lumotlar hozirgi vaqtda bu kasallikni tomirlar apparati nerv regulyatsiyasining buzilishi natijasidir, deb ko'rsatmoqda.

Gipertoniya kasalligining asosiy sababi, asablarning ortiqcha zo'riqishi va kuchli hayajonlarni boshdan kechirish, shuningdek turmushda yoki boshqa sharoitlarda bot-bot yoki zo'r nerv travmalari bo'lib turishidir. Gipertoniya kasalligi, ba'zan bevosita ruhiy travmadan bosh kommotsiyasi va kontuziyasidan keyin avj oladi G.F LANG ta'limotiga ko'ra, gipertoniya tomirlarni harakatlantiruvchi po'stloq va po'stloqosti markaelariga

tushadigan ta'sirotlar natijalar po'stlog'iga ta'sir etadigan tashqi faktorlar ta'siri bilan po'stloqda mo'ttasil o'ta qo'zg'aluvchan «turg'un» ochaglar hosil bo'ladi (I P. Pavlov fikriga muvofiq). Operatsiya va tajriba vaqtlarida gipotalamik sohaning o'rta qismini (oralik miyani) bevosita ta'sirlash arterial bosimning xiyla ko'tarilishiga sabab bo'ladi Gipertoniya kasalligining paydo bo'lishida ichki sekretiya bezlari sistemast faoliyatining buzilishi qo'shimcha faktor bo'ladi Ayni vaqtda tuxumdonlarning roli ayniqsa ajralib turadi, chunki xotinlarda gipertoniya kasalligi odatda klimaks davrida topiladi klimaks davrida va undan keyin arterial bosim umuman ko'tarilishga moyil bo'ladi Gipertoniya patogeneza boshqa endokrin bezlaridan og'iz bilan buyrak usti bezlarining po'stlog'i ahamiyatga ega. Gipomiyoma tomirlar spazmaga va arteria bosimning ko'tarilishiga sabab bo'ladigan gormon (vazopressin) ishlab chiqaradi Bu gormon, aftidan, miyaning uchinchi qorinchasiga tushadi va unda joylashgan tomirlarni harakatlantiruvchi markazga ta'sir qiladi. Buyrak usti bezlari arterial bosimni ko'taradigan bir qancha moddalarni ishlab chiqaradi (adrenalin-arterenol, kortin). Gipertoniya kasalligiga pressor agentlarning haddan tashqari aktiv bo'lishi emas, balki depressor sistemaning zaif bo'lishi, jumladan aorta bilan uyqu arteriyasidagi depressor apparatning ishlamay qo'yishi sabab bo'ladi, degan nazariya ham bor. Gipertoniya kasalligining rivojlanishida buyrakka aloqador gumoral faktorga ham qo'shimcha ahamiyat berishga to'g'ri keladi. Goldblattning itlarda buyrak arteriyalarini qisman bog'lab qo'yish va buyrakni (yoki buyraklarni) bir qadar holsizlantirish yo'li bilan qilgan tajribalari itlarda arterial bosimning pirovard natijada ko'tarilib ketishini ko'rsatdi; shu itlardan olingan qon (xususan, ishemiyaga uchragan buyrakdan oqib chiqadigan qon) normal itga quyilsa, bu itda ham arterial bosim ko'tarilib ketadi {demak pressor ta'sir gumoral ta'sirga bog'liq bo'ladi}. Qon bilan yaxshi ta'minlanmaydigan buyrak alohida renin moddasini ishlab chiqaradi, degan fikr shu tariqa yuzaga keldi; qondagi muayyan oqsilga ta'sir etadigan shu enzimning a-2 globulin (gipertenzenogen) ekanligi va o'sha oqsilni gipertenzeniga aylantirishi ma'lum bo'ldi; arterial bosimning ko'tarilishiga shu gipertenzenin sabab bo'ladi Reninning kashf etilishi birlamchi buyrak kasalliklarida arterial bosimning ko'tarilib ketish mexanizmini ochiq oydin tushuntirib beradi Gipertoniya kasalligini ham «buyrak» nazariyasi bilan tushuntirsa bo'lmasmikin, buyraklarda, loqal ularning qon bilan ta'minlanishida zimdan yuzaga keladigan o'zgarishlar shu kasallik zaminida ham yotmaganmikin, degan savol tug'ildi Shu munosabat bilan klinikada buyrakdan qon oqishini aniqlashning yangi usullari ishlab chiqildi (keyingi bo'limga qaralsin). Bu usullar gipertoniya kasalligida buyrakdan oqadigan qonning chindan ham ko'pincha ancha kamayishini (biroq ikkilamchi tartibda, ya'ni gipertoniya hamma mayda tomirlar, jumladan buyrak arteriolalarining torayishi bilan ham davom etadigan bo'lganidan, shu gipertoniya natijasida kamayishini) ko'rsatdi. Irsiy konstitutsional moyillik gipertoniya kasalligining avj olyashida bir qadar rol o'ynashini inkor qilib bo'lmaydi Talaygina a'zolari gipertoniya bilan og'rigan oilalar uchraydi, biroq kasal tug'diruvchi tashqi (xususan, nervpsixik) faktorlarning bitta oila a'zolariga bir yo'la ta'sir qilishi mumkinligini hisobga olish kerak albatta. Gipertoniya kasalligining avj olishida, har holda, tashqi ta'sirotlar yetakchi rol o'ynaydi. Gipertoniya kasalligida arterial bosimning ko'tarilish mexanizmi markazga bog'liq; tomirlarni harakatlantiruvchi impulslar orasida tomirlarni toraytiruvchi impulslar ustun turadi, xuddi shu impulslar arteriyalar devori tonusining mudom zo'r bo'lishi va tomirlar, asosan mayda arteriyalar teshigining torayib qolishiga sabab bo'ladi Gipertoniya kasalligida ko'riladigan patologoanatomik o'zgarishlar, avvalo mayda arteriyalarda (arteriolalarda), asosan buyrak arteriolalarida ikkilamchi tartibda yuzaga keladigan o'zgarishlardan iborat {buyrak kasalliklari to'g'risidagi bobga qaralsin} Bir vaqtlar gipertoniya kasalligi buyrak aterosklearzining oqibatidir, deb hisoblanar edi, biroq gipertoniya kasalligining buyraklarda hech qanday morfologik o'zgarishlarsiz ham uzoq davom eta olishi isbot etilgan. Gipertoniya umuman ateroskleroza rivojlanishiga juda qulay sharoit tug'diradigan bo'lganidan, gipertoniya o'lgan kishilar yorib

ko'rilganida, koronar arteriyalar, aorta va miya tomirlari aterosklerozining ko'p uchrashi ham tushunarli bo'lib qoladi. Patologoanatomik davrdagi gipertoniya kasalligiga nisbatan bera oladigan birdan bir belgi — yurak chap qorinchasining gipertrofiyasi, qismini esa tomir devorlaridagi qisqaruvchi elementlarning giperplaziyasidir. Ilk davrdagi gipertoniya kasalligining klinik manzarasi bosh og'rig'i, bosh aylanishi, salga charchash, boshga qon to'lishuvi, uyquning buzilishi, yurak o'ynashi, yurak sohasida simillagan og'riqlar paydo bo'lishi, quloqlarning shangillashi, ba'zan ko'z tinishi singari bir qancha sub'ektiv simptomlardan iborat bo'ladi va hokazo. Gipertoniya kasalligi bilan og'rigan bemorlarning tashqi ko'rinishi har xil bo'ladi: ba'zilarida teri ranggi pushti qizil bo'lib, qonga to'lishgandek bo'lib ko'rinsa (qizil gipertoniya), boshqalarda oqish bo'lib ko'rinadi (okish gipertoniya); bu farqning sababi shuki, birinchi holda faqat arteriolalar toraysa, ikkinchi holda kapillyarlar bilan mayda venalar torayib qolgan bo'ladi.

Arterial bosim o'lchanganda sistolik bosimgina emas, diastolik bosim ham ko'tarilgan bo'lib chiqadi. Sistolik bosim 140 mm dan, diastolik bosim esa 90 mm dan ortiq bo'lsa, sistolik bosimni ko'tarilgan deb xisoblash mumkin. Dastlabki o'lchash vaqtida bosim miqdori birmuncha baland, takror o'lchaganda esa, birmuncha past bo'lib chiqadi (manjetka yelkani qisishiga javoban yuzaga keladigan vazomotor reaksiya munosabati bilan). Gipertoniya bilan og'rigan kasallarda arterial bosim miqdori umuman kun davomida va kun sayin ko'pimcha katta doirada o'zgarib turadi. Arterial bosim miqdorining notayin bo'lishi gipertoniya kasalligining hali uncha vaqtdan o'tmagan hollarida uchraydi, gipertoniyaning og'ir hollarida esa, bosim miqdori o'zgarib bo'lib qoladi (bu—arterial bosimning regulyatsiyasidagi o'zgarishlar qaytmas bo'lib qolganligini, shuningdek xususan, buyraklar arteriolo sklerozi hodisalari qo'shilganligini ko'rsatadigan belgidir). Yurakda oldiniga faqat chap qorincha gipertrofiyalanganini ko'rsatadigan belgilar paydo bo'ladi (yurak uchining zarbi kuchayadi, yurak uchi dumaloq tortadi), aortada ikkinchi ton aktsenti eshitaladi; elektrokardiogrammada chap qorinchaning ustun turganligi ma'lum bo'ladi. Keyinchalik chap qorincha funksiya susayib, yurak astmasi xurujlari ko'rinishidagi belgilar paydo bo'ladi va o'pkada qon damlanishiga alokador xirillashlar yuzaga keladi; yurak kengandi, elektrokardiogrammada — birinchi va ikkinchi usulda tutishsa manfiy bo'lib qoladi, S—T chizig'i esa, xuddi shu usullarda past bo'lib tushadi. Puls zo'riqqan, durus tipida bo'ladi, arteriyalar egribulri (chuzilgan) bo'lib ko'rinadi va urib turadi. Rentgenoskopiyada aorta cho'zilgan bo'ladi; ikkinchi qiyshiq holatda aorta tuynugining kattalashgani ma'lum bo'ladi. Aorta yoyi ko'tarilib turadi, yurak aortal konfiguratsiya beradi — chap qorincha kattalashgan va gipertrofiyalangan bo'ladi. Ko'z to'rt pardasining arteriyalari (ko'z tubini kuzatishga imkon beradigan ko'zgu — oftalmoskop yordami bilan aniqlanadigan arteriyalar) tor, egri-bugri, ikki konturli bo'lib ko'rinadi; venalar kengaygan bo'ladi; kasallikning birmuncha og'ir formalarida qon quyilganligi topiladi.

Gipertoniya tomirlarning vaqtincha birmuncha kuchli qisqarishga moyil bo'lishi xarakterlidir; bu spazmlar: 1) koronar arteriyalarda bo'lishi (bu xol ko'krak kasalligi tushishiga sabab bo'ladi); 2) miya tomirlarida bo'lishi (bu xol qo'l-oyoqlar parheziga, nutqning vaqtincha yo'qolishiga, migrenga o'tadigan bosh aylanishiga sabab bo'ladi); 3) qo'l-oyoqlar tomirlarida bo'lishi (bu — o'qtin-o'qtin cho'loqlanish bilan ifodalanadi) mumkin. Bunday krizlar boshqa tomirlar sohalarida ham ko'riladi. Gipertoniya kasalligining o'tishi yurak yetishmovchiligi avj olishi, miyada qon aylanishining buzilishi yoki buyrak kasalliklarining qo'shilishi tomoniga qarab boradi. Arterial bosim yuqori bo'lishi natijasida yurakning mexanik jixatdan ortiqcha charchashi, shuningdek koronar qon aylanishining buzilishi munosabati bilan yurak yetishmovchiligi avj oladi (xususan, gipertoniya koronar tomirlar aterosklerozi qo'shilgan paytda). Miyada qon aylanishining buzilishi, yuqorida aytib o'tilgan vaqtinchalik o'zgarishlardan tashqari, miyaga qon quyilishiga sabab bo'ladi. Bunday qon quyilishlar ahyon - ahyondagina tomirning yorilishiga bog'liq bo'ladi, ko'pchilik hollarda esa, biror joyda miya tomirlarining uzoq muddat spazm bo'lib turishi natijasida kelib

chiqadi, shu spazm tufayli torayib qolgan tomirlar devorining oziqlanishi buzilib, tomirlar miya moddasiga qonni o'tkaza boshlaydi. Buyraklarning shikastlanishi (buyraklar arterioloskleroz) buyrak yetishmovchiligiga olib keladi. Gipertoniya kasalligi asta sekin, yillab avj olib boradi Biroq tez zo 'rayib boradigan xavfli gipertonnya hollari ham ma'lum (ko'pincha yosh odamlarda uchraydi). Bu hollar arterial bosimning ayniqsa baland bo'lishi, shu bilan birga mudom yuqori turishi, buyraklarning xiyla o'zgarishi, miyaga aloqador o'zgarishlarga odamning ortiq darajada moyil bo'lishi, ko'z tubining ko'p darajada o'zgarib, tez orada ko'zdan qolishi bilan ta'riflanadi. Odatda bunday kasallik formasi 1 — 2 yil cho'ziladi Kasallikning nima sababdan shu tariqa noqulay kechadigan tarzga o'tishi aniq emas. Ba'zilar gap ayni vaqtda odatdagi gipertoniya boshqacharak bo'lgan maxsus kasallik ustida boradi deb o'ylaydilar, biroq bu fikr inkor etilmoqda. Gipertoniya kasalligi oddiy formalarining o'tishida uch davrni tafovut qilish mumkin, bu davrlarni o'z navbatida ikkita fazaga ajratsa bo'ladi. Birinchi davr: A faza — pregipertonik faza (ma'lum bir xil ta'sirotlar"bo'lganida, masalan, emotsional ta'sirotlarda arterial bosimning ko'tarilishiga moyil bo'lish); B faza — o'tib ketadigan yoki tranzitor faza (bosimning vaqtba-vaqt ko'tarilib, remissiyalar bilan gulallanishi). Ikkinchi davr: A faza — labil, turg'un bo'lmagan faza (arterial bosim odatda ko'tarilgan bo'ladi-yu, lekin ko'p darajada o'zgarishi va xiyla pasayishi mumkin); B faza — stabil fazadir (arterial bosim mudom ko'tarilib turadi).

Yurakda, buyraklar va miya tomirlarida xiylagina organik—sklerotik o'zgarishlar vujudga kelishi kuchayadi davrga harakterlidir (A faza — kompensatsiyalangan faza, bunda mehnat qobiliyati pasaygan bo'lsada,saqlanib turadi: B faza—dekompensatsiyalangan faza, mehnat qobiliyati yo'qolgan bo'ladi). Turli kasalliklarda yurak buyraklar va miya bir xilda shikastlanmaydi, shu munosabat bilan kasallikning o'tishida yurak buyrak va miya varianti to'g'risida gapirsa bo'ladi Gipertoniya kasalligining dorilar bilan qilinadigan davosi asosan, nerv sistemasiga ta'sir etadigan moddalar yordami bilan amalga oshiriladi Shu jihatdan eng yaxshi moddalarning biri bromdir. bromning 5 protsentli eritmasi bosim 3—4 hafta davomida kuniga 3—4 osh qoshiqdan buyuriladi; keyinchalik davo takrorlanadi Brom o'rniga lyumnnal yoki xloralgidrat buyurish ham foydalidir. Gipertoniya bilan og'rigan ba'zi kasallar kichik dozalardagi xloralgidratga (kurs holidi kuniga 3 marta 0,1 g dan) yaxshi bardosh beradi boshqalar uni singdirolmaydi, lekin lyuminal bilan davolanganda (0, 05 g dan kuniga 3 marta) o'zini yaxshi his qiladi. Aftidan, bu farq shunga bog'liqliki, ba'zi kasallarda asosan po'stloq ortiqcha qo'zg'algan bo'lsa, boshqalarda po'stloq osti ortiqcha qo'zg'algan bo'ladi. So'nggi vaqtlarda uyqu bilan davolash usuli qo'llanilmoqda. Uyqu bilan davolashning ikki xili bor: yo tabiiy uyqu 12 - 14 soatgacha uzaytiriladi (buning uchun kasallar 3—4 marta 0,1 g dan nembo'tal yoki barbamil ichadi) yoki ovqat yeyish va tabiiy ehtiyojlarni qondirish uchun 2—3 soatli ikki uch marta tanaffuslari bilan uch haftalik muddatga doimiy uyqu yuzaga keltiriladi. So'nggi variantni yuzaga chiqarish uchun uxlatuvchi dorilarning katta dozalarini bo'lib-bo'lib (masalan 2 g gacha barbamil) ishlatish talab qilinadi Shunday bo'lsada, faqat odatdagi uyquni cho'zishni ma'qul ko'rish kerak chunki dorilar vositasi bilan yuzaga chikariladigan uzoq uyqu ba'zan og'ir o'tadi va shifobaxsh ta'sir ko'rsatishi jihatidan yaxshi natija bermaydi. Uyqu bilan davolash Pavlovning saqlovchi tormozlanish haqidagi ta'limotiga asoslangan. Gipertoniya kasalligiga davo qilishning boshqa vositalaridan magneziy sulfatni ko'rsatib o'tish kerak; uning 25 protsentli eritmasi 10—15 kun davomida har kuni 10 ml dan muskul orasiga yoki venaga yuboriladi Magneziy bilan davo qilinganida arterial bosim pasayib, kasalning ahvoli yaxshilanadi; miyada qon aylanishi uncha buzilmagan bo'lsa, magneziy bilan davolash gipertoniya bilan og'rigan kasallarga ayniqsa yaxshi ta'sir kiladi (ko'z tubida o'zgarishlar endi paydo bo'lib kelayotganda). Talaygina hollarda rodanli birikmalar (tiotsianatlar) yordam beradi va arterial bosimni pasaytiradi Xususan gipertoniya krizlarida yaxshi kor qiladigan moddalarning biri yaqinda sintez qilingan dibazol preparatidir, bu preparat angiospazmlarga moyillikni kamaytirib, arterial

bosimni pasaytiradi va odatda krizlar avj olishini to'xtatadi. Dibazol ichish uchun kuniga 3 marta 0,02 g dan buyuriladi yoki, yaxshisi, muskullar orasiga yuboriladi (1 protsentli eritmasi 3 sm³dan kuniga birikki marta). Gangliyalarni blokada qiluvchi deb ataladigan preparatlar, ya'ni simpatik - preparatlar: juda yaxshi ta'sir ko'rsatadi; geksametony va pentamin shular jumlasiga kiradi. Bular muskul orasiga yuborish uchun kuniga 40—150 mg dan buyuriladi, davolash kursi uzoq (1—2 oy) davom etishi, keyin yana takrorlanishi kerak. Simptomatik dorilar B fazaning G`G` davrida yoki A fazaning G`G`G` davrida hammadan yaxshi kor qiladi Ba'zan ular noma'qul ta'sir ko'rsatadi Shunga ko'ra, ularni kasalxona sharoitida buyurish talab qilinadn. 3—4 hafta davomida parenteral yo'l bilan kuniga 1—3 ampuladan beriladigan redergak degan adrenolitik preparat ham ta'sir ko'rsatadi. Rauwolbia seppentina degan hind o'simligidan olinadigan yangi preparat ayniqsa qimmatlidir (3—4 hafta davomida kuniga 1—2 marta 0,25 mg dan beriladigan sernazin yoki rezerpin).

Ma'lum hollarda, chunonchi klimaks munosabati bilan xotinlarda azj oladigan gipertoniya, gormonal preparatlar — tuxumdon gormonlari yaxshi natija beradi, ayni vaqtda ikkita forma yoki fazani tafovut qilishga to'g'ri keladi:—biri qonda follikulin miqdorining ortishi bilan boradigan faza, bunda sariq jism gormoni (progesteron preparati) qo'llaniladi va ikkinchisi qonda follikulin miqdorining kamayishi bilan davom etadigan fazadir, bunda follikulin yoki sinestrol (ikki hafta mobaynida har kuni teri ostiga 10.000 birlikdan) ishlatiladi

Xirurgik davosi (qorin nervlarini ikkala tomondan kesib qo'yish) simpatik nerv aktivligini kamaytirish, shuningdek buyraklarga boradigan tomir toraytiruvchi nerv yo'llarinn kesib qo'yishga mo'ljallangan. Operatsiya gipertoniya bilan og'rikan bemorlarda arterial bosimning ro'yrost kamayishiga olib boradi, shu bilan birga bosim necha oylar, ba'zan necha yillargacha past bo'lib turadi Gipertoniya kasalligining profilaktikasi—sovt sog'liqni saqlash sistemasining eng muhim vazifalarpdan biridir. Profilaktikaning asosiy shartlari quyidagilardan iborat: aholining ma'lum gruppalarini dispanserizatsiya qilish va gipertoniyani barvaqt aniqlash (arterial bosimni vaqt-vaqti bilak ommaviy ravishda o'lchab turgandagina buni amalga oshirsa bo'ladi).

Profilaktikaning asosiy vazifasi oliy nerv faoliyatining nevroz tipida buzilishiga olib boradigan faktorlar ta'sirini bartaraf qilish yoki kamaytirishdir. Bu o'rinda yetarlicha uyquni ta'minlash, mehnat qilish va dam olish to'g'ri tashkil qilish, nerv sistemasining haddan tashqari ta'sirlanishini bartaraf etish ahamiyatga egadir. Korxonalarda profilaktoriylar (ya'ni sanatoriy tipidagi statsionarlar) barpo etish samarali chora bo'lib hisoblanadi, gipertoniya moyil bo'lgan ishchilar vaqt-vaqti bilan shunday profilaktoriylarga kelib turadi va ishlab chiqarishdan ajralmagan holda maxsus rejimda bo'ladi

YURAK ISHEMIK KASALLIGI

Ko'krak qisish kasalligini (stenokardiya) deb, yurak muskulidagi biror bo'limda qonning birdan kamayib ketishi yoki o'nga vaqtincha qon kelmay qolishi (yurak muskuli ishemiyasi) natijasida ko'krakda og'riq paydo bo'lishiga aytiladi.

Miokardning qon bilan ta'minlanishida shu tariqa yetishmovchilikning yuzaga kelishiga, ko'pincha, shubhasiz, koronar ateroskleroz sabab bo'ladi Biroq, koronar arteriyalardan qon olishning buzilishiga olib keladigan va ko'krak qisish kasalligi tutib qolishi bilan davom etadigan boshqa kasallik protsesslari ham bor: 1) zaxm aortitida koronar arteriyalar og'zining chandiq tortmalari bilan torayib qolishi (quyiga qaralsin); 2) infeksiyaga alokador koronaritlar va miokarditlarda (revmatizm, zaxm va boshqa kasalliklar tufayli) koronar arteriyalar teshigining o'garishi; 3) nerv (masalan, gipertoniya) va zarar (nikotin, qo'rg'oshin) ta'siridan kelib chiqqan koronar tomirlar spazmlari ko'krak qisish kasalligini ateroskleroz xaqidagi bobda tasvir etayotganimizga sabab shuki, ko'pchilik hollarda ateroskleroz ko'krak qisish kasalligiga olib boradi Ko'krak qisish

kasalligi sindromining ancha tipik xususiyatlari bor. Ko'krak qisish kasalligi deyilganda, eng avvalo, nafas qisishini emas (ko'krak qisish kasalligida odam ko'pincha xech hansiramaydi, shunga ko'ra kasallar his qiladigan va hansirash deb ataydigan ko'krak qisilishini va nafas tiqilish hisiyotini hansirash deb o'ylash yaramaydi), balki og'riq tutishinigina tushunamiz. Odatda og'riq zo'riqib jismoniy ish qilganda, xususan ko'chada borib ketayotgan paytda tutib qoladi Kasal bir oz, yurganidan keyin, og'riq tufayli to'xtab qolishga majbur bo'ladi; to'xtab turilganda og'riq bosiladi, kasal yana yura boshlaydi, keyin og'riq yana paydo bo'ladi va xokazo. Shunisi xarakterliki, og'riq faqat ko'chada borib ketayotgan paytda paydo bo'ladi, holbuki bemor issiq binoda bemalol yuraveradi; og'riq qishda, ko'pincha sovuqda, shamolga qarshi yurilganda tutib qotadi Sovuq qotish boshqa sharoitlarda ham og'riq turishiga sabab bo'lishi mumkin (masalan, yechinganda va sovuq o'ringa yotilganda). Og'riq ko'pincha ovqatdan keyin tutadi, bunda diafragmaning yuqori turishi va yurakning ko'ndalang holati, xususan bir qism qonning qorin bo'shlig'iga o'tishi koronar tomirlardan kelayotgan qonning kamayib ketishiga olib keladi, Og'riq to'tishi bilan nerv psixik zo'riqishlar, hayajonlanish, his tuyg'ular orasida maxkam bog'lanish bor. Ko'krak qisish kasalligining eng og'ir xuruji kechasi tutib qoladi: kasal og'riq zo'ridan uyg'onib ketib, o'rniga o'tirib oladi yoki krovat yoxud stolni ushlaganicha, qimirlamay turishga majbur bo'ladi, Ko'krak qisish kasali tipidagi og'riq sezgi aksari to'sh sohasi (tush orqasidagi og'riq), umuman ko'krak qafasining markazida paydo bo'ladi; goxo yurak sohasida uncha karakterli bo'lmadan og'riqlar ham uchraydi Og'riqlar ko'pincha ezidish, qisilish, achishish barakterida, ba'zan sanchib turadigan qattiq og'riq holida bo'ladi Ko'pincha og'riq turganda o'lim va himasi paydo b'yladi Nixoyat, anginoz og'riqlarning diagnostika uchun muhim xossasi ularning tegishli tana jismlariga, odatda chap elkaga, chap ga, ba'zan bo'yin bilan birlashtirishning chap yarmiga o'tishidir (irradiatsiya); bir xil paytda og'riq tananing o'ng tomoniga ham o'tishi mumkin. Anginoz og'riq ahyon - ahyonda qorinning ustki qismiga ham o'tishi mumkin (angina pseudoabdominalis). Ko'krak qisish kasalligida og'riqlarning tegishli tana qismlariga o'tishi ma'lum sohalar — Ged —Zaharin zonalarida terining juda belgi bo'lib qolishiga bog'liqligi bilan ifodalanadi Bu sohalargamiyaning VII bo'yin va I — V ko'krak segmentlaridan nervlar keladi (137 va 138- rasmlar). Shu zonalarning og'riq sezgilariga ortiqcha ta'sirchan bo'lishi hozir aytib o'tilgan segmentlarning markazga intiluvchi nervlari orqali yurakdan keladigan va orqa miyaning markazdan qochuvchi (sezuvchi) nervlariga vistserosenzor refleks oyda o'tadigan ta'siroq oqibatidir. Jismoniy jihatdan zarur ish vaqtida paydo bo'ladigan og'riq bir qadar shunga bo'li?ki, bunday sharoitda yurak o'z ishi uchun koronar yo'ldan ko'proq qon kelishini talab qiladi; ravshanki, koronar yo'l ateroskleroz tufayli torayganda, jismoniy ish vaqtida keladigan krn miokard ehtiyojini qondirolmaydi va buning natijasida birdan etishmay qoladi, bu miokardda o'zgarishlar paydo kilib, og'riq turishiga olib keladi (kislorod etishmaydigan sharoitlardagi ish vaqtida paydo bo'lib, markazga intiluvchi nerv oxirlarinya o'zgatadigan almashikuv moddalarining to'planishi). Kechasi tutgan og'riq, hayajonlanganda tutib oladigan og'riq va shunga" o'xshatllarni nerv sistemasining reaksiyasiga bo'lib deb tushunish kerak

Ko'krak qisilishi kasalligining avj olishi innervatsiya ta'sirlarining buzilishiga, jumladan, tomirlarni toraytiruvchi reaksiyalarning ustun turishiga chambarchas bo'lib ekanligi shubhasizdyar. Shu nuqtai nazardan qaraganda psixik sferasi jihatdan tashqari zo'riqadigan odamlarda anginoz og'riqning nima uchun ko'p tutishi tushunarlidir. Koronar arteriyalarning tomir toraytiruvchi nervi, perifernk tomirlardagiga qarshi o'zaro, adashgan nervdir, shunga ko'ra, bu nervyaing ortiq darajada ta'sirchanligi anginoz og'riqlar paydo bo'lishiga moyillik tutdiradi (aslida kechasi to'tadigan og'riqlar ham shunga bo'lib, chunki katta yarim sharlar p'ystlo?idan parasimpatik sistemaga o'tadigan tormozlovchi ta'sir qiuvchi vaqtida bo'shshib oladi). Sovuq otganda og'riq turishi (teridan keladigan refleks) shundan ravshandir. Tomirlarni harakatlantiruvchi reaksiyalarning

uziyo anatomik o'zgarishlarsiz ham ko'krak qisilishi kasalligining tutib olishiga sabab bo'lishini eslatib o'tish kerak Tajriba shuni krsatadiki, k'krak qisish kasalligi ba'zan shartli reflektor tusga kiradi (ma'lum momentlar birga ta'sir qilgandagina va hamisha bir vaqtning uzida paydo bo'ladi va hokazo — gal og'riqlarning takror to'tishi to'g'risida bormokda). Bu xol shu og'riqlarning paydo by'lishida (va shu o'r nilar zaminida yotgan koronar tomirlar toraya boshlaganda) bosh miya po'stloqdan keladigan impulslarning muxim ahamiyatga ega ekanligini tasdiklaydi

Ko'krak qisish kasalligining bevosita sababi koronar arteriyalarning funktsional tartibda qisqa muddatga torayishi, ya'ni spazmidir. Mana shu sababdan gipertoniya kasalligida ham ko'krak qisish kasalligi juda ko'p uchraydi To'g'ri, vazomotor reakdiyalar tufayli paydo bo'ladigan ko'krak qisish kasalligini (koronar tomirlarda anatomik o'zgarishlar bo'lmaganda) bir zamonlar alohida forma, deb ajratilgan edi (aterosklerotik «chin» ko'krak qisish kasalligigai o'zaro!o' «soxta ko'krak qisish kasalligi» deb atalar edi), lekin bunga hozir xotima berilgan. Ko'krak qisish kasalligining «angionevrotik» formasi to'g'risida gapirsa bo'ladiyu biror aterosklerozda xam koronar arteriyalar torayishi odatda bir qadar rol o'ynaydi Buning ustiga, aterosklerotik yzgarishlarga uchragan koronar arteriyalar spazmatik reaksiyalarga ayniqsa moyil bo'ladi va ko'pincha normal sharoitlarda koronar tomirlarga ta'sir kilmaydigan yoki ta'sir qilsa ham, ularni kengaytiradigan ta'sirotlar ostida torayib bo'ladi, Patologik jihatdan o'zgargan koronar arteriyalarning «paradoksal», «aynigan» xarakteri shundan ko'rinadi (shunisi ham borki, bu — mashxur farmakolog N. P. Kravkov laboratoriyasida tekshirilgan). Aftidan, bunday xususiyat boshlan?ich davrdagi aterosklerotik yzgarishlarga uchragan koronar arteriyalargagina xosdir: bunday arteriyalarda elastik parda ; giperplaziyalangan bo'ladi, tomir devorlari qalin va uzalmas bo'lib qoladigan keyingi davrda, chamasi, nerv ta'sirotlari ularni endi toraytira olmaydi, sh'nga k'ra bu davrda k'krak ?isish kasalligining avj olishida aytilganidek toraygan tomirlar orqali keladigan bilan yurak muskulining ehtiyoji o'rtasida va vaqt nomuvofiklik yuzaga kelishi rol y'naydi. «Turli hollardagi ko'krak qisish kasalligi har xil ko'rinishda birga o'xashilgan anatomik va angionevrotik faktorning birgalashib ta'sir qilishi natijasidir. Angionevrotik faktor rosirost bilinadigan by'lsa, yurakning toj arteriyalari tamomila sol Bo'lganida ham ko'krak qisish kasalligi tutib olishi mumkin. Ikkinchi tomondan, ularda xiylagina anatomik o'zgarish yuzaga kelgan bo'lsa, koronar aylanishini idora etib turadigan nerv asbobining patologik reaksiyalarga bilinarbilinmas moyilligi raed ko'krak qisish kasalligi tutib olishi uchun kifoya qiladi» (G. F. Lang).

Elektrokardiogramma — T chiziqining birinchi va ikkinchi usulda, asosan tutib turgan vaqtning uzida izoelektrik darajadan pastga surilganini k'rsatib beradi Elektrokardiogramma ba'zan og'riq bo'lmagan vaqtlarda ham xuddi shunday o'zgarishlarni xo'rsatadi (139-rasm); bular koronar arteriyalar sklerozi munosabati bilan miokardning bilan ta'minlanishida turli un o'zgarishlar borligiga bog'likdir; og'riq tutgan paytda ular ancha r'ystro bilinib qoladi, xolos. Ba'zan Elektrokardiogramma shunday o'zgarishlarni faqat jismoniy nagruzkadan keyingina ko'rsatib beradi. Ko'krak qisish kasalligining o'tishi va prognozi koronar tomirlarda aterosklerotik o'zgarishlar darajasiga bog'liq. Angionevrotik momentlar asosiy rolni y'naydigan rollarda ko'krak qisish kasalligi ancha engil o'tadi va og'riq tutishi tamomila olib ketishi mumkin. Ateroskleroz koronar tomirlarda bo'lsa, ko'p narsa anatomik o'zgarishlarning xoliga bo'lib, bo'ladi: ba'zan korochar arteriya-larning kich?ina bo'lagidagi bitta yoki bir nechta pilakcha tomir teshigida xiyla chiqib turadigan bo'lsa, qattiq og'riqlarga sabab bo'linish mumkin, boshqa hollarda esa asosan tomir devori qalin tortgan bo'lsa, Irotsess birmuncha ko'proq yoyilgan takdirida kasallik ancha engil ytadi K'krak ?isish kasalligi odatda miokard infarmatidan, shuningdek kardioskleroz avj olishidan (shu tufayli yuzaga keladigan yurak etishmovchiligidan ham) ilgari paydo bo'ladi

Ko'krak qisish kasalligi xuruji o'limga olib- borishi mumkin. Bir klinitsiyarning ta'byricha, ko'krak qisish kasalligi o'z holicha faqat ikkita hodisaga: og'riqa yoki o'limga olib borishi

mumkin, ya'ni odatdagi tekshirish bilan bundan boshqa kasallik ko'rinishlarini aniqlab bo'lmaydi. Ko'krak qisish kasalligining davosi kasal tutgan vaqtda shifobaxsh vositalarni qo'llanish va uning oldini olish choralarini ko'rishdan iborat. Anginoz og'riqlarni to'xtatadigan eng yaxshi dori nitroglitserinning spirtidagi bir protsentli eritmasidir (kasallik xuruji boshlayishi bilan, yaxshisi birniki tomchini to'g'ridan to'g'ri tilga tomizish kerak). Nitroglitserin tez syrilib tomirlarni, jumladan toj tomirlarni kengaytiradi Anginoz og'riqlar takror turadigan, xusuyoan yurib tutayotgan paytda totadigan kasallar nitroglitserin solingan shisha olib yurishi va kuniga bir necha marta tomchilab ichib turishlari kerak. Amilnitrit ham yaxshi ta'sir qiladi, uning ampulasini dastro'molga o'rab sindiriladi va hidlanadi Kasallik xuruj qilib turgan paytda qo'llaniladigan boshqa dorilar, chunonchi: Natrium nitrosum (bir protsentli eritmasn bir osh qoshiqdan kuniga uch marta), eufillin (Eurphyllini 0,2—0,3 g li tabletkalari yoki shamchalari kuniga uch marta ishlatiladi) birmuncha sekinroq ta'sir qiladi Ayrim hollarda kuniga 2—3 marta 0,02—0,05 g nikotin kislota ichilgandan keyin og'riq bosilib qoladi, Og'riq turgan paytda bemorni tinch qo'yish va issiq tutish zarur (kechasi og'riq turganda ko'krakka grelka qo'yiladi yoki yo'l va oyoqni issiq suvga solib turiladi). Nitroglitserindan bosilmaydigan qattik og'riqlarga qarshi morfın yoki pantoponning bir protsentli eritmasidan 1 ml ukol qilish kerak. Kasallik xuruj qilishining oldini olish uchun tarkibida purin asoslari bo'ladigan va koronar tomirlarning kengayishiga imkon beradigan dorilarni doim ichib yurish buyuriladn (xususan, ovkatdan keyin kuniga uch marta 0,5—1 g dan diuritin tabletkalari beriladi); «erv sistemasini tinchlantirish uchun brom preparatlari, lyuminal gavsiya qilinadi. Ko'krak qisishi kasalligining oldini olish uchun turmush sharoitlarini o'zgartirish (avvalo nervsixon jixatdan imkon boricha Ko'proq dam berish), hordiq chiqarish, parhez ovqatlarni buyurish, chekishga va ichimliklar ichishga barham berishni tavsiya etish zarur.

MIOKARD INFARKTI

Miokard infarkti (infarctus myocardii)— yurak toj arteriyalaridan biriningtrombozi natijasidir. Koronar arteriyalar tromboziga, odatda ateroskderoz sabab bo'ladi hozirgi vaqtda koronar arteriyalar trombozi, deb diagnoz kuyishga imkon beradigan klinik sindromni birinchi marta rus klinitsistlari—Peterburgdagi Obuxov kasalxonasining vrachi V. M. Kernig va birmuncha ravshan hamda aniqroq shaklda N. D. Obratsov bilan V. P. Strajeskolar tasvir etgan edi Kasallik mohiyati shundan iboratki, ko'pincha yara bo'lib ketadigan aterosklerotik pilakchalar tomir teshigida ko'tarilib turganligidan uning hammadan ko'p toraygan ma'lum qismida qon oqishi sekinlashib, fibrin cho'ka boshlaydi va tomir teshigini bekitib qo'yadigan tikin hosil bo'ladi Tomirning uzoq torayib turishi ham trombozga imkon tug'diradi. Patologoanatomik jihatdan miokardning tiqilib qolgan arteriyadan oziqlanadigan tegishli qismi tromboz nztijasida birdan holsizlanib, ishemiyaga uchraydi keyinchalik shu qismi nobud bo'ladi—nekrozlanadi Nekrozlangan qismi yurak muskulining sog'lom bo'limlaridan reaktiv yallig'lanish zonasi bilan ajralib turadi Nekrotik massalar parchalanib, ayrim hollarda yurak devorining do'mbayib chiqib turishi hamda yupka torishga (anevrizmaga) ga yorilishiga sabab bo'lishi mumkin. Ko'pincha esa ular borabora astasekin so'rilib ketadi va o'rniga chandiq qo'shuvchi to'qima paydo bo'ladi Miokard infarktida perikard (infarktga to'g'ri keladigan tegishli qismining reaktiv yallig'lanishi natijasida—pericarditis epistenogardica)va endokard ham kasallik protsessiga qo'shiladi, shu muhosabat bilan ba'zan embolkiyalarning manban bo'lib qoladigan devor yoni tromblari hosil bo'ladi

Koronar arteriyalar trombozida miokard infarkti aoj olishiga shunday bir sharoit yordam beradiki, unda o'sha arteriyalar o'zlarining mayda tarmoklari bilangina o'zaro anastomoz xosil qiladi, xolos. Shuning uchun koronar arteriya teshigi tez bekilib qolganida odatda o'sha mayda anaetomozlar orqali qon o'tib turishga ulgurolman qoladi Tomirlar astasekin bekilib boradigan bo'lsa, kollateral yo'l bilan qon aylanishi zo'rayganligi tufayli infarkt yuzaga kelmaydi. Ko'pincha chap koronar arteriya, xususan uning past tushadigan tarmog'i shikastlanadi, shuning natijasida yurak uchi

yonidagi chap va o'ng qorinchaning oldingi devorini, yurak uchini qorinchalar orasidagi to'siqning oldingi bo'limini egallandigan infarkt yuzaga keladi Ramis circumflexus a. Coronarie cordis sinistrae teshigining bekilishi chap qorinchaning yurak asosi yonidagi orqa devori infarktiga olib boradi, o'ng toj arteriyasining trombozi qorinchalar orqa devori bilan to'siqning orqa bo'limlarida infarkt yuzaga kelishiga va Gis tutamining shikastlanishiga sabab bo'ladi. Miokard infarktining klinik ko'rinishi odatda ancha ravshan bilinib turadi Biroq so'nggi vaqtda ko'krak qisish kasalligi bilan koronar arteriyalar trombozi o'rtasiga ko'pincha keskin chegara qo'yib bo'lmaydi, deb hisoblashga imkon beradigan ma'lumotlar to'planib qoldi Og'ir to'tadigan har qanday ko'krak qisish kasalligi, ya'ni koronar arteriya teshigining vaqtincha bekilib yoki torayib qolishi shu arteriya orqali qon bilan ta'minlanadigan miokard qismida distrofik va nekrotik hodisalarga (ammo kichkina ochaglar ko'rinishida bo'ladigan o'zgarishlarga) sabab bo'ladi, deb o'ylash mumkin. Miokard infarktining asosiy simptomlaridan biri ko'krak qisish kasali tipida birdan tutib qoladigan og'riqdir. Bu og'rikning ko'krak qisish kasalligidan farqi shundaki uzoq bir necha soatlab hatto bir ikki kun (tuxtab-to'xtab) cho'ziladi, status anginosus deb shunga aytiladi. Ko'pincha og'rig' juda zurayadi va o'lim vahimasi tutadi. Og'riq ko'pincha kechasi yoki safarga yaqin paydo b'ladi Og'riq odatda ko'krak kafasining pastki kismida, o'rtasida, ba'zan chapda paydo bo'ladi Infarktning ikkinchi tipik belgisi birdan yuzaga keladi {qon aylanishi yetishmovchiligidir bu hodisa ba'zida, asosan yurak yetishmovchiligi sababli ro'y bersa, ba'zan tomirlar yetishmovchiligidan paydo bo'ladi birinchi xil o'zgarishlar jumlasiga yurak astmasn tipida. Bo'ladigan, biroq uzoqqa chuziladigan qattiq hansirash (status asthmaticus) kiradi, bu hodisa chap qorinchaning birdan quvvatdan ketishi natijasida kelib chiqadi ba'zan infarkt ko'rinishi umuman hansirashdan (og'riq o'rniga) boshlanadi Yurakdan bo'g'iq tovush chiqadigan sohaning kengayganligi yurak tonlaring bo'g'iqqligi, taxrkardiya kuzatiladi o'tkazuvchi sistema shikastlanganda yurak ritmi va o'tkazuvchanligi buziladi o'ng yurakdagi infarkt jigarning birdan shishib ketishi bilan birga davom etadi Tomirlar yetishmovchiligi kollaps k'yrinishini keltirib chiqaradi: rangning oqarishiga. muzdek ter chiqishiga, pulsning kichrayishiga, sistolik arterial bosimning tez pasayib ketishiga sabab bo'ladi Infarkt avj olishi ba'zan qattiq og'riq sezilishiga qisman aloqador bo'ladigan bepushtlik holati (shok) bilan birga davom etadi. Miokard infarktida ko'riladigan uchinchi xil simptomlar muskul elementlarining yemirilishidan hosil bo'ladigan mahsulotlarning so'rilishi va yurakda yuzaga keladigan reaktiv o'zgarishlarga bog'liq. Avvalo trombozdan keyingi 2—3-kundan boshlab, bir necha kungacha tana haroratining 38—38.5° gacha ko'tarilib turish, eritrotsitlar cho'kish reaksiyasining tezlashuvi, neytrofil leykosit o'z hodisasining yuzaga kelishi shular jumlasiga kiradi (141-rasm).

Miokard infarktida ba'zi hollarda perikardning ishqalanish shovqini 2—3 kun davomida eshilib turadi bu shovkin yuqorida aytilgan PERICARDITIS EPISTENOCARDICA belgisidir. Og'ir hollarda devor yoni endokarditi avj olishi va tromboembolik materialning qonga tushishi munosabati bilan boshqa har xil organlarda (buyraklar, o'pkada) ham infarktlar paydo bo'lib, kasallik ko'rinishi murakkablashadi. Elektrokardiografik yo'l bilan tekshirish miokard infarktining diagnostikasi uchun katta ahamiyatga ega, Bu usul noaniq hollarda infarkt diagnozini qo'yishgagina emas, balki uning qayerdaligini, o'rnini aniqlashga ham imkon beradi Infarkt boshlangan birinchi kunining o'zidayoq, elektrokardiogrammaning qorinchalar kompleksini o'zgaradi idishchasining pastga qaragan tizzasi nul chizig'iga qadar tushib bormasdan baland satxda yoyga o'xshab, tayinli shaklga ega bo'lmagan T tishchaga aylanadi Keyyanchalik S — 7 intervali yoysimon holicha bo'lib, izoelektrik nuqtachaga tushadi va o'tkir manfiy T tishchaga aylanadi S — T va T ning o'zgarishlari bilan bir qatorda QRS tishchalari kompleksida ham o'zgarishlar sodir bo'ladi, ular yo R tishchaning keskin pasayishi yoki chukur Q tishcha paydo bo'lish, ba'zan esa umumiy chuqur manfiy tishcha ya'ni: Q—S deb ataladigan tishcha xosil bo'lishi

bilan harakterlanadi (141, 142 va 143-rasmlar). Elsktrokardiogrammatn shu o'zgarishlar G` va G`G` usulda topiladigan bo'lsa, gap yurak oldingi devorining infarkti to'g'risida, G`G` va G`G`G` usulda topiladigan bo'lsa, orqa devorining infarkti to'g'risida borayotgan bo'ladi.

O'tkir o'chog'li o'zgarishlar G` va G`G`G` usullarda olingan tishchalar diskordantligi bilan birga ham davom etadi, ya'ni G` usulda olingan T tishchalar va S—T interval uchinchi usulda olingan T va S — T ga yo'nalishi jihatidan qarama-qarshi bo'ladi.

Ko'krakdan olinadigan yangi elektrokardiogramma usullari yurak oldingi devori infarktini birmuncha ravshan aniqlashga va o'rnini belgilashga imkon beradi. Masalan IV ko'krak usulida yurak uchi qismidagi o'zgarishlar hammadan aniq aks etadi. O'tkazuvchanlikning buzilishi odatda yurak orqa devorining infarkti bilan birga davom etadi. Takror takror kelgan va uzoq chuziladigan infarktlarda har xil usullarda olingan elektrokardiogramma tishchalarining o'zgarishlari oldingi, eski o'zgarishlarga ustma ust tushishi va infarktning xarakterli belgilarini bilintirmay qo'yishi"-mumkin. Patologik elektrokardiogramma birmuncha vaqtdan keyin normaga qaytishi mumkin, biroq ko'pincha uzoq muddat saqlanib holadi va o'tmishda miokard infarkti bo'lib o'tganligini ko'rsatib turadi. Miokard infarktining o' t i s h i va p r o g n o z i: 1) yurakdagi o'zgarishlarning kattakichikligiga; 2) yurakdagi boshqa arteriyalarning holatiga va kollateral qon aylanishi rivojlanganligiga; 3) yurak qon tomirlar yetishmovchiligining darajasiga bog'liq. O'lim hollari birinchi hafta ichida ayniqsa ko'p bo'ladi; kasallarning ko'pchiligi birmuncha og'ir o'tadigan takror infarktlardan yaqin yillar ichida o'lib ketadi, juda kam hollarda infarktdan keyin mexnat qobiliyati tiklanishi, kasallar anginoz og'riqlarni his qilmaydigan bo'lib qolishi ham mumkin (aterosklerotik yo'l bilan torayib qolgan koronar arteriya ishlamay qo'yishi munosabati bilan). Miokard infarkti tufayli yurak anevrizmasi ko'rinishi yuzaga kelishn mumkin. Anevrizma odatda chap yurakda yuzaga keladi U o'tkir hamda surunkali bo'lishi mumkin. Chap qorincha anevrizmasi uchun yurakning keskin ravishda chapga kengayib, yurak sohasida yoki chap chekkasi bo'ylab xaltacha ko'rinishida do'ppayib gurishi xarakterlidir. Anevrizma sohasida ko'krak devori qovurg'alar orasida, ba'zan chuvalchangsimon, sustgina pulsatsiya berib turadi. Sohalari eshitib ko'rilganida ko'pincha dag'al sistolik shovqinga o'xshab ketadigan tovush («chairsillash») aniqlanadi. Kasallikni aniqlash uchun rentgen usuli katta ahamiyatga ega; bu usul bir tomondan yurak soyasi konturining xaltaga o'xshab do'ppayib turganini ko'rsatib bersa, ikkinchi tomondan (rentgenokimografiya yordamida) — tegishli uchastkada yurak qisqarishlarining buzilganligini aniqlashga imkon beradi. O'tkir yurak anevrizmasi infarktdan 1—2 hafta keyinroq yuzaga keladi va ko'pincha yurakning yorilib, tamponada bo'lib qolishiga sabab bo'ladi. Surunkali anevrizma infarktdan bir ikki yil keyin yuzaga keladi va uzoq davom etadigan yurak yetishmovchiligi ko'rinishida olib boradi (bunday anevrizma aslida ochagli kardioskelrozning formalaridan biri bo'ladi. Davosi-bemorni kasallik boshlangandan boshlab, ikki oy mobayinida qimirlatmay yotqizish (ifartning bitib ketishi odatda 1—2 oyga cho'ziladi), koronar arteriyalarni kengaytiruvchi moddalarni (diuretin, teobromin, eufillinni), umumiy qon aylanishini yaxshilaydigan dorilarni (kofein, kamfara, korazolni) buyurish, miokardning oziqlanishini yaxshilash uchun venaga glyukoza yuborish tavsiya etiladi. Miokard infarktida seziladigan og'riklarga nitroglitserin kor qilmaydi va morfın yoki pantopon bergan bilan ular deyarli bosilmaydi. So'nggi vaqtlarda miokard infarktini davolashda antikoagulantlarga, ya'ni qon ivishini va tromb hosil bo'lishini kamaytiradigan moddalarga (geparin, dikumaringa) katta e'tibor berilmoqda.

Baholash mezonlari №19

Mavzuning nomi	Baho	Talabning bilim darajasi
----------------	------	--------------------------

	Ball		
YU.I.K. haqida tushuncha. Stenokardiya simptomatologiyasi. EKG diagnostika. Stenokardiya xurujini to'xtatish Infarkt miokard simptomatologiyasi.	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsiz	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Vustaqil ish. Yurak ishemik kasalliklari

Amaliy mashg'ulot texnologik xaritasi

Amaliy mashg'ulot №1

Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish. **1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.**

Mashg'ulot soati 4 vsaat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar,

	plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish 	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish 	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi 	<p>Kichik guruhlariga bo'linadilar</p> <p>Tomosha qiladilar qatnashadilar</p> <p>tinglaydilar va savollarga javob beradilar</p>
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular 	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari

	mustaqil kuratsiya qiladilar.	daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Amaliy mashg'ulot №2

Asosiy klinik sindromlar: hazm qilish yetishmovchiligi sindromi, ichak so'rilish yetishmovchiligi sindromi, o'tkir qorin, ovqat hazm qilish tizimidan o'tkir qon ketishlar

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsoat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlarii	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
-----------------	----------------	------------------

va vaqti		
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish 	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish 	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi 	<p>Kichik guruhlariga bo'linadilar</p> <p>Tomosha qiladilar qatnashadilar</p> <p>tinglaydilar va savollarga javob beradilar</p>
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar. 	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi 	<p>Tinglaydi</p> <p>Yozib oladi</p>

Amaliy mashg'ulot №3

Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari: qizilo'ngach kasalliklari, gastritlar

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsoat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish 	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini 	Talabalar tayyorlanib turadilar

o'tkazish etapi (10 daqiqa)	tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Amaliy mashg'ulot №4

Yara kasalligi, mal'absorbtsiya sindromi, surunkali kolitlar

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsaat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish

Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish 	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish 	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi.	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar

	2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Amaliy mashg'ulot №5

Jigar va o't yo'llari. Tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, fizik tekshirish usullari (ko'zdan kechirish, pal`patsiya, perkussiya)

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsaat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish

O'qitish shakli	Kichik guruhlarga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish 	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish 	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Talabalarni kichik guruhlarga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi 	<p>Kichik guruhlarga bo'linadilar</p> <p>Tomosha qiladilar qatnashadilar</p> <p>tinglaydilar va savollarga javob beradilar</p>
Klinik	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni	Talabalar bemorlarning tahlil

mashg'ulot (80 daqiqa)	kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Amaliy mashg'ulot №6

Jigar va o't yo'llari. Tekshirish usullari: laborator-asbobiy tekshirish usullari).

Asosiy klinik sindromlar

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsoat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish 	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish 	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi 	<p>Kichik guruhlariga bo'linadilar</p> <p>Tomosha qiladilar qatnashadilar</p> <p>tinglaydilar va savollarga javob beradilar</p>
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar. 	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi 	<p>Tinglaydi</p> <p>Yozib oladi</p>

Amaliy mashg'ulot №7

Jigar va o't yo'llari. Surunkali gepatitlar

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsoat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini 	Eshitib tayyorlanib turadil

	takshirish	
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish 	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi 	<p>Kichik guruhlariga bo'linadilar</p> <p>Tomosha qiladilar qatnashadilar</p> <p>tinglaydilar va savollarga javob beradilar</p>
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar. 	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi 	<p>Tinglaydi</p> <p>Yozib oladi</p>

Amaliy mashg'ulot №8

Jigar sirrozi, surunkali xoletsistit. Oraliq nazorat № 3

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsaat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot

Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish 	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish 	Talabalar tayyorlanib turadilar

Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Talabalarni kichik guruhlarga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi 	<p>Kichik guruhlarga bo'linadilar</p> <p>Tomosha qiladilar qatnashadilar</p> <p>tinglaydilar va savollarga javob beradilar</p>
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar. 	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi 	<p>Tinglaydi</p> <p>Yozib oladi</p>

Amaliy mashg'ulot №9

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

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsoat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish

	usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlarga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish 	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish 	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Talabalarni kichik guruhlarga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi 	<p>Kichik guruhlarga bo'linadilar</p> <p>Tomosha qiladilar qatnashadilar</p> <p>tinglaydilar va savollarga javob beradilar</p>

	talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Amaliy mashg'ulot №10

Buyrak va siydik ajratish tizimi kasalliklari. Asosiy klinik sindromlar

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsuat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediyaga va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish 	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish 	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi 	<p>Kichik guruhlariga bo'linadilar</p> <p>Tomosha qiladilar qatnashadilar</p> <p>tinglaydilar va savollarga javob beradilar</p>
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar. 	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar

Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi
--------------------------------	---	--------------------------

Amaliy mashg'ulot №11

O'tkir va surunkali glomerulonefrit

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsoat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlarga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
--------------------------	----------------	------------------

Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish 	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish 	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi 	<p>Kichik guruhlariga bo'linadilar</p> <p>Tomosha qiladilar qatnashadilar</p> <p>tinglaydilar va savollarga javob beradilar</p>
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar. 	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi 	<p>Tinglaydi</p> <p>Yozib oladi</p>

Amaliy mashg'ulot №12

O'tkir va surunkali pielonefritlarni simpto-matologiyasi. O'tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligi

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsoat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlarga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish 	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 	Talabalar tayyorlanib turadilar

etapi (10 daqiqa)	3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Amaliy mashg'ulot №13

Suyak-mushak va biriktiruvchi tuqima tizimi. Tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, fizik tekshirish usullari, laborator-asbobiy tekshirish usullari. Asosiy klinik sindromlar.

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsoat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental

	tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish 	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish 	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi.	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar

	2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Amaliy mashg'ulot №14

Ichki sekretiya bezlari va modda almashinuvi tizimi. Tekshirish usullari. So'rab-surishtirish, fizikal-tekshirish usullari. Laborator-asbobiy tekshirish usullari

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsaat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish

O'qitish shakli	Kichik guruhlarga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish 	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish 	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Talabalarni kichik guruhlarga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi 	<p>Kichik guruhlarga bo'linadilar</p> <p>Tomosha qiladilar qatnashadilar</p> <p>tinglaydilar va savollarga javob beradilar</p>
Klinik	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni	Talabalar bemorlarning tahlil

mashg'ulot (80 daqiqa)	kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Amaliy mashg'ulot №15

Ichki sekreksiya bezlari va modda almashinuvi tizimi kasalliklari

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsoat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlarga bo'lib
O'qitish jihozlarii	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish 	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish 	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi 	<p>Kichik guruhlariga bo'linadilar</p> <p>Tomosha qiladilar qatnashadilar</p> <p>tinglaydilar va savollarga javob beradilar</p>
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar. 	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi 	<p>Tinglaydi</p> <p>Yozib oladi</p>

Amaliy mashg'ulot №16

Qon tizimi. Tekshirish usullari. Fizik tekshirish usullari laborator-asbobiy tekshirish usullari

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsoat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish 	Eshitib tayyorlanib turadil

O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Amaliy mashg'ulot №17

Qon tizimi kasalliklari. Anemiyalar

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsaat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot

Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish 	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish 	Talabalar tayyorlanib turadilar

<p>Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Talabalarni kichik guruhlarga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi 	<p>Kichik guruhlarga bo'linadilar</p> <p>Tomosha qiladilar qatnashadilar</p> <p>tinglaydilar va savollarga javob beradilar</p>
<p>Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar. 	<p>Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar</p>
<p>Yakuniy bosqich (10 daqiqa)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi 	<p>Tinglaydi</p> <p>Yozib oladi</p>

Amaliy ko`nikmalarni bajarish texnikasi

Amaliy ko`nikma №1

1. Vazni o`lchash texnikasi.

(Zaruriy jihozlar: medistina tarozisi, bemorni nazorat qilish varakasi, medistina kulkoplari, dezinfekstion eritma saklanadigan idish, bemor oegi ostiga tushaluvchi bir martalik salftkalar eki odatdagi varak xam ishlatilishi mumkin).

Bajarilish tartibi etaloni.

<i>№</i>	<i>Harakatlar ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakatlar):</i>	<i>Ballar</i>
1.	Medistina tarozisini tugri ishlashiga ishonch xosil kilish;	8
2.	Amalga oshirilanishi lozim bulgan manipulyastiya tugrisida etarli axborot berish;	6
3.	Medistina kulkoplarini va salftkani tayerlash;	7
4.	Bemor oegi ostiga bir martali salftkani eki odatiy kogozni tushash;	8
5.	Idishda dez. eritma borligiga ishonch xosil kilish va uni tayerlanish muddatini nazardan utkazish;	5
6.	Siydik pufagi va ichakni bushatish lozimligini uktirish;	15
7.	Bemorga ichki kiyimgacha echinish xamda poyafzalni echish lozimligini ta'kidlash;	15
8.	Medistina tarozisi maydonchasiga bir martalik salftkani eki oddiy kogozni eyish;	6
9.	Bemorga tarozi maydonchasi maydoni urtasiga chikishni taklif etish (tarozi shayini bush paytda);	5
10.	Tarozi shayinini ishchi xolatiga keltirish va bemor vaznini aniklash;	12
11.	Olingan natijalarni bemor xolatini nazorat kilish varakasining maxsus ajratilgan kismiga kiritish;	8
12.	Qo`lqoplarni kiyish va ishlatilgan salftka eki kogozni dez.eritma bilan namlash;	5

Jami:		100

Amaliy ko`nikma №2

Bo`y o`lchash texnikasi.

Zaruriy jixozlar: medistina buy ulchagichi (rostomer), bemorni nazorat qilish varakasi, medistina kulkoplari, dezinfekstion eritma saklanadigan idish, bemor oegi ostiga tushaluvchi bir martalik salftkalar (oddiy varak xam ishlatilishi mumkin).

Bajarilish tartibi etaloni.

№	<i>Harakatlar ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakatlar):</i>	<i>Ballar</i>
1.	Buy ulchagich (rostomer)ni tugri ishlashiga ishonch xosil qilish;	8
2.	Amalga oshirilanishi lozim bulgan manipulyastiya tugrisida etarli axborot berish;	7
3.	Medistina kulkoplarini va salftkani tayerlash;	7
4.	Bemor oegi ostiga bir martali salftkani eki odatiy kogosni tushash;	8
5.	Idishda dez. eritma borligiga ishonch xosil qilish va uni tayerlanish muddatini nazardan utkazish;	10
6.	Bemorga ichki kiyimgacha echinish xamda poyafzalni echish lozimligini ta'kidlash;	10
7.	Buy ulchagich plankasini kutarish va uning maydonchasi markaziga kutarilishni bemorga taklif etish xamda orkasi bilan asbob shkalasiga shunday epishishi lozimki, bunda bemorning ensasi, kuraklari, dumbasi va tovoni vertikal shkalaga maxkam tegib turishi kerak;	15
8.	Bosh shunday xolatda bulishi kerakki, bunda tashki kulok yulining yukori kirrasi va kuz burchaklari satxi bir gorizonta1 yunalishda bulishi shart;	15

9.	Buy ulchagich plankasini bemor boshini tepa kismiga tushirish va buy ulchamini planka pastki yuzasi soxasiga tugri keladigan kursatgichga tayanib aniklash lozim;	10
10.	Olingan natijalarni bemor xolatini nazorat kilish varakasining maxsus ajratilgan kismiga kiritish;	5
11.	Kulkoplarni kiyish va ishlatilgan salfetka eki kogozni dez.eritma bilan namlash;	5
Jami:		100

Amaliy ko`nikma №3

Tana haroratini o`lchash texnikasini ko`rsating.

Zaruriy jihozlar: tibbiyot termometri, qum soat, F-003, 4. F-004 tibbiy xujjatlari

Bajarilish tartibi etaloni.

№	<i>Harakatlar ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakatlar):</i>	Ballar
1.	1. Termometr kuritilib ariladi, termometr kursatmasi silkitish yuli bilan 34-35 gradus darajaga tushiriladi,	10
2.	Bemorni kulay vaziyatda joylashtiriladi. Stulga utkaziladi yoki kushetkaga yotkiziladi,	10
3.	Bemorning kultik osti kuruk sochikda ariladi (kultik ostiga mone'lik kiladigan xolatlar bulmasligi kerak),	10
4.	Bemorning kuli kultigidan sal yukori kutariladi, termometrni simobli uchini bemorning kultigiga kuyiladi,	10
5.	Bemor kulini pasaytirib, termometrning bosh 2\3 kismi zich ksiladi, 8-10 minutdan sung termometrning tashki kismidan ushlanadi,	10
6.	Termometr kursatmasi yozib olinadi (simobli kismiga kul tekkizmaslik kerak)	10

7.	Termometr kursatmasi 004 – xujjatiga kayd kilinadi,	10
8.	004 – xujjatidan «T» belgisi bor xarorat darajalari, kuni va vakti kursatilgan chiziklarni topasiz va kesishgan joyidan belgi kuyasiz,	10
9.	Termometr xarorat darajasi siljitish yuli bilan pastga 34 gradus darajada tushiriladi,	10
10	Termometr 3% li xloramin eritmasi botirilib, 20-30 minutga kuyiladi, keyin quritilib artiladi va kuruk xolda saklanadi.	10
Jami:		100

Amaliy ko`nikma № 4

Me`dani zondlash uchun kerakli anjomlarni yigib, zondlash texnikasini kursating

Zarur jihozlar: Me`da zondi, togora, kleyonka, b ulyon, 20 gr shprist

Bajarilish tartibi etaloni.

<i>№</i>	<i>Xarakterlar ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakterlar):</i>	<i>Ballar</i>
1.	Talaba zondni sterilizastiyadan utkazadi	6
2.	Bemorga muolajaning maksadi, uning xavfsizligi tushuntiriladi	6
3.	Bemor stulga, uning suyanchigiga maxkam suyanib utiradi	6
4.	Oyoklari ostiga togora yoki chelak kuyiladi	6
5.	Talaba bemorning ung tomoniga utadi	6
6.	Bemor kukragi kleyonka yoki fartuk bilan bekitiladi	6
7.	Zondni yuborishga kadar xar bir bemorda kindikdan to kurak tishlarigacha bulgan masofa ulchab belgilanadi, zond yutkiziladi	6
8.	Bemor ogzini katta ochib «a» deb tovush chikaradi va burun orkali chukur nafas oladi	6
9.	Talaba chakkonlik bilan zondni til ildizi orkasiga kiritadi	6

10.	Bemor ogzini yumadi va bir necha yutish xarakatlari kiladi	6
11.	Zondning bush uchiga 20 gr shprist kiygiziladi	6
12.	Me'da suyukligi 1 soat mobaynida 15 minutlik interval bilan 4-probirkaga tuldiriladi	6
13.	Zond orkali yana 200 ml ilik bulyon kiritiladi yoki bemorga pentagastrin utkaziladi	7
14.	Sungra me'da suyukligi xar 15 minutda 4-probirkaga bir soat ichida takroran suriladi	7
15.	Olingan me'da shirasi 8 ta probirkaga olinib, laboratoriyaga uzatiladi	7
16.	Muolaja tugagandan sung zond sekin tortib olinadi	7
Jami:		100

Amaliy ko`nikma № 5

Me'dani yuvish texnikasi

Zarur jihozlar: Me`da zondi, togora, kleyonka, voronka, distillangan suv, 20 gr shprist

	<i>Xarakteratlar ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakteratlar):</i>	<i>Баллар</i>
1.	Bemorni stulga utkazib, kullarini stul suyanchigiga choyshab bilan boglab, kukragiga fartuk tutib kuyiladi, xamshira va kichik tibbiy xodim xam fartuk tutib oladi.	10
2.	Bemorning yonboshida turib, avval zondning medaga tushish uzunligini ulchab olamiz. Buning uchun kurak tushlaridan-kindikkacha ulchab , unga 5 sm kushiladi.	10
3.	Bemorning boshini biroz orkaga tashlab , uning ogzini ochishi buyuriladi yoki ogiz ochishgich bilan ochiladi, kukragi biroz oldinga bukiladi.	10
4.	Ung kulidagi steril zondning ovalsimon uchini perosimon kilib ushlab, zond ilik suv bilan namlabolinadi, bemorning til ildiziga kuyib , yutinish va burundan chukur-chukur nafas olish buyuriladi.	10
5.	Bemor yutinayotganda, zond asta –sekinlik bilan me'daga kiritish	10

	kerak, agar bemor yotib, nafas olishi kiyinlashib, kukarib ketsa, zudlik bilan zondni tortib olish kerak. Bu xoll zondning nafas yuliga , xikkildok yoki traxeyaga tushib kolganini kursatadi.	
6.	Zond kerakli belgiga etgach , uning erkin uchiga voronkani kiygizib, tezda bemorning tizzasiga tushiridadi, voronkadan me'da shirasi okib chikadi, agar chikmasa , zondni xarakatlantiriladi.	10
7.	Shu xolda voronkani bir oz kiyshaytirib , unga 1 litrgacha suv kuyiladi.	10
8.	Voronka asta-sekin tubida suv kolguncha yukoriga kutariladi, sung voronkani pastga tushiriladi, undan suv oka boshlaydi. Me'dadan chikkan suv –kuyilgan suv bilan teng bulishi kerak. Bordiyu, chikkan suv kamrok balsa,bemordan sal kuchanishni iltimos kilinadi.	10
9.	Shu xarakat to voronkadan , ya'ni me'dadan toza suv chikkuncha takrorlanadi.	10
10.	Me'dani yuvib bulgach , voronkani olib, zondni me'dadan tortib olinadi, yaxshilab okar suvda yuvilib, distillangan suvda 30 dakika kaynatib sterillanadi.	10
Jami:		100

Amaliy ko`nikma № 6

Bemorlarning hazm qilish organlarini rentgenologik tekshirishga tayyorlashni ko`rsating.

№	Xarakatlar ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakatlar):	Ballar
1.	Kattik parxez tutiladi	10
2.	Ichaklar suyuklikdan va gazdan xoli kilinadi	10
3.	Bemorga engil xazm buladigan ovkatlar buyuriladi	10
4.	Bemorga uch kungacha moychechak damlamasi beriladi	10
5.	Bir kun avval bemor kechasi soat 20 dan ovkat kabul kilishi man	15

	etiladi	
6.	Soat 22 da tozalash klizmasi kilinadi	15
7.	Ichaklarda gaz tuplanmasligi uchun gaz xaydaydigan naycha kuyiladi	15
8.	Ertalab bemorga yana tozalash klizmasi kilinadi	15
Jami:		100

Amaliy ko`nikma № 7

Duodenal zondlash texnikasini kursating

Zarur jihozlar: Duodenal zond,togora,kleyonka, distillangan suv,voronka

Bajarilish tartibi etaloni.

<i>№</i>	<i>Xarakteristik ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakteristiklar):</i>	<i>Ballar</i>
1.	Bemor stulga joylashtirib utkiziladi	7
2.	Bemor oldiga sochik tutilib oyokka, tizza oldiga togora tutiladi	7
3.	Bemor psixologik tayyorlanadi (bemorga chukur nafas olib bezovta bulmaslik, xamshira aytganini tinch, vazmin xolatda bajarishi tayinlanadi)	7
4.	Bemorga ogzini «a-a-a» deb ochish va tilini chikarish buyuriladi	7
5.	Bemorga ogzini «a-a-a» deb ochish va tilini chikarish buyuriladi	7
6.	Bemorga ogzini yopib, zondni tishlamasdan sekin-asta yutish buyuriladi	7
7.	Bemorning shu zondni 3 ta belgisigacha yutishi, ya'ni 20-30-45 minut davom etadi	7
8.	Bemor kushetkaga ung tomoni bilan boshi pastrok kilib (yostiksiz) yotkiziladi	7
9.	Bemorning ung kovurga ostiga kattik buyum kuyilib, ilik grelka	7

	kuyiladi	
10.	Duodenal zond ichi shtativdagi 1 chi probirkaga solinib kuyiladi (probirkalar bemorga nisbatan pastda buladi). 1 chi porstiya 12 barmok ichak suyukligi olinadi	7
11.	Shundan keyin bemor chalkancha yotkizilib, zond uchidan 50-60 ml 33% li magneziy sulfat eritmasi yuboriladi va 10 dakika zond uchi kisib kuyiladi	8
12.	Kiskich olinib 2-probirkaga ut pufagidan chikadigan suyuklik yigiladi	6
13.	Suyuklik rangining uzgarishiga karab 2 chi probirkadan zond 3chi probirkaga kuchiriladi, ya'ni 3chi porstiya yigiladi	8
14.	Duodenal zond uchidan suyuklik chikishi tuxtagandan keyin bemor urnidan turgizilib, stulga utkaziladi va zond sekin-asta tortib olinadi, olingan suyuklik tekshirishga yuboriladi (laboratoriyaga).	8

Amaliy ko`nikma № 8

Tozalovchi klizma kilib kursating.

Zarur jihozlar:

1. Esmarx krujkasi, 2. Rezina naycha jumrak bilan, 3. Vazelin, 4. Uchlik, 5. Togora
6. Ilik suv, 7. Kleyonka, 8. Kushetka, 9. Termometr

Bajarilish tartibi etaloni.

<i>№</i>	<i>Xarakteristikalar ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakteristikalar):</i>	<i>Баллар</i>
1.	Kerakli narsalarni tayyorlab, bemor kushetkasi yoniga kuyiladi	7
2.	Esmarx krujkasiga ilik suv tuldiriladi, suv 1-2 l gacha, 37-38 darajada	7
3.	Naycha ichida xavo kolmasligi uchun uchi pastga karatilib, Esmarx krujkasi yukoriga kutariladi	7
4.	Xavo chikarilgandan sung jumrak bekitiladi	7
5.	Kushetka ustiga kleyonka tushaladi	7
6.	Bemor kushetka ustiga, chetiga yakin, chap yonboshi bilan	7

	tizzalarini bukib, korniga tortib yotkiziladi	
7.	Naycha ustiga steril vazelin yupka kilib surtiladi	7
8.	Bemorning dumbalari chap kul barmoklari yordamida kiritiladi, orka chikaruv teshigiga vazelin surtiladi	7
9.	Uchlik orka chikaruv teshigiga 8-10 sm yukoriga va oldinga karatib, keyin sal orkaga karatib, aylanma xarakat bilan kiritiladi	7
10.	Jumrak ochiladi, Esmarx krujkasi kutarilib turiladi	7
11.	Krujkada ozgina suv kolganida jumrak yopiladi	8
12.	Uchlik orka chikaruv teshigidan chikarib olinadi	6
13.	Bemor yana bir necha minutdan sung xojatxonaga borib, ichaklarni bushatadi	8
14.	Rezina naychadan uchlik ajratiladi va yukumsizlantiriladi	8
Jami:		100

Amaliy ko`nikma № 9

Jigarni perkussiyasi (Kurlov buyicha) texnikasini kursating

Bajarilish tartibi etaloni.

	<i>Xarakatlar ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakatlar):</i>	<i>Ballap</i>
1.	bemor yotgan xolda ung urta umrov chizigi buyicha perkutor tovush tumtoklashganga kadar perkussiya kilib boriladi.	10
2.	Bu 6 kovurgaga tugri keladi.	10
3.	Pastdan xuddi shu liniya buyicha kindik tugrisida timpanik perkutor tovushni tumtoklashgunga kadar perkussiya kilinadi.	10
4.	Bu 10 kovurgaga tugri keladi.	10
5.	1 vertikal liniyaning yukori nuktasidan tanani oldingi urta chizigiga karab taxminan chizik utkazilib, kesishgan joyiga nukta kuyiladi.	15

6.	Pastdan kindikdan yukoriga karab perkutor tovush tumtoklashgunga kadar perkussiya kilinadi.	15
7.	Bu xanjarsimon usik bilan kindik urtasidagi soxasni yukorigi 3 dan 1 kismiga tugri keladi.	15
8.	chap kovurga yoyi buylab 10 kovurga soxasidan to tumtok tovush bulgunga kadar perkussiya kilib kelinadi.	15
9.	Normada 1 ulcham 10-12, 2 ulcham 8-10, 3 ulcham 5-7 sm bulishi kerak.	
Jami:		100

Amaliy ko`nikma № 10

Siydikni Zimmistkiy usuli buyicha tekshirish texnikasi.

Zarur jihozlar: 8 ta toza banka, blanka

Bajarilish tartibi etaloni.

<i>№</i>	<i>Xarakatlar ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakatlar):</i>	<i>Баллар</i>
1.	8 ta toza banka tayyorlanadi	14
2.	Xar bir bankaga yullanma yoziladi	14
3.	Bemor ertalab soat 6 da kovugini bushatadi, bu siydik tukib tashlanadi	14
4.	3 soatlik tanaffus beriladi, soat 6-9 da birinchi porstiya siydik olinadi	14
5.	Shuningdek bir sutka davomida bemor 8 marta kovugini bushatadi	14
6.	Ertasi ertalab soat 6 da oxirgi porstiya yigiladi	14
7.	Siydikning 8 porstiyasi laboratoriyaga uzatiladi	16
Jami:		100

Amaliy ko`nikma № 11

Siydikni Addis-Kakovskiy usuli buyicha tekshirish texnikasini kursating.

Zarur jihozlar: 3 ta toza banka, blanka

Bajarilish tartibi etaloni.

<i>№</i>	<i>Xarakterlar ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakterlar):</i>	<i>Баллар</i>
1.	Bemorning tashki jinsiy organlari yuviladi	10
2.	Siydikni yigish uchun toza idish kattarok bulishi lozim	10
3.	Siydik yigishdan oldin idishga konservant solinadi: bir necha timol ristalchasi yoki farmalkdegid tomchisi	10
4.	Siydikni uch soat ichida yigish lozim	10
5.	Soat 22 da bemor kovukni bushatadi	15
6.	Soat 22 dan to ertalab 8 gacha siydik yigiladi	15
7.	Ertalab soat 8 da siydik yigiladi va laboratoriyaga uzatiladi	15
8.	Bemorga reakstiya beruvchi moddalar	15
	Jami:	100

4. Mustaqil ta'lim mavzulari

Mustaqil ish 1

Tibbiy deontologiyasi va evtonaziya masalalari. Yatrogeniya.

- 1) Deontologiya nima,
- 2) Deontologiya termenini kim birinchi kiritgan
- 3) Deontologiya nimani o'rganadi
- 4) Deontologiya turlarini ayting
- 5) Tibbiyot etikasi nima
- 6) Deontologiya maqsadi va vazifasi
- 7) Evtonaziya nima
- 8) Evtanaziya turlari
- 9) Qaysi davlatlarda evtonaziya qo'llaniladi
- 10) Evtonaziya terminini kim birinchi kiritgan
- 11) O'zbekistonda evtonaziya bajariladimi
- 12) Yatrogeniya nima
- 13) Yatrogeniya turlari
- 14) Yatrogeniya termenini kim kiritgan
- 15) Evtonaziyaga sizning munosabatingiz

1-mavzu

Mavzuning nomi	Ball	Baho	Talabanning bilim darajasi
Tibbiy deontologiyasi, evtonaziya muammolari, yatrogeniya.	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsiz	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Mustaqil ish 2

Asosiy va qo'shimcha nafas shovqinlarining qiyosiy diagnostikasi Pnevmoniyalar

- 1) Asosiy nafas shovqinlari nima
- 2) Nafas turlari
- 3) Vezikulyar nafas nima
- 4) Vezikulyar nafas eshitish joylarini ko'rsating
- 5) Qachon dag'al nafas deyiladi
- 6) Bronxial nafas nima
- 7) Bronxial nafas eshitish joylari
- 8) Patologik bronxial nafas hosil bo'lishining sabablari
- 9) Qo'shimcha nafas shovqinlariga nimalar kiradi
- 10) Xirillashlar turlari

- 11) Krepitasiya hosil bo'lishi mexanizmi
- 12) Qaysi kasalliklarda krepatasiya eshitiladi
- 13) Plevra ishqalanish shovqini paydo bo'lish sabablari
- 14) Zotiljam nima?
- 15) Zotiljamning qanday turlari farqlanadi?
- 16) Zotiljam etiologiyasi
- 17) Krupoz zotiljam etiologiyasi
- 18) O'choqli zotiljam etiologiyasi
- 19) Atipik zotiljam klinikasi
- 20) Atipik zotiljamning instrumental va laborator diagnostikasi
- 21) Gipovitaminoz va avitaminozlarning davolash usullari

Mavzuning nomi	Ball	Baho	Talabning bilim darajasi
Asosiy va qoshimcha nafas shovqinlari qiyosiy diagnostikasi. Pnevmoniyalar	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsiz	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Mustaqil ish 3

Plevritlar. Bronxial astma simptomalogiyasi

1. Plevrit deb nimaga aytiladi?
2. Plevra bo'shlig'ida suyuqlik yig'ilish sindromining sabablari?
3. Plevritda ekssudat xarakteri
4. Ekssudativ pleuritning perkutor va auskultativ belgilari
5. Plevritlarning turlari
6. Quruq pleuritning etiologiyasi
7. Ekssudativ pleuritning etiologiyasi
8. Plevritlar rivojlanish patogenezi
9. Quruq pleuritning perkutor belgilari
10. Quruq plevitlar auskultativ belgilari
11. Quruq pleuritning klinikasi
12. Ekssudativ pleuritning klinikasi
13. Quruq va ekssudativ plevitlarda balg'am tahlili
14. Ekssudativ plevitda qanaqa balg'am ajraladi
15. Plevritlarning dignostik usullari
16. O'pka to'qimasida havo ortishi sindromi sabablarini aytib bering

17. Bronxial astmaga tushuncha bering.
18. Bronxial astmani keltirib chiqaruvchi asosiy etiologik faktorlar
19. Bronxial astma patogenezi
20. Bronxial astma klinikasi, kechishi va diagnostikasi
21. O'pka emfizemasining sabablari
22. O'pka emfizemasining klinik kechishi va diagnostikasi
23. Astma so'zi qanday ma'noni anglatadi?
24. Bronxial astma qaysi mavsumda ko'proq qo'zg'aydi?
25. Bronxial astma irsiy kasallikmi?
26. status asthmaticus nima?
27. Atipik bronxial astma nima?
28. Bronxial astmada auskultativ belgilar?
29. Bronxial astmada perkutor ma'lumotlar?
30. Bronxial astmada birinchi yordam?
31. Bronxial astmada laborator tekshiruvlar?
32. Bronxial astmada instrumental tekshirish?

3-mavzu

Mavzuning nomi	Bal l	Bah o	Talabning bilim darajasi
Plevritlar. Bronxial astma	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsi z	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Mustaqil ish 4

Organik va funksional shovqinlarni qiyosiy diagnostikasi

1. Shovqinlar turlari, hosil bo'lish mexanizmi
2. Sistolik shovqin hosil bo'lish mexanizmi, eshitish joyi
3. Diastolik shovqin hosil bo'lish mexanizmi, eshitish joyi
4. shovqin turlarini aytib bering
5. Shovqinlarni xususiyatlarini izohlab bering
6. Sistolik va Diastolik shovqinlarning farqi
7. Organik va funksional shovqinlarning farqi
8. Diastola fazalarini aytib bering
9. perikard ishqalanish shovqini hosil bo'lish mexanizmi, eshitish joyi

10. Plevra perikardial shovqinlari nima?
11. Sistolik shovqinni FKGdagi izohni aytib bering
12. Diastolik shovqinni FKGdagi izohni aytib bering?
13. Funksional va organik shovqinlarning farqi?

4-mavzu

Mavzuning nomi	Ball	Bah o	Talabanning bilim darajasi
Organik va funksional shovqinlarni qiyosiy diagnostikasi	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsi z	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Mustaqil ish 5

Yurak nuqsonlari .Yurak tonlari normasi va patologiyada o'zgarishi

- 1 YUrak auskultatsiyasi qilish qoidalari
- 2 YUrakning eshitish nuqtalarini ko'rsating
- 4 1 ton hosil bo'lish mexanizmi
- 5 2 ton hosil bo'lish mexanizmi
- 6 1 tonni 2 tondan farqi
- 7 3 va 4 ton hosil bo'lish mexanizmi
- 8 1 ton susayishi qaysi hollarda kuzatiladi
- 9 Qaysi patalogiyada 1 ton kuchayadi
- 10 2ton susayishi qaysi hollarda kuzatiladi
- 11 Qaysi patalogiyada 2 ton kuchayadi?
- 12 1 va 2 ton ikkilanishi qachon kuzatiladi
- 13 "ot dupuri" ritmi hosil bo'lishi
- 14 "Bedana ritmi" hosil bo'lishi
- 15 Embriokardiya haqida tushuncha
- 16 Taxikardiya va uning turlari
- 17 Bradikardiya nima, qaysi hollarda kuzatiladi
- 18 Ekstrasistoliya nima hosil bo'lish mexanizmi
- 19 paroksizmal taxikardiya, turlari, hosil bo'lish mexanizmi
- 20 Yurak nuqsonlari nima?
- 21 Yurak nuqsonlari tasnifi?

5-mavzu

Mavzuning nomi	Ball	Baho	Talabanning bilim darajasi
Yurak nuqsonlari Yurak tonlari normasi va patologiyada o'zgarishi	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsiz	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Mustaqil ish 6

Bakterial endokardit simptomatologiyasi

- 1) Bakterial endokardit nima
- 2) Bakterial endokardit qo'zg'atuvchilari
- 3) Bakterial endokardit qo'zg'atuvchilarining ta'sir mexanizmi
- 4) Bakterial endokardit klinikasi
- 5) Bakterial endokardit patogenezini.
- 6) Bakterial endokarditning dif-diaagnostikasi.
- 7) Bakterial endokarditning instrumental diaagnostikasi
- 8) Bakterial endokarditning laborator diaagnostikasi
- 9) Bakterial endokarditning auskultativ belgilari
- 10) Bakterial endokarditning perkutor belgilari
- 11) Bakterial endokardit oqibati
- 12) Bakterial endokardit asorati
- 13) Bakterial endokardit EKG belgilari
- 14) Bakterial endokardit profilaktikasi

6-mavzu

Mavzuning nomi	Ball	Baho	Talabanning bilim darajasi
Bakterial endokardit simptomatologiyasi	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsiz	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Mustaqil ish 7

Postinfarkt kardioskleroz simptomatologiyasi

- 1) Yurak ishemik kasalliklari nima
- 2) YU.I.K klinik formasi bo'yicha tasnifi
- 3) YU.I.K xavf omillari
- 4) Stenokardiya nima
- 5) Stenokardiya turlari
- 6) Stenokardiya sababchi omillari va profilaktikasi
- 7) Miokard infarkti patogenezi
- 8) Miokard infarkti formalari
- 9) Miokard infarkti sabablari
- 10) Miokard infarkti laborator belgilar
- 11) Miokard infarktining EKG belgilari
- 12) Infarkdan keyingi kardioskleroz nima
- 13) Infarkdan keyingi kardioskleroz sabablari
- 14) Infarkdan keyingi kardioskleroz klinikasi
- 15) Infarkdan keyingi kardioskleroz davolash

7-mavzu

Mavzuning nomi	Ball	Baho	Talabning bilim darajasi
Postinfarkt kardioskleroz simptomatologiyasi	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsiz	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Mustaqil ish 8

Dilyatatsion kardiomiopatiya simptomatologiyasi

- 1) Dilyatatsion kardiomiopatiya nima
- 2) Dilyatatsion kardiomiopatiya sabablari
- 3) Dilyatatsion kardiomiopatiya turlari
- 4) Dilyatatsion kardiomiopatiya klinikasi
- 5) Dilyatatsion kardiomiopatiyaning patogenezi
- 6) Dilyatatsion kardiomiopatiya differensial-diagnostikasi
- 7) Dilyatatsion kardiomiopatiya instrumental diagnostikasi
- 8) Dilyatatsion kardiomiopatiya obyektiv belgilari
- 9) Dilyatatsion kardiomiopatiya auskultativ belgilari

- 10) Dilyatasion kardiomiopatiya kechish davrlari
- 11) Dilyatasion kardiomiopatiya oqibati.
- 12) Dilyatasion kardiomiopatiya asorati
- 13) Dilyatasion kardiomiopatiya davolash usullari
- 14) Dilyatasion kardiomiopatiya EKG belgilari
- 15) Dilyatasion kardiomiopati

8-mavzu

Mavzuning nomi	Ball	Bah o	Talabning bilim darajasi
Dilyatatsion kardiomiopatiya simptomatologiyasi	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsi z	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Mustaqil ish 9

Yurak ishemik kasalliklari

- 1) Yurak ishemik kasalliklari nima
- 2) YU.I.K klinik formasi bo'yicha tasnifi
- 3) YU.I.K xavf omillari
- 4) Stenokardiya nima
- 5) Stenokardiya turlari
- 6) Stenokardiya sababchi omillari va profilaktikasi
- 7) Miokard infarkti patogenezi
- 8) Miokard infarkti formalari
- 9) Miokard infarkti sabablari
- 10) Miokard infarkti laborator belgilar
- 11) Miokard infarktining EKG belgilari
- 12) Infarkt miokardning asoratlari
- 13) Stenokardiyaning asoratlari
- 14) Stenokardiyaning diagnostikasi
- 15) Infarkt miokardning atipik variantlari

9-mavzu

Mavzuning nomi	Ball	Bah o	Talabning bilim darajasi
----------------	------	-------	--------------------------

Yurak ishemik kasalliklari	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoniqarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoniqarsiz	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Baholash

TEMATIK REYTING BAHOLASH

IKP va klinik farmakologiya kafedrasida IKP fani bo'yicha talabalar bilimini nazorat qilish va baholash uchun «Oliy ta'lim muassasalarida talabalar bilimini nazorat qilish va baholarning reyting tizimi to'g'risida Nizom» hamda tibbiyot oily ta'lim muassasalari yektorlari Rayosati tomonidan tavsiya etilgan nizom asosida kelib chiqishi.

Baholash tartibi va mezonlari.

Talabalarining bilim sakiyasi, ko'nikma va malakalarini nazoratqilishning reyting tizimi asosida talabalarining IKP fani bo'yicha o'zlashtirish darajasi ballar orqali ifodalanadi.

«IKP» fani bo'yicha talabaning semester davomidagi o'lashtirish ko'rsatkichi 100 ballik tizimda baholanadi.

Ushbu 100 ball nazorat turlari bo'yicha quyidagicha taqsimlanadi:

Joriy baholash - 45 ball;

Oraliq baholash –20 ball;

Mustaqil ish - 5 ball;

Yakuniy baholash – 30 ball;

Davolash va tibbiy pedagogika fakulteti 3 kurs talabalarini «IKP» fani bo'yicha o'qitish uslublarini o'ziga xosligini inobatga olgan holda bilimini baholashda JB, TMI, OB va YABlarning qiymatini hisobga olish uchun koeffitsenti qo'llaniladi.

№	Baholash turi	Maksimal ball	Saralash bali	koeffitsenti
1.	Joriy baholash	45	24,75	0,45
2.	TMI	5	2.75	0,05
3.	Oraliq baholash	20	11,0	0,2
4.	Yakuniy baholash	30	16,5	0,3
	JAMI	100	55,0	1

Talabaning baholash va tibbiy pedagogika 3 kurs «IKP» fani bo'yicha o'zlashtirish ko'rsatkichini nazorat qilishda quyidagi namunaviy mezonlar tavsiya etiladi:

a) 86-100 ball uchun talabaning bilim darajasi quyidagilarga javob berish lozim:

xulosa va qaror qabul qilish;

ijodiy fikrlay olish;

mustaqil mushohada yurita olish;

olgan bilimlarini amalda qullay olish;

mohiyatini tushunish;

bilish, aytib berish;

tassavurga ega bo'lish.

b) 71-85 ball uchun talabaning bilim darajasi quyidagilarga javob berish lozim:

mustaqil mushohada yurita olish;

olgan bilimlarini amalda qullay olish;
mohiyatini tushunish;
bilish, aytib berish;
tasavvurga ega bo'lish.

v) 55-70 ball uchun bilim darajasi quyidagilarga javob berish lozim:
mohiyatini tushunish;
bilish, aytib berish;
tasavvurga ega bo'lish.

e) quyidagi hollarda talabanning bilim darajasi-54 ball bilan baholanishi lozim:
aniq tasavvurga ega bo'lmaslik, bilmaslik.

namunaviy mezonlarga muvofiq mutaxassislik IKP fanlar bo'yicha tayanchliiy ta'lim muassasi (TTA) tomonidan yakuniy nazorat uchun baholash mezonlar topshiriqlari ishlab chiqilib, institute Ilmiy-uslub kengashi tomonidan tasdiqlanadi va turdosh oliy ta'lim muassasalariga yetkaziladi.

Talabalarining IKP fani bo'yicha mustaqilishi joriy, oraliq va yakuniy nazoratlar jarayonida tegishli topshiriqlarini bajarishi va unga ajratilgan ballardan kelib chiqqan holda baholanadi.

Talabanning IKP fan bo'yicha reytingi aniqlanadi:

$$R_f = \frac{V \cdot O'}{100}$$

buyerd:

V–VI semestrda IKP faniga ajratilgan umumiy o'quv yuklamasi (306 soat).

O' –fan bo'yicha o'zlashtirish darajasi (ballarda).

IKP fani bo'yichya joriy, oraliq va yakuniy nazoratlarning har birida ajratilgan ballning 55 foizi saralash ball etib belgilanadi.

Joriy va oraliq nazoratlarning har birida ajratilgan ballning saralash ballining 55 foizidan ortiq ball to'plagan barcha talabalar ushbu fan bo'yicha yakuniy nazoratga kiritiladi.

Agar talaba yakuniy nazoratda shu nazorat turi bo'yicha saralash balidan yuqori to'plasa, bu ball joriy va oraliq nazoratlardan to'plangan ballarga qo'shiladi. Aks holda talaba IKP fani bo'yicha o'zlashtirmagan hisoblanadi.

Glossariy

<p>Agoniya (grech) borba</p> <p>Ambulatoriya (lat) podvijniy xolyachiy</p> <p>Akrosianoz (grech) krayniy samiy otdalenniy, visokiy.</p> <p>Akromegaliya (grech) krayniy samiy otdalenniy, visokiy.</p> <p>Anamnez (grech) vospominaniye</p> <p>Anasarka (grech) pristavka, oznachayushaya dvejeniye verx, usulennoy deystviye, obratnoy, protivopolojnoj deystviye grech.(myaso)</p> <p>Antropometriya (grech) chelovek grech. (mera)</p> <p>Artrit (grech). Sustav chastitsa</p> <p>Astenik (grech) bessiliye, slabost</p> <p>Assit (grech) bryushnaya vodyanka</p> <p>Auskultasiya (lat) vislushivat</p> <p>Bolezn (grech) nedug, bolezn</p> <p>Vezikula (lat) umenshitelno, puzir</p>	<p>Olim arafasida ro'y beradigan xolat</p> <p>Davolash profilaktik muassasi bo'lib, shifoxonadan tashqari tibbiy yordan ko'rsatishga mo'ljallangan. Tarkibida ko'pi bilan 5 ta vrachlik shtati bo'ladi.</p> <p>Odam tanasi distal qismlari, tirnoqlar, burun uchi, quloq pastki uchlarining ko'kimtir tusga kirishi</p> <p>Gipofiz va gipotalamus shikastlanishi natijasida kelib chiqadigan neyroendokrin kasallik bo'lib, qo'l-oyoq panjasi, yuz skeleti suyaklari, ichki organlarning kattalashishi va moddalar almashinuvining buzilishi bilan ifidalanadi.</p> <p>Bemordan bemorning o'zi haqida va kasallikning paydo bo'lishi va rivojlanishi to'g'risida surishtirish</p> <p>Butun teri osti kletchatkasining shishib ketishi, tarqalgan shish</p> <p>Odam gavdasining turli qismlari, vazni va bo'yini o'lchash</p> <p>Bo'g'imning yallig'lanishi</p> <p>Gavda bo'y o'lchovlarining ko'ndalang o'lchovlariga nisbatan haddan tashqari katta bo'lishini xarakterlovchi odam tuzilishining turi.</p> <p>Qorin bo'shlig'ida erkin syuqlikning yig'ilishi</p> <p>Tovush hodisalarini ularning eshutilishi bilan bog'liq bo'lgan eshitib ko'rishga asoslangan ichki organlarning asosiy usuli</p> <p>Organizmning zararlanishiga javoban</p>
--	--

Vitiligo (lat) porok, porcha	reaksiyasi
Gimeplegiya (grech) poluudar	Seroz ekssudat bilan to'lgan (diametri 5 mm gacha bo'lgan) pufakcha holdagi toshmaning birlamchi morfologik elementi
Paraplegiya	Terida katta-kichikligi va turlari har xil bo'lgan pigmentsizlangan oq dog'larning paydo bo'lishi
Tetraplegiya	Gavda bir bo'lagi mushaklarining falaji (yarim, bir tomonlama). Qo'l-oyoqlarining (ko'ndalang) falaji.
Gerpes (grech) polzuchaya	
Gigantizm (grech) velikan, gigant	Barcha qo'l-oyoqlarining falajlanishi
	Barcha qo'l-oyoqlarining falajlanishi
Gigiyena (grech) prinosyashiy zdorovye, selebniy. Boginya zdorovya (u drevnix grekov)	Teri va shilliq pardalarga pufakchalar ko'rinishida toshmalar toshishi (uchiqlik)
Giperpigmentatsiya (grech) pristavka, nad, sverx, chrezmernoye povisheniye, uvelichenie chego-libo	Klinik sindrom bo'lib bo'yni xaddan tashqari o'sib ketishi bilan xarakterlanadi (erkaklar 200 sm dan, ayollar 180 sm dan baland bo'ladi) yoki tana ayrim qismlarining juda ham kattalashib ketishi.
Giperstenik (grech) sila	Tashqi muxit omillarning odam sog'ligiga ta'sirini o'rganadigan axoli yashaydigan joylarni, odamlarning turmush va ishlash sharoitlarini sog'lomlashtirishga qaratilgan chora-tadbirlar.
Gospital (lat) gostepriimniy	Teri qoplamlari va shilliq pardalarning qoramtir rangga zo'r berib bo'yalishi.
Gospitalizirovat	
Gipertermiya (grech) teplota	Gavda ko'ndalang o'lchovlarining bo'ylama o'lchovlariga nisbatan katta bo'lishi va to'sh suyagi osti burchagining o'tmas bo'lishi bilan xarakterlanadigan kishi tanasining tuzilishi tipi
Gipertermiya (grech) pristavka, oznachayushaya: pod, nije, snizu, ponijeniye, umensheniye	Harbiy xizmatchilarni stasionar davolashga mo'ljallangan davolash muassasi (shifoxona)

nedostatochnost, slabaya virajennost	Bemorni tekshirish va davolash uchun shifoxona (kasalxona) ga yotqizish
Gorb (lat) bugor	Gavda harorati oshgan holda organizmning issiqlab ketishi
Depigmentatsiya (lat) oznachayushaya: prekrashenie, udaleniye, ustraneniye, izbavleniye ot chego-libo; dvijeniye vniz	Tana haroratining pasayishi
Deontologiya doljnoe nadlejashee nauka, ucheniye. Vrachebnoe deontologiya	Ro'yi-rost ifodalangan kifoz bilan xarakterlanadidan ko'krak qafasi va umurtqa pag'onasaning qiyshayib qolishi (deformatsiyasi), bukirlik.
Diagnoz raspoznavaniye (grech)	To'qimalarning qisman yoki tamomila pigmentsizlanishi
Diagnostika sposobnost raspoznavat (grech)	Shifokorning burchi va vazifalari haqidagi ta'limot axloq etik qonun -qoidalari bemorlar va hamkasblari bilan o'zaro munosabatlarini o'z ichiga oladigan vrachning o'zini qanday tutish haqidagi ilmfan
Dinamika sila, deystviye (grech)	Gavda normal qismi shaklining biror organining o'zgarishi (aynishi) turi, formasi. Kasallikning og'ir- yengilligini aniqlash
Irradiatsiya boley ozaryat, ocveshat (let)	Kasallik jarayonini aniqlash
Kaxeksiya istosheniye, xudosochniye (grech)	Birorta harakatning, masalan, kasallikning rivojlanish bosqichlari
Klinika—grech	Og'riqlarning patologik o'choq chegarasidan tashqarida tarqalishi
Klonicheskiy smyatenie, sutoloka (grech)	Xaddan tashqari ozib ketish darajasi
Koylonixiya	Davolashdan tashqari, ilmiy tekshirish va pedagogik o'tkaziladigan davolash (stasinar) muassasi
Koma spyachka (grech)	

Konstitutsiya	Mushaklarning tez-tez qisqarishi Tirnoqlar shaklining qoshiqsimon o'zgarishi
Kretinizm	Es-hush susayishining og'ir darajasi bo'lib, bunda markaziy nerv sistemasi qattiq zararlanib es-hush tamomila yo'qoladi, reflekslar bo'lmaydi va hayotiy muxim funksiyalar izdan chiqadi
Krizis-resheniye (grech)	Odam gavdasining tuzilishi va shakli, tashqi sharoit, sotsioal muxit ta'sirida kishida paydo bo'ladigan irsiy, morfologik va fiziologik xususiyatlar yig'indisi.
Krapivnitsa	Gipofiz oldi bo'lakchasi faoliyatining susayishi natijasida aqliy va jismoniy jihatdan o'smay qolish bilan xarakterlanadigan endokrin kasallik.
Kuratsiya- vedeniye, polzovaniye (lat)	Potologik jarayon kechishining keskin o'zgarishi (masalan, isitmaning keskin pasayishi)
Lixoradka- povishenie temperaturi (lat)	Terida kamroq shilliq pardalarda cheklangan yoki diffuz holda joylashadigan qizil dog'lar, bular qichish bilan davom etib, pufakcha holida ko'tarilib turadi.
Postoyannaya lixoradka	Bemorlarni kuzatib borish
Poslablyayushaya lixoradka	Tana xaroratining ko'tarilishi bilan ifodalanadigan organizm reaksiyasi
Peremejayushaya lixoradka	Xaroratning doimiy yuqori bo'lishi. Ertalab va kechqurun harorat o'rtasidagi farq 1 C dam oshmaydi.
Istoshayushaya ili rekticheskaya lixoradka	Ertalab va kechqurun harorat o'rtasidagi farq 1C dan ortiq bunda ertalab harorat kamida 37 C dan oshiq bo'ladi.
Volnoobraznaya lixoradka	

Vozvratnaya lixoradka	Haroratning bir kunlik farqlanishi 1C dan oshiq bunda ertalab harorat norma atrofida bo'ladi
Obratnaya ili izvrashennaya lixoradka	Kechki va ertalabki harorat 3-4C farq qiladi, bunda ertalabki harorat norma atrofida yoki normadan pastroq bo'ladi. Ko'pincha odamning madorini quritadigan terlash va uvishishi bilan davom etadi.
Lordoz	Harorat vaqti-vaqtida ko'tarilib va tushib turadi
Medisiya lechu lechit, vrach, vrachebnoe iskustva	Bir necha kun isitmalash davri isitmasiz davr bilan almashib turadi
Monoartrit	Harorat ertalab kechqurunga qaraganda yuqori bo'ladi
Nanizm	Umurtqa pag'onasining oldingi qiyshayishi
Nozologiya- nauka obolezni (grech)	Kasallikning aniqlashda davolash va uning oldini olishga, odamlar salomatligini saqlash va mustahkamlashga, qobiliyatina oshirish va umrini uzaytirishga qaratilgan ilmiy bilimlar va amaliy chora tadbirlar sistemasi
Normosteniya	Faqat bitta bo'g'imning yallig'lanishi
Osmotr	Endokrin kasallik bo'lib, bo'yi nixoyatda past bo'lishi, jinsiy jixatdan voyaga yetmaslik bilan namoyon bo'ladi
Ortopnoe	Ayrim kasalliklar haqidagi ta'limot
Obratnoe raspolojenie vnutrennix organov	Kishining gavda tuzilishi to'g'ri proporsional bo'lishi bilan farq qiladigan tipi
Nalpasiya	Ko'zdan kechirish, tekshirish
Papula-uzelok (grech)	Bemorlarning oyoqlarini pastga tushirib turgan majburiy o'tirgan holati
Paralich- rasslablenie (grech)	Ichki organlarning butunlay almashinib joylashishi
Patogenez- stradanie, bolezni (grech) vozniknovenie	

Patognomonichniy sindrom- utkazatel	Asosiy tekshirish usuli bo'lib bunda bemor paypaslab ko'riladi
Patalogiya- stradanie, bolezni (grech)	Bu teri toshmalaridan bo'lib teridan biroz ko'tarilgan qattiq tugunchadir
Perkussiya	Ish faoliyatining buzilishi natijasida organlarning falajlanishi
Poliklinika	Kasallikning rivojlanish va paydo bo'lish mexanizmini o'rganuvchi meditsina bo'limi
Petexii	
Propedvtika- obuchat predvfitelno (grech)	Muayyan kasallikni ko'rsatuvchi simptom
	Kasalliklar haqidagi ta'limot
Prognoz medisinskiy (grech) znanie napered, predskazanie	Bemorni tikillatib ko'rish yo'li bilan tekshirish metodi
Profilaktika- preduppeditelnyy, predoxranitelnyy (grech)	Ixtisoslashtirilgan davolash-profilaktika muassasasi bo'lib, u murojaat qilib kelgan bemorlarga va uyida tibbiy yordam ko'rsatadi
Rubsi posle beremennosti	Bosib ko'rilganda yo'qolmaydigan nuqta- nuqta holdagi teri ostiga qon quyilishi (petexiyalar)
Rozeola	Bu talabalarga kasalliklarning tekshirish usullarini, aniqlashni belgilarga asosan o'rgatuvchi boshlang'ich fandır.
Rezistentnost	Kasalliklarning kelajak natijalarini oqimini belgilaydi
Remissiya umenshenniye, oslablenie	Kasalliklarning oldini olish
Sanasiya- otsyuda sanitarniy, sanatoriy	Xomiladorlikda qorin devor terisining ustki qavati cho'zilib yirtiladi, natijada mayday- mayda chandiqlar qoladi.
Semiotika, simptomatologiya, semiologiya (grech)	

Simptom- sovpadenie, priznak (grech)	Bosib ko'rilganda yo'qolib ketadigan pushti rang dumaloq shakldagi mayday dog'lar
Sindrom	Organlarning qarshilik ko'rsatishi, paypastlab ko'rib aniqlash. Organizmning patogen omillar ta'siriga bo'lgan chidamliligi.
Skolioz- krivoy, izognutniy (grech)	Mikroblarning antibiotiklarga, sulfanilamidlarga va boshqa ximioterapevtik vositalarga nisbatan chidamliligi
Sopor- spyachka	Kasallik hodisalarining vaqtinchalik susayishi
Status nastoyashiy	Sog'lomlashtirish
Stetoskop	Kasalliklar simptomlari, alomatlari haqidagi fan
Striya	Kasallik belgilarining bir alomati
Stupor	Kasallik xolatini, kelib chiqishini belgilovchi simptomlar yig'indosi
Sip	Umurtqa pag'onasining biror yon tomonga qiyshayishi
Terminalnoy sostoyanie	Reflekslar saqlangan xushsiz holat
Termometriya (grech) tepliy, mera	
Trofika- pitaniye (grech)	Ahvol, holat Bemorni ko'zdan rechirayotganda bo'lgan ahvol
Alimentarnaya distrofiya pisha, eda	Odam organizmida paydo bo'luvchi tovushlarni eshitadigan asbob-uskuna
Turgor	Teridagi chiziqlari
Fonendoskop	Karaxtlik bilan ifodalanadigan es-hushning izdan chiqishi
O'rtikarnaya sip	
Sianoz	Teri va shilliq qavatlardagi har xil, alohida, ba'zan bir-biri bilan qo'shib ketadigan dog'lar, tugunchalar, pufakchalar va boshqa

Epikriz	belgilar.
Eritema	O'sal holat o'lim oldi holati
Endoartering	Haroratni o'lchash
Etiologoya	Oziqlanish, ovqatlanish. Ovqatlanishning buzilishi
Yatrogeniya- vrach, lecheniya (grech)	Ochlik natijasida ovqatlanishning (distrofiya)
	Teri tarangligi va elastikligi
	Odam organizmida paydo bo'ladigan tovushlarni kuchaytirib eshittiradigan moslamasi bor asbob-uskuna
	Eshakemi
	Teri qoplamlari va ko'zga ko'rinadigan shilliq pardalarning ko'kimtir rangda bo'lishi
	Kasallikning oqibati haqidagi xulosa
	Terining qizarishi
	Qon tomir devorlarining organik o'zgarishi
	Kasalliklarning paydo bo'lishi sabablari va shart-sharoitlari haqidagi fan
	Shifokor sababchi bo'lgan kasallik

Nafas sistemasi.

Absess legkogo	O'pka to'qimasining yiringli yallig'lanishi
Apnoe	Nafasning to'xtab qolishi
Astma	Nafas qisish kasalligi diqqi nafaslik, bo'g'ilish holati.
Atelektaz	O'pka biror bo'lagining havo sig'imini yo'qolib, puchayib qolishi.
Amforichskoye dixaniye	Agar o'pka to'qimasining ko'krak qafasiga yaqinroq yerida devorlari tekis katta bo'shliq, Bronx yo'llarida ochilgan bo'lsa, u holda amforik nafas yoki og'zi tor butilkaga puflaganda eshitiladigan tovushga o'xshaydi
Bradipnoz	Haddan tashqari siyrak nafas olish
Bronxialnaya astma	Bronxial astma. Bu kasallikda bo'g'ilish asosiy o'rin tutadi, allergik va infeksiyon tabiatdagi kasallik bo'g'ilish natijasida paydo bo'ladi. Bunda ayniqsa nafas chiqarish vaqti-vaqti bilan takrorlanib turadi.
Bronxit	Bronxlar (shilliq qavati) yallig'lanishi
Bronxografiya	Bronxlarga nur o'tkazilmaydigan kontrast modda yuborilib, ularni rentgen apparati yordamida suratga olib tekshirish
Bronxoskopiya	Bronx va shilliq qavatini bronxoskop yordamida tekshirish
Bronxfoniya	Ko'krak qafasini eshitib ko'rganda bronxlardan o'tayotgan havo tovushini eshitish
Bronxoektaziya	Bronxlar ayrim qasmlarining kengayishi. Bronxoektazlar silindrsimon, qopsimon, g'altaksomon shaklda bo'ladi.
Visipaniya	

Gangrene	Lab va burun atrofidagi uchuqlar
Temoptoz	O'pka to'qimasining chirishi
Gemotoraks	Qon tupurish
Gidropnevmotoraks	Plevra bo'shlig'ida qon to'planishi
Giperkapniya	Plevra bo'shlig'ida bir vaqtning o'zida suyuqlik va havoning to'planishi
Gidrotoraks	Qonda karbonat angidridning to'planishi. Bu hodisa o'pka ventilyatsiyasi susayishi bilan davom etadigan kasalliklarda kuzatiladi.
Gipoksemiya	Suyuqlikning plevra bo'shlig'ida yig'ilishi
Gipoksiya	Qonda kislorod konsentrasiyasining kamayishi
Diapedez	To'qimalarning kislorod yetishmovchiligi
Dixaniya Biota	Qon elementlarning tomirlar devori orqali atrofdagi to'qimaga o'tishi
Dixaniya Kussimulya	Nafas ritmining bir necha sekundga to'xtashi (nafas olish normal bo'lganda) . meningitlarda va boshqa kasalliklarda uchraydi
Dixaniya Cheyn- stoksa	Kuchli shovqinli siyrak nafas olish xarakterli. Bu Kusmaul nafasi. Bunday holat komada kuzatiladi.
Kaverna	Nafas ritmining o'zgarishi. Bunda nafas to'lqinsimon kuchaya boradi va nafas amplitudalari kamayib, o'rtasida pauzalar bo'ladi. Bu holat takrorlanib turadi. Cheyn-stoks nafasi og'ir kasalliklarda sog'lom odam uxlagan vaqtda ham ro'y berishi mumkin
Kislorodnaya emkost krovi	Kavak, bo'shliq o'pka silida, o'pka gangrenasi va o'pka to'qimasining yiringligi kasalliklarida oson hosil bo'ladi.
Kifoz	

Kompressiya	Qonning kislorod bilan to'yinish hajmi
Krepitasiya	Umurtqa pag'onasining orqa tomonga qiyshayishi
	Ko'krak qafasining ezilishi (buzilishi)
Kashel	G'ijirlash – bu qo'shimcha nafas tovushi bo'lib, sochlarni bir-biriga ishqalaganda chiqadigan ovozni eslatadi. Zotiljam, o'pka silida va og'ir yurak yetishmovchiligida eshitiladi. O'pka alveolarida paydo bo'ladi. Krepitasiya nafas olish avjida yaxshi eshitiladi.
Krovoxarkanie	Yo'tal reflektor himoya akti bo'lib aksari nafas yo'llariga yot narsalar tushganda (balg'am, shilliq, qon, ovqat qoldiqlari) paydo bo'ladi
Lordoz	Qon tupurish nafas yo'llari yoki o'pka to'qimasi qon tomirlarining yorilishi natijasida yuzaga keladi.
Pueril	Umurtqa pag'onasining oldinga qarab qiyshayishi
Oprelelenie golosovogo drojaniya	Pueril nafas olish (yosh bolalarga uchraydi) Ko'krak suyaklarining ko'krak qafasidan ancha uzoq turishi
Piatoraks	Bu metod ko'krak qafasi a'zolari kasalliklarini aniqlash uchun qo'llaniladi
Plevrit	Yiringning plevra bo'shlig'ida to'planishi
Pnevmoniya	Plevra varaqchalarining yallig'lanishi, quruq va ekssudativ plevritlar farq qilinadi.
Pnevmoskleroz	Xarakteriga ko'ra plevritlar seroz seroz-fibrinoz, gemorragik yiringli va aralash plevritlarga bo'linadi.
Pnevmetaxometriya	O'pka to'qimasining yallig'lanishi
	O'pkalarda biriktiruvchi to'qimaning haddan tashqari o'sib ketishi oqibatida zichlashmalar

Pnevmetoraks	hosil bo'lishi
Pulmonologiya	Nafas olish va nafas chiqarish tezligini o'lchash
Sakkadirovannoy ili prerivistoe dixanie	Tashqi nafas funksiyasini pnevmotaxometr yordamida o'rganiladi. Pnevmetaxometriya usuli nafas muskullari kuchini aniqlashga yordam beradi. Havoning plevra bo'shlig'ida to'planishi
Spirografiya	Nafas organlari kasalliklarini o'rganadigan fan
Taxipnoz	Bu vezikiulyar nafasning bir turi bo'lib niteks, to'xtab- to'xtab eshitiladi. Bunday nafas ,ba'zi mayda bronxlarda shilliq to'planganda yoki shilliq qavati shishganda
Tomografiya legkix	havo noteks harakat qilganligi sababli eshitiladi
Flyuorografiya	Spirograf moslamasi yordamida tashqari nafasni tekshirib ko'rish va yozib olish
Xripi	Nafasning tezlashuvi Ko'krak qafasi organlarini qavatma-qavat qilib rentgenografiya qilish
Shvarti	Dispanserizasiya maqsadida yoppasiga tekshiruv o'tkazish uchun qo'llaniladi. Bu metod tekshiriluvchini rentgen apparati ekraniga mahkamlangan flyuorograf yordamida rasmga tushirishdan iborat.
Transsudat	Xrillashlar bronxlar kasalliklari (o'tkir va surunkali bronxoektazlar va bronxopnevmoniya) da eshitiladi.
Ekssudat	Plevra varaqalarining qalinlashuvi Yallig'lanishi belgilari bo'lmagan suyuqlik, qon dimlanishi natijasida qon tomirlari devrlaridan bo'shliqqa sezilib chiqqan suyuqlik. Tarkibida 3 dan kam oqsil solishtirma og'irligi 1006-dan 1012 gacha bo'ladi.

Emfizema	<p>Yallig'lanish tufayli hosil bo'lgan suyuqlik. To'qimalarning yallig'lanishi natijasida qon tomirlar o'tkazuvchanlik xususiyatining ortishi. Buning natijasida qonning suyuq qismi to'qimalarga va bo'shliqlarga tushadi. Ekssudatda 3 dan 6 % gacha oqsil bor (solishtirma og'irligi 1015 dan ortiq)</p> <p>O'pka to'qimalari elastiklik holatining buzilishi natijasida havo qoldig'ining ko'payib, o'pka hajmining kengayib ketishi</p>
----------	--

QON AYLANISH SISTEMASI

Alloritmiya	Yurak qisqarishlari ritmining vaqti-vaqtida (ritmik) izdan chiqishi
Anevrizma	Yurak qorinchalari va qon tomir devori muayyan bo'limlarining kengayishi. Ana shu kengaygan joy tomirga o'xshab urib turadi.
Aortalgiya	Uzoq davom etuvchi ko'krak og'rig'i. aorta zararlanganda kuzatiladi.
Aortit sifiliticheskiy	Zahm kasalligi natijasida yuzaga kelgan aortaning yallig'lanishi. Bu kasallik odatda aorta klapanlarining yetishmovchiligiga olib keladi.
Aritmiya	Yurak faoliyati ritmining izdan chiqishi
Ballistokardiografiya	Ballistikardiograf apparati yordamida yurakning qisqarishi natijasida qonning aortaga va o'pka arteriyalariga tananing harakatiga bog'liq holda o'tishi grafik tarzda yozib olinadi.
Bigeminiya	Yurakning har bir normal qisqarishidan so'ng takrorlanadigan ekstrasistoliya
Blokaya	Yurakning o'tkazuvchi sistemasi orqali qo'zg'alish impulsining vaqtincha yoki butunlay o'tkazilmasligi. Blokadalar

Bradikardiya	to'liq va to'liqmas bo'ladi Yurak qisqarishining siyraklashuvi (1 minutiga 60 dan kam)
Bol	Yurak sohasidagi og'riqlar yurak kasalliklarida paydo bo'lishi ehtimol
Biche serdse	Yurak chegarasining har tomonga kengayishi. Bu gipertoniya, yurakning aortal poroklarida kuzatiladi.
Vektorkardiografiya	Bektorkardiograf yordamida yurakning elektr magnet maydonini o'lchash
Vinujdennoy polojeniye	Yurak va qon tomirlarning og'irlashgan kasalliklarida ko'riladi, bunda bemor dardini yengillashtiradigan holatni egallaydi
Gidroperikardit	Yurak xaltasida suyuqlik yig'ilishi
Gipertrofiya	Yurakning zo'riqib ishlashi natijasida mushaklarining yo'g'onlashuvi
Gipertenziya	Qon bosimining oshishi
Gipotenziya	Qon bosimining pasayishi
Dekompensasiya	Tiklanish qobiliyatining yo'qolishi. Biror organ yoki fiziologik sistemaning o'z ishi qobiliyatini yo'qotishi. Yurak dekompenzatsiyasi yurak kasalliklarida yurak ishining zaiflashishi, o'z vazifasini bajara olmasligi.
Dekstrokardiya	Ko'krak qafasida yurakning o'ng tomonida joylashishi (tug'ma nuqson)
Diastola	Yurak mushagining bo'shashi, yurakning qon bilan to'lish davri diastola deb ataladi
Dispnoe	Xansirash, xarsillash, entirish va nafas

Infark	<p>olishning qiyinlashuvi</p> <p>Yurak tojtomirlarining ma'lum bir qismida qon harakatining buzilishi, yurak mushagining chirishi miokard infarkti deyiladi</p>
Zatyajnoy septicheskiy endokardit	
Kapillyaroskopiya	<p>Endrokarditning cho'zilgan yiringligi yallig'lanishi.</p> <p>Kapillaryoskop apparati yordamida kapilliyarni va kapillaryarlarda qon aylanishi tekshirish usuli.</p> <p>Kapillaryaroskopiya asosan barmoqlarning tirnoq qismida o'tkaziladi</p>
Kardiologiya	
Kardioskleroz	<p>Yurak tomir sistemasi kasallikarini o'rganadigan fan</p> <p>Yurak mushaklarining kasalligi bo'lib, bunga chandiqli to'qima paydo bo'lishi sabab bo'ladi. Kardioskleroz, aterosklerotik va miokardiotik turlar tafovut qilinadi</p>
Tetrageminiya	
Koshache murlikane	<p>Yurak har uch marta qisqargandan keyin takrorlanadigan ekstrasistologiya</p> <p>Mushuk xurillashi, yurah soxasi paypaslab ko'rilganda seziladigan titrash, dirillash . Bu xodisa qonning topaygan teshik orqali o'tishi natijasida paydo bo'ladi. (Masalan, mitral va aortal teshik stenozida)</p>
Kompensasiya	
Kofe s molokom	<p>Biror organda funksional yoki organic kamchilik bo'lsa, uni shu organning boshqa qismlari tomonidan to'la yoki qisman bajarilishi. Natijada kamchilik bilinmay yoki ancha kamayadi. Masalan, yurak poroklarida yurak faoliyatining moslashuvi bosqichi</p>
Mersatelnaya aritmiya	<p>Yurak endrokardining yiringli yallig'lanishida terining randi kofeli sut rangini eslatadi</p>

Miokardit	Yurakning o'tkazish va qo'zg'alish holatining buzilishidan kelib chiqadi. Puls ushlab ko'rilganda to'lqin navbatlanishi biror tartibni aniqlab bo'lmaydi, yzunligi, shuningdek qattaqligi jihatidan puls to'lqinlari xilma xil bo'ladi. Miltillovchi aritmiyada puls tezlashishi texisistolik bradisistolik yoki normosistolik bo'ladi
Mitralnoye liso	Yurak mushagining yallig'lanishi
Oksigemometriya	Bugun va yonoq terisining kapalak qanotlari va qorniga o'xshash ko'kimtir rangga kirishi. Mitral teshikning torayishi uchraydi.
Oksigeniterapiya	Van-Slayka va oksigemometriya apparati yordamida qonning kislorodga to'yinishi darajasini aniqlash. Normada qon tomir 94-100% venada qon 70-75% kislorodga to'yingan bo'ladi.
Ossilografiya	Kislorod bilan davolash
Otyoki	Ossilograf apparati yordamida qon tomirlar tebranishlarini rafik qayd qilish metodi
Pankardit	Yurak, qon-tomir kasalliklari og'irlashganda oyoqlarga, ba'zan butun tana bo'ylab shishlar kuzatiladi
Paroksizmalnaya taxikardiya	Yurak barcha qavatlari (endokard, miokard va epikard) ning bir yo'la yallig'lanishi
Perikardit	Yurak qisqarishining keskin tezlashishi. Yurakning qisqarishlari soni minutiga 150-240 g gacha yetishi mumkin
Peremejayushaya xromota	Yurak xaltasining yallig'lanishi. Perikarditlar quruq va ho'l (ekssudatli) bo'ladi
Polikardiografiya	

	<p>Bu holat obliterasiyalovchi endoartritda oyoqda kuchli og'riq bo'ladi. Shu sababli bemor to'xtab-to'xtab yuradi. Yurishda to'qimalarning qon bilan taminlanishi buziladi.</p>
Poliserozit	
Porok	
Porok serdsa	<p>Muayyan bir vaqtda EKG, FKG va uyqu arteriyasining sfigomogrammasini polikardiograf apparati yordamida yozib olish. Bu metod qorinchalar sistolosining qancha davom etishini ko'rsatib, yurak vuskullarining qisqarishi imkoniyatini belgilashga yordam beradi</p>
	<p>Bo'shliqlarda suyuqlik to'planishi</p>
	<p>Nuqson, kamchilik</p>
	<p>Yurak poroklarida yurak klapan apparatining nuqsoni tufayli kelib chiqqan kasallik. Yurak poroklaritug'ma va ortirilgan bo'ladi. Ortirilgan yurak porogi klapanlari tuzilishining o'zgarishidir. Tug'ma porok yurak qon tomir sistemasining embrional taraqqiyoti vujudga kelgan nuqsonlar natijasida bo'ladigan kamchiliklardir</p>
Puls	
Revmatizm	
	<p>Tomir urishi, yurakdan chiqqan qon harakati natijasida qon tomir devorining tebranishi</p>
	<p>Revmatizm deb, organizmdagi biriktiruvchi to'qimalarning (ayniqsa yurakgadi biriktiruvchi to'qimalarning) yallig'lanishi bilan keladigan infeksiyon allergic kasallikka aytiladi. Bu kasallikda yurakning hamma qavatlari, bo'limlari, seroz qavatlari va boshqa organlarining yallig'lanishi kuzatiladi.</p>
Revmoenokardit	
Reografiya	
	<p>Revmatizm kasalligi tufayli yurak ichki endokard va o'rta (miokard) to'qimasining yallig'lanishi</p>
Refrakterniy period	

Ritm galapa	<p>Qon aylanishiga oid funksiyalarni tekshirish usuli bo'lib, organizm tirik to'qimalardan elektr toki o'tkazilganda ko'rsatiladigan qarshilikni maxsus egri chiziqlar-reogrammlar bilan ifodalashga asoslanga usul</p> <p>Yurak mushagining qo'zg'almay turgan davri</p>
Ritm perepelki	<p>Tuyoq ritmi-uch bo'g'inli ritm bo'lib, u fiziologik 3-4-tonlarning kuchayishidan kelib chiqib, yugurib ketaotgan otning tovushini eslatadi. Obrazsov bu ritmni diastolic ritm deb atashni taklif qildi, tuyoq ritmi paydo bo'lish vaqtiga ko'ra, presistolik va summasion ritmlarga bo'linadi. U yurakning uch qismida eshitiladi.</p>
Sistola	
Stenoz	<p>Bedana ritmi. U kuchaygan I va II tonga qo'shimcha tovush qo'shilishidan paydo bo'ladi. Mitral stenoz kasalligida klapanlar ochilishi paytida, diastola boshlanishida klapanlar tebranishidan iborat bo'ladi</p>
Stenokardiya	
Sfigmografiya	<p>Yurak mushagining qisqarishi yoki qon haydash davri sistola deyishadi</p>
Taxikardiya	<p>Teshik torayishi, ya'ni yurak klapanlarining to'liq ochilmasligi</p>
Tonus	<p>Ko'krak qisish kasalligi, yurak muskullari biror bo'limida qonning birdan kamayib ketishi yoki vaqtincha qonning kelmay qolishi natijasida og'riq paydo bo'lishi</p>
Tregeminiya	
Fonokardiografiya	<p>Tomir urishini grafik usulda yozish</p>

<p>Ekstasistoliya</p> <p>Elektrokardiografiya</p> <p>Emboliya</p>	<p>Yurak urishining tezlanishi (minutiga 80 dan ortiq)</p> <p>Muskul taranlashishining muayyan darajasi</p> <p>Har ikkita yurak qisqarishidan keyin takrorlanuvchi ekstrasistoloya</p> <p>Yurakda yuz berayotgan tovushlarni fonokardiograf yordamida yozib olish</p> <p>Yurakning nav,atdan tashqari qo'shimcha qisqarishi</p> <p>Yurakda paydo bo'ladigan elektr hodisalarini grafik usulda qayd qilish</p> <p>Periferik qon tomirlariga yot narsalar (havo gaz, yog', qattiq uzilmalar) ning tiqilib qolishi natijasida tomirlarning bekilib qolishi</p>
---	---

HAZM SISTEMASI

Anasiditas	Meda shirasida ozod xlorit kislotaning bo'lmasligi
Anereksiya	Ishtaxaning butunlay yo'qolishi
Axiliya	Meda shirasda proteolitik fermentlar va xlorid kislotaning bo'lmasligi
Axlorgidriya	Mada shirasida xlorid kilotaning bo'lmasligi
Abdominalnie boli	Qorin bo'shlig'I organlari zararlanganda seziladigan og'riqlar
Bezsari	Medada yot jismlarning paydo bo'lishi
Bryushnaya jaba	O'qtin-o'qtin qoin bo'shlig'ida turadigan og'riqlar
Gastrit	Meda shilliq pardasining yallig'lanishi
Gastroptoz	Medaning kengayib va cho'zilib pastga tushishi
Gastroskopiya	Medaning shilliq pardasini gastroskop yordamida tekshirish
Gastroenterologiya	Hazm organlarini o'rganadigan fan
Giperaciditas	Meda shirasida ozod xlorid kilatasining oshib ketishi
Gipersalivasiya	Suyakning ortiq miqdorda ajralishi
Gipersekresiya	Meda shirasining ko'p miqdorda ajralishi
Gastrokardiakniy sindrom	Ovqatlangandan so'ng yurak ohasida siqilish va og'riqning paydo bo'lishi
Bolezn Gipshpringa	Yo'g'on ichakning idiopatik kengayishi va cho'zilishi
Gipoaciditas, gipoxlorgidriya	Meda shirasida ozod xlorid kislotasining kamayishi

Giposalivasiya	Suyakning kam miqdorda ajralishi
Giposekresiya	Meda shirasining kam miqdorda ajralishi
Defekasiya	Ich kelishi
Diariya	Ich ketishi
Diskeneziya kishechnika	Ichaklarning harakat funksiyasining buzilishi
Dispepsiya brodilnaya	Achish dispepsiyasi ichakda uglevodlar hazm bo'lishining buzilishi bilan bog'liq bo'lgan ich ketishi. Bunda bemorda qorinning kudirishi, qorinda shish paydo bo'lishi, natijasining suyuq holatga kelishi va achchiq reaksiyaga ega bo'lishi bilan birga o'simlik to'qimasi va kraxmal donachalarining ko'payib ketishi
Dempink sindrom	Vtdasi rezeksiya qilingan bemorlarda ovqat yeyilgandan keyin yoki ovqatlanayotgan paytda birdaniga kuch quvvatsiz bo'lib qolish, yurakning tez-tez urish hollari
Dispepsiya gnilostnaya	Meda shirasida xlorid kislotasi bo'lmaganidan oqsillarning ichakda yetarlicha hazm bo'lmaganligi aloqador patologik holat. Reaksiyasi ishqorli bo'lgan badbo'y hidli tarkibida hazm bo'lmagan ovqat bo'laklari bo'lgan ich ketishi bilan xarakterkaladi,
Dispepsiya jeludka	Meda funksiyasining buzilishi, bu, og'riq, bemor ishtaxasining pasayishi, kekirish, jig'ildon qaynashi, ko'ngil aynishi, qayt qilish bilan davom etadi.
Disfagiya	Ovqatning qizilo'ngachdan o'tishining

Duodenit	qiyinlashishi
Dolixosigma	O'n ikki barmoq ichak shilliq pardasining yallig'lanishi (duodenit)
Jeludochnoye krovotecheniya	Sigmasimon ichakning tug'ma uzun bo'lishi
Zapori	Qon aralash qayd qilish
Irrigskopiya	Ich qotishi (qabziyat)
Izjoga	Yog'on ichakni roentgen orqali rasmga tushirish
Kal	Jig'ildon qaynashi
Kolit	Nafas, axlat, defikasiya paytida yog'on ichakning pastki bo'limidan chiqadigan massa
Kollonoskopiya	Yo'g'on ichak shilliq qavatining yallig'lanishi
Kolloptoz	Yo'g'on ichak shilliq qavatini kolonoskop yordamida tekshirish
Kreatopiya	Yo'g'on ichakning pastga tushishi
Melena	Najasda hazm bo'lmagan muskul tolalarining ko'plab paydo bo'lishi
Meteorizm	QoramoySimon najas, bu simptom ichakning yuqori qismidan qon oqishidan dalolat beradi
Pankreatit	Qorinning dimlanishi, ichaklarda gaz to'planishi
Proktit	Meda osti bezining yallig'lanishi. O'tkir va surunkali pankreatitlar mavjud
Peritonit	To'g'ri ichak shilliq qavatining yallig'lanishi
	Qorin pardasining yallig'lanishi

Polifagiya	Haddan tashqari ko'p ovqat iste'mol qilish
Toshnota	
Ptializm	Ko'ngil aynishi
Pvota	So'lak ajralishining ko'payishi
Rektoskop	Medadagi ovqat aralashmasini beixtiyor qizilo'ngach orqali qayt qilish (qusish)
Salivasiya	To'g'ri va sigmasimon ichaklarning shilliq qavatini tekshirish usuli
Symptom defekta	So'lak ajralishi
Symptom "nishi"	Nuqson simptomi. Bunda rentgenda meda o'smasining tasviri ko'rinadi. "Tokcha" simon simptom. Bu symptom rentgenda meda va o'n ikki barmoq ichak devorida hosil bo'lgan chuqurlik holida ko'rinadi. U yara hosil bo'lganini ko'rsatadi. Bu kasallikni aniqlash uchun meda va o'n ikki barmoq ichak bariy bilan to'ldiradi.
Srigivaniye	
Steatoreya	Ovqatning qizilo'ngachdan tezda og'ir bo'shlig'iga qaytib chiqishi
Tenezmi	Najasda ko'p yog' bo'lishi
Fibroendoskopiya	Kuchayish. To'g'ri ichakning yallig'lanish kasalligi. Ichakning tez-tez qisqarisi natijasida kuchayish paydo bo'lib, og'riq turishi. Bu symptom ko'pincha dizenteriya kasalligida uchraydi.
Enteroptoz	Fibroskop yordamida birorta ichki organning shilliq qavatini ko'rish, nishonlangan biopsiya va suratga olish yordamida tekshirish. Qizil o'ngachning shilliq qavatini ezofoskop yordamida tekshirish

<p>Etarit</p> <p>Yazvennaya bolezn jeludka I dvenadsatiperstnoy kishki</p>	<p>Ingichka ichakning tushib qolishi</p> <p>Ingichka ichak shilliq qavatining yallig'lanishi</p> <p>Umumiy xronik va qaytalanuvchi kasallik bo'lib, meda va o'n ikki barmoq ichakning devorida yara paydo bo'lishi bilan davom etadi.</p>
--	---

**GEPATOBILIARNAYA SISTEMA.
GEPATOBILIAR SISTEMA.**

<p>Axolichniy kal</p> <p>Bilurubinuriya</p> <p>Gapatargiya</p> <p>Gepatit</p> <p>Gepatografiya</p>	<p>Axlatning rangsizlanishi, o't (safro) ning ichakka tushmasligi natijasida sodir bo'ladi</p> <p>Bilirubining siydik bilan birga ajralishi</p> <p>Jigar yetishmovchiligi tufayli markaziy nerv sistemasining zararlanishi keltirib chiqrgan</p> <p>Jigar to'qimalarining yallig'lanishi</p> <p>Jigarni radioizotop yordamida tekshirish. Bu usul izotopning jigarga kirish tezligi, kirish darajasi, to'planishi va radioaktiv moddaning jigardan ichakka o'tish tezligini grafik rafishda tasvirlashga asoslangan. Radipaktiv modda sifatida Bengal atirguli bo'yog'i va nishonlangan</p>
--	---

Gepatolienalniy sindrom	yod 131 ishlatiladi Turli sabablar natijasida jigar bilan taloqning bir vaqtda kattalashishi. Bu sindrom, masalan, qon kasalliklarida, gepatit, sirrozlarda va darvoza vena trombozlarida uchraydi.
Gepatologiya	Jigar o't pufagi va o't yo'llari kasalliklarini o'rganadigan fan
Gepatomegaliya	Jigarning kattalashishi
Giperbilirubinemiya	Qonda bilirubin miqdorining oshishi
Golova meduzi	“Meduza boshi” kindik atrofidagi kengaygan, shishgan chuvalchangsimon venoz kollaterallarning shulasimon tarqalishi. “Meduza boshi” venada bosimning oshishi va darvoza vena tarmoqlarining kovak venalar bilan anastomozlanishi (birlashishi) natijasida vujudga keladi. Medusa boshi jigar sirrozida uchraydi.
Diskeneziya	O't pufagi va o't yo'llari harakat (motorik) funksiyasining buzilishi. Gipermotor va gipomotor diskeneziya bo'lishi mumkin
Jelchekamennaya bolezn	O't yo'llarida va o't pufagida qattiq toshlar hosil bo'lishi bilan harakterlanadi.
Interus	Qonda bilirubin miqdorining oshib ketishi natijasida, teri va shilliq qavatlarining sariq rangga bo'yalishi.
Obturasiya	O't yo'llarining berkilishi
Punksionnaya biopsiya	Jigar tuzilishini tekshirish. Bu usulda Vim-Silverman, Mengini ninasi bilan jigar to'qimasining kichik qismini olib, mikroskop ostida tekshirish,
Portalnaya gipertaniya	Darvoza venada qon bosimining ko'tarilishi

Skanirovanie pecheni	Skaner (yoki gammatopograf) apparati yordamida jigarning tuzilishi va funksional holatini tekshirish. Radioizotop sifatida oldin 198 va bengal atirguliishlatiladi.

SIYDIK AJRATISH SISTEMASI

Azotemiya	Qonda azot chiqindilarining ko'payishi
Azotistie shlaki	Organizmdan siydik bilan birga chiqariladigan azot (oqsil almashinuvining) oxirgi maxsulotlari
Anuriya	Siydikning tamomila ajralib chiqmasligi (anuriya)
Amiloidoz	Temir devorlarining oraliq substansiyalarida amiloid massalar to'planib, ular diamonokislotalarga boy maxsus oqsildan iborat. Bu massalar oqsil almashinuvining qattiq aynishi natijasida hosil bo'ladi. Amiloid buyraklar kattalashgan, yaltillaydigan, och sariq ko'rinishida bo'ladi. Buyraklar amiloidozi aksari boshqa organlar (jigar, taloq, ichaklar) amiloidozi bilan birga davom etadi (amiloidoz)
Asetonuriya	Siydikda keton tanachalarining paydo bo'lishi. Bularga aseton, asetosirka, betta-oxsimoy kislota mansubdir. Asetonuriya – diabetik koma alomatidir.
Gematuriya	Qonning siydik bilan ajralishi (gematuriya)
Gemodializ	Qonning azot chiqindilaridan tozalanishi (gemodializ)

Giperstenuriya	Siydik solishtirma og'irligining (1026 dan ziyod) oshishi (giperstenuriya)
Gipostenuriya	Siydik solishtirma og'irligining (1015 dan kam) pasayishi (gipostenuriya)
Gidronefroz	Buyrak va bo'shliqlari hajmining kattalashishi bilan ifodalanadi (gidronefroz)
Glomerulonefrit	Buyrak koptokchalarining yallig'lanishi (glomerulonefrit)
Glikozuriya	Qandning siydik bilan birga ajralishi (glikozuriya)
Dizuriya	Og'riq bilan qiynalib siyish (dizuriya)
Diurez	Ma'lum vaqt ichida ajralib chiqqan siydik miqdori (bir sutkalik diurez normada 1 dan 2 l gacha ajraladi) diurez
Izostenuriya	Qon plazmasining solishtirma og'irligiga teng bo'lgan siydikning turli porsiyalaridagi o'zgarmaydigan, deyarli bir xil solishtirma og'irlik (izostenuriya)
Anuriya	Siydikning siydik pufagida tutilib qolishi (anuriya), kelib chiqishi infeksiyon-allergik bo'lgan buyraklar koptokchalari apparatining yallig'lanishi.
Nefrit	Nefrit albuminuriya, gematuriya, gipoprotenemiya, gipertoniya va shishlar bilan birga kechadi (nefrit)
Nefroz	Buyrak kanalchalari epiteliysining distrofik o'zgarishlari (nefroz)
Nefrologiya	Buyrak kasalliklarining o'rganadigan fan (nefrologiya)
Nefrokleroz	Ateroskleroz, gipertoniya kasalligi, nefritlar asorati sifatida rivojlanadigan sindrom. Buyraklartomirlari apparatining

Nefroticheskiy sindrom	zararlanishi bilan xarakterlanib, organning bujmayishi va uremiya bilan tugaydi (nefroskleroz)
Nefrokalsinoz	Ifodalangan proteinuriya va shishlar borligi bilan xarakterlanadigan sindrom (nefrotik sindrom). Kanalli apparat zararlanishi oqibatida rivojlanadi.
Nefroptoz	Buyrak to'qimalari (parenximasida) kalsiy tuzlarining yig'ilishi (nefrokalsinoz)
Nikturiya	Buyraklarning pastga tushishi (nefroptoz)
Oksalaturiya	Siydikning asosan tunda ajralishi (nikturiya)
Oliguriya	Oksalat tuzlari va kalsiy tuzlarining siydikda ko'plab ajralishi (oksalaturiya)
Paranefrit	Bir sutkada ajralib chiqqan siydik miqdorining keskin kamayishi (oliguriya)
Pielonefrit	Buyrak atrofidagi to'qimalarning yallig'lanishi (paranefrit)
Pielit	Buyrak jomlari va parenximasining bakterial yallig'lanishi (pielonefrit)
Pionefrit	Buyrak jomlarining yallig'lanishi (pielit)
Piuriya	Buyrakning yiringli yallig'lanishi (pionefrit)
Poliuriya	Leykositlarning siydik bilan birga ko'plab ajralishi (piuriya)
Pollakiuriya	Bir sutkada ajraladigan siydik miqdorining ko'payishi (poliuriya)
Protenuriya	Tez-tez siyib turish (pollakiuriya)
Renin	Siydikda oqsilning paydo bo'lishi (protenuriya)
	Buraklarning yukstaglomerulyar apparati

Simptom Pasternaskogo	ishlab chiqaradigan, tomir toraytiruvchi ta'sir qiladigan modda (renin)
Uraturiya	Bel sohasining qo'l bilan urib turilganda seziladigan og'riq (pasternaskiy simptom)
Uremiya	Siydikda amorf-ammniy tuzlari va urat kislota tuzlarining ko'p miqdorda ajralib chiqishi (uraturiya)
Urolitiaz	Organizmning azot chiqindilarining to'planishi va zaxarlanishi natijasida rivojlanadigan simptomlar kompleksi (uremiya)
Silindruriya	Siydik pufagida toshlarning bo'lishi (urolitiaz)
Sistit	Bemorning ko'ndalang siydidi tarkibida slindrlar shakliga ega bo'lgan oqsil moddalarining paydo bo'lishi Gialingi donador, epitelial va mumsimon silindrlar bo'ladi (silindruriya)
Ekskretornaya urografiya	Siydik pufagining yallig'lanishi (sistit) Kontrost modda yuborish vositasida siydik chiqarish yo'llarini rentgenografik tekshirish. Buyrak kosachalari va jomlarning shakllari va o'lchovlari, siydik yo'llari tekshiriladi. Eksretor urografiya kontrast moddani siydik pufagiga kiritish tezligini aniqlash imkonini beradi (ekskretor urografiya)

**SISTEMA KROVI
QON SISTEMASI**

Anaplaziya	Hujayraning yetilish qobiliyatini yo'qotishi (anaplaziya)
Anemiya	Kamqonlik. Qon eritrositlar soni va gemoglobin miqdorining amayib ketishi bilan ifodalanuvchi potologik holat. 1 mm kub qonda eritrositlar soni 4 000 000 dan kam bo'ladi (anemiya)
Aniositoz	Qonda kattaligi turli xil bo'lgan eritrositlarning paydo bo'lishi (anizositoz)
Anizoxramiya	Gemoglobinning turli miqdorda bo'lishi tufayli eritrositlarning har xil rangda (ochiq va to'q) bo'lishi (anizoxramiya)
Anezinofiliya	Qonda eozinfillarning bo'lmasligi (aneozinofiya)
Aplasticheskaya anemiya	Ko'mikning regeneror funksiyasining susayishi yoki zararlanishi, atrofiyasi (aplastik anemiya)
Aleykemiya	Qonda leykosidlar miqdorining kamayishi (aleykemiya)
Bolezn Shenley'n Genoxa	Qon tomir devorlari o'tkazuvchanligining buzilishi natijasida qonning organlarga shilliq parda va teriga sizib chiqishi
Gepatomegaliya	Jigarning kattalashishi (gepatomegaliya)
Gematologiya	Qon va qon yaratuvchi to'qima kasalliklarini o'rganadigan fan (gematologiya)
Gemoliz	Eritrositlar qobig'ining yorilishi, bunda ichidagi gemoglobin qon plazmasiga chiqib, uni qip-qizil rangga bo'yaydi (gemoliz)
Gemopoez	Qon yaratuvchi to'qimalarda qon tanachalarining rivojlanish jarayoni

Gemorragicheskiy kapillyarotiksikoz	(gimopoez) Gemorragik diatez kasallikgining bir turi, u tomirlar devorining ortiqcha o'tkazuvchan bo'lishi zaminida teriga va shilliq ardalarga qon quyilishiga namoyon bo'ladi (gemorragik kapillyarotoksikoz)
Gemorragicheskiy diatez	Asosan qon ketishi bilan xataklandigan kasallik . verlrof, Shenleyn-Genox va gemofiliya kasalliklari bunga visol bo'la oladi (gemorragik diatez)
Gemolicheskaya anemiya	Gemoligik kamqonlik erish, eritrositlar qobig'ining yorilishi (eritrositlarning parchalanishi)
Gemorragiya	Qon oqishi, qon ketishi (gemorragiya)
Gemofiliya	Qon to'xtamasligi bilan xarakterlanadi, tug'ma kasalliklardan biri bo'lib, bu kasallik qon ivishining buzilishi bilan izoxlanadi, qon ivishining 8, 9, 11, omillari bo'lmasligidan kelib chiqadi (gemofiliya)
Geofagiya	Xloroz kasalligida uchrab, kasal kesak, bo'r iste'mol qilishga o'ziga xos moyillik sezadi (geofagiya)
Giperplaziya	Qon ishlab chiqaruvchi to'qimalarda qon hujayralarining tez va ko'p miqdorda ishlab chiqarilishi (giperplaziya)
Giperproteinemiya	Zardobda oqsil moddalarining (8 foizdan ko'p) oshib ketishi giperproteinemiya.
Giperxromiya	Eritrositlarning ortiqcha darajada bo'yalishi (geperxromiya)
Gipoproteinemiya	Qon zardobida oqsilning (6 foizdan) kam bo'lishi (gipoproteinemiya)
Gipoxromiya	Eritrositlar bo'yalishining susayishi
Disproteinemiya	

Kolonexii	Qon zardobdagi oqsil tanachalarining son va sifat jixatidan o'zgarishi (disproteinemiya o'xshash)
Krov	Tirnoqning qoshiqqa o'xshash shaklga kirishi (kolonexiyalar)
Leykoma (leykemiya)	Qon
Leykopeniya	Oq qon tanachalarini ishlab chiqaruvchi to'qimaning system kasalligi, u ko'mik oq tana o'simtasining giperplaziyasi, metaplaziyasi, anaplaziyasi va qonda leykositlarning yetilmagan shakllarining paydo bo'lishi nilan ta'riflanadi.
Leykoz	Leykositlar sonining kamayishi, 5 00 dan oz kamayib ketishi (leykopeniya)
Leykositarnaya formula	Ko'mikda oq qon tanachalarining rivojlanish jarayoni (leykoz)
Leykositoz	Leykositlar qyrim shakllarining present nisbati
Limpofeniya	1 mm kub qonda leykositlar sonining 8 000 dan oshib ketishi (leykositoz)
Limfositoz	1 mm kub qon limfositlar umumiy sonining 20 % dan kamayib ketishi
Makrositoz	1 mm kub qonda limfositlar sonining 35 % dan oshib ketishi (limfositoz)
Megalositoz	Qonda diametric katta (9-10mk) bo'lgan eritrositlarning ustun kelishi (makrositoz)
Medulla	Qonda eritrositlardan farqli o'laroq katta diometri (10-12mkga) bir qadar ellips shaklidagi va gemoglobinga to'yingan megalositlarning paydo bo'lishi (megalositoz)
Metaplaziya	Mieloma to'qimasining o'sishi (medulla)
Mielogramma	To'qimalar ayrim turlarining boshqa

Mikrositoz	toqima turlariga aylanishi (metaplaziya) Suyak ko'migi hujayralarielemlarini present nisbatida yozib olish (mielogramma)
Mieloma	Qonda diametric kichik bo'lgan (6 mikron va bundan oz bo'lgan)
Mieloz	eritrositlarning ko'p bo'lishi (mikrositoz)
Monositoz	Ko'mikning o'sib ketishi. Ko'mik, suyak iligi
Neytropeniya	Monositlarning ko'payib (1 mm kub qonda 8 % dan ko'p) ketishi.
Neytofilliyoz Neytrofilliya	Neytrofillar sonining kamayishi (1 mm kub qonda 50% dan oz)
Normoblastoz	Qonda neytrofillar sonining (1 mm kub qonda neytrofillar 70 % dan ortiq) ko'payishi
Pernisioznaya anemiya	Qonda normoblastlarning yavni yadro saklovchi eritrositlarning paydo bo'lishi (normoblastoz)
Poykilositoz	Xavfli kamqonlik, bedavo qon kasalligi
Polixromatofiliya	Qonda turli shakldagi eritrositlarning paydo bo'lishi (poykilositoz)
Retikulositoz	Qonda kislota va ishqoriy bo'yoqlar bilan kulrang binafsha rangga bo'yaluvchi eritrositlarning ko'p miqdorda paydo bo'lishi (polixromatofiliya)
Splenomegaliya	1 mm kub qonda retikulositlarning 1% dan ziyod ko'payib ketishi (retikulositoz)
Transfuziologiya	Taloqning kattalashuvi (splenomegaliya)
Trombositoz	Qon va qon o'rnini bosadigan suyuqliklarni qo'yish, tayyorlash va saqlash metodlarini o'rganadigan fan
Trombositopenicheskaya purpura (bolezn	

Verligofa)	(transfuziologiya)
Trombositopeniya	1 mm kub qonda trombositlarning 400 000 dan ziyod ortib ketishi (trombositoz)
Trombositopoez	Gemorragik diatezning bir turi bo'lib, qonda trombositlar sonining kamayishi yoki yetilmagan trombositlarning paydo bo'lishi bilan tariflanadi (Verlgof kasalligi, trombositopenik purpura)
Funukual	1 mm kub qonda trombositlarning 220 000 dan kam bo'lishi (trombositopeniya)
Xloroz	Trombositlarning ko'mikda hosil bo'lishi va rivijlanish jarayoni (trombositopoez)
Shizositoz	Ingichka shnur, ip arqoncha (funikual)
Eozinofiliya	Temir moddasining yetishmasligidan kelib chiqadigan kamqonlik (xloroz)
Eritropoez	Qonda mayda, noto'g'ri shakldagi eritrositlarning paydo bo'lishi (shizositoz)
Eritrositoz	Qonda eozinofillar sonining 4 % dan ziyod ko'payib ketishi (eozinofiliya)
	Ko'mikda eritrositlarning hosil bo'lishi va rivojlanish jarayoni (eritropoez)
	1 mm kub qonda eritrositlar sonining 5 000 000 dan ziyod bo'lishi (eritrositoz polisitemiya)

ENDOKRIN VA MODDALAR ALMASHINUVI KASALLIKLARI.

Addisonova bolezni	Bu kasallik buyrak usti bezidagi gormonlarning kam yoki umumiy ishlab chiqarilmasligi natijasida kelib chiqadi (Addison kasalligi)
Adanamiya	Qattiq quvvatsizlik (adinamiya)
Adinaza-genitalnaya distrofiya	Bu kasallik gipotalamogipofiz sistemasining zararlanishi bilan bog'liq bo'lib jinsiy bezlarning chala rivojlanishi va yog' bosishi bilan xarakterlanadi
Akromegaliya	Akromegaliya gipofiz va gipotalamusning zararlanishi bilan bog'liq bo'lgan neyroendokrin kasallikdir, u qo'l-oyoq panjalari, yuz skeleti, ichki organlarning kattalashuvi va hamda moddalar almashinuvining buzilishi bilan namoyon bo'ladi (akromegaliya)
Bolezni Isenko Kushinga	Gipofiz va buyrak usti bezi zararlanishidan paydo bo'ladigan kasallik AKTG glyukokortikoidlar va mineralokortikoidlarning ortiqcha ishlanib chiqishi bilan ta'riflanadi.
Bulimiya	Doim ochlik sezish (bulimiya)
Gipotireoz	Qalqonsimon bez funksiyasining pasayishi (gipotireoz)
Giperterioz	Qalqonsimon bez funksiyasining zo'rayishi (gipertireoz)
Gipotoniya	Qon bosimining pasayishi (gipotoniya)
Giperqlikemiya	Qonda qand miqdorining 120 mg% dan oshishi (giperqlikemiya)
Gipoglikiemiya	Qonda qand miqdorining 80 mg% dan kamayishi (gipoglikiemiya)
Gipertrixoz	Ayollarda sochining badanda va yuzda

	zo'r berib o'sishi (gipertrixoz)
Glyukozuriya	Qandning siydik bilan birga ajralib chiqishi (glyukozuriya)
Diasepticheskiy rubeoz	Yuzda, peshonada, yuqori qovoq soxasida va iyakda teri kapilliyar to'rining kengayishi oqibatida qizillik kuzatiladi.
Diastema	Tishlar oralig'ining ochilib kattalashishi (diastema)
Zob	Qalqonsimon bezning kattalashib ketishi (bo'qoq)
Ksantomatoz	Qonda yog'ning ko'payishi natijasida gistiositlarning yig'ilishi, natijasida qo'l va oyoq kaftlarida, tirsaklarda va yelkalarda sariq rangli tugunchalarning yig'ilishi (ksantomatozlar)
Klimaktericheskiy	Yog'ning bo'yinda, VII bo'yin uvurtqasining ustida yog'ning yig'ilishi, klimakterik bukurlik
Kushingoidnoye teloslojeniye	Bemorning yuzi (oysimon yuz) ko'krak qafasida, qorinda, bo'yinda yogning yig'ilishi, bunda oyoq-qo'llar nisbatan ozg'in bo'ladi. Kushingsimon gavda.
Makroagnispatiya	Yo'g'on qon tomirlarining zararlanishi (ateroskleroz)
Mikroagnispatiya	Mayda qon tomirlar va kapillyarlarning zararlanishi (Mikroagnispatiya)
Miksedema	Shilliqli shish. Gipoterioz og'ir turining rivojlanishi natijasida paydo bo'ladigan xastalik (Miksedema)
Nanizm	Organizmدا o'sish gormoni yetishmovchiligidan paydo bo'ladigan kasallik, u skelet, organlar va to'qimalar o'sishining to'xtab qolishiga olib kelai. Katta yoshli erkaklar bo'yi, 130sm dan, ayollarniki 120sm dan past bo'ladi,

	(nanizm)
Nevnyatnaya rech I izmeneniya	Bemorning tili kattalashib shishishi, labining qalinlashishi va hiqildoq tovush boylamlarining shishi natijasida tovush yo'g'onlashuvi va gaplari tushunarsiz bo'lib qoladi.
Nevropatiya	Periferik va avtonom nerv sistemasining nervlarni oziqlantiruvchi tomirlarning zararlanishi (Nevropatiya)
Nesaxarniy diabet	Gipotalamo-gipofizar sohaning zararlanishi va antidiuretik gormon ajralishining kamayishi natijasida rivojlanadigan kasallik. Poliuriya va polidipsiya bilan birga davom etadi (qandsiz diabet)
Poliuriya	Siydikning bir sutkada ko'p miqdorda ajralishi (poliuriya)
Ersutizm	Ayollarda mo'ylov va sochlarning o'sishi, boshdagi sochning to'kilishi (Ersutizm)
Pigmentasiya	Qo'l kaftidagi chiziqlarda, labda, milkda, yuzda, shilliq pardalarda va ko'p ishqalanadigan joylarda to'q kul rang va qora rangli dog'lar paydo bo'lishi.
Polidipsiya	Qattiq chanqash va suyuqlikni doim ko'p ichish ehtiyoji (Polidipsiya)
Pollakiuriya	Tez-tez siyish (Pollakiuriya)
Prognatizm	Pastki jag' kattalashib, oldinga chiqib ketadi (Prognatizm)
Saxarniy diabet	Qandli diabet yoki qand kasalligi. Me'da osti bezi kasalligi hisoblanisib, bunda insulinning yetishmasligi natijasida qand almashinuvi buziladi. Asosiy belgilar qand miqdorining 120 mg dan oshib ketishi, siydikda qand paydo bo'lishi, chanqoqlik, tez-tez siyish, o'zni och his

Simptom delrimpeliya	qilishdir.
Simptom shtelvega	Ko'zning chaqchayishi (delrimpel simptomi)
Simptom Kkraussa	Ko'zning juda kam yumilishi va to'liq yumilmasligi (shtelveg simptomi)
Simptom Ellineka	Ko'z oqining yaltirashi (Kkrauss simptomi)
Simptom Rozenbaxa	Ko'z atrofida dog'larning paydo bolishi (Ellinek simptomi)
Simptom telegrafnogo stolba	Ko'zning yumiqlik holatda qovoqlarning mayda titrashi (Rozenbax simptomi)
Simptom Xertoxe	Butun a'zoi-badanning titrashi
Strii	Qoshning tashqi qismidagi sochning to'kilishi (Xertoxe simptomi)
Splanxnomegaliya	Qorinda, yelkada, sut bezlarida, sonning ichki tarafida va badanning boshqa qismlarida to'q qizil va siyox rangli distrofik chiziqlar (striyalar)
Splanxnomikriya	Ichki organlarning kattalashuvi (Splanxnomegaliya)
Tireotoksikoz	Ichki organlarning kichik razmerda bo'lishi (Splanxnomikriya)
Endokrinologiya	Qalqonsimon bez giperfunksiyasida rivojlanadigan sindrom. Taxikardiya, oyoq-qo'llarning titrashi, ko'zlarning chaqchayishi bilan tariflanadi (Tireotoksikoz)
Ekzoftalm	Ichki sekresiya bezlari kasalliklarini o'rganadigan fan (Endokrinologiya)
	Ikkala ko'z olmasining chaqchayib turishi (Ekzoftalm)

--	--

**SOEDINETELNAYA TKAN.
BIRIKTIRUVCHI TO'QIMA.**

Amilidoz	Oqsil almashinuvining izdan chiqishi, u fizik-ximiyaviy xassalari xarakterli bo'lgan oqsil moddalarning toqimalarda to'planib qolishida (amiloidoz)
Ankiloz	Bo'g'imlar harakatchanligining bo'lmasligi (ankiloz)
Antegeni	Organizmga tushib, immunologik javob reaksiyasi paydo qiladigan moddalar bo'lib, o'ziga xos maxsus antitelolarhosil qiladi (antigenlar)
Antitela	Organizmga antigenlar tushganida qon va to'qimalarda paydo bo'ladigan oqsilli immun moddalar (antitelolar)
Biopsiya	Diagnostika maqsadida mikroskop ostida tekshirish uchun to'qima yoki organning kichik bo'lakchasini kesib olish (biopsiya)
Destruksiya	Biror organ yoki to'qimani parchalash, yo'q qilish (destruksiya)
Dermatomiozit	Mushak, teri, shilliq pardalar, ba'zan esa nerv va qon tomirlarni, DBST turlarining birini zararlantiradigan yallig'lanish jarayoni (dermatomiozit)
Kaxeksiya	Haddan tashqari ozib ketish, jismoniy zaiflik va umumiy hodisalari bilan xarakterlanadigan klinik anatomik sindrom (kaxeksiya)
Pnevmoskleroz	O'pkalarda biriktiruvchi to'qimaning

Punksiya	o'sib ketishi, bunda o'pkalarning funksiyasi izdan chiqadi (Pnevmoskleroz)
Sklerodermiya	Kasallikni aniqlash yoki davolash maqsadida to'qimani igna (yoki troakar) bilan teshish (punksiya)
Soedinitelnaya tkan	Teri va uning ostidagi to'qimalarning zichlashuvida- ifodalanadigan kasallik (sklerodermiya)
Fagositoz	Mezenximadan rivojlanadigan to'qima bo'lib, tayanch, trofik va himoya funksiyalarini bajaradi.
Xeylit	Hujayralarning zarrachalarni aktiv ushlab va bu zarrachalar organik bo'lsa ularni hazm qilish jarayoni (Fagositoz)
Eozinofiliyar	Labning qizil jiyagi, shilliq pardasi va terisining yallig'lanishi (xeylit)
	Qonda eozinofillar sonining ko'payishi (Eozinofiliyar)

Baholash mezonlari

Mavzuning nomi	Ball	Baho	Talabaniing bilim darajasi
Gastritlar. Yara kasalliklari	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsiz	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

ASOSIY DARSЛИKЛАR VA O'QUV QO'LLANMALAR

1. Ichki kasalliklar propedevtikasi. Gadaev A.G.; Karimov M.SH.. T. 2012

2. Vnutrennie bolezni po Tinsli R. Xarrisonu –Perevod s angliyskogo, 2011

Q O' S H I M C H A A D A B I Y O T L A R

1. Strutinskiy A.V. “Osnovi semiotiki zabolevaniy vnurenix organov” M. 2004. MEDpress-inform.

2. Terapevticheskiy spravochnik Vashingtonskogo Pod red. M.Vudli M.: Praktika, 2000.

3. Vnutrennie bolezni 1,2 tom Xarrison 2011

4. Karabaeva R.A. Praktikum po propedevtike vnutrennix bolezney, 1992. Perevod s angliyskogo pod redaktsiey akad. RAMN

5. Murashko V.V. Elektrokardiografiya M. 2001g.

6. Tareeva YE.M., Differentsial`naya diagnostika vnutrennix bolezney. R.Xeglin, per s nem. M. Meditsina 2003g.

7. Textbook of Harrison principles of internal medicine 19th edition. 2015

8. Textbook of famali Medicine Robert Rakel. David P. Rakel. 2016